

 Hospital Universitario de La Princesa	Código:	URG/URG/NML002	Versión/revisión	4.1
	Fecha aprobación	ABRIL 2024	Sustituye a otro documento	SI
Área	URGENCIAS			
DOCUMENTO DE ACOGIDA Y NORMATIVA DE URGENCIAS				

VERSIÓN. REVISIÓN	FECHA	CAMBIOS RESPECTO A LA VERSIÓN / REVISIÓN ANTERIOR
VERSION 4.1	ABRIL 2024	Actualizar organigrama. Cambios en normativa de guardias.
VERSION 4.0	MAYO-2023	Eliminar circuito pandemia

DOCUMENTO DE ACOGIDA Y NORMATIVA DE URGENCIAS

2024



**Servicio de Urgencias
Hospital Universitario de la Princesa**

DOCUMENTO DE ACOGIDA Y NORMATIVA DE URGENCIAS: MEDICOS RESIDENTES

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. EL HOSPITAL	4
1.2. MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	6
1.3. EL SERVICIO DE URGENCIAS	6
2. ESTRUCTURA FISICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS	7
2.1. ÁREA DE RECEPCIÓN	7
2.2. ÁREA MÉDICA	8
2.3. CONSULTAS PARA ESPECIALIDADES	10
2.4. ÁREA QUIRÚRGICA	¡Error! Marcador no definido.
2.5. ÁREA DE OBSERVACIÓN	10
2.6. ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO	11
2.7. LABORATORIO DE URGENCIAS	11
2.8. OTRAS DEPENDENCIAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	11
3. ESTRUCTURA FUNCIONAL	12
3.1. GENERALIDADES	12
3.2. DEFINICIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL	13
3.3. NORMAS GENERALES DE ACTUACION	14
3.4. DISTRIBUCION DE PUESTOS DE TRABAJO Y FUNCIONES	18
4. LOS MEDICOS RESIDENTES	20
5. SITUACIONES CONCRETAS	25
5.1. CLASIFICACIÓN Y TRIAJE	25
5.2. EQUIPOS DE EMERGENCIA	27
5.3. CADÁVERES Y ASPECTOS LEGALES	29
5.4. PETICION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	31
5.5. PETICION DE INTERCONSULTAS Y SISTEMA BUSCAPERSONAS	31
5.6. TRANSPORTE SANITARIO	32
5.7. DOCUMENTACIÓN	33
5.8. SEGURIDAD CLINICA	34
6. ACCIONES FORMATIVAS EN EL SEREVICIO DE URGENCIAS	34
ANEXO I: MODALIDADES DE GUARDIA	36
ANEXO II: LISTADO DE GUARDIAS	38
ANEXO III: PLANO DEL SERVICIO	41



1. INTRODUCCIÓN

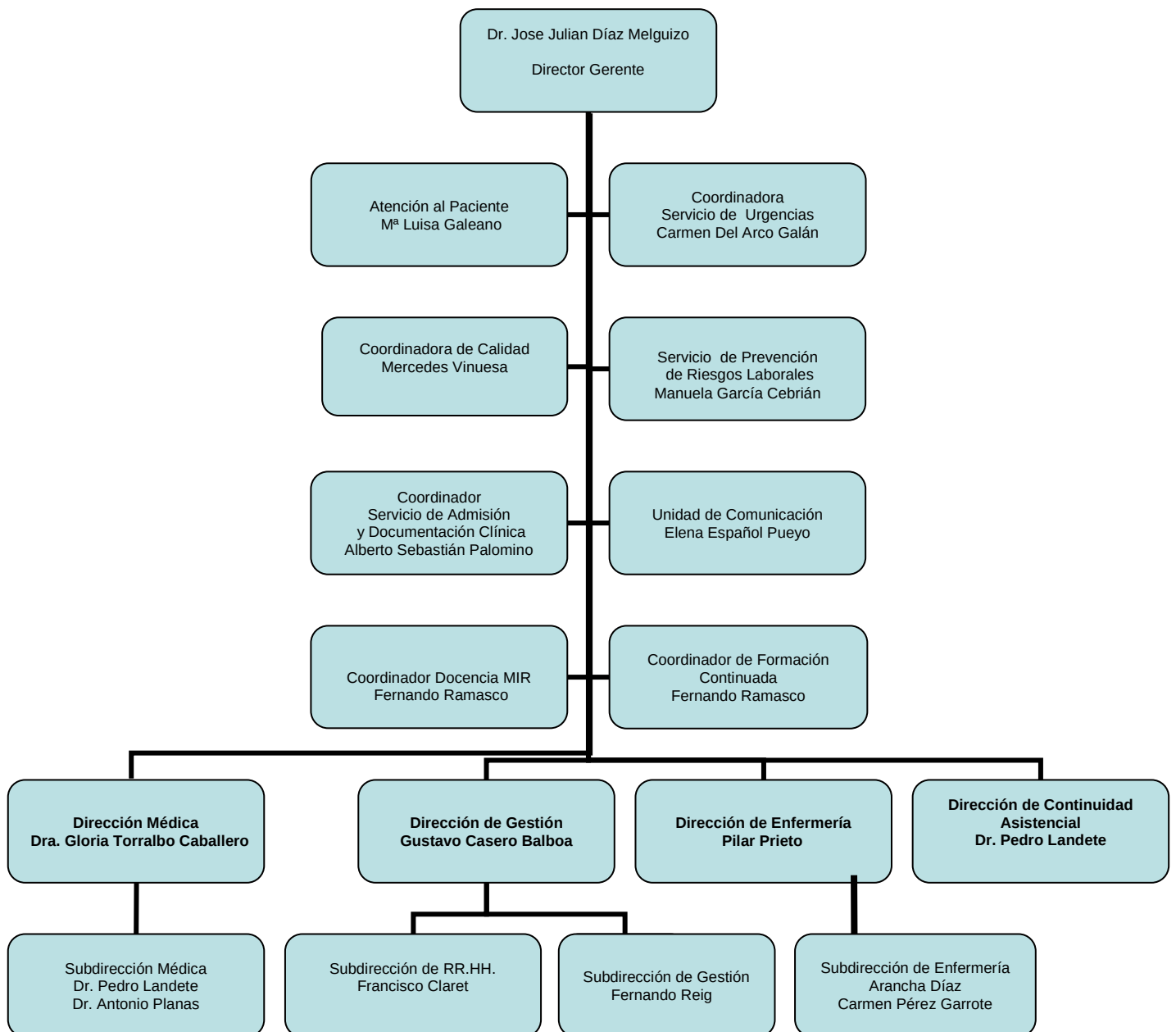
1.1. EL HOSPITAL

El Hospital de la Princesa es un hospital moderno, pero con más de 150 años de historia. Inaugurado oficialmente el 24 de Abril de 1857 por el Rey y la Princesa Doña Isabel de Borbón, en nombre de la Reina Doña Isabel II. Ubicado originalmente en el paseo de Areneros, hoy Alberto Aguilera, se trasladó a su actual emplazamiento en la manzana comprendida entre las calles Diego de León, Conde de Peñalver, Maldonado y General Díaz Porlier, del madrileño distrito de Salamanca, en noviembre de 1955. En ese momento pasó a llamarse “Gran Hospital de la Beneficencia del Estado”, recuperando su nombre de “Hospital de la Princesa” el 2 de julio de 1984 e incorporando posteriormente el calificativo de Universitario por convenio con la Universidad Autónoma de Madrid.

Desde la entrada en vigor del decreto que regula la libre elección de médico (1 de diciembre de 2010) puede recibir pacientes de toda la Comunidad de Madrid, aunque su área de influencia se corresponde con los distritos de Salamanca y Chamartín y es referencia en determinadas especialidades para los Hospitales del Henares (Coslada) y Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares).



ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL



1.2. MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

El ejercicio de la Medicina ha experimentado una profunda transformación en los últimos años. La utilización de herramientas complejas y tecnologías avanzadas, la superespecialización de los profesionales, los cambios demográficos, la facilidad de acceso a la información y las nuevas relaciones sociales establecen diferentes formas de acercamiento al problema de enfermar. Durante décadas, grupos de profesionales de diferentes ámbitos han identificado un espacio de actuación propio, que recoge y combina conocimientos de otros muchos, con unas características peculiares: la necesidad de atención inmediata a problemas que comprometen o pueden comprometer la vida. La actuación médica con carácter urgente ha existido siempre, pero la organización al servicio de la misma tiene un desarrollo más reciente.

1.3. EL SERVICIO DE URGENCIAS

El Servicio de Urgencias se localiza en la planta -1, ocupa la superficie que se extiende entre las fachadas de Maldonado, donde tiene la puerta de entrada, Conde de Peñalver y Diego de León. (Ver plano)

Atiende más de 100.000 urgencias anuales, entre 300 y 400 urgencias diarias que se distribuyen en dos áreas: la médica y la quirúrgica, cada una de las cuales con pequeñas peculiaridades que se presentan a continuación.



2. ESTRUCTURA FISICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Tiene un diseño longitudinal en el que se avanza siguiendo las áreas funcionales, con excepción del área destinado a las emergencias que se encuentra a pocos metros de la puerta de entrada.

Las áreas funcionales se reparten siguiendo el siguiente esquema: Recepción de pacientes, área médica, área de especialidades (Ojos, ORL, Psiquiatría), área quirúrgica y área de Observación.

2.1. ÁREA DE RECEPCIÓN

Puerta de entrada de pacientes, pequeño vestíbulo desde donde se accede a la Admisión de urgencias y a la clasificación y se encuentra el punto de información (“chaquetas verdes”).

La oficina de Admisión (teléfono interno: 23404) es el lugar destinado a la recepción administrativa en relación con la asistencia de los enfermos y sus desplazamientos dentro y fuera del hospital. Allí se gestiona la apertura y cierre del episodio de atención urgente, el paso a hospitalización, el alta, petición de ambulancias, emisión de justificantes, de etiquetas y pulseras identificativos, y se custodia la documentación que no se encuentre en soporte informático. Sirve de enlace con los servicios de admisión de otros centros y con el 112 y Coordinadora de camas del SUMMA excepto en lo referente a información clínica que corre a cargo del facultativo correspondiente. No se citan consultas programadas, para ello existe en el Hospital otro espacio localizado en la planta 0.

El punto de información (Teléfono interno 23401) participa activamente en la recepción y acogida de los familiares de los pacientes y otros visitantes que llegan al servicio de urgencias. Su misión consiste en ofrecer información general del hospital, del servicio, y de la localización de los pacientes. Acompañar a los familiares hasta las diferentes dependencias o indicarles la forma de ir. Activan el sistema de traducción telefónica del que dispone la Consejería de Sanidad y localizan a los familiares de pacientes que han llegado solos a la urgencia.



La consulta de clasificación o triaje es el lugar destinado a la recepción asistencial, clasificación y atención inmediata de los enfermos que acuden a urgencias. Tras la realización del triaje, se determina dónde quedan ubicados los pacientes según la patología que les trae a urgencias y el grado de prioridad para su atención. Sobre el sistema de clasificación se hablará más adelante.

Estos espacios comunican con **la sala de espera general** destinada a familiares y pacientes ambulantes del área médica.

2.2. ÁREA MÉDICA

Dividida a su vez en dos espacios: Consultas y Exploración.

Las consultas son un total de 5 (en caso de necesidad puede ampliarse utilizando las consultas de ORL y OJOS) en las que se atienden pacientes cuyas características o motivos de consulta, relacionados con problemas médicos, permiten la atención de forma ambulatoria. En ellas se realiza la anamnesis y exploración física de los pacientes. Disponen de ordenador para la realización y visualización de la historia electrónica y la petición informática de las pruebas.

Además, existen dos pequeñas consultas (A y B) y una antesala situada enfrente de Admisión que sirven como consultas adicionales, para información a familiares y como sala de inicio de circuitos especiales (Ej: circuito “sospecha de enfermedad por el virus del Ébola”).

La sala de tratamientos es un espacio habilitado con 10 sillones en los que permanecen pacientes ambulatorios mientras se les administra tratamiento. Esta contigua y comunicada con la consulta de enfermería que es el lugar donde se derivan los pacientes ambulatorios para las actuaciones de enfermería. Es deseable que este espacio permanezca con la menor ocupación posible, por lo que una vez aplicado el tratamiento los pacientes cuyas condiciones lo permitan deben salir a la sala de espera con sus familiares. Especial relevancia tiene este aspecto en el caso de **pacientes con deterioro cognitivo y movilidad conservada que siempre deben estar en compañía del cuidador/familiar** ya que esto interfiere menos con su situación basal y con el cuidado del resto de pacientes.



La sala de tratamientos no es una sala de espera de pacientes.

Tanto las consultas como la sala de tratamientos y el box de enfermería están comunicados por el pasillo interior y con la sala de trabajo de residentes y adjuntos.

Los boxes de exploración son un total de 13, distribuidos alrededor de un control central, pueden duplicarse en caso de necesidad. Su numeración empieza en el nº 3 (ya que los nº 1 y 2 se ubican en una sala independiente, la sala de emergencias). En ellos se atiende a los pacientes que precisan estar tumbados en camilla, ya sea por la gravedad del cuadro clínico o por las características del paciente. Los nº 3 y 9 disponen de puerta que permite mantener al ocupante relativamente aislado del exterior dependiendo del problema que le afecte. Todos cuentan con monitorización no invasiva. En el lateral derecho (el más cercano a la puerta de entrada) está uno de los carros de parada de los que dispone el servicio de urgencias. Además, en cada box se dispone del material suficiente para la mayoría de las actuaciones. La medicación y materiales especiales se encuentran en el control. En la sala de emergencias se encuentra también el armario de estupefacientes, cerrado con llave que lleva siempre la enfermera de triaje.

La sala de emergencias tiene capacidad para dos pacientes críticos simultáneos, está localizada junto a la clasificación. Los adjuntos de urgencias tanto médicos como quirúrgicos son los responsables de la primera respuesta, dependiendo del motivo de consulta. Un sistema de alarma interno con un código de colores identifica el grupo que debe actuar en primer lugar. (Amarillo: medicina, rojo y verde: cirugía/trauma)

El objetivo en esta sala es estabilizar y trasladar cuanto antes al paciente a otra ubicación dependiendo del problema (puede ser UCI, coronaria, REA/ quirófano o boxes de exploración médicos o quirúrgicos).



2.3. CONSULTAS PARA ESPECIALIDADES

Las consultas específicas, localizadas en el pasillo de comunicación entre el área médica y la quirúrgica están divididas en dos bloques: el de oftalmología y otorrinolaringología con una pequeña sala de espera propia y la consulta de psiquiatría con su sala de espera y consulta con doble entrada y una cama con contención para aquellos pacientes con patología psiquiátrica que la precisen.

Los pacientes encamados de psiquiatría con inmovilización terapéutica posteriormente serán vigilados en la sala de pacientes médicos.

La enfermera de psiquiatría para pacientes ambulantes es la del área quirúrgica.

2.4. ÁREA QUIRÚRGICA

Consta de una sala de espera común para pacientes ambulantes y familiares, que comunica, a su vez con el acceso a radiodiagnóstico y observación.

Los espacios asistenciales en esta área son una consulta para problemas quirúrgicos, una sala de curas adyacente, una consulta para problemas traumatológicos con una sala de yesos y el control de enfermería y sala para pacientes que precisan camilla (diseñada para cuatro pacientes). Además de los despachos médicos, sala de estar y de reuniones.

En el control se encuentra otro de los carros de paradas del servicio.

El quirófano de urgencias está localizado en la planta 4º del hospital, aunque en ocasiones dependiendo del procedimiento a seguir y del momento del día puede intervenir de forma urgente en otros quirófanos, sobre todo en el caso de cirugía cardíaca y neurocirugía.

2.5. ÁREA DE OBSERVACIÓN.

Capacidad para 20 camas con 12 en funcionamiento. Con una o dos enfermeras y auxiliares dependiendo de si se abre o no la totalidad de camas y un celador. Los pacientes observados lo están a cargo de



urgencias o de un equipo de guardia concreto y es el médico de guardia del mismo el responsable de su atención.

En esta área se dispone de dos boxes de aislamiento con presión negativa y se localiza otro carro de paradas.

En la zona adyacente se ha habilitado una habitación de aislamiento para procesos especiales (sospecha de enfermedad por virus del Ébola u otras fiebres hemorrágicas).

2.6. ÁREA DE RADIODIAGNÓSTICO

Integrada en la estructura física de urgencias, dispone de dos salas de radiología convencional, una sala de ecografía y un TAC. Al cargo del servicio de radiodiagnóstico.

2.7. LABORATORIO DE URGENCIAS

Ubicado en la segunda planta del hospital, relacionado directamente con el área de urgencias a través de tubo neumático con recepción de resultados a través de procedimiento informático.

2.8. OTRAS DEPENDENCIAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

- Salas de estar y de trabajo comunes.
- Despachos de médicos, supervisora y administrativo de urgencias.
- Sala de reuniones.
- Almacén.
- Salas de espera.
- Sala de información a pacientes.
- Sala de duelo de observación.
- Zonas de descanso de médicos: en la planta undécima y menos uno.

Todos estos lugares son espacios compartidos por muchas personas, es una obligación de todos mantenerlos en la mejor situación posible: ordenados y limpios.



3. ESTRUCTURA FUNCIONAL

3.1. GENERALIDADES

El Servicio de Urgencias atiende las demandas de asistencia urgente de pacientes externos. No actúa en la vía pública ni en domicilio, puesto que éstos escenarios son competencia de los equipos de extrahospitalaria (SAMUR y SUMMA 112), **salvo situaciones muy concretas de emergencia vital en el perímetro del hospital.**

Urgencias, recibe, clasifica, asigna prioridades, distribuye tareas y completa el proceso asistencial de quienes demandan asistencia urgente dentro del grupo de pacientes que le han sido asignados.

Algunas especialidades se consideran de primera llamada, esto es, asignación directa desde triaje: Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Cirugía Maxilofacial, Cirugía General y Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología. Otras lo son por ser referencia para otros Hospitales de la CAM (Neurocirugía, Hemodinámica, Radiología Intervencionista...etc.) o bien de otros especialistas y por lo tanto reciben directamente pacientes derivados desde otros centros o de consultas en donde ya han sido atendidos por un especialista primario.

En todos los casos se han establecido acuerdos entre las diferentes especialidades y el servicio de Urgencias para determinar qué valoraciones son necesarias por parte del Servicio de Urgencias y cuales lo son de la especialidad concreta.

La asignación de servicio responsable es competencia del médico de urgencias y el receptor puede ingresar, observar, dar de alta o transferir a otro especialista al paciente, nunca devolverlo a urgencias. Para que estas decisiones no produzcan demoras indebidas deben efectuarse en un segmento temporal que no debe superar los sesenta minutos.

Quedan excluidas de la cartera de servicio de urgencias:

- Peticiones de interconsulta urgente de un especialista a otro.
- Derivaciones del Centro de Especialidades al servicio correspondiente del Hospital.



- Derivaciones de Primaria a un especialista.
- Realización de pruebas diagnósticas urgentes solicitadas desde cualquier nivel asistencial. (radiodiagnóstico, análisis, preoperatorio, coagulación...)
- Petición de ingreso urgente.
- Realización de transfusión en pacientes con anemia crónica (derivación y programación a Unidad de Medicina Ambulatoria UMA), salvo que la situación clínica aconseje transfusión urgente que no pueda realizarse en UMA.
- Administración de medicación no indicada por los médicos de urgencias/ especialistas de guardia.
- Vigilancia de pacientes en espera de ambulancia, familiares o alta.
- En general aquella situación que no tengan relación directa con una situación urgente que requiera intervención inmediata y que suponga “obviar” los circuitos normales del Hospital.

3.2. DEFINICIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

En el proceso asistencial urgente se distinguen característicamente varias actuaciones secuenciales bien diferenciadas:

- 1.- Recepción del paciente y clasificación atendiendo al motivo de consulta y nivel de prioridad.
- 2.- Activación del recurso asistencial idóneo con carácter de mayor eficiencia.
- 3.- Estabilización del paciente si hay necesidad de ello. Aplicación de las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias.
- 3.- Resolución y alta si no existe urgencia objetiva.
- 4.- Traslado o transferencia definitiva del paciente al nivel asistencial idóneo.



3.3. NORMAS GENERALES DE ACTUACION

1.- El enfermo al llegar a urgencias es recibido por un celador quien lo dirige al punto de Admisión si su situación lo permite o a la clasificación directamente mientras un familiar suministra los datos administrativos. El familiar pasa después a la sala de espera hasta ser avisado.

Es imprescindible la activación en el sistema informático del paciente para iniciar el proceso asistencial.

Sólo se inicia proceso asistencial cuando el paciente se encuentra físicamente en urgencias. No se puede abrir historia, por ejemplo, a las fuentes en caso de accidente biológico si sólo nos han remitido las muestras para analizar, en ese caso es el laboratorio quien asigna un nº de episodio para procesarla. Tampoco se puede abrir la historia cuando se ha aceptado a un paciente de otro centro o se recibe activación de un código de emergencias hasta que el paciente se encuentre en el hospital.

En el caso de **pacientes críticos** pueden ocurrir diferentes situaciones:

A.- Llega con familiar: Mientras es atendido su familiar realiza el trámite administrativo.

B.- No tiene familiar, pero viene con un equipo de extrahospitalaria. Uno de los miembros del equipo externo facilita la información de la que dispone. Si se conoce la identidad se abre la historia con esta identificación. Si no se conoce se abre historia con un nº de episodio y los términos desconocido/desconocido.

C.- Si lo han traído personas ajenas al ámbito sanitario se procede igual.

2.- En la clasificación se encuentra una enfermera. Recibe al paciente y le interroga acerca del motivo de consulta, intentando convertir lo que el paciente expresa en uno de los motivos que permiten la entrada al programa estructurado de clasificación o triaje.



Para poder asignar al paciente una prioridad y una ubicación es preciso seguir las preguntas que aparecen en la pantalla, estas preguntas están ordenadas de forma que una respuesta afirmativa va a asignar la prioridad más alta sin necesidad de continuar, las respuestas negativas conducen hasta los valores de prioridad más bajos y nos interesa que estén correctamente cumplimentadas porque son los pacientes que tendrán mayores esperas.

En la clasificación **no se realiza historia clínica ni se explora al paciente** salvo la toma de constantes: presión arterial, pulso, temperatura, saturación de O2 y frecuencia respiratoria dependiendo de las que solicite el sistema (ya que no hay que hacer todo a todos).

Si existen dudas ante lo que el paciente refiere se cuenta con un adjunto que actúa de soporte al triaje.

En el triaje, también se coloca **la pulsera de identificación de pacientes**. Ésta es muy importante para evitar errores de identidad. Es una herramienta fundamental en seguridad de pacientes. Se coloca igualmente la pulsera identificativa de alergias.

3.- El programa asigna un lugar de atención y una prioridad para la misma. El clasificador avisa a aquellos especialistas que actúan como primera llamada, y no están en el servicio, que tiene un paciente en espera. La historia electrónica permite a dicho especialista conocer los datos del triaje desde cualquier punto del hospital, sólo necesita el nº de historia.

La asignación desde clasificación a un equipo concreto **no es cuestionable**. Si, **una vez atendido el paciente** el médico considera que debe consultar con otro colega o trasladar al paciente a otra ubicación dentro de la urgencia lo hablará directamente con el médico a quien quiere dirigirse y éste, debe intentar en la medida de lo posible responder sin desplazar innecesariamente al paciente.

4.- Los pacientes ambulatorios son acompañados por el celador a las salas de las diferentes áreas, donde esperan en compañía de su familia, hasta que son llamados para su atención. El tiempo máximo de espera lo marca la prioridad



asignada en el sistema de triaje. Si se produce un cambio en la situación del paciente siempre es posible efectuar una reclasificación. En cualquier caso, es muy importante vigilar que los tiempos no se prolonguen innecesariamente.

5.- Los pacientes que llegan en ambulancia se distribuyen en dos grupos:

A.- Los que llegan en UVI móvil. Estos se consideran ya atendidos, y se incorporan al sistema de triaje bajo dicho epígrafe. Su ubicación dependerá del circuito asociado al diagnóstico (cardiopatía isquémica, código ictus, parada recuperada...) y de la gravedad del cuadro. A veces suben directamente a la Unidad de cuidados críticos o a la Unidad coronaria debiéndose activar igualmente al paciente en el sistema, **dejando constancia de que ha pasado y dónde se ha trasladado**. La historia de urgencias puede limitarse a recoger: “llega como código infarto y sube directamente a hemodinámica”. Es importante cerrar el episodio, de lo contrario el paciente se queda informáticamente en urgencias y no se puede escribir historia en la planta y no es localizable.

B.- Los que llegan en ambulancia convencional. Se aplica el sistema de triaje de forma habitual.

6.- Todos los médicos y enfermeras que atienden al paciente dejan reflejada su actuación por escrito en la historia clínica, **no se autorizan las órdenes verbales** salvo en casos muy concretos especificados en el protocolo elaborado por la Comisión de Urgencias. La totalidad de las historias se realizarán en soporte electrónico.

En el directorio de documentos del sistema puede accederse al manual de uso de la historia electrónica, al manual del sistema de triaje para obtener una información más detallada y al plan de contingencia en caso de fallo informático y a los protocolos que se mencionan en este documento.

7.- De la evaluación del paciente se derivan básicamente tres situaciones: puede ser dado de alta, es necesario ingresarle o no se puede tomar aún una decisión y se decide observar.



Estas decisiones las toma directamente el médico de urgencias o cualquier otro especialista de guardia que haya sido requerido por él para evaluar al enfermo. Todas las peticiones de consulta deben quedar consignadas en la historia, lo mismo que las respuestas a las mismas.

El médico de urgencias tiene potestad absoluta para ubicar al paciente en el nivel asistencial que considere más adecuado y efectuar el ingreso o la derivación a consultas externas, por cortesía hacia el resto de facultativos de guardia se les avisa antes de proceder a ello.

En el caso de las derivaciones a consultas externas debe figurar el nombre del especialista o del adjunto de urgencias que la ha indicado y siempre debe precisarse que es necesario solicitar cita. Actualmente puede emitirse una petición de cita electrónica y el paciente recibirá un mensaje con la misma. No es posible dar cita a un paciente que no es de área hasta que haya efectuado libre elección en su centro de salud.

Existen acuerdos concretos con cada servicio acerca de los circuitos de pacientes.

8.- El paciente sale del servicio de Urgencias con un informe de la asistencia recibida. En dicho informe debe quedar recogido de forma clara el proceso que se ha seguido y debe emitirse una impresión diagnóstica y unas recomendaciones terapéuticas si fueran necesarias. Este informe se cierra en el alta a domicilio y en el paso a hospitalización, no se cierra informe cuando el paciente pasa a observación o a otra área de la urgencia. Admisión recibe una copia de toda la documentación escrita a mano: consentimientos, hojas del SAMUR,...,etc. para su posterior digitalización.



3.4.DISTRIBUCION DE PUESTOS DE TRABAJO Y FUNCIONES

El Servicio de Urgencias atiende la denominada urgencia externa, es decir los pacientes que acuden al servicio por un proceso urgente. No se ocupa de la urgencia interna que son los problemas urgentes que se producen en los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización. Para ellos cada servicio tiene distribuida la atención continuada y existe un equipo de guardia.

La parada cardiorrespiratoria que se produce en las dependencias de urgencias la atiende el servicio de urgencias y la que ocurre en el resto de dependencias del hospital (ya sean pacientes o visitantes) la guardia de anestesia.

La plantilla del servicio de urgencias está formada por:

1 Jefe de Servicio/Coordinador de Urgencias

1 jefe de Sección

Médicos Adjuntos que tienen la categoría de Médicos de Urgencia Hospitalaria

1 Supervisora de Urgencias

Enfermeras de Urgencias

Auxiliares

Celadores

Personal Administrativo

En el área Quirúrgica son los diferentes equipos de guardia quienes se reparten la atención a los pacientes que les han sido asignados. Son primera llamada: Cirugía General y Aparato Digestivo, Traumatología, ORL, OJOS, Cirugía Maxilofacial y Psiquiatría.

El resto de especialidades acuden avisados por el médico de urgencias o el cirujano general, salvo que el paciente llegue derivado de otro centro para la



especialidad en la que nuestro Hospital es referencia del mismo. Ejemplo: Neurocirugía y Hospital del Henares, que recibe el aviso desde clasificación.

Las funciones de los médicos en el servicio de urgencias sean staff del mismo o formen parte de los diferentes equipos de guardia son, además de las recogidas en el Real Decreto 866/2001, publicado en el B.O.E. Nº 178/2001 de 6 de Agosto las siguientes:

Organizar, dirigir, enseñar y ayudar a los médicos residentes en las actividades asistenciales, procurando que se informe puntualmente a los familiares, que se obtengan las autorizaciones y consentimientos en las situaciones que así lo precisen, que se rellene la documentación precisa, supervisar los ingresos y asignar servicios para el mismo, supervisar altas, velar por la calidad asistencial y la correcta confección del informe clínico, coordinarse en la actividad asistencial con otras especialidades y responder las interconsultas dejando constancia escrita de su intervención.

Es responsabilidad común a todos los miembros del equipo (personal sanitario o no) agilizar el proceso asistencial y evitar demoras y esperas innecesarias, así como gestionar adecuadamente los recursos en aras de una actuación eficaz y eficiente garantizando la seguridad de los pacientes y del equipo.



4. LOS MEDICOS RESIDENTES

La clara vocación docente del Hospital se traduce en la incorporación anual de un importante número de médicos que lo eligen como el centro para realizar su residencia.

Dado que el número de personas es ligeramente variable de año en año, para cada promoción se establece cuántos puestos de trabajo les corresponden tanto en las rotaciones programadas como en la guardia, teniendo en cuenta que el número de guardias establecido para cumplir los objetivos docentes y laborales es entre 4 y 6 (media 5) al mes.

La filosofía del centro es de “responsabilidad creciente y supervisión decreciente” en función de las características de cada uno, mientras se desarrollan las habilidades propias del ejercicio de la Medicina y de la especialidad correspondiente.

En el área de urgencias de medicina los médicos residentes, sea cual sea el año de residencia actual, si ya están en posesión del título de otra especialidad, actuarán de forma independiente, puesto que en ausencia de Especialidad de Medicina de Urgencias basta con poseer un título de especialista para ejercer en éste ámbito. Aunque siempre contarán con el apoyo de los médicos de staff.

A la inversa, **para las actuaciones concretas de cada especialidad el residente deberá contar con la supervisión del staff de dicha especialidad.**

De forma general en el servicio de urgencias todos **los médicos residentes de primer año** son iguales y se distribuyen bien en la zona médica, bien en la quirúrgica o bien en ambas, dependiendo del tipo de especialidad, tanto para las rotaciones como para las guardias.

Sus funciones son:

- Realizar la historia clínica y la exploración física de los pacientes que le son asignados.



- Emitir una valoración inicial y planificar la necesidad de pruebas diagnósticas que consultará con el residente mayor o el adjunto al que haya sido adscrito.
- Complimentar la historia electrónica y verificar que toda la información ha quedado reflejada correctamente.
- Solicitar las pruebas diagnósticas que le indiquen sus residentes mayores o el adjunto, informando de ello al paciente y familiares.
- Complimentar certificados, partes judiciales y documentación asociada siguiendo indicaciones de los residentes mayores/ adjunto.
- Agilizar el proceso asistencial.
- Asegurarse de que paciente y familiares han recibido información correcta e inteligible del proceso.
- En general seguirán las instrucciones recibidas del staff de urgencias y del resto de especialidades para la prescripción de tratamientos o la realización de curas menores.

Los médicos residentes de segundo año se reparten igualmente entre las áreas médica, quirúrgica o ambas tanto para las rotaciones como para las guardias, aunque en éstas comienzan ya a combinar las guardias en el servicio de urgencias con las guardias de su especialidad, en proporción variable según la misma.

Sus funciones son:

Las mismas que las del residente de primer año, pero en este caso pueden ya decidir sobre la petición de determinadas exploraciones complementarias, prescribir tratamientos y ayudar a los residentes de primer año en la correcta cumplimentación de la documentación. Proponen ingresos y altas y pueden consultar directamente con otros especialistas.

Los residentes de tercer año en adelante se dividen entre los que pasan a hacer guardias de su especialidad, aunque si lo desean pueden mantener guardias en el servicio de urgencias, y los que las realizan en el servicio de urgencias y mantienen rotaciones en el mismo (fundamentalmente Medicina



Interna y Familia pero también Oncología Médica, Radioterápica, Alergia, Farmacología Clínica, Endocrinología, Reumatología...).

Sus funciones son las mismas que los residentes de primer y segundo año y además actuar con las funciones propias de los médicos de urgencia hospitalaria. Es muy importante su labor ayudando a los residentes de años inferiores en la realización de las diferentes tareas. Prescriben tratamientos y realizan ingresos y altas de forma independiente, aunque siempre cuentan con el apoyo del staff en los casos en los que tengan dudas.

Los residentes de las diferentes especialidades tienen las mismas funciones que los anteriores y, además: atienden a los enfermos de su especialidad en los diferentes espacios del servicio de urgencias bien de forma directa o bien a solicitud de los residentes que allí se encuentran. Controlan la evolución de los pacientes a su cargo decidiendo altas e ingresos bajo la supervisión de su correspondiente staff. Atienden las urgencias internas de los pacientes de su especialidad o de otros servicios de los que le llegue interconsulta.

En las actuaciones directamente relacionadas con el servicio de urgencias es el staff de urgencias quien establece las pautas de actuación y la distribución del trabajo.

En las actuaciones relacionadas con su especialidad dependen del staff de la guardia correspondiente.

En el caso de los residentes quirúrgicos y de traumatología los residentes mayores intervienen en la atención al paciente crítico junto a su respectivo staff, al de urgencias, al intensivista o al anestesista dependiendo del problema concreto y participan en la actividad del quirófano según decisión de los médicos de plantilla.



Es responsabilidad común a todos los miembros del equipo (personal sanitario o no) agilizar el proceso asistencial, evitar demoras y esperas innecesarias, gestionar adecuadamente los recursos e informar a familiares y resto del personal del equipo sobre las actuaciones decididas en función de sus atribuciones y nivel de responsabilidad.

Todos los trabajadores, relacionados o no con el área de urgencias, tienen la obligación de velar por la seguridad de los pacientes y acompañantes, suministrar información adecuada a su nivel de responsabilidad (en unos casos será clínica y en otros meramente general sobre el funcionamiento del centro), velar por el cumplimiento de las normas de funcionamiento del área de urgencias, preservar la confidencialidad y cuidar de forma exquisita la protección de datos de carácter personal (con especial atención a los protocolos establecidos en casos de violencia de género), sin que ello produzca sufrimiento innecesario en las personas que intentan localizar a un familiar enfermo o herido.

El personal que trabaja en el área de Urgencias deberá estar reglamentariamente uniformado e identificado. En todo momento se guardará la compostura que las mínimas reglas de educación exigen en relación con hábitos y actitudes respecto a enfermos, acompañantes y compañeros de trabajo; y, a la inversa, se exigirán las mismas consideraciones hacia el personal del Servicio por parte de enfermos y acompañantes.

Las personas que acuden al Servicio de Urgencias pueden abandonarlo bajo su responsabilidad cuando consideren oportuno. El Término “fuga” queda restringido a pacientes con orden judicial de ingreso que abandonan el centro sin conocimiento del personal. El grueso de pacientes entra y sale libremente según consideren. En la actual codificación de la Comunidad de Madrid se considera “alta voluntaria” el abandono del centro con o sin firma de documento expreso. Y así debe cerrarse el informe de la historia clínica cuando el paciente se ha marchado, si se conoce la hora puede dejarse recogida (ej: el paciente decide irse a las...).

Cuando el paciente solicita el alta voluntaria se le entregará un informe con la información disponible hasta el momento dejando constancia de cuál es la



recomendación efectuada por el facultativo que le atendió. (EJ: se propone ingreso y lo rehúsa; se propone tratamiento quirúrgico y lo rechaza...etc).

Los familiares y acompañantes reciben información siempre y cuando así lo haya manifestado el paciente, con la consideración de minimizar la angustia de los allegados en la manera que sea posible sin romper el obligado secreto.



5. SITUACIONES CONCRETAS

5.1. CLASIFICACIÓN Y TRIAJE

Se realiza por una enfermera aplicando un sistema estructurado.

Las dudas que se les planteen las intenta resolver el Adjunto de urgencias de apoyo al triaje, quien también activa circuitos especiales y siempre debe ser consultado antes de aceptar pacientes cuando llaman desde el centro Coordinador del SUMMA o SAMUR.

Todos los médicos deben conocer las características generales del sistema de triaje para seguir la sistemática de atención por prioridades que aparece en colores: rojo (inmediata), naranja (15 minutos), amarillo (1 hora), verde (2 horas) y azul (4 horas), tiempos máximos de espera del paciente para recibir la primera atención diferente del triaje. Caso de no disponer de colores se sigue una numeración del 1 al 5. **No se da de alta desde el triaje a ningún paciente**, excepto errores de recogida de datos: el paciente venía a citarse o a hacer una visita de cortesía a un profesional de guardia, o cuando se derivan a Ginecología o Pediatría pacientes estables.

El objetivo es identificar a los pacientes de prioridad 3, ya que los críticos y los banales resultan obvios, pero es importante separar a pacientes con problemas aparentemente sencillos que esconden problemas graves.

Es imprescindible la utilización del sistema electrónico ya que es el punto inicial para la historia clínica y el sistema de gestión electrónica del Servicio de Urgencias.

La distribución por especialidades se recoge en el documento de clasificación que puede consultarse en el directorio de documentos.

1.- Problemas pediátricos: Los menores de 16 años son derivados al Hospital Niño Jesús si la situación clínica lo permite. Desde Admisión se avisa al médico clasificador y al staff de apoyo al triaje quienes deciden si es o no factible el traslado.



La urgencia oftalmológica infantil se deriva a la Paz (dado que los acuerdos de zonificación en este caso concreto son variables es preferible consultar con el oftalmólogo de guardia y valorar el problema que presenta el niño).

2.- Problemas de Obstetricia y Ginecología: Se derivan al Hospital Universitario Gregorio Marañón tras verificar la situación clínica de la paciente, procediendo de forma similar a la anteriormente mencionada.

La gestante con problemas médicos no relacionados con el embarazo es valorada en el servicio de urgencias igual que el resto de pacientes. La decisión de ingreso en nuestro centro o traslado al Gregorio Marañón la tomará el staff de la especialidad correspondiente.

3.- Los casos de violencia sexual se procede según el protocolo que puede consultarse en “directorio de documentos”. Código VISEM. Básicamente consiste en activar a la unidad específica de la policía y derivar a la paciente al hospital que cuenta con ginecología. En nuestro caso es el Gregorio Marañón. En horario de mañana, la trabajadora social de urgencias actúa como gestora de casos en éstos y en los de violencia de género o malos tratos al anciano. (Teléfono 8544) Fuera del horario laboral existen unos buzones habilitados en cada área asistencial de la urgencia donde se deposita una nota para la trabajadora social con los datos de la paciente de forma que ella al día siguiente pueda ponerse en contacto con la paciente, y realzar la intervención. Los protocolos completos pueden consultarse en el directorio de documentos para saber cuándo debe activarse la protección, a quién notificar, cómo debe rellenarse el parte de lesiones y los distintos pasos a dar en cada caso.

4.- No existe urgencia de Dermatología. Si el problema es grave es atendido en el servicio de urgencias. Si no lo es se deriva para solicitud de cita en el centro de especialidades. En caso de duda se pregunta al staff de apoyo al triaje.



5.2. EQUIPOS DE EMERGENCIA

Desde el desarrollo de la Medicina de Urgencias Extrahospitalaria la mayoría de los pacientes críticos llegan al hospital ya atendidos por un equipo médico.

Según la situación del paciente se realiza la transferencia en la sala de emergencias o en los boxes de exploración.

Pero de vez en cuando llegan pacientes críticos cuya atención debe ser inmediata, en estos casos:

El clasificador activa la alarma que avisa a los diferentes equipos de emergencia: médico, quirúrgico/traumatológico.

El equipo básico está formado por:

0. Dos adjuntos de urgencias
1. Un residente mayor del área médica
2. El residente que estaba atendiendo al paciente si éste estaba ya en la urgencia.
3. Dos enfermeras de Urgencias
4. Una auxiliar
5. Un celador

El resto de médicos y enfermeras pueden permanecer en la sala, en silencio, y sin estorbar a los movimientos del equipo de atención directa. Cada vez que se les requiera algo por parte del director de la parada lo ejecutarán y confirmarán en voz alta lo que han hecho. (Avisar a familiares, avisar a radiodiagnóstico, cumplimentar peticiones de analíticas o pruebas cruzadas, o activar la historia electrónica para disponer de la información previa del paciente).

En el caso del politrauma el equipo es algo diferente:

- Médico de intensivos
- Cirujano General



- Traumatólogo de guardia
- Médico de Urgencias
- Dos enfermeras
- Una auxiliar

El director del equipo de politrauma debe ser el intensivista de guardia quien recibirá la información del adjunto de urgencias o del cirujano general que han actuado como primer receptor del paciente y solicitará la intervención de los especialistas que considere necesarios.

En todos los casos la actuación debe quedar reflejada por escrito en la historia electrónica y debe mantenerse informada de forma eficaz a la familia. Sería deseable que se estableciesen 2 niveles de información:

1.- Nivel general que pueden suministrar tanto los informadores como el clasificador: el paciente se encuentra en el hospital y está siendo atendido en este momento.

2.- Nivel específico: que corre a cargo del staff de urgencias, el intensivista o el equipo quirúrgico.

Cuando se activa el protocolo de protección o en algunos casos especiales no se dará información alguna hasta haber consultado con la Coordinadora de Urgencias, el Jefe de Hospital o la Unidad de Prensa del Centro. Siempre se seguirán las indicaciones del paciente si está en condiciones de poder darlas en cuanto a quién o quienes hay que informar y en qué medida.



5.3. CADÁVERES Y ASPECTOS LEGALES

Cuando **un paciente fallece** en el servicio de Urgencias se procede igual que si estuviese ingresado en una planta:

- 1.- Avisar a la familia.
- 2.- Hacer el parte interno de defunción para su traslado al mortuario. No hacer el traslado antes de que lo vea su familia, siempre que la demora sea por un tiempo prudencial.
- 3.- Cuidados postmortem por parte del personal encargado.
- 4.- Realizar el certificado de defunción. Si no se conoce la causa del fallecimiento solicitar autopsia clínica o judicial.

Cuando un paciente entra ya cadáver en urgencia o en situación preagónica y fallece a los pocos minutos de llegar, hay que proceder de la forma siguiente:

- 1.- Informar a la familia.
- 2.- Comunicárselo al Sr. Juez de guardia confeccionando el Parte Judicial correspondiente, en el que se indica que el enfermo ha ingresado cadáver sin poder determinar la causa de la muerte.
- 3.- Confeccionar el parte de defunción del hospital para trasladar al difunto al depósito hasta que lleguen a recogerlo del Instituto Anatómico Forense.
- 4.- No hay inconveniente en realizar el certificado de defunción si la causa de la muerte es evidente (enfermo terminal con patología conocida que es traído desde su domicilio, infartos agudos etc.) y no traumática, valorando en todo caso la realización de autopsia clínica si el profesional y/o la familia lo estiman oportuno.
- 5.- Dejar constancia de todo en la historia clínica.
- 6.- IMPORTANTE: Si hay signos de muerte violenta o la causa ha sido traumática:

- Avisar al Jefe de Hospital.



- Retirar los objetos, ropas etc. y guardarlos, intentando no modificar el estado salvo necesidad de actuación para realizar la atención médica.
- Hacer el Parte Judicial y mandarlo urgentemente al Juzgado.
 - Cuando vengan a por el cadáver entregar a la policía los objetos del difunto.
 - Anotar en el informe clínico las lesiones encontradas y todo lo relativo al caso.

Solicitud por las fuerzas del orden de determinación de tóxicos y alcoholemia.

- 1.- No está disponible en el laboratorio de análisis de las pruebas de determinación de alcohol ni drogas de abuso en sangre.
- 2.- Disponemos de tiras reactivas para determinación cualitativa de algunos tóxicos cuya utilidad es puramente clínica y muy reducida. De hecho, si alguien admite haber tomado una de estas sustancias, no es necesario realizar la prueba y si se han administrado analgésicos o sedantes previamente los datos resultarán positivos y no valorables. La utilidad clínica es la evaluación de un paciente estuporoso en quien se sospecha ingesta de fármacos con acción en SNC.
- 4.- Si la policía o la guardia civil acompañan a una persona para realizar un contraanálisis en sangre, aportarán los tubos específicos para ello en el caso de estupefacientes que se envían al Instituto Nacional de Toxicología y el documento oficial en el que se deja reflejado la voluntariedad de la prueba y los datos de la persona que realiza la extracción y entrega las muestras. Se añade una reseña en el evolutivo y se cierra el episodio.
- 5.- Si la persona acude con problemas clínicos se actúa como en cualquier otro paciente.
- 6.- Ante cualquier duda se consulta con el adjunto correspondiente y con el Jefe de Hospital.



5.4. PETICION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Como norma general antes de solicitar una prueba es necesario consultarlo con un residente mayor o el adjunto correspondiente. No todas las pruebas posibles están disponibles en el hospital y sobre todo no todas pueden realizarse de forma urgente.

Cada catálogo de pruebas diagnósticas tiene su propio circuito y su volante específico, que se solicita mediante petición electrónica.

Es importante limitar las determinaciones a aquellas cuyo resultado va a ser relevante para el diagnóstico y la actitud terapéutica posterior, rellenar siempre de forma adecuada la petición y obtener del paciente el consentimiento por escrito en el caso de petición de hemoderivados para transfundir, en la realización de pruebas de imagen con contraste y en general en las que resultan invasivas, recordando que en situación de gravedad puede obviarse reflejándolo en la historia clínica.

Determinadas pruebas tienen un elevado coste, no en sí mismas, sino por el número que realizamos diariamente, de ahí que sea muy importante plantearse antes de solicitarlas ¿qué necesito saber y qué va a cambiar en mi actitud terapéutica el resultado? El ejemplo son las peticiones de coagulación. No es infrecuente que se soliciten simplemente por el hecho de haber pedido una analítica, pero sólo tienen relevancia si el paciente está anticoagulado o se va a anticoagular, si está séptico, si es un hepatópata, si se va a realizar un procedimiento invasivo o está sangrando. En el resto de los casos no es necesario solicitarlo.

5.5. PETICION DE INTERCONSULTAS Y SISTEMA BUSCAPERSONAS

Pueden hacerse a través de la historia electrónica en las actuaciones programadas o telefónicamente desde urgencias. El directorio de teléfonos se encuentra en la pantalla principal.

En caso de dudas puede llamarse a centralita (91-5202200 desde el exterior, 10514 desde el interior).



Con este sistema se localiza también al personal no sanitario: trabajador social, informáticos, mantenimiento, limpieza, portátil de rayos....,etc.

5.6. TRANSPORTE SANITARIO

Para el desplazamiento desde la Urgencia a otro centro o al domicilio de los enfermos que lo precisen, disponemos de un servicio de ambulancias concertadas y de las UVI móviles del Centro Coordinador de Urgencias 112.

1º.- UVI móvil:

Si, por falta de cama, un enfermo grave (infarto, politrauma etc.) tiene que ser trasladado a otro centro, hay que gestionarlo con el Centro Coordinador de Urgencias por parte del adjunto/residente mayor/especialista encargado del enfermo. No se realizarán traslados de estos enfermos, sin estar previamente estabilizados en el momento de su partida y sin el consentimiento del centro receptor.

2º.- Ambulancias:

Cuando verdaderamente un enfermo necesite ser trasladado en ambulancia a su domicilio u otro centro, hay que cumplimentar el volante de solicitud y enviarlo a Admisión, que lo tramitará.

Si el domicilio del paciente está fuera de Madrid o de la zona de influencia de nuestra Área, es necesaria la autorización del Jefe de Hospital.

Es muy importante consignar en el volante si el enfermo necesita oxígeno, si precisa ayuda para su movilización o va acompañado de algún familiar. En el volante deben figurar los datos del médico que prescribe con código CIAS o nº de colegiado.

Situaciones especiales:

1.-Enfermos psiquiátricos. Solicitar el traslado a las ambulancias Municipales, SAMUR, 112.

2.- Enfermos de Sociedades médicas y de ISFAS solicitarlo a su Sociedad. La familia tiene que realizar la gestión, aunque en Admisión pueden ayudarle o realizarla si el paciente no tiene familiares.



5.7. DOCUMENTACIÓN

El hospital de la Princesa es un centro “sin papeles”. Esto supone que se trabaja bajo soporte informático. Pretendemos, como institución, minimizar la impresión de documentos y además existe una especial atención a la protección de datos de carácter personal altamente sensibles como son los datos de salud de las personas.

Estos dos objetivos requieren que se observen estrictamente las recomendaciones del SERMAS al respecto. En el documento “Guía de acogida de los profesionales en el Hospital de la Princesa”, encontrareis una extensa relación de la legislación vigente y de la normativa concreta.

A modo de resumen, señalar que no deben imprimirse informes antiguos, se pueden leer perfectamente en la pantalla, y caso de que hubiese sido necesario hacerlo, es necesario asegurarse al completar la atención al paciente de que toda la documentación que no se le vaya a entregar a él debe destruirse en el contenedor especial. **No debe dejarse nunca documentación de los pacientes ni del hospital por las mesas y mostradores.**

Al paciente se le entrega una copia del informe y si se trasladase a un centro que no sea de la red pública de la comunidad de Madrid, es necesario aportar copia de las imágenes contactando con Archivo. En los hospitales públicos y en los centros de salud la información es accesible a través del programa HORUS y la pestaña “visor de hospitales”, o bien a través de “la carpeta del paciente”.

Realizar una correcta recogida de la documentación, historia clínica con sus diferentes apartados, evolutivos, juicio clínico y propuestas de tratamiento y seguimiento no solo ayuda a alcanzar un diagnóstico y solucionar el problema del paciente, sino que también permite disponer de información actualizada y obtener los indicadores de objetivos que nos muestran si estamos realizando una actuación de calidad.



Algunos aspectos importantes incluyen cumplimentar bien el informe de alta del paciente para que pueda estar disponible en HORUS para otros profesionales y activar la llegada del paciente y darle salida cuando se procede al alta, para que el cálculo de tiempos de asistencia resulte lo más ajustado posible. En pacientes ambulatorios al cerrar el informe aparece un icono en la historia que es un triángulo verde. Hay que dar salida pinchando sobre dicho triángulo, botón derecho del ratón, movimientos de urgencias, salida de urgencias para que el paciente abandone de forma informática la urgencia, de lo contrario puede permanecer en las pantallas, aunque ya no se encuentre en el centro.

5.8. SEGURIDAD CLINICA.

Se realizan periódicamente sesiones conjuntas sobre seguridad clínica para actualizar los conocimientos sobre este tema y revisar las actuaciones realizadas y las que son necesarias. Hay dos aspectos muy importantes que son objetivo prioritario:

- 1.- Higiene de manos.
- 2.- identificación de los pacientes.

6. ACCIONES FORMATIVAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Además de los objetivos docentes a alcanzar mediante la rotación y las guardias en el Servicio de Urgencias, personalizados para cada residente en función de sus itinerarios docentes y especialidad, el Servicio tiene estipulado un número de actividades formativas dirigidas a todos los residentes:

- 1.- Curso sobre actualización en el manejo de las urgencias más frecuentes que se imparte a los residentes de primer año en los primeros días de incorporación al hospital y antes de iniciar la rotación y las guardias. El curso incluye talleres de interpretación de pruebas de imagen, de electrocardiogramas, de suturas e inmovilizaciones y el manejo de la Historia clínica electrónica.



2.- Curso de Soporte vital inmediato que se impartirá en el segundo semestre del primer año con el objetivo de introducir a los residentes en la identificación y actuación ante el paciente crítico antes de la situación de parada.

3.- Curso de atención cardiovascular urgente, acreditado internacionalmente por la AHA, que se imparte a los residentes de segundo año.

4.- Curso de recertificación del curso de atención cardiovascular urgente para residentes de cuarto y quinto año.

5.- Sesiones clínicas del servicio:

Tienen lugar los jueves o miércoles a las 8:30 horas y en ellas cada uno de los rotantes debe exponer un tema relacionado con el manejo de problemas urgentes o se revisan casos clínicos concretos.

6.- Sesiones multidisciplinarias:

Participan todos los estamentos y se centran en temas de seguridad de pacientes o revisión de protocolos de actuación.

Página web y redes sociales

El Servicio de Urgencias está presente en las redes a través de su página Web, Facebook y Twitter.

Varios profesionales del servicio de forma conjunta con residentes del hospital y del área, han elaborado los contenidos para estas plataformas y se ocupan de mantenerlas actualizadas. En ellas se puede acceder también a muchos de los contenidos y documentos referenciados en éste.



ANEXO I: MODALIDADES DE GUARDIA

Presencia física: Implica permanecer en el hospital fácilmente localizable durante las horas acordadas.

. La guardia de los residentes comienza a las 8 AM hasta las 8 AM del día siguiente. Para cumplir mejor con los programas docentes se agrupan todas las horas correspondientes a los periodos de guardia (unas 60 al año durante el primer y segundo año de residencia) en forma de rotaciones de mañana en el servicio de Urgencias ya sea en el área médica, ya en la quirúrgica, ya en las dos, dependiendo de la especialidad.

Las modalidades horarias quedan:

- 17 horas desde las 15 a las 8AM
- 24 horas: de 9 AM a 9 AM los sábados, domingos y festivos.
- 7 horas: de 15 a 22. Determinadas especialidades según programa de formación (ej: Farmacología Clínica) y Los residentes de Medicina familiar y Comunitaria que acompañan a Oftalmología, Otorrinolaringología y Psiquiatría.
- 14 horas: el mismo grupo el sábado o Domingo.

Estas diferentes modalidades son las que reciben retribución en función del número de horas mencionadas. No se retribuye la llamada “guardia de acompañante o de mochila” en la que un residente de un año inferior acompaña a un residente de un año superior de su especialidad para aprender cómo es la guardia correspondiente. Tampoco se admite que sean permanencias de más de siete horas. **Los residentes pueden quedarse con sus residentes mayores durante las tardes que deseen pero este periodo de tiempo no se considera guardia ni será retribuido.**

El número mínimo de guardias que debe realizar un residente es de 4 y el máximo 6, un promedio de 5 guardias al mes, que se pueden calcular en periodos de 3 o 6 meses.



En determinadas especialidades y en función de las habilidades adquiridas por los residentes a partir del tercer año de residencia el residente puede realizar la guardia con el adjunto localizado.

De igual manera en algunas especialidades con escaso número de residentes éstos realizarán guardias en función del año de residencia, aunque no puedan completar un calendario mensual completo. (Ej: sólo existe un residente que realiza 6 guardias al mes de su especialidad y por lo tanto sólo aparece en 6 días del listado)

A la inversa en algún momento es necesario duplicar un puesto para que todos los residentes de ese año y especialidad realicen 4 guardias.



ANEXO II: LISTADO DE GUARDIAS

Cada servicio/Unidad designada por la Dirección para la realización de guardias confeccionará un listado mensual con las guardias de su Servicio remitiéndolo al Coordinador de Urgencias. Hay que tener en cuenta que los servicios con actividad de consultas externas deben entregar sus listados trimestrales de guardias en Admisión con un mes de antelación al inicio del trimestre, además de hacerlo en la secretaría de Urgencias. Para los servicios sin actividad de consulta el límite es de diez días antes del inicio del mes, antes del día 20 del mes anterior, aunque sería deseable que se entregasen también listados trimestrales.

En ese listado firmado por el Jefe de Servicio/Unidad se hará constar el nombre del/los facultativos/s que está de guardia y su modalidad, así como quien o quienes se encargan de las urgencias correspondientes a su especialidad durante la jornada laboral normal y su localización.

Cada servicio establece si es la misma persona que luego entrará de guardia, o si asigna a un miembro concreto esta labor durante la jornada ordinaria. En cualquier caso, debe ser fácilmente identificable y tener organizadas las actividades de manera que al ser requerido pueda personarse de forma inmediata.

Cuando la guardia la realicen facultativos de distintos servicios o especialidades será el Coordinador de Urgencias o persona en quien delegue el encargado de la confección del listado (ej: Jefes de Hospital).

Con los listados de guardias de los diferentes Servicios/Unidades y residentes, la secretaría de Urgencias confeccionará el listado diario de los médicos de guardia, haciendo constar su modalidad. Este listado se distribuirá en la Dirección Médica, Jefes de Hospital, Admisión de Urgencias, centralita telefónica y aquellos puntos en los que pudiese resultar de interés.

Con la aplicación informática actual “gestión de guardias” cada servicio puede gestionar desde su propia secretaría los listados de guardias y sólo es necesaria la notificación por escrito a la Coordinación de Urgencias de los cambios en la tipología de guardias que pudiesen producirse para que sean introducidos en el programa y comunicados a nóminas.



Una vez confeccionado el listado los posibles cambios deben solicitarse por escrito o informarse al Jefe de Hospital. De no ser así el responsable de la actuación durante la guardia será la persona que inicialmente figuraba en la misma.

El listado de guardia será firmado diariamente por la Dirección Médica y Visado por la Dirección Gerencia. Por este motivo el listado se cierra a las 10 AM del día de la guardia, de ahí que los cambios deban notificarse antes de esa hora en la secretaria propia o en la de urgencias. El listado de comida para la guardia se cierra también a las 10 AM, pudiéndose incorporar los cambios por imprevistos hasta esa hora en la secretaría de urgencias, personalmente o llamando al 23430.

Cualquier situación de urgencia que obligue a un cambio de guardia posterior a las 10 AM deberá realizarse en el documento establecido que se encuentra junto al listado de firmas y debe ser autorizado por el Jefe de Hospital de ese día, los viernes y vísperas de festivos se realizarán los cambios para el fin de semana.

Hoja de firmas:

La firma implica responsabilidad legal y el cobro de esa jornada. Tiene que realizarse en el mismo día de la guardia. La hoja permanecerá durante la guardia en el mostrador de Admisión de urgencias. Debería estar firmada en su totalidad a las 16 h. Al final del día el Jefe de Hospital la firmará dando el visto bueno a los posibles cambios por imprevistos que se hubiesen producido. No se escribe en la hoja de firmas, los cambios como se ha señalado se realizan en el documento específico.

Los cambios de guardia:

Se pueden efectuar sin ningún problema siempre y cuando se comuniquen con anterioridad a la edición del listado de guardias en la secretaría.



Estos cambios no afectarán en ningún caso a la programación de consultas que debe respetarse y resolverse por el interesado o su servicio.

La guardia se libra, pero ese tiempo no cuenta como tiempo trabajado en el cómputo de la jornada ordinaria anual.

Bajas:

Los sucesos imprevistos que impiden la realización de una guardia deben comunicarse inmediatamente al representante del colectivo para la sustitución bien de forma voluntaria o bien a partir de un listado preestablecido. Esta guardia se devuelve en el menor tiempo posible. Si el problema supone baja prolongada, obliga a la redefinición del listado de guardias. La ausencia durante la guardia será comunicada a la Comisión de Docencia y a la Dirección del Centro.

Horario:

La jornada de mañana se inicia a las 8 horas y concluye a las 15 horas. A esa hora comienza la guardia hasta las 8 horas del día siguiente. Sábados, domingos y festivos la guardia se inicia a las 9 horas y termina a las 9 horas del día siguiente o hasta la llegada del relevo.

Está absolutamente prohibido abandonar el hospital durante la guardia. Sólo cuando ha llegado el relevo se da por finalizada la misma. Si se produce un incidente que obliga a marcharse debe notificarse al Jefe de Hospital. La Dirección abrirá expediente informativo a quienes abandonen la guardia sin autorización.

Turnos de comida y cena:

La guardia se inicia a las 15 horas con la comida finalizada. Para la cena se realizan turnos en función de la demanda asistencial y la demora, bajo la supervisión directa de los médicos adjuntos de urgencias o de los adjuntos de la especialidad correspondiente.

Turnos de descanso:



Durante la noche se realizarán turnos de descanso dependiendo de las demandas asistenciales. La guardia se libra al día siguiente. Quienes rotan en urgencias deben distribuirse sus guardias y libranzas de forma que siempre queden cubiertos los puestos de trabajo prefijados. Esto supone especial atención a los cambios de guardia y peticiones de actividades extra.

Uniformidad:

Todos los trabajadores del hospital deben ir correctamente uniformados e identificados.

El uniforme tiene una doble utilidad: permite encontrarse más cómodo durante la jornada y protege de la contaminación con agentes biológicos o químicos, tanto del paciente hacia el personal como de éste hacia el paciente.

El uniforme en todo el Servicio de Urgencias, área médica o quirúrgica, es blanco. Los pijamas verdes/ naranjas sólo se utilizarán en los quirófanos.

ANEXO III: PLANO DEL SERVICIO



