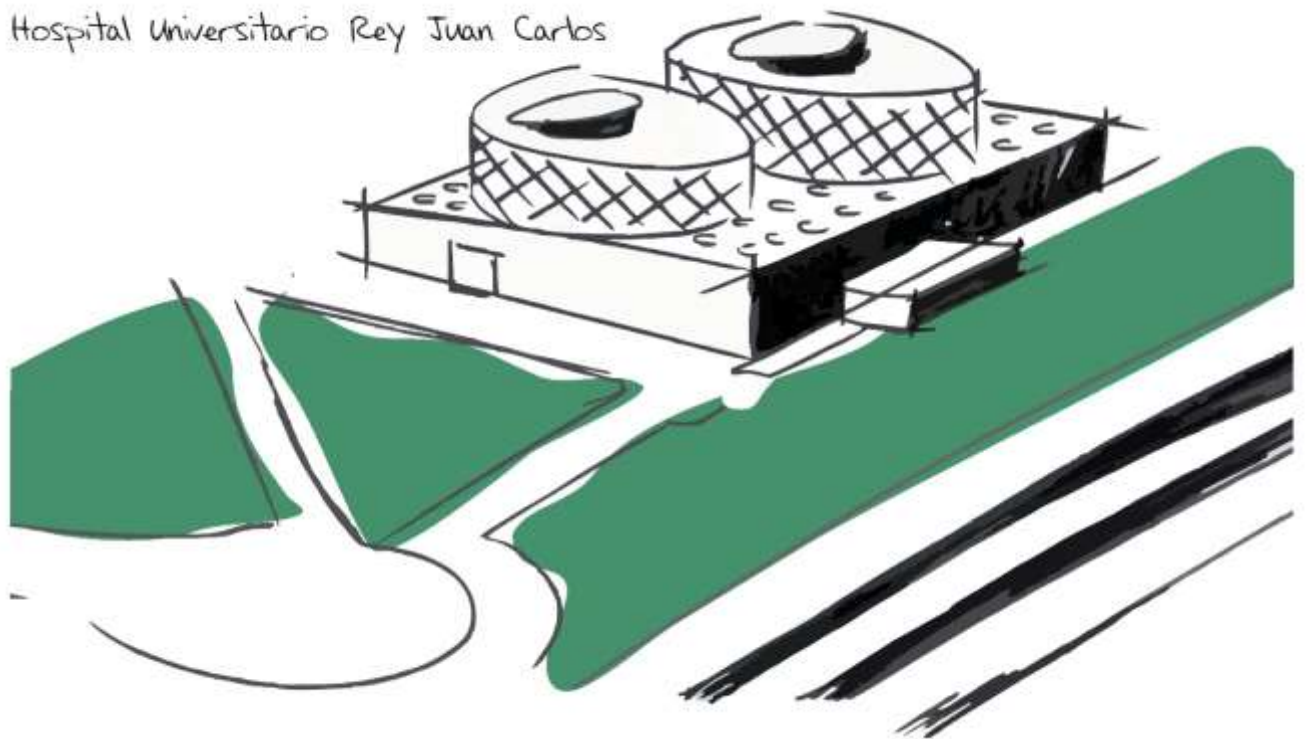


PLAN DE GESTIÓN 2015-2018

Hospital Universitario Rey Juan Carlos



Octubre 2015

INDICE

1	INTRODUCCIÓN	3
2	DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS/ PRODUCTOS DEL HOSPITAL	5
2.1	VISIÓN SOBRE LA MISIÓN.....	5
2.2	VALORES, OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS	6
2.3	IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS SANITARIOS Y UNIDADES ASISTENCIALES	10
2.3.1	Área médica.....	16
2.3.2	Área Quirúrgica	29
2.3.3	Área Materno-Infantil	37
2.3.4	Urgencias	42
2.3.5	Servicios Centrales	43
2.3.6	Radiodiagnóstico	53
3	PLAN DE PRODUCCIÓN	54
3.1	DESCRIPCIÓN TÉCNICA.....	54
3.1.1	Hospitalización	57
3.1.2	Bloque quirúrgico	65
3.1.3	Bloque obstétrico	75
3.1.4	Hospital de día	78
3.1.5	Urgencias	84
3.1.6	Consultas externas y Gabinetes.....	101
3.2	DESCRIPCIÓN DEL PROCESO PRODUCTIVO.....	110
3.2.1	Mapa de Procesos	110
3.2.2	Detalle del procesos clave asistenciales	111
4	INICIATIVAS PARA LA MEJORA EN LA GESTIÓN DE PACIENTES	131
5	ANÁLISIS DE LA DEMANDA	148
5.1	ANÁLISIS DE LA DEMANDA. PERFIL DE LA POBLACIÓN DE REFERENCIA.....	148
5.2	GRADO ESPERADO DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS	153
6	PLAN DE GESTIÓN DE NECESIDADES.....	166
6.1	ANÁLISIS DE NECESIDADES	166
6.2	POLÍTICA DE PRODUCTOS.....	168
7	ORGANIZACIÓN Y PERSONAL	169
7.1	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA.....	170
7.1.1	ORGANIGRAMA INTERNO	170

7.1.2	ORGANIZACIÓN DE LA DIVISIÓN ASISTENCIAL.....	172
7.1.3	ÓRGANOS DE REPRESENTACIÓN Y ASESORAMIENTO	173
7.2	DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES.....	178

1 INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HURJC) es una institución dedicada al servicio público de salud, y como tal incorpora aquellas características propias de la titularidad pública:

- Universalidad: alcanza a toda la población protegida de su ámbito de implantación, y a todos aquellos que en ejercicio del derecho de libre elección, lo escojan.
- Equidad en las prestaciones y en el acceso a los servicios.
- Gratuidad para los pacientes y usuarios.

Esta realidad, unida a la experiencia y valores que incorpora el grupo sanitario, condiciona una vocación de servicio a los pacientes que se traduce en la Misión y Valores que rigen el Hospital, y que serán expuestos en el texto de este Plan Asistencial.

El cometido de toda Institución Hospitalaria es la prestación de Asistencia Sanitaria a aquellas personas cuya salud se haya visto resentida, diagnosticar sus problemas de enfermedad, y curarlos o aliviarlos. Sin embargo, esa acción diaria y permanente carecería de visión de futuro si no se viera acompañada de una intensa dedicación a aquellos elementos que permiten mejorar e innovar, por lo que como complemento a la asistencia, el Hospital nació con vocación docente en los diferentes ámbitos de las Ciencias de la Salud, e investigadora, orientada eminentemente a la investigación clínica.

La pertenencia a un grupo sanitario de amplia implantación nacional, permite un intercambio de experiencias clínicas, cualitativas y organizativas a través del contacto con profesionales, que facilitan un enriquecimiento y el acceso a los factores más innovadores que impulsan a los hospitales. El "benchmarking", entendido como la comparación de las prácticas y la incorporación de las mejores, es una actitud de avance proactivo que está asumido en la red de Centros, y que constituye una de las señas de identidad del Hospital.

Esta es una perspectiva compartida por los grandes Hospitales del Grupo, y ya demostrada en Centros tales como la Fundación Jiménez Díaz o el Hospital General de Cataluña.

Además, la integración en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, permite la comparación con los hospitales de la CM que atienden a los pacientes de nuestro entorno.

Esta visión colectiva de servicio al paciente, conlleva la necesidad de incorporar en la gestión diaria una serie de elementos que facilitan y mejoran la calidad técnica:

- La accesibilidad, mediante la simplificación en las tramitaciones y tareas burocráticas para obtener la asistencia
- La agilidad en la asistencia, trabajando con demoras mínimas
- La consideración con el tiempo de las pacientes y acompañantes, respetando los horarios previstos en las citaciones, y ofertando los servicios ambulatorios en una banda horaria amplia, facilitando la elección por los pacientes según sus necesidades laborales y personales
- La obtención de la adecuada información sobre el funcionamiento de las unidades del Centro y sobre el curso de la asistencia
- El confort de las instalaciones, y sobre todo el que brinda el trato personalizado y atento

Para ello se cuenta con el uso intensivo de las tecnologías de la información, pero, principalmente, con un diseño de procesos ajustado a estas necesidades.

Para el correcto funcionamiento del Hospital es preciso que exista una alineación de los objetivos de la institución con los de sus integrantes, en un entorno en el que se necesita gran aportación de preparación científica; dicha alineación se basa en algunos principios inherentes al modelo hospitalario concesional:

El imperativo de la creación de valor, mediante la obtención de buenos resultados asistenciales, la incorporación constante de procedimientos y técnicas y el progreso tecnológico

La *gestión del conocimiento*, entendida como el conjunto de procesos y sistemas orientados a incrementar el capital intelectual de las personas, a fin de que lo transformen en actividad

La necesidad de la *sostenibilidad*, a través del equilibrio de la cuenta de explotación

Consideramos a los recursos humanos como el activo más valioso, por lo que se contempla como un elemento estratégico que necesitamos desarrollar plenamente, en vez de un coste a minimizar. En consecuencia la *gestión de las personas* se configura en torno a unas características:

La selección de la plantilla médica, y en general de la sanitaria, se basa en la competencia científico-técnica y en la adaptación a los diferentes puestos de trabajo y responsabilidades

En el ámbito de los médicos, mediante una selección rigurosa, se completa las diferentes áreas de conocimiento de cada Especialidad, para poder brindar el abanico completo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, al mayor nivel técnico

Estabilidad en la relación laboral, y vinculación duradera: la gran mayoría de las personas incorporadas en régimen laboral indefinido. Actualmente nos encontramos en un porcentaje entorno al 80% del total de la plantilla.

Participación real de los profesionales en las decisiones asistenciales del Centro, mediante sistemas formales e informales

Favorecimiento de la formación continuada, en sintonía con los objetivos institucionales.

Esquemas retributivos con una relevante participación de la retribución variable, vinculada al logro de objetivos, con una perspectiva tanto individual como de grupo.

Asunción de proyectos motivadores a medio y largo plazo:

Acreditación para la formación médica de postgrado tras los primeros años de funcionamiento. Actualmente en proceso de valoración.

Apoyo a las inquietudes investigadoras, esencialmente a las aplicadas al análisis de la práctica clínica

Énfasis en la conciliación de la vida laboral y profesional con la personal, sin olvidar las obligaciones sociales que comporta el trabajo en un sector de servicios esenciales, con funcionamiento continuo

En la exposición de los diferentes textos que componen el Plan de Gestión, se desarrolla pormenorizadamente la forma en que se llevan a la práctica las ideas que hemos expuesto.

2 DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS/ PRODUCTOS DEL HOSPITAL

2.1 VISIÓN SOBRE LA MISIÓN

El Dirección ha establecido la Misión del Hospital Universitario Rey Juan Carlos:

La misión del Hospital Universitario Rey Juan Carlos es la prestación de servicios sanitarios dentro de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, en el ámbito de la atención especializada con el objetivo de mejorar la salud de la población de referencia asignada, y la de los ciudadanos que ejerzan su derecho a la libre elección de hospital y médico especialista, bajo un marco de eficiencia, seguridad para los pacientes y profesionales y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias, cumpliendo con un firme compromiso de responsabilidad hacia nuestros pacientes, nuestros trabajadores y la ciudadanía madrileña en general.

El Hospital se compromete también a:

Integrarse en el entorno en el que realiza su actividad, **colaborando con los organismos e instituciones sociales** para mejorar la calidad de vida de los pacientes y usuarios.

Desarrollar su actividad en cooperación con el nivel de Atención Primaria y con otros hospitales de la Red Sanitaria, dando así respuesta a la continuidad asistencial y a la mejora global de los procesos clínicos.

Establecer y mantener una organización que identifique al **paciente como el eje fundamental de la prestación de servicios**, para lo cual enfatizará la relación personalizada con los pacientes, la comunicación, y la confidencialidad.

Potenciar un **entorno laboral que satisfaga a los profesionales** que prestan sus servicios, bajo un marco de responsabilidad, formación en la excelencia y promoción de los trabajadores.

Preocuparse por las **nuevas necesidades y demandas sanitarias de la población** a medida que éstas vayan surgiendo, incorporando, en su caso, nuevas modalidades asistenciales, así como las técnicas más innovadoras y el equipamiento tecnológico más avanzado para dar respuesta de forma ágil y eficaz a los problemas sanitarios de los usuarios.

Disponer de las mejores herramientas de organización y gestión, enfocadas a mejorar los procesos asistenciales y que permitan responder fácilmente a los cambios del entorno, bajo los principios de transparencia y responsabilidad.

VISION

La visión del Hospital Universitario Rey Juan Carlos se centra en alcanzar la mejora de la salud de la población, ofreciendo los mejores estándares de calidad en los servicios de atención sanitaria prestada mediante:

Garantizar la seguridad clínica del paciente a través de la implantación de un Plan de Riesgos Clínico de cada servicio englobado dentro del **Sistema de Gestión de Riesgos del Hospital**

La **incorporación continúa de la tecnología de vanguardia** y de los últimos avances técnicos y científicos a través del desarrollo de servicios y programas asistenciales.

Resolver con agilidad, efectividad y de acuerdo a la Medicina Basada en la Evidencia aquellos procesos que les sean enviados desde Atención Primaria.

Obtener el **reconocimiento de los pacientes que reciban asistencia**, así como de la ciudadanía en general, lo que se traduce en la elección de nuestro Hospital, contribuyendo decisivamente a su consolidación y crecimiento.

Contribuir al **uso racional de los medicamentos y a la prevención y fomento de hábitos saludables** mediante planes de cooperación en educación y formación sanitaria con Atención Primaria.

Ser una **institución atractiva para los profesionales de la salud** por el desarrollo profesional y personal que se les procura.

Ser referente del modelo de colaboración prestación pública-gestión privada en la Comunidad de Madrid.

2.2 VALORES, OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS

VALORES

Incorporamos los valores del Grupo Sanitario del que formamos parte y que han sido revisados recientemente:

El cuidado de la salud y el bienestar de las personas es nuestra razón de ser y el eje entorno al que gira toda nuestra actividad. Nuestro **esfuerzo, compromiso y dedicación** están dirigidos a proporcionar a nuestros pacientes **seguridad, tranquilidad y confianza**. De saberse en las mejores manos. **Cada persona es única**, y el cuidado que le ofrecemos también lo es. Un cuidado adaptado a sus necesidades reales, su emocionalidad y su situación personal e individual. Para ello, apostamos por una mayor **comunicación, cercanía y empatía**. Esa es la base de la **atención personalizada** que ofrecemos, **la atención persona a persona**.

Pero este foco en la persona también está presente entre los miembros que trabajan dentro del grupo. Respetar a cada trabajador, independientemente de su sexo, raza o creencia, es fundamental para que pueda **desarrollarse profesional y personalmente** dentro de la organización. Solo creando un ambiente que favorezca el **respeto, la comunicación, la colaboración y el compañerismo**, las personas podrán desarrollar todo su potencial, redundando en su **bienestar personal** y, al mismo tiempo, en el crecimiento de la empresa. Cuando una empresa cuida a las personas que trabajan en ella, está fortaleciendo y potenciando **su activo más valioso**.

Trabajo en equipo



Trabajar en equipo es coordinar e **integrar esfuerzos** para lograr un resultado común, poniendo **lo mejor de uno mismo** al servicio de una meta compartida. El principal valor del trabajo en equipo en nuestra compañía es **la colaboración**. Para que exista, todos los miembros deben disponer de oportunidades para aportar sus conocimientos y experiencias, y para enriquecerse con las aportaciones de los demás.

El trabajo en equipo necesariamente exige **respeto, vocación de servicio, autonomía, responsabilidad, proactividad, participación y diálogo entre todos los miembros**. Cuando se trabaja en equipo la **responsabilidad personal** se

transforma en **responsabilidad compartida**. Trabajar en equipo es creer que "**juntos, somos más**".

Implicación y Pasión



implicación y
pasión

La diferencia entre "hacer lo que se debe hacer" y "querer hacer lo que se debe hacer", viene marcada por el **compromiso y la implicación** que asume una persona con su labor.

Fomentamos este espíritu de **responsabilidad** en cada uno de los trabajadores de la empresa. Promoviendo el valor de la **vocación** profesional, la **pasión** en el trabajo diario y la **lealtad** hacia los valores de la compañía, logramos un mayor **sentimiento de pertenencia** a la empresa y un mayor nivel de **compromiso**, que redundan directamente en la **calidad** del servicio que prestamos.

Humanidad



humanidad

En **la compañía** somos personas que trabajamos cuidando personas, aportando **cercanía, calidez y proximidad**. Esto se traduce en una mirada amable, en un contacto más próximo, en un tono de voz más suave.

Queremos ser reconocidos por nuestro **trato cercano**, nuestra **empatía** y **accesibilidad, confidencialidad y discreción**, y por generar un clima de **confianza, respeto y comunicación**.

Competencia profesional



competencia
profesional

La **capacitación profesional** es fundamental. Ofrecemos un nivel de asistencia de máxima calidad, y este grado de **excelencia** se ve sustentado por profesionales dotados de la **formación, experiencia y competencias** necesarias para asegurar la **fiabilidad** de nuestras actuaciones, la **seguridad** para el paciente y el **uso responsable** de la tecnología.

Innovación



innovación

Innovar es pensar como nunca nadie había pensado antes. Es tener iniciativa para explorar nuevos caminos y mejorar lo que ya existe. En **la organización** la innovación es un valor presente, no solo en el ámbito de **la investigación, la docencia y la tecnología**, sino muy especialmente en los procesos y tareas del día a día.

Un **pensamiento innovador, una mente abierta y una actitud creativa** nos ayudan a obtener resultados diferentes, a evolucionar y a ser **más eficaces. Innovar es liderar**

Beneficio para la sociedad



beneficio para la
sociedad

Trabajamos con un único fin: mejorar la salud y bienestar de millones de personas. Invertimos nuestros recursos en lograr que nuestros centros dispongan de la **tecnología y técnicas médicas más avanzadas**; desempeñamos una importante labor en **investigación y docencia** para transferir los resultados de nuestros avances al conjunto de la sociedad; además, desarrollamos políticas de **cuidado medioambiental**.

Todo ello con sobriedad y sencillez, optimizando los recursos. En definitiva, cuidamos a las personas y al entorno que nos rodea.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Mantenemos los mismos objetivos estratégicos porque consideramos que el éxito del Hospital se consigue prestando un servicio de alta calidad, no sólo técnica y científica, evaluada por los procedimientos que se van a definir, sino en la calidad percibida por el cliente y por la comunidad a la que va a servir.

Objetivos Estratégicos	Estrategias
<p>1. Contribuir a la mejora de la salud de la población a través de la prestación de servicios de Atención Especializada</p>	<p>Garantizar la adecuada accesibilidad de la población a los servicios sanitarios especializados en términos de demora y de sencillez en las tramitaciones administrativas</p> <p>Lograr una prestación efectiva de la asistencia apropiada, asegurando un nivel máximo de calidad</p> <p>Adecuar nuestro trabajo a las necesidades de los pacientes, tanto en el ámbito individual como bajo el concepto del bien social.</p> <p>Actuar en la práctica clínica bajo el principio de la seguridad del paciente.</p>
<p>2. Considerar al paciente como centro sobre el que se orienta la actividad</p>	<p>Conseguir la máxima satisfacción de los usuarios y el cumplimiento de sus expectativas</p> <p>Humanización de la asistencia, profundizando en el concepto de calidad percibida y el bienestar del paciente.</p> <p>Favorecer la atención organizada en torno al paciente garantizando la continuidad asistencial de forma coordinada con Atención Primaria.</p> <p>Enfatizar en la información clínica que se debe dar a los pacientes y allegados</p> <p>Fomentar la continuidad asistencial interna, facilitando la elección del médico responsable de cada proceso.</p> <p>Brindar la posibilidad de acceder a los servicios en horario de mañana y tarde.</p>
<p>3. Coordinar la Atención del Hospital con el entorno de los diferentes niveles asistenciales</p>	<p>Favorecer la atención organizada en torno al paciente garantizando la continuidad asistencial de forma coordinada con Atención Primaria</p> <p>Establecer una Historia Clínica electrónica común con Atención Primaria, como vehículo de la información que permita la circulación del paciente por el sistema sin discontinuidad</p> <p>Facilitar la máxima resolución de la Atención Primaria, apoyándola con nuestros servicios.</p> <p>Considerar al Médico de Familia y Pediatra como el agente del usuario en el sistema de salud, que le orienta la elección de servicio de Atención Especializada.</p> <p>Integrar y coordinar la asistencia de los servicios terciarios de referencia, cuando sean necesarios.</p>

Objetivos Estratégicos	Estrategias
<p>4. Implantar una política de calidad cuyos objetivos y resultados se integren y presidan la gestión</p>	<p>Desarrollar e implantar del Plan de Mejora Continua de la Calidad. Práctica clínica en conformidad con los criterios de excelencia operacional. Énfasis en el concepto de Seguridad del Paciente en la acción de los profesionales, y desarrollo de estrategias generales y específicas en las áreas funcionales y servicios del Hospital.</p>
<p>5. Garantizar la eficiencia en la utilización de recursos y la disponibilidad de las tecnologías más adecuadas tanto sanitarias y de soporte como de información y comunicación</p>	<p>Ser eficientes en la gestión clínica, hospital de alta resolución. Optimizar el empleo de los recursos. Disponer de un sistema de información integrado que facilite la toma de decisiones. Utilizar la Historia Clínica Electrónica, para todos los datos e imágenes generadas en la actividad clínica. Disponer de las tecnologías y equipamientos sanitarios más adecuados para la prestación de la asistencia de nuestros pacientes.</p>
<p>6. Disponer de los mejores profesionales, con un elevado grado de cualificación técnica y competencia profesional, fomentando una cultura de respeto hacia los pacientes y el compromiso con la comunidad y con la Organización</p>	<p>Realizar una adecuada gestión del activo más valioso de la organización, sus profesionales: desarrollo profesional, adecuación, formación, implicación y motivación. Personal altamente identificado con el Hospital y sus objetivos, fomentando el sentido de pertenencia corporativo.</p>
<p>7. Organizar los servicios asistenciales en Unidades Integradas Asistenciales</p>	<p>Dotar al Hospital de profesionales altamente cualificados con expresa implicación en nuevas formas de gestión de los servicios médicos Corresponsabilizar al personal sanitario en la gestión de los Departamentos y Unidades y de los recursos a su cargo, según los postulados de la Gestión Clínica.</p>

2.3 IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS SANITARIOS Y UNIDADES ASISTENCIALES

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos dispone de una Cartera de Especialidades con un alto nivel de desarrollo de cada una de ellas, de tal manera que se minimiza la necesidad de desplazar y derivar pacientes a otros centros por no disponer de posibilidades asistenciales. Las Especialidades de carácter terciario están presentes en el Hospital, en las áreas asistenciales ambulatorias y quirúrgicas, al dotar al hospital de Especialistas, con alto nivel de acreditación profesional, garantizando la asistencia de calidad.

La asistencia especializada se presta en el ámbito de la atención programada y urgente, en régimen de hospitalización y/o ambulatorio, en los términos recogidos en el Plan Funcional y de acuerdo a lo establecido en el PCAP y PPT.

La vocación del Hospital es, desde el comienzo, el de la **máxima cobertura asistencial**, con una política de permanente incorporación de nuevas actividades a su Cartera de Servicios, mediante el desplazamiento y colaboración de Facultativos experimentados, desde los diferentes Hospitales del Grupo.

Asimismo, la organización de los servicios médicos clásica se centra en la creación de equipos y unidades que orientan su actividad siguiendo los tres ejes de la moderna práctica clínica:

Unidades Integradas Asistenciales orientadas a procesos, que facilitan la comunicación entre especialistas, consiguiendo una asistencia más eficaz y una adecuada coordinación y complementariedad con la Atención Primaria del área.

Unidades multidisciplinarias funcionales dentro de las Unidades Integradas Asistenciales, para la atención de **grupos de patologías** con especial trascendencia clínica y necesidad de un cuerpo de conocimiento específico, como procesos oncológicos, patología de la mama, manejo del dolor agudo y crónico...

Subespecialización en ámbitos concretos dentro de las Especialidades, lo que permite incluir en la Cartera de Servicios del Hospital un amplio abanico de procedimientos.

UNIDADES INTEGRADAS ASISTENCIALES:

A partir de la contratación del personal facultativo se han creado Unidades Integradas Asistenciales. De esta manera, los servicios de las diferentes áreas asistenciales (médica, quirúrgica, materno – infantil, urgencias y servicios centrales) se organizan en torno a la Excelencia de manera multidisciplinar.

La **multidisciplinaridad** consiste en el trabajo conjunto de los diferentes profesionales que integran la Unidad con un objetivo común. A través del trabajo interdisciplinario se consigue que cada profesional del equipo contemple en un paciente no un problema corporal, mental o social, sino que una persona está afectada, en todas sus dimensiones (biosicosociales), por un problema de salud. Mediante el consenso de los diferentes profesionales, con tiempos y esfuerzos, el equipo elabora, implanta y evalúa **vías clínicas integrales**.

- Las características esenciales de trabajo en equipo son:
- Los miembros de un equipo comparten un objetivo común que los guía y une en sus acciones.
- Cada miembro del equipo tiene una comprensión clara de sus propias funciones y reconoce intereses comunes con el resto del equipo.

- El equipo agrupa conocimientos, técnicas y recursos. Todos los miembros comparten la responsabilidad de los resultados.
- La efectividad del equipo está relacionada con su capacidad para llevar a cabo el trabajo.
- La intercomunicación entre los especialistas de los servicios que componen estas unidades permite disponer de todos los medios técnicos y de conocimiento al alcance de los pacientes y de su proceso clínico, con las siguientes ventajas:
 - Visión transversal de los procesos clínicos
 - Estrategia coordinada de los especialistas médicos, quirúrgicos y de los servicios de diagnóstico.
 - Impacto en la efectividad del tratamiento de la enfermedad
 - Impacto en la eficiencia

De esta manera se dispone de una **visión integral de los procesos clínicos dando respuesta a los problemas médicos de forma ágil y con el menor número de desplazamientos e interconsultas para los pacientes**. Se trata de un novedoso concepto de la provisión de servicios médicos especializados que integra la visión médica, quirúrgica y diagnóstica. Gracias a la coordinación de los equipos especialistas que forman estas unidades es posible que los pacientes reciban una orientación médica de vanguardia siguiendo los protocolos de actuación que se establezcan para cada una de las unidades.

A continuación se enumeran las unidades integrales asistenciales existentes:

Unidades Integradas Asistenciales

1. Área Craneofacial

ORL
C. Maxilofacial
Oftalmología
Odontología

2. Área del Corazón

Cardiología
C. Vascular y Angiología
UCI Coronaria
C. Cardíaca

3. Área de Oncología

Oncología Médica
Medicina Paliativa
Medicina Nuclear
Oncohematología
Oncología Radioterápica

4. Área de M. Interna y C. General

Cirugía General y Digestivo
Cirugía del Aparato Digestivo
Unidad de Endoscopia
Cirugía Bariátrica
Endocrinología
Medicina Interna

5. Área del Riñón y vías urinarias

Nefrología
Hemodiálisis
Andrología
Litotricia
Urología

Unidades Integrales Asistenciales	
6.	Área del Aparato Locomotor
	Reumatología
	Rehabilitación
	Logopedia
	Fisioterapia
	Medicina del Deporte
	Traumatología y C. Ortopédica
7.	Área Materno Infantil
	Pediatría
	Cirugía Pediátrica
	Ginecología
	Obstetricia
	Unidad Reproductiva
	Neonatología
	UCI Neonatología
8.	Área de Neurología (Neurociencias)
	Neurología
	Neurocirugía
	Neuroradiología
	Patología del sueño
	Neuroangiografía
	Neuropsicología
	Neuropediatría
	Neurofisiología
9.	Área de cuidados críticos
	Medicina Intensiva
	Bloque Quirúrgico
	Esterilización
	Urgencias
	Emergencias
	Reanimación
	Unidad de cirugía sin ingreso
	Anestesia y Clínica del Dolor

	UCI Quirúrgica
10.	Área de Salud Mental
	Psiquiatría Dependencias Psicología
11	Área de soporte diagnóstico y terapéutico
	Diagnóstico por la imagen Laboratorio de Análisis Clínicos Farmacia Anatomía Patológica
12.	Área de Tórax
	Neumología Cirugía Torácica
13.	Área de Plástica
	Cirugía Plástica y Reparadora
14.	Área Médica y Especialidades
	Medicina Interna Alergología Cardiología Dermatología Endocrinología Nutrición Enfermedades Infecciosas Geriatría Medicina Preventiva Hospital de Día Medicina Familiar y Comunitaria

Para facilitar la valoración de la cartera de servicios, se presenta a continuación cada una de las especialidades médicas en torno a 5 áreas asistenciales: **área médica, área quirúrgica, área obstetricia-ginecológica, área de Urgencias y área servicios centrales**; para continuar con la descripción de cada servicio en cuanto a las principales áreas de actividad y prestaciones asistenciales cubiertas.

La relación de Cartera de Servicios que se expone a continuación, como se comentó en el anterior plan de gestión, tiene un carácter descriptivo y no limitativo, y sólo pretende mostrar de forma

esquemática los ámbitos de actuación de cada Unidad/Servicio, y algunas de las técnicas que están presentes en el Hospital, habida cuenta que se trata de un proceso dinámico, en el que se va a ir ampliando la batería de procedimientos y tecnologías a medida que la Investigación, Desarrollo e Innovación médica van mostrando científicamente su eficiencia clínica.

El Hospital Universitario Rey Juan Carlos cuenta con las siguientes Áreas;

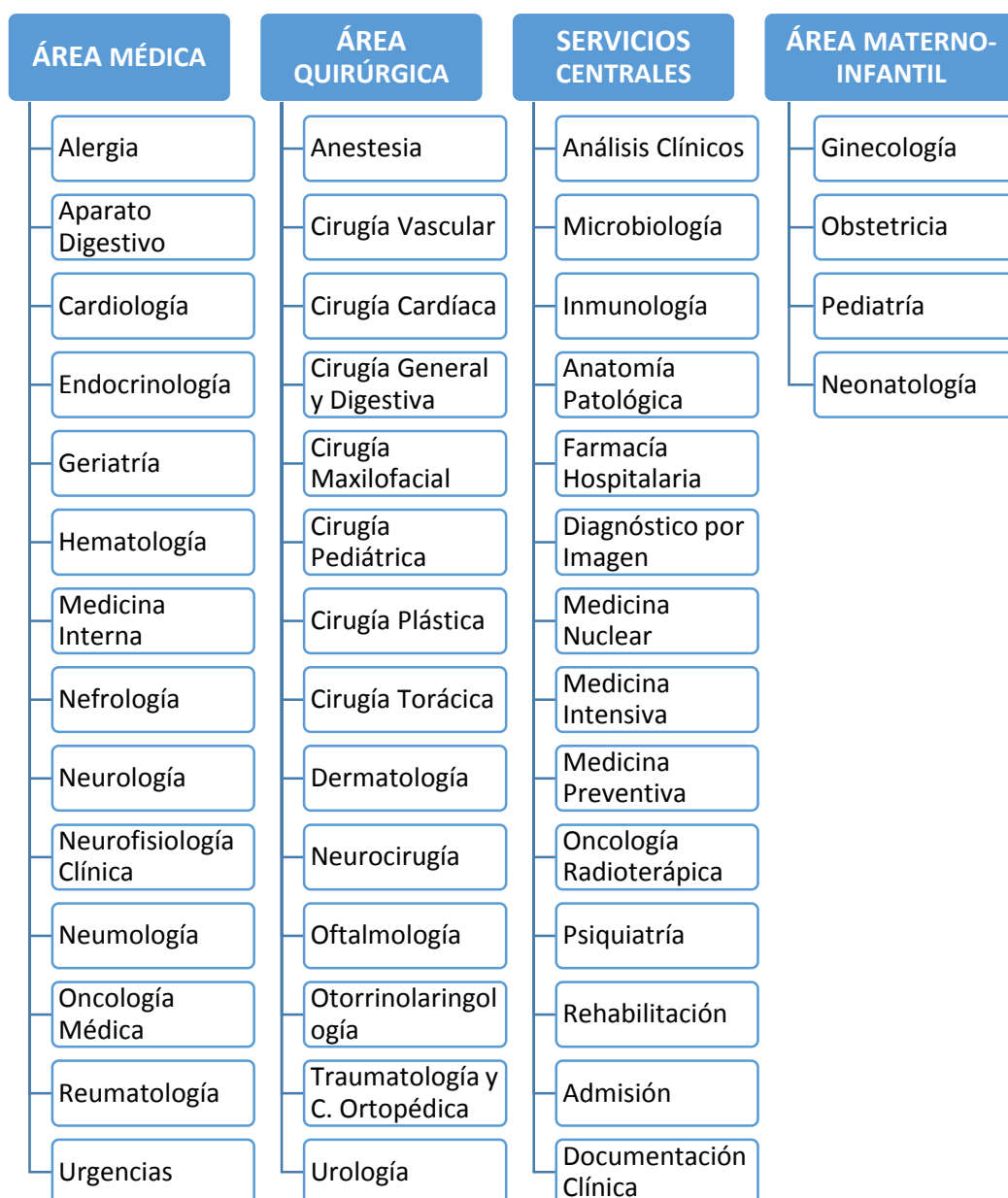
Área Médica: 20 servicios médicos y 10 unidades multidisciplinarias funcionales.

Área Quirúrgica: 6 servicios quirúrgicos; 6 especialidades de referencia y 2 unidades multidisciplinarias funcionales.

Área Materno-Infantil: 3 servicios, 1 especialidad de referencia y 1 unidad multidisciplinar funcional

Urgencias: 20 especialidades con urgencias 24 horas.

Servicios Centrales: 18 servicios y 2 unidades multidisciplinarias funcionales.



2.3.1 ÁREA MÉDICA

El conjunto de Servicios y Especialidades está dirigido por un Jefe de Área Médica que coordina las actividades en los diferentes entornos asistenciales.

Los pacientes hospitalizados por patologías médicas están a cargo del Servicio de Medicina Interna, quien cuenta con las Especialidades Médicas en régimen de interconsulta. Determinados pacientes, en función de la especificidad de su diagnóstico de ingreso, son asignados a su correspondiente Especialidad.

El Servicio de Urgencias de adultos está bajo la coordinación de Medicina Interna, que, con el apoyo de Medicina de Familia, se responsabiliza de la Urgencia general de adultos.

Especialidades médicas	Hospitalización	Hospital de día	Consultas externas	Gabinetes explor funcionales
1 Medicina Interna	x	x	x	
2 Alergología		x	x	x
3 Aparato digestivo	x	x	x	x
4 Cardiología	x		x	x
5 Endocrinología y nutrición	x	x	x	
6 Geriatria	x	x	x	
7 Hematología y Hemoterapia	x	x	x	
8 Nefrología	x	x	x	
9 Neumología	x	x	x	x
10 Neurología	x	x	x	x
11 Oncología médica	x	x	x	
12 Salud mental-Psiquiatría	x	x	x	
13 Salud mental-Psicología		x	x	
14 Rehabilitación			x	
15 Reumatología	x	x	x	
16 Enfermedades Infecciosas	x		x	
17 Farmacología Clínica	x		x	
18 Medicina del Deporte			x	x
19 Genética			x	Laboratorio
20 Hemodinámica		x		Sala de HD
Unidades Multidisciplinares Funcionales				
21 Unidad de dietética y nutrición clínica	x		x	
22 Unidad de Ictus	x			
23 Unidad de Rehabilitación cardíaca		x	x	
24 Unidad de Rehabilitación genito-urinaria		x	x	x
Unidad de análisis del equilibrio y marcha con plataforma dinamométrica	x	x	x	x
26 Unidad de Rehabilitación Vestibular		x	x	x
27 Unidad de Reentrenamiento aeróbico		x	x	x
28 Unidad de Rehabilitación facial		x	x	x
29 Unidad de Deglución		x	x	x
30 Unidad del Enfermo Crítico	x			

1. Medicina Interna:

Concebida como la disciplina médica principal en el cuidado de los adultos afectados de una o varias enfermedades agudas o crónicas complejas. Incluye un cuidado multisistémico e integra otras especialidades, tanto en el hospital como en la comunidad. Está centrada en el paciente y comprometida en dar una atención basada en principios éticos, científicos y holísticos.

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: asume el conjunto de camas y pacientes con patología médica, con el apoyo de otras especialidades médicas o quirúrgicas, caso de que las condiciones del paciente lo hagan necesario. Apoyan a las plantas de pacientes quirúrgicos con diagnósticos médicos asociados, especialmente a Cirugía Ortopédica y Traumatología. (Servicio de Ortogeriatría), con valoración del paciente en paralelo con el Médico quirúrgico responsable del mismo, desde el momento de su ingreso, hasta que se produzca el alta hospitalaria, consiguiendo con ello, una más que demostrada, reducción en la morbimortalidad de este tipo de pacientes, así como una franca mejora de la calidad asistencial. Una parte de las unidades de enfermería asignadas funcionará en régimen de corta estancia
- Hospital de Día: manejo ambulatorio de pacientes pluripatológicos, seguimiento y tratamiento de infecciosos, continuidad asistencial en pacientes de Atención Primaria, atención domiciliaria, ambulatoria o institucionalizados en hospitales de crónicos o residencias
- Consultas externas;
 - General: de pacientes procedentes de Atención Primaria, derivación desde la Urgencia (para diagnóstico rápido, una vez estabilizada la situación de ingreso), o interconsulta hospitalaria. Predominará la orientación hacia la "Alta Resolución"
 - Monográficas: inicialmente se implantará las de Infecciosas, Factores de Riesgo Cardiovascular (Hipertensión, Dislipemias...), Asistencia Paliativa, para ir ampliando progresivamente con Enfermedades Autoinmunes, Trastornos del metabolismo mineral/osteoporosis...
 - Urgencias: se responsabiliza de la dirección y participación en la Urgencia Médica de Adultos, incluyendo la Observación, integrando la plantilla de Médicos de Familia de Urgencias, y con el apoyo de las Especialidades Quirúrgicas. También se hace cargo del soporte asistencial en las plantas durante las 24 horas, con el apoyo de los Médicos Intensivistas, en casos de situación con compromiso vital
- Continuidad Asistencial: el Servicio de Medicina Interna asume una responsabilidad esencial en la coordinación asistencial con Atención Primaria: cada Centro de Salud dispone de un Consultor en Medicina Interna como interlocutor hospitalario para manejo de pacientes, remisión a Hospital de Día, Urgencias y coordinación con otras Especialidades
- Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: a seleccionar entre Infecciones y Política Antibiótica, Mortalidad y Complicaciones, Docencia, Nutrición y Dietética, Documentación Clínica, Farmacia y Terapéutica y Urgencias. Parte de esta participación es apoyada por las demás Especialidades Médicas, según los perfiles profesionales de sus integrantes.

2. Alergología

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospital de Día: utilizado principalmente para pruebas con riesgo de reacción anafiláctica:
 - Pruebas de provocación

- Unidad de medicamentos
- Consultas externas;
 - General
 - Infantil, en colaboración con el Servicio de Pediatría
 - Medicamentos

Gabinetes exploración Funcional. Técnicas complementarias, Pruebas:

- Pruebas cutáneas
- Pruebas funcionales (espirometría, test broncodilatación...)
- Inmunoterapia
 - Continuidad Asistencial: Protocolo de derivación, conjunto con Atención Primaria

3. Aparato Digestivo (Gastroenterología)

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: apoyo a Medicina Interna en casos específicos, y pacientes propios en casos determinados. Apoyo en situaciones que , a requerimiento de otras unidades (Geriatría/Paliativos básicamente), precise la colocación de sondas de gastrostomías para nutrición enteral
- Hospital de Día: para la preparación y observación posterior de pacientes sometidos a técnicas invasivas o que hayan precisado sedación
- Consultas externas;
 - General, incluyendo test de aliento para Helicobacter Pylori, y la introducción progresiva de ecografía digestiva en consultas de Alta Resolución
 - Monográficas:
- Enfermedad inflamatoria Intestinal
- Hepatología

Gabinetes exploración Funcional. Técnicas complementarias, Pruebas:

- Endoscopia digestiva programada alta y baja, diagnóstica e intervencionista
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, incluyendo procedimientos terapéuticos (esfinterotomías, extracción cálculos, inserción de prótesis, dilataciones...)
- La ecoendoscopia se implantará en el desarrollo del Servicio

Urgencias: se garantiza la realización de endoscopia digestiva urgente 24 horas al día

Continuidad Asistencial: programa de prevención del cáncer colorrectal y diagnóstico precoz mediante el test de sangre oculta en heces

4. Cardiología

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: apoyo a Medicina Interna en casos específicos, y pacientes propios en casos determinados. En relación con la UCI, colaborará en casos de pacientes con isquemia coronaria o trastornos complejos del ritmo cardíaco
- Consultas externas;
 - General
 - Monográficas
- Insuficiencia cardiaca
- Cardiopatía isquémica

- Arritmias y electrofisiología

Gabinetes exploración Funcional. Técnicas complementarias, Pruebas:

- ECG general como unidad central para el resto del Hospital y específica para pacientes cardiológicos
- Ecocardiografía transtorácica y transesofágica
- Pruebas de esfuerzo
- Monitorización Continua ambulatoria (Holter) de ECG y tensión arterial
- Procedimientos arritmológicos electrofisiológicos, incluyendo la implantación y seguimiento de marcapasos permanentes
- Hemodinámica: se realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Urgencias: conjuntamente con el Servicio de Urgencias participa en la Unidad de Dolor Torácico, que permite el diagnóstico causal en menos de 24 horas, como práctica de seguridad clínica

5. Endocrinología y Nutrición

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: apoyo a Medicina Interna en casos específicos, y pacientes propios en casos determinados. Coadyuvará en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria
- Consultas externas;
 - General
 - Monográficas:

Diabetes, incluyendo el programa de educación diabetológica. Programa de actuación conjunto con Pediatría para el manejo de la diabetes en niños

Área de nutrición Clínica y Dietética, configurada como unidad central para el conjunto del Hospital

Continuidad Asistencial: será característico el Protocolo de Atención Conjunta a la Diabetes, tanto de adultos como de niños

6. Geriatría

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: apoyo a Medicina Interna para valoración geriátrica de pacientes crónicos ancianos reagudizados, recuperación funcional precoz
- Hospital de día: para valoración Geriátrica integral (VGI) a pacientes complejos, manejo de enfermedades inestables con altas precoces, recuperación funcional, cura de úlceras o heridas postquirúrgica con problemas de cicatrización.
- Consultas externas;
 - General: por derivación interna de otras Especialidades del Hospital, para Valoración Geriátrica Integral
- Urgencias: valoración de riesgo e indicación de derivación a Centros de Crónicos

Continuidad Asistencial: interconsulta con Atención Primaria, por derivación de los Internistas Consultores responsables de cada Centro de Salud. Facilitación del alta hospitalaria y transferencia de enfermos geriátricos y dependientes con continuidad de cuidados.

7. Hematología y Hemoterapia

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: se le asignan pacientes en hospitalización, con patología específica, especialmente oncohematológica, cuando no sea susceptible de manejo en el Hospital de Día. Inicialmente no se asumen los procesos patológicos en cuyo tratamiento se contemple un trasplante. Coordinan el programa de donación de sangre de cordón umbilical
- Hospital de Día: los procedimientos y técnicas a utilizar son: Biopsia ósea, manejo de bomba subcutánea, extracción sanguínea, cuidado de catéter venoso central y reservorios subcutáneos, infusión intravenosa (quimioterapia y otros fármacos), transfusiones de hemoderivados
- Consultas externas;
 - General, para patología de insuficiencia medular, anemias y patología eritocitaria, y trastornos de la coagulación
 - Monográficas:
 - Oncohematología
 - Consulta específica asociada al Hospital de Día
- Banco de Sangre: está bajo la dirección de un especialista en Hematología y Hemoterapia, caracterizado como Servicio de Transfusión. Se explica en el apartado de Servicios Centrales
- Laboratorio: coadyuva con el Laboratorio de Análisis Clínicos en estudios citológicos especiales, y en la supervisión y validación de los resultados de laboratorio del Hospital, en la parte de determinaciones hematológicas
- Urgencias: está garantizada la atención al Servicio de Transfusión permanentemente, mediante guardia de alerta o llamada

Continuidad Asistencial: participa en el programa de control de Tratamiento de la Anticoagulación Oral, en aplicación de la Guía Clínica en vigor

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: dirige la Comisión de Hemoterapia

8. Nefrología

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: apoyo a Medicina Interna en casos específicos, y pacientes propios en casos determinados. Coadyuva en el tratamiento de los casos de las plantas, en los que sea necesario utilizar técnicas de hemodiálisis o depuración extrarrenal (hemofiltración...) singularmente en pacientes críticos ingresados en la UCI. La coordinación con Cirugía Vasculuar será estrecha, para la práctica de los accesos vasculares de los pacientes, así como las complicaciones de las fístulas A-V
- Hospital de Día: Unidad de Hemodiálisis (HD): la actividad se adapta al número de pacientes atendidos, entornos de mañana y tarde, y si es necesario puede haber terceros turnos intercalados, en función del tipo de pacientes y la duración necesaria de la sesión. La Unidad de HD estar capacitada para la realización de las diferentes modalidades: convencional, HD de alto flujo, y hemodiafiltración. Igualmente se maneja a los pacientes crónicos (Insuficiencia Renal Crónica), de manera diferenciada a los infecciosos, y a pacientes agudos.

La Unidad dispone de un programa de Diálisis Peritoneal, en el que se oferta entrar a los pacientes que reúnen los requisitos de indicación. A estos efectos, existe un Programa de entrenamiento de pacientes llevado por enfermería especialmente adiestrada

- Consultas externas;
 - General
 - Monográficas: programa de Prediálisis, para la asistencia al paciente previo a su entrada en diálisis, y consulta de Hipertensión
- Técnicas complementarias, Pruebas: biopsia renal, Holter de tensión arterial
- Urgencias: atención urgente orientada a las complicaciones y situaciones de urgencia de los pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo, bien hemodiálisis o diálisis peritoneal que se presenten fuera del horario habitual de funcionamiento de la unidad

Continuidad Asistencial: coordinación estrecha para la gestión de la indicación de trasplante renal, con el Hospital de referencia de la RSUUP asignado para trasplantes, gestionando la inclusión en la Lista de Espera de Trasplantes

9. Neumología

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: apoyo a Medicina Interna en casos específicos, y pacientes propios en casos determinados. La unidad de Trastornos Respiratorios durante el Sueño dispone de la posibilidad de ingresar pacientes en habitaciones específicas para los estudios polisomnográficos
- Hospital de Día: apoyo a técnicas intervencionistas de broncoscopia o biopsias, técnicas pleurales
- Consultas externas;
 - General
 - Monográficas: Insuficiencia respiratoria crónica y seguimiento de la oxigenoterapia domiciliar y ventilación mecánica no invasiva. Unidad de trastornos del sueño, funcionando de manera coordinada con la Unidad de Neurología-Neurofisiología
- Gabinetes exploración Funcional. Técnicas complementarias, Pruebas:
 - Pruebas funcionales Respiratorias con espirometría y cabina de pletismografía.
 - Broncoscopia
 - Polisomnografía, Deshabitación tabáquica

Continuidad Asistencial: programa de atención conjunta a la bronconeumopatía crónica obstructiva

10. Neurología

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: apoyo a Medicina Interna en casos específicos, y pacientes propios en casos determinados. Existe una Unidad de Ictus, tal como se clasifica en la Estrategia en Ictus en el Sistema Nacional de Salud. Las características de esta Unidad se exponen más adelante
- Hospital de Día: apoyo para pacientes con polisomnografía diurna, tratamientos farmacológicos de larga duración, trastornos cognitivos-demencias
- Consultas externas, infiltración de toxina botulínica
 - General: incluye la cefalea, como consulta general
 - Monográficas: Epilepsia, trastornos del movimiento. Enfermedades desmielinizantes. Demencias, trastornos de la conducta y Neurogeriatría

- Gabinetes exploración Funcional. Técnicas complementarias,
- Pruebas: la práctica de las diferentes técnicas neurofisiológicas está a cargo de Neurofisiólogo integrado en la plantilla de la Unidad; caso de que los perfiles profesionales lo permitan, los neurólogos pueden practicar algunas pruebas neurofisiológicas.
- Urgencias: participación en la atención urgente en relación con la Estrategia de Ictus.

Continuidad Asistencial: especial atención a los programas de demencia y deterioro cognitivo, prevención primaria y secundaria del ictus (implica también a los Servicios de Transporte Sanitario y Hospital terciario de referencia)

11. Oncología Médica

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: ingresan pacientes en el área de camas médicas para los tratamientos quimioterápicos que lo precisen. Forma parte fundamental de la Unidad de Cuidados Paliativos, tanto desde el punto de vista de la protocolización del manejo de estos pacientes, como de la atención directa a los pacientes ingresados. La Unidad atiende desde el comienzo la patología tumoral más prevalente (mama, tumores gástricos, de colon-recto, pulmón, ginecológicos, urológicos, cutáneos...) y progresivamente, de conformidad con su desarrollo el resto de tumores, siempre desde una perspectiva de capacidad técnica y calidad asistencial. En general quedan fuera de la Cartera de Servicios los tratamientos con quimioterapia de intensificación que puedan requerir soporte hematopoyético de trasplante
- Hospital de Día: son usuario principal de este dispositivo.
 - Seguimiento de pacientes
 - Ciclos de quimioterapia
 - Hormonoterapia
 - Bioterapia (uso de interferones, interleuquinas...)
 - Transfusiones
- Consultas externas;
 - General
 - Monográficas: se diferencian consultas propias de determinados procesos tumorales de baja frecuencia y alta especialización

Continuidad Asistencial: continuidad en Atención Domiciliaria a la asistencia paliativa, implementación de programas de cribado/diagnóstico precoz según los criterios de la Autoridad Sanitaria de Salud Pública. Se coordina con los Hospitales de referencia para la derivación y manejo de los enfermos subsidiarios de tratamiento en grandes Centros Terciarios. Igualmente para la derivación a servicios de Radioterapia

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: Comisión de Tumores, Comisión de Farmacia y Terapéutica. Habrá Comités de Tumores interdisciplinarios para el manejo integral de las patologías, con carácter funcional: Cáncer de mama, cáncer digestivo, cáncer de pulmón...

12. Psiquiatría

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: su función está dedicada a la hospitalización aguda de adultos. No es competencia de este tipo de Centro la hospitalización prolongada o de rehabilitación en salud mental, ni la de pacientes crónicos. Se han implementado programas de desintoxicación, atención a los trastornos de conducta alimentaria, así como un protocolo

de contención mecánica para pacientes agitados. El internamiento de pacientes sometidos a especiales medidas de seguridad no está contemplado inicialmente en la cartera de servicios de la Especialidad

- Hospital de Día: dedicado al manejo y atención de pacientes para prevención de las recaídas en esquizofrenia, trastornos bipolares, así como apoyo en el tratamiento de las alteraciones de la conducta alimentaria. Se utilizan técnicas de terapia ocupacional y psicoterapia
- Consultas externas
 - General: diferenciadas en Psiquiatría y Psicología
 - Monográficas: consulta infanto-juvenil diferenciada, incluso con ubicación propia, no mezclada con el resto. Desintoxicación y deshabituación de sustancias de abuso
- Técnicas complementarias, Pruebas: Psicoterapia individual y de grupo, Terapia Electroconvulsiva (TEC) bajo protección anestésica
- Urgencias: cubiertas durante 24 horas, tanto la interna como la de puerta

Continuidad Asistencial: la Psiquiatría de Enlace, con Atención Primaria con psiquiatras interlocutores de los Centros de Salud, y promoción de y prevención en Salud Mental. Apoyo en programas de:

- Psicooncología
- Geriatría, demencias y trastornos cognitivos
- Pacientes con Infarto Agudo de miocardio

13. Psicología Clínica

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: apoyo mediante interconsulta a la planta de Psiquiatría, psicología de enlace con la planta de pediatría
- Hospital de Día: apoyo en la Unidad mediante tratamientos psicoterápicos individuales, grupales o familiares
- Consultas externas:
 - General: valoración y tratamiento de los factores psicológicos y sociológicos de la enfermedad mental. Psicoterapia.
 - Monográficas: Oncología, Infantil y Adolescencia y Adicciones
- Técnicas complementarias, Pruebas:

Continuidad Asistencial: acciones de soporte a la salud mental comunitaria en Atención Primaria, difusión del psicodiagnóstico y técnicas de entrevista clínica, criterios de derivación. Coordinación con los dispositivos sociales

14. Rehabilitación

Actividad en Bloques/Áreas

- Fisioterapia: la Unidad de fisioterapia, coordinada funcionalmente por el equipo de rehabilitación desarrollará las técnicas características de un Hospital de Área:
 - Manipulaciones, vendajes, infiltraciones, yesos, indicación de prótesis y ortesis
 - Drenaje linfático
 - Cinesiterapia
 - Electroterapia, termoterapia y crioterapia, fototerapia, ultrasonoterapia
 - Estimulación eléctrica (TENS)
 - Terapia ocupacional

- Logopedia
- Consultas externas;
 - General
 - Monográficas: consulta de desviaciones vertebrales e infantil

15. Reumatología

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: aunque los ingresos de esta especialidad son escasos, pueden ser necesarios en situaciones agudas de enfermedades sistémicas. Se ingresan a los pacientes en el área médica
- Hospital de Día: como soporte para determinados tratamientos farmacológicos (principalmente inmunomoduladores y terapias biológicas)
- Consultas externas;
 - General
 - Monográficas: enfermedades sistémicas y fibromialgia
- Técnicas complementarias, Pruebas: artrocentesis, estudio de líquido sinovial, infiltraciones

Continuidad Asistencial: Protocolos de actuación conjunta en materia de enfermedades osteoarticulares degenerativas, incluyendo pautas de derivación

16. Enfermedades Infecciosas

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: además de las habitaciones específicas de aislamiento, un número de camas del área médica están destinadas a pacientes infecciosos, con o sin aislamiento, para patología infecciosa compleja o con gérmenes multirresistentes. Actúa como interconsultor para hospitalización quirúrgica (en Traumatología, Cirugía General) y enfermos inmunodeprimidos
- Consulta externa: específica para pacientes infecciosos, con una agenda, según necesidades, para enfermedades tropicales

Participación en Comisiones de Calidad: dada la naturaleza de esta Unidad, sus integrantes participan en la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica y en la Comisión de Farmacia.

17. Farmacología Clínica

Dentro de la política general del Hospital de garantizar la Seguridad clínica y la eficiencia, esta especialidad se hace necesaria a fin de evaluar los efectos de los fármacos en general, y también en subgrupos específicos y en pacientes concretos, como pacientes geriátricos, frágiles o polimedicados. La evaluación se centra en la relación entre los efectos terapéuticos (beneficios), los efectos indeseables (riesgos) y los costes de las intervenciones terapéuticas, incluyendo la eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia, combinando el conocimiento farmacológico con el clínico.

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: cooperación en la redacción y actualización de la Guía Farmacoterapéutica, individualización de tratamientos en función de la respuesta del paciente, detección y análisis de las reacciones adversas y errores de medicación
- Consultas externas: seguimiento de pacientes polimedicados, consejo farmacoterapéutico, programa de conciliación de la medicación

- Técnicas complementarias: a través del Laboratorio se hará la monitorización de niveles de fármacos, toxicidades

Participación en Comisiones de Calidad: dadas las funciones propias de esta disciplina, participan en la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica y en la Comisión de Farmacia, así como en la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios. Se integra en la Comisión de Uso Racional de Medicamentos a nivel de área

18. Medicina Deportiva y de la Educación física

Facultativos: ya ha quedado expuesto que se integran en la plantilla de Traumatología.

Actividad en Bloques/Áreas

- Urgencias: su actividad principal, dado que la mayoría de la demanda está relacionada con accidentes, traumatismos, y patología no quirúrgica. No tienen participación en ningún acto de naturaleza quirúrgica. El diagnóstico de la patología ósea traumática, y su tratamiento mediante vendajes, férulas o reducciones no quirúrgicas son sus cometidos
- Consulta externa: complementariamente se oferta una consulta de asesoramiento especializado a Atención Primaria y pacientes seleccionados para rehabilitación médico-deportiva, atención a la patología de la actividad física desde un punto de vista médico, farmacológico, traumatológico u ortopédico.

19. Genética:

Facultativos: la parte clínica está llevada por Facultativos, preferentemente de Medicina Interna y Oncología Médica, y área de Ginecología y Obstetricia, con el apoyo del Laboratorio de Genética centralizado del Grupo.

Actividad en Bloques/Áreas

- Consulta Externa En genética clínica y consejo genético, en los siguientes ámbitos, llevadas por diferentes Especialistas, según el tipo de paciente a atender
 - Prenatal
 - Postnatal

Oncogenética: estudios de susceptibilidad genética a distintos tipos de cáncer, bases genéticas de respuesta a fármacos antitumorales

Susceptibilidad a enfermedades hereditarias

- Laboratorio: amplia variedad de técnicas y estudios en muestras postnatales de sangre periférica u otros tejidos mediante citogenética convencional y molecular, análisis molecular de ADN, uso de sondas; estudios prenatales sobre líquido amniótico, vellosidades coriales.

20. Hemodinámica

Facultativos: dentro de la plantilla de Cardiología habrá facultativos formados en Cardiología Intervencionista. La responsabilidad principal recae en Especialistas en hemodinámica de Hospitales del Grupo

Actividad en Bloques/Áreas

- Sala de hemodinámica:
 - Cateterismo diagnóstico
 - Cateterismo terapéutico: angioplastias, valvuloplastias

UNIDADES MULTIDISCIPLINARES FUNCIONALES:***21. Unidad de Dietética y Nutrición Clínica***

Facultativos: los facultativos responsables provienen de las Especialidades de Endocrinología y Nutrición o Medicina Interna, y pueden contar eventualmente con el apoyo de Técnico Especialista en Dietética

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: prescripción y valoración de la nutrición artificial (proyectos de “desnutrición cero”), prestando especial atención a los pacientes quirúrgicos que, por la complejidad o gravedad de la cirugía a la que ha de ser sometido, precisa encontrarse en un nivel óptimo de nutrición, previo a la intervención, así como durante el postoperatorio inmediato y recuperación posterior. Está demostrado que, la atención inicial a este aspecto de los pacientes quirúrgicos, se encuentra, estrechamente relacionado con una mejora en la asistencia del paciente y en una disminución en la tasa de complicaciones globales:
 - Enteral, naso enteral o mediante ostomías.
 - Parenteral
- Consultas externas: valoración del estado nutricional, tratamiento de la obesidad, hiperlipoproteinemias, soporte a Oncología, metabolopatías.

22. Unidad de Ictus

Dotada para estabilizar y tratar a la mayoría de los pacientes en fase aguda, especialmente a los pacientes con ictus isquémico (80% de los ictus)

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: dispone de camas específicamente asignadas, dentro del área médica, con personal entrenado, y protocolos de cuidados propios
- Consultas externas: seguimiento de pacientes con ictus
- Técnicas complementarias, Pruebas: laboratorio de Neurosonología, acceso a TAC durante 24 horas
- Urgencias: el servicio de urgencias está coordinado con los servicios de urgencia extrahospitalario, 112 y transporte sanitario. Dispone de acceso a neurólogo de guardia 24 horas, y capacidad de realizar fibrinólisis precoz. El programa queda garantizado cualitativamente con el uso de sistemas de imagen digital y nuevas tecnologías, de forma coordinada con el Proyecto TELEICTUS
- Continuidad Asistencial: proyectos transversales con Atención Primaria en la promoción de estilos de vida saludables, medidas preventivas de los factores de riesgo, y tras el episodio, coordinación para conseguir la rehabilitación del paciente y su reinserción

23. Unidad de Rehabilitación Cardíaca

Facultativos: siguiendo los criterios de la “Estrategia en Cardiopatía isquémica en el Sistema Nacional de Salud”, la unidad multidisciplinar la integran el, equipo de Rehabilitación, y los Especialistas de Cardiología, con el apoyo eventual de Salud Mental

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospital de Día: fisioterapia cardiaca mediante cinta rodantes o cicloergómetro, bajo monitorización multiparamétrica y registro informático de los datos, terapia ocupacional

- Consultas externas: control de factores de riesgo, manejo de problemas secundarios a la patología coronaria, seguimiento de la prescripción farmacológica y cumplimientos terapéutico

Continuidad Asistencial: la terapia de mantenimiento del paciente coronario se sigue por los Médicos de Familia

24. Unidad de Rehabilitación Genito-Urinaria

Actividad en Bloques/Áreas

- incontinencia urinaria: En relación con urólogos y ginecología, encaminada a la evaluación y tratamiento de la incontinencia de esfuerzo/urgencia en las mujeres y tras protactectomía en los hombres
- Incontinencia anal: con el Servicio de Cirugía de Digestivo se ha desarrollado un protocolo para el tratamiento de lesiones iatrogénicas del esfínter externo y el tratamiento de rectos pequeños funcionales.
- Preparación al parto y recuperación del postparto en colaboración con ginecólogos y matronas.

25. Unidad de Análisis de equilibrio y marcha con plataforma dinamométrica

Actividad en Bloques/Áreas

- Se evalúan y tratan pacientes con múltiples patologías que afectan al equilibrio y la marcha (cerebelosas, cordones posteriores, polineuropatías, prótesis, etc)

26. Unidad de Rehabilitación vestibular

Actividad en Bloques/Áreas

- A través de sistemas de posturografía dinámica y junto al servicio de Otorrinolaringología.

27. Unidad de Reentrenamiento Aeróbico

Actividad en Bloques/Áreas

- Rehabilitación respiratoria para los pacientes de EPOC.

28. Unidad de rehabilitación facial

Actividad en Bloques/Áreas

- Tratamiento precoz de la parálisis facial
- Estudios electrofisiológicos, tratamiento logopédico, fisioterápico y con toxina botulínica.

29. Unidad de Deglución

Actividad en Bloques/Áreas

- Tratamiento precoz de la disfagia.
- Control de la seguridad y eficacia de la alimentación del paciente.

30. Unidad del enfermo crítico

Actividad en Bloques/Áreas

- Recuperación de los pacientes con ingreso prolongado en UVI O UCIR.
- Coordinado con Fisioterapia respiratoria y coordinación motora.

2.3.2 ÁREA QUIRÚRGICA

Las Especialidades Quirúrgicas dependen directamente de la Dirección Asistencial, y tienen autonomía organizativa. Sin embargo la complejidad de funcionamiento del Bloque Quirúrgico, requiere una coordinación organizativa y de calidad interna, por lo que existe la figura de Coordinador Quirúrgico, que se apoya en una Comisión de Quirófano, integrada por representantes de todos los Servicios Quirúrgicos. Las funciones desempeñadas son:

Velar por el buen funcionamiento y eficiencia de los quirófanos, realizando la asignación de los mismos según criterios de necesidad (demanda y prioridad clínica)

Asegurar la disponibilidad de quirófano para la emergencia y urgencia quirúrgica

Asesorar sobre la adecuada dotación de la infraestructura quirúrgica, y medios materiales, equipamiento e instrumental

Implantar los procedimientos precisos que garanticen la Seguridad de los Pacientes en su paso por el Bloque Quirúrgico

Dentro del equipo de personas que dirigen el funcionamiento del Bloque Quirúrgico, en cooperación con el Coordinador, se integran el responsable del Servicio de Anestesia y el Supervisor de Enfermería.

Especialidades quirúrgicas	Hospitalización	Cirugía con Ingreso	CMA	Consultas externas	Gabinetes explor funcionales
1 Cirugía general y digestiva	x	x	x	x	x
2 Dermatología M.Q			x	x	x
3 Oftalmología	x	x	x	x	x
4 O.R.L	x	x	x	x	x
5 Traumatología y Cirugía ortopédica	x	x	x	x	
6 Urología	x	x	x	x	x
Unidades Multidisciplinares Funcionales					
7 Unidad de Epilepsia	x			x	x
Especialidades de referencia					
8 Angiología y Cirugía Vascolar	x	x	x	x	x
9 Cirugía Cardíaca	x	x		x	
10 Cirugía Oral y Maxilofacial	x	x	x	x	
11 Cirugía Plástica	x	x	x	x	
12 Cirugía Torácica	x	x		x	
13 Neurocirugía	x	x		x	
Unidades Multidisciplinares Funcionales					
14 Cirugía Bariátrica y Unidad de Obesidad	x	x		x	

1. Cirugía General y Digestiva

Facultativos: en la selección se demandan perfiles profesionales con subespecialización en cirugía endoscópica, coloproctología y cirugía ambulatoria, patología de la mama (a desempeñar coordinadamente con el Sº de Ginecología), cirugía hepato-biliar y cirugía oncológica

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: atención a pacientes postoperados de forma programada y urgente
- Bloque Quirúrgico: en torno al 20% de la actividad quirúrgica es asumida por este Servicio, con una tasa de ambulatorización global del 55%. La cirugía ambulatoria se centra en procedimientos proctológicos, sobre la pared abdominal, lesiones cutáneas y patología ungueal. El índice de sustitución en procesos potencialmente ambulatorios es mayor del 85%
- Consultas externas;
 - General, que además cuenta con consulta de curas, de la que se responsabiliza la enfermería
 - Monográficas: dependiendo de los perfiles de conocimiento de la plantilla se puede atender por el Sº de Cirugía General la patología vascular periférica, singularmente la venosa. También participa en la Unidad de mama
- Técnicas complementarias, Pruebas: manometría esofágica, ph-metría, biopsia de adenopatías cervicales
- Urgencias: atención continuada de presencia física 24 horas, para atención en planta, puerta de urgencias (con atención en la sala de curas) y quirófano

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: Comisión de Quirófanos, Tejidos y Tumores, Mortalidad e Infecciones y Política Antibiótica

2. Dermatología

Actividad en Bloques/Áreas

- Bloque Quirúrgico: utiliza el quirófano para la biopsia y extirpación de lesiones amplias, o cirugía bajo control microscópico (MOHS). El resto de lesiones se tratan en la sala de curas anexa a la consulta
- Consultas externas;
 - General
 - Monográficas: oncología dermatológica, con un apartado singularizado para melanomas
- Técnicas complementarias, Pruebas: biopsia cutánea, crioterapia, puvaterapia

Continuidad Asistencial: dada la alta frecuentación de la Especialidad, existe una guía consensuada de derivación en la patología más prevalente: eczemas, micosis.

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: Comisión de Tumores

3. Oftalmología

Facultativos: Durante la fase de puesta en marcha y al inicio de la actividad se balancea la plantilla con la incorporación de optometristas, para atender los defectos de refracción ocular y medición de la Agudeza Visual

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: sólo para aquéllos procesos de alta complejidad que no puedan ser manejados mediante CMA
- Bloque Quirúrgico: el Servicio tiene un volumen numérico de intervenciones muy elevado, aunque orientado mayoritariamente hacia la CMA, siendo el índice de ambulatorización próximo al 95%, Las prestaciones quirúrgicas alcanzan hasta la vitrectomía posterior y procedimientos sobre retina
- Consultas externas;
 - General: con una segregación de las consultas básicas de agudeza visual y defectos de refracción
 - Monográficas: se organizan distribuyendo la patología en polo anterior, posterior y motilidad y órganos anejos
- Técnicas complementarias, Pruebas: campimetría computerizada, láser argon y yag, angiofluoresceingrafía...
- Urgencias: se atienden consultas urgentes durante el horario de consulta programada de mañana y tarde, y el resto del día en el Servicio de Urgencias, sin perjuicio de la necesidad de realizar exploraciones complementarias urgentes en los gabinetes de consultas

Continuidad Asistencial: protocolización de la revisión oftalmológica (estudio de Fondo de Ojo) en diabetes, así como la Guía de derivación desde AP en patología refractiva

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: Comisión de Quiófanos

4. O.R.L.

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: sólo para aquéllos procesos de alta complejidad que no pueden ser manejados mediante CMA. La hospitalización de procesos quirúrgicos practicados en niños se hace preferentemente en las camas pediátricas, para facilitar la atención por los Pediatras, independientemente del seguimiento postquirúrgica de los Especialistas de ORL
- Bloque Quirúrgico: cerca del 70% de los procedimientos se realizan mediante CMA. Son tributarios de quirófano para cirugía con ingreso gran parte de la cirugía de cuello, senos nasales y paranasales y actuaciones mayores sobre la laringe
- Consultas externas;
 - General
 - Monográficas: oncología O.R.L.
- Técnicas complementarias, Pruebas: cribado auditivo para el diagnóstico de la sordera en el Recién Nacido, en cooperación con la Unidad de Pediatría- Neonatología, audiometría, potenciales evocados, endoscopia flexible
- Urgencias: se atienden consultas urgentes durante el horario de consulta programada de mañana y tarde, y también fuera de esta jornada a pacientes postoperados o urgencias ambulantes en régimen de llamada

Continuidad Asistencial: a demanda de AP, se realizan guías o protocolos comunes

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: Comisión de Quirófanos.

5. Cirugía Ortopédica y Traumatología

Facultativos: La distribución de perfiles profesionales y competencias de subespecialización permite cubrir amplios campos y técnicas de actividad quirúrgica, además de las generales:

- Cirugía artroscópica: rodilla, hombro. Se actualiza a medida que se consoliden nuevos abordajes artroscópicos
- Patología de Columna, garantizando al menos la realización de los procedimientos sobre zona lumbar o lumbo-sacra
- Cirugía protésica, incluso recambio protésico
- Cirugía de la mano

Queda garantizada el abordaje integral de la patología del Aparato Locomotor mediante la coordinación multidisciplinar con los Servicios de Reumatología y Rehabilitación

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: dada la casuística del Sº de Traumatología, donde abundan los pacientes añosos y con múltiples patologías asociadas, la gestión de la planta realizada por los traumatólogos, se ve reforzada con un consultor a tiempo parcial del Sº de Medicina Interna, que facilite el manejo de la pluripatología, evite el deterioro y las complicaciones médicas de los pacientes y permita un alta cuando el proceso quirúrgico haya sido resuelto
- Bloque Quirúrgico: su actividad representa casi el 20% de las intervenciones, y necesita un 25% de las sesiones de quirófano. La Cirugía diferida de urgencias se resuelve en un período máximo de 24 horas, mejorando la calidad asistencial y sin entorpecer el desarrollo del parte programado. El mayor volumen se dedica a procesos en régimen de ingreso, aunque la tasa de ambulatorización llega al 50%
- Consultas externas;
 - General, para traumatología y ortopedia
 - Monográficas: se apoya en consultas de enfermería de curas y de yesos
- Urgencias: se cubre la urgencia durante 24 horas al día, tanto en la puerta de urgencias como planta y quirófano urgente. El Servicio incorpora Médicos de Familia con capacitación en traumatología, y Especialistas en Medicina Deportiva para el manejo de los pacientes que no precisen intervención o la realización de una técnica cruenta, que es realizada por el traumatólogo de guardia

Continuidad Asistencial: se crea una Guía de derivación desde AP, con la distribución de casos entre las Especialidades que se ocupan del Aparato Locomotor. Además se fomenta que la rehabilitación postquirúrgica sea proporcionada en las estructuras de fisioterapia de AP

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: Comisión de Quirófanos, de Urgencias

6. Urología

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: para procedimientos no susceptibles de CMA
- Bloque Quirúrgico: la tasa de ambulatorización se sitúa por encima del 55%
- Consultas externas;
 - General
 - Monográficas: Incontinencia, oncología urológica
- Técnicas complementarias, Pruebas:
 - Urodinamia
 - Ecografía urológica
 - Endoscopia urológica
- Urgencias: se atienden consultas urgentes durante el horario de consulta programada de mañana y tarde

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: Comisión de Quirófanos

UNIDADES MULTIDISCIPLINARES FUNCIONALES:

7. Unidad de Epilepsia

Facultativos: Se busca un perfil profesional de neurocirujanos experto en cirugía de la epilepsia, Unidad de Funciones Corticales con neuropsicólogo, TAC, Imagen por Resonancia Magnética, SPECT.

Actividad en Bloques/Áreas

- Médico-quirúrgica: La actividad de la Unidad se centra en el diagnóstico y tratamiento médico, en la investigación prequirúrgica de las epilepsias no controladas y en su tratamiento quirúrgico. La Unidad dispone de la sala de Monitorización Vídeo-EEG intensiva. El objetivo de la Monitorización Vídeo-EEG intensiva es registrar episodios breves compatibles con crisis epilépticas, crisis psicógenas u otros episodios transitorios de alteración del nivel de conciencia, sensoriales o motores. El tipo de crisis es determinante en la evaluación prequirúrgica de las epilepsias ya que identifica el área del cerebro responsable del origen de las crisis. A través de la intervención se ofrecen buenos resultados en el control de las crisis sin causar defectos neurológicos
 - Monitorización Vídeo-EEG
 - Estudios con electrodos de superficie e intracraneales
 - Registros eléctricos intraoperatorios.
 - Mapeo cortical mediante estimulación cerebral con electrodos intracraneales.
 - Test de lenguaje y lateralización hemisférica (RM funcional, Test de Wada)
 - Participación en ensayos clínicos de antiepilépticos en desarrollo.
- Laboratorio: Participación en ensayos clínicos de antiepilépticos en desarrollo
- Consultas externas: Asesoramiento y consejo en epilepsias genéticas y familiares.

A continuación se expone la Cartera de Servicios **de Especialidades Quirúrgicas de referencia**, que presta asistencia en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos a través de los equipos médicos multihospital de Hospitales del Grupo, asumiendo el volumen de actividad adaptado a la demanda, y garantizando la continuidad asistencial. Mediante un funcionamiento de equipos médicos con movilidad se resuelven los condicionantes que dificultan la presencia de Servicios de referencia en Hospitales de tamaño mediano:

- La eficiencia, ya que la actividad generada en un área de las dimensiones de la asignada al Hospital Universitario Rey Juan Carlos no justificaría la creación de un nuevo Servicio, por lo que lo adecuado es que desde uno ya constituido, se atienda la patología del área del nuevo centro
- La Seguridad y calidad de las prestaciones: un reducido volumen de actividad no permite el adecuado nivel de entrenamiento y experiencia que se requiere. La aplicación de un modelo de Servicio multihospital aporta al grupo de Especialistas el suficiente número de procedimientos quirúrgicos para mantener y mejorar su destreza y capacitación

El apoyo de enfermería para estas Especialidades en el Bloque Quirúrgico (enfermera instrumentista), se hace a expensas de personal desplazado con acreditada experiencia en los procedimientos quirúrgicos. La enfermería de planta está formada en el manejo postoperatorio y hace rotaciones en hospitales de nivel terciario.

CARTERA DE SERVICIOS DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE REFERENCIA:

Desde el inicio de la puesta en marcha del Hospital, están presentes las prestaciones de consulta externa, técnicas complementarias y CMA (en su caso) con la asunción paulatina de la actividad de cirugía con ingreso. Quedan fuera de los procedimientos ofertados en el Hospital aquellos que precisen de un equipamiento no disponible, o aquellos más infrecuentes en la Especialidad, que aconsejen centralizar en los Centros de referencia.

8. Angiología y Cirugía Vascolar

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: pacientes pre y postquirúrgicos de patología vascular periférica. El S^o de Cirugía general coadyuva en el seguimiento en planta de los pacientes intervenidos
- Bloque Quirúrgico: técnicas quirúrgicas sobre arterias y venas, exceptuando los procedimientos sobre troncos supraaórticos y aorta torácica descendente. La patología venosa de los miembros inferiores se hace colaborativamente con el S^a de Cirugía General. También se hace uso de la unidad de cirugía mayor ambulatoria
- Consultas externas: general, con una frecuencia estimada de 1-2 agendas por semana
- Técnicas complementarias, Pruebas: oscilometría, eco-Doppler, angiografía en el S^o de Diagnóstico por Imagen

9. Cirugía Cardíaca

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: se implementa dentro de la cartera de servicios, pues se espera que haya demanda suficiente para cubrir una sesión quirúrgica quincenal, que justifique la dotación de equipo y, sobre todo, las visitas para seguimiento en planta de los pacientes intervenidos.
- Bloque Quirúrgico: los cálculos previos permiten prever una demanda suficiente para completar unas 35 sesiones quirúrgicas/año. Cuando se confirme esta estimación se ofertará a la población en el Hospital.
- Consultas externas: la prestación de consulta externa está disponible desde el primer momento, mediante derivación interna desde los servicios del propio Hospital: evaluación e indicación de la cirugía, estimación de riesgo quirúrgico, derivación/inclusión en Lista de Espera. Revisiones postquirúrgicas.

Continuidad Asistencial: la derivación al servicio de referencia se coordina a través de la consulta y Servicio de Admisión con el Centro de destino

10. Cirugía Oral y Maxilofacial

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: para la estancia de los pacientes postoperados, dentro de las unidades de hospitalización quirúrgica
- Bloque Quirúrgico:
 - Quirófano para procedimientos con hospitalización: se hacen los tributarios de la Especialidad, excepto los procedimientos sobre órbita y globo ocular, sobre huesos y articulaciones faciales, y grandes extirpaciones sobre lengua y/o mandíbula

- CMA: además del uso de la unidad de CMA, también se dispone de un gabinete debidamente dotado con sillón dental completo y equipamiento auxiliar
- Consultas externas: evaluación y pacientes derivados de Atención Primaria, y por interconsulta hospitalaria, dotada de gabinete de exploración y tratamiento

11. Cirugía Plástica

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: para el cuidado postoperatorio de los pacientes que requieran ingreso; se realiza en las áreas de hospitalización quirúrgica. La atención a los pacientes ingresados se hace en colaboración con las demás Especialidades Quirúrgicas. Se exceptúa el manejo de los grandes quemados
- Bloque Quirúrgico: el volumen mayoritario se implementa en el quirófano de CMA, principalmente basado en la cirugía de extirpación de tejidos blandos, piel y tejido subcutáneo, órganos anejos al globo ocular, oído externo o nariz. En el área de quirófano con ingreso se hacen los procedimientos de plastias o injertos que por su complejidad requieran control posterior en planta, cirugía sobre mama (mamoplastias, cirugía coadyuvante en las extirpaciones tumorales de mama)
- Consultas externas para evaluación preoperatoria y de seguimiento posquirúrgico

12. Cirugía Torácica

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: se sigue una actitud similar a la expuesta para la Cirugía Cardíaca.
- Bloque Quirúrgico: se estima una necesidad de 2-2,5 sesiones quirúrgicas por mes.
- Consultas externas, destinadas al diagnóstico y evaluación quirúrgica. Se da una importancia especial al diagnóstico inmediato de la patología tumoral, y la coordinación con el servicio de derivación

13. Neurocirugía

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: en planta de área quirúrgica
- Bloque Quirúrgico: principalmente se practican procedimientos sobre columna vertebral (hernias y procesos degenerativos) y tratamientos del dolor, para en una segunda fase ir incorporando la cirugía craneal.
- Consultas externas: se ha ofertado a la población desde el inicio del funcionamiento del Hospital, para el diagnóstico y planteamiento quirúrgico, así como el seguimiento postoperatorio

UNIDADES MULTIDISCIPLINARES FUNCIONALES:

14. Cirugía Bariátrica-Unidad de Obesidad

Facultativos: como unidad multidisciplinar integra funcionalmente recursos del Servicio de Cirugía General y Digestiva (cirujanos focalizados en la cirugía bariátrica), Cirugía Plástica, Unidad de Endocrinología y Nutrición, con el apoyo del equipo de Salud Mental

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: en las plantas quirúrgicas. Se dispone de camas y mobiliario especial, con resistencia adaptada al paciente con sobrepeso.
- Bloque Quirúrgico: al menos una mesa quirúrgica estará preparada para este tipo de cirugía. Las técnicas quirúrgicas a practicar incluyen la banda gástrica, gastroplastias, derivaciones biliopancreática. Mayoritariamente se realizan las técnicas mediante cirugía laparoscópica a fin de reducir las complicaciones y mejorar la recuperación de los pacientes.

Consultas externas: de las diferentes disciplinas que participan en la asistencia integral del paciente obeso, en la fase de preparación preoperatoria, así como el control postoperatorio y la corrección de las secuelas de la obesidad a través de Cirugía Reparadora.

2.3.3 ÁREA MATERNO-INFANTIL

La población pediátrica asignada al Hospital Universitario Rey Juan Carlos supone aproximadamente el 15,4% del total, algo superior a la cifra global de la Comunidad, en la que representa el 14,8%, por lo que no se trata de un área con un perfil muy diferenciado en dicho ámbito.

En cuanto a los nacimientos registrados en la población de referencia en 2007 se estiman en algo más de 2.000, esperándose una atracción mínima hacia el Hospital no inferior al 90%, es decir unos 1.800 partos, casi 5 diarios.

La cooperación entre la Obstetricia y la Neonatología es fundamental a la hora de seleccionar las prácticas cualitativas que mejoren los resultados en salud, analizados principalmente mediante indicadores de morbi-mortalidad perinatal y maternal, y dependen mucho de los procesos de atención durante el embarazo (normal o de riesgo) y durante el parto y período neonatal. El Hospital Universitario Rey Juan Carlos dispone de alta cualificación y capacidad profesional y tecnológica en esta área.

Área Materno Infantil	Hospitalización	Cirugía con Ingreso	CMA	Consultas externas	Gabinetes explor funcionales
1 Ginecología y Obstetricia	x	x	x	x	x
2 Neonatología	Nivel III-A			x	
2 Pediatría	x		H.día Pediátrico	x	x
3 Cirugía Pediátrica (de referencia)	x	x	x	x	
Unidades Multidisciplinares Funcionales					
4 Unidad de Reproducción Asistida			x	x	Laboratorio y Conservación

1. Ginecología y Obstetricia

Facultativos: Se incorporan perfiles competenciales que permitan abarcar el máximo de prestaciones y procedimientos característicos de la especialidad, respetando el principio de generalismo que permita la atención continuada en la urgencia, singularmente la asistencia obstétrica:

- Cirugía oncológica en Ginecología
- Patología mamaria, en cooperación con el Sº de Cirugía General, formando una unidad interdisciplinar que favorezca las sinergias asistenciales
- Cirugía endoscópica y vaginal
- Histeroscopia
- Reproducción Asistida
- Ecografía obstétrica, con al menos dos Facultativos con el mayor nivel de acreditación de la SEGO. Diagnóstico prenatal.
- Patología de suelo pélvico

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: dependiendo de la configuración de las unidades de enfermería la hospitalización obstétrica puede estar diferenciada de la Ginecológica, aunque existe permeabilidad continua entre ambas, bajo el principio de necesidad de las pacientes, con la única limitación de la calidad de los cuidados de enfermería
- Bloque Obstétrico: el número esperado de partos, el nivel de experiencia y capacidad del equipo de Obstetricia y de la Neonatología del Hospital, permite que la Unidad quede encuadrada dentro del nivel de clasificación 3 de las definidas en la Guía de Atención al Parto del Mº de Sanidad, lo que permite atender partos de riesgo II (alto), aunque la

evolución del Hospital le llevará a un mayor desarrollo, y alcanzar el nivel 4. El modelo asistencial se corresponde con la tipología arquitectónica, y es del tipo Integrado (a diferencia del modelo secuencial), realizándose todo el proceso de parto (dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación) en un espacio físico integrado: la Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR). El Recién Nacido es sistemáticamente atendido por personal especializado del propio Bloque Obstétrico o del área de Neonatología, en caso de ser preciso. La oferta de analgesia durante el parto es universal, para todas las pacientes susceptibles de utilización.

- Bloque Quirúrgico: siempre está disponible un local de quirófano para la práctica de las cesáreas de emergencia.
- Consultas externas;
 - General: tanto de Ginecología como de Obstetricia. Las consultas de "acto único" son el patrón habitual de funcionamiento, resolviendo los procedimientos diagnósticos y dando las orientaciones terapéuticas o de seguimiento en un solo día, y en un corto período de tiempo. La ecografía se realiza rutinariamente en la consulta. Sólo las más específicas se hacen siguiendo una agenda propia, pero coordinada con la consulta
 - Monográficas:

Obstetricia: se diferencia la de Alto Riesgo, y la ecografía de diagnóstico preimplantacional y prenatal. Registro y Fisiopatología Fetal en la última fase de la gestación

Ginecología:

- Patología de mama
- Oncología
- Reproducción
 - Técnicas complementarias, Pruebas:
 - Colposcopia, histeroscopia
 - Ecografía ginecológica y obstétrica, incluso 3D
 - Amniocentesis
 - Urgencias: se atiende durante 24 horas al paritorio, quirófano, planta y pacientes ambulantes urgentes

Continuidad Asistencial: es una de las Especialidades que más necesitan de la continuidad asistencial debido a la transversalidad de la atención entre los aspectos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, así como la consideración del embarazo como un fenómeno fisiológico. El proyecto de Especializada debe engarzarse con las atribuciones de la AP, que se recogen en su Cartera de Servicios, permitiendo una distribución de las pacientes que consiga la máxima eficacia asistencial. Por ello están definidos, al menos, los campos siguientes:

- Prevención del cáncer de mama, cérvix, ovario y endometrio, y recomendaciones de derivación
- Proceso de atención a la gestación normal y patológica: detección y control del embarazo normal, criterios de embarazo de alto riesgo
- Anticoncepción hormonal. Otros métodos de planificación.
- Hemorragia uterina anormal. Patología benigna ginecológica. Criterios de derivación
- Menopausia. Terapia hormonal sustitutiva. Otras alternativas.

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: Comisión de Tumores, Mortalidad, Quirófanos y Comisión de Infecciones

2. *Pediatría y Neonatología*

Facultativos: el desarrollo de la Pediatría de Atención Primaria, y la presencia de Especialistas en los Centros de Salud, que atienden a la población hasta los 14 años, ha modificado el papel tradicional de la Pediatría hospitalaria, cuya función deriva hacia la subespecialización en áreas de conocimiento específico, y la atención al niño ingresado, desde la neonatología hasta la adolescencia. La plantilla médica debe adaptarse a estos requisitos, y por tanto tiene un balance entre las distintas subespecialidades pediátricas. En la composición se cuenta con:

- Médicos con orientación neonatológica
- Pediatría general y de urgencias
- Cardiología pediátrica
- Endocrinología pediátrica
- Neurología pediátrica
- Digestivo y Nutrición pediátrica

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización:
 - Neonatología: se define como la unidad clínica pediátrica que garantiza la cobertura asistencial de los pacientes neonatales y la asistencia y reanimación en la sala de partos y quirófano. El nivel mínimo requerido es el II-B de la Sociedad Española de Neonatología (SEN), que precisa una adecuación en cuanto a recursos humanos y equipamiento para asistir, como mínimo a Recién Nacidos (RN) con procesos de severidad moderada de una edad gestacional superior a 32 semanas y peso de nacimiento superior a 1.500 g.
 - Como mejora en Cartera de Servicios, **el Grupo ha dotado a la Unidad de Neonatología con los medios humanos y tecnológicos para alcanzar el nivel III-A** (según los niveles de la SEN), que permite la adecuada atención a RN desde los 1.000 gramos, y 28 semanas de gestación, a los que puede ser necesario aplicar, además de las técnicas básicas propias del nivel II, ventiloterapia convencional prolongada, procedimientos complejos (del tipo de exanguinotransfusión, modalidades de diálisis...), incluso cirugía menor.
 - Pediatría: abarca a los lactantes, preescolares, escolares y preadolescentes. Los niños que vayan a estar sometidos a intervenciones quirúrgicas, ingresan preferentemente en la sala pediátrica, en el entorno más adecuado para ellos, donde el seguimiento es compartido entre Pediatría y la Especialidad quirúrgica. Las habitaciones son todas individuales, y no se diferencian entre las distintas edades; tan sólo cambia el tipo de cama (normal o júnior), o cuna para lactantes. El nido, aunque los recién nacidos allí alojados no están técnicamente ingresados, son supervisados por los pediatras, quienes los valoran antes del alta de la madre. Hay que tener en cuenta que en la Unidad de Obstetricia se favorece la permanencia del bebé con la madre
- Hospital de Día, diferenciado de el de adultos, para la práctica de pruebas y técnicas y observación posterior de los niños
- Consultas externas:
 - Neonatología: para el seguimiento y control de la evolución de los Recién Nacidos que hayan estado ingresados por gran prematuridad, durante el primer año de vida
 - General: patología general aguda, de respuesta rápida y clasificación para las subespecialidades
 - Monográficas:

Cardiología, con disponibilidad de equipamiento electromédico y alta tecnología del tipo de ecocardiografía en sus distintas modalidades, test de esfuerzo y monitorización continua ambulatoria

Endocrinología

Gastroenterología y Nutrición pediátrica

Neumología

Neurología

- Técnicas complementarias, Pruebas: las características de cada especialidad, que utiliza en general el equipamiento de las de adultos, mediante una adecuada distribución de su uso, gestionando las agendas
- Urgencias: la urgencia pediátrica tiene varios ámbitos de actuación y requiere presencia continuada de 2 pediatras:
 - Urgencia general (puerta), con clasificación, boxes de exploración y tratamiento y observación
 - Neonatología: atiende el paritorio y la sala de recién nacidos ingresados
 - Sala de hospitalización

Continuidad Asistencial: la interrelación con los pediatras de AP es continuada, pudiendo estos remitir los niños directamente a las consultas de subespecialidades. Las reuniones son mensuales, y se puede hacer seguimiento de los niños ingresados por parte de sus pediatras del Centro de Salud

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: internamente existen comisiones de Morbi-mortalidad perinatal, Mortalidad Infantil, trabajando de forma coordinada con la Comisión de Mortalidad general del Hospital. Participando también en la Comisión de Infecciones y en la de Ética Asistencial.

CARTERA DE SERVICIOS DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS DE REFERENCIA:

3. Cirugía Pediátrica (de referencia)

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: siempre que sea posible los niños operados por este Servicio están ingresados en la planta pediátrica
- Bloque Quirúrgico: tanto a nivel de quirófano para procedimientos con ingreso, como Cirugía Mayor Ambulatoria donde se practica el 60-65% de las intervenciones. No se contempla la cirugía oncológica, ni la corrección de malformaciones severas
- Consultas externas: la consulta se nutre de los pacientes remitidos por Pediatría, y las especialidades quirúrgicas, para los casos en que se vean superados sus medios y destrezas. La patología más habitual será la de la pared abdominal y la del aparato digestivo y genito-urinario.

UNIDADES MULTIDISCIPLINARES FUNCIONALES:

4. Unidad de Reproducción Asistida

Facultativos: la Unidad está constituida a expensas de la plantilla de Ginecología, con facultativos formados y experimentados en reproducción humana y fertilidad, y en ecografía ginecológica de alto nivel. Además se cuenta con Biólogos con formación y experiencia en capacitación y

conservación de semen y en biología de la reproducción, como responsables del laboratorio de reproducción y el manejo y conservación de gametos y embriones

Actividad en Bloques/Áreas: el funcionamiento clínico, los criterios de inclusión y las indicaciones de los diferentes tipos de procedimientos están sujetos a las Guías y protocolos aceptados y en vigor, con pleno respeto a los principios éticos y regulaciones legales. Se obtiene la correspondiente autorización y homologación según lo dispuesto en el RD 413/1996.

La Unidad dispone de las áreas de consulta, laboratorio, conservación (dotado de las oportunas medidas de seguridad), así como disponibilidad de quirófano

- Cartera de Servicios de Técnicas: la implantación de las técnicas es progresiva, alcanzando el máximo nivel a los 2-3 años de actividad, una vez consolidados los resultados de los procedimientos iniciales
 - Estudio Básico de Esterilidad
 - Estimulación ovárica
 - Inseminación artificial
 - Fertilización in Vitro con Transferencia de Embriones
 - Inyección intracitoplasmática.

2.3.4 URGENCIAS

La urgencia se subdivide organizativamente en área de adultos, pediátrica, y gineco-obstétrica, con sus correspondientes facultativos especialistas, apoyados por especialidades quirúrgicas, y otras especialidades médicas en función de la posible aplicación urgente de técnicas complementarias. Los servicios centrales diagnósticos ofrecen apoyo continuado, según se ha descrito en sus correspondientes exposiciones de cartera de servicios

Facultativos: aquellos destinados en exclusiva a la atención urgente son los Médicos de Familia (u otras especialidades con capacitación para la urgencia/emergencia médica), que se han adaptado a la regulación de una posible especialidad de Medicina de Urgencias. La atención a la traumatología de puerta también tiene dotación fija, a expensas de profesionales especializados en diversas ramas (Medicina de Familia, Medicina Deportiva, Traumatología). La coordinación y gestión general está ejercida por un Jefe de Unidad de Urgencias.

Disciplinas y Especialidades con asistencia 24 horas: en general la urgencia de puerta y de planta se cubre con médicos de presencia física. Sólo en el caso de que la demanda sea baja y esporádica, o para la atención a problemas determinados (postoperatorios inmediatos, realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas), se recurre a la guardia localizada. Para reforzar la asistencia en la puerta de urgencias, tras una valoración clínica, se puede derivar pacientes a las consultas para ser vistos de manera inmediata en ORL, Oftalmología o Urología, que tienen una amplia oferta horaria.

La relación de Especialidades es:

- 1. MEDICINA INTERNA**
- 2. MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**
- 3. MEDICINA INTENSIVA-UCI**
- 4. GASTROENTEROLOGÍA (Endoscopia)**
- 5. HEMATOLOGÍA-BANCO DE SANGRE**
- 7. NEUROLOGÍA**
- 8. PSIQUIATRÍA**
- 9. ANESTESIOLOGÍA**
- 10. CIRUGÍA GENERAL**
- 11. CIRUGÍA PEDIÁTRICA**
- 12. OFTALMOLOGÍA**
- 13. O.R.L**
- 14. TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA**
- 15. URGENCIAS TRAUMATOLOGÍA**
- 16. GINECOLOGÍA Y OBSTERICIA**
- 17. PEDIATRÍA (Urgencias y planta)**
- 18. NEONATOLOGÍA (Paritorio y Neonatos)**
- 19. RADIODIAGNÓSTICO**
- 20. ANÁLISIS CLÍNICOS**

2.3.5 SERVICIOS CENTRALES

Actúan a demanda de otros servicios del hospital o de Atención Primaria, y realizan procedimientos necesarios en el proceso asistencial, y realizan funciones generales para el conjunto del Hospital.

1. Análisis Clínicos y Bioquímica

Presta servicio a la demanda interna del Hospital y a las analíticas de Atención Primaria, este último de acuerdo al catálogo aprobado por el Servicio Madrileño de Salud.

La plantilla de facultativos responsable del laboratorio estará integrada por Especialistas en Análisis Clínicos, y en Bioquímica Clínica, de manera que los perfiles permiten el manejo integral del Laboratorio al que faculta La Especialidad de Análisis Clínicos que está estrechamente relacionada y comparte conocimientos con las especialidades de Bioquímica, Hematología, Inmunología, Microbiología, así como con otras áreas como la Genética. Para profundizar en algunas técnicas muy complejas, se contará con especialistas en Bioquímica Clínica y Microbiología y Parasitología e Inmunología.

El Laboratorio de Análisis Clínicos se configura como una sola unidad operativa, aunque integrada por diversas áreas:

Bioquímica General

- Autoanalizadores
- Orinas
- Hormonas y Marcadores
- Monitorización de fármacos
- Equilibrio Acido-base

Hematología y Hemoterapia

- Contadores celulares
- Hemostasia y Trombosis
- Citomorfología
- Eritrosedimentación

Microbiología

- Bacteriología
- Quimioterapia antimicrobiana
- Epidemiología microbiana y control de infecciones
- Serología

Organización y flujo de muestras: el laboratorio gestiona y dirige las tres fases del proceso: preanalítica, analítica o técnica y postanalítica, siguiendo procedimientos unificados. Las muestras proceden de:

Urgencias: durante 24 horas al día. Se garantiza un tiempo máximo de respuesta de 1 hora, salvo determinadas pruebas (cuarto de parada...) en que será inmediato. El catálogo mínimo inicial de pruebas permite la asistencia completa a los procesos urgentes y comprende más de 45 pruebas, incluidas las microbiológicas

Planta de hospitalización: cuando se trate de una extracción programada se dispone del informe en menos de 3 horas, salvo que se solicite como urgencia, que se atiende como tal

Extracciones generales de pacientes ambulantes: Los informes analíticos están disponibles en las siguientes 48 horas hábiles tras la extracción, salvo aquellas técnicas cuyo tiempo mínimo de

procesado sea mayor, que se validan sistemáticamente en las siguientes 24 horas de la obtención técnica del resultado

Extracciones de los Centros de Salud: disponibles los resultados en 48 horas hábiles, con los mismos condicionantes de las muestras hospitalarias

El Laboratorio situado en el Hospital funciona 24 horas, y procesa las determinaciones de urgencias y todas las pruebas de rutina generadas en el propio Centro. Las muestras de Atención Primaria pueden ser centralizadas por razones de eficiencia en el Laboratorio de uno de los Hospitales del Grupo, al igual que algunas pruebas de referencia que precisan tecnología especial.

Todo el proceso de gestión de peticiones y de informes de resultados es manejado informáticamente, mediante un Sistema de Información de Laboratorio (SIL), con interfase con el Sistema de Información del Hospital y la Historia Clínica Electrónica. Los resultados de AP son remitidos electrónicamente al médico peticionario, que además tiene acceso al historial analítico de sus pacientes

2. Microbiología y Parasitología

Facultativos: con perfil de microbiólogo que, además de la función propia en el Laboratorio de Análisis, tenga una orientación a la función de asistencia clínica, participando activamente en la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

Actividad en Bloques/Áreas

- Laboratorio: su papel fundamental además de la supervisión de las técnicas rutinarias, está en los estudios de virología, micobacterias, inmunología microbiana y los métodos moleculares de diagnóstico. Determina los procedimientos de seguridad en el manejo de las muestras clínicas
- Hospitalización: apoyo asistencial a los pacientes hospitalizados en la unidad de infecciosos, en la orientación etiológica, su tratamiento individualizado según patrones de resistencia a antimicrobianos, y el control epidemiológico
- Bloque Quirúrgico: coadyuva en el control y supervisión de los métodos y procesos de esterilización

Participación en Comisiones de Calidad, se integrará en la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica, la Comisión de Farmacia, y la Unidad Funcional de Riesgos Sanitarios.

3. Inmunología

Facultativos: los Especialistas de Inmunología pueden provenir tanto de Biología, Bioquímica y Farmacia, o de Medicina. El hospital cuenta preferentemente con un Especialista proveniente de Medicina, puesto que sus competencias se amplían al campo de la clínica, y no sólo al Laboratorio

Actividad en Bloques/Áreas:

- Laboratorio: se integra en el equipo de facultativos del Laboratorio, con atención a las técnicas y determinaciones analíticas de:
 - Inmunoproteínas
 - Inmunoalergias
 - Autoinmunidad
 - Estudio de inmunodeficiencias
 - Histocompatibilidad
 - Coadyuvantes en el estudio previo y seguimiento de pacientes de trasplante
 - Fenotipazo en procesos tumorales

- Consulta Externa, con dedicación a las enfermedades de origen inmunitario:
 - Inmunoalergia
 - Diagnóstico y seguimiento de inmunodeficiencias
 - Enfermedades autoinmunes,
 - Órgano específicas
 - Sistémicas

4. Anatomía Patológica:

Las muestras proceden del Hospital (quirófanos, endoscopias, técnicas de punción o aspiración, consultas externas) y de Atención Primaria (programa de Cirugía Menor, citologías)

La actividad esencial se desarrolla en el Hospital, mediante un laboratorio adecuadamente dotado, pero determinadas técnicas y áreas de alta especialización pueden descentralizarse a un Laboratorio general de altas prestaciones de Hospitales del Grupo, a fin de disponer de una batería de pruebas/técnicas completa, que permita llegar al diagnóstico último de cualquier muestra.

Las técnicas y procedimientos disponibles son:

Biopsias: recepción, procesado y diagnóstico de las muestras. Eventualmente el Sº puede hacer también la obtención de la muestra mediante técnicas de punción.

Durante el funcionamiento programado del quirófano está disponible la posibilidad de realización de biopsias intraoperatorias

Citologías: exfoliativa, y por punción-aspiración con aguja fina (PAAF)

Técnicas a utilizar:

- Microscopía óptica
- Inmunohistoquímica
- Patología molecular y citogenética
- Microscopía electrónica, en casos seleccionados

5. Anestesiología y Reanimación

Actividad en Bloques/Áreas

- Bloque Quirúrgico: el servicio actúa en todos los quirófanos, mediante presencia directa y continuada en cada uno. En determinadas circunstancias de técnicas quirúrgicas con anestesia local habrá un Anestesiólogo responsable, sin necesidad de estancia en el quirófano. También se atiende la preparación preanestésica del paciente, a su llegada al quirófano, y la reanimación postanestésica inmediata. Esta actividad se desempeña tanto para los quirófanos de cirugía con ingreso como para el ámbito de la Cirugía Mayor Ambulatoria
- Hospital de Día: en el hospital de Día Quirúrgico, o Unidad de CMA, el seguimiento postquirúrgico inmediato es atendido por el Anestesiólogo, quien autoriza el alta. Las técnicas intervencionistas de la Unidad de Dolor se realizan en esta Unidad Asistencial
- Apoyo en procedimientos intervencionistas en los Servicios de Diagnóstico por Imagen, Endoscopias y otros donde se precise la actuación de anestesista para la sedación o analgesia de los pacientes
- Consultas externas;
 - Estudios preoperatorios
 - Consultas de la Unidad de Dolor

- Urgencias: La atención Continuada cubre el quirófano de urgencias, la atención a los pacientes postoperados de urgencias (si no son trasladados para vigilancia a la UCI), y la analgesia epidural en el parto, con oferta al 100% de las pacientes en las que esté indicada. También actúa en el cuarto de parada cardiorrespiratoria de urgencias, cuando sea requerido para ello

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: al menos en la Comisión de Quirófanos y el Comité de Hemoterapia.

6. Banco de Sangre

Caracterizado como Servicio de Transfusión, según la definición del RD 1088/2005, y con un régimen de funcionamiento dependiente del Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid. Cuenta con una Unidad de extracción de sangre para donación, con amplio horario de funcionamiento para facilitar la captación de donantes. Incluye la consulta de examen del donante, la analítica, extracción y la atención postdonación.

También se ha implementado un programa de autodonación. Para la transfusión se hacen los estudios pretransfusionales adecuados. La normativa básica de aplicación es el RD 1088/2005 por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

El Servicio dispone del Programa Informático de gestión Delphi, o similar, con la interfase con la Historia Clínica Electrónica.

Existe, además un programa de trabajo específico en materia de seguridad transfusional y hemovigilancia. En todo caso hay una evaluación de las reacciones transfusionales.

A través de la Comisión de Hemoterapia se promueben las mejores prácticas en el uso de componentes sanguíneos, mediante la realización de Protocolos y Guías Clínicas para el buen uso terapéutico de los componentes sanguíneos.

7. Cuidados paliativos

Se configura como un Equipo de Soporte Hospitalario, definido en el Plan de Cuidados Paliativos de la CM.

Facultativos: está coordinado por el S^o de Medicina Interna, y actúan funcionalmente también Oncología y Geriátrica.

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: el Equipo lleva pacientes propios ingresados en la Unidad de Medicina Interna
- Consultas externas e interconsulta ambulatoria de otros servicios o de AP, para pacientes tributarios de atención paliativa

Continuidad Asistencial: tiene un papel coordinador de la asistencia con otros servicios hospitalarios, el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de AP (facilitan el acceso a pruebas diagnósticas, terapias, y en su caso uso del Hospital de Día o internamiento hospitalario), y gestionan derivaciones a Unidades de Referencia o de Media y Larga estancia.

8. Farmacia Hospitalaria

Es el área en la que se definen y gestionan los procedimientos básicos para la selección, adquisición, recepción, almacenamiento y distribución de medicamentos en volumen y plazo

razonables, con el mínimo riesgo para el paciente, y al menor coste posible. Sus funciones y cometidos son:

Garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales y dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias y de aquellos otros, para tratamientos extrahospitalarios, que requieran una particular vigilancia, supervisión y control.

- Pacientes ingresados
- Pacientes ambulantes
- Pacientes externos

Establecer un sistema de dispensación por dosis unitarias a las unidades de hospitalización. Se implementan sistemas automatizados de dispensación sólo en aquellas unidades en que puedan aportar un valor añadido en términos de eficacia y seguridad para la administración

Custodia y dispensación de los productos en fase de investigación clínica

Gestiona la disponibilidad de medicamentos extranjeros, y las indicaciones de uso compasivo

Vela por el cumplimiento de la legislación sobre medicamentos de sustancias psicoactivas o de cualquier otro medicamento que requiera un control especial.

Forma parte de las Comisión de Farmacia y Terapéutica y de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios

Establece un servicio de información de medicamentos para todo el personal del hospital, el sistema de farmacovigilancia intrahospitalario, estudios sistemáticos de utilización de medicamentos y actividades de farmacocinética clínica..

Colabora con las estructuras de atención primaria, y formar parte de la Comisión Farmacoterapéutica del Área.

Participa y coordina la gestión de las compras de medicamentos

La prescripción en el Hospital es electrónica y por principio activo, y se procede a la validación de la misma por el Servicio de Farmacia. El Hospital dispone de una Guía Farmacoterapéutica, elaborada por el Servicio de Farmacia y la correspondiente Comisión, y aprobada por la Dirección. La gestión del Servicio se apoya en un software propio, con una interfase con la Historia clínica Electrónica, y con los módulos de gestión

9 y 10 Medicina Intensiva

Facultativos: La organización del trabajo está basada en la rotación de turnos, de manera que se asegure la presencia continuada de médicos sin largas jornadas, que dificultan la calidad de la asistencia. Por la mañana hay turnos fijos a fin de dar continuidad a la gestión asistencial y toma de decisiones clínicas y la información a familiares

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: se configura como una UCI general, con atención a los diferentes tipos de ámbitos de patología:
 - Trastornos cardiovasculares, incluyendo la patología isquémica coronaria
 - Traumatizados
 - Mantenimiento postoperatorio del paciente de alto riesgo
 - Fallos orgánicos o fracaso multiorgánico
 - Área de Cuidados Intensivos Pediátricos: de 2-4 camas de la UCI, están dotadas de equipamiento y respiradores con capacidad de soporte a niños, y del material

necesario. La función de esta subárea es la estabilización, y primera atención de los niños en estado crítico, para lo que parte de la plantilla médica y de enfermería tendrá capacitación específica en su manejo

- Apoyo al resto de unidades del Hospital en los casos de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Avanzada.
- Apoyo al Servicio de Medicina Interna en la atención continuada a los pacientes ingresados
- Urgencias: asistencia 24 horas

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: estará integrada, al menos, en las de Mortalidad, Infecciones y Política Antibiótica, Unidad Funcional de Riesgos sanitarios, Ética Asistencial.

11. Medicina Preventiva

Los ámbitos competenciales de la Especialidad son:

Vigilancia epidemiológica de la infección hospitalaria. Política de control de la infección en el Hospital

Asesoría Técnica en Higiene y Saneamiento: limpieza, desinfección, manejo de residuos sanitarios, desinsectación, desratización

Normalización de la prevención de las infecciones tanto en lo referido al manejo de los pacientes como de los equipos, dispositivos y materiales

Control de seguridad sobre el medio ambiente hospitalario

Responsabilidad y coordinación en el área de gestión de calidad del Hospital

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Pacientes o Gestión Clínica: Núcleo Promotor de la Calidad, Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios, Comisión de Infecciones.

12. Salud Laboral

La Seguridad Integrada es el modelo de organización que responde a los nuevos planteamientos de gestión y es aceptada universalmente como filosofía de la organización y desarrollo de la seguridad en la empresa.

Actividad:

- Vigilancia de la Salud de los trabajadores:
 - Exámenes de salud individuales periódicos generales y los específicos para grupos de trabajadores de riesgo
 - Expuestos a radiaciones ionizantes
 - Exposición accidental a material biológico
 - Accidentes con agentes físico-químicos
 - Cambios de puestos de trabajo
 - Política de vacunaciones entre el personal
 - Registro de accidentes laborales
- Seguridad en el Trabajo: evaluación de condiciones de trabajo, control ambiental, sobrecargas físicas.
- Ergonomía

En el apartado de la descripción de Recursos Humanos se hace una exposición más amplia sobre la Gestión de la Prevención en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

13. Medicina Nuclear

Facultativos: la inclusión en Cartera de Servicios de esta disciplina y su correspondiente equipamiento, supone la incorporación de Especialistas en Medicina Nuclear, y también la disponibilidad de Radiofarmacéutico y el apoyo de Radiofísico Hospitalario. El equipamiento y las técnicas son efectuados por personal Técnico en Medicina Nuclear

Prestaciones asistenciales:

1. PET-TAC (Tomografía por emisión de positrones - Tomografía axial computarizada): es una tecnología diagnóstica que combina dos técnicas diferentes de imagen, PET y TAC, en un único dispositivo. Se trata de un tomógrafo híbrido que aporta información anatómica y funcional simultáneamente. Su uso está indicado en:

- Detección de tumores malignos en su estadificación inicial.
- Re-estadificación tumoral
- Valoración de respuesta a tratamientos antitumorales
- Planificación de tratamiento de Radioterapia
- Guía para facilitar la realización de biopsias
- Diagnóstico "in vivo", mediante un equipo de gammacámara SPECT-TAC: La fusión SPECT (Tomografía de Emisión de Fotón Único - TAC reúne en un sólo aparato una gammacámara tomográfica y un equipo de rayos X, para:
 - Estudios gammagráficos y tomogammagráficos, morfológicos y funcionales en:
 - Cardiología
 - Glándulas (Endocrinología)
 - Aparato Digestivo y sistema hepatobiliar
 - Neumología, incluyendo los estudios de ventilación-perfusión
 - Hematología y órganos hematopoyéticos
 - Neurología
 - Oncología
 - Osteoarticular

En caso de existir la indicación, también se realizan tratamientos mediante el uso de radiofármacos.

El manejo de isótopos obliga al cumplimiento de una serie de requisitos en materia de protección radiológica, así como la aplicación del Programa de Control de Calidad en Medicina Nuclear, establecido por RD 1841/1997.

14. Radioterapia y braquiterapia

La Radioterapia es la aplicación principal en la lucha contra el cáncer. En la actualidad junto a la cirugía y la quimioterapia son los procedimientos que han demostrado mayor efectividad en su aplicación tanto en solitario como combinados. La eficacia de la Radioterapia se ha visto favorecida por el enorme progreso tecnológico de las fuentes de energía, de las nuevas técnicas de diagnóstico por imagen (TAC y RM) que posibilitan apreciables mejoras en la planificación y aplicación del tratamiento con técnicas tridimensionales que permiten dar altas dosis de radiación en el núcleo del tumor sin dañar los tejidos vecinos.

También se ocupa del estudio y tratamiento de procesos no oncológicos susceptibles de tratamiento con radiación

Se estima que en la zona de influencia del Hospital se generará una demanda de 250-275 pacientes nuevos por año. En consecuencia, se puede apoyar a la población de los otros dos hospitales del Área, según el mapa de derivaciones que implemente el SERMAS, y el proyecto de Libre Elección de Médico y Servicio. Es preciso llegar a acuerdos con estos Hospitales, incluso sería muy positiva la creación de un Comité de Tratamiento de Tumores de Área, de manera que se tomen decisiones cooperativas de derivación y manejo de los pacientes, facilitando la continuidad asistencial en la Oncología del Área.

El proyecto constructivo contempla la creación de un área de Radioterapia, con capacidad para un Acelerador Lineal de últimas prestaciones tecnológicas y salas de braquiterapia

Facultativos: la inclusión en Cartera de Servicios de esta disciplina y su correspondiente equipamiento, supone la incorporación de Especialistas en Oncología Radioterápica con el apoyo de Radiofísicos Hospitalarios. La plantilla se completa con Técnicos en Radioterapia y enfermería

Equipamiento

- Acelerador lineal de doble energía, con IGRT (Imagen Guiada) y Modulación de Intensidad, incluida Volumétrica, imagen portal, ...
- Sistema de planificación tridimensional
- Base de Gestión Departamental de datos
- Sistema analizador del haz de radiación
- Equipamiento diverso de Dosimetría Clínica (Maniqués, cámaras de ionización, ...)
- Sistemas de inmovilización de pacientes de última generación
- Para braquiterapia:
 - Microselectrón
 - Sistema de planificación y accesorios

Prestaciones asistenciales

- Hospitalización, cuando sea precisa en el manejo de algunos pacientes. El Hospital dispone de habitaciones debidamente blindadas en áreas de hospitalización, para los pacientes de braquiterapia que necesiten el ingreso
- Consulta de Oncología Radioterápica
- Braquiterapia de alta tasa, intracavitaria e intersticial, para tratamiento de diversos tipos de tumores, principalmente
 - Próstata
 - Mama
 - Tumores ginecológicos
 - Tumores ORL
- Planificación y dosimetría de tratamientos 3D
- Técnicas en sala de Acelerador:
 - Radioterapia externa conformada
 - Tratamientos de Nivel de Complejidad I-III
 - Tratamientos de Nivel de Complejidad IV (Irradiación linfática total, tratamiento de mama de más de 5 campos, hiperfraccionamiento, tratamiento cráneo-espinal...)
 - Técnicas no convencionales
 - RT de Intensidad Modulada
 - Irradiación corporal Total
 - RT estereotáxica fraccionada

15. Neurofisiología Clínica

Dada la visión organizativa integral que se ha implantado en el Hospital, se ha abordado este Servicio que se integra conjuntamente con el de Neurología, poniendo de manifiesto que existan médicos de la Especialidad de Neurofisiología, actuando como servicio central, de manera que se realizan técnicas diagnósticas a demanda de los servicios hospitalarios. La Neurofisiología se comporta como un servicio central, recibiendo peticiones de otros servicios del Hospital:

Electroencefalografía (EEG): diferentes procedimientos tanto de vigilia como sueño. Vídeo EEG. En el momento en que el Centro pueda quedar acreditado para extracción de órganos, se practica el EEG para el diagnóstico de la muerte cerebral

Coadyuva en caso necesario en al área de estudios del sueño

Potenciales evocados visuales, vestibulares, y auditivos, según una distribución consensuada con los Servicios de Oftalmología y ORL

Electromiografía (EMG)

Técnicas de imagen: Ecografía Doppler, transcraneal, de troncos supraórticos (ultrasonografía).

OTROS SERVICIOS CENTRALES

16. Admisión y Documentación Clínica

En un entorno de Historia Clínica Electrónica, el cometido de las Unidades de Documentación Clínica, sin la necesidad de gestionar un gran Archivo de HHCC, se ha reconducido a aspectos relacionados con la gestión de la información clínica: creación y gestión del Conjunto Mínimo de Datos Básicos de pacientes ingresados y ficheros de CMA, sistemas de agrupación de casos. Su funcionamiento es interdependiente del área de Sistemas y Tecnología de la Información, pues sus procesos están informatizados

Documentación Clínica (electrónica)

- Filiación correcta de los pacientes y asignación unívoca de HC, comprobación en Base de Datos CIBELES
- Codificación
- Participación en la Comisión de Historias Clínicas
- Manejo de los documentos/formularios de obligada custodia en formatos papel (Consentimiento informado)
- Gestión de la documentación clínica que, mediante los sistemas de interoperabilidad que se dispongan, aporte los documentos clínicos electrónicos a la base de datos común, que facilite la libre elección por parte de los ciudadanos

Admisión y gestión de pacientes: sus funciones se desempeñan en cada uno de los ámbitos de la actividad asistencial, realizando la gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de los pacientes, a fin de garantizar una accesibilidad sencilla y ágil, aplicando criterios de equidad. Coordina las actividades provenientes de las distintas unidades del Hospital y de otros niveles asistenciales, y como consecuencia de ello, genera la información sobre la demanda asistencial y la actividad del Centro

- Hospitalización: regula los ingresos, traslados, y la coordinación de altas, adecuándolos a la demanda de ingresos de urgencias y los programados
- Actividad Quirúrgica: centraliza y mantiene actualizado el registro de Lista de Espera Quirúrgica, proporcionando la información necesaria para la correcta programación de

quirófano, en aplicación de los criterios marcados por la Dirección y los objetivos de la Autoridad Sanitaria. El instrumento de información y gestión en el que se vuelcan los datos es el Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica de la Comunidad de Madrid (RULEQ)

- Atención Ambulatoria: regula y programa el acceso a las consultas, procedimientos y pruebas diagnóstico-terapéuticas y hospital de día, gestionando las agendas de trabajo de cada especialidad y ámbito. Las agendas para Primera Consulta se abren a la citación descentralizada desde los Centros de Salud, o desde la Plataforma de Citación centralizada que apoya la libre elección de Centro en la Comunidad, cumpliendo los requisitos y especificaciones del SICYT de la Comunidad de Madrid. De cara al paciente existen diversas zonas de citación en consultas, radiología, y otras unidades satélites, aunque todas funcionan bajo el principio de "ventanilla única", evitando los desplazamientos y esperas sucesivos del paciente en cada tipo de citación. Facilita a los usuarios la libre elección de Facultativo en cada Servicio Médico, dentro de los criterios organizativos marcados por la Dirección de la Institución
- Urgencias: registra a los pacientes que demandan asistencia urgente, garantizando la información necesaria para el seguimiento de su ubicación; así sirve de apoyo para la Unidad de Información. Funciona 24 horas, por lo que apoya y gestiona las tareas administrativas de continuidad fuera de la jornada ordinaria del resto de Unidades del Sº de Admisión
- Derivación intercentros para asistencia programada o urgente entre Centros, tanto para la recepción de solicitudes como para la remisión de pacientes; se acentúa dicha función con la entrada en vigor de la Libre Elección.

17. Atención al Paciente

Las funciones y actividades son:

Recibir información y orientar a los pacientes y familiares cuando acuden o ingresan en el Hospital

Asesorar e informar a los usuarios en relación con cualquier duda planteada sobre la organización y normas del centro, y de los trámites administrativos que puedan relacionarse con su asistencia sanitaria

Tutelar el cumplimiento de los derechos de los pacientes y usuarios

Atender, tramitar e impulsar todas las quejas, reclamaciones y sugerencias que se presenten por los pacientes y usuarios.

Tramitar las solicitudes de acceso a la Documentación Clínica.

Proponer a la Dirección la resolución sobre las quejas, reclamaciones presentadas o sobre las actuaciones de tutela llevadas a cabo por propia iniciativa

Velar por el cumplimiento de las obligaciones y de las normas dictadas por la Dirección del centro respecto a los pacientes y familiares.

Aquellas otras funciones dirigidas a mejorar la estancia de los pacientes y usuarios

Informar a los usuarios de la forma de ejercer el derecho a la Libre Elección de Centro y Especialista.

El sistema de quejas y reclamaciones está soportado por un software propio del Hospital, además del sistema común de la Consejería de Sanidad.

2.3.6 RADIODIAGNÓSTICO

Facultativos: Profesionales con perfiles que abarquen diversos campos de conocimiento específicos, aunque todos ellos realizan función general, principalmente en la cobertura de las guardias. Existen, al menos, los siguientes campos de subespecialización:

- Tórax
- Mama
- Neurorradiología
- Intervencionismo general y vascular
- Pediatría

Actividad en Bloques/Áreas

- Hospitalización: los pacientes de planta a los que se les soliciten estudios de imagen se realizan en 24 horas (más el tiempo necesario de preparación, en caso de necesitarlo), excepto los festivos, a fin de garantizar la eficiente utilización de las camas, y evitar demoras en el diagnóstico o seguimiento de los pacientes ingresados
- Consultas externas: el Hospital realiza todas las técnicas solicitadas por los Médicos de Atención Primaria, de acuerdo al catálogo existente en cada momento. Además se ha pactado con los Centros de Salud otras pruebas abiertas, según los protocolos conjuntos que se pacten, a fin de aumentar la capacidad de resolución del primer nivel asistencial. Las demoras máximas respetan en todo momento las estipuladas en cada momento por el Servicio Madrileño de Salud
- Prestaciones asistenciales:
 - Radiología simple, estando aquí comprendidas las exploraciones realizadas en sala fija, y las realizadas con equipos portátiles y en quirófano
 - Mamografía, e intervencionismo de mama
 - Radiología convencional con contraste: digestiva y génito-urinaria
 - Ecografía, Doppler, intervencionismo guiado por ecografía
 - TC, TC vascular, intervencionismo
 - Resonancia magnética
 - Vascular, intervencionismo
 - Ortopantomografía
- Urgencias: se garantiza la asistencia las 24 horas, mediante presencia facultativa, y sólo en determinadas circunstancias de escasez de profesionales puede ser complementada en determinados rangos horarios por telediagnóstico, asegurando siempre la realización de ecografías a los pacientes que lo precisen. Los procedimientos disponibles en régimen de urgencias son la Radiología simple, ecografía y TAC. Se valora la inclusión de la Resonancia Magnética, dependiendo de la evolución de esta técnica, y las necesidades asistenciales

Continuidad Asistencial: Los profesionales de Atención Primaria tienen acceso al "Portal del profesional de Atención Primaria" creado por la Sociedad Concesionaria a través del cual se puede acceder a consultar la Historia Clínica de Pacientes y ver el resultado de cada prueba solicitada para un mejor seguimiento clínico de los pacientes.

Participación en Comisiones de Calidad, Seguridad de Paciente o Gestión Clínica: realización de sesiones clínico-patológicas, Comisión de Adecuación de uso de Tecnología, Comité de Tumores.

3 PLAN DE PRODUCCIÓN

Una vez enumerados y descritos los detalles de la Cartera de Servicios de naturaleza asistencial, y aquellos otros de soporte no asistencial, se describe cómo se van a proporcionar dichos servicios a los usuarios en general, y especialmente a los pacientes que demanden asistencia en el Centro, describiendo la organización y los procesos de las distintas grandes áreas.

El eje en torno al cual se explica el Plan de Producción, es el Programa de Calidad a aplicar en el nuevo Hospital, que sigue los parámetros organizativos de los Centros del grupo sanitario.

3.1 DESCRIPCIÓN TÉCNICA

La configuración característica de los hospitales en la segunda parte del pasado siglo XX fue evolucionando desde una concentración de los servicios en la hospitalización, derivada de la tradición asilar de la historia de las instituciones hospitalarias, con un gran impulso en los últimos 10-15 años a la prestación de servicios alternativos al ingreso de los pacientes, trasladando parte de la actividad a formas ambulatorias de asistencia, con un gran crecimiento de las áreas intermedias, como son las diferentes modalidades de hospitalización de día, y la creación de grandes bloques de consultas externas con sus apoyos de gabinetes dedicados a exploraciones diagnósticas, y también terapéuticas.

Las características principales de la transformación hospitalaria son:

1. HOSPITALIZACIÓN:

Las camas por habitante ya no constituye un indicador adecuado del desarrollo del sistema sanitario, debido a:

- **Reducción de la duración de la estancia** sobre la base de una mayor agilidad en la gestión clínica de los procesos de enfermedad, y mayor resolutivez y eficacia (hacia la curación o mejoría) de la práctica médica. Esto también condiciona una concentración de cuidados asistenciales en menos tiempo, con un aumento de la necesidad de personal
- **Uso de los hospitales para cuadros clínicos** agudos, derivando a instituciones de media o larga estancia los procesos de carácter crónico o la colaboración con instituciones sociales
- **Ambulatorización de procesos**, tanto a nivel quirúrgico como no quirúrgico, donde los procedimientos diagnósticos o intervencionistas mejoran en su resolución, pero con menor agresividad para la recuperación del enfermo, y no precisan de estancia hospitalaria.
- Frente a esta evolución, **el aumento persistente de la esperanza de vida** ha motivado un envejecimiento de la población, provocando un constante **aumento de la demanda** debido a la mayor incidencia de patologías asociadas a la edad y la cronicidad de las mismas, con sus fases de reagudización

Modificación de los paradigmas de calidad en materia de confort y privacidad, por lo que se observa una creciente extensión de la oferta en el sector público de las habitaciones individuales

2. BLOQUE QUIRÚRGICO

Es un dispositivo de singular importancia en un Hospital, con una gran concentración de recursos humanos, de carácter multidisciplinar y alto nivel de preparación, y de tecnología compleja. Su desarrollo ha sido exponencial, a causa de la mayor frecuentación quirúrgica, tanto la destinada a procesos de gravedad que comprometen severamente la vida o la salud de los pacientes, o de la extensión de la "cirugía de calidad de vida", que se ha multiplicado.

Algunos aspectos que han favorecido este despegue se deben a la evolución de las prácticas quirúrgicas

Procedimientos con objetivos terapéuticos de curación en procesos complejos o comprometedores de la vida.

Menor agresividad de las técnicas.

Extensión de técnicas de cirugía mínimamente invasiva, y de las tecnologías necesarias para su práctica.

En el HURJC se potencia el uso de la cirugía sin ingreso y se han ido incorporando nuevos procedimientos desde la apertura, basándonos en los estándares de calidad del Ministerio de Sanidad y sugerencias de Consejería y sociedades científicas.

3. BLOQUE OBSTÉTRICO:

La especificidad del parto como proceso fisiológico, que puede experimentar un curso con complicaciones, así como las nuevas tendencias en prácticas de seguridad y en el concepto de "parto natural" condiciona un modelo de asistencia que ha producido un avance espectacular en la configuración de esta unidad, añadiéndole además la tecnificación de la monitorización continua de los parámetros materno-fetales. Nuestro centro ha fomentado también el alta precoz, considerado una buena práctica clínica por el ministerio de Sanidad y Consumo, creando un circuito para que las necesidades de bebé y madre queden cubiertas aunque sean dados de alta a las pocas horas del parto.

Nuestro centro se caracteriza por intentar evitar en la medida de lo posible las cesáreas, siendo el centro con menos porcentaje de cesáreas de la comunidad.

4. HOSPITALES DE DÍA:

Estos dispositivos han experimentado una gran extensión para el manejo de los pacientes que pueden requerir asistencia frecuente (incluso diaria), de cierta intensidad, pero no requieren continuidad en su cuidado. Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a utilizar tienen duración de horas, o bien requieren un tiempo de observación y cuidado posterior. Los primeros en ser implantados fueron los dedicados al tratamiento quimioterápico en Oncología

Las disciplinas que son tributarias de estos dispositivos son:

- Oncohematología
- Medicina Interna en general y Especialidades Médicas (Digestivo, Neumología, Alergia, Reumatología...)
- Geriátrico

- Psiquiátrico
- Quirúrgico: para procedimientos fuera de quirófano

5. CONSULTAS EXTERNAS:

El gran nivel de desarrollo del área de consultas tiene causas multifactoriales:

La demanda expresada crece de manera imparable, a pesar de la gran capacidad y profesionalidad del primer escalón asistencial, la Atención Primaria. Además la cronicidad lleva a la repetición de actos médicos mediante consultas sucesivas o de revisión periódica. La subespecialización y las consultas monográficas, también contribuyen al crecimiento de la frecuentación

Las técnicas diagnósticas o los procedimientos intervencionistas que se practican de forma ambulatoria se suman a esta área, donde desempeñan su trabajo numerosos especialistas. Además se persigue como objetivo la realización de las técnicas de manera inmediata a su prescripción, en régimen de "alta resolución", lo que conduce a la hipertrofia de este espacio

Los profesionales de enfermería aplican cuidados y técnicas que necesitan ser administrados en locales preparados y dotados del equipamiento y material.

6. URGENCIAS:

Éste ha sido el dispositivo de los hospitales que ha experimentado una mayor presión de la demanda por la rapidez en la respuesta, la posibilidad de ser atendido por numerosos –y variados– especialistas, y el acceso inmediato a pruebas complementarias. Así, se calcula que casi un 50% de la demanda no sería tributaria de la Urgencia hospitalaria, sino de otros dispositivos más próximos al ciudadano. La urgencia debe además velar por las necesidades de la población infantil, separando los circuitos y unidades de atención de los adultos.

A continuación se exponen la organización y procesos de las áreas más relevantes.

3.1.1 HOSPITALIZACIÓN

3.1.1.1 Concepto Básico de la Unidad

El **objetivo principal** de una Unidad de Hospitalización debe ser el ofrecer un cuidado médico y de enfermería integral, completa y de la máxima calidad, a todo paciente que por la patología que presenta necesita ser hospitalizado para recibir esos cuidados.

El recurso cama debe ser gestionado con una gran eficiencia para permitir mantener la actividad generada desde la urgencia sin interferir con la actividad programada quirúrgica

Hoy en día la moderna Gestión por Procesos permite homogeneizar los cuidados y prácticas sanitarias realizadas por el personal sanitario del hospital en las diferentes unidades. Estos procesos a su vez están apoyados en una serie de **protocolos de actuación y Vías Clínicas** para cada patología clínica concreta.

La revisión periódica de los procesos y sus protocolos permite a los facultativos mejorar la actuación en cada proceso, identificando los puntos de mejora y aplicando soluciones.

Para optimizar el funcionamiento de las unidades especializadas, en niveles adecuados de efectividad, eficacia y eficiencia, es imprescindible una **adecuada estructura organizativa y la colaboración interdisciplinar entre los responsables de las diferentes unidades**.

Los **sistemas de información** constituyen un elemento importantísimo tanto en la gestión del apoyo de los servicios centrales, así como en la interrelación con el resto de Servicios y Unidades del hospital. La **historia clínica electrónica** agiliza el trabajo de los profesionales, permite automatizar los procesos administrativos y aumenta la seguridad clínica, disminuyendo los errores. Además genera una comunicación permanente en tiempo real entre las distintas unidades del hospital.

3.1.1.2 Relaciones con otras unidades y niveles asistenciales

La **coordinación del Área de Hospitalización con el resto de Servicios Centrales** del hospital es **fundamental** para mejorar los tiempos de resolución de los pacientes hospitalizados, lo que incluye mejorar los tiempos de obtención de un diagnóstico de realización de un tratamiento para ofrecer al paciente una rápida resolución o paliación de sus síntomas.

Estos Servicios Centrales son,

- Asistenciales:
 - Urgencias, como puerta de entrada de la mayoría de los pacientes que ingresan
 - Bloque quirúrgico
 - Laboratorio de bioquímica y hematología
 - Laboratorio de microbiología
 - Banco de sangre
 - Diagnóstico por imagen
 - Farmacia Hospitalaria
 - Así mismo se deben establecer circuitos de comunicación con las diferentes Unidades Diagnosticas incluidas en los distintos Servicios
 - Unidad de endoscopias
 - Unidad de pruebas funcionales respiratorias

- Unidad de Pruebas Funcionales Cardiológicas (Ecocardiograma, Holter, Ergometría, ...)
- No asistenciales
 - Admisión, como gestor y canalizador de los pacientes programados y urgentes
 - Servicio de celadores y transporte interno
 - Hostelería: alimentación (controlada por la Unidad de Nutrición y Dietética) y limpieza
 - Almacén

En este entramado de relaciones, los sistemas de información constituyen un elemento importantísimo tanto en la gestión de los servicios centrales, así como en la interrelación con el resto de Servicios y Unidades del hospital. La historia clínica electrónica agiliza el trabajo de los profesionales, permite automatizar los procesos administrativos y aumenta la seguridad clínica, disminuyendo los errores. Además genera una comunicación permanente en tiempo real entre las distintas unidades del hospital.

Relación con otros niveles asistenciales

Primaria: es imprescindible una estrecha relación entre los profesionales Sanitarios de ambos niveles asistenciales. Dicha relación puede ser más fluida, estableciendo los pertinentes canales de comunicación, haciendo posible, por un lado, contacto telefónico directo, así como el establecimiento de calendario para reuniones periódicas, que permita atención integral por parte de ambos niveles asistenciales, con la consiguiente mejora de la calidad asistencial que esto supone.

Centros sociosanitarios y Residencias Geriátricas (concertadas o no): de la misma manera que es necesaria la asistencia integral del paciente por los niveles asistenciales Primaria/Hospitales, es imprescindible que esta visión integral del paciente, se haga extensivo a aquellos residentes de los Centros dependientes del ámbito de implantación geográfico del Hospital.

Se asignarán los recursos humanos por parte del Hospital, para dar soporte asistencial a los médicos y personal sanitario dependientes de estas residencias. Quizás, por el perfil de los pacientes a los que nos referimos, sea, desde el Servicio de Geriátrica / Medicina Interna, desde donde, con más eficacia se ofrecer este soporte.

3.1.1.3 Cartera de Servicios interna

Las prestaciones de las distintas Especialidades médico quirúrgicas están descritas en la exposición de la Cartera de Servicios.

3.1.1.4 Descripción del proceso

PROCEDENCIA DE PACIENTES

Los pacientes que llegan a una Unidad de Hospitalización lo pueden hacer desde diferentes procedencias,

Servicio de Urgencias, pacientes que acuden a este servicio, y por la patología que presentan, el facultativo considera que cumplen criterios para recibir tratamiento y cuidados en régimen de hospitalización.

Consultas externas, esta procedencia es la menos frecuente; en general se trata de pacientes que acuden a revisión con su médico y tras ser valorados, éste considera que deben ser ingresados para recibir los cuidados y/o tratamiento que necesitan.

Ingresos programados de pacientes vistos previamente en Consultas Externas, a los que se les programa con antelación una intervención quirúrgica, o la realización de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos que deben ser realizados en régimen de hospitalización.

UCI- Reanimación, son pacientes o bien ingresados en el servicio de Cuidados Intensivos, cuya situación clínica ha mejorado lo suficiente como para ser trasladados a una Unidad de Hospitalización convencional, o bien intervenidos quirúrgicamente, después de los cual paran un tiempo determinado en el Servicio de Reanimación postanestésica, previo a ser trasladados a la planta de Hospitalización.

En cualquiera de los tres primeros supuestos, una vez sentada la indicación de ingreso Hospitalario por parte del facultativo responsable del paciente, el Servicio de Admisión realizará los trámites administrativos correspondientes.

Una vez solucionados estos, se avisará al personal de enfermería, del nuevo ingreso, y un celador acompañará al paciente a la habitación asignada.

BIENVENIDA Y RECEPCIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO

Lo realiza, en primer lugar la enfermera responsable del paciente, acudiendo a la habitación cuando llega el paciente y presentándose. La primera acción es la identificación activa correcta del paciente según el protocolo, mediante el uso de brazaletes, que podrán con código de barras o de radiofrecuencia, recogiendo a continuación los datos necesarios para la historia de enfermería y la planificación de los cuidados necesarios, y por otro lado dando la información necesaria para conseguir que el paciente y la familia se integren adecuadamente en el medio hospitalario (normas, horarios, etc).

En este sentido al ingreso también se entrega un "Manual de Acogida de Pacientes Hospitalizados".

La recepción del paciente tiene como objetivo el crear un grado de empatía, confortabilidad y seguridad suficientes, tanto en el paciente como en la familia, de forma que su colaboración en el tratamiento se realice con la máxima garantía y rentabilidad para él.

La acogida en la planta de hospitalización se detalla en el siguiente Protocolo:

ATENCIÓN MÉDICA

La visita médica es diaria de lunes a viernes. Los fines de semana se visitará a pacientes en estado inestable, a demanda de la enfermera o cuando el médico responsable lo haya indicado. La actuación está descrita en la exposición sobre las funciones y responsabilidades del personal facultativo. Salvo por causas organizativas insoslayables, habrá continuidad del mismo médico durante el episodio de hospitalización. Todos los días de la semana se darán altas a los pacientes ingresados, cuando sea adecuado desde el punto de vista clínico.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El papel de la enfermería es básico, pues el principal motivo de un ingreso hospitalario es la necesidad del enfermo de uso cuidados continuos, en atención a su patología. Los enfermos están asignados a una enfermera en cada turno, que transmite a su relevo toda la información relevante

sobre el curso evolutivo de los pacientes a su cargo. La intensidad de los cuidados se adapta a las necesidades individuales y a los ritmos naturales de la administración de cuidados. El papel del personal de enfermería se detalla más adelante.

TRASLADOS INTERNOS

Se consideran los desplazamientos del paciente de la Unidad a cualquier otra unidad del hospital, Al bloque quirúrgico, (en caso de que tenga que ser intervenido)

Al Servicio de Diagnóstico por Imagen

A cualquier otra unidad para la realización de un determinado procedimiento o prueba diagnóstica.

En todos los casos el paciente será trasladado por un celador del centro, y podrá ir acompañado por un familiar o allegado. En el Servicio de destino se recibirá al paciente, y se comprobará su identidad y la técnica a que va a ser sometido, verificándolo a través de la Historia Clínica Electrónica

DESPEDIDA Y ALTA

El objetivo al alta de un paciente que ha finalizado su ingreso hospitalario es, facilitarle su incorporación a la vida cotidiana, continuando su recuperación y atención en otro nivel asistencial: una despedida adecuada otorga un importante valor añadido.

Tanto el médico como la enfermera responsables del paciente deberán asegurarse de que, tanto él como sus familiares tienen toda la información que necesitan para realizar los cuidados necesarios al alta. Para ello, además de las explicaciones verbales que se dan, se prepara la siguiente documentación,

Informe de alta Médico

Informe de alta de enfermería

Informe de Trabajo Social, únicamente en casos de

- derivación a hospital de apoyo o Centro de prestación de cuidados
- si posteriormente se van a realizar trámites con los Servicios Sociales para solicitar ayuda o prestación de servicios.

Recomendaciones y cuidados a seguir después del alta; cada servicio elabora unos documentos específicos

Hoja de medicación, en la que se especifican los fármacos que tiene que tomar el paciente, su posología y la forma adecuada de tomarlo, para facilitar la comprensión de estas instrucciones por el paciente, y facilitar la conciliación de la medicación con otros médicos que intervengan en el seguimiento.

Recetas de medicamentos de nueva prescripción, entregando además las dosis necesarias, hasta que el paciente pueda conseguir la pauta prescrita

Citas para las consultas o pruebas de revisión indicadas

Prescripción de transporte sanitario gestionado, siempre que exista esta indicación médica.

Solicitud de reintegro de material protésico (si procede)

Otros documentos que el equipo sanitario considere necesario

La gestión del alta del paciente deberá ser el primer acto médico de la mañana siempre que sea posible, de manera que la cama quede disponible lo más rápidamente posible. No hacerlo así provoca disfuncionalidades que retrasan los ingresos programados y de Urgencias.

Una vez que el paciente ha abandonado la habitación, se avisará al Servicio de Limpieza, para que la habitación quede disponible para un nuevo paciente a la mayor brevedad posible.

3.1.1.5 Recursos Humanos. Descripción de las categorías, Funciones y Responsabilidades de cada estamento

Médicos: funciones y responsabilidades

Visita diaria: el médico responsable de cada paciente, o bien algún miembro de su equipo, pasará visita diariamente a los pacientes a su cargo, realizando una valoración clínica de la evolución de los mismos, e informando a diario tanto al paciente como a sus familiares. Se establecerá, en el manual de acogida, un horario definido para la información médica, que bien se podrá proporcionar a pie de cama, en el momento de la visita, como en la sala de información específica, de acuerdo a los horarios previamente establecidos, si el propio paciente así lo autoriza. Posteriormente se redactarán los comentarios evolutivos diarios en la historia clínica de cada paciente, y se actualizarán las ordenes de tratamiento, poniéndolo siempre en conocimiento de la enfermera responsable de cada uno.

Si se trata de pacientes en una Unidad de Hospitalización de Cirugía, a los que se les indica la realización de una intervención quirúrgica, el médico responsable del paciente deberá explicarle con detalle la intervención que se le va a realizar, su finalidad, sus riesgos, etc., así como verificarla existencia del documento de Consentimiento Informado.

Solicitud de pruebas diagnósticas: será el responsable de solicitar las analíticas y pruebas complementarias que deban ser realizadas, que en este caso se hará directamente en la aplicación informática. Constituye una prioridad para los Servicios Centrales la atención inmediata de estas solicitudes. Existirá un sistema de alertas ante pruebas con valores críticos por el cual desde los servicios centrales se informará vial mail, mensaje con aplicación informática, sms y/o llamada.

Interconsultas: en el caso de que un paciente estuviera ingresado por una determinada patología y, durante su estancia su médico creyera necesaria la valoración por otro especialista, pedirá una Interconsulta, a través de la aplicación informática. Además de indicar el nombre del facultativo al cual se le solicita la valoración del paciente, se describirá el motivo de la misma, y un resumen de la historia clínica.

Una vez realizada la valoración por dicho especialista, también deberá hacer un Informe Clínico, en el espacio reservado para ello en la aplicación informática, el resultado de esa valoración, así como las pruebas complementarias, tratamientos o cuidados que considera que necesita el paciente

Urgencias de pacientes ingresados: cuando un paciente ingresado en una planta de Hospitalización, sufre una situación de Urgencia médica, la enfermera a su cargo le prestara los cuidados básicos, mientras se avisa lo antes posible al médico; este será el responsable del paciente si la emergencia se produce durante su jornada laboral, o bien el médico de guardia si se produce en cualquier otro momento. Esta urgencia, así como las medidas adoptadas para tratarla, deberá quedar reflejada en la historia clínica, tanto por parte del facultativo como por parte de la enfermera.

Exitus de pacientes hospitalizados: en caso de fallecimiento de un paciente ingresado, la enfermera responsable del cuidado del mismo, avisará a su médico, y si éste no está presente en ese momento, al médico de guardia (si el evento ocurre fuera de la jornada laboral del médico responsable del paciente). El facultativo que acuda, procederá a confirmar la defunción, anotar el

hecho y la hora en la historia clínica e informar a los familiares. Así mismo está obligado a cumplimentar y firmar el Certificado de Defunción

Alta del paciente: una vez que el médico considera que la recuperación del paciente es la adecuada para darle el alta, deberá informar en primer lugar a la enfermería de la unidad, y posteriormente al paciente y sus familiares. Así mismo está obligado a redactar un **Informe de Alta Médica**, en el que conste el **motivo de ingreso del paciente, la evolución que ha tenido, las pruebas diagnósticas y los tratamientos realizados y el juicio clínico**. Además, deberá figurar el **tratamiento** que deberá seguir después del alta, y **la derivación del paciente**, ya sea a una consulta especializada, o bien a otro nivel asistencial (Atención Primaria). Si el paciente quisiera abandonar el hospital sin la autorización del médico, deberá firmar el documento de "Alta Voluntaria", por el cual se hace responsable de las complicaciones que pudieren sobrevenirle del abandono voluntario del centro

Personal de enfermería: funciones y responsabilidades:

Cada **unidad de Hospitalización cuenta con una Enfermera Coordinadora de la Unidad**, que depende directamente de la Supervisora de Hospitalización, y esta a su vez de la Dirección de Enfermería.

La enfermera Coordinadora de la Unidad tiene su cargo a todas las enfermeras y auxiliares de enfermería de la Unidad y será la responsable de organizar los turnos de trabajo, las planillas de su personal, la actividad asistencial, etc.

- **Al ingreso del paciente** en planta: realización de la valoración de enfermería así como la planificación de los cuidados de enfermería: constantes, curas, cura de vías, balance hídrico o diuresis por turno, vigilancia de dolor...
- Diariamente:
 - Pase de visita con el médico en los servicios que lo precisen
 - Revisión y administración de la medicación prescrita
 - Toma de constantes (TA, FC, T^a, y Sat. de O₂ en paciente respiratorios o que lo precisen) a todos los pacientes diariamente, y glucemias capilares a aquellos que lo tengan pautado.
 - Tramitación de las pruebas que se soliciten en el turno y reclamación de las pruebas complementarias pendientes y/o de los PIC pendientes de cursar.
 - En el caso de pacientes quirúrgicos, la enfermera comprobará antes de que el paciente sea trasladado al Bloque Quirúrgico, que tiene todas las pruebas diagnósticas realizadas, el estudio preoperatorio, Documentos de Consentimiento Informado, quirúrgico y de Anestesia cumplimentados.
 - Colaboración con la Auxiliar de Enfermería en el cambio de ropa de las camas/cuna y en la higiene de los pacientes (incluido baño del RN), siempre que sea posible.
 - Dejar reflejado en la historia clínica los evolutivos de enfermería y los cuidados que se llevan a cabo.
 - Reposición de material del carro de medicación para el turno siguiente.
 - Colocación del pedido de almacén y farmacia del día.
 - La colaboración con la Auxiliar de Enfermería es imprescindible y fundamental en el buen funcionamiento de la planta.

Personal Auxiliar de Enfermería: funciones y responsabilidades

- Reparto de comidas y retirada de bandejas; así como ayuda para la alimentación a aquellos pacientes que lo necesiten.
- Reparto de termómetros.

- Se deberá preguntar a todos los pacientes si precisan ayuda para el aseo y colaborar con los que la necesiten.
- Aseo y cambio de ropa de cama de pacientes encamados (siempre con ayuda del celador de planta o en su defecto de la auxiliar de refuerzo).
- Recogida y registro de diuresis e ingesta hídrica y control de drenajes.
- Peso diario del RN y registro del mismo en la gráfica.
- Realizar el primer baño del RN enseñándoles la técnica a los padres.
- Levantar al sillón a aquellos pacientes que lo tengan así prescrito, ayudados por el personal de enfermería.
- Cambios posturales a aquellos pacientes en los que esté indicado.
- Colaboración con la DUE en el reparto de medicación.
- Reposición de material del cuarto de medicación y del carro de curas.
- Preparación de la planilla de cocina y revisión de dietas.
- Reposición del carro de lencería.
- Limpieza del material, bombas de medicación, vasos humidificadores de O2, etc...
- Recogida de altas que se hayan producido en la mañana.
- Limpieza de cuñas, palanganas, botes de diuresis, etc....
- Revisión del carro de parada junto con la enfermera
- Llevar las analíticas al laboratorio

Celadores: funciones y responsabilidades

- Colaborará en el aseo y movilización de encamados cuando lo necesiten bajo la supervisión de la enfermera.
- Levantará y sentará a los pacientes que lo precisen.
- Rasurado de pacientes varones según protocolo
- Traslados de pacientes dentro del hospital: al servicio de rayos, consultas y dilatación para las pruebas pertinentes, no dejará al paciente sólo, siempre informará a la enfermera del trasladado de dicho paciente. Así mismo realizará los ingresos desde urgencias, admisión, etc.
- En el servicio de farmacia realizará el traslado a plantas de la unidosis, sueros, medicamentos etc.
- Traslados de equipos y material.
- Mantenimiento de sillas de ruedas, camas, camillas, palos de suero, accesorios etc.
- Ayudan al personal sanitario a amortajar a los pacientes fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los mismos al mortuario.

3.1.1.6 Indicadores de Funcionamiento de la Unidad

Estancia media hospitalaria: Total de días que pasa el paciente desde que ingresa hasta que es dado de alta.

Estancia media por servicio: Total de días que pasa el paciente desde que ingresa hasta que es dado de alta, dividido por el total de altas, en cada servicio.

Nº Altas Hospitalaria: Total de altas hospitalarias de pacientes que hayan estado por lo menos un día ingresado

Estancia media preoperatoria: número de días que transcurren desde el ingreso hasta la fecha de la intervención dividida entre el número de pacientes intervenidos

Presión de urgencias: número de ingresos procedentes del Servicio de Urgencias dividido por el total de ingresos.

Altas voluntarias: número absoluto de casos de pacientes que solicitan el alta voluntaria

Reingresos en el mismo servicio: número de reingresos en el mismo servicio por la misma Categoría Diagnóstica Mayor, en un periodo de tiempo inferior a 30 días desde el alta, dividido por el total de altas de ese periodo

Exitus: número total de éxitus en pacientes hospitalizados, dividido por el total de altas del periodo

Informes de alta al alta: número de altas en las que se entrega el informe de alta en el momento del alta, dividido por el total de altas.

Úlceras por presión: número de pacientes hospitalizados que presentan úlceras por presión, dividido entre el número total de altas.

Caídas accidentales: número de caídas notificadas en pacientes ingresados, dividido por el número total de estancias

3.1.2 BLOQUE QUIRÚRGICO

3.1.2.1 Concepto Básico de la Unidad

Entendemos por bloque quirúrgico aquel espacio físico donde se localizan las dependencias necesarias para llevar a cabo una intervención quirúrgica. Por lo tanto no sólo contempla los quirófanos sino también aquellas **instalaciones necesarias** para llevar a cabo el procedimiento completo, como la sala de preparación a la anestesia, sala de recuperación, almacenes etc. Además entendemos como bloque quirúrgico el conjunto de **profesionales que realizan su labor** en torno a la cirugía y que presentan una organización específica que les permita realizar su actividad en unas condiciones adecuadas.

En el bloque quirúrgico se atenderán pacientes previamente ingresados en las distintas unidades de hospitalización, pacientes derivados desde urgencias y aquellos que acuden a quirófano directamente desde el exterior (domicilio o equivalente) de manera programada.

Se llevarán a cabo los **procedimientos que son considerados intervenciones quirúrgicas** independientemente del tipo de anestesia aplicada y del régimen de estancia, bien ingresado, bien ambulatorio (en función del diseño y organización del Hospital habrá una zona específica para la cirugía ambulatoria) pero **también aquellas actividades que por razones de asepsia y/o de necesidad de vigilancia anestésica precisen ser realizadas en un medio especial, tanto procedimientos terapéuticos** (bloques nerviosos, infiltraciones etc.) **como diagnósticos** como histeroscopias, endoscopias etc.

3.1.2.2 Relaciones con otras Unidades y Niveles Asistenciales

El bloque quirúrgico no puede existir por sí mismo ni funcionar al margen del resto del hospital. Es un área intermedia, entendiéndose como tal, que es un lugar dónde realizan sus actividades los clientes del bloque, que son los servicios del hospital. En el caso de cirugía ambulatoria puede considerarse una unidad final ya que desde allí el paciente se va directamente de alta.

Los servicios que actúan en el bloque quirúrgico son:

Servicios quirúrgicos

- Cirugía plástica
- Cirugía general y digestiva
- Angiología y cirugía vascular
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Cirugía máxilo-facial
- Neurocirugía
- Urología
- Cirugía ortopédica y traumatología
- Cirugía pediátrica
- Ginecología
- Cirugía torácica
- Cirugía cardíaca

Otros servicios y unidades

- Dermatología
- Unidad del dolor
- Neumología
- Radiología intervencionista

- Obstetricia
- Aparato digestivo

Así mismo el bloque quirúrgico es cliente de otras unidades del hospital de las que precisa de sus servicios para un correcto funcionamiento:

- Anatomía patológica
- Diagnóstico por imagen
- Banco de sangre
- Esterilización
- Laboratorio
- Limpieza
- Mantenimiento
- Farmacia
- Medicina preventiva
- Lavandería
- Almacén
- Admisión
- Unidad de cuidados intensivos

3.1.2.3 Cartera de Servicios (prestaciones)

Se entiende por cartera de servicios el **conjunto de procedimientos** que se realizan en el bloque quirúrgico. La cartera de servicios variará con la evolución del Hospital, ya que no es propia del bloque quirúrgico como tal sino que depende de las carteras de servicios de todos y cada una de las unidades que realizan su actividad en el bloque. La cartera de servicio dependerá del conocimiento y de la dotación técnica de cada servicio y por tanto evolucionará en el tiempo de acuerdo con los avances que se produzcan en la práctica médica.

Sumariamente se pueden distinguir los siguientes tipos de prestaciones que se desarrollan el bloque quirúrgico:

Recepción y asistencia preoperatorio

Intervenciones quirúrgicas

- Ingresados
 - Programadas
 - Urgentes
- Cirugía Mayor Ambulatoria

Procedimientos intervencionistas

Recuperación postquirúrgica

3.1.2.4 Gestión de Pacientes. Circulación Asistencial

Los pacientes que van a ser tratados en el bloque quirúrgico deben de cumplir una serie de condiciones y de haber seguido una serie de pasos previos que podemos resumir en los siguientes:

En el paciente programado:

1. **Valoración por parte del facultativo** especialista que indicará la realización de un determinado procedimiento en el bloque quirúrgico.
2. Una vez realizada la indicación, el **facultativo informará al paciente** de las características de dicha intervención, riesgos, beneficio esperado, alternativas etc. y el paciente (o en su defecto la persona responsable) **firma el consentimiento informado**.

3. El facultativo especialista solicita **el estudio preoperatorio**.
4. El facultativo especialista en **Anestesiología solicitará las pruebas** que considere oportuno en función de las características del paciente y de la intervención quirúrgica que se vaya a realizar y valorará el estudio preoperatorio. Si lo considera apto planificará la técnica anestésica y el **paciente firmará el consentimiento informado** anestésico. Si por alguna razón no se considera apto se solicitarán las pruebas y valoraciones necesarias para depurar la situación real del paciente hasta que se considera apto o bien no apto de forma definitiva
5. Inclusión del paciente en la lista de espera quirúrgica.
6. **Se programará la intervención quirúrgica** con suficiente antelación para poder realizar pruebas complementarias si fuera necesario, protocolos preoperatorios y por parte del hospital prever recursos necesarios para dicha intervención: cama hospitalización cama UCI, implantes etc.

En el paciente urgente básicamente los pasos son los mismos sólo que pueden darse simultáneamente o bien en distinto orden. La principal diferencia es que el paciente no se incluye previamente en la lista de espera. La indicación quirúrgica por parte del especialista, realización del estudio preoperatorio, valoración por parte de Anestesia, firma de consentimientos informados es común y de obligado cumplimiento en ambos supuestos. Sólo en el caso de la emergencia quirúrgica puede obviarse alguno de los pasos, como el del estudio preoperatorio completo

3.1.2.5 Mapa de Procesos Interno

Entendemos como proceso todas aquellas actividades que se llevan a cabo para dar una atención completa al paciente durante su estancia en el bloque quirúrgico, desde su llegada hasta el alta del mismo bien a un área de ingreso hospitalario, bien a su domicilio en el caso de cirugía ambulatoria. Incluye tanto actividades asistenciales como de apoyo al paciente.

En el caso de que el paciente acuda directamente desde su domicilio (o equivalente) y acuda al bloque quirúrgico sin previo ingreso se dispondrá de un área de recepción del paciente y una zona donde pueda realizarse adecuadamente el tránsito (vestuario, etc.)

En el área prequirúrgica se llevan a cabo una serie de actividades de cara a confirmar y a asegurar el procedimiento que va a realizarse y comprobar todas las medidas de seguridad quirúrgica. Cada profesional sanitario en función de su categoría tendrá una serie de obligaciones de cara a la realización del procedimiento en condiciones óptimas para lo que realizarán una serie de comprobaciones entre las que podemos destacar:

1. **Identificar al paciente** y comprobar el **tipo de cirugía** que se va a realizar.
2. Comprobar **que la situación clínica** del paciente es adecuada para el procedimiento a:
3. Comprobar que están firmados los consentimientos informados (quirúrgico y anestésico).
4. Comprobar la disponibilidad de instrumental quirúrgico adecuado para la intervención
5. Comprobar la disponibilidad de otros materiales y recursos técnicos necesarios para el procedimiento como equipo de rayos, implantes, hemoderivados etc.
6. Comprobar disponibilidad de cama de UCI si fuera necesaria.
7. La cooperación de otros facultativos necesarios para la cirugía.
8. Que la profilaxis (antibióticas, antitrombóticas etc.) y que las instrucciones de preparación tanto del paciente (ayunas, preparación intestinal etc.) como del campo quirúrgico (p ej. rasurado) se han realizado.
9. Alergias (fármacos, látex, metales...) y otros datos de interés del paciente.
10. Marcaje del sitio quirúrgico.
11. Eliminación de elementos de riesgo del paciente: esmaltes, prótesis dentales, lentillas, piezas metálicas, ropa. Además de las tareas de comprobación, en el área prequirúrgica

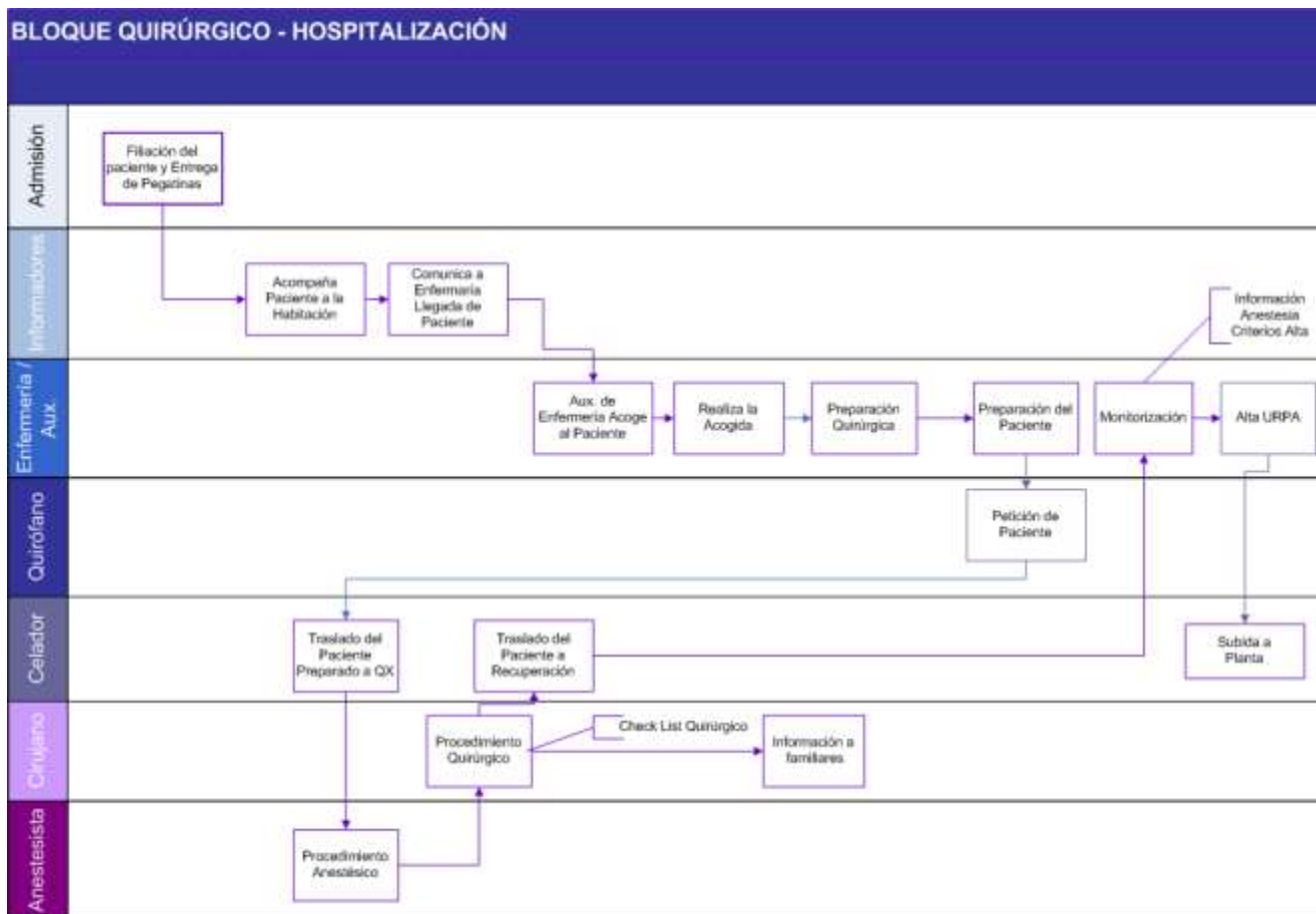
se realizarán aquellas actividades destinadas a **preparar al paciente** para su paso a quirófano como venoclisis, administración de profilaxis, catéteres etc.

12. **En el quirófano:** podemos separar tres tipos de actuaciones:
13. **Inducción anestésica:** Se monitoriza al paciente para tener correcto control de sus constantes y parámetros vitales. El anestesista será el encargado de realizar los procedimientos de anestesia general (endovenosa, inhalatoria, mixta) y bloqueos nerviosos. En caso de sedación valorará los fármacos a aplicar y a realizar medidas de reanimación en caso de necesidad.
14. Se cumplimentará el **Registro de Anestesia** donde se recogen los datos de aquellas actuaciones y materiales utilizados en relación con el procedimiento anestésico: tipo de intervención, facultativo/s, tipo de anestesia, control vía aérea, monitorización utilizada, fármacos utilizados en la inducción y en el mantenimiento (dosis y vía), incidencias, balance de fluidos, complicaciones, comentarios.
15. **Procedimiento quirúrgico:** Será llevado a cabo por el cirujano. Se preparará el campo quirúrgico de acuerdo a la intervención prevista. Se seguirán los principios básicos de seguridad del procedimiento quirúrgico. La enfermera anotará en la hoja de ruta quirúrgica (HRQ) todas las circunstancias y controles perioperatorios. Control sobre el material. Una vez terminada la cirugía control sobre el instrumental y recuento del mismo así como de gases etc.
16. **Fin anestesia:** siguiendo instrucciones del anestesista se procederá a la reversión de la anestesia y al traslado del paciente a otra unidad que de acuerdo a la cirugía llevada a cabo y al estado del paciente puede ser a UCI, URPA etc. En el registro de anestesia y en la HRQ se anotarán todas las circunstancias en relación con la reversión de la anestesia.
17. **URPA** (Unida de recuperación postanestésica)

Es el destino más habitual del paciente tras la cirugía. Proporciona los cuidados necesarios al paciente antes de su traslado a la cama de hospitalización o de su alta definitiva en caso de cirugía ambulatoria. El nivel de cuidados y de monitorización dependerá del tipo de cirugía y de anestesia y seguirá instrucciones del anestesista. La estancia en la URPA deberá ser la suficiente para que el paciente tenga un seguimiento adecuado pero no prolongarse más allá de lo necesario.

Cuando, siguiendo los protocolos, el paciente esté en condiciones de abandonar la URPA se dará de alta de la unidad.

El proceso completo queda esquematizado en el siguiente gráfico:



3.1.2.6 Organización del Área

Como ya se ha comentado el bloque quirúrgico tiene una doble vertiente, como espacio físico y como organización de personas. Para el correcto funcionamiento como unidad integral será fundamental la correcta organización de ambos.

ORGANIZACIÓN PROFESIONAL:

1. **Coordinador médico del bloque quirúrgico.** Su papel será organizativo para planificar y repartir los recursos disponibles entre las personas que trabajan en él. Será la conexión entre la dirección y el bloque quirúrgico. Deberá de mediar en conflictos de intereses entre los distintos profesionales y fomentar el trabajo en equipo.
2. **Supervisión de enfermería:** puesto de gran importancia en el funcionamiento del bloque quirúrgico ya que en la práctica diaria sobre él recae la distribución de la programación quirúrgica en los quirófanos y la asignación de recursos técnicos (arco Rx, motores, microscopio...), materiales (instrumental, implantes...) y humanos (técnicos de Rx, enfermería...)
3. **Comité de quirófano:** Será responsable de la planificación y del rendimiento de quirófano. También velará porque la actividad del bloque quirúrgico se realice en las condiciones de calidad técnica y percibida adecuada. Además realizará evaluaciones de la actividad desarrollada y propondrá actitudes de mejora de cara al futuro.

ORGANIZACIÓN FÍSICA

Ya se ha hecho mención a que el bloque quirúrgico no se refiere sólo a los quirófanos y otras áreas asistenciales, también incluye aquellos espacios y dependencias de apoyo necesarias para la correcta atención al paciente. De una adecuada organización de la estructura física dependerá que los circuitos y los procesos sean más cómodos y por tanto el trabajo más eficaz y eficiente.

Zona de acceso:

- Entrada-recepción: Control del acceso al bloque quirúrgico. Deberá estar limitado y controlado.
- Vestuario de pacientes: aquellos pacientes que directamente desde su domicilio (o equivalente) acudan al bloque quirúrgico sin pasar antes por la unidad de hospitalización o aquellos que vaya a ser sometidos a un procedimiento que no precisa ingreso.
- Sala de espera: para familiares y acompañantes. Reunirá condiciones de comodidad y ambiente. Estará situada en zona próxima y con infraestructura que facilite la estancia en la misma (p ej. aseos).
- Despacho de información: zona de fácil acceso en el bloque quirúrgico donde poder informar con privacidad y comodidad a familiares sobre las incidencias acaecidas en el paciente.

Logística

- Almacén de material de farmacia y fungible.
- Almacén de material estéril con las debidas condiciones de presión, climatización etc.
- Subcentral de esterilización para esterilización de material urgente dado que la central de esterilización suele estar a distancia del bloque quirúrgico.
- Almacén de equipos.
- Zona de trabajo. Espacio habilitado para realización de protocolos e informes. Deberá disponer de los medios técnicos e informáticos
- Oficio de sucio: almacén de ropa sucia y quirófano.

Zona quirúrgica

- Zona de lavado: mínimo dos puntos de agua por quirófano. Visión directa del quirófano desde la zona de lavado. Contiguo al quirófano pero aislado de la zona de tránsito de los pacientes.
- Quirófano: Deberá de tener unas medidas mínimas tanto en superficie como en altura que permita correcta circulación de personas como de medios técnicos. Además las superficies, paredes y suelos, cumplirán una serie de requisitos que aseguren una fácil limpieza, evitarán zonas de acumulo de suciedad. Suelo antielectrostático y conductivo. Elementos de pared empotrados.

Zona postquirúrgica

- Zona de recuperación (URPA). Con un capacidad mínima de 1.5 puestos por quirófano.
- Control de enfermería que permita una buena observación de todos los pacientes.
- Almacén de material fungible y de equipos.
- Oficio de sucio.

Zona de personal

- Despacho
- Puesto administrativo
- Vestuarios
- Sala de estar

- Sala de trabajo: dotada con los medios adecuados para poder realizar informes, consulta de historia, consultas con otros facultativos.

ESTRUCTURA FUNCIONAL

El diseño del bloque quirúrgico debe tener en cuenta una serie de consideraciones en orden a cuantificar el tamaño y distribución de los espacios físicos y a calcular las necesidades de personal para el máximo aprovechamiento del mismo.

A la hora de calcular el tamaño del bloque quirúrgico además se valorará la capacidad de producción de cada espacio físico ya que no es lo mismo la programación de cirugía cardiaca o neurocirugía que de procesos oftalmológicos. Hay que tener en cuenta que las necesidades del bloque quirúrgico evolucionan con el tiempo. Hay procedimientos que desaparecen pero por el contrario los nuevos avances tecnológicos permiten tratar pacientes para los que no había alternativas por lo que la tendencia natural es aumentar el número de procedimientos. Del mismo modo, no sólo el número sino el tipo de cirugía evolucionan por lo que tanto los quirófanos como los espacios adyacentes deben de estar preparados para estos cambios.

El personal necesario se calculará en virtud del número de quirófanos y de la cartera de servicios del Centro ya que los requerimientos son distintos para los diferentes tipos de actuaciones.

La estructura funcional contemplará las funciones de cada usuario del bloque y las relaciones entre los distintos estamentos por lo que se establecerán circuitos para cada proceso donde cada profesional tenga especificado su papel.

Otro dato a tener en cuenta es la evolución hacia la CMA por lo que se tendrá en cuenta al calcular la necesidad de locales.

La actividad quirúrgica es la razón de ser del bloque pero no sólo hay que calcular el número de quirófanos ya que en función de esto también hay que calcular la necesidad de otros locales como URPA, almacén, vestuarios, equipos técnicos etc.

El diseño y la ubicación del bloque deben permitir un máximo aprovechamiento de los recursos tanto humanos como técnicos y favorecer la comunicación interna y los circuitos con otras unidades que trabajan en estrecha relación como UCI, unidades de hospitalización de servicios quirúrgicos, esterilización, urgencias etc.

3.1.2.7 Dotación y Equipamiento. Recursos Materiales

Los hospitales deben de cumplir una serie de especificaciones comunes a todos los edificios pero dada la peculiaridad de que se trata de un escenario en el que se lleva a cabo actividad sanitaria existe normativa específica y además las exigencias deben de ser máximas.

1. **Electricidad:** La normativa actual clasifica los locales destinados a uso médico en categorías 0,1 y 2 siendo el grupo 1 aquellas en las que pueden ser utilizados equipos de electromedicina conectados a la alimentación general (partes aplicadas a exteriores o a fluidos corporales pero no corazón y podrían englobar URPA y preanestesia) y dentro del grupo 2 aquellos locales en los que se aplican equipos en el corazón (quirófano y antequirófano).
 - **Alumbrado normal:** es recomendable aumentar el nivel de iluminación en quirófano para evitar contrastes con la lámpara quirúrgica. Sin embargo en cirugía laparoscópica la iluminación debe de ser menor. También es recomendable la luz regulable y evitar parpadeos.
 - **Alumbrado de emergencia.** Se pondrá en marcha en el caso de fallo del alumbrado general en un tiempo máximo de 0,5 sg. Identificará las vías de

evacuación y los obstáculos. Deberá reemplazar al alumbrado normal para poder continuar con la actividad. En el bloque quirúrgico deberá tener autonomía de 2 horas y un nivel de iluminación igual al normal.

- **Garantía de suministro.** Se debe de garantizar el suministro eléctrico en caso de fallo del suministro normal. Debe de tenerse previsto un sistema complementario. Como solución habitualmente se cuenta con grupos electrógenos y/o doble acometida de la compañía.
- **Seguridad de las personas.** Se debe limitar el riesgo sobre las personas. Las condiciones de las personas sobre las que puede actuar la corriente son peculiares como p ej piel mojada, incisiones, disminución facultades físicas etc. Para minimizar los riesgos el sistema debe de ser capaz de limitar la corriente de fuga y evitar interrupciones de suministro. Se debe de avisar al servicio técnico ante la detección de un primer fallo y no dar lugar a un segundo que puede provocar situaciones catastróficas.

2. **Climatización.** Las zonas de quirófano, pasillos, almacén, material estéril, entrada y salida se consideran de clase I y por lo tanto de exigencia muy elevada debiendo de tener tres niveles de filtración. El resto de dependencias se clasifican como II y disponer de dos niveles de filtración. Evitar paso de aire de los lugares sucios a limpios. La temperatura debe de ser de 22º-26º y humedad de 45-55 %. Se debe de reducir la tasa de partículas por metro cúbico de aire de cara a disminuir el riesgo de infección. El quirófano debe de comportarse como un compartimiento estanco y reducir la circulación de personas. La climatización también diluirá la concentración de gases y otros contaminantes.

- **Climatización de quirófanos:** según el tipo de actividad los quirófanos se pueden clasificar en A, B, C. Los C son aquellos en los que se realizan cirugía cardiaca, neurocirugía trasplantes, traumatología etc. El nivel de exigencia es mayor en cuanto a implantación y explotación. Dependiendo del tipo de quirófano variará las condiciones de climatización y renovación del aire tanto en volumen, frecuencia como zonas por dónde debe de ser efectuado el retorno para la eliminación de gases.
- **Componentes.** Se debe de garantizar el suministro eléctrico para no quedarnos sin climatización durante la cirugía en caso de fallo. Es aconsejable un climatizador independiente por quirófano con el fin de que no interfieran los problemas de un quirófano en otro. Los conductos deben de ser lo más cortos posibles para que no se acumule la suciedad, sin aislamiento interior, no rugosos y de forma cilíndricos. Hay que controlar la velocidad de salida del aire e incluir un sistema de extracción de humos.
- **Ejecución.** Tapar los conductos abiertos al final de cada día. No colocar registros en el interior del quirófano sino en zonas limítrofes preferiblemente en el pasillo de sucio si lo hubiera. Los falsos techos deben de tener una altura > 80 cm.

3. Instalaciones mecánicas

- **Gases medicinales y vacíos.** El suministro debe de ser independiente del resto del hospital y doble para asegurar el suministro. La distribución variará de unos quirófanos a otros pero se intentará evitar la existencia de tubos por el suelo. Las tomas de oxígeno, vacío, aire comprimido, protóxido de nitrógeno pueden estar situadas en torres o en la pared. Estas instalaciones también deben de estar presentes en la preanestesia y en la URPA. Deberá de haber un sistema de alarma que avise de un posible defecto de funcionamiento.

- **Fontanería y saneamiento:** Se aislarán las tuberías para evitar condensaciones en las de agua fría y pérdidas de calor en las de agua caliente. Evitar bajantes en quirófano y colectores en el falso techo.
- **Seguridad contra incendios.** La zona debe de ser aislable para evitar propagación de incendio y humos. El bloque quirúrgico debe de ser un área independiente incluso dentro del bloque existirán zonas independientes entre sí para que problemas en unos quirófanos no afecten a otros. Debe de ser fácil de evacuar. Dispondrá de puertas cortafuegos. Los materiales deben de ser de difícil combustión, que no faciliten la expansión del fuego y que no emitan sustancias tóxicas. El bloque quirúrgico dispondrá de medidas activas que faciliten la detección del fuego y las medidas de extinción. Debe de haber detectores de humo y en su proximidad pulsadores de alarma. Una vez dada la alarma esta se comunicará a los bomberos y al interior del hospital sellando la zona afectada y procediendo a la evacuación. Como medios de extinción se dispondrá de extintores y mangueras.

3.1.2.8 Recursos Humanos

El personal del bloque quirúrgico comprende aquellos en posesión de titulaciones sanitarias y de otros grupos profesionales.

Médico:

1. **Anestesista.** Facultativo especialista en anestesia y reanimación.
2. **Cirujano:** Facultativo especialista en cada una de las especialidades quirúrgicas que lleven a cabo actividad en el bloque quirúrgico.
3. **Facultativos especialistas** de otras áreas que puedan realizar alguna actividad en el bloque quirúrgico como p ej. aparato digestivo (endoscopia), neumología, dermatología etc.
4. La figura de **Coordinador de bloque quirúrgico** recaerá en un especialista preferentemente anestesista o cirujano y que se ocupará de organizar la actividad del bloque, asignación de recursos, programar parte quirúrgico, optimizar la utilización de quirófanos, cumplir la normativa, garantizar la seguridad del paciente etc.
5. **Diplomado de Enfermería:** Con actividad como instrumentista y circulante en quirófano además de su participación en la zona de preanestesia y en la URPA.
6. La figura de **supervisor/a de bloque quirúrgico** recaerá sobre un diplomado de enfermería que se encargará de asignar y distribuir la cirugía programada, coordinar la planificación, controlar la asignación y disponibilidad de recursos materiales.
7. **Auxiliares de enfermería:** quirófano, preanestesia y URPA.
8. **Personal subalterno:** celadores, limpiadoras.
9. Auxiliares administrativos.
10. Personal de información ("chaquetas verdes")
11. **Otros profesionales** que puntualmente colaboran para el correcto funcionamiento del bloque como técnicos de Rx, técnicos de laboratorio, mantenimiento etc.

3.1.2.9 Indicadores

Como en toda unidad de actividad tanto sanitaria como de otro tipo es necesario tener un control sobre la utilización que se hace de los recursos. Es necesario contar con sistemas de información adecuados para poder controlar el gasto (costes no productivos), facilitar mejoras que aumenten

la satisfacción de la población y evaluar los resultados para gestionar cambios. Los recursos son finitos por lo que es de vital importancia una asignación racional en función de las necesidades de cada servicio y a la vez exigir un rendimiento adecuado. Lógicamente el concepto de rendimiento adecuado es algo relativo y dependerá de muchos factores por lo que tendremos que recurrir a una serie de indicadores que sean útiles para medir específicamente la actividad de un bloque quirúrgico y que probablemente no sea extrapolable a otras unidades del hospital.

Los indicadores que se usan más frecuentemente son:

- número de sesiones quirúrgicas
- número de intervenciones programadas
- intervenciones urgentes
- intervenciones por sesión
- índice de sustitución
- intervenciones suspendidas
- % suspensiones
- Tiempo utilizado
- Tiempo disponible
- % ocupación quirófanos
- Estancia preoperatorio de cirugía programada

3.1.3 BLOQUE OBSTÉTRICO

3.1.3.1 Concepto Básico de la Unidad

Es la Unidad Hospitalaria dedicada a la atención al Parto, tanto normal como distócico, incluyendo las áreas de dilatación, paritorios, quirófanos y áreas de recuperación.

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles, representando el 9,1% del total. De ellos, en torno al 15% se realiza mediante cesárea.

Se definen las Unidades de Maternidad Hospitalaria como la "organización de profesionales de la sanidad, que ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al ser recién nacido y a la familia en el parto y el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar esta actividad".

3.1.3.2 Cartera Interna de Servicios

CONSULTA EXTERNA DE OBSTETRICIA:

Control prenatal del embarazo del embarazo, de bajo, medio y alto riesgo

Ecografía

Salud fetal, monitorización del anteparto

BLOQUE OBSTÉTRICO

Control y seguimiento del trabajo de parto

Atención al parto

Recepción y reanimación del Recién Nacido

Atención a la familia

QUIRÓFANO

Cesárea programada y urgente

Histerectomía de urgencia

3.1.3.3 Relaciones Funcionales con otros Servicios

Además de las relaciones comunes de cualquier servicio o unidad final con los servicios centrales, laboratorios, urgencias, etc. son primordiales las siguientes

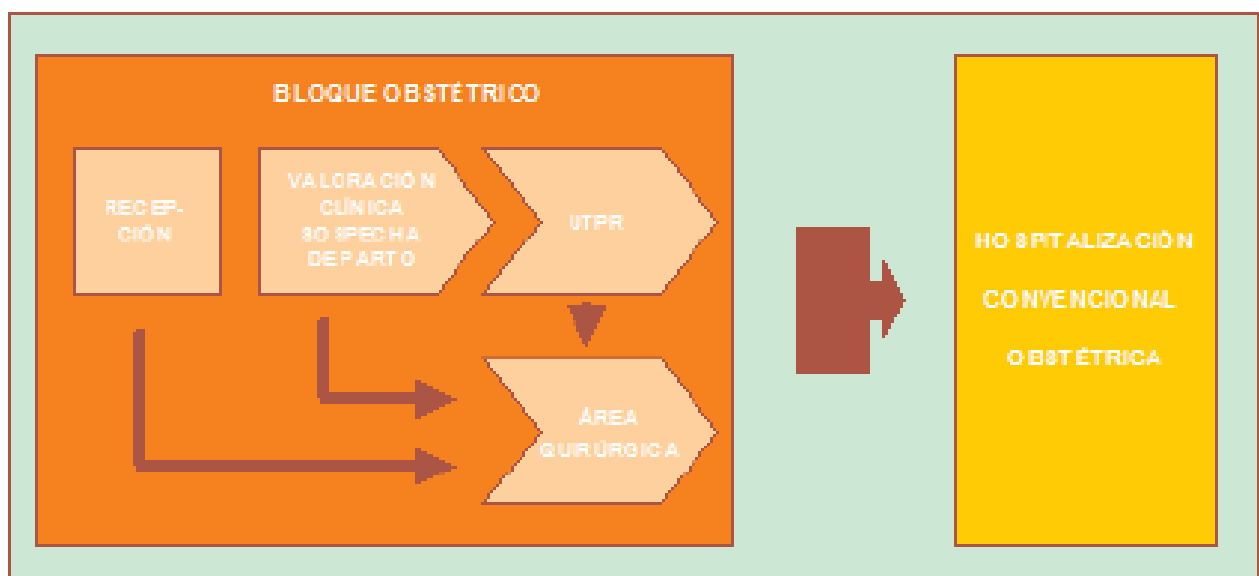
Con el bloque quirúrgico, para la práctica de la cesárea, debe haber dispuesto permanentemente un quirófano, pues puede presentarse sufrimiento fetal en cualquier momento que requiera una intervención de emergencia. Se contempla un paritorio preparado y dotado como quirófano para atender cesáreas.

Neonatología, para el manejo de los RN si presentan patología. Sistemáticamente, el personal sanitario acudirá a los partos de riesgo para recibir al neonato, valorarlo y reanimarlo, y decidir su traslado a la Unidad de Neonatología. En relación con el nivel y capacidad asistencial de la Neonatología, se establecerá el dintel máximo de tipo de embarazo de riesgo a admitir.

3.1.3.4 Descripción del Proceso

1. **Acceso a la Unidad:** por vía de urgencia (lo más habitual) o de forma programada, por signos de progreso del parto, o para una inducción o cesárea programada
 - Reconocimiento
 - Evaluación de riesgo
 - Exploración vaginal
 - Comprobación del estado fetal
2. **Proceso de parto,** en la Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR): la atención se articula en torno a los criterios de la Estrategia del Parto Normal del Sistema Nacional de Salud. La Unidad tendrá implementada la Vía Clínica del Parto, así como los diversos Protocolos de manejo de situaciones como partos instrumentales
 - Atención a la dilatación, monitorización y control de las constantes materno-fetales
 - Oferta generalizada de métodos de control del dolor: la analgesia no se hace de rutina, sino tras la oferta a la mujer y explicación de los diferentes métodos, entre los que sigue teniendo un papel preponderante la analgesia epidural
 - Alumbramiento
 - Parto instrumental o cesárea
 - Identificación madre-hijo
 - Atención postnatal inmediata al RN
 - Contacto precoz madre-hijo ("piel con piel")
 - Recuperación en la UTPR
 - Paso a la Unidad de Hospitalización de Obstetricia

El proceso queda esquematizado en el diagrama siguiente



3.1.3.5 Recursos Humanos. Funciones

Obstetras

- **Responsable del Bloque Obstétrico:** trabaja en coordinación con el responsable de matrones/as
 - Gestiona la eficiencia del Bloque
 - Se responsabiliza de la gestión de Riesgos Clínicos

- Dirige la política de atención al parto, los elementos técnicos de calidad asistencial y la elaboración de los protocolos y normas de actuación
- **Especialistas en Obstetricia:** prestan asistencia asegurando elevados estándares a las mujeres con necesidades médicas complejas, a las urgencias y a las situaciones graves o complicadas

Anestesiólogos, que practica los métodos de analgesia, hasta el postparto

Pediatra-Neonatólogo, para la estabilización del RN. En los prematuros o enfermos, o con anomalías congénitas su papel es vital y estarán preparados para el soporte vital avanzado

Matronas

- Responsable de matronas:
- trabaja conjuntamente con el Obstetra responsable de la Unidad
- Lidera las prácticas asistenciales
- Procura una experiencia positiva a las gestantes
- Planifica y lidera las innovaciones
- Evalúa los cuidados
- Matronas: atención al parto normal

3.1.3.6 Indicadores de Funcionamiento

- Nº de partos, distribuidos en normales, inducciones, prolongados. Nacimientos
- Tasa de analgesia/anestesia epidural
- Tasa de cesáreas, programada y urgente
- Mortalidad perinatal intraparto
- Mortalidad maternal
- Lesiones neonatales
- Test de Apgar, resultados clasificados
- % de necesidad de reanimación por debajo de 37 semanas de gestación
- Hemorragia primaria postparto
- Tasa de ingreso en Neonatología
- Se utilizarán de manera rutinaria los Indicadores de la Agency of Healthcare Quality and Research (AHRQ)

3.1.4 HOSPITAL DE DÍA

Se entiende como Hospitalización de Día la asistencia o prestación de cuidados en el hospital ya sea con fines terapéuticos, diagnósticos o de cualquier otra finalidad que no se puedan realizar en consultas externa pero que no justifican una estancia del paciente superior a 24 horas.

3.1.4.1 Concepto de Hospital de Día

Entendiendo al Hospital de Día como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece una **asistencia multidisciplinar** y que cumplen unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que se garantiza la condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad y bajo la gestión de un responsable que oferta y gestiona los puestos de H de D a los servicios médicos como clientes.

3.1.4.2 Cartera de Servicios Hospital de Día

La cartera de servicio del Hospital de Día estará en función de las especialidades ofertadas en la cartera de servicios médicos del hospital.

Cartera para ofertar a clientes de servicios médicos.

1. **Oncohematología:** Todo tipo de tratamientos antineoplásicos. Hemoterapia. Aféresis
2. **Reumatología:** Artritis Reumatoides. Espondilitis. Osteoporosis. Enfermedad de Paget. Artritis psoriásica. Lupus eritromatoso.
3. **Nefrología:** Nefropatías. Anemias. Hemoterapia. Aféresis
4. **Digestivo:** Enfermedad de Crohn. Anemias. Hemoterapia. Vigilancia de pacientes postendoscopia.
5. **Medicina Interna:** Estados de Osteoporosis. Hemoterapia
6. **Neumología:** Déficit de Alfa-1 Antitripsina. Vigilancia de pacientes postfibroscopia.
7. **Neurología:** Aféresis
8. Dermatología: Psoriasis
9. **Oftalmología:** Orbitopatías, inyecciones intravítreas
10. **Alergia:** Modulación de la respuesta inmunitaria mediante Gammaglobulinas
11. **Infeciosos:** administración de antibióticos intravenosos
12. **Ensayos Clínicos** de cualquier especialidad médica que por su naturaleza puedan realizarse en Hospital de Día

Cartera para ofertar a clientes de servicios quirúrgicos

Urología: Instilaciones vesicales

Ensayos Clínicos de cualquier especialidad quirúrgica que por su naturaleza puedan realizarse en Hospital de Día

Otros posibles clientes

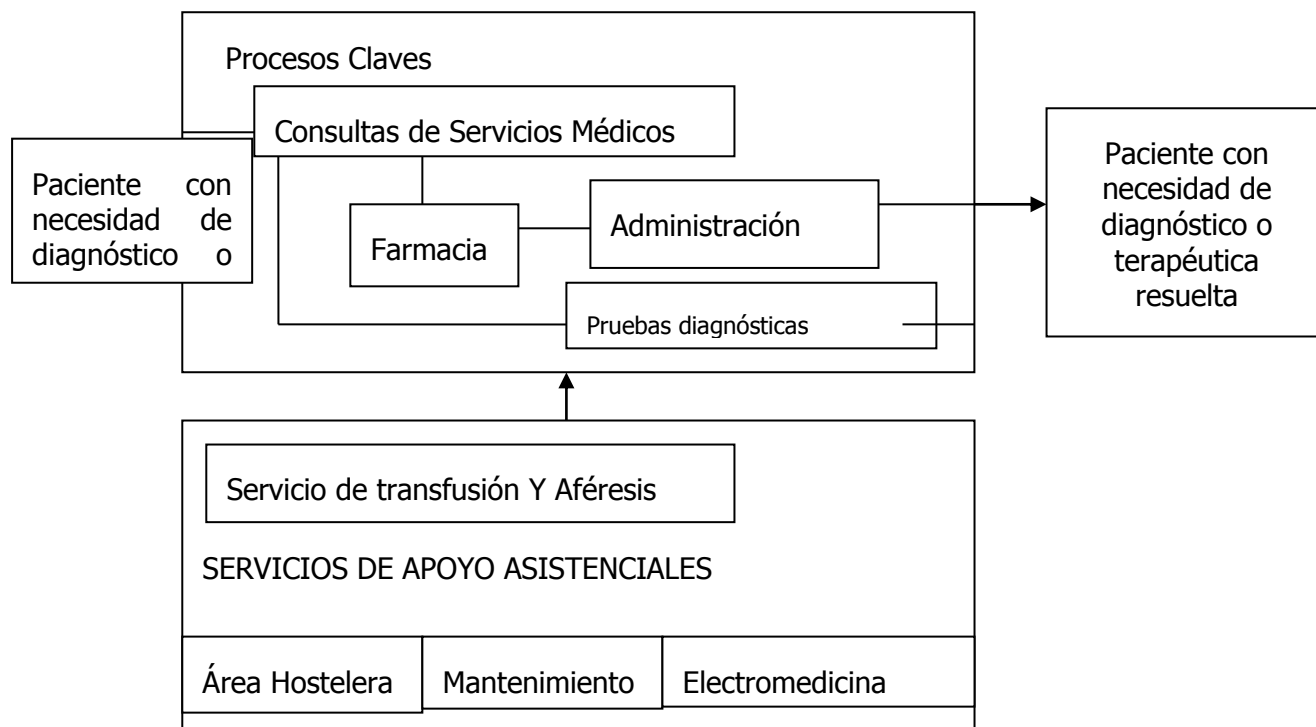
Unidad de Radiología Intervencionista: Vigilancia de pacientes tras implantación de reservorio subcutáneo.

Dependiendo de la especialidad, sobre todo quirúrgica pueden quedar definidos puestos de Hospital de Día en áreas distintas del hospital eje: hemodinámica, siendo puestos de H de D monográficos de una especialidad.

Atención Primaria: Garantizar la continuidad de cuidados, (administración de tratamientos, mantenimiento y cuidados de catéteres centrales, etc)

3.1.4.3 Gestión de un Hospital de Día

El primer objetivo es definir el mapa de procesos



3.1.4.4 Recursos Materiales

Depende del volumen de actividad realizada.

Algunos puestos estarán distribuidos en salas individualizadas con TV.

Taquillas para la custodia de objetos personales de los pacientes.

Control de enfermería con puestos informatizados para registrar la valoración del paciente y la actividad desarrollada.

Estar de enfermería.

Almacén de material

Puesto de administrativo y consulta médica para validación de tratamientos en función de la analítica.

Sala de espera

3.1.4.5 Recursos Humanos

Facultativos: a definir según los puestos de atención a pacientes y el horario de actividad que tenga la unidad

Preferiblemente debe de permanecer abierto de 8 a 21 horas, de lunes a viernes

Adaptar las **presencias de enfermería** a la organización de la unidad y a los picos de actividad (turnos partidos, solapados, etc.)

Administrativo

Supervisor de Enfermería

3.1.4.6 Organización

La gran cantidad de tratamientos administrados supone un reto en mantener y diseñar circuitos estables que aporten calidad y seguridad asistencial.

Es imprescindible **la máxima implicación de los servicios** para garantizar una perfecta coordinación con el HDO y evitar así demoras innecesarias en la atención a los pacientes

3.1.4.7 Seguridad

Protocolos de Seguridad

Actuación ante una Extravasación

RCP

Identificación de muestras con destino al Servicio de transfusión

Administración de fármacos cistostáticos y recomendaciones dadas por el Servicio de Farmacia.

Identificación de paciente.

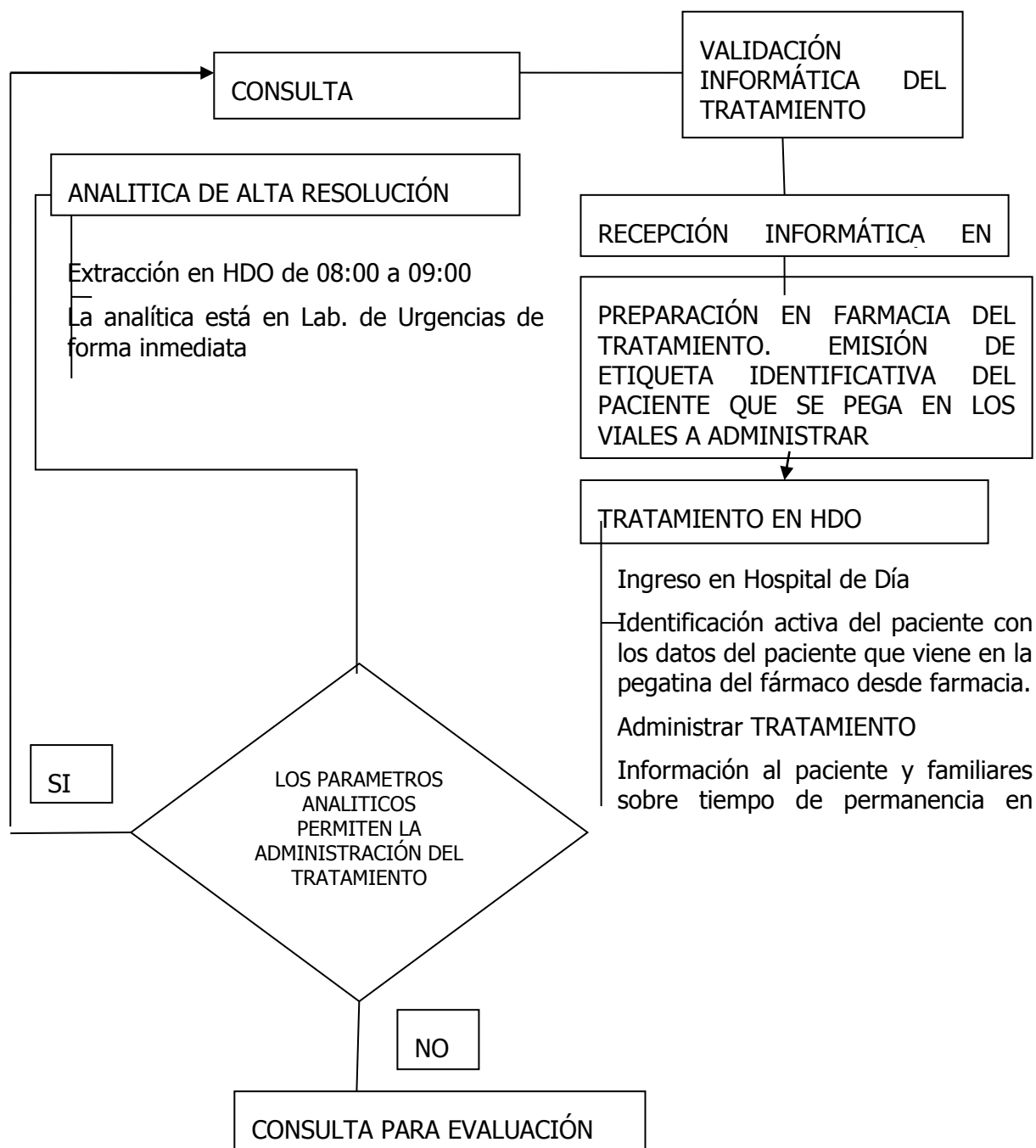
3.1.4.8 Confort.

Las extracciones analíticas a estos pacientes se le realizan en el HD para evitarle así desplazamientos innecesarios

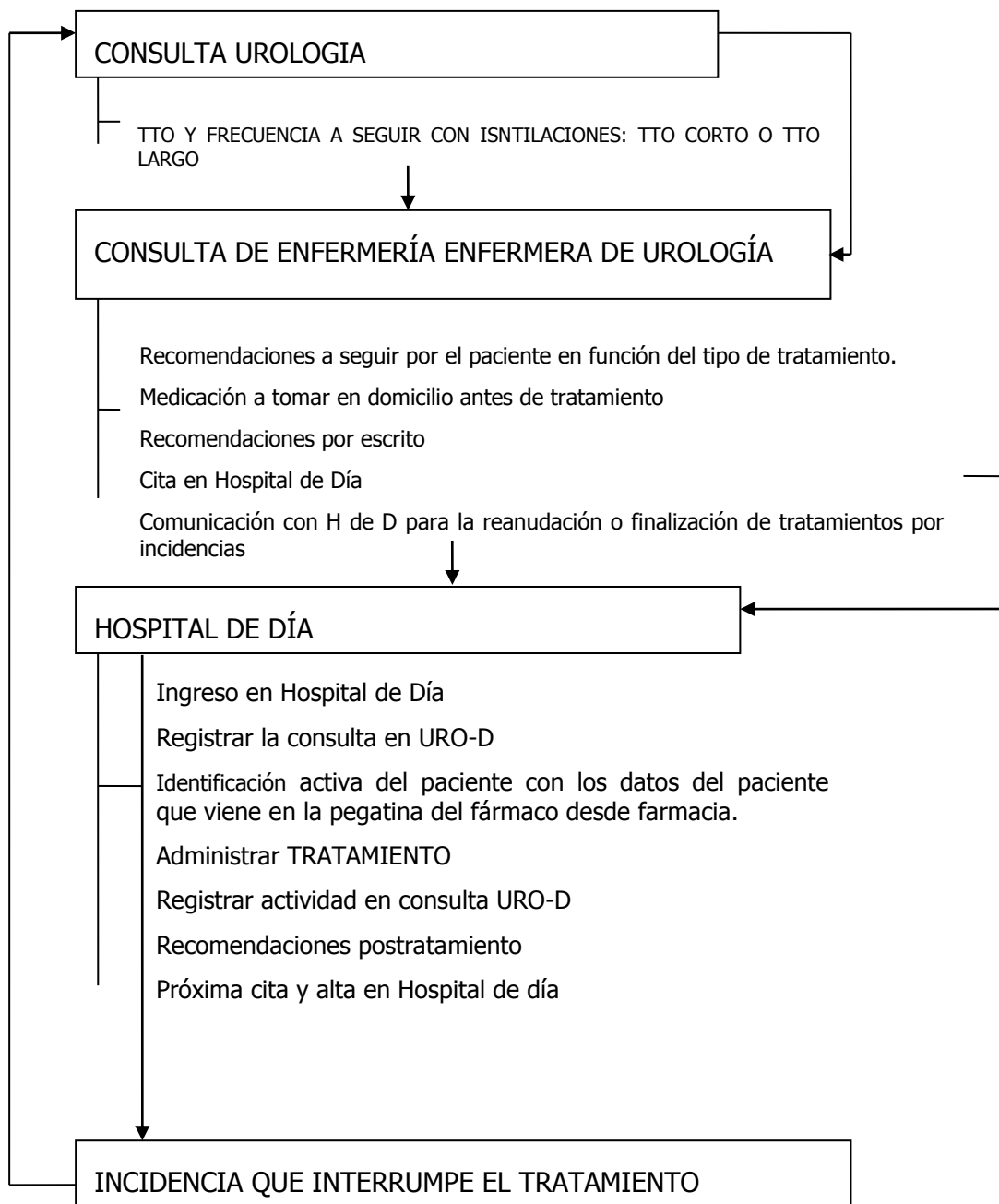
Servicio de desayunos para pacientes de alta resolución

Servicio de Comida para pacientes ingresados en a demanda y gustos del paciente.

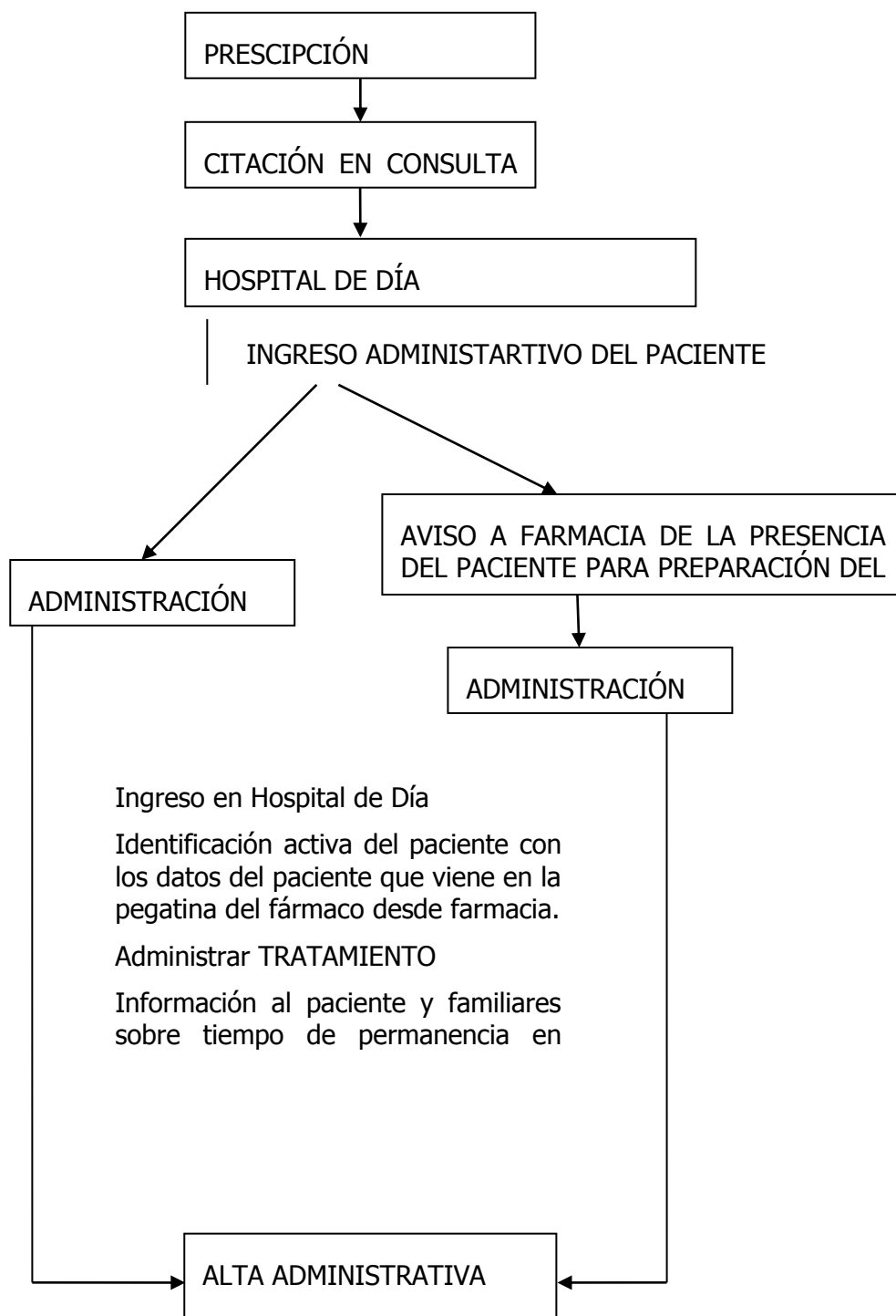
3.1.4.9 Circuito de Pacientes de Oncohematología



3.1.4.10 Circuito Paciente Urología



3.1.4.11 Otros Circuitos No Quimioterápicos



3.1.5 URGENCIAS

3.1.5.1 Concepto Básico de la Unidad de Tipo Paciente y de Actividad Asistencial

El Servicio de Urgencias hospitalario es la zona del hospital donde acude cualquier persona que considera que su enfermedad es urgente, bien porque cree que puede ser algo importante, bien porque es el único sitio donde entiende que la atención va a ser más o menos rápida, las pruebas complementarias se van a hacer de una vez y si es necesario le va a ver el especialista.

Deberá atender urgencias pediátricas, ginecológico/obstétricas, de medicina de adultos, quirúrgicas incluidas las traumatológicas y psiquiátricas.

Es importante que el servicio tenga articulado un circuito ágil con otros servicios del Centro

3.1.5.2 Relaciones Funcionales con Otras Unidades y Niveles Asistenciales

La organización comienza por una puerta única, con algunas particularidades.

La Urgencia pediátrica es atendida por pediatras, y cuenta con espacios específicamente destinados a la urgencia pediátrica.

La urgencia ginecológico/obstétrica que es vista por los ginecólogos.

El resto de las Urgencias pueden ser vistas de primeras por médicos de familia y de medicina interna, adscritos al servicio de urgencia, o especialistas del área médica que hagan guardias de urgencias.

Existen además otros médicos de guardia de presencia física que pueden apoyar al médico de urgencias: **Anestesiastas e Intensivistas, Traumatólogos, cirujanos generales, neurólogos, radiólogo.**

En la planta de medicina al menos un internista acompañado de un especialista médico.

Además existen médicos de guardia localizada que acuden en caso de ser necesaria su presencia: endoscopista digestivo, otorrinolaringólogo, cirujano maxilofacial, urólogo, neurocirujano, cirujano vascular, cirujano cardiaco, hemodinamista.

El responsable tiene categoría de Jefe de Servicio, y su jefe es el Responsable del Área Médica. La planta de hospitalización médica y la Urgencia deben tener una unidad de doctrina y por tanto una cabeza común.

3.1.5.3 Cartera de Servicios

La Cartera de Servicios de una Sección de Urgencias se define en función lo siguiente.

1. Un **área de Urgencias** debe dar respuesta a todas las situaciones. Considerando que el índice de resolución de las diferentes situaciones de urgencia debe estar en función de la complejidad del propio hospital en el que se encuentre, se deberá:
 - Priorizar la asistencia para dar una respuesta adecuada, en tiempo y recursos, a la urgencia en cualquiera de sus niveles.
 - Atender la **situación patológica que presente el paciente**. Como requisito mínimo se exige que un área de Urgencias tenga los recursos para:
 - Asistir una Parada Cardiorrespiratoria.
 - Estabilizar cualquier proceso patológico.

- Emitir un juicio diagnóstico sindrómico.

2. El área de **Urgencias Hospitalaria** es totalmente operativa 24 horas todos los días.

3.1.5.4 DESCRIPCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

La Cartera de Servicios de la Sección de Urgencias incluye los siguientes apartados:

- Atención Urgencia Vital.
- Procedimientos de Control y Observación.
- Procedimientos Terapéuticos / Diagnósticos.
- Procedimientos Terapéuticos.
- Procedimientos Diagnósticos.
- Traslado de Pacientes.

ATENCIÓN A LA URGENCIA VITAL

Aislamiento y control de la vía aérea y ventilación:

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

Control cardiocirculatorio:

- Monitorización electrocardiográfica
- Desfibrilación eléctrica.
- Cardioversión sincronizada
- Marcapasos externo.
- Monitorización no invasiva de la presión arterial
- Monitorización de la presión venosa central.

ATENCIÓN AL POLITRAUMATIZADO:

- Técnicas de inmovilización de la columna.
- Técnicas de inmovilización de miembros.
- Manejo, control y administración de las drogas protocolizadas

PROCEDIMIENTOS DE CONTROL Y OBSERVACIÓN.

- Toma y monitorización de temperatura.
- Toma y monitorización de pulso y frecuencia respiratoria.
- Toma y monitorización de presión arterial no invasiva.
- Monitorización electrocardiográfica continua.
- Monitorización de la saturación de O₂.
- Ventilación no invasiva
- Monitorización de diuresis horaria y por turnos.
- Control de otros fluidos, secreciones y excreciones. Balance hídrico.
- Monitorización de otros signos clínicos específicos: Glasgow...

- Protocolo de administración de drogas y medicación.

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS/DIAGNÓSTICOS.

- Acceso a vía venosa periférica.
- Acceso a vía venosa central.
- Punción Arterial.
- Vía Intraósea.
- Sondaje vesical.
- Sondaje naso-gástrico.
- Sistemas de perfusión continua.
- Paracentesis.
- Toracocentesis.
- Aspiración de secreciones.
- Maniobras de RCP Básica y Avanzada.

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.

Quirúrgicos:

Suturas de heridas de piel y tejido subcutáneo, no complicadas, sin repercusión funcional ni estética.

- Cura y limpieza de heridas y quemaduras.
- Tratamiento, taponamiento de hemorragias y control de heridas sangrantes.
 - Extracción de cuerpos extraños en piel.
- Extracción simple y curación de cuerpos extraños corneales.
 - Extracción simple de cuerpos extraños de cavidad orofaríngea, fosas nasales y conducto auditivo.
- Vendajes, inmovilizaciones de miembros y férulas.
- Atención al politraumatizado.

Otros:

- Administración de aerosoles con aire y oxígeno.
- Oxigenoterapia.
- Ventilación no invasiva.
- Administración y manejo de medicación de urgencias.
- Sedación y analgesia bajo protocolo.
- Anestesia tópica y local.
- Procedimientos y protocolo de limpieza, aseo y cuidados corporales y prevención de úlceras por decúbitos.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.

Del Área de Urgencias:

- Electrocardiograma
- Glucemia capilar.
- Fondo de ojo.
- Exploración con lámpara de hendidura.
- Otoscopia y Rinoscopia.
- Laringoscopia indirecta.
- Punción Lumbar.

Del Servicio de Radiología:

- Rx Simple de abdomen.
- Rx Tórax.
- Exploración ósteo-articular.
- Ecografía, TC y Eco doppler, según acuerdo con el Servicio de Radiología.

Del Servicio de Hematología:

- Hemograma:
- Coagulación: con TP, TPTA, INR, Fibrinógeno.
- Dímero D

Del Servicio de Laboratorio y Análisis Clínicos:

- Determinaciones en Sangre: Glucosa, Urea, Creatinina; Sodio, Potasio, Cloro, Calcio; Proteínas totales; Bilirrubina total y directa; CK y Mb; Troponina; Amilasa; Lipasa; Gasometría; Transaminasas; Fármacos: Teofilina, Litio, Digoxina, anticonvulsivantes, alcohol.
- Determinaciones en Orina: Examen en fresco de sedimento y elementales; Amilaturia; Test de gestación; Tóxicos en orina (benzodiacepinas y barbitúricos cocaína, cánnabis, opiáceos).
- Determinaciones en Líquidos Orgánicos: Líquido Ceforraquídeo Líquidos pleural, articular y ascítico.

Del Servicio de Microbiología:

- Recogida y procesamiento para Cultivo y Antibiograma de sangre, líquidos corporales, secreciones y cualquier catéter o material.
- Serología de neumococo y legionella en orina

3.1.5.5 Áreas Funcionales

1. ÁREA DE ADMISIÓN Y RECEPCIÓN.
2. ÁREA DE CLASIFICACIÓN O TRIAGE.
3. ÁREA DE CONSULTAS.
4. ÁREA DE BOXES.
5. ÁREA DE OBSERVACIÓN DE CAMAS.
6. ÁREA DE APOYO O SERVICIOS COMUNES.

3.1.5.5.1 ÁREA DE ADMISIÓN Y RECEPCIÓN

Su función es facilitar el acceso de los pacientes y familiares, cumplimentar la faceta administrativa, facilitar un lugar de espera para la familia y proporcionar la información necesaria.

Área de Admisión de Urgencias

Depende del Servicio de Admisión, aunque su relación funcional con Urgencias sea muy estrecha. Su función principal es el registro administrativo informatizado de todo usuario que solicite atención sanitaria. Por ello ha de:

- Recoger los datos de filiación del paciente.
- Abrir la Historia Clínica.
- Informar inicialmente a los familiares sobre cómo deben proceder.
- Gestionar el proceso del paciente en Urgencias: ingreso, traslado.
- Tramitar la documentación relacionada con situaciones judiciales: partes judiciales, etc.

3.1.5.5.2 ÁREA DE CLASIFICACIÓN O TRIAJE

Consulta de Clasificación o triaje

Una vez que el paciente o su familiar han pasado por Admisión, el paciente debe pasar a esta zona, donde tiene el primer contacto con personal sanitario de enfermería.

Las funciones de esta consulta son:

- **Priorizar** por nivel de gravedad, según protocolo específico y sistema de información (software) implantado siguiendo las indicaciones del Servicio Madrileño de la Salud.
- **Distribuir** por especialidad o/y número de la consulta, teniendo en cuenta los niveles de gravedad asignados a cada una de ellas.
- **Evaluar** el modo de traslado en la Urgencia: camilla, silla, o a pie.
- **Cumplimentar** la evaluación,
- **Consultar** con algún médico cualquier duda relacionada con la clasificación del paciente.
- **Vigilar** o estar atento a cambios en la evolución clínica del paciente durante su estancia en la Sala de Espera de Pacientes, advirtiéndole de las mismas al médico responsable cuando sea preciso y administrándole los cuidados prescritos por el facultativo responsable.
- **Colaborar con el Servicio de Admisión** de Urgencias en el suministro de información sanitaria que sea de su competencia a pacientes y familiares responsables.
- **Atender a las solicitudes de los pacientes** mientras permanecen en la Sala de Espera de Pacientes.

La función de triaje la realiza el personal de enfermería, apoyándose en un sistema estructurado e informatizado, del tipo del Manchester o el Sistema Español de Triage, como adaptación del Sistema Andorrano.

3.1.5.5.3 CONSULTAS RÁPIDAS

La actividad que se desarrollará en esta consulta será atender a los pacientes que, como criterio general, tengan una bajo nivel de gravedad y complejidad, sean de fácil manejo terapéutico y no precisen técnicas de enfermería. Los pacientes tipo, por tanto, serán pacientes:

No graves, sin afectación del estado general o compromiso de signos vitales; sin riesgo actual o potencial.

En los que se prevea resolución rápida con la sola consulta médica y sin necesidad de pruebas complementarias (o mínimas).

3.1.5.5.4 CUARTO DE PARADAS

Permite la atención inmediata y eficiente de las emergencias, incluida la Parada Cardiorrespiratoria (PCR), detectadas en el área de Urgencias. Sus indicaciones de uso son:

PCR actual o inminente.

Emergencias que precisen medidas de soporte vital avanzado (SVA) de forma no demorable o la continuación de medidas ya iniciadas por Equipo de Emergencias.

Pacientes politraumatizados, heridos graves y aquellos otros con lesiones que necesiten una valoración clínica con alta probabilidad de aplicación inmediata de tratamiento activo.

Su uso inicialmente, podrá ser indicado por el enfermero de triage o por cualquiera de los médicos de Urgencias. La atención en esta sala deberá estar protocolizada de manera que esté especificado qué médicos, enfermeras y auxiliares entran a la atención de la parada

3.1.5.5.5 ÁREA DE BOXES

Destinados a la atención de pacientes clasificados 2-3, o más banales pero que por motivo de edad, problemas físicos o traídos en camilla en la ambulancia necesitan ser evaluados en camilla de exploración de urgencias

3.1.5.5.6 ÁREA DE OBSERVACIÓN

Es una zona para la **vigilancia de pacientes o/y tratamiento** de procesos agudos en los que se prevé una resolución en un corto periodo de tiempo, que se recomienda, como máximo, sea de unas doce horas.

El Área de Observación tiene como objetivos:

Estabilización de pacientes agudos inestables o críticos, tras su paso por box o por el Cuarto de paradas.

Manejo de pacientes que requieren vigilancia médica y/o de enfermería periódicas y hospitalización.

3.1.5.5.7 SUBÁREA DE OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA

En el Área de Observación-Camas debe haber una zona específica para la observación de pacientes pediátricos, que será atendida por los Pediatras

3.1.5.5.8 ÁREA DE APOYO O SERVICIOS COMUNES

El Área de Apoyo o Servicios Comunes debe prestar dicho apoyo al personal y a los pacientes.

Deberá existir un número de controles en cada una de las distintas secciones usados indistintamente por enfermería y por médicos. El control de la sala de observación debe permitir idealmente tener a la vista todas las camas. Estos controles deben disponer de un número de terminales informáticos de manera que todo el personal pueda trabajar sin tener que sufrir esperas.

Igualmente debe existir al menos una sala de información donde entrevistar a las familias, dar noticias sobre la evolución de los enfermos, etc.

3.1.5.6 Circuito de los Pacientes

El paciente que no pasa directamente al Cuarto de paradas sigue el siguiente circuito.

Filiación en Admisión. Meramente administrativo, no se debe preguntar la razón de su visita al Servicio. Desde allí se pasa al paciente a la Sala de Espera de Pacientes y a los familiares se les envía a la sala de espera correspondiente. En este paso se les da a los familiares el código numérico que servirá para identificarles cuando se les necesite o para informarles.

En la Sala de Espera de Pacientes existen paciente pendientes de ser valorados por la enfermera de triage, y también pacientes pendientes de ser vistos en las Consultas externas. La enfermera de triage debe por tanto revisar cada cierto tiempo la situación clínica de estos últimos pacientes

Desde la Sala de Espera son por tanto llamados por la Enfermera de Triage. Esta enfermera, de acuerdo con los visto más arriba:

- valora la gravedad del paciente, de acuerdo al protocolo que se establezca.

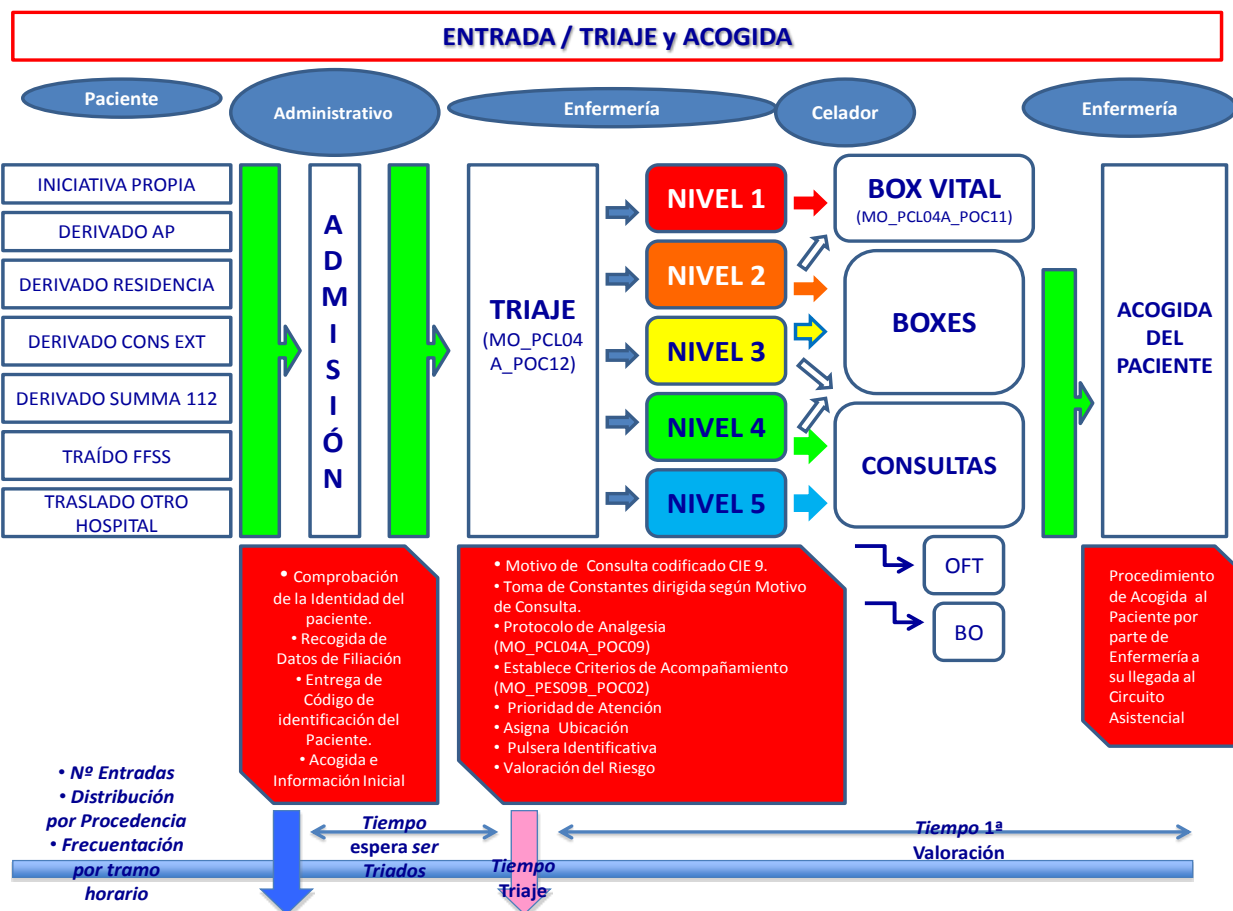
- le identifica con la pulsera.
- envía al paciente, de acuerdo con el primer punto y su necesidad o no de permanecer tumbado, a las consultas rápidas o a los boxes.
- además, decide si el paciente debe pasar a urgencia general o ginecología. En horario de mañana de lunes a viernes clasificará también a los pacientes que deben ser valorados por el oftalmólogo

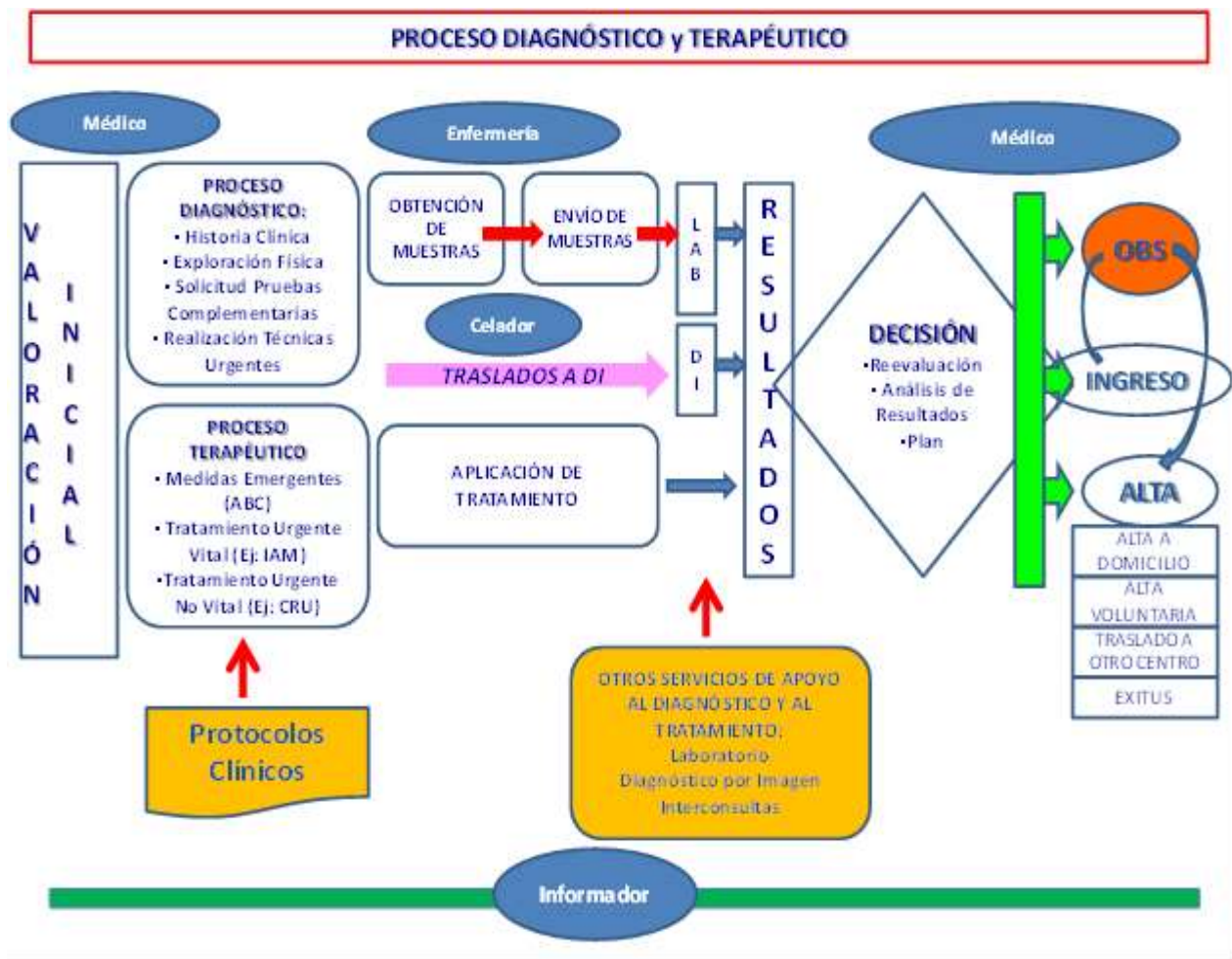
El paciente en consulta externa es recibido por la enfermera que toma las constantes. Tras ser visto por el médico, el paciente puede pasar a ser dado de alta a su domicilio con el informe correspondiente, o bien pasar a boxes o a la zona de sillones. Si a boxes, transfiere su atención al médico de boxes. Si a los sillones, completará la atención hasta el alta de la Urgencia.

El paciente en boxes es recibido por la enfermera, que toma las constantes y lo monitoriza. Tras la evaluación por el facultativo, el paciente puede ser:

- dado de alta
- pasado a planta/quirófano/sala de partos
- a camas de observación para seguimiento, tratamiento atento y prolongado, o a la espera de cama.

El paciente observación no debe permanecer en este área más de 24 horas. Habrá camas monitorizadas para control de pacientes.





3.1.5.7 Recursos Humanos

Los recursos humanos asignados a la Sección de Urgencias están constituidos por:

Personal Facultativo: Médicos de Plantilla y en un futuro, Médicos Internos Residentes.

Personal Sanitario No Facultativo: Diplomados Universitarios en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.

Personal No Sanitario: Administrativos, Celadores, Personal de Seguridad y Personal de Limpieza.

Estos recursos humanos constituyen un equipo de trabajo para la atención y cuidados de los pacientes y familiares que acuden a la Sección de Urgencias y están sujetos a la normativa interna y específica de la misma, bajo la dirección y coordinación del Jefe de Servicio, delegadas por el Responsable del Área Médica.

3.1.5.7.1 FACULTATIVOS

La distribución de la presencia de Facultativos y personal de enfermería se adaptará a los ciclos de demanda diaria, semanal y estacional, de modo que en todo momento esté garantizada una asistencia rápida y eficaz. Se deberá hacer más hincapié en los turnos diurnos, con especial atención a las horas punta de mañana y tarde, pudiendo reducir las presencias a partir del horario nocturno.

Las funciones de los distintos profesionales son:

Responsable Área Médica

Es la máxima autoridad funcional del Área Médica y el responsable máximo orgánico del personal facultativo adscrito a ellas. Realiza, entre otras, las siguientes funciones:

- Garantiza y vela por el cumplimiento de la normativa vigente.
- Es el interlocutor con la Dirección del hospital para la exposición de los problemas detectados en el Servicio así como de sus posibles soluciones.
- En definitiva, participa activamente en el perfeccionamiento continuo de la calidad favoreciendo el desarrollo de Comisiones, Grupos o Círculos de calidad.

Jefe de Servicio de Urgencias

Es el responsable directo del Servicio de Urgencias y del cumplimiento de sus objetivos, con dependencia directa del Responsable del Área Médica. Sus funciones básicas a desarrollar se concretan en:

- Realiza la memoria anual del Servicio, que incluye la actividad asistencial, docente e investigadora.
- Revisa y aprueba los protocolos de actuación diagnósticos y terapéuticos consensuados con los diferentes servicios implicados.
- Acuerda, con los diferentes servicios del hospital, citas preferentes en consultas externas para los pacientes urgentes.
- Dirige las distintas sesiones del Servicio.
- Realiza, junto a la Supervisión, el Plan de Necesidades anual del Servicio.
- Facilita el desarrollo de la docencia y la investigación en el servicio.
- Contesta las reclamaciones de los usuarios, los requerimientos judiciales y aquellas solicitudes de la Dirección del centro.
- Desarrolla un Sistema de Gestión de Calidad Total estableciendo los indicadores y estándares que permitan analizar el funcionamiento del Servicio.
- Gestionar la elaboración y el cumplimiento de las guías de práctica clínica de aplicación en Urgencias, en consenso con los Servicios hospitalarios implicados.
- Confeccionar las guardias de los médicos de plantilla.
- Participar, directamente o de forma delegada, en las comisiones del hospital relacionadas con Urgencias y Catástrofes.
- Durante su ausencia, un médico de plantilla designado por el Jefe de Servicio, asumirá las responsabilidades y funciones del mismo.
- En los periodos de atención continuada, asume sus funciones un médico de guardia designado previamente.

Responsable de Urgencias

Durante las jornadas de mañana o tarde de los días laborables, esta figura es asumida por la persona designada por el jefe de servicio. Durante el horario de atención continuada, sus funciones recaerán en un médico de plantilla previamente designado. Estas funciones son:

- Organizar y ejercer de enlace de la labor asistencial de todas las áreas funcionales de la Sección de Urgencias (Consultas, Boxes, Observación).
- Controlar las demoras y el reparto de recursos en las diferentes zonas de la urgencia.
- Prestar asistencia a los pacientes que tenga asignados.
- Ejercer de consultor clínico de toda la Sección de Urgencias.
- Ostentar la responsabilidad diaria del cumplimiento de los objetivos asistenciales y docentes fijados.

Médicos Adjuntos del Servicio de Urgencias

Corresponde a los facultativos de la Sección de Urgencias la realización de las siguientes actividades:

- Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan a la Sección de Urgencias con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto del sistema en la atención sanitaria.
- Decidir la derivación a otro hospital o dispositivo cuando la situación del paciente así lo aconseje.
- Decidir sobre el ingreso de los pacientes en el hospital cuando la situación clínica lo aconseje, de acuerdo con el procedimiento establecido en cada centro.
- Dar de alta a los pacientes desde el Servicio, una vez atendidos y emitido el informe clínico correspondiente.
- Informar al paciente y, en su caso, a sus familiares, de su proceso clínico, exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.
- Decidir y organizar, en condiciones idóneas, el traslado de pacientes que lo precisen de un hospital a otro con mayor cartera de servicios o cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.
- Hacer los informes establecidos por la normativa legal vigente, en los casos que corresponda.
- Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.
- Gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor calidad y eficiencia.
- Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.
- Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad.
- Participar en la cooperación y coordinación con resto de los elementos del Sistema Integral de Urgencias y Emergencias.
- Ejecutar todas aquellas actividades encaminadas a la mejor atención de los pacientes que presenten patologías críticas y urgentes en las diferentes áreas.

3.1.5.7.2 PERSONAL DE ENFERMERÍA

El personal de Enfermería está constituido por profesionales Diplomados Universitarios en Enfermería (DE) y Auxiliares de Enfermería (AE). Son funciones comunes para todos ellos las siguientes:

- Asumir la rotación y distribución en las distintas áreas de trabajo que conforman la Sección de Urgencias en función de lo indicado por los Coordinadores y/o el Supervisor, en función de las cargas de trabajo, personal de retén (festivos, I.T., vacaciones, etc.) y falta de cobertura.
- Colaborar en el mantenimiento del orden, limpieza y asepsia del Área de Urgencias.
- Cumplir y hacer cumplir en todo momento las normas establecidas en la Unidad de Urgencias.
- Colaborar con el Jefe de Servicio y el Supervisor de Enfermería en la elaboración de planes de cuidados, normas, guías y protocolos.
- Colaborar, dentro de su marco de competencias, en los planes de Docencia, Formación Continuada, Investigación, Garantía de Calidad y Evaluación de Resultados de la Unidad de Urgencias.

Diplomados Universitarios en Enfermería

Los Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) realizan actividades diferenciadas en el Área de Consultas y en el Área de Observación.

Actividades de los DUE en el **Área de Consultas**

- El relevo en cada turno se toma de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- La Sala de Emergencias se revisa y repone al comienzo de cada turno y siempre que sea utilizada, quedando en todo momento en perfecto estado de uso y limpieza.
- El DUE responsable de la Consulta de Clasificación, recibe al paciente que acude a Urgencias y cumplimenta la historia clínica, que le es facilitada por el puesto administrativo de Admisión, con los datos del paciente ya impresos.
- Se anota el motivo por el que consulta el paciente (datos subjetivos) y los datos objetivos que se indican en la hoja de historia (TA, frecuencia cardiaca, etc.). En función de la gravedad, se realiza la clasificación y se asigna al paciente a la consulta que proceda. Se asegura que el paciente y/o familiar han recibido la hoja de Información que se ha entregado en Admisión y se informa acerca del tiempo previsible de estancia en el Área de Urgencias.
- En las consultas se realiza ECG, extracciones y toma de constantes (tensión arterial, temperatura, etc.), en caso de que no se hubiese realizado en la consulta de Clasificación. Asimismo, se deben administrar los tratamientos prescritos por el médico tanto por vía oral como intramuscular o intravenosa.

Actividades de los DUE en el **Área de Observación**

- El relevo en cada turno se toma de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- Se debe recibir al paciente procedente del Área de Consultas, comunicando al médico responsable la llegada del enfermo. La ubicación del paciente se realizará en función de la gravedad y necesidad de cuidados debiéndose siempre consensuar con el médico que en ese momento sea responsable del Área de Observación.
- Se toman y anotan, como mínimo, las constantes vitales (TA, temperatura y pulso arterial) al ingreso del paciente y una vez por turno, salvo que el facultativo indique otra cosa. En casos especiales, derivados de la situación del paciente, la toma de constantes y el tipo de éstas se realiza según calendario indicado por el médico en la hoja de prescripciones (monitorización, PVC, TA cada 2 horas, p.ej. diuresis horaria, etc.).
- Se canaliza vía periférica o central, según las necesidades del paciente y la indicación del médico, si bien esto no será obligatorio en todos los pacientes que ingresen en Observación.
- Se realiza la extracción de muestras de sangre y orina para estudios complementarios, en caso de que éstos hayan sido solicitados.
- Se administran los tratamientos indicados en la hoja de prescripciones de la historia de Observación, en la que el médico debe haberse identificado e indicado la fecha.
- Todas estas actividades se anotan en la hoja de gráficos de la historia clínica de Observación, anotándose igualmente las incidencias en caso de éstas se produjeran.
- Se realizará la petición de las dietas, sólo si éstas han sido prescritas por el médico, al Servicio de Dietética y Nutrición, en el marco de los horarios establecidos por dicho Servicio.
- Se administra y controla los estupefacientes y psicotrópicos, cumplimentando los impresos para tal fin, exigiendo al médico la firma de los vales de estupefacientes.
- Se colabora en la higiene de los pacientes que no puedan movilizarse por sí mismos.

- El carro de parada debe revisar siempre al comienzo de la jornada laboral y cada vez que se utilice. Esta función compete al DUE responsable de la Unidad donde se ubica el carro (Cuarto de paradas). Se comprueba igualmente el buen funcionamiento de los aparatos (monitores, desfibrilador, respiradores, etc.), comunicando el deterioro, avería, pérdida o préstamos a otros Servicios a los DUE responsables (coordinadores y supervisor).

La distribución de los DUE adscritos al Área de Observación se realiza de forma lógica y proporcionada, dependiendo de la presión asistencial.

3.1.5.7.3 AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Los Auxiliares de Enfermería (AE) realizarán actividades diferenciadas en el Área de Consultas y en el Área de Observación.

Actividades de los AE en el **Área de Consultas**

- Se toma el relevo en cada turno de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- En las extracciones, identifica las muestras para estudios complementarios, remitiéndolas a los distintos laboratorios, a través de la terminal de tubo neumático (si lo hubiere) o se las entrega al celador para sus traslados al Laboratorio. Al igual que en la Consulta de Clasificación, repone el material fungible y de papelería al finalizar el turno y cada vez que sea preciso.
- En consultas, atiende las necesidades de los pacientes durante la exploración, repone el material fungible y de papelería cada vez que sea preciso, cursa las peticiones de estudios complementarios.
- Realizan labores de limpieza del vertedero, sala de RCP, carro de curas, instrumental de consultas, cuñas, botellas, etc., siempre que éstos sean utilizados. Avisan al Servicio de limpieza cuando sea necesario, encargándose de arreglar y cambiar las sábanas de las camillas de reconocimiento, cuando sea necesario. Las bolsas de ropa sucia las depositan en la sala que se dispone para ello, cerrándola posteriormente con llave. En caso de necesidad, realizan la higiene completa de los pacientes que lo requiera.

Actividades de los AE en el **Área de Observación**

- El relevo en cada turno se tomará de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.
- La distribución para las distintas zonas de Observación se hace de forma rotatoria, lógica y proporcionada, en función de la presión asistencial y del personal disponible. Cada AE será responsable de los enfermos de su unidad.
- Al ingreso del paciente se le facilita el pijama o camisón (salvo en AOS) y se le ayuda, si es preciso, a desvestirse. La ropa se guarda en una bolsa perfectamente identificada con una etiqueta en la que conste el nombre del paciente, la Unidad y el número de cama. Los objetos personales (cartera, reloj, gafas, etc.), se recogerán igualmente, entregándose al familiar, que deberá firmar el recibo en el que se hace constar los objetos entregados. Dicho recibo se guarda.
- Se anotan en la hoja de registro de enfermería todas las incidencias que se produzcan (diuresis, deposiciones, vómitos, etc.).
- Se preparan los sistemas de oxigenoterapia y/o aspiración si se precisa, comprobando su correcto funcionamiento.
- Se revisan las mesillas de cada paciente, constatando que no queda ningún objeto personal no entregado a la familia y reponiendo, si es preciso, el material que debe estar presente en ellas, como bolsas pequeñas, celulosa, electrodos, alargadera de O2 y Ventimask.

- Se reparten las comidas y se asiste al paciente siempre que sea necesario (ayudar en la comida, movilizarlo, aseo personal, etc.).
- Se presta ayuda a los DUE en la realización de las técnicas (sondaje vesical, sondaje nasogástrico, lavado gástrico, punciones, canalización de vías, etc.).
- Se fregan botellas, cuñas, laringoscopios, etc. siempre que sean utilizados. De igual manera, se limpia el instrumental (pinzas, tijeras, portas, etc.) utilizado, introduciéndose en los sobres para esterilizar y entregándose a la AE responsable de almacenes para remitirlo al Servicio de Esterilización, durante el turno de mañana. Durante los turnos de tarde y noche el instrumental se dejará listo en el vertedero para enviar a Esterilización a la mañana siguiente.
- Cuando el paciente abandone la Unidad (alta al domicilio, traslado a planta o a otro hospital, etc.), debe ir en perfecto estado de limpieza, asegurándose de que no queda ningún objeto personal de éste en su mesilla. La cama que queda libre, debe quedar dispuesta para el próximo paciente que vaya a hacer uso de ella y la mesilla repuesta del material necesario.

3.1.5.7.4 PERSONAL CELADOR

Las actividades de los Celadores de la Sección de Urgencias son las que siguen:

- Tramitan, sin demora, el traslado de los documentos, historias, material de pruebas diagnósticas o aparatajes que le sean encomendados, asegurándose de la adecuada recepción de los mismos por el personal competente.
- Trasladan a los pacientes a las dependencias que les sean indicadas por el personal facultativo o de enfermería, asegurándose de las condiciones correctas para su traslado y devolviendo a la Sección de Urgencias los medios empleados para el traslado.
- Realizan, sin demora, el traslado de muestras biológicas y peticiones de exploraciones, efectuando la recogida de resultados, cuando así sea requerido.
- Cuidan, al igual que el resto del personal, que los pacientes y familiares no hagan uso indebido de los materiales, enseres e instalaciones de la Sección de Urgencias.
- Asumen las indicaciones del Jefe de Sección y del Supervisor de Enfermería.
- Realizan todas las funciones delegadas por sus superiores, siempre que no contravengan las normas establecidas en el ordenamiento vigente.
- Se aseguran, al comienzo del turno de trabajo, de que los medios de transporte de pacientes estén en condiciones adecuadas de uso. Las anomalías que se detecten se comunicarán de inmediato al Encargado de Turno para su reparación.
- Prestan apoyo a otras áreas de la Sección de Urgencias distintas a las que estén adscritos funcionalmente (Consultas u Observación), cuando las necesidades del Servicio lo requieran.
- Cuidan de que no permanezcan en el área de Urgencias las personas que no estén autorizadas, y que los pacientes y familiares permanezcan en las zonas habilitadas para ellos.

3.1.5.7.5 PERSONAL DE SEGURIDAD

Las actividades del Personal de Seguridad en la Sección de Urgencias son las que siguen:

- Velar por la seguridad de las personas (pacientes, familiares y personal de Urgencias) y sus bienes personales, así como los del área de Urgencias.
- Colaboran con los Celadores en el control de acceso a la Sección de Urgencias, manteniendo a pacientes y familiares en los lugares habilitados para ellos, cuidando además que no permanezcan en dicho área aquellas personas que no estén autorizadas.

- Acuden con rapidez, dentro del área de Urgencias, a la zona donde sean requeridos para mantener el orden y la seguridad, según la normativa establecida, y solicitando la ayuda de las fuerzas de orden público y seguridad, cuando las circunstancias así lo demanden.
- De cuantos incidentes ocurran en la Sección de Urgencias, se elabora un informe conciso, pero detallado, de los hechos, con copias para ser entregadas al Jefe de la Sección de Urgencias y a la Subdirección Médica del hospital.

3.1.5.8 Calidad Asistencial

El concepto de calidad está ligado al mundo sanitario desde muy antiguo. Si bien resulta difícil de definir, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, lo hace como "la medida en que los servicios sanitarios, tanto los enfocados a los individuos como a los colectivos, mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento profesional".

Una asistencia de calidad es aquella que se proporciona:

- Con una práctica clínica basada en pruebas, conforme a los conocimientos científicos actuales.
- Con el menor riesgo para los pacientes y los familiares.
- Con la mayor eficiencia
- Con la **mayor satisfacción para usuarios** y el personal sanitario.
- Con el mayor respeto medioambiental.

Calidad y eficiencia están íntimamente unidas, de forma que no puede haber calidad asistencial en su más amplio sentido si la asistencia no es eficiente.

De hecho, la actividad asistencial se halla sometida a una evaluación y crítica continua, tanto por parte de los medios de comunicación, como por los usuarios y por los profesionales que continúan la atención de los pacientes urgentes. Estos hechos, lejos de representar una dificultad, deben tomarse como una gran oportunidad para la puesta en marcha de programas de evaluación y mejora continua de la calidad asistencial de estas unidades.

Para ello, es preciso poner en marcha **actuaciones** en dos sentidos:

Conocer, registrar y medir lo que se hace. Es lo que podría denominarse genuinamente "control de calidad", esto es, conocer la actividad que desarrolla el servicio y cuantificarla.

Comparar, evaluar y corregir. Los datos, ordenados, se contrastan con los históricos propios o con los de otros hospitales de igual nivel para, si se verifican carencias o insuficiencias, instaurar medidas correctoras. Este conjunto de intervenciones dirigidas a la mejora de aspectos concretos, constituye la "política de calidad" del servicio.

Para **medir la calidad** se recurre a tres tipos de instrumentos: Criterios, Estándares e Indicadores.

El **Criterio es una especificación relevante que debe cumplir un determinado aspecto de la atención** (aquel elemento que permite elaborar un juicio beneficioso acerca de la asistencia); por ejemplo, el número de enfermeras por cama, el tiempo llegada del paciente a urgencias-primer EKG, tiempo de primera asistencia sanitaria, etc.

El **Estándar es el grado de cumplimiento exigible a un criterio**; es, por tanto, un requisito que se considera esencial para ofrecer una buena asistencia, la línea que discrimina entre la calidad aceptable y la inadmisibles. Por ejemplo, el 100% de los pacientes ingresados deben tener una historia clínica, todo enfermo con dolor torácico debe tener un EKG en menos de cinco minutos de su ingreso etc.

El Indicador es una herramienta para la monitorización y sirve para identificar áreas específicas que deben ser sometidas a evaluación. No es una medida directa de la calidad, sino más bien una visualización o señal que identifica o llama la atención sobre los puntos de la actuación específica dentro de una organización sanitaria que deberían ser objeto de una revisión más intensa.

Cada vez hay más conciencia de que la calidad de la asistencia prestada al paciente no depende sólo de la actuación de los profesionales, sino también de los esfuerzos de colaboración y otros sistemas integrados que deben funcionar en su totalidad para lograr los objetivos.

El uso de indicadores capacita a los profesionales y organizaciones para controlar y valorar lo que ocurre a los pacientes como consecuencia del funcionamiento de los profesionales, de otro personal y/o sistemas organizativos para satisfacer las necesidades del paciente.

Los indicadores son en general de dos tipos:

Indicadores de Registro de Sucesos "Centinelas". Este tipo de indicador mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable. Su frecuencia en el tiempo suele ser muy baja; sin embargo, tiene la gravedad suficiente para el paciente, su familia, los sanitarios implicados y para la organización sanitaria donde se ha prestado la asistencia como para que deba realizarse una investigación completa en cada uno de los casos. Un indicador centinela puede ser, por ejemplo, la Parada Cardiorrespiratoria acaecida en la sala de espera de Urgencias.

Indicadores de Índice. Este tipo de indicador mide un suceso de la asistencia que requerirá posterior valoración sólo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa dentro de una institución a lo largo del tiempo, excede umbrales predeterminados o evidencia diferencias significativas cuando se compara a instituciones similares. Un indicador basado en índices suele medir un suceso asistencial para el cual se admite un cierto índice de incidencia.

También los indicadores pueden diferenciarse **según el tipo de sucesos** que miden:

Indicador de resultados: mide lo que ocurre (o no ocurre) al paciente después de haberle hecho (o no haberle hecho) algo. Por ejemplo, pacientes que no se recuperan de una anestesia general dentro de la hora siguiente al término de ésta.

Indicador de proceso: mide una actividad asistencial realizada a un paciente. Los indicadores de proceso normalmente pretenden pasos concretos en el proceso de asistencia al paciente que se consideran importantes. Los mejores indicadores de proceso se orientan a procesos de la asistencia que están estrechamente vinculados a los resultados del paciente, lo que significa que hay una base científica para creer que la asistencia prestada llevará a un resultado específico.

Cada indicador, antes de ser implantado, debe tener bien definido los siguientes aspectos:

- **Dimensión:** Aspecto relevante que se valora.
- **Justificación:** Utilidad del indicador como medida de calidad. Se relaciona con la validez (¿tiene sentido lo que se mide?).
- **Fórmula:** Expresión matemática.
- **Explicación de términos:** Definición de términos del indicador que puedan ser ambiguos.
- **Población:** Definición clara de la unidad de estudio.
- **Tipo:** Estructura, proceso o resultado.
- **Fuente de datos:** Origen y secuencia de obtención de datos.
- **Estándar:** Nivel deseable de cumplimiento del criterio.
- **Comentarios:** Reflexión sobre la validez del indicador. Identificar posibles factores de confusión. Fuentes de referencia.

Para la implantación de indicadores, como herramientas para medir la calidad de un servicio, lo primero es definir estos indicadores. Existe una gran cantidad de indicadores definidos actualmente. Sin embargo, la implantación de estos indicadores requiere de una sistemática cuyas

bases fundamentales son la implicación de la mayor parte posible de los integrantes del servicio, la información y comunicación, la delegación de responsabilidades, la implantación progresiva de los indicadores que se vayan definiendo y el uso inmediato de los datos y resultados que se vayan obteniendo.

Están definidos los indicadores básicos que deben ser los primeros en implantarse en la Sección de Urgencias, que se relacionan a continuación.

TIEMPO DE CLASIFICACIÓN

Estándar: La diferencia en tiempo no debe ser mayor de 5 minutos, para evitar que enfermos potencialmente graves estén esperando fuera del dispositivo asistencial.

TIEMPO DE PRIMERA RESPUESTA FACULTATIVA

Estándar: La espera máxima para la consulta inicial está en función de la clasificación que se haya efectuado según el nivel de gravedad del paciente. Habrá que definirlo en función del modelo de clasificación que se coja

TIEMPO DE RESOLUCIÓN EN EL ÁREA DE CONSULTAS

Estándar: Se deben ordenar las actuaciones para que en ningún caso se sobrepasen las 8 horas de resolución en el área de consultas.

TIEMPO EN ÁREA DE OBSERVACIÓN

Estándar: El tiempo de estancia en esta sala no debe sobrepasar las 12-24 horas

PORCENTAJE DE INGRESOS URGENTES

Estándar: Se considera que el número total de ingresos urgentes no debería superar el 10-15% del total de pacientes asistidos en una unidad de urgencias hospitalarias, contabilizando también los ingresos remitidos a otros hospitales.

PRESIÓN DE URGENCIAS

Estándar: Se considera que no debe superar el 55%, para procurar una disponibilidad adecuada en cuanto a la actividad programada del hospital.

PORCENTAJE DE REINGRESOS A LAS 72 HORAS

Estándar: Se considera que no debería sobrepasar el 5% de pacientes.

EVENTOS GRAVES EN SALA DE ESPERA

Estándar: Se considera que no deberían producirse estos eventos en una proporción mayor a 1 cada 10.000 pacientes asistidos en urgencias.

Junto a estos indicadores, existen otros con sus correspondientes estándares, que se definen en los mapas de procesos asistenciales y que se tendrán que ir implantando en Urgencias, a medida que se vayan desarrollando los diferentes procesos asistenciales. Así, por ejemplo, el tiempo de demora en la realización del primer EKG en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA),

administración de AAS en el SCA, tiempo puerta-aguja en el IAM, valoración del peak-flow en asmáticos, demora en el inicio del tratamiento antibiótico, radiología cervical en traumatismos cervicales, demora en la realización de eco abdominal.

3.1.6 CONSULTAS EXTERNAS Y GABINETES

3.1.6.1 Concepto Básico de la Unidad. Procedencia de los Pacientes

La Unidad de Consultas Externas de un hospital es el **principal punto de contacto del hospital** con la **población** de su área de influencia.

Hoy en día nos encontramos en un entorno marcado por la creciente ambulatorización de procesos, lo que hace que las consultas externas (CCEE) estén cobrando una relevancia cada vez mayor.

El funcionamiento de las consultas externas no sería completo sin la existencia de una larga serie de técnicas de apoyo al diagnóstico o de procedimientos médicos y de enfermería, que requieren disponer de **gabinetes especiales**, manejados directamente por los Facultativos o por personal de enfermería. La tendencia hacia la **Alta Resolución** va fomentando que estas técnicas se hagan de forma inmediata y sin desplazamientos a otras áreas, sin necesidad de cita distinta de la de la consulta, pero también se prevé la necesidad de manejar agendas propias.

Una Consulta es **todo acto médico realizado de forma ambulatoria**, en un local de consultas externas, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y exploración física.

Existen diferentes tipos de consultas, en función de diferentes criterios de clasificación:

Primera consulta, es la efectuada a un paciente por primera vez en una unidad asistencial concreta y por un proceso concreto.

Se consideran primeras consultas, todas las solicitadas por iniciativa del médico de Atención Primaria (AP) en una unidad de especialización concreta para pacientes no atendidos con antelación en esa unidad y para los que habiéndolo sido, ya fueron dados de alta por el médico especialista, acreditado mediante informe de alta.

También **las interconsultas** con otra especialidad como elemento de progresión diagnóstica en el estudio de un paciente.

Consulta sucesiva es toda aquella que deriva de una primera consulta o consulta sucesiva previa o se genera como seguimiento de un proceso de hospitalización, relacionada con una prestación específica o una misma especialidad, hasta el alta definitiva o su remisión a AP.

Consulta de alta resolución, es una consulta, primera, en la que en un mismo día se realizan al paciente las exploraciones complementarias solicitadas y en consecuencia, éste recibe diagnóstico y orientación terapéutica (y alta si procede). El circuito ha de ser autorizado por el SERMAS para que tenga esta consideración.

En cuanto a la prioridad, se clasifican en:

Consulta preferente, se considera que una consulta (primera o sucesiva) es preferente cuando el proceso y/o situación clínica del paciente, respondiendo, con carácter general a criterios consensuados y protocolizados de prioridad clínica, exige un tiempo de espera inferior al existente en esa especialidad para la obtención de una cita en un momento dado.

El criterio de preferencia se basará exclusivamente en motivos clínicos, y no en la procedencia del paciente

Consulta ordinaria, es la consulta cuya cita se puede mantener dentro del plazo de demora existente.

El Hospital tendrá explícitamente definidas las prestaciones disponibles en CCEE, especificando claramente la forma de acceso a las mismas: libre, protocolizada o restringida, para Atención

Primaria (AP) y/o Atención Especializada (AE). Esta cartera deberá ser conocida por todas las instancias implicadas y actualizada periódicamente. En todo momento estarán accesibles a AP todas las Especialidades y pruebas determinadas en el Catálogo del SERMAS, ampliado por el Hospital, de forma consensuada y en el seno de Protocolos conjuntos. Además el hospital se adaptará a todas los requerimientos que se definan en el marco de la **libre elección**.

La solicitud de una consulta externa es una decisión clínica exclusiva del médico, bien de AP o Atención Especializada (AE). El médico solicitará una consulta con el especialista en el momento que haya agotado la vía diagnóstica y terapéutica que está a su alcance.

La **agenda** es la estructura organizativa de la actividad asistencial en consultas, sobre la que se produce la cita de un paciente. Está definida por una carga de actividad y rango horario determinados.

Procedencia de los pacientes

Los pacientes que acuden a las CCEE del hospital pueden proceder de diferentes ámbitos,

Atención Primaria: el acceso inicial a las consultas externas de AE será preferentemente desde Atención Primaria. La Plataforma de Cita **Centralizada** creada con motivo de la **Libre Elección** (Centro de Atención Personalizada) adoptará un papel preponderante en el flujo y citación de los pacientes derivados desde cualquier Centro de Salud.

Atención Especializada: en AE podrán derivarse pacientes desde el propio hospital, (Servicio de Urgencias, Unidades de Hospitalización para revisión y seguimiento, etc), los CEP o desde otros hospitales.

3.1.6.2 Descripción y Gestión del Proceso

ESTAMENTOS IMPLICADOS EN LA GESTIÓN DE LAS CCEE: RESPONSABILIDADES DE CADA UNO.

Equipo Directivo del Hospital

- Responsable a nivel del Centro de la adecuada gestión de la actividad en consultas externa y por tanto, entre otras actuaciones de: aprobar la planificación de agendas, garantizar el cumplimiento de la previsión de actividad y coordinar la gestión operativa del proceso de obtención y tramitación de citas.
- Responsable del establecimiento y cumplimiento de la cartera de servicios en CCEE.
- Responsable de la coordinación con AP.
- Garantiza la fiabilidad y normalización de los flujos de información sobre CCEE tanto internos como externos.
- Establece y evalúa conjuntamente con el equipo directivo AP el flujo de información entre niveles, que incluirá entre otros aspectos los Informes Clínicos y la hoja de interconsulta (PIC)
- Garantiza que las derivaciones de pacientes a Servicios de Referencia respondan a las pautas derivadas de la Libre Elección.

Servicios Clínicos

- Responsables de la planificación y estabilidad de las agendas de consultas externas, pudiendo distribuir la actividad entre agendas de carácter general dentro de la especialidad, y monográficas para ámbitos de patología más concretas
- Gestionan operativamente la demanda de las consultas sucesivas.
- Protocolizan los criterios clínicos de derivación entre niveles y de utilización de recursos tecnológicos de forma conjunta con los Facultativos de AP.

- Responsables de la elaboración de los informes clínicos de seguimiento y alta de los pacientes atendidos en CCEE, y entre ellos de la hoja de interconsulta.

Servicio de Admisión

Habilita la estructura de la agenda y mantiene la disposición de las mismas.

- **Responsable del registro centralizado de los pacientes** en CCEE, y por ello entre otras actividades de: la gestión operativa de los movimientos en el registro, el cumplimiento de las normas para la inclusión de pacientes en el registro y gestión de la cita, así como la captura de la actividad

Publicación de agendas para Multicita, incluyendo nueva información: Catálogo Normalizado de Servicios y Prestaciones, Visibilidad de agendas (AP, AE, Libre Elección), Tipos de agenda (general, monográfica), agendas por profesional.

- Proporciona **información sobre la evolución de la demanda** y gestión de las citas para la planificación, gestión y toma de decisiones. Es responsable del adecuado volcado de la información en el SICYT
- **Suministran las citas de consultas primeras para las interconsultas**, así como las citas de consultas sucesivas, en el caso excepcional de que estas no sean proporcionadas en la propia consulta.
- En aquellas agendas gestionadas por Atención Primaria o por el Centro de Atención Centralizada, para el sistema de Citación Intercentros, habilita el acceso de este nivel asistencial a la correspondiente sección de la agenda (aquellas citas asignadas a AP).
- **Gestiona la derivación de pacientes** a los Servicios de Referencia, según su elección.
- **Interactúa constantemente** con la Dirección del Hospital y con los Servicios, a fin de detectar y corregir las desviaciones sobre los plazos de demora en las citas, mediante la gestión de las agendas
- Este servicio es, con carácter general, la referencia de los pacientes para todos los aspectos administrativos de acceso a CCEE.

Equipo Directivo de Atención Primaria

La Atención Primaria tiene una gran relevancia en la génesis y gestión de la demanda de CCEE, y por tanto se definen, someramente, las responsabilidades de este nivel asistencial con relación a las CCEE del hospital.

- **Responsable de la coordinación** con AE, garantizando la fiabilidad y normalización de los flujos de información sobre CCEE tanto internos como externos
- Responsable del cumplimiento de los plazos y procedimientos de notificación a AE de los pacientes citados en las agendas gestionadas por AP.
- Establece y evalúa conjuntamente con el equipo directivo AE el flujo de información entre niveles, que incluirá entre otros aspectos los Informes Clínicos entre AE y AP, y favorece la continuidad asistencial
- Garantiza el cumplimiento del pacto de consumo del Área desde el punto de vista de la demanda.
- Asigna la oferta de consultas especializadas a las diferentes Unidades Clínico-Asistenciales de AP, en función del pacto Oferta Demanda.
- En las agendas gestionadas por AP es responsable de la evaluación y corrección de las asimetrías de demora entre centros.

Equipos de Atención Primaria

- Son los responsables de realizar una correcta indicación de consulta especializada, en el contexto de los volúmenes de derivación previamente pactados con sus Equipos directivos

con el fin de contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales de demora. Igualmente en relación con la derivación a los Servicios Centrales diagnósticos, donde derivan según el catálogo del SERMAS

- Priorizan los pacientes con criterios clínicos estandarizados, de manera que la demora sea la menor posible y adecuada a su situación clínica.
- Responsables de la cumplimentación completa de la hoja de interconsulta, a través de OMI-AP ó AP Madrid.
- Adoptan las medidas necesarias para que los resultados de los estudios complementarios, por ellos solicitados, estén disponibles por el especialista en el momento de realizar la consulta.

SERVICIO DE ADMISIÓN. PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN DE AGENDAS

Se entiende por agenda la actividad planificada de consultas y/o técnicas para un facultativo o servicio en un rango horario concreto en una sala de consulta o exploración determinada.

La identificación de cada agenda se compone de:

- Código de identificación
- Servicio responsable
- Centro
- Sala
- Horario: Rango horario y días de semana
- Médico/s
- Prestación/es

Las agendas serán definidas por cada servicio y validadas por la Dirección del Centro.

El número de agendas a habilitar en el Centro responde a las características del mismo, según la Cartera de Servicios, definiéndose por especialidad y/o facultativo y/o tipo de patología.

Todas las agendas están gestionadas en soporte informático.

Planificación de agendas

Se promoverá la estabilidad de las agendas por lo que, en la medida de lo posible, la actividad de CCEE tenderá a mantenerse en la misma medida que las restantes actividades asistenciales.

La planificación de las agendas tendrá como meta evitar las reprogramaciones y que no haya pacientes en espera de cita por estar la agenda cerrada. Por ello las modificaciones de la planificación de agendas tenderán a ajustarse a los criterios y plazos determinados por la dirección del hospital y las instrucciones emanadas del SERMAS

La finalidad última de la estabilidad de la agenda es promover una asistencia accesible, ágil y de calidad al paciente, consecuencia de una implicación de los profesionales en la gestión de CCEE.

Las alteraciones en la programación de la actividad de consultas no notificadas en los plazos establecidos deberán ser asumidas desde el punto de vista operativo por la propia Unidad Asistencial, correspondiendo al responsable de la misma la adopción de las medidas necesarias para mantener la programación

Gestión de la agenda

La gestión operativa de las agendas conlleva en ocasiones la realización de actualizaciones en tiempo real. Estas actualizaciones son necesarias para hacer frente a variaciones puntuales de la demanda, reajustes de la actividad entre áreas asistenciales y en general, adaptaciones a situaciones no previstas en la planificación habitual.

Los mecanismos de gestión son:

- **Bloqueo**, es la inhabilitación transitoria de una agenda
- **Sobrecarga de agendas**, es la atención a pacientes por encima de la actividad previamente definida. Se valorará ante situaciones de aumento puntual de la demanda y compensaciones de bloqueos transitorios.
- **Adecuación de la oferta / demanda A. Primaria –A. Especializada.** Supone una gestión dinámica de las agendas; ampliarlas o disminuirlas a lo largo del tiempo en función de las necesidades y de los indicadores de gestión de demoras máximas.

La aplicación de los mecanismos de gestión enumerados puede, en ocasiones, conllevar la anulación y /o reprogramación de una cita

Con carácter general las desprogramaciones de las citas, propuestas por los Servicios, deberán ser autorizadas por la Dirección Médica al menos con 30 días de antelación.

A todos los pacientes cuya cita ha sido desprogramada por motivos ajenos al paciente se les suministrará una nueva cita en un rango no superior a 5 días.

Corresponde al Servicio de Admisión y Documentación Clínica efectuar la desprogramación y reasignación de las citas.

PROCEDIMIENTO DE CITA

1. Asignación de cita

Los procedimientos de citación deben orientarse a favorecer la accesibilidad del paciente por lo que se tenderá a suministrar la cita directamente al paciente en el momento de producirse la petición para ser visto en consulta;

- La gestión será directa, por parte de AP o del Punto de Atención Directa de la Libre Elección, de las primeras consultas para las diferentes especialidades abiertas a AP,
- Las citas para consulta sucesiva podrán suministrarse en la propia consulta en el momento en que se indiquen por parte del especialista. Además podrán tramitarse a través de las unidades administrativas de Admisión.

2. Fecha

Se ofertará al paciente el primer hueco libre priorizando la demora sobre otras circunstancias. La demora máxima para primeras consultas será de 15 días

Circunstancias especiales de la solicitud de la fecha de cita

- **Aplazamiento voluntario:** el paciente mismo rechaza la primera fecha de cita posible solicitando una fecha posterior. Tales casos se registrarán en el sistema de información como "Aplazamiento por motivos del paciente". Puede estar motivado también por ejercicio de la Libre Elección.
- **Cita a fecha fija por criterio médico:** se registrará en el sistema de información como "Cita a fecha fija por criterio médico".

3. Hora

A todos los pacientes se les suministra cita horaria personalizada, con el fin de evitarles esperas innecesarias y a su vez maximizar la eficiencia de las consultas. El objetivo del Hospital será atender las consultas con un máximo de 15 minutos de retraso sobre la hora de cita o de llegada del paciente

4. Coordinación de citas con pruebas complementarias

La gestión de la cita en consulta de manera aislada, produce, en gran número de ocasiones, molestias innecesarias a los pacientes, si no se hace con la coordinación con la cita de pruebas complementarias.

Por ello:

- Cuando los pacientes sean derivados desde AP, en este nivel asistencial se adoptarán las medidas necesarias para que aporten los resultados de las exploraciones complementarias que ya les han sido realizadas.
- En AE se establecerán los mecanismos necesarios para que en las consultas sucesivas las pruebas complementarias solicitadas se encuentren disponibles en el momento de la consulta.

5. Confirmación de citas

Se tenderá a disminuir el volumen de citas fallidas o vacantes por incomparecencia de pacientes. Por ello:

- En el momento de suministrar la cita, se solicitará al paciente que comunique posibles inasistencias a citas previamente concertadas, para que estas puedan ser utilizadas por otros pacientes.
- Existe un sistema de confirmación de cita a través de envío de SMS u otro tipo de mensajes

6. Acreditación documental de la cita para el paciente

En el momento de suministrarle la cita, se proporcionará al paciente la información sobre la misma, se le entregará un documento informativo normalizado y se le resolverán las dudas que plantee.

INFORMACIÓN CLÍNICA EN CCEE.

Cada vez que se toma una decisión diagnóstica o terapéutica que vaya a ser utilizada por otro profesional, es necesario que exista un informe escrito con los ítems básicos cumplimentados:

- Anamnesis y exploración física
- Exploraciones complementarias solicitadas
- Valoración diagnóstica
- Recomendaciones terapéuticas y sobre Incapacidad Temporal
- Necesidad de revisiones por el especialista (y plazo recomendado) o alta

MOVIMIENTOS EN EL REGISTRO DE CCEE:

La gestión operativa de estos movimientos corresponde exclusivamente al Servicio de Admisión.

Movimientos de Salida del Registro de CCEE, en aplicación de los criterios de SICYT:

- Actividad programada realizada en jornada ordinaria
- Actividad programada realizada en jornada extraordinaria
- Actividad sin cita previa
- Renuncia voluntaria
- Consulta / Prueba no realizada por no presentarse el paciente
- Modificación de la cita a petición del paciente
- Modificación cita por motivos debidos a la propia institución
- Derivación a otro centro
- Cita errónea

- Modificación de la cita por indicación del médico
- Actividad realizada en centro de apoyo
- Actividad realizada en centro concertado
- Anulación de la cita a petición del médico
- Exitus
- Rechazo de derivación
- Actividad realizada con carácter urgente.
- Actividad realizada a pacientes ingresados

ALTA

Cuando el médico especialista determine el término de la valoración diagnóstica y/o terapéutica en Atención Especializada, se producirá el alta del paciente en consulta externa. Es imprescindible que vaya refrendada mediante informe clínico y registro en la historia del paciente.

El proceso en CCEE de AE debe orientarse a la máxima resolución de ésta, primando el estudio y tratamiento inicial del paciente y potenciando el seguimiento evolutivo por su médico de AP.

3.1.6.3 Recursos Humanos, Funciones y Responsabilidades

Personal facultativo: es el responsable de:

- la valoración del paciente,
- realización de las pruebas diagnósticas pertinentes,
- la elaboración de un juicio diagnóstico,
- el establecimiento de una pauta de tratamiento
- el seguimiento del paciente hasta que se produzca el alta del proceso
- la realización de los informes médicos necesarios
- la derivación, si precisa, a otras unidades o niveles asistenciales

Personal de enfermería y auxiliares de enfermería: esta bajo la tutela de una Supervisora que es responsable del buen funcionamiento del área, de la adecuada distribución del personal y de la asignación a los puestos de trabajo en función de sus conocimientos y aptitudes

Funciones:

Las Enfermeras (DUEs) se responsabilizan de la realización de las técnicas y pruebas complementarias que se practican en los gabinetes, ocasionalmente bajo supervisión médica, pero en general con autonomía

Las Auxiliares de Enfermería:

- Ayudan al médico y colaboran en la realización de las diferentes pruebas diagnósticas que se hacen en las consultas así como en la preparación de los volantes y recetas que precise el paciente
- Recogida de solicitudes de material fungible y medicación de las diferentes consultas, y tramitación de los mismos al almacén o a la farmacia del hospital.
- Recogida del instrumental utilizado; lavado y esterilización del mismo.
- Limpieza y colocación de cada consulta
- Control de las temperaturas de las neveras

En el Área de Consultas Externas existe un stock de farmacia para disponer de la medicación necesaria, cuya reposición se hará de forma diaria.

Así mismo esta área cuenta con su propio almacén de material fungible.

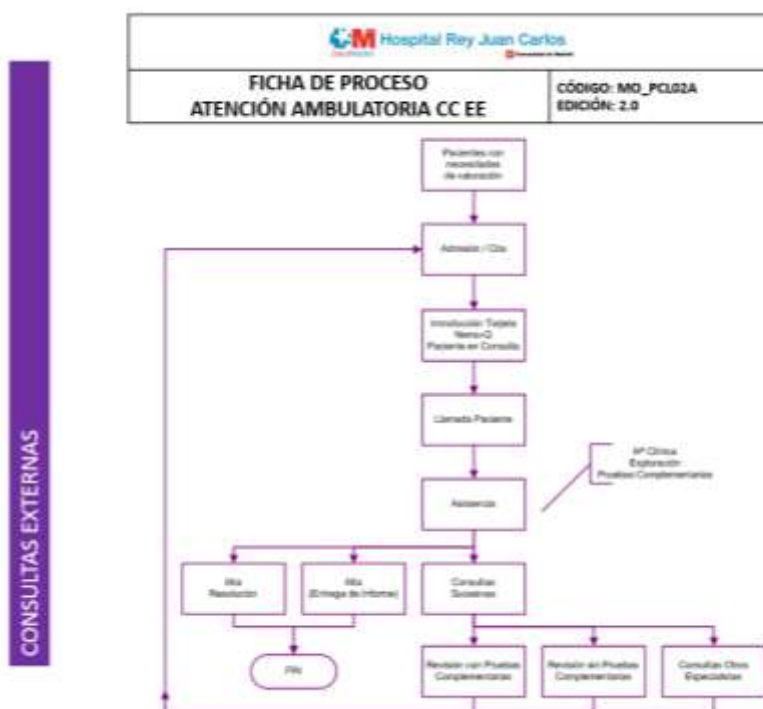
Ambos son responsabilidad de la Supervisora de la Unidad.

3.1.6.4 Cartera de Servicios

Todas las prestaciones programadas que se desarrollan en CCEE deben tener definidas sus agendas. Estas agendas están definidas y planificadas por los servicios médicos, y aprobadas por la Dirección del hospital.

El conjunto de agendas integra la Cartera de Servicios de consultas Externas de Atención Especializada. En los apartados anteriores se ha detallado la Cartera de cada una de las Especialidades, así como las técnicas y procedimientos que van a ofertar

3.1.6.5 Mapa de Proceso



3.1.6.6 Indicadores de Funcionamiento de la Unidad

INDICADORES DE GESTIÓN OPERATIVA

Salidas de Registro de CCEE (o el Nº de solicitudes dadas de baja, independientemente del motivo, durante un periodo determinado) con referencia a los motivos, por especialidad, total del Centro y por tipo de prestación.

Entradas en registro (o el Nº de solicitudes recibidas y mecanizadas durante un periodo determinado) por especialidad, total del Centro, y por tipo de prestación.

Índice de entradas /salidas (mensual y acumulado, global y por especialidad).

Nº y porcentaje de solicitudes de cita que han sido tramitadas y con fecha de cita asignada

INDICADORES DE DEMORA

Total de pacientes en espera de primera consulta y su distribución por tramos, por especialidad, y prioridad clínica, y su variación interanual

Demora de pacientes pendientes global del Centro y por Especialidad

Demora de primera consulta o demora mínima por especialidad

Espera de las salidas de CCEE

INDICADORES DE ACTIVIDAD

Número de consultas realizadas: Nº de salidas del registro de lista de espera con motivo de salida "Consulta con valoración clínica efectuada en jornada ordinaria y extraordinaria o sin cita previa", según tipo de prestación

Nº de pacientes atendidos por agenda, especialidad y en el total del Centro, desglosado en primeras consultas y consultas sucesivas.

Nº de primeras consultas realizadas en jornada ordinaria y extraordinaria; nº y porcentaje procedentes de AP.

Nº de pacientes atendidos, desglosados por primeras consultas y sucesivas como Centro de Referencia para aquellas especialidades en las que se haya establecido institucionalmente tal referencia.

INDICADORES DE DEMANDA

Nº de pacientes que entran en el registro de CCEE (desde AP y AE).

Nº de pacientes de población no asignada, procedentes de otras zonas, por Libre Elección

Pacientes derivados por AP para una primera consulta, global del Centro y por Especialidad, contrastando el dato con AP.

Tendencia anual móvil (TAM) de pacientes pendientes de CCEE

Número de pacientes no presentados y su porcentaje, global del Centro y por Especialidad.

INDICADORES POBLACIONALES

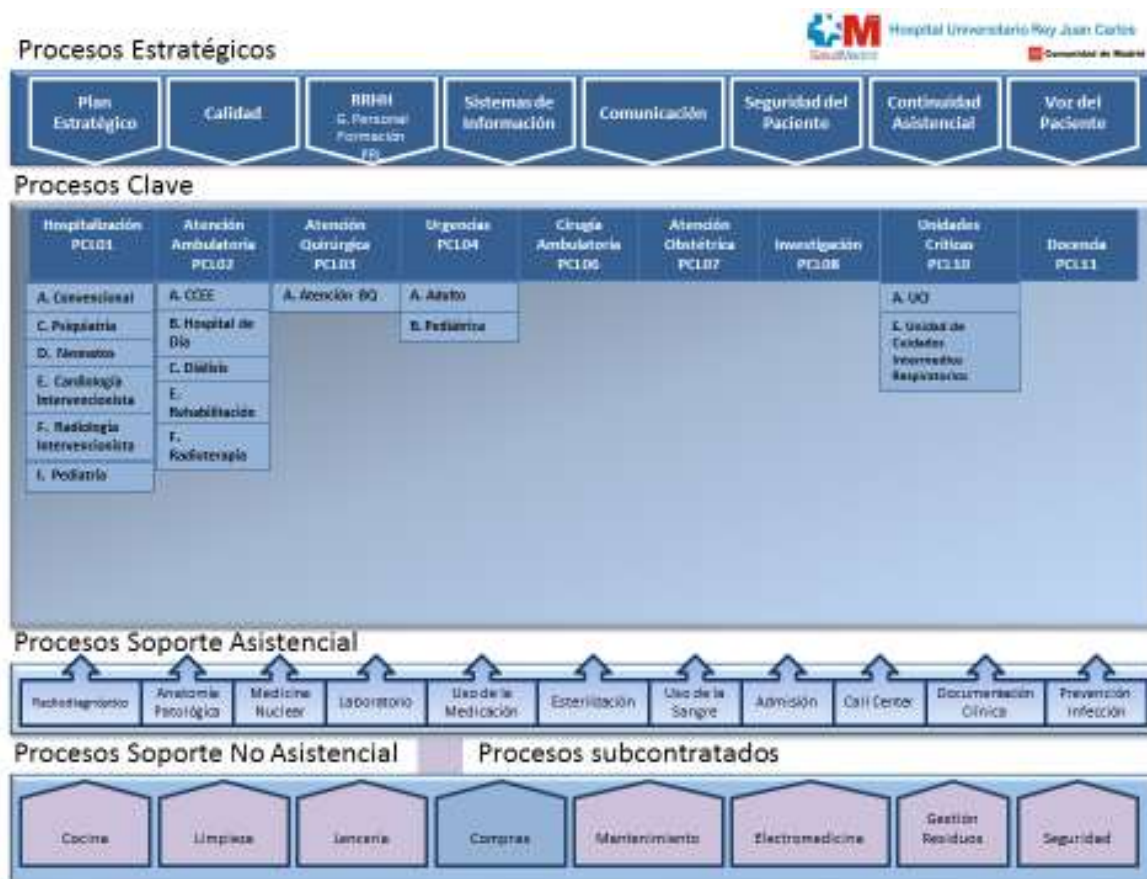
Tasa de pacientes atendidos procedentes de AP por 1.000 habitantes (global del Centro y por Especialidad).

Entradas en el Registro de CCEE/1.000 habitantes.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO PRODUCTIVO

3.2.1 MAPA DE PROCESOS

El Sistema de Gestión Integral del HURJC se basa en la Gestión por Procesos, siendo el Mapa de Procesos la representación gráfica que nos ayuda a visualizar todos los procesos que existen en el Hospital y su interrelación.



Este "Mapa de Procesos" representa los principales elementos que conforman la arquitectura operativa del nuevo hospital. Los procesos se dividen en:

Procesos Estratégicos son aquellos Procesos vinculados al desarrollo de las estrategias fundamentales de la organización.

Procesos Clave son aquellos que constituyen líneas de prestación de servicios relacionados directamente con el paciente/ cliente. Los grandes procesos clave del HURJC son Proceso Asistencial, Proceso Docente y Proceso de Investigación.

Procesos de Soporte a la Asistencia son aquellos procesos directa o indirectamente vinculados al desempeño de los Procesos Clave, anteriormente definidos. Básicamente se trata de procesos intermedios, tanto sean asistenciales o para-asistenciales. Por excepción cabe contemplar la posibilidad que actúen directamente en y sobre el usuario, de forma directa.

Procesos de Soporte no Asistenciales son aquellos procesos vinculados a la gestión administrativa, logística, de mantenimiento, etc. necesarios para el desarrollo de los Procesos Clave y de Soporte a la Asistencia.

3.2.2 DETALLE DEL PROCESOS CLAVE ASISTENCIALES

En este marco, un **proceso clave asistencial** es el conjunto de actividades de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas, actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud, el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios y a facilitar las tareas de los profesionales.

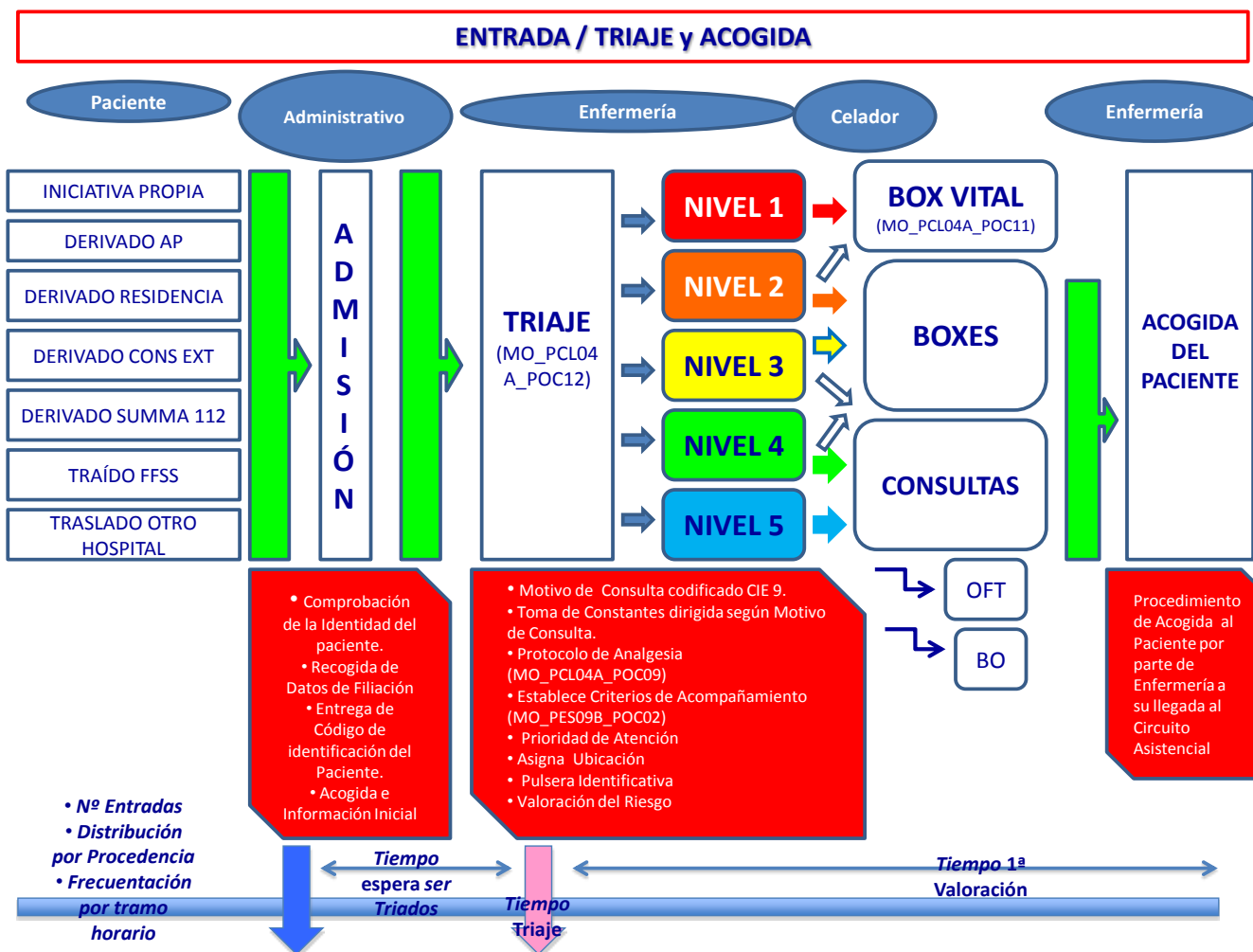
En este apartado se presentan los principales Procesos Clave Asistenciales que tienen impacto directo sobre los pacientes:

Proceso de Atención de Urgencia. El proceso de atención de urgencia se describe en el siguiente cuadro resumen.

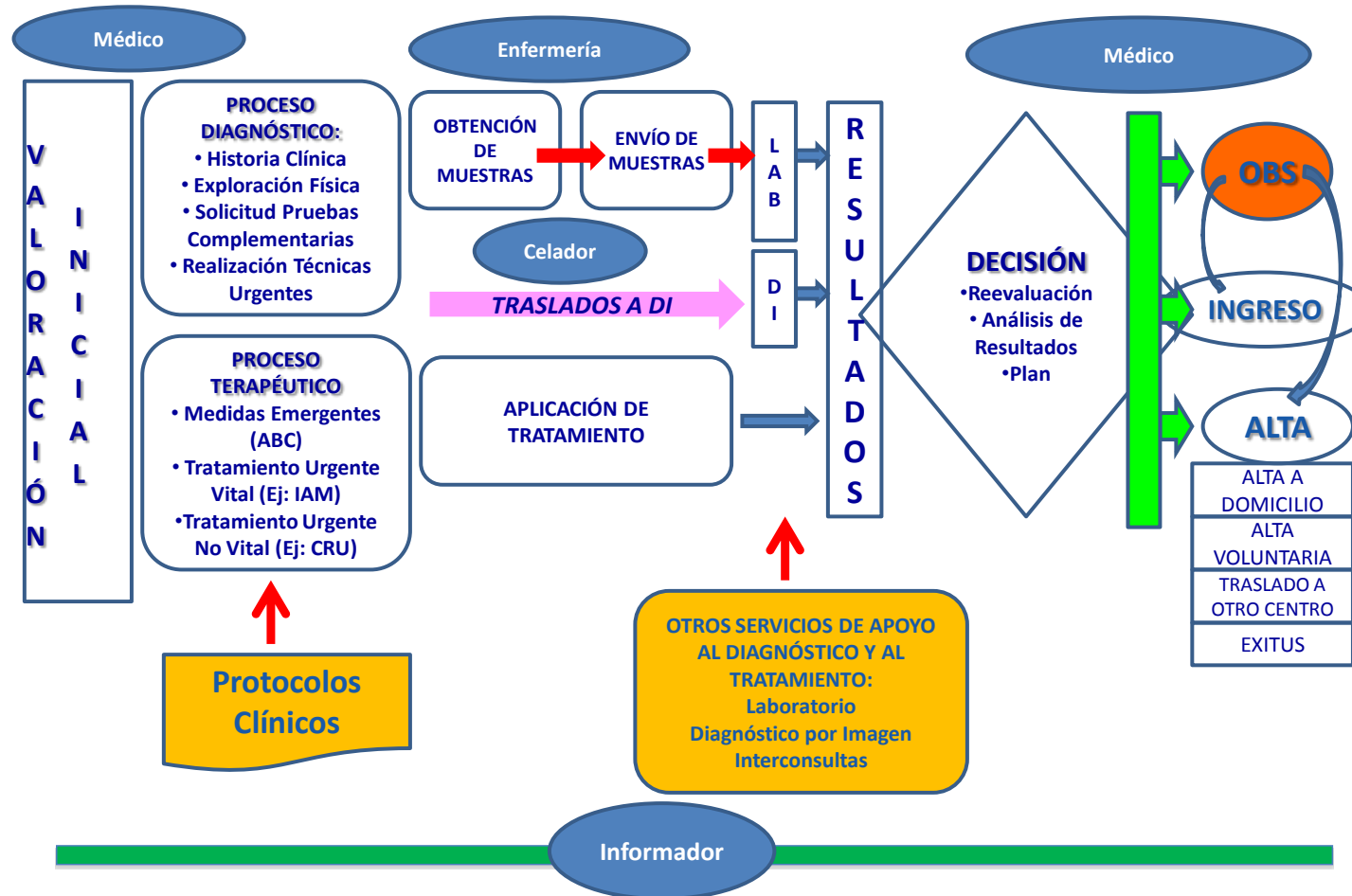
Nombre del Procesos	1. Proceso de Atención de Urgencia	
Resumen/descripción del proceso	Se trata del proceso de atención en el que se recibe a un paciente que presenta (o cree presentar) un cuadro clínico de urgencia. El objetivo del proceso es clasificar cuanto antes a los pacientes según la gravedad de su situación y evaluar en consulta qué problemas tiene. De aquí habrá que pedir las pruebas diagnósticas adecuadas así como facilitar los tratamientos rápidos necesarios. Una vez que se ha procedido al diagnóstico y tratamiento, el procedimiento puede resultar en ingreso hospitalario, procedimiento quirúrgico o alta médica (por finalización de la atención o por traslado a otro hospital).	
Roles que participan	Personal facultativo	Jefe de Servicio de Medicina Interna
		Médicos Adjuntos del Servicio de Urgencias
	Personal enfermería de	Diplomados Universitarios en Enfermería
		Auxiliares de Enfermería
	Personal celador	
	Personal seguridad de	
Indicadores básicos	Tiempo de Atención en Urgencias	
	Tiempo medio de espera de atención médica	
	Tasa de solicitud de Pruebas Radiológicas	
	Tasa de Reclamaciones	
	Tasa de agradecimientos	
	Net Promoter Score	

	Valoración global usuario en Urgencias
--	--

DIAGRAMA DEL PROCESO



PROCESO DIAGNÓSTICO y TERAPÉUTICO



ÁREAS FUNCIONALES

Las áreas funcionales que intervienen en el proceso de Atención de Urgencia se clasifican en:

Área	Función
Área de Admisión e Información	<p>Su función es facilitar el acceso de los pacientes y familiares, cumplimentar la faceta administrativa, facilitar un lugar de espera para la familia y proporcionar la información necesaria.</p> <p>Depende del Servicio de Admisión, aunque su relación funcional con Urgencias sea muy estrecha. Su función principal es el registro administrativo informatizado de todo usuario que solicite atención sanitaria. Por ello ha de:</p> <p>Recoger los datos de filiación del paciente.</p> <p>Informar inicialmente a los familiares sobre cómo deben proceder.</p> <p>Gestionar el proceso del paciente en Urgencias: ingreso, traslado.</p> <p>Tramitar la documentación relacionada con situaciones judiciales: partes judiciales, etc.</p>
Área de Clasificación o Triaje	<p>Se trata del primer contacto con personal sanitario de enfermería, una vez que el paciente ha sido admitido. La función de triaje la realiza el personal de enfermería, apoyándose en un sistema estructurado e informatizado. Las principales funciones serán:</p> <p>Priorizar por nivel de gravedad, según protocolo específico.</p> <p>Distribuir por especialidad o/y número de la consulta, teniendo en cuenta los niveles de gravedad asignados a cada una de ellas.</p> <p>Evaluar el modo de traslado en la Urgencia: camilla, silla, o a pie.</p> <p>Cumplimentar la evaluación de las constantes según el motivo de ingreso,</p> <p>Consultar con algún médico cualquier duda relacionada con la clasificación del paciente.</p> <p>Vigilar o estar atento a cambios en la evolución clínica del paciente durante su estancia en la Sala de Espera de Pacientes, advirtiéndole de las mismas al médico responsable cuando sea preciso y administrándole los cuidados prescritos por el facultativo responsable.</p> <p>Colaborar con el Servicio de Admisión de Urgencias en el suministro de información sanitaria que sea de su competencia a pacientes y familiares responsables.</p> <p>Atender a las solicitudes de los pacientes mientras permanece en la Sala de Espera de Pacientes.</p>

Área	Función
<p>Área de consulta policlínica o rápida</p>	<p>En este caso la actividad que se desarrolla en estas consultase s atender a los pacientes que, como criterio general, tengan una bajo nivel de gravedad y complejidad, sean de fácil manejo terapéutico y no precisen técnicas de enfermería. Los pacientes tipo, por tanto, son pacientes:</p> <p>No graves, sin afectación del estado general o compromiso de signos vitales; sin riesgo actual o potencial.</p> <p>En los que se prevea resolución rápida con la sola consulta médica y sin necesidad de pruebas complementarias (o mínimas).</p>
<p>Cuarto de Paradas</p>	<p>El objeto es permitir la atención inmediata y eficiente de las emergencias, incluida la Parada Cardiorrespiratoria (PCR), detectadas en el área de Urgencias. Sus indicaciones de uso son:</p> <p>PCR actual o inminente.</p> <p>Código ICTUS</p> <p>Emergencias que precisen medidas de soporte vital avanzado (SVA) de forma no demorable o la continuación de medidas ya iniciadas por Equipo de Emergencias.</p> <p>Pacientes politraumatizados, heridos graves y aquellos otros con lesiones que necesiten una valoración clínica con alta probabilidad de aplicación inmediata de tratamiento activo.</p> <p>Su uso inicialmente, puede ser indicado por el enfermero de triage o por cualquiera de los médicos de Urgencias. La atención en esta sala está protocolizada de manera que esté especificado qué médicos, enfermeras y auxiliares entran a la atención de la parada.</p>
<p>Área de boxes</p>	<p>Destinados a la atención de pacientes clasificados 2-3, o más banales pero que por motivo de edad, problemas físicos o traídos en camilla en la ambulancia necesitan ser evaluados en camilla de exploración de urgencias</p>

Área	Función
<p>Área de observación de sillones (AOS)</p>	<p>Es una zona para la vigilancia de pacientes o/y tratamiento de procesos agudos en los que se prevé una resolución en un corto periodo de tiempo, que se recomienda, como máximo, sea de unas doce horas. Debe ser un espacio diáfano, sin camas ni camillas, en el que los enfermos se ubican en sillones reclinables, sin acompañamiento de familiar alguno. Debe contar con toma de gases, y están dotados para la posible monitorización EKG.</p> <p>Los pacientes que preferentemente deben ser manejados en esta área son:</p> <p>Pacientes con baja gravedad y estabilidad de funciones vitales: respiratorio, circulatorio, hemodinámica y neurológico, y que puedan permanecer sentados.</p> <p>Pacientes que requieren tratamiento a través de vía venosa periférica mantenida con suero.</p> <p>Pacientes que requieren oxigenoterapia mantenida o/y aerosolterapia frecuente.</p>
<p>Área de observación de camas (AOC)</p>	<p>Es una zona para vigilancia, monitorización y tratamiento médico de procesos agudos que, por su complejidad diagnóstica y terapéutica, precisan un nivel asistencial por encima del de otras áreas de Urgencias.</p> <p>El tiempo máximo de estancia en esta área no debe sobrepasar idealmente las 24 horas, y una vez transcurrido este tiempo, el paciente debe ingresar, salvo que pueda ser dado de alta para seguimiento por su Médico de Familia o en las consultas externas hospitalarias.</p> <p>El Área de Observación-Camas tiene como objetivos:</p> <p>Estabilización de pacientes agudos inestables o críticos, tras su paso por box o por el Cuarto de paradas.</p> <p>Manejo de pacientes que requieren vigilancia médica y/o de enfermería periódica y encamamiento.</p>

RECURSOS HUMANOS

Según vimos más arriba, los recursos humanos requeridos por el proceso de atención de urgencia están constituidos por:

Personal Facultativo: Médicos de Plantilla.

Personal Sanitario No Facultativo: Diplomados Universitarios en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.

Personal No Sanitario: Administrativos, Celadores, Personal de Seguridad y Personal de Limpieza.

Estos recursos humanos constituyen un equipo de trabajo para la atención y cuidados de los pacientes y familiares que acuden a la Sección de Urgencias.

La distribución de la presencia de Facultativos y personal de enfermería se adapta a los ciclos de demanda diaria, semanal y estacional, de modo que en todo momento esté garantizada una asistencia rápida y eficaz. Se debe hacer más hincapié en los turnos diurnos, con especial atención

a las horas punta de mañana y tarde, pudiendo reducir las presencias a partir del horario nocturno.

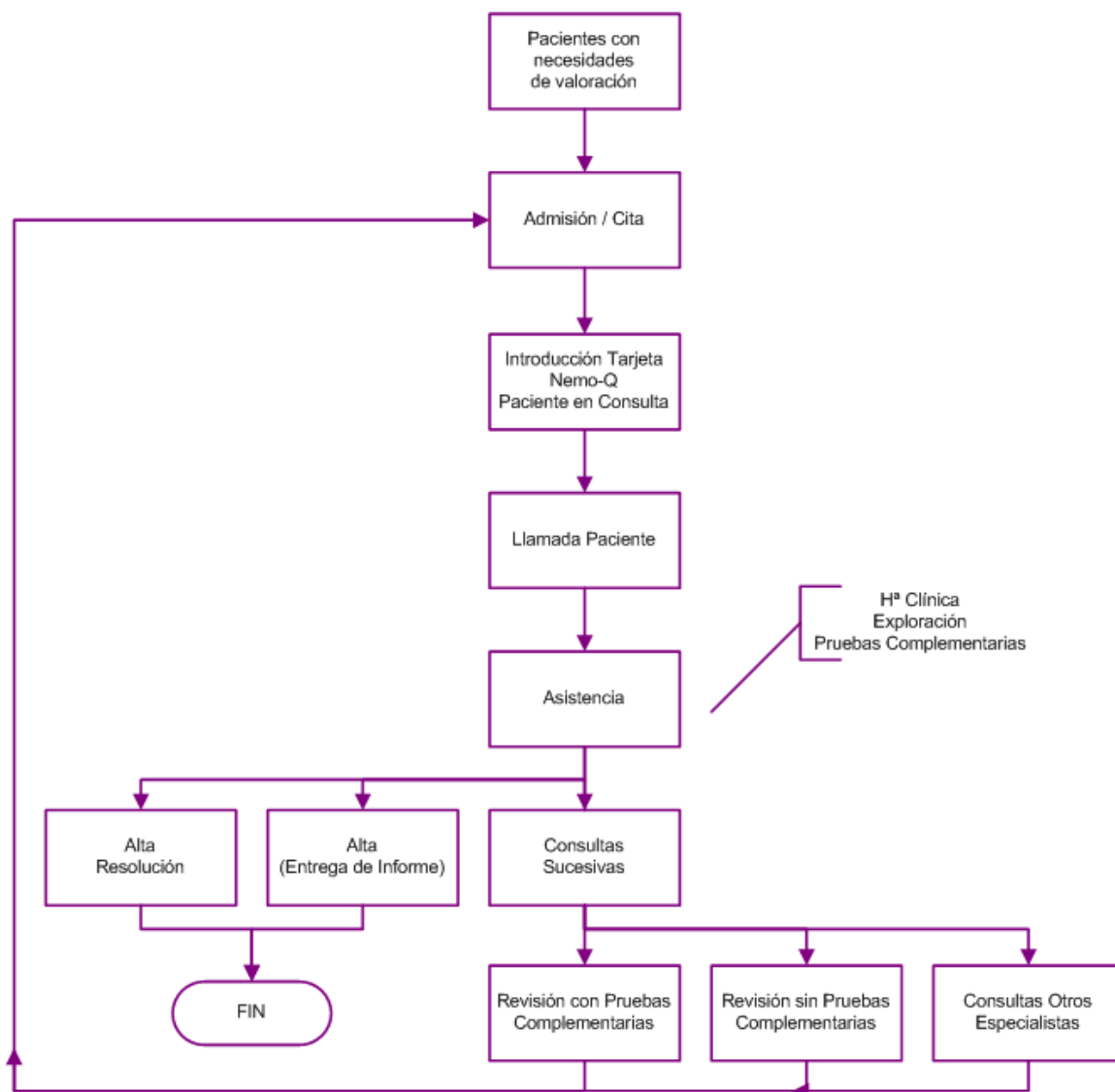
3.2.2.1 Proceso de Atención de Consultas Externas

El proceso de atención de consultas externas se describe en el siguiente cuadro resumen.

Nombre del Procesos	2. Proceso de Atención de Consultas Externas	
Resumen/descripción del proceso	<p>En este caso tenemos dos procesos importantes que se encadenan. Por un lado está el proceso de cita en el que se establece la fecha de la consulta externa al paciente. El proceso será ligeramente diferente para primeras citas y citas sucesivas tratando de acomodar los resultados de cualquier prueba diagnóstica requerida.</p> <p>El proceso de atención en sí mismo requiere del documento justificante de petición de cita. Una vez se presenta el paciente y llegado su turno, el facultativo utilizará su historial médico (de existir) y lo actualizará con los datos relevantes según los síntomas y las exploraciones realizadas. El médico podrá entonces, pedir pruebas diagnósticas o el establecimiento de un tratamiento, lo que resultará en una nueva cita (salvo en el caso de consultas de alta resolución), la hospitalización o el alta médica (por finalización de la atención o derivación externa).</p>	
Roles que participan	Personal facultativo	Facultativo de coordinación con Atención Primaria
	Personal de enfermería	Diplomados Universitarios en Enfermería
		Enfermería de enlace con Atención Primaria
		Auxiliares de Enfermería
Indicadores básicos	Demora programación CCEE	
	% no presentados	
	Índice sucesivas/ primeras y alta Resolución	
	Tiempo medio de espera en Consultas Externas	
	NPS	
	Tasas de reclamaciones	
	Tasa de agradecimientos	
Notas	El Área de Consultas Externas tendrá un stock de farmacia para disponer de la medicación necesaria, cuya reposición se realizará de forma diaria. Asimismo, el área tendrá su propio almacén de material fungible. Ambos inventarios serán controlados por el/la Supervisor(a)	

de la Unidad.

DIAGRAMA DEL PROCESO



RECURSOS HUMANOS

Personal facultativo

El personal facultativo será el responsable de

- La valoración del paciente,
- La realización de las pruebas diagnósticas pertinentes,
- La elaboración de un juicio diagnóstico,
- El establecimiento de una pauta de tratamiento
- El seguimiento del paciente hasta que se produzca el alta del proceso
- La realización de los informes médicos necesarios

- La derivación, si precisa, a otras unidades o niveles asistenciales

Personal de Enfermería

En este caso podemos distinguir los Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE) y los Auxiliares de Enfermería (AE) que participan en el Proceso de Consultas Externas. Todo el personal de enfermería está bajo la tutela de un(a) Supervisor(a) que es responsable del buen funcionamiento del área, de la adecuada distribución de personal y de la asignación a los puestos de trabajo en función de conocimientos y aptitudes de los recursos.

Diplomados Universitarios de Enfermería

Los DUEs se responsabilizan de la realización de las técnicas y pruebas complementarias que se practican en los gabinetes, ocasionalmente bajo supervisión médica, pero en general con autonomía.

Auxiliares de Enfermería

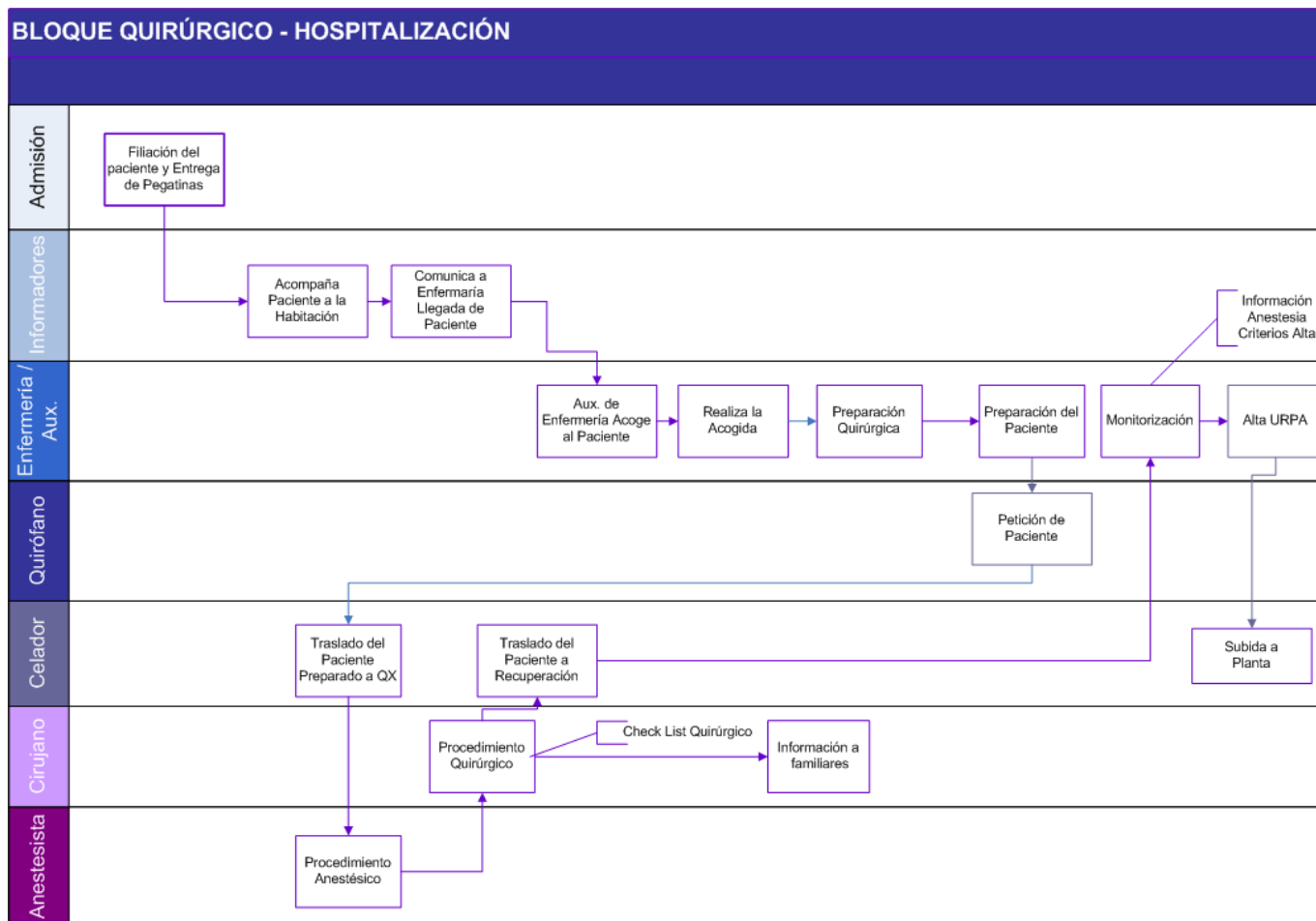
- Ayudan al médico y colaboraran en la realización de las diferentes pruebas diagnósticas que se hacen en las consultas así como en la preparación de los volantes y recetas que precise el paciente
- Realizan la recogida de solicitudes de material fungible y medicación de las diferentes consultas, y tramitación de los mismos al almacén o a la farmacia del hospital.
- Realizan la recogida del instrumental utilizado; lavado y esterilización del mismo.
- Se encargan de la limpieza y colocación de cada consulta
- Regulan el control de las temperaturas de las neveras.

3.2.2.2 Proceso de Atención Quirúrgica

El proceso de atención quirúrgica se describe en el siguiente cuadro resumen.

Nombre del Procesos	3. Proceso de Atención Quirúrgica	
Resumen/descripción del proceso	El proceso de Atención Quirúrgica se produce tras la Atención por Urgencia o Consultas Externas. El paciente es estudiado por un cirujano que determina si el tratamiento quirúrgico es adecuado. Un anestesista establece las necesidades de acuerdo con la idiosincrasia de paciente y procedimiento. Los riesgos se explican al paciente que da o no su consentimiento informado. El paciente es consecuentemente admitido en el hospital y se programa su intervención (con lista de espera si no es urgente). Se realizan pruebas y protocolos pre-operatorios. En la fecha designada se realiza la intervención que va seguida de cuidados post-operatorios hasta que el paciente puede ser trasladado a planta o se le da el alta definitiva.	
Roles que participan	Personal Facultativo	Coordinador médico del bloque quirúrgico
		Cirujano
		Anestesista
		Especialistas en otras áreas (con actividad quirúrgica ocasional)
	Personal de Enfermería	Diplomado Universitario en Enfermería
		Auxiliares de Enfermería (Quirófano, Pre-anestesista y URPA)
	Personal Celador	
	Otros	Limpieza, Técnicos, Mantenimiento
Indicadores básicos	Índice de sustitución	
	Estancia media prequirúrgica	
	Rendimiento Quirófano	
	Ocupación Quirófano	

DIAGRAMA DEL PROCESO



ÁREAS FUNCIONALES

Área	Función
Área de Recepción	Su función es facilitar la recepción de los pacientes y familiares. Se incluye el control de acceso y la oficina en la que se puede informar de forma confidencial a los familiares del desarrollo de la intervención.
Área Quirúrgica	Esta área está dedicada a los procedimientos quirúrgicos en sí. Incluye tanto los quirófanos con todos los equipamientos necesarios, como las salas de lavado.
Área Post-quirúrgica	Una vez sometidos a la intervención quirúrgica, los pacientes son llevados a esta área para su recuperación. Incluye en la misma la vigilancia post-operatoria.
Área de Almacén y Personal	Finalmente hay un área dedicada a almacenes de materiales fungibles y al personal que trabaja en los procesos quirúrgicos.

RECURSOS HUMANOS

Dentro de este proceso se crea al "Comité de Quirófano" que es responsable de la planificación y del rendimiento de quirófano. También vela porque la actividad del bloque quirúrgico se realice en las condiciones de calidad técnica y percibida adecuada. Además realiza evaluaciones de la actividad desarrollada y propone actitudes de mejora de cara al futuro.

Personal Facultativo

Coordinador Médico del Bloque Quirúrgico.

Sus principales funciones y responsabilidades incluyen planificar y repartir los recursos disponibles entre las personas que trabajan en él. Es la conexión entre la dirección y el bloque quirúrgico. Debe de mediar en conflictos de intereses entre los distintos profesionales y fomentar el trabajo en equipo. Esta figura recae en un especialista anestesista y que se ocupa de organizar la actividad del bloque, asignación de recursos, programar parte quirúrgico, optimizar la utilización de quirófanos, cumplir la normativa, garantizar la seguridad del paciente etc.

Anestesista

Facultativo especialista en anestesia y reanimación.

Cirujano

Facultativo especialista en cada una de las especialidades quirúrgicas que lleven a cabo actividad en el bloque quirúrgico.

Otros Facultativos Especialistas

Facultativos especialistas de otras áreas que puedan realizar alguna actividad en el bloque quirúrgico como p ej. Aparato digestivo (endoscopia), neumología, dermatología etc.

Personal de Enfermería

Supervisor/a de Enfermería

Se trata de un puesto de gran importancia en el funcionamiento del bloque quirúrgico ya que en la práctica diaria sobre él recae la distribución de la programación quirúrgica en los quirófanos y la asignación de recursos técnicos (arco Rx, motores, microscopio...), materiales (instrumental, implantes...) y humanos (técnicos de Rx, enfermería...). Esta figura recae sobre un diplomado de enfermería que se encarga de asignar y distribuir la cirugía programada, coordinar la planificación, controlar la asignación y disponibilidad de recursos materiales.

Diplomado de Enfermería

Con actividad como instrumentista y circulante en quirófano además de su participación en la zona de preanestesia y en la URPA.

Auxiliares de enfermería

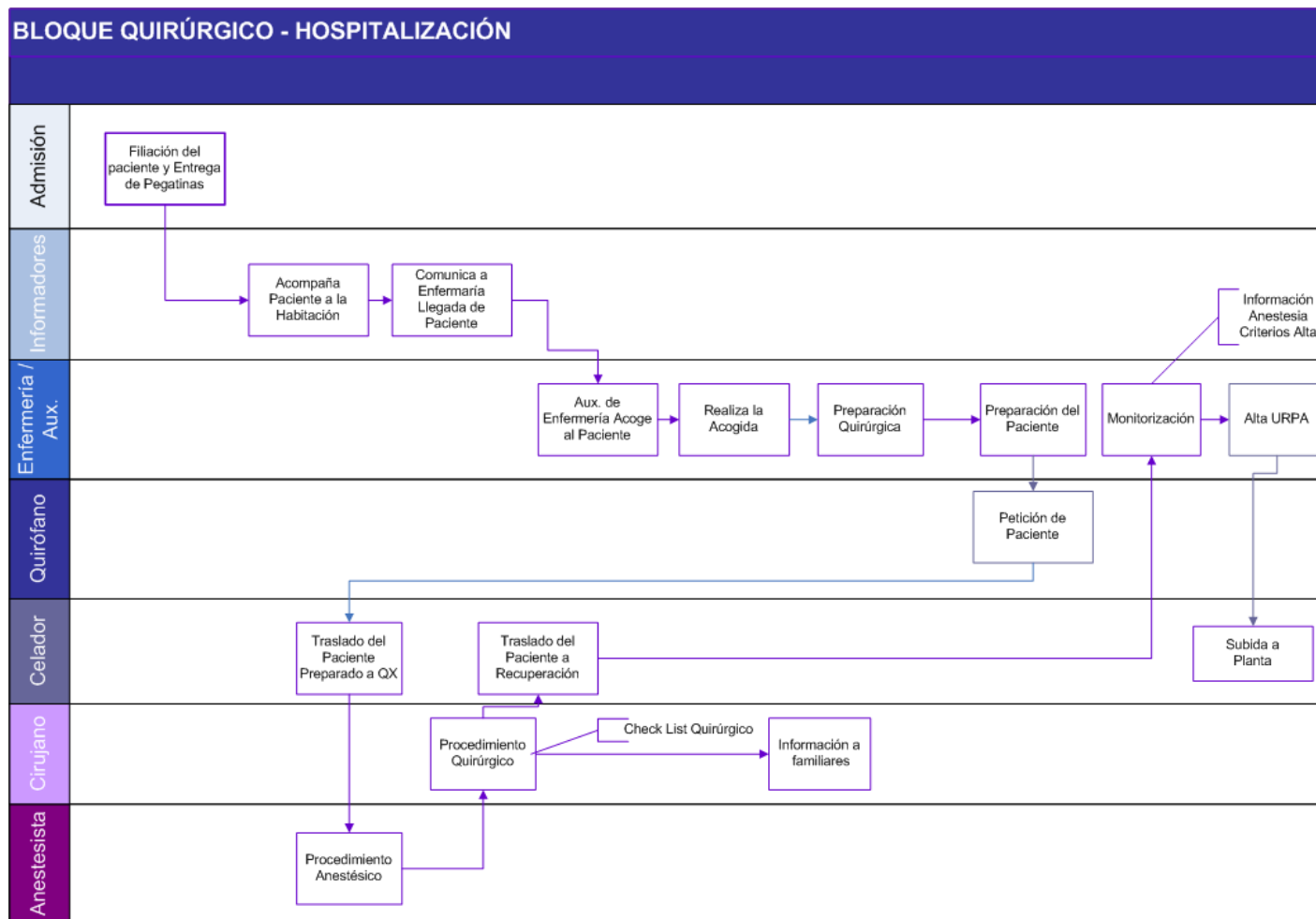
Trabajan principalmente en los procedimientos asociados al quirófano, a la preanestesia y la URPA.

3.2.2.3 Proceso de Hospitalización

El Proceso de Hospitalización se describe en el siguiente cuadro resumen.

Nombre del Procesos	4. Proceso de Hospitalización	
Resumen/descripción del proceso	El proceso de hospitalización cubre la asignación de un paciente a una cama hospitalaria, la estancia en dicha cama durante la cual es monitorizado por personal sanitario, recibe tratamientos y es sometido a pruebas diagnósticas según sea necesario hasta que se produce una mejora que permite al paciente recibir el alta.	
Roles que participan	Personal Facultativo	Médicos según especialidad
	Personal de Enfermería	Diplomado Universitario en Enfermería
		Auxiliares de Enfermería
	Personal Celador	
	Otros	Limpieza, Técnicos, Mantenimiento
Indicadores básicos	Estancia media Hospitalización	
	Estancia media prequirúrgica	
	% Altas antes de las 12 h	
	Reingresos	
	Exitus	
	Complejidad	
	Úlceras por presión	
	Caídas accidentales	
	Evaluación del dolor	
	NPS	
	Tasa de Reclamaciones	
	Tasa de Agradecimientos	

DIAGRAMA DEL PROCESO



RECURSOS HUMANOS

Personal Facultativo

Las funciones y responsabilidades de los médicos incluyen:

- **Visita diaria:** el médico responsable de la unidad, o bien algún miembro de su equipo, pasa visita diariamente a los pacientes a su cargo, realizando una valoración clínica de la evolución de los mismos, e informando a diario tanto al paciente como a sus familiares. Se establece, en el manual de acogida, un horario definido para la información médica, que bien se puede proporcionar a pie de cama, en el momento de la visita, como en la sala de información específica, de acuerdo a los horarios previamente establecidos, si el propio paciente así lo autoriza. Posteriormente se redactan los comentarios evolutivos diarios en la historia clínica de cada paciente, y se actualizan las órdenes de tratamiento, poniéndolo siempre en conocimiento de la enfermera responsable de cada uno.
- **Solicitud de pruebas diagnósticas:** es el responsable de solicitar las analíticas y pruebas complementarias que deban ser realizadas, que en este caso se hace directamente en la aplicación informática. Constituye una prioridad para los Servicios Centrales la atención inmediata de estas solicitudes
- **Interconsultas:** en el caso de que un paciente estuviera ingresado por una determinada patología y, durante su estancia su médico creyera necesaria la valoración por otro especialista, pide una Interconsulta, a través de la aplicación informática. Una vez realizada la valoración por dicho especialista, también registra el resultado de esa valoración, así como las pruebas complementarias, tratamientos o cuidados que considera que necesita el paciente
- **Urgencias de pacientes ingresados:** cuando un paciente ingresado en una planta de Hospitalización, sufre una situación de Urgencia médica, la enfermera a su cargo le prestara los cuidados básicos, mientras se avisa lo antes posible al médico; este será el responsable del paciente si la emergencia se produce durante su jornada laboral, o bien el médico de guardia si se produce en cualquier otro momento. Esta urgencia, así como las medidas adoptadas para tratarla, quedan reflejada en la historia clínica, tanto por parte del facultativo como por parte de la enfermera.
- **Exitus de pacientes hospitalizados:** en caso de fallecimiento de un paciente ingresado, la enfermera responsable del cuidado del mismo, avisa a su médico, y si éste no está presente en ese momento, al médico de guardia (si el evento ocurre fuera de la jornada laboral del médico responsable del paciente). El facultativo que acuda, procede a confirmar la defunción, anotar el hecho y la hora en la historia clínica e informar a los familiares. Así mismo está obligado a cumplimentar y firmar el Certificado de Defunción
- **Alta del paciente:** una vez que el médico considera que la recuperación del paciente es la adecuada para darle el alta, debe informar en primer lugar a la enfermería de la unidad, y posteriormente al paciente y sus familiares. Así mismo redactar un Informe de Alta Médica, en el que conste el motivo de ingreso del paciente, la evolución que ha tenido, las pruebas diagnósticas y los tratamientos realizados. Incluyendo el tratamiento que debe seguir después del alta, y la derivación del paciente, ya sea a una consulta especializada, o bien a otro nivel asistencial (Atención Primaria). Si el paciente quisiera abandonar el hospital sin la autorización del médico, debe firmar el documento de "Alta Voluntaria", por el cual se hace responsable de las complicaciones que pudieren sobrevenirle del abandono voluntario del centro.

Personal de enfermería

Cada unidad de Hospitalización cuenta con una Supervisora de Hospitalización que tiene a su cargo a todas las enfermeras y auxiliares de enfermería de la Unidad y es la responsable de organizar los turnos de trabajo, las planillas de su personal, la actividad asistencial, etc.

Enfermeras

Las principales funciones y responsabilidades incluyen

- Al ingreso del paciente en planta: realización de la valoración de enfermería así como la planificación de los cuidados de enfermería: constantes, curas, cura de vías, balance hídrico o diuresis por turno, vigilancia de dolor...
- Diariamente:
 - Pase de visita con el médico en los servicios que lo precisen
 - Revisión y administración de la medicación prescrita
 - Toma de constantes (TA, FC, T^a, y Sat. de O₂ en paciente respiratorios o que lo precisen) a todos los pacientes diariamente, y glucemias capilares a aquellos que lo tengan pautado.
 - Tramitación de las pruebas que se soliciten en el turno y reclamación de las pruebas complementarias pendientes y/o de los PIC pendientes de cursar.
- Colaboración con la Auxiliar de Enfermería en el cambio de ropa de las camas/cuna y en la higiene de los pacientes (incluido baño del RN), siempre que sea posible.
- Dejar reflejado en la historia clínica los evolutivos de enfermería y los cuidados que se llevan a cabo.
- Reposición de material del carro de medicación para el turno siguiente.
- Colocación del pedido de almacén y farmacia del día.

La colaboración con la Auxiliar de Enfermería es imprescindible y fundamental en el buen funcionamiento de la planta.

Personal Auxiliar de Enfermería

Las principales funciones y responsabilidades son:

- Reparto de comidas y retirada de bandejas; así como ayuda para la alimentación a aquellos pacientes que lo necesiten.
- Reparto de termómetros.
- Se debe preguntar a todos los pacientes si precisan ayuda para el aseo y colaborar con los que la necesiten.
- Aseo y cambio de ropa de cama de pacientes encamados (siempre con ayuda del celador de planta o en su defecto de la auxiliar de refuerzo).
- Recogida y registro de diuresis e ingesta hídrica y control de drenajes.
- Levantar al sillón a aquellos pacientes que lo tengan así prescrito, ayudados por el personal de enfermería.
- Cambios posturales a aquellos pacientes en los que esté indicado.
- Colaboración con la DUE en el reparto de medicación.
- Reposición de material del cuarto de medicación y del carro de curas.
- Preparación de la planilla de cocina y revisión de dietas.
- Reposición del carro de lencería.
- Limpieza del material, bombas de medicación, vasos humidificadores de O₂, etc...
- Recogida de altas que se hayan producido en la mañana.
- Limpieza de cuñas, palanganas, botes de diuresis, etc....
- Revisión del carro de parada junto con la enfermera
- Llevar las analíticas al laboratorio

Personal Celador

Las principales funciones y responsabilidades del personal celador incluyen:

- Colabora en el aseo y movilización de encamados cuando lo necesiten bajo la supervisión de la enfermera. Así como levantar y sienta a los pacientes que lo precisen.
- Traslados de pacientes dentro del hospital: al servicio de rayos, consultas y dilatación para las pruebas pertinentes, no dejará al paciente sólo, siempre informará a la enfermera del traslado de dicho paciente. Así mismo realizará los ingresos desde urgencias, admisión etc.
- En el servicio de farmacia realizará el traslado a plantas de la unidosis, sueros, medicamentos etc.
- Ayudan al personal sanitario en éxitus, corriendo a su cargo el traslado de los mismos al mortuorio.

4 INICIATIVAS PARA LA MEJORA EN LA GESTIÓN DE PACIENTES

El HURJC ha estandarizado las diferentes actuaciones en procedimientos y circuitos para garantizar que su realización y disminuir la variabilidad entre profesionales.

En este apartado se resumen los diferentes procedimientos establecidos en la organización que recogen las iniciativas implantadas de seguridad del paciente, accesibilidad de los usuarios a los servicios sanitarios, derecho a la información clínica y general, acompañamiento de pacientes por familiares y resoluciones emitidas por el SERMAS, que en conjunto contribuyen a la mejorar la gestión de la atención sanitaria prestada.

PROCESO/SUBPROCESO	Nº DE DOCUMENTOS
SEGURIDAD DEL PACIENTE	3
VOZ DEL PACIENTE	13
HOSPITALIZACIÓN	74
HOSPITAL DE DÍA	50
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	12
ATENCIÓN URGENTE	41
CIRUGÍA AMBULATORIA	2
ATENCIÓN OBSTÉTRICA	42
UNIDADES CRÍTICAS	19
USO DE LA SANGRE	33
GESTIÓN DE CLIENTES	19
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	2
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	22
TOTAL	332

A continuación se enumeran las principales iniciativas por área asistencial.

Listado de las mejoras en la gestión de la atención
SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITALIZACIÓN
<p>Sistema de identificación inequívoca de pacientes.</p> <p>Prevención de errores transfusionales y reacciones postransfusionales.</p> <p>Sistema de comunicación estandarizado sobre el paciente, sus características y situación clínica para las transferencias de pacientes entre profesionales, áreas y unidades.</p> <p>Mejora de la comunicación entre el personal asistencial.</p> <p>Sistema de alertas ante pruebas con valores críticos.</p> <p>Prácticas seguras en el uso de medicamentos.</p> <p>Sistema de prescripción informatizada</p> <p>Conciliación de la medicación en la transición entre niveles asistenciales.</p> <p>Eliminación de errores por administración intravenosa de medicamentos orales líquidos</p> <p>Programa de colaboración con Atención Primaria para reducir la probabilidad de daños al paciente anticoagulado.</p> <p>Cumplimiento de la Guía de Higiene de Manos de la OMS o del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta para la minimización de la infección nosocomial.</p> <p>Sistema de vigilancia y control de la infección nosocomial, mediante estudio de prevalencia e incidencia (Programa EPINE y Sistema RIHOS de la Comunidad de Madrid, respectivamente).</p> <p>Reducción de las bacteriemias asociadas con catéter venoso central (BRC), según el modelo del proyecto "Keystone ICU" (proyecto Bacteriemia Zero).</p> <p>Protocolo que garantiza la funcionalidad de los carros de parada para practicar la reanimación cardiopulmonar.</p> <p>Vías clínicas informatizadas para reducir la variabilidad en la práctica clínica.</p> <p>Procedimiento de Valoración nutricional completo</p> <p>Protocolo de prevención de riesgo de caídas durante la hospitalización.</p> <p>Guía de actuación clínica para la prevención y tratamiento de úlceras por presión, úlceras vasculares, úlceras en el pie diabético y lesiones de la piel perilesional.</p> <p>Plan del paciente al alta: envío de alerta al facultativo responsable del paciente en Atención Primaria, facilitando el acceso a la Historia del</p>

Listado de las mejoras en la gestión de la atención

SEGURIDAD DEL PACIENTE

HOSPITALIZACIÓN

paciente y la consulta de informes.

Implantación y uso de los indicadores de seguridad de pacientes de la Agency of Healthcare Research and Quality.

Plan de formación y capacitación del personal destinado a unidades de características especiales y alta complejidad.

Listado de las mejoras en la gestión de la atención

SEGURIDAD DEL PACIENTE

BLOQUE QUIRÚRGICO: Seguridad del paciente

Protocolo de identificación de pacientes.

Protocolo de marcaje preoperatorio.

Verificación del procedimiento quirúrgico a la entrada del paciente en el área del preoperatorio, en las transferencias de pacientes entre profesionales, a la entrada del quirófano.

Protocolo de preparación quirúrgica en el ámbito de enfermería.

Control de riesgos de daños debidos a la anestesia.

Protocolo de identificación de alergias.

Protocolo de reducción de riesgo de la infección quirúrgica.

Procedimiento de verificación del equipamiento y material anestésico.

Garantía de trazabilidad en el proceso de esterilización.

Recuento del material quirúrgico para impedir el abandono de cuerpos extraños en el lecho quirúrgico.

Evaluación de pacientes con antecedentes de cuadros de angor, hipertensión u otros para minimizar el riesgo de sufrir isquemia cardíaca.

Uso del Check-list de Seguridad Quirúrgica (sistema de verificación quirúrgica de la OMS).

Intercambio de información tras la anestesia y previo a la intervención quirúrgica.

Implantación y utilización de un sistema de medida de resultados de las intervenciones quirúrgicas para predecir el riesgo de complicaciones (sistema de puntuación del Apgar quirúrgico, desarrollado en EE.UU.)

Intervención quirúrgica en un horizonte temporal dentro de los plazos

Listado de las mejoras en la gestión de la atención

SEGURIDAD DEL PACIENTE

BLOQUE QUIRÚRGICO: Seguridad del paciente

establecidos por la Comunidad de Madrid con objetivo de 15 días.

Continuidad asistencial a lo largo del proceso quirúrgico por parte del especialista que indica la intervención.

En CMA, Procedimiento de seguimiento de pacientes por parte del equipo de anestesiología al día siguiente de la intervención.

Listado de las mejoras en la gestión de la atención

SEGURIDAD DEL PACIENTE

ÁREA AMBULANTE

Conciliación de la medicación en la transición entre niveles asistenciales.

Mejora de la adhesión del paciente al tratamiento farmacoterapéutico, haciendo énfasis en los pacientes polimedicados.

Prescripción farmacéutica informatizada en la consulta del especialista.

Comisión de Uso Racional de Medicamentos entre Atención Primaria, los dos hospitales existentes y el Nuevo Hospital de Móstoles.

Mejora de la seguridad en el proceso de gestión farmacológica de quimioterápicos.

“Circuito de Malignidad”: cita para tratamiento inmediato.

Control de embarazo de bajo riesgo en Atención Primaria.

Protocolo de formación, uso, manejo y medidas de protección de materiales y equipos para los gabinetes de exploración y tratamiento ambulatorio.

Plazo de atención para primeras consultas y gabinetes con objetivo de 15 días. 7 días para consultas preferentes.

Información clínica sobre pacientes accesible para los médicos de Atención Primaria.

Sistema automatizado de etiquetado de muestras de laboratorio.

Programa de educación diabetológica en niños y adolescentes.

Implantación de la telemedicina: teleconsulta / telediagnóstico y monitorización y vigilancia a distancia.

Listado de las mejoras en la gestión de la atención

SEGURIDAD DEL PACIENTE

URGENCIAS

Desarrollo del Mapa de Riesgos del servicio de Urgencias.

Triaje avanzado de pacientes

Vigilancia sanitaria de los pacientes que se encuentran a la espera de ser atendidos en consulta rápida.

Implantación de un sistema de indicadores de gestión asistencial del área de Urgencias.

Implantación de procesos que eviten la acumulación de pacientes en el Servicio de Urgencias.

Listado de las mejoras en la gestión de la atención

SEGURIDAD DEL PACIENTE

RADIODIAGNÓSTICO

Prevención las contingencias originadas por el funcionamiento normal o anormal de la organización.

Prevención de la sobreexposición innecesaria a radiación ionizante en niños.

Aplicación de las normas contenidas en el Plan de Calidad en lo referente a la correcta indicación de pruebas.

Minimización de los errores de falsos positivos.

Minimización de los errores de falsos negativos.

Uso seguro de los medios de contraste, evitándose la presentación de reacciones alérgicas severas u otras complicaciones.

Prevención de eventos asociados a la Resonancia Magnética.

Listado de las mejoras en la gestión de la atención

ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE

ÁREA AMBULANTE

Programa 15 x 15:

Plazo de atención objetivo de 15 días para primeras consultas y pruebas complementarias.

Tiempo máximo de espera 15 minutos para entrar en consulta.

Puntualidad.

Ajuste de las agendas a los tiempos de atención médica.

Ajuste de las agendas a las modalidades de consulta demandadas.

Sistema automatizado de gestión de pacientes (gestor de turnos).

Citación web.

Portal web accesible a todos los ciudadanos.

Elección de médico especialista dentro del Servicio y continuidad de la atención con el mismo facultativo para las consultas programadas.

Gestores de casos para la atención integral a pacientes a lo largo de todo el proceso clínico.

Programa de desplazamiento de especialistas.

Extracciones de muestras para el laboratorio sin cita previa.

Catálogo ampliado para pruebas accesibles desde Atención Primaria

Elaboración de acuerdos protocolizados de derivación con Atención Primaria.

Potenciación de las consultas de acto único / Alta Resolución con el objetivo de que constituyan un 30% del total de primeras consultas.

Potenciación de las consultas de revisión de resultados a distancia (envío de informes y soporte telefónico).

Implantación de un manual de estilo para la comunicación de información, trato y respeto a los pacientes y usuarios.

Listado de las mejoras en la gestión de la atención
ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE
URGENCIAS
<p>Información avanzada a familiares sobre la evolución del paciente y la situación del proceso asistencial.</p> <p>Acompañamiento de pacientes por parte de un familiar.</p> <p>Información al médico de Atención Primaria al alta del paciente.</p> <p>Dispensación de medicamentos al alta desde el Servicio de Urgencias, cuando no sea posible acudir al Centro de Salud o a las oficinas de farmacia.</p>

Listado de las mejoras en la gestión de la atención
ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE
RADIODIAGNÓSTICO
<p>Plazo objetivo de realización de pruebas radiológicas: 15 días para pacientes normales, 3 días para preferentes, 24 horas para pacientes ingresados.</p> <p>Elaboración de informes en un plazo máximo de 3 días laborables.</p> <p>Disponibilidad de las imágenes digitales desde los Centros de Salud.</p> <p>Formación y recursos para que los médicos de Atención Primaria puedan manejar con facilidad las imágenes digitales.</p> <p>Acceso de los ciudadanos a su Historia Clínica a través de Internet.</p>

Se adjunta listado de documentos asistenciales que incluyen las iniciativas de mejora en la Gestión de Pacientes:

PROCESO	PROCEDIMIENTO
AT. AMBULATORIA	INSTILACIÓN VESICAL GEMCITABINA
AT. AMBULATORIA	MANENIMIENTO Y SELLADO DE RESERVORIOS SUBCUTANEO
AT. AMBULATORIA	NORMATIVA FUNCIONAL HDM
AT. AMBULATORIA	PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN CITOSTÁTICOS
AT. AMBULATORIA	PROTOCOLO SEDACIÓN
AT. AMBULATORIA	QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL AMBULANTE CON BCG
AT. AMBULATORIA	QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL AMBULANTE CON MITOMICINA
AT. AMBULATORIA	TEST SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO
AT. AMBULATORIA	TEST SUPRESIÓN ALDOSTERONA
AT. OBSTETRICA	ALTA PRECOZ TRAS PARTO NORMAL
AT. OBSTETRICA	AMENAZA DE PARTO PREMATURO
AT. OBSTETRICA	AMNIOINFUSIÓN INTRAPARTO
AT. OBSTETRICA	ASISTENCIA GESTANTE CON DIABETES GESTACIONAL
AT. OBSTETRICA	ASISTENCIA TRABAJO PARTO EN AGUA
AT. OBSTETRICA	ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO SANO
AT. OBSTETRICA	AVISO DE PEDIATRÍA A ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO
AT. OBSTETRICA	CITACION MATRONA AE - EMBARAZO BAJO RIESGO LIBRE ELECCION (LE)
AT. OBSTETRICA	COLESTASIS INTRAHEPÁTICA
AT. OBSTETRICA	CUIDADOS OBSTÉTRICO GINECOLÓGICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
AT. OBSTETRICA	DONACIÓN DE SANGRE CORDÓN UMBILICAL
AT. OBSTETRICA	EMBARAZO ECTÓPICO
AT. OBSTETRICA	ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO
AT. OBSTETRICA	ESTANDARIZACIÓN CESARIAS
AT. OBSTETRICA	ÉXITUS FETAL ANTEPARTO
AT. OBSTETRICA	FÁRMACOS BLOQUE QUIRÚRGICO Y LACTANCIA MATERNA
AT. OBSTETRICA	FIEBRE INTRAPARTO

PROCESO	PROCEDIMIENTO
AT. OBSTETRICA	HEMORRAGIA POSTPARTO
AT. OBSTETRICA	HIPERGLUCEMIA PERIPARTO
AT. OBSTETRICA	IDENTIFICACIÓN MADRE Y RECIEN NACIDO
AT. OBSTETRICA	INDUCCIÓN AL PARTO
AT. OBSTETRICA	LACTANCIA MATERNA
AT. OBSTETRICA	MANIPULACIÓN LECHE MATERNA
AT. OBSTETRICA	NORMAS, HORARIOS. PLANTA Y BLOQUE OBSTÉTRICO
AT. OBSTETRICA	OBSERVACIÓN DE UNA TOMA
AT. OBSTETRICA	OPERACIONES BAÑERA DE PARTOS
AT. OBSTETRICA	PARTO BAJO RIESGO
AT. OBSTETRICA	PREPARACIÓN DE CUNAS DE REANIMACIÓN
AT. OBSTETRICA	PREPARACIÓN INCUBADORA DE TRANSPORTE
AT. OBSTETRICA	PROCEDIMIENTO PARA EL ASEO Y CUIDADO DE LA PIEL Y EL CORDÓN UMBILICAL DEL RECIÉN NACIDO
AT. OBSTETRICA	PROTOCOLO ACTIVIDADES PARITORIO
AT. OBSTETRICA	PROTOCOLO CESÁREA HUMANIZADA
AT. OBSTETRICA	PROTOCOLO DE INGRESO DE PARTO Y BOLSA ROTA
AT. OBSTETRICA	PROTOCOLO ENFERMEDAD TROFBLASTICA GESTACIONAL
AT. OBSTETRICA	PROTÓXIDO DE NITRÓGENO EN EMBARAZADAS
AT. OBSTETRICA	REVISIÓN DE HISTORIA MATERNA
AT. OBSTETRICA	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
AT. OBSTETRICA	SEGUIMIENTO EMBARAZO BAJO RIESGO
AT. OBSTETRICA	TOXOPLASMOSIS EN GESTACIÓN
AT. OBSTETRICA	TRANSPORTE DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL (SCU)
AT. OBSTETRICA	TROMBOPENIA GESTACIONAL
AT. OBSTETRICA	VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA
AT. PACIENTE	ACTUACIÓN ANTE SOLICITUD DE IVE CON CARGO A LOS PRESUPUESTOS DEL SERMAS
AT. PACIENTE	ENTREGA DE RECIÉN NACIDO EN ADOPCIÓN
AT. PACIENTE	INFORMACIÓN GENERAL
AT. PACIENTE	INFORMACIÓN URGENCIAS

PROCESO	PROCEDIMIENTO
AT. PACIENTE	INTERVENCION SOCIAL HOSPITALIZADOS
AT. PACIENTE	MALTRATO AL ANCIANO
AT. PACIENTE	MALTRATO INFANTIL
AT. PACIENTE	NEGATIVA AL ALTA CLINICA
AT. PACIENTE	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN PERSONAS SIN HOGAR
AT. PACIENTE	PROCEDIMIENTO INTERVENCIÓN SOCIAL URGENCIAS
AT. PACIENTE	PROCEDIMIENTO SOLICITUD DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO Y PAGO POR ENDOSO
AT. PACIENTE	PROCEDIMIENTO TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO EN PACIENTES INCAPACITADOS CIVILMENTE O TUTELADOS.
AT. PACIENTE	VIOLENCIA DE GÉNERO
AT. UNIDADES CRITICOS	ACTUACIÓN ANTE LA PARADA CARDIO_RESPIRATORIA
AT. UNIDADES CRITICOS	ASPIRACION SECRECIONES ENDOTRAQUEALES
AT. UNIDADES CRITICOS	CARRO DE CURAS
AT. UNIDADES CRITICOS	CUIDADOS DE ENFERMERÍA. CAVIDAD ORAL
AT. UNIDADES CRITICOS	DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO CARRO DE PARADAS (RCP)
AT. UNIDADES CRITICOS	FICHA DE PROCESO UCI
AT. UNIDADES CRITICOS	INGRESO EN UCI
AT. UNIDADES CRITICOS	MANTENIMIENTO DEL DESFIBRILADOR
AT. UNIDADES CRITICOS	NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA
AT. UNIDADES CRITICOS	NUTRICIÓN ENTERAL
AT. UNIDADES CRITICOS	PACIENTE CON POLITRAUMATISMO
AT. UNIDADES CRITICOS	PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC)
AT. UNIDADES CRITICOS	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)
AT. UNIDADES CRITICOS	PROCEDIMIENTO DONACIÓN CÓRNEAS
AT. UNIDADES CRITICOS	PROCEDIMIENTO DONACIÓN OSTEOTENDINOSO
AT. UNIDADES CRITICOS	PROCEDIMIENTO TELEMETRÍA
AT. UNIDADES CRITICOS	PROTOCOLO DE ALTA UCI
AT. UNIDADES CRITICOS	SONDAJE NASOGÁSTRICO
AT. UNIDADES CRITICOS	VALORACIÓN CONDUCTA SUICIDA
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	CIRUGÍA ROBÓTICA EN GINECOLOGÍA

PROCESO	PROCEDIMIENTO
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	CIRUGÍA ROBÓTICA TRANSORAL EN CANCER DE CABEZA Y CUELLO
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	CONTROL PREOPERATORIO PACIENTES CON MARCAPASOS Y DESFIBRILADORES
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	INGRESO PACIENTE QUIRÚRGICO EN UCI
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	MANEJO BALÓN CONTRAPULSACIÓN AÓRTICO (IABP)
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	MANEJO PERIOPERATORIO DE LOS FÁRMACO ANTIAGREGANTES PARA CIRUGIA NO CARDIACA
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	PROTOCOLO DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	PROTOCOLO DE PRUEBAS PREOPERATORIAS
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	QUIROFANO URGENCIAS Y FUNCIONES DE ENFERMERIA
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	VÍA CLÍNICA CIRUGÍA BARIÁTRICA
ATENCIÓN QUIRÚRGICA	VIA CLINICA FRACTURA CADERA ANCIANO
CIRUGIA AMBULATORIA	CRITERIOS DE ALTA CMA
CIRUGIA AMBULATORIA	REVISION INDICE SUSTITUCION
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	AISLAMIENTO
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	ANTISEPTICOS
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ASISTENCIA SANITARIA
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	LEGIONELLA
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	MANEJO INFECCIONES TRACTO URINARIO (ITUS)
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	MANEJO NEUTROPENIA FEBRIL
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	OBRAS
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PACIENTE ESPLENECTOMIZADO
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PLAN PREVENCIÓN Y CONTROL EPC
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PREPARACIÓN QUIRÚRGICA
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE MATERIAL CLÍNICO Y EQUIPOS

PROCESO	PROCEDIMIENTO
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PROFILAXIS EN MENINGITIS
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PROTOCOLO DE CONTROL MEDIOAMBIENTAL
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS QUIRÚRGICA
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PROTOCOLO DE USO DE GANTES
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PROTOCOLO MENINGITIS
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PROTOCOLO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PROTOCOLO PROFILAXIS ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI)
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	PROTOCOLO TRATAMIENTO ANTIFÚNGICO
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	USO MANGUITOS DESECHABLES
CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	VIGILANCIA INFECCIÓN HERIDA QUIRÚRGICA
DOCUMENTACIÓN CLINICA	ACCESO A LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN LOS CENTROS DE IDCSALUD
DOCUMENTACIÓN CLINICA	CONSENTIMIENTO INFORMADO
GESTIÓN DE PACIENTES	ADMISIÓN EN URGENCIAS
GESTIÓN DE PACIENTES	ATENCIÓN AL USUARIO-PACIENTE
GESTIÓN DE PACIENTES	CANALIZACIONES A OTROS CENTROS POR CARENCIA DE MEDIOS
GESTIÓN DE PACIENTES	CITACIONES
GESTIÓN DE PACIENTES	DERIVACIONES A OTROS CENTROS
GESTIÓN DE PACIENTES	FACTURACIÓN A TERCEROS
GESTIÓN DE PACIENTES	GESTIÓN COLAS. NEMOQ
GESTIÓN DE PACIENTES	GESTIÓN DE ADMISIONES
GESTIÓN DE PACIENTES	GESTIÓN DE CAMAS
GESTIÓN DE PACIENTES	LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

PROCESO	PROCEDIMIENTO
GESTIÓN DE PACIENTES	MANTENIMIENTO DE AGENDAS
GESTIÓN DE PACIENTES	MANUAL BÁSICO TELEOPERADOR
GESTIÓN DE PACIENTES	MANUAL USO SUPERVISOR
GESTIÓN DE PACIENTES	PROTOCOLO ACTUACIÓN INCIDENCIAS
GESTIÓN DE PACIENTES	REGISTRO DE ACTIVIDAD Y FACTURACIÓN
GESTIÓN DE PACIENTES	SOLICITUD CITA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA (SCAE)
GESTIÓN DE PACIENTES	SOSPECHA MALIGNIDAD ATENCIÓN PRIMARIA
GESTIÓN DE PACIENTES	SOSPECHA MALIGNIDAD INTERNO
GESTIÓN DE PACIENTES	TRANSPORTE SANITARIO TERRESTRE
HOSPITALIZACION	ACCESO AL REGISTRO DE INSTRUCCIONES PREVIAS
HOSPITALIZACION	ACOGIDA PACIENTE HOSPITALIZADO
HOSPITALIZACION	ACTUACIÓN ANTE ÉXITOS Y AMPUTACIÓN DE MIEMBROS
HOSPITALIZACION	ACTUACIÓN DE PACIENES INTERVENIDOS DE RESECCIÓN TRANSURETRAL
HOSPITALIZACION	ALTA HOSPITALARIA CON NUTRICION ENTERAL
HOSPITALIZACION	ANTITROMBOSIS MAXILOFACIAL
HOSPITALIZACION	ASEO PACIENTE ENCAMADO
HOSPITALIZACION	ASPECTOS JURÍDICOS. JEFE DE HOSPITAL
HOSPITALIZACION	CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS CENTRALES DE ACCESO PERIFÉRICO
HOSPITALIZACION	CANALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO VENOSA PERIFÉRICA
HOSPITALIZACION	CONCILIACIÓN MEDICACIÓN
HOSPITALIZACION	CONTINUIDAD CUIDADOS EN TRASTORNO MENTAL GRAVE INFANTO JUVENIL
HOSPITALIZACION	CONTINUIDAD EN TRANSTORNO MENTAL GRAVE ADULTOS
HOSPITALIZACION	CONTROL DE FÁRMACOS ESTUPEFACIENTES
HOSPITALIZACION	CORTISOL NOCTURNO
HOSPITALIZACION	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ICTUS
HOSPITALIZACION	CUIDADOS FRACTURA DE CADERA Y PTC
HOSPITALIZACION	DETECCIÓN PRECOZ RIESGO SOCIAL
HOSPITALIZACION	DOBLE CAJÓN
HOSPITALIZACION	DOLOR EN PACIENTE CON DEMENCIA

PROCESO	PROCEDIMIENTO
HOSPITALIZACION	DONACIÓN DE CADÁVER A LA FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITALIZACION	ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV)
HOSPITALIZACION	FIBRINOLISIS
HOSPITALIZACION	FICHA DE PROCESO HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL
HOSPITALIZACION	GESTIÓN RIESGO SUICIDA
HOSPITALIZACION	GUARDIAS MÉDICAS
HOSPITALIZACION	INDICADORES MEDICINA INTERNA
HOSPITALIZACION	INFORMACIÓN CLÍNICA
HOSPITALIZACION	INFORMACIÓN CLÍNICA PEDIATRÍA
HOSPITALIZACION	INGRESO PROGRAMADO
HOSPITALIZACION	INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA
HOSPITALIZACION	INSULINIZACIÓN SUBCUTANEA
HOSPITALIZACION	INTERCONSULTAS MEDICINA INTERNA
HOSPITALIZACION	LAVADO VESICAL
HOSPITALIZACION	LIMPIEZA DEL CALIENTA BIBERONES
HOSPITALIZACION	MANEJO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
HOSPITALIZACION	MANUAL JEFE DE HOSPITAL
HOSPITALIZACION	MANUAL SUPERVISOR DE GUARDIA
HOSPITALIZACION	METODOLOGÍA COMISIÓN MORTALIDAD
HOSPITALIZACION	MITOMICINA HOSPITALIZACIÓN
HOSPITALIZACION	PASE DE VISITA
HOSPITALIZACION	PASE DE VISITA PEDIATRÍA
HOSPITALIZACION	PREPARACIÓN BOX INTENSIVOS
HOSPITALIZACION	PREPARACIÓN PARA PRUEBAS RADIODIAGNOSTICAS SOLICITADAS DESDE HOSPITALIZACIÓN
HOSPITALIZACION	PREVENCIÓN CAIDAS
HOSPITALIZACION	PROCEDIMIENTO DE DILUCIONES FÁRMACOS EN PEDIATRÍA
HOSPITALIZACION	PROCEDIMIENTO DE PETICIÓN CELADOR
HOSPITALIZACION	PROCEDIMIENTO ESAD
HOSPITALIZACION	PROCEDIMIENTO INFORME AL ALTA

PROCESO	PROCEDIMIENTO
HOSPITALIZACION	PROCEDIMIENTO MOVILIZACIÓN Y CAMBIOS POSTURALES
HOSPITALIZACION	PROCEDIMIENTO ORDEN DE PRIORIDADES CELADORES
HOSPITALIZACION	PROFILAXIS DE NEFROPATÍA DE CONTRASTE
HOSPITALIZACION	PROFILAXIS ETV2
HOSPITALIZACION	PROGRAMA ANTITABACO. HOSP. PSIQUIATRICA
HOSPITALIZACION	PROTOCOLO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO PARA PACIENTES INGRESADOS CON ICTUS
HOSPITALIZACION	PROTOCOLO ESTREÑIMIENTO HRJC
HOSPITALIZACION	PROTOCOLO HEPARINA SÓDICA
HOSPITALIZACION	PROTOCOLO NEUMONÍA
HOSPITALIZACION	PROTOCOLOS HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
HOSPITALIZACION	PROTOCOLOS NEONATOLOGÍA
HOSPITALIZACION	PRUEBAS METABÓLICAS Y ADMINISTRACIÓN VACUNA HEPATITIS B
HOSPITALIZACION	RCP HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
HOSPITALIZACION	REGISTRO CONSUMO DE TABACO
HOSPITALIZACION	SONDAJE VESICAL
HOSPITALIZACION	SUJECCIÓN PREVENTIVA
HOSPITALIZACION	TOMA DE MUESTRAS
HOSPITALIZACION	TRABAJO PLANTA HOSPITALIZACION
HOSPITALIZACION	TRASLADO PACIENTE
HOSPITALIZACION	TRATAMIENTO DE LA HIPOCALCEMIA
HOSPITALIZACION	TRATAMIENTO INFECCIONES RESIDENCIAS
HOSPITALIZACION	TRATAMIENTO INVOLUNTARIO
HOSPITALIZACION	UNIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES CON TELEMETRÍA
HOSPITALIZACION	VALORACION DOLOR
HOSPITALIZACION	VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA
SEGURIDAD PACIENTES	ANALISIS INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS
SEGURIDAD PACIENTES	IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES
SEGURIDAD PACIENTES	PROCEDIMIENTO PARA EL CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES VERBALES MÉDICAS
URGENCIAS	1ª CRISIS COMICIAL EN URGENCIAS

PROCESO	PROCEDIMIENTO
URGENCIAS	ACOGIDA PACIENTE URGENCIAS
URGENCIAS	ACTUACIÓN ANTE HEMATOMAS EN ANTICOAGULADOS
URGENCIAS	ACTUACIÓN ANTE INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS
URGENCIAS	ACTUACIÓN ANTE PACIENTE POLITRAUMATIZADO
URGENCIAS	ACTUACIÓN EN CASO DE DETERMINACIÓN DE TÓXICOS CON REPERCUSIÓN MÉDICO LEGAL
URGENCIAS	ACTUACION EXPOSICIÓN DE RIESGO VIH VHB VHC
URGENCIAS	ACTUACIÓN FRENTE A CASOS SOSPECHOSOS DE ENFERMEDAD POR VIRUS DE EBOLA (EVE)
URGENCIAS	ACTUACIÓN TRIAJE EN URGENCIAS
URGENCIAS	ALERTA DE HEMODINÁMICA. ANGIOPLASTIA PRIMARIA
URGENCIAS	ANALGESIA EN TRIAJE
URGENCIAS	ATENCIÓN ANTE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
URGENCIAS	BOX VITAL
URGENCIAS	CAMBIO DE GUARDIA EN URGENCIAS
URGENCIAS	COLABORACION CON FUERZAS DE SEGURIDAD
URGENCIAS	CUSTODIA OBJETOS PERSONALES PACIENTES
URGENCIAS	DESPLAZAMIENTO DE ESPECIALISTAS A URGENCIAS
URGENCIAS	DIALISIS PERITONEAL URGENCIAS
URGENCIAS	ENTREGA DE MEDICACIÓN AL ALTA. ATENCIÓN ADULTOS
URGENCIAS	ENTREGA DE MEDICACIÓN AL ALTA. ATENCIÓN PEDIÁTRICA
URGENCIAS	FICHA DE PROCESO ATENCIÓN URGENTE PEDIÁTRICA
URGENCIAS	FICHA DE PROCESO URGENCIAS ADULTO
URGENCIAS	FRACTURA DE CADERA
URGENCIAS	MANUAL FUNCIONAMIENTO SERVICIO URGENCIAS
URGENCIAS	PACIENTE ONCOLÓGICO EN URGENCIAS
URGENCIAS	PARADA PEDIÁTRICA
URGENCIAS	PARTE DE LESIONES
URGENCIAS	PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIO ANTE INCIDENTE CON MÚLTIPLES LESIONADOS Y CATÁSTROFES EXTERNAS
URGENCIAS	PROCEDIMIENTO DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS

PROCESO	PROCEDIMIENTO
URGENCIAS	PROCEDIMIENTO PARA LA RECOGIDA DE MUESTRAS PARA UROCULTIVO EN URGENCIAS
URGENCIAS	PROTOCOLO COMÚN SEDOANALGESIA EN PEDIATRÍA
URGENCIAS	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL ICTUS EN FASE AGUDA
URGENCIAS	PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL ICTUS EN FASE AGUDA MEDIANTE TELEMEDICINA
URGENCIAS	PROTÓXIDO DE NITRÓGENO EN URGENCIAS
URGENCIAS	PRUEBAS RADIOLOGICAS PACIENTES OTRO CENTRO
URGENCIAS	SUSTANCIAS ILEGALES EN EL ORGANISMO
URGENCIAS	TRASLADO DE PACIENTES DE URGENCIAS A HOSPITALIZACIÓN
URGENCIAS	TRIAJE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS
USO DE LA SANGRE	ACTUACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSFUSIÓN ANTE TRANSFUSIÓN URGENTE Y HEMORRAGIA MASIVA
USO DE LA SANGRE	CIRCUITO TRANSFUSIONAL EN PEDIATRÍA
USO DE LA SANGRE	CIRCUITO TRANSFUSIONAL EN URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN
USO DE LA SANGRE	CIRCUITO TRANSFUSIONAL PACIENTE QUIRÚRGICO
USO DE LA SANGRE	FICHA DE PROCESO DONACIÓN DE SANGRE
USO DE LA SANGRE	FICHA DE PROCESO ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS
USO DE LA SANGRE	FICHA DE PROCESO HEMOVIGILANCIA EN LA DONACIÓN
USO DE LA SANGRE	FICHA DE PROCESO HEMOVIGILANCIA EN LA TRANSFUSIÓN
USO DE LA SANGRE	FICHA DE PROCESO TRANSFUSIÓN DE SANGRE
USO DE LA SANGRE	PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN DE UNIDADES AL CTCM
USO DE LA SANGRE	TESTIGOS DE JEHOVÁ

5 ANÁLISIS DE LA DEMANDA

5.1 ANÁLISIS DE LA DEMANDA. PERFIL DE LA POBLACIÓN DE REFERENCIA

El Hospital de Móstoles se ubica en el municipio de Móstoles dando atención sanitaria especializada a la población del marco poblacional de referencia.



La población de marco población de referencia a 31 de Diciembre de 2014, de 173.128 habitantes, según datos de las Tarjetas Sanitarias Individuales (TIS), presentando una distribución por centros y consultorios locales como se refleja en la siguiente tabla:

ZBS	Municipio	TSI (31.12.2014)	Centro Ap	Hospital de referencia	
Cadalso de los Vidrios	Cadalso de los Vidrios, Rozas de Puerto Real, Canicentos	5.076	C.S Cadalso de los Vidrios CL Cenicientos; CL Rozas de puerto Real	Hospital Universitario Rey Juan Carlos	
San Martín de Valdeiglesias	San Martín de Valdeiglesias, Pelayos de la Presa	10.060	C.S. San Martí de Valdeiglesias CL Pelayos de la Presa		
Villa del Prado	Villa del Prado, Aldea del Fresno	8.250	C.S.Villa del Prado CL Aldea del Fresno		
Navalcarnero	Navalcarnero, Villamantilla, El Álamo, Villamanta, Sevilla la Nueva, Villanueva de Perales	39.810	CS Navalcarnero CL El Álamo, CL Villamanta, CI Villanueva de Perales		
Villaviciosa de Odón	Villaviciosa de Odón	27.319	CS Villaviciosa de Odón		
Navas del Rey	Navas del Rey, Colmenar del Arroyo, Chapinería	5.413	CS Navas del Rey CL Chapinería, CL Colmenar del Arroyo		
Presentación el Sabio	Móstoles	35.654	CS Presentación Sabio		
La Princesa		15.025	CS La Princesa		
Barcelona		26.521	CS barcelona		
Total TSI		173.128			

Las características que rigen el marco poblacional son las siguientes:

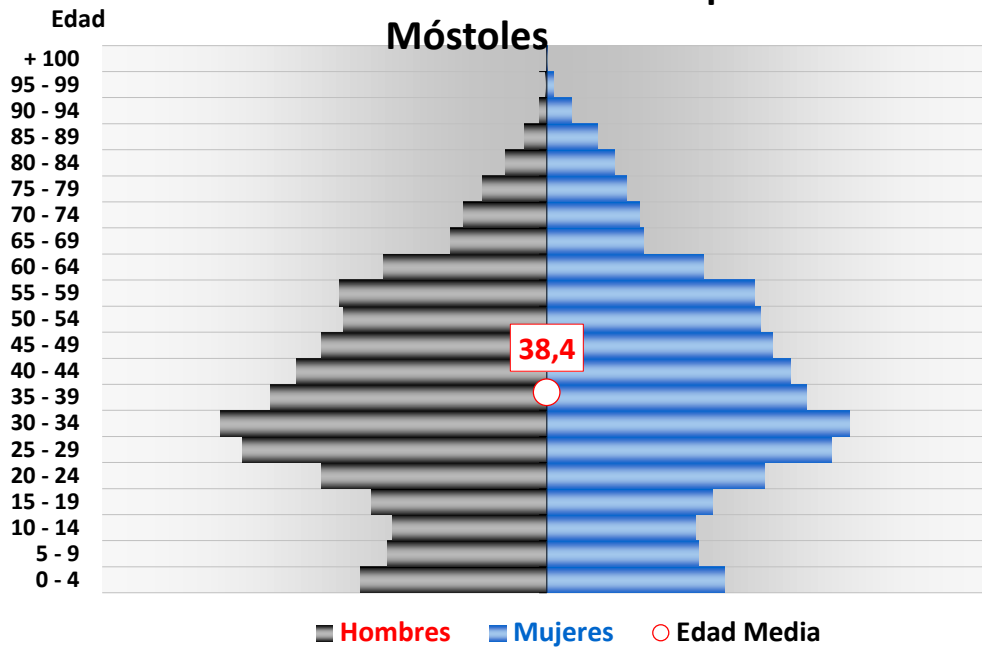
Se trata de un distrito sanitario de configuración mixta, compuesto por municipios metropolitanos y rurales.

Constituye un ámbito de expansión, tanto de reciente evolución demográfica como por las previsiones a corto y medio plazo.

Se caracteriza por una población algo más joven que la de la Comunidad de Madrid en su conjunto: 38,4 años frente a 39,2 de la Comunidad de Madrid. Sin embargo la estructura de la población del Hospital U. Rey Juan Carlos presenta diferencias significativas con la estructura poblacional de la Comunidad de Madrid:

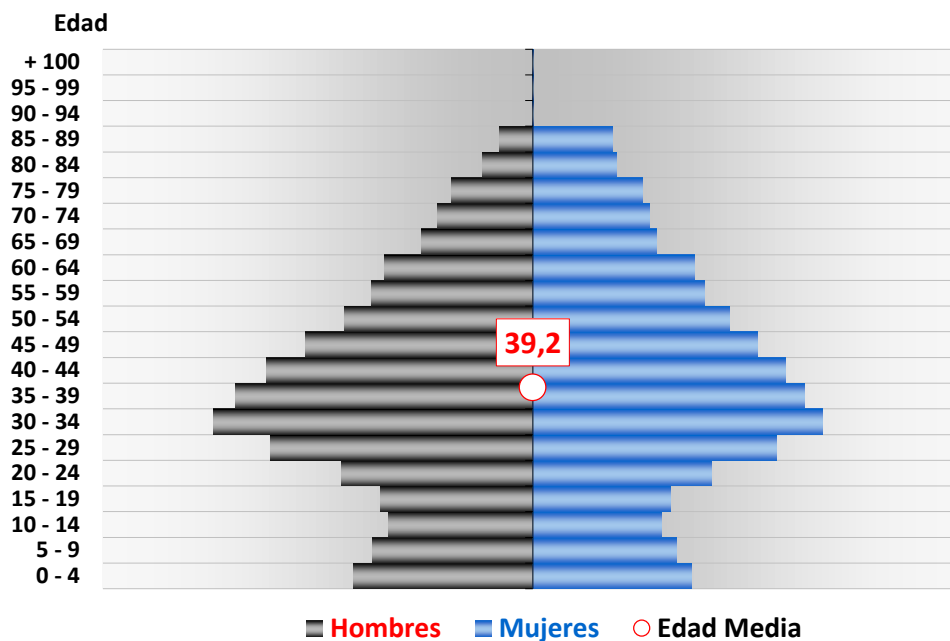
- menor proporción de población mayor de 60 años
- mayor población del tramo de edad de 50 a 60
- mayor peso de la población joven

Población de referencia nuevo Hospital de



(Datos 2008)

Población C. Madrid 1 enero 2009



La evolución demográfica del ámbito de influencia ha sido desigual en los últimos años. Móstoles ha experimentado crecimientos similares a los de la Comunidad de Madrid en su conjunto, con incrementos medios entre el 1% y 3,5% anual durante los últimos diez años.

Población y hogares - Estructura y evolución
Evolución de la población empadronada

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
var(%)		1,1%	1,2%	3,2%	2,9%	3,5%	1,5%	2,7%	0,7%	1,2%
Total	5.091.336	5.145.325	5.205.408	5.372.433	5.527.152	5.718.942	5.804.829	5.964.143	6.008.183	6.081.689
Hombres	2.444.267	2.472.682	2.504.748	2.585.648	2.663.808	2.761.075	2.806.631	2.888.049	2.908.748	2.947.554
Mujeres	2.647.069	2.672.643	2.700.660	2.786.785	2.863.344	2.957.867	2.998.198	3.076.094	3.099.435	3.134.135
var(%)		-8,2%	109,4%	29,1%	22,4%	32,9%	18,4%	10,0%	2,6%	18,0%
Extranjeros	147.175	135.060	282.870	365.135	446.893	594.130	703.343	773.833	793.985	937.171

Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

No obstante, dadas las actuales condiciones socio-económicas en las que queda patente una disminución del ritmo de crecimiento de población, a la hora de valorar la evolución en años futuros se prevé un **crecimiento estimado de TIS de un 1% anual**. De tal manera, la población estimada para el año 2011 y el año 2017 sería:

ZBS	2.011	2.017
Cadalso de los Vidrios	5.180	5.499
San Martín de Valdeiglesias	10.266	10.897
Villa del Prado	8.419	8.937
Navalcarnero	40.626	43.125
Villaviciosa de Odón	27.879	29.594
Navas del Rey	5.523	5.863
Presentación Sabio	36.384	38.622
La Princesa	15.333	16.276
Barcelona	27.064	28.729
Total TIS	176.674	187.543

Esta población prevista es la que se tiene en cuenta a la hora de planificar la gestión de los servicios sanitarios objeto del contrato. Dicha gestión considera los parámetros de libre elección, accesibilidad geográfica y calidad en la atención para las personas que necesiten atención sanitaria, compatibilizando las bases normativas que puedan existir en cada momento.

El Modelo del Hospital U. Rey Juan Carlos está fundamentado en la experiencia en gestión del Grupo hospitalario y está orientado a cumplir una serie de requisitos en cuanto a la calidad de las prestaciones y la idónea utilización de los recursos, todo ello orientado a una total satisfacción del paciente, y adaptado a las necesidades específicas de la población de referencia asignada y al conjunto de la sociedad:

- **Hospital accesible:** preparado para dar respuesta a los problemas de salud de la población de la zona que requieran atención sanitaria especializada en hospitalización médica, quirúrgica, obstétrica, pediátrica y de críticos a través de una cartera de servicios completa, con unas urgencias con una elevada especialización médica como se desprende de los servicios de urgencia propuestos en el apartado y con profesionales altamente cualificados e instrumentos de gestión que garanticen la accesibilidad en tiempos de demora mínimo a los servicios demandados.
- **Hospital eficiente:**
 - con una estructura de recursos y dotación tecnológica orientada a resolver en el menor espacio de tiempo y con las mayores garantías de seguridad clínica, los procesos diagnósticos, terapéuticos y en general cualquier problema de salud a los que tiene que dar respuesta.
 - Permite fomentar la centralización y compartir recursos.
 - Permite la externalización de servicios no core.
 - Promueve la salud a través de la minimización del impacto ambiental y de la racionalización de la utilización de la energía, agua,...
- **Hospital integrado:** perfectamente comunicado y que se coordina con los recursos sanitarios de la zona, tanto otros hospitales como con Atención Primaria, y también de fuera de su entorno más próximo.
- **Hospital flexible:** responde a la demanda habitual de la población que atiende pero es capaz de adaptarse manteniendo los niveles de calidad y resultados exigidos a los incrementos estacionales de población de la zona o por razón de mayor afluencia de pacientes de fuera de zona bajo el marco de la libre elección. Tras los primeros 3 años de actividad, la atención a pacientes de fuera de zona se ha visto incrementada, de tal manera que en el ejercicio 2014 supuso el 30% de la actividad total del hospital.

H.U. REY JUAN CARLOS

ACTIVIDAD LIBRE ELECCION 2014

<i>CONSULTAS</i>	<i>92.513</i>
<i>HOSPITALIZACIÓN</i>	<i>4.067</i>
<i>HOSPITAL DE DÍA</i>	<i>2.976</i>
<i>CIRUGÍA AMBULATORIA</i>	<i>4.010</i>
<i>TÉCNICAS</i>	<i>49.487</i>
<i>FARMACIA</i>	<i>584</i>
<i>URGENCIAS</i>	<i>31.680</i>
<i>OPQFQ</i>	<i>1.877</i>
<i>OTROS</i>	<i>1.038</i>

- **Hospital funcional:** permite la diferenciación de circulaciones de pacientes, recursos y limpio y sucio.
- **Hospital preparado para el futuro:** con capacidad de crecimiento y de adaptación a problemas derivados del cambio de hábitos y en las edades de la población de referencia.

5.2 GRADO ESPERADO DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS

Para la previsión de la actividad del Hospital U. Rey Juan Carlos se estiman unas tasas de crecimiento de actividad alrededor del 12% entre pacientes de zona y no zona.

El dimensionamiento de espacios y recursos está basado en dichas proyecciones de actividad y disponibles desde la puesta en funcionamiento del hospital, si bien, en base a nuestra experiencia, el primer año de funcionamiento del hospital es previsible que el porcentaje de atracción del área vaya incrementándose paulatinamente sobre todo en consultas externas a años sucesivos en los que el despliegue e implantación del hospital en el área de referencia será total.

Las premisas y elementos estratégicos que se han considerado para estimar la actividad y recursos necesarios son:

1. La actividad ambulatoria como base fundamental de la estructura hospitalaria.

El incremento progresivo y exponencial de las formas de atención que no requieren ingreso en hospitalización convencional constituye el carácter más notable de la evolución de las estructuras hospitalarias. Existe un enfoque claro que contempla el incremento en las actividades diagnósticas y terapéuticas sin ingreso y la disminución en la necesidad de camas hospitalarias convencionales.

2. La actividad en policlínica de consultas externas

En esa línea de trabajo, la actividad en policlínica de consultas externas es un elemento fundamental tanto por volumen de pacientes que acuden a ellas como por la actividad que se desarrolla, que exige la dotación adecuada de espacios de consulta que permitan un ejercicio profesional individualizado y de calidad, con la presencia de áreas de recepción y admisión caracterizadas por niveles óptimos de confort, intimidad y facilidades para los ciudadanos.

Asimismo, el hospital está de la organización y recursos necesarios para realizar **Consultas de Alta Resolución** en aquellas Especialidades que realizan sus propias pruebas diagnósticas, o bien que precisan de estudios complementarios de Diagnóstico por Imagen que no requieren preparación previa. La ventaja para el paciente es que no se precisan numerosas visitas al Hospital, y que el proceso puede quedar resuelto de forma inmediata. Supone un cambio en el paradigma organizativo, puesto que significa no cubrir complementariamente las agendas con citas programadas, y dejar espacios para este tipo de actividad.

El principio de Alta Resolución se puede aplicar a Primeras Consultas o a Revisiones. Es utilizable en Especialidades como:

- Aparato Digestivo
- Alergología
- Cardiología
- Neumología

- Neurología
- Cirugía General
- Dermatología
- Oftalmología
- ORL
- Traumatología
- Ginecología y Obstetricia

El objetivo es que el 30% de las primeras consultas se realicen en régimen de Consulta única

3. La actividad en los servicios técnico asistenciales de diagnóstico y terapéutica intervencionista

La presencia del equipamiento adecuado y que incorpore la tecnología más avanzada para el diagnóstico interviene de forma decisiva en los tiempos de espera diagnóstica y en la calidad de la atención. Constituye, por tanto, un elemento clave en el cálculo de las necesidades funcionales. Además, es imprescindible considerar un diseño abierto de estos espacios para permitir la incorporación rápida de nueva tecnología resolutive.

4. La actividad asistencial en unidades especiales de ingreso

El creciente desarrollo de determinadas fórmulas de atención, como la hospitalización de día para enfermos oncológicos, hematológicos, geriátricos, psiquiátricos y las unidades de cirugía sin ingreso y cirugía mayor ambulatoria, se encuentra ya perfectamente consolidado, lo cual hace relevante la incorporación de estos importantes elementos dentro del nuevo Hospital.

5. El desarrollo de sistemas multihospitalarios y la optimización de recursos

La presencia de estructuras hospitalarias en la proximidad del hospital (Hospital de Móstoles y Fundación Hospital de Alcorcón) debe permitir la posibilidad de compartir recursos en caso necesario y de organizar y resolver los procesos de enfermedad con un protocolo común para las actuaciones previstas. Por tanto, la gestión del nuevo Hospital debe incluir las herramientas necesarias para permitir la estrecha coordinación de recursos.

6. La necesaria coordinación y aprovechamiento de recursos con atención primaria

Es necesario que el modelo de gestión del nuevo Hospital prevea la participación, colaboración y utilización de recursos de atención primaria en determinadas áreas del funcionamiento del hospital. Esta orientación debe traducirse en un diseño que posibilite la integración de recursos y la participación activa e integrada de los profesionales sanitarios de todos los niveles de atención.

7. Un enfoque fundamental y claro dirigido al ciudadano

El Plan Funcional del Hospital de Móstoles como ocurre en el resto de hospitales del Grupo hospitalario, se entiende desde la perspectiva del ciudadano, y por tanto, desde sus necesidades y demandas. Es básico incorporar los elementos y dotaciones que garanticen un nivel de excelencia en la calidad de la atención. Este enfoque exige actuaciones como:

- **Demoras mínimas** que garanticen una completa accesibilidad al hospital tanto en urgencias, consultas como en intervenciones programadas (LEQ).
- Dotación de **habitaciones dobles de uso individual** que incorporen elementos de confort tanto para el paciente como para el acompañante.
- Consultas externas con espacios que garanticen la **intimidad y el confort**.

- Organización en área ambulatoria adecuada para **minimizar las demoras en ser atendidos**. Objetivo de 15 minutos de espera máximo en consultas y gabinetes.
- **Organización del servicio de urgencias** que, de acuerdo a la prioridad por nivel de gravedad del paciente, permita atender en el tiempo establecido según protocolos del nuevo estableciendo mecanismos continuos de comunicación (verbal y con dispositivos electrónicos) a familiares en el transcurso del proceso urgente.
- **Facilidades en los procesos de citación y gestión administrativa** ya sea de forma presencial como telemática (citación on-line web) o telefónica bidireccional (envío de SMS, e-mail,..) siempre cumpliendo con la normativa de protección de datos.
- **Facilidades en la información** tanto clínica como administrativa.
- **Facilidades en el acceso** e identificación de las diferentes áreas hospitalarias.
- **Sistemas visuales de avisos** en zonas de acceso y espera. Avance de los turnos de espera en los puntos de admisión o información donde sea necesario.
 - Avance de los turnos de espera en las salas de espera de consulta, para lo cual el ciudadano con cita previa habrá tenido que previamente identificarse en un dispensador automático o punto de admisión donde habrá obtenido su ticket de espera.
 - Avisos a familiares de pacientes en urgencias o quirófanos, en las salas de espera de estas unidades. Para ello se utilizarán identificadores solo reconocibles por los destinatarios del mensaje.

8. Un modelo hospitalario de carácter flexible con capacidad de adaptación y expansión en el futuro

Los profundos elementos de cambio en la organización y gestión de los procesos hospitalarios y los cambios posibles en la demanda de servicios obligan a diseños caracterizados por la flexibilidad, la presencia de espacios de uso múltiple, la ampliación fácil de nuevos espacios y la articulación ágil y funcionalmente óptima entre los diferentes elementos que componen el hospital. Así se concibe el Hospital U. Rey Juan Carlos; con capacidad para adaptarse a necesidades futuras.

9. Un diseño que incorpora elementos de integración con el medio ambiente y responde a una adecuada gestión de recursos

La incorporación de tecnologías dirigidas a conseguir un adecuado uso de la energía, del tratamiento de los residuos, etc., está muy presente en el diseño del Hospital U. Rey Juan Carlos.

10. Una estructura que permite el acceso y la utilización de las nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías en la práctica médica, como la telemedicina, deben figurar en la estructura y en el funcionamiento de este nuevo centro hospitalario. Asimismo, la posibilidad de acceso y comunicación de los pacientes y de los centros de salud de atención primaria con los hospitales es una de las claves para instaurar un tipo de procedimientos de comunicación rápido y eficaz. El Hospital U. Rey Juan Carlos ha implantado todos los componentes

informáticos necesarios para dotar a los profesionales sanitarios de Atención Primaria de acceso on-line a la Historia Clínica del Hospital de sus pacientes.

Asimismo, se implantará como en el resto de hospitales del Grupo hospitalario un sistema de **RIS-PACS** para el servicio de radiología y los componentes necesarios para la informatización y gestión de pruebas y resultados de otros servicios ya sean imágenes o vídeos (ecografías, electrocardiogramas, ...).

A continuación, se presentan las previsiones de actividad para los años 2011 (terminación de la construcción y posterior puesta en funcionamiento) y 2017 siguiendo la línea establecida en los pliegos.

HOSPITALIZACIÓN GLOBAL

La necesidad de camas prevista en el plan Funcional son de 260 con una Estancia Media cercana a 5 días. No obstante, por la experiencia del Grupo hospitalario en gestión de otros centros hospitalarios de alta complejidad, la **Estancia Media consideramos que podría ser cercana a 6 días** con un % de ocupación del 85% alcanzando la **necesidad inicial en el primer año de funcionamiento del hospital de 235 camas**.

La **estancia media** es uno de los indicadores que mejor refleja la **eficiencia de la actividad** de un hospital porque permite observar que un proceso hospitalario, médico o quirúrgico, se ha resuelto correctamente en el menor tiempo posible.

La reducción de la estancia media hospitalaria supone también un indicador de la mejora en la calidad de la asistencia, se trata de resolver el problema del paciente cuanto antes.

La optimización e la Estancia Media en el Hospital se pueden producir con una actuación global y coordinada de muchos estamentos del Hospital.

En este sentido las líneas de trabajo del Grupo hospitalario son las siguientes:

1. Gestión específica desde la Dirección:

- Apostar por una Cartera de Servicios basada en que somos mejores, en que nuestros resultados son más eficientes.
- Apuesta y potenciación de la Cirugía Mayor Ambulatoria: factor clave en la gestión moderna de los hospitales.
- Importancia del desarrollo de otras alternativas a la hospitalización:

2. Hospitales de día

3. Unidades médicas de corta estancia

- Unidades de cuidados intermedios
- Consultas y pruebas de alta resolución
- Hospitalización a domicilio
- Centros y alternativas de derivación para crónicos

4. Desarrollar Vías o Guías de práctica clínicas, protocolos y procedimientos consensuados con los profesionales, que han demostrado su efectividad en la reducción de ingresos o estancias inadecuados, a través de la protocolización de actuaciones médicoquirúrgicas apropiadas y de la coordinación entre servicios.

5. **Alto nivel de equipamiento tecnológico** que permita ser muy resolutivo en diagnósticos y tratamientos.
6. **Concertación de camas con Hospitales de crónicos y Residencias asistidas.** Desarrollo y mejora de la derivación sociosanitaria con Hospitales de crónicos, Residencias, o mediante alternativas tipo ayuda o asistencia domiciliaria, etc.
7. **Desarrollo de un Plan de Calidad Total que permita, entre otros, el control de estancias inapropiadas a través del seguimiento de indicadores de infecciones hospitalarias** (heridas quirúrgicas, nosocomiales, etc.), de estancias pre y postoperatorias, de información sobre satisfacción de pacientes, etc.
8. **Un Sistema de Información que permita monitorizar los indicadores específicos de la gestión clínica diaria** (estancia media, índice de ocupación, presión de urgencias, tiempos quirúrgicos, reingresos, etc.)
9. **Trabajar con Sistemas de Clasificación de Pacientes (GRDs):** Nos informan sobre el tipo de pacientes atendidos en cada servicio (casuística), cuál es la estancia media para cada uno de ellos y cuál es la diferencia de estancias que generamos cuando nos comparamos con los estándares de cada GRD. El tratamiento de la información nos permite ver el comportamiento de nuestras estancias y del índice de complejidad, que a igualdad de funcionamiento, nos compara la casuística del hospital con la casuística del estándar. Permiten ver nuestra evolución a lo largo del tiempo, proporcionando información que nos puede ser útil para orientar nuestra cartera de servicios.
10. **Reducir la estancia media y mejorar la actividad no es posible sin el** compromiso de todos los profesionales del hospital.
11. **Gestión desde los Servicios o Puertas de entrada:** Eficacia y eficiencia de los Servicios de Urgencias y Admisión de pacientes.
12. **Adecuación de ingresos, filtro de hospitalizaciones inadecuadas:** Vías clínicas, guías, protocolos, etc.
 - Derivación a otros centros: protocolos y procedimientos de derivación.
 - Coordinación entre niveles asistenciales (primaria, especializada, hospitales, etc.).
 - Adecuación de los recursos.
 - Gestión de las listas de espera.
 - Mejora en la rotación y gestión de camas.
13. **Gestión desde los Servicios: Eficacia y eficiencia.**
 - **Servicios Médicos**
 - Desarrollo y potenciación del uso de las Vías clínicas.
 - Control de la adecuación de ingresos.
 - Control de la adecuación de estancias.
 - Coordinación entre Servicios (traslados, pruebas, interconsultas, asistencia social, etc.), para la mejor resolución de pruebas diagnósticas y terapéuticas que faciliten la toma de decisiones médicas.
 - Control de las infecciones nosocomiales y otras complicaciones (úlceras por decúbito, vías, sondas, etc.): Coordinación con enfermería.
 - **Servicios Quirúrgicos:**

- Desarrollo y potenciación del uso de Vías clínicas.
- Gestión y programación de quirófanos: anulaciones, tiempos muertos, etc.
- Mayor peso de la actividad programada sobre la urgente.
- Ambulatorización de preoperatorios: pruebas, control tratamientos, etc.
- Control de adecuación de estancias: Disminuir las estancias pre y postoperatorias.
 - o Control de ingresos programados prematuros.
 - o Coordinación entre Servicios (preanestesia, traslados, pruebas, interconsultas, asistencia social, rehabilitación, etc.).
 - o Mejorar la resolución de pruebas diagnósticas y terapéuticas que faciliten la toma de decisiones médicas.
 - o Control de infecciones de heridas y otras complicaciones postoperatorias: Coordinación con enfermería.
- **Servicios Centrales:**
 - Desarrollo y potenciación del uso de Vías clínicas.
 - Control de adecuación de pruebas.
 - Programación de pruebas.
 - Ambulatorización de pruebas, que reducen porcentaje de estancias inadecuadas.
 - Adecuación de los recursos.
 - Coordinación entre Servicios (preanestesia, radiología, laboratorios, pruebas, farmacia, etc.).

AUMENTO DE DEMANDA

En previsión del aumento de demanda a medio plazo con necesidad de mayor dotación de recursos y dando respuesta en todo momento al Plan Funcional descrito en el PPT, el proyecto constructivo desarrollado en el apartado B de este SOBRE dota al hospital de capacidad suficiente para disponer de hasta **294 habitaciones dobles de uso individual**:

CAPACIDAD NUEVO H. MÓSTOLES		
PLANTA	Area	Camas
Tercera	Gine y obstetricia	20
	Neonatalogía	18
	Convencional	30
Cuarta	Convencional	30
	Pediátrica	21
Quinta	Convencional	60
Sexta	Convencional	60
Séptima	Convencional	30
	Psiquiatria	25

294

La demanda aumenta estacionalmente o de forma sostenida en el tiempo por motivos como:

- picos de demanda estacional,
- una posible mayor utilización de los servicios del Hospital U. Rey Juan Carlos por parte de población fuera del área de referencia en el marco de la libre elección.

- una posible atracción de determinados servicios hospitalarios del Hospital U. Rey Juan Carlos sobre poblaciones del entorno próximo, independientemente del área de población adscrita al mismo.
- el incremento natural de la población de la zona de influencia.
- Incremento progresivo de frecuentación, basada en el análisis de series históricas de actividad y referencias internacionales en los países con similares sistemas de atención sanitaria.

Distribución del número de camas por áreas clínicas

Dada la actividad prevista y características del nuevo centro hospitalario, las camas destinadas a la hospitalización de los pacientes se distribuirán y habilitarán de acuerdo a como se especifica en el Plan Funcional aportado como Anexo del PPT.

Área de hospitalización

- Hospitalización convencional: 210 camas
- Pediatría/neonatología: 18 (6 cunas, 8-10 incubadoras, 2 puestos aislados)
- Psiquiatría: 25
- Ginecología/obstetricia: 20 camas

UCI: 18 camas previstas.

La distribución de altas entre los servicios es la siguiente:

	H.U. REY JUAN CARLOS 2014			H.U. REY JUAN CARLOS 2018		
	ALTAS	EST. MED.	EST. TOTAL	ALTAS	EST. MED.	EST. TOTAL
TOTAL HOSPITALIZACION	14.017	5,30	74.273	15.699	5,30	83.205
ESPECIALIDADES MÉDICAS	5.473	6,27	34.318	6.130	6,27	38.434
CARDIOLOGÍA - H	505	4,21	2.124	566	4,21	2.381
DIGESTIVO - H						-
ENDOCRINOLOGÍA - H	15	4,93	74	17	4,93	83
GERIATRIA - H	160	7,57	1.211	179	7,57	1.357
HEMATOLOGÍA CLÍNICA - H	94	8,31	781	105	8,31	875
MEDICINA INTERNA - H	3.749	6,14	23.002	4.199	6,14	25.781
NEFROLOGÍA - H	110	8,93	982	123	8,93	1.100
NEUMOLOGÍA - H	229	7,48	1.712	256	7,48	1.918
NEUROLOGÍA - H	491	7,29	3.580	550	7,29	4.009
ONCOLOGÍA MÉDICA - H	112	7,33	821	125	7,33	919
ONCOLOGIA RADIOTERÁPICA - H	8	3,88	31	9	3,88	35
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	5.388	4,79	25.801	6.035	4,79	28.906
ANESTESIA / REANIMACIÓN - H				-		-
CIRUGÍA CARDIACA - H	56	11,98	671	63	11,98	751
CIRUGÍA GRAL. Y DIGESTIVO - H	2.019	4,59	9.261	2.261	4,59	10.379
CIRUGÍA MAXILOFACIAL - H	120	4,50	540	134	4,50	605
CIRUGÍA PEDIÁTRICA - H	63	3,44	217	71	3,44	243
CIRUGÍA PLÁSTICA - H	53	2,77	147	59	2,77	164
CIRUGÍA TORÁCICA - H	156	5,79	904	175	5,79	1.012
CIRUGÍA VASCULAR/ANGIOL. - H	166	7,07	1.173	186	7,07	1.314
DERMATOLOGÍA - H	16	3,94	63	18	3,94	71
GINECOLOGÍA - H	275	2,48	681	308	2,48	764
NEUROCIRUGÍA - H	173	7,87	1.362	194	7,87	1.525
OFTALMOLOGÍA - H	19	2,63	50	21	2,63	56
OTORRINOLARINGOLOGÍA - H	436	3,24	1.411	488	3,24	1.582
TRAUMATOLOGÍA Y C.ORTOP. - H	1.836	5,08	9.321	2.056	5,08	10.446
ALERGOLOGÍA - H	12	0,50	6	13	0,50	7
CIRUGÍA GRAL. Y DIGESTIVO - D	1	2,00	2	1	2,00	2
NEONATOLOGÍA - H	281	3,53	992	315	3,53	1.111
OBSTETRICIA - H	1.693	2,69	4.546	1.896	2,69	5.101
PEDIATRÍA GENERAL - H	600	3,09	1.852	672	3,09	2.076
PSIQUIATRIA - H	496	12,56	6.230	556	12,56	6.977
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	73	7,21	526	82	7,21	589

ÁREA DE URGENCIAS

Para realizar el cálculo de necesidades estructurales del Área de Urgencias, se han utilizado los datos de frecuentación de años anteriores de los hospitales que actuaban como referencia para la población objeto de estudio. Se ha obtenido una media de frecuentación de urgencias de 500/1.000 habitantes.

No obstante, dado que se prevé una completa capacidad de atracción del área de referencia, junto con unos mejores niveles de accesibilidad se refiere medido en tiempos de espera, instalaciones nuevas y la amplia cartera de servicios del hospital y de cobertura de urgencias en cuanto a especialidades se refiere, se estima que la frecuentación puede situarse al inicio de la actividad en lo estimado en el pliego 372 urgencias por cada 1.000 habitantes hasta situarse **al finalizar el año de explotación en 510/1.000 habitantes pudiendo alcanzar en 2017 las 112.000 urgencias atendidas** de las cuales un 20% se estima puedan ser pediátricas, un 10% de ginecología y obstetricia y el resto serían las urgencias de adultos médicas y quirúrgicas..

Teniendo en cuenta estos datos se diseña un área de urgencias en espacios y organización para atender hasta 300 urgencias diarias los primeros años de funcionamiento.

Distribución de las urgencias atendidas por especialidad:

	TOTAL 2014	PREVISTO 2018
TOTAL URGENCIAS	110.883	126.744
URGENCIAS ADULTOS	85.511	98.835
GINECOLOGÍA - U	3.555	4.266
OBSTETRICIA - U	6.397	7.676
PSIQUIATRIA - U	1	1
TRAUMATOLOGÍA Y URGENCIAS	1.728	1.987
URGENCIAS PEDIÁTRICAS	25.372	27.909

El área de urgencias debe caracterizarse por la rápida recepción del paciente, su identificación, clasificación según el sistema de triaje implantado y su paso a box de exploración y tratamiento o a la zona de Consultas Rápidas.

Se prevén los siguientes puestos:

- Consulta de Triaje (clasificación clínica): 1
- Box parada: 1
- Consulta rápida: 4
- Box exploración: 13 + 1 asistido
- Box trauma: 2
- Box especialidades: 2
- Box exploración ginecológica: 1
- Salas de tratamiento: 1
- Sala de curas: 1
- Sala de yesos: 1
- Puestos de observación: 18
- Box de espera vigilada: 19

Además se ubicarán zonas de estar diferenciadas para acompañantes: una en el acceso a obstetricia y ginecología, una en pediatría y una para el resto de urgencias de adulto.

ÁREA QUIRÚRGICA

Para hacer la previsión de actividad quirúrgica se ha tenido en cuenta la actividad quirúrgica del Hospital de Móstoles y de la FHA así como la previsión de actividad del Hospital U. Rey Juan Carlos.

Además para establecer la estructura necesaria para el Bloque Quirúrgico, se ha tenido en cuenta distintos factores, como disponibilidad horaria media quirúrgica, tiempo medio por intervención, tiempos muertos por cambio paciente, limpieza, número de días hábiles para el caso de la cirugía programada, frecuentación constante en el tiempo y una ocupación del 80%.

Con todas estas variantes se ha obtenido una distribución de la actividad quirúrgica por servicio como se refleja en la siguiente tabla, distinguiendo la cirugía que requiere ingreso de la cirugía ambulatoria.

Con esta información la necesidad de quirófanos son:

Unidad de Cirugía con Ingreso

- Unidad de Cirugía con Ingreso programada : hasta 6 quirófanos
- Cirugía urgente: 1 quirófano de urgencias

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

- Bloque quirúrgico de cirugía programada: hasta 6 quirófanos

Área Obstétrica

- 6 Paritorios, 1 preparado para realizar cesáreas.

CONSULTAS EXTERNAS Y GABINETES

En la actualidad un elevado número de procesos de hospitalización se resuelve en el ámbito ambulatorio, En este contexto, es necesario reformar el concepto de consulta externa especializada hacia consultas dotadas de tecnología suficiente para poder resolver progresivamente los procesos a ese nivel. En este sentido, se propone la creación de **Consultas de Alta Resolución**, organizadas de forma que la respuesta diagnóstica y el tratamiento del paciente sean en el mismo día.

La demanda de consultas externas especializadas es elevada por ello se dispondrá en el Hospital U. Rey Juan Carlos de una parte importante de su estructura destinada a consultas externas y a la zona de exploraciones complementarias y de tratamientos. En estas consultas se atenderán pacientes derivados de Atención primaria, pacientes que provengan de urgencias y de hospitalización y pacientes que acudan a revisión citados por los propis especialistas que han realizado la primera consulta.

En el **Grupo hospitalario** está establecida e implantada la **continuidad asistencial** de cada paciente por parte del facultativo por lo que, salvo casos excepcionales por aspectos organizativos o debido a motivos de calidad y efectividad clínica que aconsejen la revisión por parte de otro especialista del servicio, los pacientes serán vistos en revisión por el mismo médico que realizó la primera consulta.

Este criterio junto con la eliminación de cualquier barrera en el proceso de citación por parte de Atención Primaria facilitando al máximo la **accesibilidad y la libre elección** de centro y especialista que podrá ejercer todo ciudadano desde el futuro más inminente, hace que se prevea un aumento progresivo de la frecuentación de consultas a lo largo de los 2 primeros años de funcionamiento del hospital hasta estabilizarse en aproximadamente 1.550 consultas por cada mil habitantes, con un índice global de sucesivas por cada primera de 2 consultas.

Las técnicas diagnósticas complementarias y de tratamiento se ubicarán de forma anexa a las consultas garantizándose la comunicación entre ellas.

RADIODIAGNÓSTICO

En esta área se considera fundamental el contacto con la medicina primaria por medio de reuniones y sesiones para hacer partícipe al médico de primaria del Hospital y una pieza clave en su funcionamiento.

Es un área con una demanda creciente en pruebas de alta tecnología y por tanto se garantiza su óptimo funcionamiento con el modelo organizativo y equipamiento propuesto desde la puesta en marcha del hospital. Asimismo se garantiza su adaptación a las necesidades que vayan surgiendo con el paso de los años siempre con los siguientes objetivos:

La lista de espera se mantendrá en los plazos fijados por la Consejería de Sanidad. Se valorarán las peticiones y se jerarquizará según importancia para que en ningún caso patología urgente o preferente espere más de 24 horas y 7 días respectivamente.

El Servicio será completo 24 horas al día y 365 días al año. Siempre habrá un radiólogo para dar servicio al Hospital

Se prestará especial cuidado en el diseño a que **no existan barreras arquitectónicas** ni de comunicación de acuerdo al Plan Funcional.

El **paciente siempre estará adecuadamente informado.** Se elaborarán trípticos para explicar las diferentes exploraciones que se facilitarán tanto a pacientes ambulantes como ingresados. Siempre habrá un profesional dispuesto a ampliar la información, si fuese necesario

La espera a ser atendidos desde la hora cita será la mínima imprescindible, comprometiéndonos a **informar puntualmente a los pacientes** de posibles retrasos que puedan surgir puntualmente debido a una urgencia u otro imprevisto que, en el medio hospitalario, es difícil de controlar. Las salas de espera contarán con medios (televisiones, etc) que hagan más grato este tiempo al paciente. En caso de avería o retraso se comunicará con el paciente en el plazo más breve para evitar trastornos, dándole otras citas a la mayor brevedad posible.

Posibilidad de segundo informe de radiólogo gracias al RIS-PACS implantado.

En relación con las pruebas radiológicas se ha realizado la siguiente previsión de actividad.

HOSPITAL DE DÍA

Se entiende como Hospitalización de Día (H de D) la asistencia o prestación de cuidados en el hospital ya sea con fines terapéuticos, diagnósticos o de cualquier otra finalidad que no se puedan realizar en consultas externa pero que no justifican una estancia del paciente superior a 24 horas.

La Cartera ofertada a pacientes de servicios médicos es:

- Oncohematología: Todo tipo de tratamientos antineoplásicos que se pueden administrar en H de D si la patología o estado del paciente lo permite. Hemoterapia. Aféresis
- Reumatología: Artritis Reumatoidea. Espondilitis. Osteoporosis. Enfermedad de Paget. Artritis psoriásica. Lupus eritromatoso.
- Nefrología: Nefropatías. Anemias. Hemoterapia. Aféresis
- Digestivo: Enfermedad de Crohn. Anemias. Hemoterapia. Vigilancia de pacientes postendoscopia.
- Medicina Interna: Estados de Osteoporosis. Hemoterapia
- Neumología: Déficit de Alfa-1 Antitripsina. Vigilancia de pacientes postfibroscopia.
- Neurología: Aféresis
- Dermatología: Psoriasis
- Oftalmología: Orbitopatías
- Alergia: Modulación de la respuesta inmunitaria mediante Gammaglobulinas
- Infecciosos: Sarcoma de Kaposi
- Ensayos Clínicos de cualquier especialidad médica que por su naturaleza puedan realizarse en H de D

Cartera para ofertar a pacientes de servicios quirúrgicos

- Urología: Instilaciones vesicales
- Ensayos Clínicos de cualquier especialidad quirúrgica que por su naturaleza puedan realizarse en H de D

Otros posibles pacientes provenientes:

- Unidad de Radiología Intervencionista: Vigilancia de pacientes tras implantación de reservorio subcutáneo.
- Dependiendo de la especialidad, sobre todo quirúrgica pueden quedar definidos puestos de H de D en áreas distintas del hospital eje: hemodinámica, siendo puestos de H de D monográficos de una especialidad.
- Atención Primaria: Garantizar la continuidad de cuidados, (administración de tratamientos, mantenimiento y cuidados de catéteres centrales, etc).

REHABILITACIÓN

La actividad que se desarrollará en esta área es:

- Fisioterapia: la Unidad de fisioterapia, coordinada funcionalmente por el equipo de rehabilitación desarrollará las técnicas características de un Hospital de Área:
 - Manipulaciones, vendajes, infiltraciones, yesos, indicación de prótesis y ortesis
 - Drenaje linfático
 - Cinesiterapia
 - Electroterapia, termoterapia y crioterapia, fototerapia, ultrasonoterapia
 - Estimulación eléctrica (TENS)
 - Terapia ocupacional
 - Logopedia
- Consultas externas;
 - General
 - Monográficas: consulta de desviaciones vertebrales e infantil

6 PLAN DE GESTIÓN DE NECESIDADES

6.1 ANÁLISIS DE NECESIDADES

El Grupo Hospitalario mantiene una política activa de seguimiento de las necesidades de los pacientes a través de buzones de sugerencias y encuestas activas de satisfacción, valoración de los servicios prestados y el trato recibido. La información analítica obtenida a partir de estas herramientas permite elaborar estrategias de mejora con objetivos claros, planes de actuación y mecanismos de seguimiento y control de estas iniciativas. Hasta el momento ésta ha sido la actuación llevada a cabo en los hospitales del grupo, El Grupo es consciente de que el rol del paciente ha ido evolucionando a lo largo de los años hasta convertirse en el eje central de la atención, a través de:

- Mayor **capacidad de participación** en las decisiones relacionadas con el sistema de salud y sus actuaciones.
- Mayor nivel de **información** sobre las posibilidades de las actuaciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.
- Mayor conciencia sobre sus **derechos y deberes**.
- Mayor compromiso y **responsabilidad con su propia salud** y con el uso racional de los recursos sanitarios.
- Mayor exigencia, en lo relativo a la **accesibilidad, la seguridad, la calidad** y la rapidez de las actuaciones sanitarias.
- Mayor necesidad de recibir un **trato digno y humano** con garantías de transparencia y confidencialidad.
- Mayor capacidad de decisión, en relación a la **libre elección** de médico y centro hospitalario.

Así, los siguientes principios se han considerado en la implantación llevada a cabo en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, sin menoscabar la importancia de otras herramientas activas de identificación de necesidades:

En relación con el **modelo asistencial**,

- Se emplea un modelo de atención abierto comprometido con la identificación de necesidades de pacientes, familiares y usuarios en general.
- Se busca la minimización de las circulaciones de pacientes por el hospital, salvo en los casos realmente necesarios.
- Se facilita el movimiento por el hospital a través de un adecuado sistema de indicaciones y señalización.
- Se **informa adecuadamente a los pacientes y familiares** a lo largo de todo el proceso clínico, para lo cual se incorporan personas de referencias que mantengan esta relación.
- Existen **mecanismos de atención apropiados para pacientes** pediátricos, personas mayores, personas en silla de ruedas, personas en riesgo de exclusión social y con características culturales diferentes (por ejemplo, mediante la incorporación de traductores y acompañantes).
- Se establecen **protocolos de actuación en relación con las enfermedades con mayor morbilidad** y aquellas que reducen en mayor medida la calidad de vida de los pacientes.
- Se potencia la **alta resolución** para los procesos clínicos más frecuentes.
- Se potencia la **hospitalización a domicilio**, en colaboración con las residencias y los equipos de atención primaria.

- Se adecuan los **horarios de atención a las demandas de los pacientes** y usuarios a lo largo de toda la vida del proyecto de concesión.
- Se facilita a los pacientes la **elección de menús adecuados** a sus gustos y necesidades, así como horarios “más racionales” para las comidas.

En relación con los mecanismos de **continuidad asistencial** el Hospital Universitario Rey Juan Carlos mantiene **una relación estrecha con los profesionales** de los 9 **Centros de Salud** y 11 **Consultorios Locales** así como con los 45 **Centros Sociosanitarios y Residencias** tanto públicas como concertadas y privadas de nuestro ámbito de influencia, y el **Hospital de Apoyo Virgen de la Poveda**, asegurando:

- La transmisión de la información del paciente y dándole continuidad
- La elaboración de guías y protocolos de actuación conjunta
- Coordinando las diferentes Comisiones Mixtas en Farmacoterapia, Continuidad de Cuidados, Intercentros, Comunitarias, Sociosanitarias y de Dirección.
- Asegurando la continuidad de los cuidados en el paciente crónico complejo y frágil, mediante comunicación directa y fluida con Centros de Salud y Residencias.
- Abriendo canales de comunicación con la puesta en marcha de la e-consulta y la videoconferencia en los 3 niveles asistenciales, que facilitan la coordinación evitando duplicidades y traslados no necesarios.
- Coordinación con Ayuntamientos, Corporaciones locales, Asociaciones de Pacientes y Vecinos, mediante actuaciones en prevención, promoción de la salud y formación en autocuidados.
- Fomentando la Integración Sociosanitaria, mediante la interrelación de profesionales de Centros de Salud, Residencias e Intrahospitalarias, atendiendo a las necesidades centradas en el paciente.
- Facilitando la actualización de conocimientos mediante, Formación/Información y rotaciones, en beneficio de la continuidad de la atención del paciente y su entorno.
- Mantiene una **relación permanente con otros hospitales de la zona**, favoreciendo el intercambio de información y la atención integral a los pacientes y usuarios.

En relación con las tecnologías y el equipamiento,

- Se **usa la telemedicina y la monitorización virtual de pacientes**, con especial énfasis en los pacientes con enfermedades crónicas, teniendo una especial relevancia en el Hospital de Apoyo de nuestra área, Virgen de la Poveda, y en las residencias de la tercera edad, tanto públicas como concertadas y privadas.
- Se han introducido **nuevas tecnologías y equipamiento médico** capaces de dar una mejor respuesta a las necesidades de salud detectadas en la población.

6.2 POLÍTICA DE PRODUCTOS

Como veíamos en el apartado anterior, el paciente hoy en día tiene una mayor participación en las decisiones relacionadas con su salud, tanto en lo que se refiere a los tratamientos como, en línea con la política desplegada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, en lo que se refiere a la decisión de su médico y especialista. Esta capacidad de decisión redonda en la necesidad de adecuar el servicio recibido en todos los niveles de atención a las demandas que plantean los ciudadanos. Por ello, y en línea con las actuaciones que el Grupo ya viene desplegando en otros centros de referencia como la Fundación Jiménez Díaz, en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos se han implantado sistemas que permitan el conocimiento y seguimiento del nivel de servicio que se ofrece a los pacientes.

En esta línea nos hemos adaptado a los distintos planes estratégicos de la CM, poniendo al servicio de los mismos las herramientas de CRM ya implantadas en la FJD, como describimos en el plan anterior.

Así, estrategia de crónicos, portal del paciente, servicios no presenciales, se están implantando y desarrollando en el Grupo.

7 ORGANIZACIÓN Y PERSONAL

Los Recursos Humanos representan en las Organizaciones Sanitarias su máximo valor tanto por su coste económico como por su valor estratégico para la excelencia de la organización, su competitividad y su supervivencia.

La especificidad del Sector Sanitario son muy diferentes a otros sectores de la economía y son estas peculiaridades las que caracterizan toda su actividad:

- La necesidad de la utilización de los servicios prestados por las organizaciones sanitarias, con una demanda creciente debido a una serie de factores de difícil control: Aumento de la esperanza de vida, mayores expectativas vitales, nuevas enfermedades, introducción de nuevas tecnologías, etc.
- Gran complejidad en la realización de sus Productos e incertidumbre en la medición de sus resultados.
- Asimetría de información, a favor de los profesionales sanitarios que se convierten, así, no sólo en los generadores de la oferta, sino también en los generadores indirectos de la demanda.
- Sector con prestación de importantes servicios que no forman parte del núcleo central de su actividad pero que son fundamentales en la percepción de los usuarios y en los resultados globales obtenidos.
- El desarrollo e introducción de nuevas tecnologías tanto de equipamiento como de sistemas de información, no es sustitutoria sino complementaria de las tecnologías actuales y no libera puestos de trabajo sino que los aumenta y especializa.

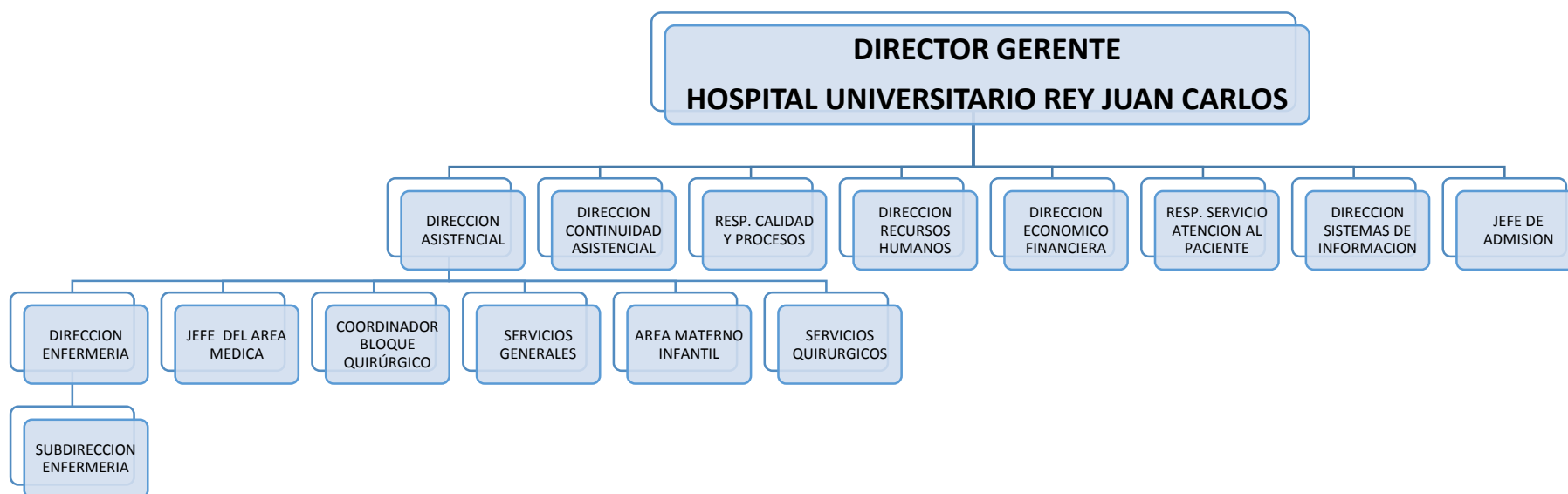
Podemos dividir el hospital en tres tipos de Áreas.

- El **Área Clínica**, donde se diagnostican y tratan a los pacientes. Esta área es el núcleo central de nuestra actividad y a la cual debemos dedicar toda nuestra atención prioritaria y la mayoría de cosas que trataremos sobre los recursos humanos en este módulo se referirán a esta área. Está integrada habitualmente por Facultativos y personal de enfermería.
- El **Área Técnico** – Asistencial o de Apoyo. Ésta proporciona al área clínica los datos e informaciones necesarias para tratar adecuadamente al paciente incorporando un alto nivel tecnológico. Está integrada por lo que habitualmente se conocen como Servicios Centrales: Imagen, laboratorios, esterilización, farmacia. Estas áreas están dotadas por facultativos, personal de enfermería y técnicos especialistas.
- El **Área de Soporte** realiza las funciones, generalmente técnicas, que permiten la actuación de las dos áreas anteriormente descritas. Están integradas por los profesionales del resto del Hospital, que a título descriptivo podríamos mencionar: Equipo Directivo, sistemas de información, compras y almacenes, gestión económica, gestión de R.R H.H., las titulaciones son diversas: Abogados, ingenieros, economistas, médicos y personal de enfermería, cocineros.

7.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

7.1.1 ORGANIGRAMA INTERNO

La estructura de gestión y gobierno del Hospital está dirigida por un Gerente, del que dependen un Director Asistencial, Director de Enfermería y Director Económico Financiero y de Servicios Generales, según el siguiente esquema funcional:



7.1.2 ORGANIZACIÓN DE LA DIVISIÓN ASISTENCIAL

Los criterios generales que determinan la organización del Área asistencial, se describen a continuación:

- Adecuación de los Directivos sin actividad clínica: Limitados al Director Asistencial y Dirección de Enfermería.
- Agrupación de las Especialidades Médicas en *Áreas Clínicas* al frente de las cuales están los líderes clínicos que: Compatibilizan su función gestora con la actividad asistencial, tienen la consideración de Directivos y la denominación de Jefes de Área, siendo plenamente responsables de las operaciones de su Área y respondiendo de sus resultados ante el Gerente y Director Asistencial del Hospital.
- La reducción de niveles o estratos (según el proceso del flujo de actividad) es una decisión sustentada en razones como la descentralización, la especialización, la disminución del alcance de competencias, la cooperación, las alianzas, etc.
 - El objetivo es la generación de valor para el paciente, cohesionar los objetivos de rendimiento y promover la creatividad e iniciativa de los profesionales implicados.
 - La disminución de niveles permite reducir costes no necesarios, promover un proceso de toma de decisiones más rápido y una más ágil adaptación del hospital a las contingencias.
- La configuración horizontal: Es fundamental si se pretende generar un clima óptimo en el desarrollo de la prestación, afectada por las nuevas tecnologías, los requisitos de la competencia, la libre elección de médico, relación con Atención Primaria, las expectativas de los pacientes respecto a su estado de salud y los empleados que demanda mayor participación y responsabilidad.

7.1.3 ÓRGANOS DE REPRESENTACIÓN Y ASESORAMIENTO

COMITÉ DE DIRECCIÓN

Funciones

Es el órgano para la coordinación de las diferentes áreas sanitarias y no sanitarias del Hospital.
Aprobación del Plan de Calidad.

Seguimiento, evaluación y control periódico de los indicadores de resultados.

Validación de los planes de inversiones anuales y trienales.

Coordinación de la política de Recursos Humanos del Hospital.

Composición:

Gerente

Director Asistencial

Director Económico Financiero y de Servicios Generales

Director de Enfermería

Director de Recursos Humanos

Director Continuidad Asistencial

Director Informática

Responsable de Calidad

Asesora Jurídica

Responsable de Atención al Paciente

Jefa de Admisión

Reuniones: con periodicidad semanal, convocadas por el Gerente, con realización de las correspondientes Actas

COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD:

Órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos laborales (artículo 38 de la Ley 31/1995)

Funciones:

Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos en la empresa.

Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos para la efectiva prevención de los riesgos, proponiendo a la empresa la mejora de las condiciones o la corrección de las deficiencias existentes.

Conocer directamente la situación relativa a la prevención de riesgos en el centro de trabajo, realizando a tal efecto las visitas que estime oportunas.

Conocer cuántos documentos e informes relativos a las condiciones de trabajo sean necesarios para el cumplimiento de sus funciones, así como los precedentes de la actividad del servicio de prevención, en su caso.

Conocer y analizar los daños producidos en la salud o en la integridad física de los trabajadores, al objeto de valorar sus causas y proponer las medidas preventivas oportunas.

Conocer e informar la memoria y programación anual de servicios de prevención

Composición: paritaria entre:

Los Delegados de Prevención

Los representantes de la Dirección

COMITÉ DE EMPRESA

Funciones: órgano de representación de los trabajadores

Recibir información trimestral sobre la evolución general del sector, la situación de la producción y ventas de la Entidad, su programa de producción y evolución probable del empleo en la Empresa previsiones de contratación y modalidades.

Recibir copia básica control, prórrogas y denuncias.

Conocer el balance, la cuenta de resultados, la Memoria y los demás documentos que se den a conocer a los socios, y en las mismas condiciones que a éstos.

Emitir informe con carácter previo a la ejecución por parte del empresario de las decisiones adoptadas por éste sobre las siguientes cuestiones.

Reestructuración de plantilla y ceses totales o parciales, definitivos o temporales de aquella.

Reducción de la jornada, así como traslado total o parcial de las instalaciones.

Planes de formación profesional de la Empresa.

Implantación o revisión de sistemas de organización y control de trabajo. Estudio de tiempos, establecimiento de sistemas de primas o incentivos y valoración de puestos de trabajo.

Emitir informe cuando la fusión, absorción o modificación del "status" jurídico de la Empresa suponga cualquier incidencia que afecte al volumen de empleo.

Conocer los modelos de contrato de trabajo escrito que se utilicen en la Empresa, así como los documentos relativos a la terminación de la relación laboral.

Forma de pago del salario.

Intervenir en la aplicación del sistema de faltas y sanciones.

Ejercer una labor.

De vigilancia en el cumplimiento de las normas vigentes en materia laboral, de Seguridad Social y empleo, así como el resto de los pactos condiciones y en usos de Empresa en vigor, formulando, en su caso, las acciones legales oportunas ante el empresario y los Organismos o tribunales competentes.

De vigilancia y control de las condiciones de seguridad y salud en el desarrollo del trabajo de la Empresa.

Participar, como se determina por Convenio Colectivo, en la gestión de obras sociales y asistenciales establecidas en la Empresa en beneficio de los trabajadores o de sus familiares.

Colaborar con la Dirección de la Empresa para conseguir el establecimiento de cuantas medidas procuren el mantenimiento y el incremento de la productividad de acuerdo con lo pactado en los Convenios Colectivos.

Negociación y acuerdo

Modificación contrato

Extinción del contrato causas tecnológicas o económicas

Traslados colectivos

Informar a sus representados en todos los temas anteriores en cuanto tenga relación en las relaciones laborales.

Composición: según el número de personas en plantilla que se proyecta, la composición será de 21 miembros.

COMISION CENTRAL DE CALIDAD

Funciones

Asesorar a la Dirección en el establecimiento de objetivos y actividades relacionadas con la mejora de la Calidad Asistencial en el ámbito de actuación de las Comisiones Clínicas que garanticen la consecución de los objetivos estratégicos así como los objetivos establecidos por el SERMAS.

Contribuir con el despliegue de los objetivos a desarrollar en los procesos clave de asistencia a los pacientes así como en los objetivos de los diferentes Servicios / Unidades garantizando la consecución de los objetivos establecidos estratégicos y los objetivos establecidos por el SERMAS.

Promover la eficiencia y la calidad de los procesos asistenciales en coordinación con los procesos no asistenciales.

Implicar a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos de la unidad asistencial en la que se integran.

Impulsar metodologías de trabajo:

- a. Centradas en el paciente.
- b. basadas en el Ciclo de Mejora: Planificar, Realizar, Controlar y Mejorar PDCA (Plan, DO, CHECK, ACT).
- c. Gestión por Procesos,
- d. Formación y motivación de los profesionales. Creatividad e innovación.

Composición

Gerente

Director Médico (Presidente de la Comisión Central de Calidad)

Director de Enfermería

Coordinador de Calidad (Secretaria Comisión de Calidad)

Presidentes de las Comisiones Clínicas del Centro

Reuniones: mínimo 2 con realización de Actas.

NÚCLEO PROMOTOR DE CALIDAD

Funciones:

Garantizar la coordinación de las acciones de calidad.

Facilitar el seguimiento de la consecución de los objetivos del Plan de Calidad del Centro.

Dar soporte metodológico a personas o grupos, responsables de la ejecución de las acciones de calidad.

Integrar la información de los indicadores de calidad.

Apoyar a la Dirección en la fijación de prioridades y objetivos de calidad.

Apoyar la revisión periódica del Plan de Calidad y su reformulación.

Coordinar las acciones tendentes a la obtención de certificaciones o acreditaciones, globales o parciales.

Comunicar y fomentar la comunicación, interna, intra-Grupo y externa de los logros obtenidos.

Composición:

Asumido en la Comisión de Dirección

Reuniones: Mínimo de 8 Comisiones de Dirección en las que se plantean coordinación de acciones de calidad

Órganos complementarios: en el seno del Plan de Calidad, se constituyen Comisiones Clínicas:

Desde su inauguración se han ido creando por la Dirección Asistencial diferentes Comisiones Clínicas necesarias para gestionar los principales procesos asistenciales, incluyendo las recogidas en el RD 521/1987.

- COMISIÓN CLÍNICA INFECCIÓN PREVENCIÓN Y POLÍTICA ANTIBIÓTICA. CIPPA(RD 521/1987)
- COMISIÓN CLÍNICA DE HISTORIAS CLÍNICAS (RD 521/1987)
- COMISIÓN CLÍNICA MORTALIDAD(RD 521/1987)
- COMITÉ TRASPLANTES (RD 521/1987)
- COMISIÓN CLÍNICA DE FARMACIA Y TERAPEÚTICA (RD 521/1987)
- COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN (RD 521/1987)
- COMISIÓN DE DOCENCIA (RD 521/1987)
- COMISIÓN FORMACIÓN CONTINUADA (RD 521/1987)
- COMISIÓN CLÍNICA DE GARANTIA DE CALIDAD ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA (RD 1566/1998)
- COMITE CLÍNICO TRASFUSIÓN
- SEGURIDAD-UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS
- COMITÉ CLÍNICO DEL DOLOR.
- COMISIÓN CLÍNICA NUTRICIÓN

Los objetivos de las Comisiones Clínicas son:

Promover la mejora continua, fomentando el perfeccionamiento de la práctica clínica

Mejorar los procesos de atención a los pacientes

Aumentar la eficiencia en la utilización de los medios disponibles en el Hospital

Mejorar los resultados de la actividad del Hospital en términos de mejora de salud de la población asignada

Promover la participación de los profesionales en la gestión del Hospital

COMISIÓN MIXTA CONSEJERÍA DE SANIDAD- HOSPITAL DE MÓSTOLES: REGULADA POR EL APARTADO 23 DEL PCAP.

Funciones:

Órgano de coordinación para el seguimiento, vigilancia y control de la ejecución del contrato.

Análisis y propuesta de resolución de los conflictos surgidos entre las partes.

Composición: a determinar.

COMISIÓN DE COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA: REGULADA POR EL APARTADO 23 DEL PCAP.

7.2 DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

A la hora de describir los diferentes puestos de trabajo tanto en sus funciones como en sus responsabilidades se sigue el protocolo corporativo definido y establecido para ello. Así:

OBJETO Y ALCANCE

Describir las características y perfil del puesto de trabajo en el centro para que cada trabajador conozca los ámbitos de competencia de su puesto de trabajo, adaptarse a las necesidades de las funciones a desarrollar y establecer los criterios de selección de profesionales.

Asimismo, este documento sirve de guía para la cumplimentación de las Fichas de Puesto de Trabajo en el Programa Informático de gestión de Recursos Humanos.

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Manual de Calidad

Programa informático de Gestión de Recursos Humanos

RESPONSABILIDADES

Dirección de Recursos Humanos

Responsable de Personal del centro sanitario.

GENERALIDADES

Los puestos de trabajo se clasificarán en función de las actividades que realizan, independientemente de las categorías profesionales, definiendo un catálogo de puestos de trabajo en principio genérico.

REALIZACIÓN

PUESTO GENÉRICO A DESEMPEÑAR O NOMBRE TÉCNICO DEL PUESTO AL QUE PERTENECE

Se indica el puesto de trabajo, como por ejemplo, Supervisor de Urgencias, Enfermera de Hospitalización, Responsable de Atención al Paciente, ...

MISIÓN

Indica el motivo de existencia del puesto de trabajo en cuestión dentro de la estructura del centro.

RESPONSABILIDAD DEL PUESTO

Se indican de forma concisa y clara, las diferentes tareas que resultan de aplicación al puesto de trabajo. Por ejemplo, "planificación de personal", "gestión de partes de avería", ...

Se indica el objetivo del puesto de trabajo a desarrollar. Por ejemplo: Gestionar los recursos humanos y materiales de la Unidad de Urgencias.

COMPETENCIAS

Recoge un inventario de competencias estándar para la empresa en cuanto a anticipación, comunicación, escucha, organización, trabajo en equipo, coordinación, etc.

Formación académica

Recoge la titulación académica y/o formación mínima requerida (Ej. Diplomatura) para el correcto desarrollo de la actividad en el puesto de trabajo (Ej. DUE).

FORMACIÓN ESPECÍFICA

Recoge el tipo de conocimientos que se requiere para cada puesto especificando el campo específico del conocimiento en relación al puesto.

IDIOMAS

En este mismo campo se indicará el nivel mínimo requerido para el idioma (Ej. Alto, Medio, Bajo).

EXPERIENCIA NECESARIA

Se recoge la experiencia mínima necesaria para el desarrollo de la actividad del puesto de trabajo, especificando el tiempo mínimo en años y meses. Por ejemplo, para el puesto de Supervisor de Urgencias, se requiere una experiencia en el puesto de Enfermero General de 1 año y 0 meses y, en el puesto de Enfermero de Urgencias, 2 años y 0 meses.

Los perfiles profesionales fueron descritos en el trabajo anterior y procedemos a enumerar las categorías que lo integraban:

A.- DIRECCIÓN

- Gerente
- Director Asistencial
- Director de Enfermería
- Director Económico Administrativo y de Servicios Generales
- Director de Recursos Humanos
- Director de Continuidad Asistencial
- Director de Informática
- Responsable de Calidad
- Asesora Jurídica
- Responsable de Atención al Paciente
- Responsable de Admisión

B.- Personal Asistencial

- Jefe de Área (Quirúrgica, Médica, Servicios Centrales, Urgencias...)
 - Jefe de Servicio / Jefe de Unidad
 - Facultativo
- Supervisor de enfermería:
 - Supervisor de enfermería Bloque Quirúrgico.
 - Supervisor de enfermería UCI
 - Supervisor de enfermería Urgencia
 - Supervisor de enfermería Hospitalización
 - Supervisor de enfermería Servicios Ambulatorios
 - DUE
 - DUE Quirófano
 - DUE UCI
 - DUE Urgencias
 - DUE Hospitalización
 - DUE Hospital de día
 - Matrona
 - Fisioterapeuta
 - Técnico Especialista en Radiodiagnóstico
 - Técnico Especialista en Laboratorio
 - Técnico Especialista en Anatomía Patológica
 - Técnico en Farmacia Hospitalaria
 - Auxiliar de Enfermería
 - Auxiliar de Enfermería Quirófano
 - Auxiliar de Enfermería UCI
 - Auxiliar de Enfermería Urgencias
 - Auxiliar de Enfermería Hospitalización
 - Auxiliar de Enfermería de Hospital de Día
 - Auxiliar de Enfermería de esterilización
 - Celador

C.- PERSONAL NO ASISTENCIAL

- Asesora Jurídica
- Responsable de Calidad y Procesos
- Responsable Servicios Generales
- Responsable Administración Personal y RRLL
 - Técnico Administración Personal.
 - Técnico Desarrollo Recursos Humanos
 - Técnico Prevención de Riesgos Laborales
- Responsable Facturación y Acreditación
- Responsable Control de Gestión
 - Técnico en Control de Gestión

- Administrativos (varios departamentos)
 - Secretaria Dirección
- Responsable de Atención al Paciente
 - Trabajador Social
 - Informadores
- Responsable de Admisión
 - Personal Admisión
- Analista Programador
- Técnico de Redes
- Coordinador de Sistemas