



**Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

GRAO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2014/2015

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Análisis del Plan de Mejora Continua
del SUH de Adultos del CHUS**

Enrique González Rodríguez

11 de septiembre de 2015

Relación de Directores del Trabajo de Fin de Grado:

María Jesús Movilla Fernández

INDICE

1	RESUMEN ESTRUCTURADO.	9
1.1	Objetivos.....	9
1.2	Metodología	9
1.3	Resultados:.....	9
1.4	Conclusiones	10
2	INTRODUCCIÓN.....	12
2.1	La Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Santiago.	12
2.2	El CHUS.....	12
2.3	El Servicio de Urgencias de Adultos del CHUS.	13
2.4	Informe de Evaluación de la Gestión de las Esperas en el SUH del CHUS.	14
2.4.1	Sistema de Triage.....	14
2.4.2	Asignación de Profesionales a Pacientes Triados.....	14
2.4.3	Estructura Física.....	15
2.4.4	Retraso en la Circulación de Pacientes.....	15
2.4.5	Sistemas de Información	15
2.5	El “Informe de Fiscalización del SUH del CHUS”	15
2.5.1	Modelo Organizativo	16
2.5.2	Sistema de Información	16
2.5.3	Recursos Humanos	16
2.5.4	Actividad Asistencial	17
2.5.5	Indicadores de Calidad	17
2.6	Plan de Mejora Continua del SUH del CHUS.	18
2.6.1	Estructura Física y RR.MM.	18
2.6.2	RR.HH.	19
2.6.3	Modelo Organizativo.	19
2.6.4	Sistemas de Información	20
2.6.5	Indicadores de Calidad	21
3	OBJETIVOS:.....	23
3.1	Describir y evaluar el impacto del Plan de Mejora Continua en la Actividad Asistencial del 2012 al 2014.	23
3.2	Explorar áreas de mejora en el SUH de Adultos del CHUS.....	23
4	METODOLOGÍA:	24
4.1	Tipo de Estudio.....	24

4.2	Contextualización de la investigación.	24
4.2.1	Posición del investigador	24
4.2.2	Ámbito de estudio.	24
4.3	Población	25
4.3.1	Población de referencia del SUH	25
4.4	Muestra.....	25
4.5	Instrumentos de recogida de Información.....	25
5	ASPECTOS ETICO-LEGALES.....	26
6	RESULTADOS.....	27
6.1	Estructura Física y RR.MM.	27
6.1.1	Área de Recepción y Admisión	27
6.1.2	Área Asistencial:.....	28
6.1.3	Área de Radiodiagnóstico.....	29
6.1.4	Área de apoyo o servicios comunes	29
6.1.5	Evaluación de la Estructura Física y de los RR.MM.	30
6.1.6	Áreas de Mejora:	30
6.2	RR.HH.....	32
6.2.1	Coordinadora Médica y Supervisoras de Enfermería.....	32
6.2.2	Médicos	33
6.2.3	Enfermeros.	33
6.2.4	TCAE.....	34
6.2.5	Celadores	35
6.2.6	Trabajadora Social.....	35
6.2.7	Auxiliares Administrativos	35
6.2.8	Evaluación de los RR.HH.....	35
6.2.9	Áreas de mejora.	36
6.3	Modelo Organizativo	36
6.3.1	Triaje por Personal de Enfermería	36
6.3.2	Asignación de Profesionales a Pacientes	37
6.3.3	Definición Áreas Funcionales.....	37
6.3.4	Circuitos Asistenciales.....	38
6.3.5	Proceso Asistencial Integrado de Ingreso desde el SUH.	44
6.3.6	Evaluación del Modelo Organizativo.	46
6.3.7	Áreas de Mejora.	47
6.4	Sistemas de Información.....	47

6.4.1	ALERT.MANCHESTER	47
6.4.2	Mapa de Urgencias (MAPUR).....	47
6.4.3	Mapa de Camas (MACAM).....	58
6.4.4	Solicitud de Ingreso (SOLING).....	69
6.4.5	Gestión de Ambulancias (GESAMB).....	71
6.4.6	Previsión de Ingresos (PREVING).....	73
6.4.7	Evaluación de los Sistemas de Información.....	74
6.4.8	Área de Mejora	75
6.5	Indicadores de Calidad	75
6.5.1	Cuadro de Mandos.	75
6.5.2	Procedimiento de Identificación de Pacientes.....	76
6.5.3	Reclamaciones.	76
6.5.4	Informe Altas.....	76
6.5.5	Evaluación de los Indicadores de Calidad.....	76
6.5.6	Áreas de Mejora	77
7	ACTIVIDAD ASISTENCIAL	78
7.1	Entradas de Urgencias	78
7.1.1	Entradas Anuales por Población.....	78
7.1.2	Media Diaria Entradas por Día de la Semana y Turno	79
7.1.3	Clasificación Anual de las Urgencias por MTS.....	80
7.1.4	Origen de las Urgencias	81
7.1.5	Media Diaria por Día de Semana y Turno del Origen de las Urgencias	82
7.2	Salidas de Urgencias	84
7.2.1	Salidas Anuales por tipo de Población.....	84
7.2.2	Media Diaria de Salidas de Urgencias por día de Semana y Turno.....	84
7.2.3	Salidas de Urgencias de Adultos por Destino	86
7.3	Tiempos Asistenciales	86
7.3.1	Tiempo Medio de Espera de Atención	86
7.3.2	Tiempos de Espera hasta el Triage.....	87
7.3.3	Tiempo de Duración del Triage	87
7.3.4	Tiempo de Espera Pre-Triage (minutos)	87
7.3.5	Tiempo de Espera Post-Triage (minutos).....	88
7.3.6	Porcentaje Urgencias que Superan Tiempo Estándar.....	88
7.3.7	Tiempo de Atención (hh:mm).....	89

7.3.8	Tiempo de Estancia (hh:mm)	89
7.4	Evaluación de la Actividad Asistencial	89
7.5	Áreas de Mejora.....	91
8	DISCUSIÓN.....	92
8.1	Estructura Física.....	92
8.2	RR.HH.....	93
8.3	Organización.....	93
8.4	Sistemas de Información.....	94
8.5	Indicadores de Calidad.	95
8.6	Actividad Asistencial	95
9	CONCLUSIONES.....	97
10	AGRADECIMIENTOS	98
11	BIBLIOGRAFÍA.....	99

Índice de Tablas

Tabla 1. Estratificación de la Población de Referencia del SUH.	25
Tabla 2. Estratificación de la Población Atendida SUH.	25
Tabla 3. Cuadro de Personal del SUH del CHUS.	32
Tabla 4. Presencias de Médicos de lunes a domingo.	33
Tabla 5. Presencias de Enfermeros de Lunes a domingo.	34
Tabla 6. Presencias de TCAE de lunes a domingo.	34
Tabla 7. Presencias de Celadores de lunes a domingo.	35
Tabla 8. Áreas Funcionales del SUH del CHUS.	38
Tabla 9. Escala de prioridades MTS.	38
Tabla 10. Indicadores MACAM.	68
Tabla 11. Entradas Anuales.	78
Tabla 12. Media Diana Entradas 2012-2014T.	79
Tabla 13. Clasificación Anual Urgencias MTS 2012-2014.	80
Tabla 14. Origen de las Urgencias 2012-2014.	81
Tabla 15. Media Diaria de Entradas Por Origen 2012-2014.	82
Tabla 16. Salidas Anuales por Población.	84
Tabla 17. Media Diaria Salidas Años 2012-2014.	84
Tabla 18. Salidas de Urgencias Años 2012-2014.	86
Tabla 19. Tiempo Medio Espera Atención Años 1012-2014.	86
Tabla 20. Tiempos de Espera Hasta el Triage. Años 2012-2014.	87
Tabla 21. Tiempo de duración del Triage. Años 2012-2014.	87
Tabla 22. Tiempo de Espera Pre-Triage. Años 2012-2014.	87
Tabla 23. Tiempo de Espera Post-Triage. Años 2012-2014.	88
Tabla 24. % Urgencias que Superan el Tiempo Estándar.	88
Tabla 25. Tiempo de Atención.	89
Tabla 26. Tiempo de Estancia.	89

Índice de Figuras

Figura 1. Plano del SUH.	31
Figura 2. Circuito Asistencial para Prioridad Roja.	39
Figura 3. Circuito Asistencial para Prioridad Naranja Amarilla.	40
Figura 4. Circuito Asistencial para Prioridad Verde Azul.	41
Figura 5. Circuitos Asistenciales del SUH del CHUS.	43
Figura 6. Notificaciones del MAPUR.	49
Figura 7. Pantalla Principal del MAPUR.	50
Figura 8. Puestos de Enfermería MAPUR.	51
Figura 9. Altas das Últimas 48 Horas MAPUR.	52
Figura 10. Listado de Pacientes en Urgencias MAPUR.	53
Figura 11. Perfil Adjunto/Residente MAPUR.	54
Figura 12. Perfil Enfermera/TCAE MAPUR.	56
Figura 13. Perfil Celador MAPUR.	57
Figura 14. Pantalla Principal MACAM.	58
Figura 15. Unidad de Enfermería MACAM.	59
Figura 16. Servicio MACAM.	60
Figura 17. Camas Libres MACAM.	61
Figura 18. Altas en Proceso MACAM.	62
Figura 19. Altas con Ambulancia MACAM.	63
Figura 20. Informe del Estado del CHUS MACAM.	64
Figura 21. Informe del Estado del CHUS para Enfermería.	65
Figura 22. Perfil de Admisión MACAM.	66
Figura 23. Ingresos Programados HCU MACAM.	66
Figura 24. Asignación de Cama MACAM.	66
Figura 25. Cama Confirmada MACAM.	67
Figura 26. Paciente Presente y Cama no Preparada MACAM.	67
Figura 27. Cama Preparada MACAM.	67
Figura 28. Control de Enfermería MACAM.	68
Figura 29. Camas con Ingreso y sin Ingreso MACAM.	68
Figura 30. Indicadores MACAM 1-9.	69
Figura 31. Indicadores MACAM 10-11.	69
Figura 32. Indicadores MACAM 12.	69

Figura 33. SOLING.	70
Figura 34. Solicitud de Transporte Sanitario GESAMB.	71
Figura 35. Previsión de Ingresos. PREVING.....	73

Lista de Abreviaturas

EOXIS:	Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Santiago
AP:	Atención Primaria
AE:	Atención Especializada
CHUS:	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
PAC:	Punto de Atención Continuada
UAP:	Unidad de Atención Primaria
SAP:	Servicio de Atención Primaria
HCU:	Hospital Clínico Universitario
SUH:	Servicio de Urgencias Hospitalarias
UEH:	Unidades de Enfermería de Hospitalización
TCAE:	Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería
RR.MM.:	Recursos Materiales
RR.HH.:	Recursos Humanos
EKG:	Electrocardiograma
TIC:	Tecnologías de la Información y Comunicación
SI:	Sistemas de Información
MTS:	Manchester Triage System
MAPUR:	Mapa de Urgencias
MACAM:	Mapa de Camas
SOLING:	Solicitud de Ingresos
PREVING:	Previsión de Ingresos
HCE:	Historia Clínica Electrónica
TRC:	Turno Rotatorio Complejo

1 RESUMEN ESTRUCTURADO.

El 1 de junio del 2011 el Servicio de Inspección Sanitaria de la Consellería de Sanidade emitió el “Informe de Evaluación de la Gestión de las Esperas en el Servicio de Urgencias del CHUS” y el 10 de enero de 2012 el Consello de Contas presentó el “Informe de Fiscalización del SUH del CHUS”.

Ambos informes contienen conclusiones y recomendaciones en relación con: la estructura física, el modelo organizativo, los sistemas de información y los indicadores de calidad.

Como consecuencia de dichos informes y tras la creación y el desarrollo de la EOXIS, se comenzó a trabajar en el Plan de Mejora Continua del SUH que se basa en cinco ejes: la Estructura Física y RR.MM., los RR.HH., el Modelo Organizativo, los Sistemas de Información y los Indicadores de Calidad.

Transcurridos tres años, es el momento de analizar las acciones desarrolladas, evaluar los indicadores asistenciales y explorar áreas de mejora en relación con las desviaciones de los mismos.

En concordancia con este planteamiento se establecen los siguientes objetivos de trabajo:

1.1 Objetivos.

- Describir y evaluar el impacto del Plan de Mejora Continua en la Actividad Asistencial del 2012 al 2014.
- Explorar áreas de mejora en el SUH de Adultos del CHUS.

1.2 Metodología

Se ha realizado un estudio Observacional, descriptivo, retrospectivo sobre la población atendida en el SUH de Adultos del CHUS en el período 2012-2014.

1.3 Resultados:

- La Estructura Física del SUH del CHUS sufrió reformas: habilitación de salas de triaje, ampliación de la sala de observación, habilitación de una nueva área de curas, habilitación y ampliación de una nueva sala

de espera de resultados, renovación de las salas de especialidades, adecuación de la ubicación de la telemetría, la instalación una red inalámbrica Wifi.

- Los RR.HH. se incrementaron en 19 efectivos sanitarios. Se crearon dos colectivos de profesionales correturnos, uno de enfermeros y otro de TCAE, cuyos profesionales son asignados por defecto a reforzar el cuadro de personal del SUH.
- El Modelo Organizativo se transformó con la implantación del triaje por el personal de enfermería, se asignaron profesionales médicos a los pacientes triados se definieron áreas funcionales y circuitos asistenciales y se estableció el proceso asistencial integrado de ingreso desde el SUH para cinco Servicios Médico-Quirúrgicos.
- Los Sistemas de Información desarrollados en la EOXIS como el MAPUR, el MACAM, el SOLING, el PREVING y el GESAMB permiten conocer la ocupación del SUH y de sus áreas, de las UEH e identificar a los profesionales responsables de los pacientes, facilitan la gestión clínica y el transporte sanitario.
- Los Indicadores de Calidad implantados como el Procedimiento de Identificación de Pacientes, la integración del alta del paciente en la historia clínica electrónica, el QUERES un sistema informático para gestionar las reclamaciones y el Cuadro de Mandos nos permiten monitorizar y controlar la gestión del SUH lo que ha sido reconocido con el Certificado de Calidad según la Norma SEMES-AD QUALITATEM.

1.4 Conclusiones

El Plan de Mejora Continua del SUH del CHUS permitió:

- Adecuar la estructura física a las necesidades asistenciales, y proporcionar a los pacientes más privacidad e intimidad. Debemos disponer de una entrada diferenciada para las personas que acceden al servicio en ambulancia, para las urgencias pediátricas, y para las obstétricas las cuales deben ser atendidas en la maternidad hospitalaria.

- Incrementar y optimizar los RR.HH. para afrontar los incrementos de actividad asistencial con calidad y seguridad para los profesionales y pacientes del SUH. Debemos mejorar la previsión y disponibilidad de los refuerzos de personal ante incrementos de la actividad asistencial basándonos en los sistemas de información del SUH.
- Transformar el modelo organizativo mediante la implantación del triaje por el personal de enfermería, asignar profesionales médicos a los pacientes triados, definir áreas funcionales y circuitos asistenciales, y establecer el Proceso Asistencial Integrado de Ingreso desde el SUH. Debemos extender la asignación de profesionales responsables de los pacientes a la enfermería, y el proceso de ingreso a todos los Servicios Médico-Quirúrgicos con hospitalización.
- Desarrollar e implementar Sistemas de Información propios para monitorizar la saturación del SUH y la ocupación de las UEH. Debemos mejorar la monitorización de los tiempos de estancia de los pacientes y disponer de la trazabilidad de los mismos.
- Implementar y monitorizar los indicadores de Calidad nos permitió obtener el Certificado de Calidad según la Norma SEMES-AD QUALITATEM.

2 INTRODUCCIÓN.

2.1 La Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Santiago.

El Decreto 168/2010¹ regula las estructuras de gestión integrada, como instrumento de organización, sin personalidad jurídica, en el ámbito periférico del Servicio Gallego de Salud y crea las Estructuras de Gestión Integrada de A Coruña y Santiago de Compostela.

La Orden de 22 de julio de 2011² desarrolla la Estructura Organizativa de Xestión Integrada de A Coruña y de Santiago de Compostela.

La Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Santiago de Compostela (EOXIS) gestiona todos los servicios sanitarios; recursos, prestaciones y programas de atención sanitaria, tanto del nivel de atención primaria (AP), como especializada (AE), así como socio sanitaria, y de promoción y de protección de la salud; de 46 ayuntamientos, que tienen una población de 448.803 ciudadanos y un índice de envejecimiento del 23,24 %.

Para realizar su misión la EOXIS dispone de los siguientes dispositivos asistenciales: el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)^{3,4}, el Hospital de Barbanza⁵, 18 Puntos de Atención Continuada (PAC)⁶ y 76 centros de salud organizados en 57 Unidades de Atención Primaria (UAP)⁷ las cuales a su vez constituyen 22 Servicios de Atención Primaria (SAP)⁷. En dichos dispositivos asistenciales prestan sus servicios 5.726 profesionales: 4369 son personal sanitario y 1357 son personal no sanitario.

2.2 EI CHUS.

El CHUS se creó en 1993^{3,4} como una estructura que agrupaba los distintos centros asistenciales de AE del Área Sanitaria de Santiago de Compostela. Está constituido por el Hospital Clínico Universitario (HCU)^{8,9,10} que tiene 26 Unidades de Enfermería de Hospitalización (UEH) y 753 camas, el Hospital Gil Casares^{11,12,13,14} con 4 UEH y 112 camas, el Hospital Médico Quirúrgico¹⁵ de Conxo con 8 UEH y 275 camas, y el Hospital Psiquiátrico de Conxo¹⁵ con 10 UEH y 240 camas. El CHUS tiene en total 48 UEH y 1380 camas.

2.3 El Servicio de Urgencias de Adultos del CHUS.

El Servicio de Urgencias de Adultos del CHUS, es un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH)¹⁶.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) son las unidades ubicadas en un área específica del hospital que ofrecen asistencia multidisciplinar para atender las urgencias y emergencias que llegan al mismo por iniciativa propia o derivadas desde otros servicios, durante las 24 horas del día, todos los días del año.

La Organización Mundial de la Salud define la urgencia como la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

Los SUH son una unidad intermedia para aquellos pacientes que, tras ser atendidos en la misma, son ingresados en hospitalización convencional o en una unidad de cuidados críticos, y una unidad final para la mayoría de los pacientes, que son dados de alta tras ser atendidos.

Su función básica es la recepción, valoración y tratamiento de pacientes, así como el desarrollo de las actuaciones precisas para la estabilización clínica de los que lo requieran. Su capacidad debe orientarse para derivar y organizar el acceso de los pacientes al lugar adecuado en función de su estado, así como para el mantenimiento de los pacientes que requieran ingreso hasta que haya camas disponibles.

La población de referencia del SUH de adultos del CHUS es la mayor de 14 años de la EOXIS, la constituyen 395.172 ciudadanos, lo que representa el 88% de la población de la EOXIS.

Está situado en el HCU, ubicándose en la planta -2 del edificio A de dicho hospital y en él se diferencian las siguientes áreas: admisión, sala de espera, triaje, consultas de filtro y de especialidades, curas, críticos, monitores, boxes, observación, sillones, radiología y de personal. Además dispone de los servicios de apoyo de Radiodiagnóstico y de Laboratorio de Urgencias.

Su cuadro de personal lo forman 204 profesionales: 40 médicos, 70 enfermeros, 44 Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), 32 celadores, 13 auxiliares administrativos, 1 trabajador social, 3 supervisoras de enfermería y una coordinadora médica.

En el período 2012-2014 entraron en el SUH del CHUS 326.695 urgencias de adultos (107368 en el año 2012, 108.681 en el año 2013 y 110.646 en el año 2014). En dicho período se incrementó la frecuentación un 3,05% y disminuyó el porcentaje de ingresos un 0,21.

2.4 Informe de Evaluación de la Gestión de las Esperas en el SUH del CHUS.

En el mes de abril de 2011 el Servicio de Inspección Sanitaria de la Consellería de Sanidade, a instancias de la Subdirección Xeral de Inspección, Auditoría y Acreditación, realizó el “Informe de Evaluación de la Gestión de las Esperas en el SUH del CHUS”¹⁷, con el fin de determinar, tras la solicitud de la propia Gerencia del CHUS, si existían anomalías subsanables en su funcionamiento, de especial importancia por el fallecimiento el día 12 de marzo de 2011 de una paciente en el pasillo del SUH mientras esperaba el paso a los boxes de exploración.

Tras la evaluación, el 1 de junio el Servicio de Inspección Sanitaria de la Consellería de Sanidade emitió el “Informe de Evaluación de la Gestión de las Esperas en el Servicio de Urgencias del CHUS” con las siguientes conclusiones:

2.4.1 Sistema de Triage

En el SUH del CHUS existía un sistema de triaje basado en la valoración médica de los enfermos que eran clasificados en leves, graves y críticos. Según la documentación existente en el servicio el objetivo fijado era realizar una evaluación médica en menos de diez minutos tras la llegada a urgencias.

2.4.2 Asignación de Profesionales a Pacientes Triados.

Los pacientes de gravedad intermedia sufrían por regla general esperas que se situaban en más de una hora, en el pasillo de acceso del SUH acompañados por un familiar. En ese período de tiempo no tenían un

profesional médico ni de enfermería asignado específicamente, derecho reconocido por el artículo 12.5 de la Ley 8/2008 de Salud de Galicia¹⁸.

2.4.3 Estructura Física.

La estructura física del SUH no permitía garantizar ni la confidencialidad ni la intimidad de los pacientes. Incluso en algún caso podría vulnerar el derecho a una atención humanizada reconocido por el artículo 9 y 12.1 de la Ley 8/2008 de Salud de Galicia¹⁸. Así mismo el área de observación tenía una estructura que no permitía garantizar una adecuada vigilancia de los enfermos, con un riesgo potencial de errores elevado.

2.4.4 Retraso en la Circulación de Pacientes

El retraso que existía en la circulación de pacientes hacia las Unidades de Enfermería de Hospitalización (UEH) se basaba en la demora existente entre la asignación de la cama de hospitalización y el traslado efectivo del paciente a la misma.

La apertura de la Unidad de Preingresos que entonces existía suponía una vía para descongestionar puntualmente el SUH, y sin perjuicio de que se pudiera agilizar el tiempo requerido para su apertura funcionaba adecuadamente aunque no parecía que su apertura definitiva pudiera suponer una solución definitiva al problema, que parecía que se situaba en la agilización del flujo de pacientes hacia las UEH.

2.4.5 Sistemas de Información

Los sistemas de información que existían eran utilizados de forma errática y la gran cantidad de datos discordantes y erróneos no permitían obtener conclusiones definitivas para la gestión.

La mayoría de estas conclusiones eran conocidas por la Gerencia del CHUS, por lo que en el año 2011 se llevaron a cabo una serie de acciones de mejora estructurales para adecuar los espacios físicos a las necesidades asistenciales.

2.5 El “Informe de Fiscalización del SUH del CHUS”

El Pleno del Consello de Contas, por acuerdo del 22 de diciembre de 2010, aprobó por unanimidad el programa anual de trabajo para el año 2011. En él se contemplaba la realización de la fiscalización selectiva de

los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH).

Con fecha 10 de enero de 2012 el Consello de Contas presentó el “Informe de Fiscalización del SUH del CHUS”¹⁹ correspondiente al ejercicio de 2010. En este informe de fiscalización se establecían, las siguientes recomendaciones:

2.5.1 Modelo Organizativo

Reconociendo la complejidad que presenta la resolución del incremento de las atenciones urgentes, deben abordarse estrategias y actuaciones tendentes a racionalizar su demanda, recomendando, a tal efecto, la elaboración de un plan que normalice y ordene los recursos de la atención urgente jerarquizando su estructura funcional.

Deberá evaluarse el funcionamiento de la atención primaria y, en particular, de los Puntos de Atención Continuada, introduciendo las medidas necesarias para incrementar su capacidad de resolución, y situándola en disposición de gestionar la demanda de atención urgente que le corresponda y se genere en el usuario la confianza necesaria para evitar que acuda sistemáticamente a la unidad de urgencias hospitalarias. Es preciso que el SUH disponga de un Plan Funcional y de una adecuada protocolización de su funcionamiento.

2.5.2 Sistema de Información

Ha de desarrollarse un sistema de información que integre la actividad del servicio, desde la entrada hasta el alta en urgencias.

Que permita la fijación de los oportunos indicadores, así como el seguimiento del paciente y la interrelación de la actividad de todos los profesionales implicados en la prestación de la atención urgente.

Sería aconsejable que dicho sistema de información fuese una solución corporativa del Servizo Galego de Saúde para unificar la gestión en su red hospitalaria.

2.5.3 Recursos Humanos

Deberán evaluarse las necesidades de la unidad de urgencias con objeto de dimensionar la dotación de sus efectivos y evitar que la cobertura del déficit que actualmente se constata se realice recurriendo a jornadas

complementarias de forma sistemática y desproporcionada, limitando la contratación de carácter estructural a aquellos supuestos en que la prestación de servicios responda a dicha naturaleza.

2.5.4 Actividad Asistencial

Deben definirse objetivos e indicadores para las unidades de urgencias que, integrados en el cuadro de mandos del centro hospitalario, reflejen las características de su dinámica asistencial, contemplando, entre otros, los destinados a reconocer los tiempos de atención y de materialización del ingreso hospitalario desde que es ordenado.

Ha de desarrollarse una mayor protocolización de los procesos y actuaciones, e incorporar medidas tendentes a la reducción de los tiempos de atención en la unidad de urgencias.

Se debe incidir en la adecuada clasificación de la demanda con objeto de establecer diferentes niveles asistenciales en función de la gravedad.

Su aplicación, además de incidir favorablemente en la seguridad del paciente, ha de proporcionar una referencia de la casuística atendida, permitiendo un control de calidad y constituyendo un instrumento de ayuda para la gestión.

El área de observación ha de utilizarse para la finalidad prevista y no como receptora de los pacientes pendientes de ingreso.

Dado el elevado número de pruebas diagnósticas que se realizan en la atención urgente y los efectos que su demora presenta en la capacidad de resolución de las urgencias, se deberían adoptar las medidas necesarias tendentes a corregir las disfuncionalidades actualmente existentes.

Se hace preciso una adecuada planificación de los ingresos y una eficiente gestión de camas para evitar el bloqueo de salida que colapsa la unidad de urgencias.

2.5.5 Indicadores de Calidad

Conviene mejorar la cumplimentación de los antecedentes documentales debiendo identificarse en los informes de alta el responsable de la asistencia.

La tramitación de reclamaciones y quejas debe resolverse en tiempo razonable, adoptando un compromiso de tiempo máximo de respuesta y depurando los supuestos que arrastren una excesiva antigüedad.

2.6 Plan de Mejora Continua del SUH del CHUS.

Como consecuencia de dichos informes y tras la creación y el desarrollo de la EOXIS, a partir de enero del 2012, se procedió a integrar de forma efectiva las estructuras organizativas de AE y AP.

Se integraron las sedes de ambas estructuras y las respectivas direcciones, lo que permitió avanzar en los planes de actuación sanitaria con visión integrada facilitando la coordinación y colaboración entre dichos ámbitos asistenciales.

Desde el año 2012 la EOXIS, en el marco de una gestión integrada, trabaja en un Plan de Mejora de la Atención a las Urgencias con el fin de definir y diseñar el Proceso de Atención a las Urgencias, proceso de atención integral en el que participan los SAP, los PAC, el 061, los servicios hospitalarios del Hospital de Barbanza y del CHUS, y los SUH respectivos.

Dicho plan persigue analizar los principales problemas de la atención a las urgencias, ordenar los recursos humanos, materiales y tecnológicos, establecer las líneas de mejora, e incorporar los indicadores que permitan hacer un seguimiento de este proceso de atención con el fin de detectar las desviaciones que se puedan producir e introducir progresivamente las mejoras que se consideren oportunas.

En el Plan de Mejora de la Atención a las Urgencias tuvieron y tienen un papel relevante las diferentes categorías profesionales que participan en la atención a las urgencias en las diferentes unidades e instituciones.

El Plan de Mejora Continua del SUH del CHUS constituye una parte fundamental de dicho plan y se basa en cinco ejes: la Estructura Física y RR.MM., los RR.HH., el Modelo Organizativo, los Sistemas de Información y los Indicadores de Calidad:

2.6.1 Estructura Física y RR.MM.

Las obras que remataron en diciembre de 2011 y están operativas desde

finales de enero de 2012 consistieron, básicamente en las siguientes actuaciones:

- Ampliación de la Sala de Observación.
- Habilitación de una nueva Sala de Curas.
- Habilitación de una nueva Sala de Espera de Resultados.
- Renovación de las Salas de Especialidades.
- Actualización y Reposición de Material e Instalaciones.
- Instalación de una red inalámbrica Wifi.

2.6.2 RR.HH.

Desde el año 2012 y para adoptar el nuevo modelo organizativo el personal médico se incrementó en 4 efectivos pasando de 36 a 40, el personal de enfermería en 13 pasando de 57 a 70, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en 2 pasando de 42 a 44, lo que hace un incremento total de 19 efectivos sanitarios.

2.6.3 Modelo Organizativo.

En el año 2012 el Modelo Organizativo del SUH del CHUS sufrió una profunda transformación:

- Sistema Triage.

Se implanto un Sistema de Triage basado en la valoración de los pacientes por el personal de enfermería.

Asignación de Profesionales a Pacientes Triados.

Se asignaron profesionales a los pacientes triados para que los propios pacientes, sus familiares y los profesionales del SUH conozcan en todo momento quienes son los profesionales responsables de los pacientes.

- Circuitos Asistenciales.

Se establecieron nuevos circuitos asistenciales en el SUH con el fin de garantizar la prestación de una asistencia eficaz, eficiente y efectiva.

Proceso Asistencial Integrado de Ingreso desde el SUH.

Se estableció un Proceso Asistencial Integrado de Ingreso desde el SUH que establece que cada servicio deberá designar un responsable para la UEH y uno de referencia para el SUH, las horas de visita y las horas de entrega de las altas, con el fin de mejorar los circuitos organizativos de los

servicios implicados en el ingreso de los pacientes y minimizar el tiempo medio de espera de los pacientes con solicitud de ingreso desde el SUH.

2.6.4 Sistemas de Información

Desde el año 2012 basándose en las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) se desarrollaron e implantaron herramientas informáticas ad hoc que interactúan entre sí, y con los Sistemas de Información (SI) de la EOXIS.

- Manchester Triage System (MTS).

En mayo del año 2012 se implanto el Manchester Triage System (MTS)²⁰ en el SUH del CHUS. El MTS permite realizar una priorización clínica de los pacientes urgentes para la atención de los mismos y es fruto de la integración en el año 1996 de todos los sistemas de triaje que existían en el Reino Unido. En la actualidad está implantado en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma de Galicia siendo el CHUS el primer hospital de tercer nivel en el que se implantó.

- Mapa de Urgencias (MAPUR).

El Mapa de Urgencias (MAPUR) es un sistema de información para la gestión de los pacientes admitidos en el SUH del CHUS. Contempla la gestión del proceso asistencial de urgencias, de manera horizontal, interconectando a todos los profesionales que intervienen en el mismo, a través de una plataforma única e integrada con el resto de agentes y los SI de la EOXIS. Permite conocer la localización física de los pacientes, disponer de notificaciones de información clínica en tiempo real: Laboratorio, Radiología, Solicitud de Ingreso, etc., mejorar la coordinación y la comunicación entre los profesionales: adjuntos, residentes, enfermería, celadores, admisión, otros servicios clínicos, etc., e identificar los profesionales asignados a cada paciente durante todo el proceso asistencial de urgencias: adjunto, enfermera, residente.

- Mapa de Camas (MACAM).

El Mapa de Camas (MACAM) es un sistema informático que permite gestionar de manera electrónica la reasignación y asignación definitiva de las camas, los ingresos, las altas, los traslados a otros centros, etc. Todas

estas acciones, se pueden realizar sobre los tres orígenes posibles de un ingreso: pacientes programados, ingresos directos e ingresos desde Urgencias.

- Solicitud de Ingreso (SOLING).

El sistema informático Solicitud de Ingresos (SOLING) informatiza todo el proceso de ingreso desde Urgencias. Controla en tiempo real la solicitud de ingreso desde Urgencias, el alta de los pacientes en las diferentes plantas de hospitalización, la asignación de cama por el Servicio de Admisión, el momento en que la enfermería comunica que las camas están libres y preparadas para recepcionar los pacientes pendientes de ingreso y la petición de traslado del paciente desde el SUH a la correspondiente cama de hospitalización.

- Gestión de Ambulancias (GESAMB).

El sistema informático Gestión de Ambulancias (GESAMB) permite la gestión de las solicitudes de transporte en ambulancia de los pacientes que sean alta de hospitalización en el HCU, Hospital Provincial de Conxo y Hospital Gil Casares; que sean alta de urgencias en el CHUS y que sean ingresados en hospitalización en los Centros Gil Casares y Hospital Provincial de Conxo procedentes del SUH del CHUS.

Permite identificar al paciente a trasladar, las condiciones del traslado y el registro de la salida del paciente trasladado a través de la lectura de un código de barras del paciente.

2.6.5 Indicadores de Calidad

- Cuadro de Mandos.

Se ha implantado un cuadro de mandos del SUH del CHUS que analiza las entradas y salidas de pacientes, los tiempos de atención, los procesos y los datos del MTS.

- Procedimiento de Identificación de Pacientes.

Mediante el Procedimiento de Identificación de Pacientes identificamos de forma inequívoca, mediante la colocación de pulseras identificativas, a los pacientes durante su permanencia en el área de urgencias y mejoramos la seguridad de los procesos asistenciales minimizando los eventos

adversos relacionados con errores de identificación de pacientes.

- Reclamaciones.

Se implanto en la EOXIS el sistema informático corporativo QUERES para gestionar las reclamaciones.

- Informe Altas.

En la actualidad todas las altas en el SUH del CHUS se realizan a través de informe médico en la Historia Clínica Electrónica (HCE) denominada IANUS.

Certificado de Calidad Asistencial.

En el 2014 el SUH se certificó según la Norma SEMES-AD QUALITATEM.

3 OBJETIVOS:

Desde el año 2012, en el marco de una gestión integrada, la EOXIS trabaja en un Plan de Mejora Continua del SUH de adultos del CHUS en el que participaron y participan de forma activa y relevante, las diferentes categorías profesionales que desarrollan su labor profesional en dicho servicio, así como las que participan y colaboran en la atención a las urgencias desde sus respectivas unidades y servicios.

Transcurridos tres años, es el momento de analizar las acciones desarrolladas, evaluar los indicadores asistenciales y explorar áreas de mejora en relación con las desviaciones de los mismos.

El propósito principal de esta investigación es analizar y evaluar el impacto del Plan de Mejora Continua del SUH del CHUS en el período 2012-2014.

En concordancia con este planteamiento se establecen los siguientes objetivos de trabajo:

- 3.1 Describir y evaluar el impacto del Plan de Mejora Continua en la Actividad Asistencial del 2012 al 2014.**
- 3.2 Explorar áreas de mejora en el SUH de Adultos del CHUS.**

4 METODOLOGÍA:

4.1 Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio Observacional, descriptivo, retrospectivo.

4.2 Contextualización de la investigación.

4.2.1 Posición del investigador

El investigador es alumno del 4º Curso del Grado de Enfermería y tiene 55 años, actualmente trabaja en el Servicio Gallego de Salud Como Director de Procesos de Enfermería de la EOXIS. En sus 33 años de trayectoria profesional, 21 de los mismos su actividad ha estado vinculada a la asistencia urgente y 12 a la gestión sanitaria.

Las urgencias hospitalarias constituyen un punto de referencia crítico para el Sistema Nacional de Salud, para la propia organización, y para la sociedad. Están sometidas a una constante presión asistencial, al envejecimiento de la población y al aumento de la cronicidad, siendo elementos definitorios de las urgencias, el aumento de frecuentación, la masificación (saturación) y el uso inapropiado de las mismas.

La vulnerabilidad y fragilidad de los pacientes que sufren una urgencia obliga a profesionales asistenciales y gestores a velar por los derechos y garantías de los mismos y a fomentar la cultura de la mejora continua, de la calidad y la excelencia en los SUH, objetivos que también persigue el investigador con este estudio.

4.2.2 Ámbito de estudio.

SUH del CHUS.

4.3 Población

4.3.1 Población de referencia del SUH

POBLACIÓN DE REFERENCIA DEL SUH		
Edad	Hombres	Mujeres
0-14	27602	26029
15-45	87444	85850
46-64	58049	59549
>=65	44227	60053
SubTotal	217322	231481
Total	448803	

Tabla 1. Estratificación de la Población de Referencia del SUH.

4.4 Muestra

Población atendida en el SUH del CHUS en el período 2012-2014

2012-2014				
	EDAD	HOMBRES	MUJERES	
Adultos	15-45	51548	69580	121128
	46-64	39775	38894	78.669
	>=65	59160	67662	126822
TOTAL ADULTOS				326619
Pediátricas	<15	46.992	38.002	84.994
Obstétricas		8.936		
TOTAL				420.549

Tabla 2. Estratificación de la Población Atendida SUH.

4.5 Instrumentos de recogida de Información

Se recogieron los datos a través de los sistemas de información del Servicio Gallego de Salud y de la EOXIS: Sistemas de Información de Análisis Complejos (SIAC), Tarjeta Sanitaria, MTS, MAPUR, MACAM y SOLING.

5 ASPECTOS ETICO-LEGALES

Esta investigación se ampara en los principios ético-legales que corresponden a la Declaración de Helsinki y al Pacto de Oviedo.

Al mismo tiempo debido a las características del investigador como personal del SERGAS y a la investigación que maneja datos de tipo general y totalmente anonimizados no se hace necesario Informe del CAEIG.

6 RESULTADOS

El Servicio de Urgencias de Adultos del CHUS, es un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) que ofrece asistencia multidisciplinar para atender las urgencias y emergencias que llegan al mismo por iniciativa propia o derivadas desde otros servicios.

Su población de referencia es la mayor de 14 años de la EOXIS, la constituyen 395.172 ciudadanos, el 88% de la población de la EOXIS.

Está situado en el HCU, ubicándose en la planta -2 del edificio A, sector B/C (área de hospitalización del citado hospital), tiene una superficie de 3370 m² y acceso directo a la calle.

6.1 Estructura Física y RR.MM.

En el SUH de adultos del CHUS se diferencian las siguientes áreas:

6.1.1 Área de Recepción y Admisión

En ésta área se facilita el acceso de los pacientes y familiares, se cumplimenta el trámite administrativo pertinente, así como la información a familiares. Consta de un vestíbulo en el que se encuentran la recepción de celadores, la admisión de urgencias, la puerta de acceso restringido al área asistencial, un pasillo que comunica con la sala de espera de pacientes y acompañantes, las consultas rápidas/filtro y el triaje:

- Recepción de Celadores.

Situada en la entrada, dispone de un pequeño espacio físico donde permanece el personal de esta categoría cuya misión es controlar el acceso así como facilitar el traslado del enfermo en caso de requerirlo. Es común para el SUH de adultos, de pediatría y para las urgencias obstétricas.

- Admisión de Urgencias.

Despacho de atención al público, situado en un área de tránsito entre la puerta principal de urgencias y la sala de espera de familiares y pacientes. En él se recogen los datos de filiación de los pacientes y se efectúa el registro administrativo informatizado de todo usuario que solicite atención sanitaria. Es común para el SUH de adultos, de pediatría y para las urgencias obstétricas. Si bien su actuación se

integra dentro del circuito asistencial de la unidad de urgencias, depende orgánicamente del Servicio de Admisión.

- Sala de Espera de Pacientes y Acompañantes.

Está situada al final del pasillo que comunica el vestíbulo de entrada y la zona de admisión y de consultas rápidas/filtro y el triaje.

En ella se encuentran los pacientes pendientes de atención en las denominadas consultas, los que han sido atendidos, en espera de recibir resultados de pruebas complementarias y los familiares o acompañantes de los enfermos. La sala cuenta con 100 asientos y servicios básicos esenciales: teléfono público, aseos, máquinas expendedoras de bebidas calientes y frías y de alimentos.

6.1.2 Área Asistencial:

- Salas de Triage.

Existen 2 salas de triaje en las que se realiza un triaje estructurado por personal de enfermería mediante el Sistema de Triage Manchester (MTS): Triage 1 y Triage 2. En el Triage 1 se trian además de aquellos pacientes que vienen por su propio pie o en silla de ruedas, aquellos que vienen en camilla.

- Consultas Rápidas/Filtro.

En las mismas se atiende a los pacientes susceptibles de un diagnóstico rápido y que no precisan pasar a un control de enfermería. Se trata de pacientes que toleran la bipedestación o el desplazamiento en silla de ruedas y, que pueden valerse por sí mismos o necesitan una ayuda mínima. Consta de 4 consultas médicas y 1 consulta de enfermería.

- Consultas de Especialidades.

Consta de 3 consultas para la asistencia obstetricoginecológica y de cinco consultas para las siguientes especialidades: oftalmología, psiquiatría, otorrinolaringología, alergología, dermatología y traumatología.

- Sala de Curas.

Consta de cuatro camillas y en ella se atiende a pacientes con heridas

que precisen suturas, quemaduras no críticas y se realizan procedimientos de cirugía menor en los casos precisos.

- Sala de Sillones.

Se utiliza para pacientes atendidos inicialmente en otras salas y que precisan de tratamiento, observación o esperan resultados. Cuenta con 20 Sillones.

- Sala de Críticos.

Sala con cuatro camillas monitorizadas para urgencias vitales. Está dotada para realizar las técnicas de soporte vital avanzado. Se encuentra comunicada con el área de radiodiagnóstico.

- Sala de Monitores.

Sala con seis camillas para urgencias graves o pacientes que precisen observación monitorizada. Está dotada con telemetría.

- Salas de Boxes.

Existen dos salas de boxes, con sendos controles de enfermería y despachos médicos, donde se atiende a los pacientes que, precisan estar acostados en camilla para ser explorados, tratados y controlados. En total hay quince boxes, ocho en una de las salas y 7 en la otra. Como norma general, los pacientes que permanecen en esta área asistencial pueden ser acompañados por un familiar.

- Sala de Observación.

Se destina a los pacientes que, tras ser atendidos previamente en otras salas del área asistencial necesitan de un periodo de observación, no superior a las 24 horas, previo al alta o al ingreso. Consta de 3 salas de aislamiento, 3 cuartos de baño debidamente dotados y de 49 camillas.

6.1.3 Área de Radiodiagnóstico

Anexa a la sala de críticos consta de 2 salas de rayos X, una sala de TAC y una de ecografía.

6.1.4 Área de apoyo o servicios comunes

Está constituida por las siguientes dependencias: almacenes, secretaría de urgencias, despacho de la trabajadora social, despacho de la

coordinadora, despacho de supervisoras de enfermería, sala docente y de utilización para la realización de informes y sala de descanso del personal.

6.1.5 Evaluación de la Estructura Física y de los RR.MM.

Cabe destacar:

- la habilitación de dos salas de triaje.
- la ampliación de la sala de observación con la dotación de 17 camas nuevas, pasando de 32 a 49.
- la habilitación de una nueva área de curas con luz natural y capacidad para cuatro camillas, dotada con una lámpara de quirófano.
- la habilitación de una nueva sala de espera de resultados con la dotación de 14 sillones nuevos, pasando de 6 a 20 sillones, lo que mejora el uso de los recursos del servicio al acoger a pacientes desde las zonas de primera valoración y de observación.
- La renovación de las Salas de Especialidades con nuevos locales para Traumatología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Dermatología y Oftalmología con mejora de los flujos de pacientes.
- La adecuación de la ubicación de la telemetría en la sala de monitores.
- la instalación una red inalámbrica Wifi que permite la conectividad de los dispositivos que generan información clínica.
- La actualización y reposición de Material e Instalaciones: se adquirieron dos EKG, dos torres de monitorización para las salas de triaje, diverso instrumental, material fungible, sillas de ruedas, etc...y equipos informáticos.

6.1.6 Áreas de Mejora:

- Aunque la señalización exterior es adecuada no hay una entrada diferenciada para las personas que acceden al servicio en ambulancia ni para los enfermos en situación crítica, ni para las urgencias pediátricas y obstétricas, confluyendo todos los usuarios en la única existente.
- La sala de espera carece de un aseo adaptado para minusválidos.
- La urgencia obstétrica debe ser atendida en la maternidad hospitalaria.

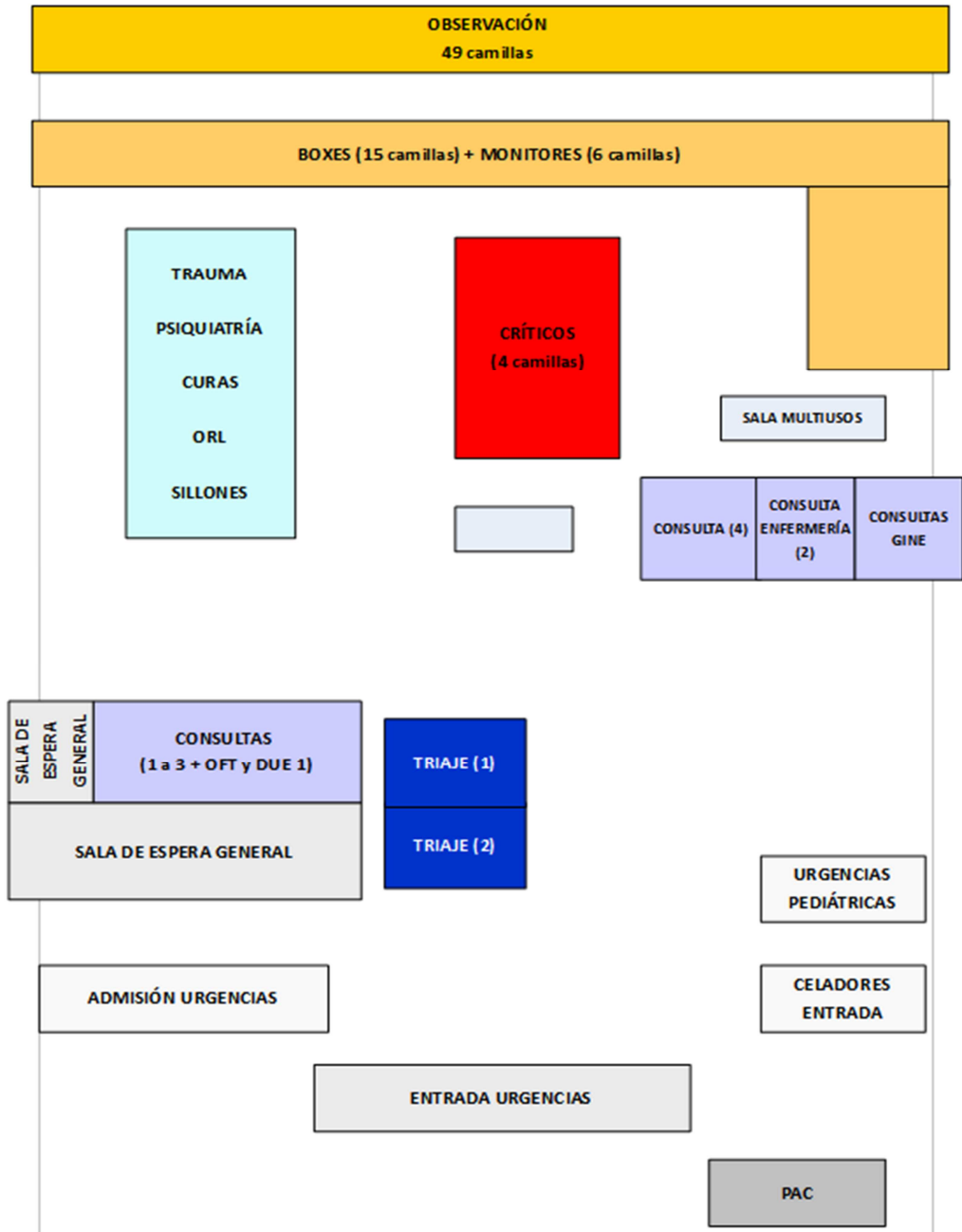


Figura 1. Plano del SUH.

6.2 RR.HH.

Su cuadro de personal lo forman: 41 médicos, una es la coordinadora; 73 enfermeros, 3 son supervisores; 44TCAE, 32 celadores, 13 auxiliares administrativos 12 en admisión y 1 en secretaria, y 1 trabajadora social:

Categoría Profesional	Efectivos
Médicos	41
Enfermeros	73
TCAE	44
Celadores	32
Auxiliares Administrativos	13
Trabajadora Social	1
Total	204

Tabla 3. Cuadro de Personal del SUH del CHUS.

6.2.1 Coordinadora Médica y Supervisoras de Enfermería

Tienen asignadas funciones asistenciales, gestión de RR.HH., gestión de RR.MM., gestión de ingresos y traslados de pacientes a sus domicilios.

6.2.2 Médicos

En el SUH del CHUS trabajan 40 médicos en Turno Rotatorio Complejo (TRC).

Las presencias en turno de mañana-tarde-noche (M-T-N) y la distribución de los efectivos en el área asistencial es la siguiente:

MÉDICOS DE LUNES A VIERNES			
SALAS	MAÑANA	TARDE	NOCHE
Consultas Filtro	4 (M8 a M11)	4 (M8 a M11)	1 (M8)
CRÍTICOS	1 (M1)	1 (M1)	1 (M1)
Boxes-Monitores	6 (M2 a M7)	6 (M2 a M7)	4 (M2 a M5)
Observa	1 (M12)	0	0
TOTAL	12	11	6
MÉDICOS SABADOS Y DOMINGOS			
Consultas Filtro	2 (M8 y M9)	1 (M8)	1 (M8)
CRÍTICOS	1 (M1)	1 (M1)	1 (M1)
Boxes-Monitores	4 (M2 a M5)	4 (M2 a M5)	4 (M2 a M5)
TOTAL	7	6	6

Tabla 4. Presencias de Médicos de lunes a domingo.

6.2.3 Enfermeros.

En el SUH del CHUS trabajan 70 enfermeros en TRC. Las presencias de lunes a domingo en turno de mañana-tarde-noche (M-T-N) y la distribución de los efectivos en el área asistencial es la siguiente:

ENFERMEROS			
SALAS	MAÑANA	TARDE	NOCHE
Triaje	2	2	1
Consultas Filtro	2	2	1
Curas	1	1	1
Críticos	1	1	1
Monitores	1	1	1
Boxes	3	3	3
Sillones	1	1	1
Observación	3	3	3
TOTAL	14	14	12

Tabla 5. Presencias de Enfermeros de Lunes a domingo.

6.2.4 TCAE

En el SUH del CHUS trabajan 44 TCAEs en TRC. Las presencias en turno de mañana-tarde-noche (M-T-N) y la distribución de los efectivos en el área asistencial de lunes a viernes son de 9-10-7, los fines de semana en turno de tarde en boxes son 2 en vez de 3:

TCAE			
SALAS	MAÑANA	TARDE	NOCHE
Filtro-Gine	1	1	0
Críticos	1	1	1
Monitores	1	1	1
Boxes	2	3 (l a v)/2(s-d)	2
Sillones-Curas	1	1	1
Observación	3	3	2
TOTAL	9	10 (l a v)/9 (s-d)	7

Tabla 6. Presencias de TCAE de lunes a domingo.

6.2.5 Celadores

En el SUH del CHUS trabajan 32 celadores en TRC, 24 en el área asistencial y 8 en el área de recepción y admisión. Las presencias en turno de mañana-tarde-noche (M-T-N) son las siguientes: 9-10-7. La distribución de los efectivos en el área asistencial es la siguiente:

CELADORES			
SALAS	MAÑANA	TARDE	NOCHE
Puerta	2	2	1
Interior (boxes, curas, monitores y críticos)	1	1	1
OBSERVACIÓN	1	1	1
Varios	1	1	1
Radiología	1	1	1
TAC y Refuerzo	1	1	0
TOTAL	7	7	5

Tabla 7. Presencias de Celadores de lunes a domingo.

6.2.6 Trabajadora Social

En el SUH del CHUS trabaja 1 trabajador social en turno fijo de mañana (TFM). De ser preciso en turno de tarde se cuenta con el apoyo de los Trabajadores Sociales del Servicio de Admisión.

6.2.7 Auxiliares Administrativos

En el área de admisión del SUH del CHUS trabajan 13 Auxiliares Administrativos, 1 en TFM como secretario y 12TRC en admisión del SUH con las siguientes presencias en turno de mañana-tarde-noche (M-T-N): 2-2-2, excepto los viernes y domingos que son 3-3-2.

6.2.8 Evaluación de los RR.HH.

Cabe destacar que desde el año 2012:

- El personal facultativo se incrementó en 4 efectivos pasando de 36 a

40, el personal de enfermería en 13 pasando de 57 a 70, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en 2 pasando de 42 a 44, lo que hace un incremento total de 19 efectivos sanitarios.

- se crearon dos colectivos de profesionales correturnos, uno de enfermeros y otro de TCAE, cuyos profesionales son asignados por defecto a reforzar el cuadro de personal del SUH con el fin de afrontar los incrementos de la actividad asistencial en dicho servicio y que cuando no son necesarios refuerzan otras unidades de enfermería.
- Además, de ser preciso se refuerza el SUH con profesionales disponibles en otras unidades con experiencia en urgencias o contratando como último recurso.

6.2.9 Áreas de mejora.

Se detecta la necesidad de seguir mejorando en la previsión y disponibilidad de los refuerzos de personal ante incrementos de la actividad asistencial basándonos en los sistemas de información del SUH.

6.3 Modelo Organizativo

En el año 2012 el Modelo Organizativo del SUH del CHUS sufrió una profunda transformación:

6.3.1 Triage por Personal de Enfermería

En mayo de 2012 se implanto un Sistema de Triage basado en la valoración de los pacientes por el personal de enfermería, el Sistema de Triage Manchester (MTS).

El objetivo del MTS es priorizar la atención de los pacientes que acceden a los SUH en consonancia con su urgencia clínica: atención inmediata, muy urgente, urgente, normal y no urgente.

Actualmente la definición de la palabra triaje queda establecida, en nuestro medio, como la actividad de recepción, acogida y clasificación en función de los síntomas y signos referidos por el paciente o acompañante, en aras de priorizar la atención médica y los cuidados de enfermería, en consonancia con los recursos materiales y humanos dispuestos por la entidad responsable de la asistencia sanitaria. El objetivo del sistema de triaje en un servicio de urgencias es ayudar tanto al tratamiento clínico del

paciente individual como a la organización del servicio. La escala del MTS categoriza a los pacientes en cinco niveles en función de una priorización clínica, donde el más urgente accede antes al proceso de atención.

A esta escala se le dio soporte informático y se usa como herramienta de ayuda en el triaje de los enfermos. Requiere de un profesional que seleccione de entre las diferentes presentaciones clínicas un determinado número de síntomas y signos en cada nivel de prioridad. Los signos y síntomas que diferencian entre las prioridades clínicas son llamados discriminadores y son dispuestos en forma de diagramas de presentación clínica. Los discriminadores que indican mayor nivel de prioridad son los primeros en ser buscados.

El MTS clasifica al paciente que llega a un área de urgencias entre 52 motivos posibles, dentro de cada motivo se despliega un árbol de flujo de preguntas cuya contestación es siempre SI/NO, después de cuatro preguntas, como máximo, clasifica al paciente en una de las 5 cinco categorías, cada una de las cuales se traduce en un código de color y un tiempo máximo de atención, lo que permite priorizar al paciente en función de la gravedad.

6.3.2 Asignación de Profesionales a Pacientes

Coincidiendo con la implantación del MTS se desarrolló el Mapa de Urgencias (MAPUR) el cual se comunicó con el MTS y a través del mismo se asignaron profesionales a los pacientes triados.

6.3.3 Definición Áreas Funcionales

El MTS conllevó una reestructuración de los circuitos para los pacientes en función de su prioridad clínica. Para establecer los circuitos asistenciales se definieron 5 áreas funcionales del SUH, todas ellas cuentan con los 3 perfiles profesionales asistenciales: medico, enfermero y TCAE, excepto la de triaje que cuenta solo con enfermero.

ÁREAS ASISTENCIALES	
Triaje	2 salas de triaje
Críticos	4 camillas
Consultas	4 salas de consulta medicina general Consulta de oftalmología 2 consultas de enfermería.
Boxes/monitorización	21 camillas, 15 en boxes y 6 en monitores
Sillones Especialidades Observación.	20 sillones Otorrinolaringología, psiquiatría, traumatología, Sala de curas con 4 camillas 49 camillas.

Tabla 8. Áreas Funcionales del SUH del CHUS.

6.3.4 Circuitos Asistenciales.

El MTS dispone los siguientes tipos de prioridades, objetivos de tiempo de atención en minutos y porcentajes de las mismas:

Número	Nombre	Color	Objetivo de tiempo	% en la urgencia
1	Inmediato	Rojo	0	1%
2	Muy urgente	Naranja	10	13-15%
3	Urgente	Amarillo	60	30-35%
4	Normal	Verde	120	50%
5	No urgente	Azul	240	3%

Tabla 9. Escala de prioridades MTS.

Por lo tanto, y con carácter general se establecieron los siguientes circuitos asistenciales:

Prioridad Roja.

Los pacientes clasificados como Prioridad Roja deben ser atendidos de forma inmediata y pasarán directamente a la unidad de críticos, generalmente acompañados del personal sanitario que medicalice el traslado. Estos pacientes serán asignados al médico 1 de críticos (M1). Una vez estabilizados serán derivados al área de observación, área de monitorización o unidad de hospitalización correspondiente en cuanto la situación clínica del paciente lo permita.

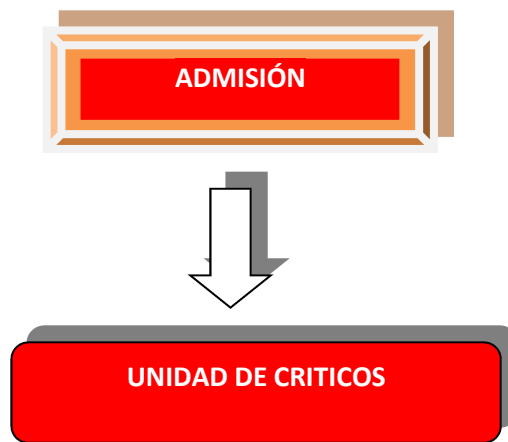


Figura 2. Circuito Asistencial para Prioridad Roja.

- Prioridad **Naranja** y **Amarilla**.

Los pacientes clasificados como Prioridad Naranja deben ser atendidos en menos de 10 min y los clasificados como Prioridad Amarilla en menos de 60.

Los pacientes priorizados como amarillos que no precisen camilla (independientes o capacitados para la deambulaci3n) ser3n atendidos en el 3rea de consultas y ser3n asignados a los m3dicos 8 a 11 (M8 a M11). Una vez atendidos pueden ser derivados, a criterio del facultativo, al 3rea de observaci3n o de sillones (sala de espera de resultados).

Los pacientes priorizados como amarillos que precisen camilla (dependientes y/o incapacitados para la deambulaci3n) y todos los clasificados como naranja ser3n atendidos en el 3rea de boxes/monitorizaci3n, ser3n asignados a los m3dicos 2 a 7 (M2 a M7). Una vez diagnosticados y tratados ser3n derivados a criterio del facultativo al 3rea de observaci3n o de sillones.

Es sumamente importante que estos circuitos sean muy din3micos. Como norma general en boxes polivalentes la estancia m3xima no debe exceder los 20-30 min, excepto en situaciones excepcionales.

En aquellas situaciones en las que existan pacientes, en espera de ser ubicados, con el fin de no retrasar su asistencia, se habilitan los 5 boxes multifuncionales disponibles, anexas a la sala de monitorizaci3n.

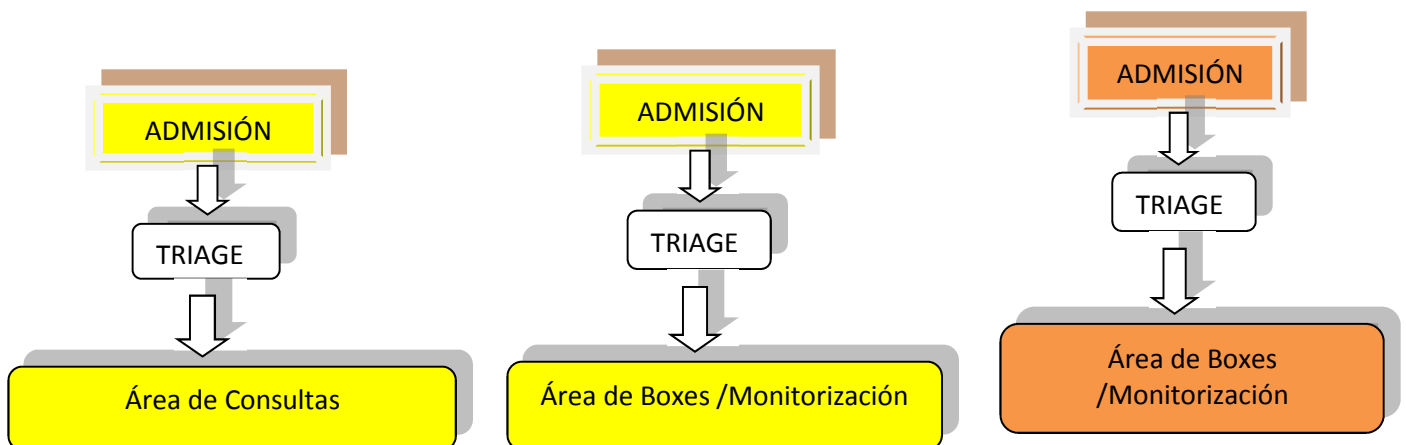


Figura 3. Circuito Asistencial para Prioridad Naranja Amarilla.

- Prioridad Verde y Azul.

Las prioridades Normal y No Urgente, con un tiempo de atención recomendado inferior a 120 o 240 min respectivamente serán atendidos en el área de consultas, salvo aquellos que precisen camilla (dependientes e/o incapacitados para la deambulaci3n) que ser3n atendidos en el 3rea de boxes/monitores.

Ser3n asignados a los m3dicos 8 a 11 (M8 al M11). Una vez atendidos ser3n alta o derivados al 3rea de sillones (o espera de resultados), pudiendo algunos verdes o azules a criterio del facultativo ser derivados al 3rea de observaci3n.

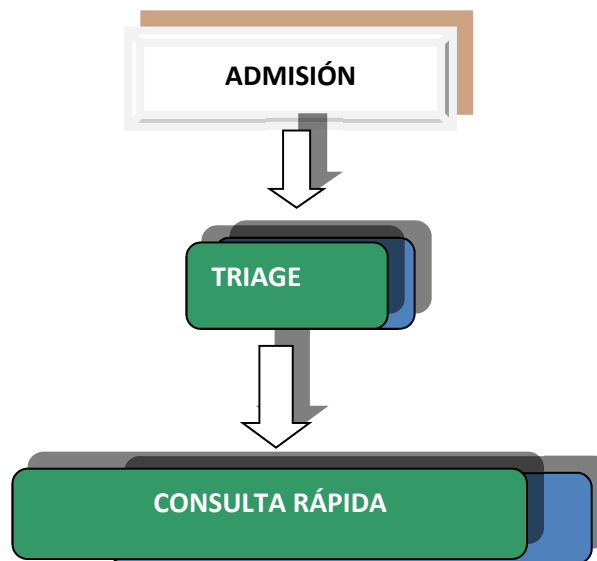


Figura 4. Circuito Asistencial para Prioridad Verde Azul.

- Pacientes que no se Trían.

Los siguientes tipos de pacientes no se trían ya que se asignan directamente a los servicios correspondientes: pacientes pediátricos, pacientes obstétricas (>20 s), pacientes de hemodinámica y pacientes blancos que son aquellos que acceden administrativamente al servicio de urgencias, tienen que pasar por el triaje, pero no necesitan que su prioridad sea establecida según el sistema de triaje Manchester como los traslados intercentros con orden de ingreso que se asignan al M1-M7, pacientes programados para revisión por especialistas con consulta en el SUH, los pacientes programados para revisión por un médico de urgencias, y los pacientes que abandonan el SUH sin ser triados.

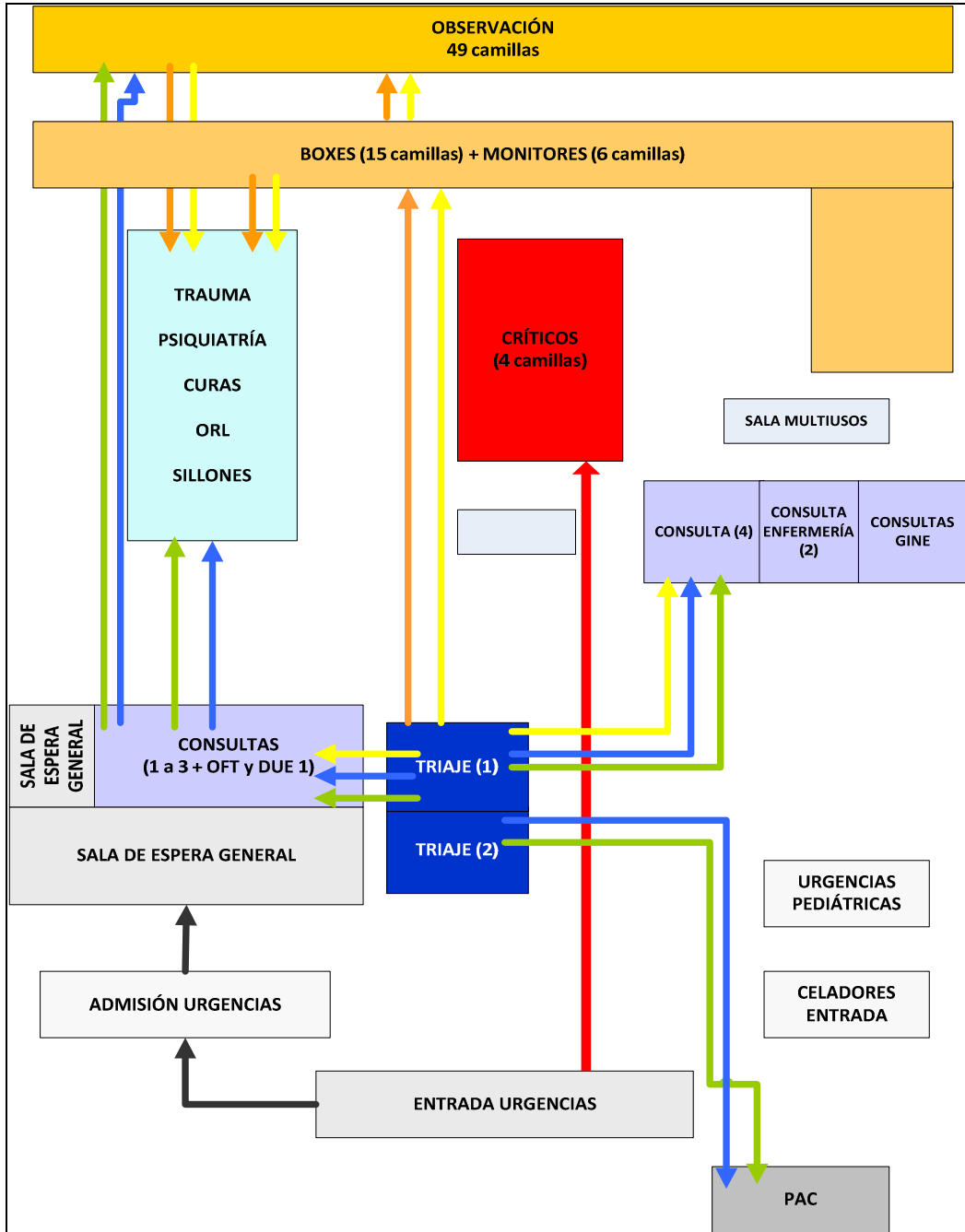


Figura 5. Circuitos Asistenciales del SUH del CHUS.

6.3.5 Proceso Asistencial Integrado de Ingreso desde el SUH.

El SUH de adultos del CHUS debe estar preparado para dar una respuesta de calidad y de seguridad a los pacientes que hacen uso de dicho dispositivo asistencial, pero esta respuesta no solo depende del propio servicio de urgencias, todo el CHUS participa de este objetivo. Toda la organización debe trabajar para dar respuesta a la demanda asistencial del SUH y que los pacientes esperen el menor tiempo posible para ser atendidos y para pasar a una unidad de hospitalización si lo precisa, y con tal fin se diseñó el Proceso Asistencial Integrado de Ingreso desde el SUH.

El Proceso Asistencial Integrado de Ingreso desde el SUH se consensuó con los Servicios de Cardiología, Trauma, Cirugía General, Medicina Interna y Neumología y sus objetivos son los siguientes:

- Mejorar los circuitos internos del SUH.
- Mejorar los circuitos organizativos de los servicios implicados en el ingreso de los pacientes: atención urgente, hospitalización, pase de visita, gestión de las altas, protocolos de limpieza de las habitaciones de las Unidades de Enfermería de Hospitalización (UEH).
- Mejorar el Procedimiento del Transporte Sanitario.
- Minimizar el tiempo de asignación de camas para los pacientes con solicitud de ingreso desde el SUH.
- Minimizar el tiempo de ingreso para los pacientes con solicitud de ingreso desde el SUH y con cama asignada.

En el Proceso Asistencial Integrado de Ingreso desde el SUH participan los profesionales del SUH, de las UEH y del Servicio de Admisión con las siguientes responsabilidades:

- SUH.

Todo el personal del SUH colabora en todo momento en la agilización de los procesos internos. Una vez valorado el paciente, si este puede, por su patología estar sentado, deberá ser trasladado a la sala de sillones donde podrá recibir el tratamiento prescrito y esperar los

resultados de las pruebas solicitadas con el fin de poder dejar camillas libres para otros pacientes.

El personal médico realizara de ser precisa la solicitud de ingreso mediante el aplicativo Solicitud de Ingreso (SOLING).

Es responsabilidad de la Coordinación de Urgencias y de la supervisión de enfermería la gestión de los espacios disponibles en el servicio para la atención de los pacientes. Además la supervisora asistencial debe estar en contacto permanente con el Servicio de Admisión y con las supervisoras de las UEH para mejorar la gestión de los ingresos.

- UEH.

Todos los días está disponible para el personal médico y para los supervisores de las UEH a través del aplicativo informático Previsión de Ingresos (PREVING) la previsión de ingresos del servicio, ya sean ingresos directos, programados o desde el SUH.

Cada servicio establecerá un responsable de la UEH y otro de referencia para el SUH siendo recomendable que sea el mismo, quien deberá estar siempre localizable.

El médico debe finalizar el pase de visita antes de las 11:30-12:00 AM, durante el mismo informará al paciente/familia/tutor del alta, preferentemente con una antelación de 24-48 horas y comunicara las altas del día al Servicio de Admisión antes de las 12:30 horas debiendo ser entregado el informe de alta antes de las 13 horas.

Informará así mismo a la enfermera responsable de las altas del día y de las prealtas o posibles altas de las próximas 24-48 horas.

La supervisora o enfermera responsable de los pacientes mecanizará en el aplicativo Mapa de Camas (MACAM) las prealtas y las altas y las confirmará cuanto antes durante las 24 horas del día.

Si por algún motivo existe alguna prealta incumplida, se comunicara el motivo a través del MACAM.

Se comunicara al Servicio de Admisión así mismo si precisa transporte sanitario y el tipo de transporte (silla de ruedas, camilla ...).

Los pacientes pendientes únicamente de la entrega del informe de alta y que puedan estar en sedestación, si la situación clínica lo permite permanecerán en la sala de espera hasta que abandonen la unidad acompañados preferiblemente por un familiar.

Por último y una vez que el paciente abandona la habitación y la misma se ha limpiado mecanizaran en el MACAM la disponibilidad para acoger al paciente en la UEH y si es preciso lo comunicaran a la supervisora de urgencias telefónicamente.

- Servicio de Admisión.

Mediante el MACAM, el SOLING y el PREVING el Servicio de Admisión conocerá en tiempo real las prealtas, las altas, las camas libres, las solicitudes de ingreso programadas y directas de los diferentes servicios clínicos del CHUS y las solicitudes de ingreso desde el SUH, y antes de las 14 horas asignaran las camas en las UEH correspondientes a los pacientes con solicitud de ingreso desde el SUH.

Así mismo tramitaran las solicitudes de transporte sanitario para los pacientes que lo precisen.

6.3.6 Evaluación del Modelo Organizativo.

- la implantación del MTS basado en el triaje por el personal de enfermería permitió optimizar los efectivos médicos que lo realizaban hasta el 2012 y que los mismos se dedicasen a la labor asistencial.
- la asignación de profesionales a los pacientes triados hizo posible que los propios pacientes, sus familiares y los profesionales del SUH conozcan en todo momento quienes son los profesionales responsables de los pacientes.
- la definición de áreas funcionales asistenciales permitió establecer los circuitos asistenciales del SUH y ordenar el flujo de pacientes en el mismo.
- el proceso asistencial integrado desde el SUH permitió optimizar en las UEH el pase de visita, el proceso de alta y la disponibilidad de las camas ocupadas y en el SUH disminuir los tiempos de ingreso en las

UEH desde el mismo, con la consiguiente liberación de espacios para nuevos pacientes.

6.3.7 Áreas de Mejora.

- Se debe extender la asignación de profesionales responsables de los pacientes a la enfermería, ya que dichos profesionales trabajan por áreas funcionales.
- Se debe de extender el proceso de ingreso a todos los Servicios Médico-Quirúrgicos que tengan entre sus atributos la hospitalización.

6.4 Sistemas de Información

Desde el año 2012 basándose en las Tecnologías de la información y Comunicación (TIC) se implantaron y desarrollaron aplicativos informáticos ad hoc que interactúan entre sí, y con los Sistemas de Información (SI) de la EOXIS.

6.4.1 ALERT.MANCHESTER

ALERT.MANCHESTER es la aplicación informática que facilita la implantación del MTS. Nos proporciona información sobre:

- El Triador: identificación mediante login y password.
- Fecha y hora del triaje.
- Datos identificativos del paciente: nombre, sexo, edad.
- Motivo de consulta o queja (52 discriminadores).
- Signos vitales.
- Sala donde se encuentra el paciente.
- Medio de derivación (deambulando, silla de ruedas, camilla, etc...).
- Tiempo de espera (desde que el paciente es registrado en el SUH), tiempo de triaje, la clasificación de los pacientes según la prioridad de la atención que precisan, lo que se denomina la huella del SUH.

6.4.2 Mapa de Urgencias (MAPUR).

MAPUR es un sistema de información desarrollado en la EOXIS para la gestión de los pacientes admitidos en el SUH del CHUS, interconectando a todos los profesionales que intervienen en el mismo, a través de una plataforma única e integrada con el resto de agentes y los SI de la EOXIS. Los Objetivos del MAPUR son los siguientes:

- Localizar físicamente a los pacientes (número de historia clínica, nombre).
- Mejorar la coordinación y comunicación entre los profesionales: adjuntos, residentes, enfermería, celadores, admisión, otros servicios clínicos, etc.,
- Identificar los profesionales asignados a cada paciente durante todo el proceso asistencial de urgencias: adjunto, enfermera, residente.
- Asignar Perfiles y Roles.
- Notificar acciones e información clínica en tiempo real:

TIPO	ICONO	NOTIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
FACULTATIVO		Orden Facultativo	Existe una orden de Facultativo pendiente
ENFERMERÍA		Orden Enfermería	Existe una orden de enfermería pendiente
RAYOS		Estudio Registrado	Existe una solicitud de una RX (registrada en SIDI)
		Estudio Realizado	Estudio finalizado por el técnico
		Estudio Informado	Estudio informado por el radiólogo
LABORATORIO		Prueba registrada	Prueba solicitada
		Prueba Validada Parcialmente	Alguna de las secciones de La prueba validada
		Prueba Validada	Todas las secciones de la Prueba validadas
SOLI.INGRESO		Ingreso Solicitado	Existe una solicitud de ingreso
		Cama Preasignada	Ingreso con cama preasignada
		Destino confirmado Cama no asignada	Ingreso confirmado, cama Pendiente de asignar
		Destino confirmado Cama asignada	Ingreso confirmado y cama Asignada y confirmada
TAO		TAO	Paciente con tratamiento anticoagulante
HDD		Hospital de día	Atención en hospital de día en los últimos tres meses

Figura 6. Notificaciones del MAPUR.

Desde la pantalla principal del MAPUR podemos acceder a las siguientes opciones: Enfermería, Solicitudes de Ingreso y pacientes en Urgencias:

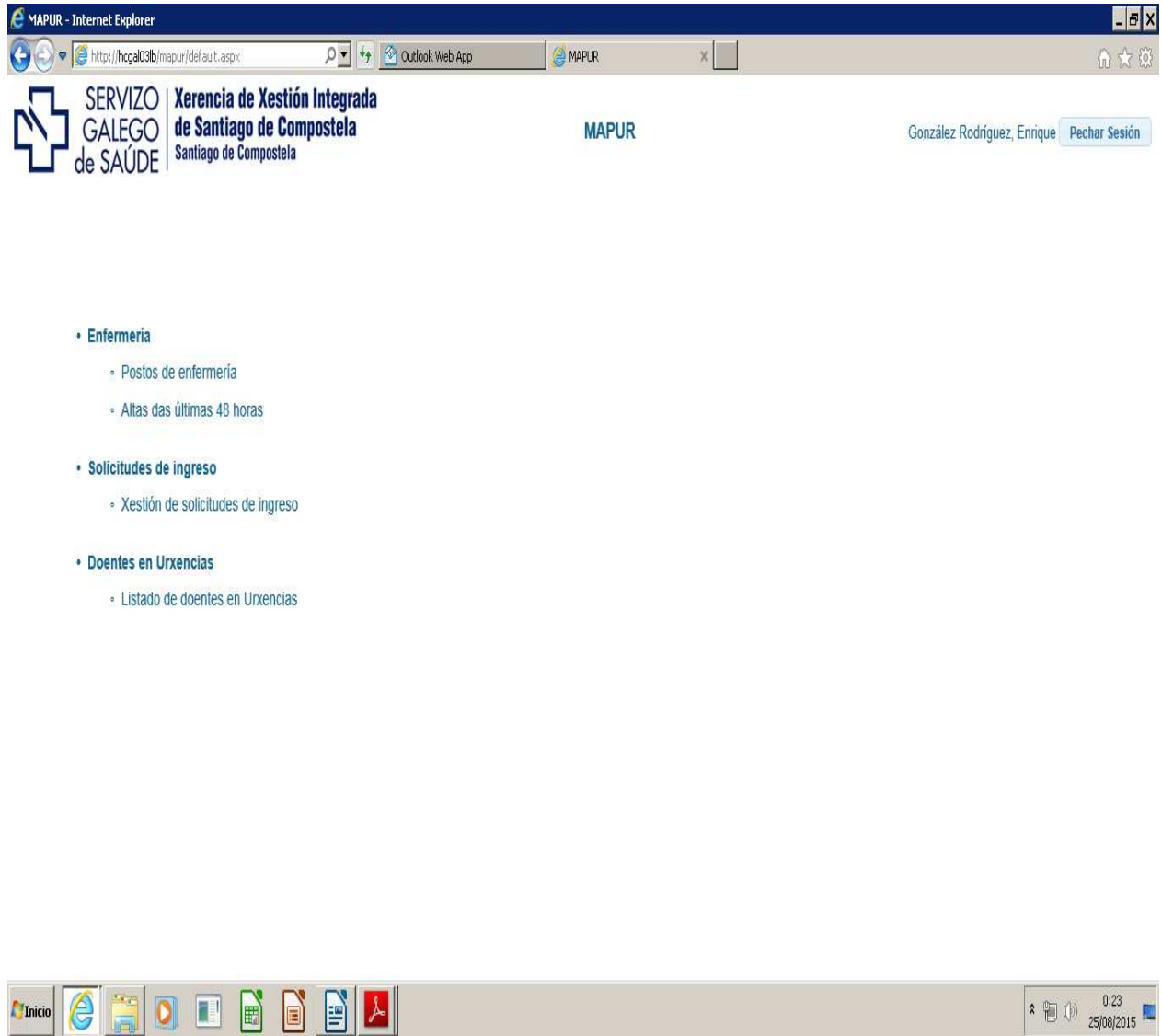


Figura 7. Pantalla Principal del MAPUR.

Puestos de Enfermería:

Nos permite visualizar en relación con la ubicación que seleccionemos los pacientes pendientes de trasladar a dicha ubicación, los pendientes de ubicar y los ubicados en las siguientes salas: críticos, monitores, boxes, sillones, observación, curas, filtro, triaje, bloque quirúrgico, mortuorio, hemodinámica y electrofisiología:

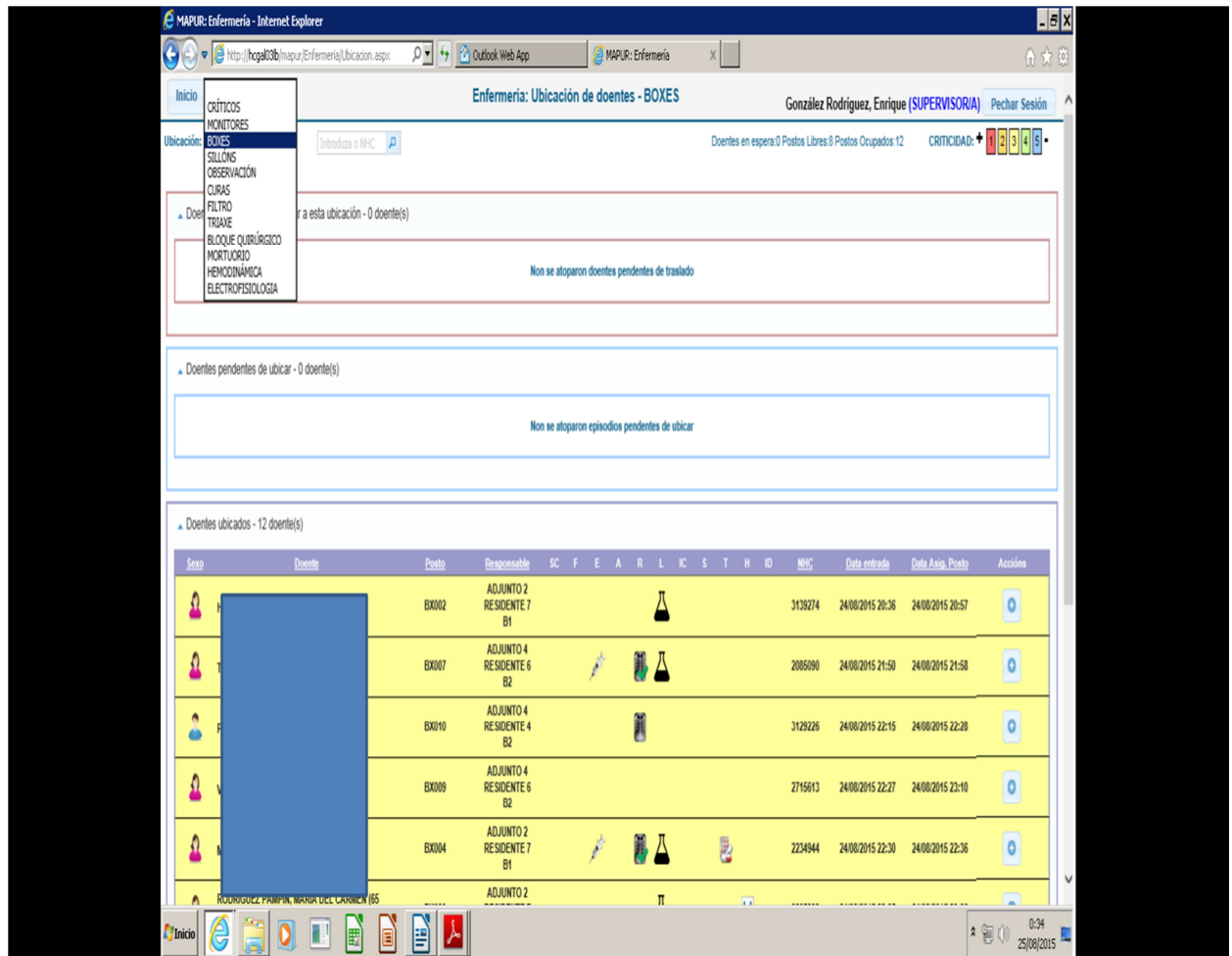


Figura 8. Puestos de Enfermería MAPUR.

- Altas das Últimas 48 horas

Nos permite ver todos los pacientes dados de alta en el SUH en las últimas 48 horas, buscarlos por su NHC, o filtrarlos por sala o servicio: críticos, monitores, boxes, sillones, observación, curas, filtro, PAC, dermatología, ginecología, oftalmología, triaje, otorrinolaringología, psiquiatría, traumatología, bloque quirúrgico, mortuorio, hemodinámica o electrofisiología.

Numica	Numerohc	Doente	Data alta	Motivo Alta	
			23/08/2015 22:12	DOMICILIO	Recuperar
			24/08/2015 04:52	DOMICILIO	Recuperar
			24/08/2015 04:52	DOMICILIO	Recuperar
			24/08/2015 04:52	DOMICILIO	Recuperar
			24/08/2015 04:53	DOMICILIO	Recuperar
			24/08/2015 05:05	DOMICILIO	Observación
			23/08/2015 23:30	DOMICILIO	Observación
			24/08/2015 04:53	DOMICILIO	Filtro
			24/08/2015 13:00	DOMICILIO	Observación
			23/08/2015 10:44	DOMICILIO	Observación
			23/08/2015 16:49	HOSPITALIZACIÓN	Observación
			23/08/2015 10:27	ALTA VOLUNTARIA	Observación
			23/08/2015 13:46	DOMICILIO	Observación
			24/08/2015 05:05	DOMICILIO	Filtro

Figura 9. Altas das Últimas 48 Horas MAPUR.

Listado de Pacientes en Urgencias

Nos permite ver todos los pacientes en el SUH, los que están sin ubicar, los ubicados, los que tienen solicitud de ingreso y los que tienen el alta en proceso.

Sexo	Doente	Punto	Sala	Responsable	S	NIC	Data entrada
		OB002	OBSERVACIÓN	ADJUNTO 4 RESIDENTE 4		2717548	24/08/2015 16:20
			OBSERVACIÓN	ADJUNTO 5 RESIDENTE 10		2124660	23/04/2015 17:06
			FILTRO	COORDINADOR		3139157	23/08/2015 18:37
		BX013	BOXES	ADJUNTO 1		2895862	24/08/2015 22:46
			SILLÓNS	COORDINADOR		2166769	24/08/2015 13:08
			FILTRO	COORDINADOR		2219100	27/04/2015 14:58
			FILTRO	ADJUNTO BLANCO		2506837	24/08/2015 18:24
			FILTRO	ADJUNTO 11 RESIDENTE 11		2698386	24/08/2015 19:50
			FILTRO	ADJUNTO 8 RESIDENTE 9		2408300	22/11/2014 18:30
			SILLÓNS	ADJUNTO 8 RESIDENTE 10		2559145	27/05/2015 21:43
			FILTRO	COORDINADOR		2119377	24/08/2015 18:11

Figura 10. Listado de Pacientes en Urgencias MAPUR.

El MAPUR tiene distintos perfiles de usuarios y roles: adjunto/residente, enfermero, TCAE, celador.

El Perfil Adjunto/Residente puede realizar las siguientes funciones:

- Ver los pacientes pendientes de triar, los pendientes de ubicar, los triados, los ubicados y cerrar el triaje.
- Buscar pacientes por su Número de Historia Clínica (NHC) o por su nombre.
- Reasignar Roles y recuperar pacientes de otro Rol.
- Solicitar un ingreso hospitalario.
- Trasferir a un especialista un paciente.
- Cambiar de ubicación a un paciente.
- Ordenar una prueba, un tratamiento, un alta especificando el motivo y el tipo de transporte.

1. PACIENTES PENDIENTES DE TRIAR

Sexo	Doente	Posto	Sala	Responsable	F	E	R	L	S	T	H	NHC	Data ingreso	Data triaxe	Restante
	JORGE ALVAREZ SANZ (50 años)	FILTRO		ADJUNTO 1 RESIDENTE 11								2003898	06/01/2013 11:44	06/01/2013 11:50	+314:46

2. PACIENTES PENDIENTES DE UBICAR

Sexo	Doente	Posto	Sala	Responsable	F	E	R	L	S	T	H	NHC	Data ingreso	Accións
	JOSE ANTONIO SIMON GARCIA (66 años)	BOXES		ADJUNTO 1 RESIDENTE 10								2045119	02/01/2013 3:52	
	MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ OCA (80 años)	BOXES		Orden de traslado de Enfermería								2450653	06/01/2013 11:46	
	MARIA LUISA SABARIS AGUILLEIRO (86 años)	FILTRO		TAO								2449913	06/01/2013 11:45	
	RAFAEL ACEVEDO RODRIGUEZ (64 años)	BOXES		ADJUNTO 1 RESIDENTE 1								2020669	22/11/2012 08:55	

3. PACIENTES TRIADOS Y UBICADOS

Sexo	Doente	Posto	Sala	Responsable	F	E	R	L	S	T	H	NHC	Data ingreso	Accións
	ALICIA GOMEZ ALVAREZ (28 años)	SI001	SILLÓNS	ADJUNTO 1 RESIDENTE 11 S1								2647386	05/01/2013 13:33	
	CONCEPCION TEIXEIRA PENEDO (36 años)	BX001	BOXES	ADJUNTO 1 RESIDENTE 1 B1								2249167	05/01/2013 12:05	
	MARIA ANGELES DE GABRIEL TILVE (72 años)	BX004	BOXES	ADJUNTO 1 RESIDENTE 1 B1								LABORATORIO "Prueba Validada"	17/05/2012 16:28	
	MERCEDES NEGRAL REY (87 años)	CR001	CRÍTICOS	ADJUNTO 1 RESIDENTE 1 CR1								2449788	03/01/2013 19:22	

Figura 11. Perfil Adjunto/Residente MAPUR.

El Perfil Enfermera/TCAE puede realizar las siguientes funciones:

- Ver para cada área del SUH los pacientes pendientes de trasladar a dicha ubicación, los pacientes pendientes de ubicar (sin puesto asignado) y los pacientes triados y ubicados.
- Ubicar a un paciente dentro de una sala en un puesto determinado.
- Desubicar a un paciente.
- Ordenar un Traslado de un paciente a una ubicación determinada dentro del servicio de urgencias.
- Confirmar una Orden de Traslado solicitada por un adjunto/residente dentro del servicio de urgencias.
- Ejecutar un Paso a Hospitalización y registrar la salida de urgencias hacia planta de un paciente.

Permite que el personal de enfermería de urgencias pueda comunicar la salida de pacientes en tiempo real, procediendo al alta del episodio de Urgencias y al registro del ingreso en las Unidades de Hospitalización, siendo confirmado, el ingreso, en el momento en que llega el paciente a planta, por el personal de Enfermería a través del sistema MACAM.

- Dar un Alta a Domicilio y confirmar que un paciente ha recibido el alta (fin de atención) en Urgencias. Con esta acción no se da el alta administrativa al paciente. El alta administrativa es responsabilidad de Admisión.

Inicio Enfermería: Ubicación de doentes García Parada, Jose Antonio (B1) Pegar Sesión

Ubicación: BOKES Doentes en espera: 4 Postos Libres: 10 Postos Ocupados: 5 CRITICIDAD: + 1 2 3 4 5

PENDIENTES DE TRASLADAR A ESTA UBICACIÓN

Doentes pendientes de trasladar a esta ubicación - 1 doente(s)

Sexo	Doente	Procedencia	Responsable	F	E	R	L	S	T	H	NHC	Data ingreso	Data O. traslado	Asig. Posto
	MERCEDES NEGRAL REY (87 años)	CRITICOS	ADJUNTO 1 RESIDENTE 1								2449768	03/01/2013 19:22	06/01/2013 18:21	

PENDIENTES DE UBICAR (SIN PUESTO ASIGNADO)

Doentes pendientes de ubicar - 4 doente(s)

Sexo	Doente	Posto	Responsable	F	E	R	L	S	T	H	NHC	Data ingreso	Asig. Posto	Accións
	ANGEL GUTIERREZ RODRIGUEZ (30 años)	COORDINADOR									2324331	04/01/2013 09:51		
	LINO BLANCO PAZOS (31 años)	ADJUNTO 1									2946175	04/01/2013 11:07		
	MANUEL PEREIRAS DOMINGUEZ (26 años)	COORDINADOR									320226	03/01/2013 19:40		
	MARIA DOLORES MARTINEZ GONZALEZ (55 años)	COORDINADOR									2200473	17/05/2012 17:16		

1. CAMA PREPARADA
2. INGRESO SOLICITADO
3. CAMA PREASIGNADA
4. CAMA ASIGNADA Y NO PREPARADA

PACIENTES UBICADOS

Doentes ubicados - 5 doente(s)

Sexo	Doente	Posto	Responsable	F	E	R	L	S	T	H	NHC	Data ingreso	Data Asig. Posto	Accións
	SALADINA LOPEZ PATIÑO (70 años)	BX001	COORDINADOR B1								2182887	17/05/2012 15:44	06/01/2013 18:35	
	CONCEPCION TEIXEIRA PENEDO (36 años)	BX002	ADJUNTO 1 RESIDENTE 1 B1								2219167	05/01/2013 12:05	06/01/2013 18:35	
	RAFAEL ACEVEDO RODRIGUEZ (64 años)	BX003	ADJUNTO 1 RESIDENTE 1 B1								2020669	22/11/2012 08:55	06/01/2013 18:36	
	MARIA ANGELES DE GABRIEL TILVE (72 años)	BX004	ADJUNTO 1 RESIDENTE 1 B1								2188847	17/05/2012 16:28	06/01/2013 13:29	
	MARTA MIGUEZ JIMENEZ (55 años)	BX005	COORDINADOR B1								2020221	05/01/2013 14:11	06/01/2013 13:46	

Figura 12. Perfil Enfermera/TCAE MAPUR.

El Perfil Celador puede realizar las siguientes funciones:
Buscar información de un paciente registrado en el servicio de urgencias.
Visualizar los pacientes registrados en Urgencias con una orden de traslado pendiente de ejecutar.
Confirmar los traslados de los pacientes tras lo cual la orden de traslado desaparece del panel “Doentes pendientes de traslado”.

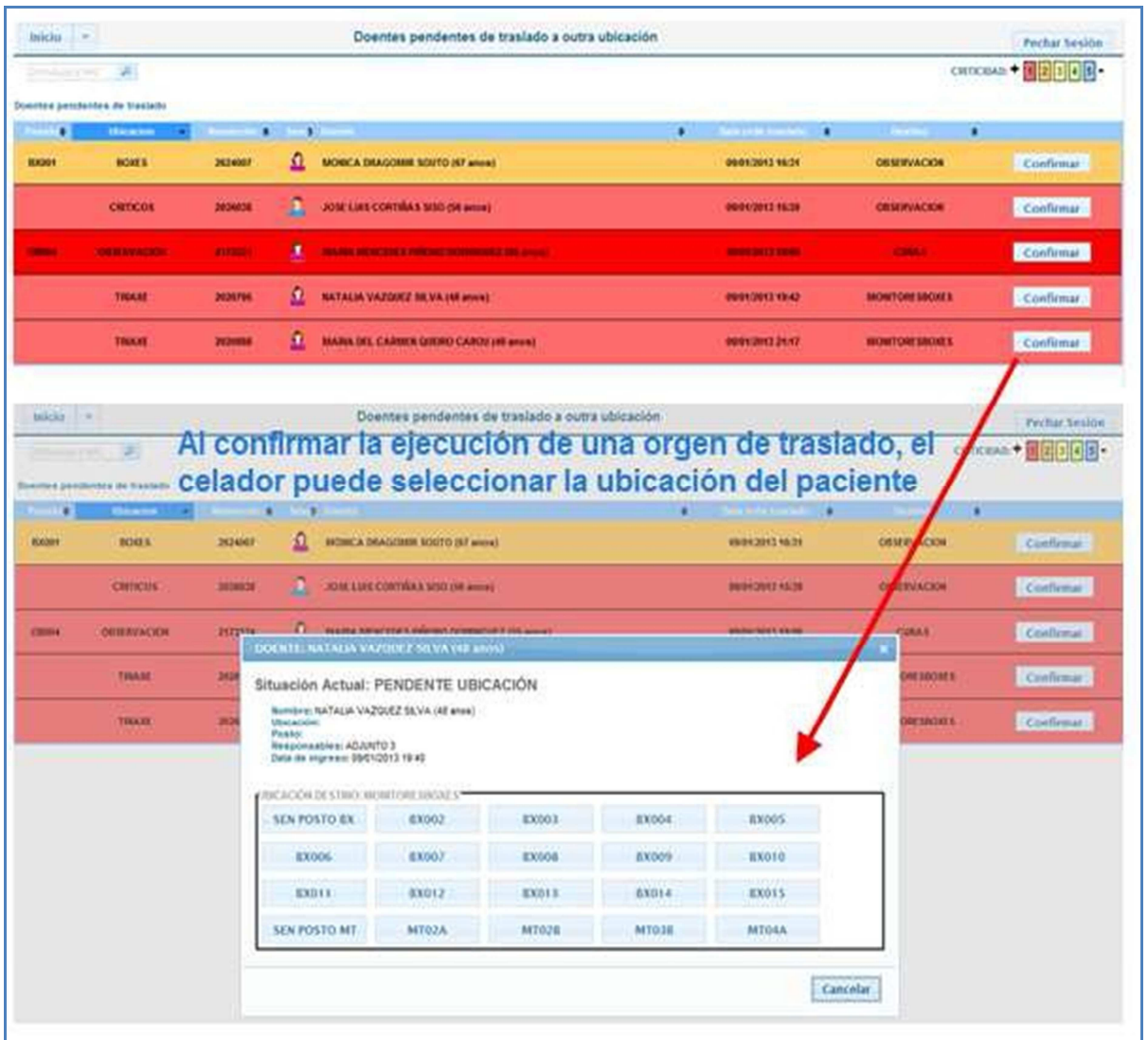


Figura 13. Perfil Celador MAPUR.

6.4.3 Mapa de Camas (MACAM).

MACAM es un sistema informático desarrollado en la EOXIS que permite gestionar de manera electrónica la preasignación y asignación definitiva de las camas, los ingresos, las altas, los traslados a otros centros, etc.

Todas estas acciones, se pueden realizar sobre los tres orígenes posibles de un ingreso: pacientes programados, ingresos directos e ingresos desde Urgencias y por profesionales del Servicio de Admisión y de enfermería.

Desde la pantalla principal del MACAM podemos acceder al SOLING, y al propio MACAM: Unidad de enfermería, Servicio, Informe de camas libres, Informe de altas en proceso, informe de prealtas, informe altas con ambulancia, informe de estado del complejo e informe de estado del complejo para enfermería

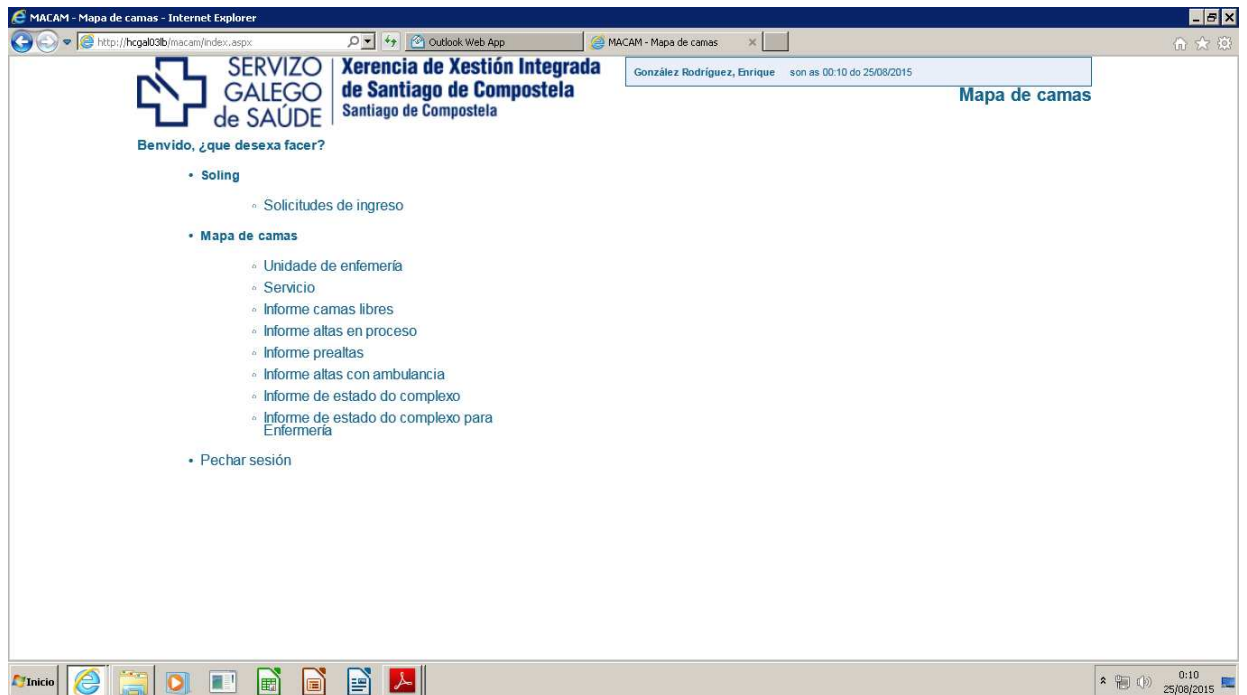


Figura 14. Pantalla Principal MACAM.

La Unidad de Enfermería permite ver el estado de los pacientes ingresados en la UEH que seleccionemos. Una misma UHE puede tener camas asignadas a varios servicios. En este caso la UEH EN24 – UE P2D CCA, ACV HCU, situada en la Planta 2ª Derecha en la que ingresan pacientes de Cirugía Cardíaca (CCA) y Angiología y Cirugía Vascolar (ACV).

The screenshot shows a web browser window titled 'Control de Admisión - Internet Explorer'. The address bar shows the URL: <http://hcgai03ib/macam/Mapa/UnidadEnfermeria.aspx?ic>. The page title is 'Control de Admisión'. Below the browser window, there is a dropdown menu for 'Unidad de enfermería:' set to 'EN24 - U.E. P2D CCA, ACV HCU'. The main content area is a grid of patient beds, each represented by a small window with a header and a body. The headers contain the bed number (e.g., H2511, H2512) and the service (ACV or CCA). The bodies contain patient information: ID, name, age, gender, and service. Some beds are occupied (e.g., H2511, H2512, H2531, H2532, H2533, H2541, H2542, H2543, H2551, H2552, H2553, H2571, H2572, H2581, H2582, H2591, H2592, H2601, H2602, H2621, H2622, H2631, H2632, H2641, H2642, H2651, H2652, H2661, H2662). Some beds are empty or have a red 'no' symbol (e.g., H2531, H2591, H2601). The grid is organized into rows and columns, with a vertical scrollbar on the right. At the bottom of the browser window, the Windows taskbar is visible, showing the 'Inicio' button and several application icons. The system tray shows the time as 0:28 and the date as 25/08/2015.

Figura 15. Unidad de Enfermería MACAM.

El Servicio nos permite ver el listado de los pacientes ingresados en el Servicio Médico-Quirúrgico seleccionado. En este caso ACV:

Mapa de servicio - Internet Explorer

http://hcg03b/macam/Mapa/Servicio.aspx?idServicio=...

Outlook Web App Mapa de servicio

Servicio: ACV - ANGIOLOGIA E CIR. VASCULAR

Refrescarse automáticamente en 127 segundos

Fecha	H2511	H2512	H2521	H2522
H 25 1	2640645 H 53 ACV	2064936 H 84 ACV		
H 25 3	H2531 (6) ACV	H2532 ACV	H2541 ACV	H2542 ACV
H 26 5	H2651 ACV	H2652 ACV	H2661 ACV	H2662 ACV
H 26 7	H2671 ACV	H2672 ACV	H2681 ACV	H2682 ACV

Inicio

0:29 25/08/2015

Figura 16. Servicio MACAM.

Camas Libres nos permite ver el estado de las camas por servicio o por UEH: camas disponibles, asignadas a solicitudes de ingreso, camas activas bloqueadas o todas.

Camas asignables - Internet Explorer

Camas disponibles
Asignadas Sol.Ing.
Camas activas bloqueadas

Mostrar: Todas Servicio: ACV Unidad enfermería: Todas

Camas libres Refrescase automáticamente en 600 segundos

Cama	Serv.	U.E.	Sexo	Centro	Observaciones
H2521	ACV	EN24	Indeterminado	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	
H2522	ACV	EN24	Indeterminado	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	
H2533	ACV	EN24	Hombre	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	
H2651	ACV	EN24	Indeterminado	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	
H2652	ACV	EN24	Indeterminado	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	
H2672	ACV	EN24	Hombre	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	
H2681	ACV	EN24	Indeterminado	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	
H2682	ACV	EN24	Indeterminado	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	
H2531	ACV	EN24	Hombre	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	Cama libre bloqueada. Motivo: ENFERMO EN UCI CIRURGICA

Inicio

10:39
25/08/2015

Figura 17. Camas Libres MACAM.

Altas en Proceso permite ver las altas domiciliarias en proceso, las altas pendientes de confirmar y las pendientes de mecanizar:

The screenshot shows a web browser window titled 'Altas en proceso - Internet Explorer'. The address bar shows the URL: <http://hospal00b/macam/Informes/Admision/AltasHospital...>. The page content is divided into two main sections:

Altas domiciliarias en proceso

Fecha	Cama	Motivo	Amb.	Centro	U.Erf.	Serv. c.	Serv. i.	NHC	Doente	Id.	Sexo
27/08/2015 13:13	H2522	DOMICULO	SI	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	U.E. P2D OCA, ADI/ HCU	ADI/	ADI/	2584438		73	HOME
27/08/2015 13:12	H2481	DOMICULO	Non	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	U.E. P2C OBS, GIN/ HCU	OBS	OBS	2681917		21	MULLER
27/08/2015 13:10	H4381	DOMICULO	Non	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	U.E. PAC OSD/ HCU	CGO	CGO	2033873		40	MULLER
27/08/2015 13:09	H4392	DOMICULO	Non	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	U.E. PAC OSD/ HCU	CGO	CGO	2545385		41	HOME
27/08/2015 13:09	H1471	DOMICULO	Non	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	U.E. PID/ HEM/ HCU	HEM	HEM	3031732		53	HOME
27/08/2015 13:07	P2252	DOMICULO	Non	HOSPITAL DE CONVO	U.E. P21/ MPP/ HCU	MPP	END	2182155		54	HOME
27/08/2015 13:05	P2303	DOMICULO	Non	HOSPITAL DE CONVO	U.E. P21/ MPP/ HCU	END	MPP	2825697		70	MULLER
27/08/2015 13:04	H2432	DOMICULO	SI	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	U.E. CORONARIAS/ HCU	UCG	UCG	2688141		71	MULLER
27/08/2015 13:02	H2511	DOMICULO	Non	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	U.E. P3C/ NRL/ HCU	NRL	NRL	2163821		48	HOME
27/08/2015 12:54	H2682	DOMICULO	Non	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	U.E. P3D/ ORL/ LRO/ HCU	ORL	MR	2738389		71	HOME
27/08/2015 12:54	H2581	DOMICULO	Non	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	U.E. P3D/ ORL/ LRO/ HCU	ORL	LRO	2044191		79	HOME

Altas confirmadas

Non se atagaron ingresos historicos pendientes de ver por ADM

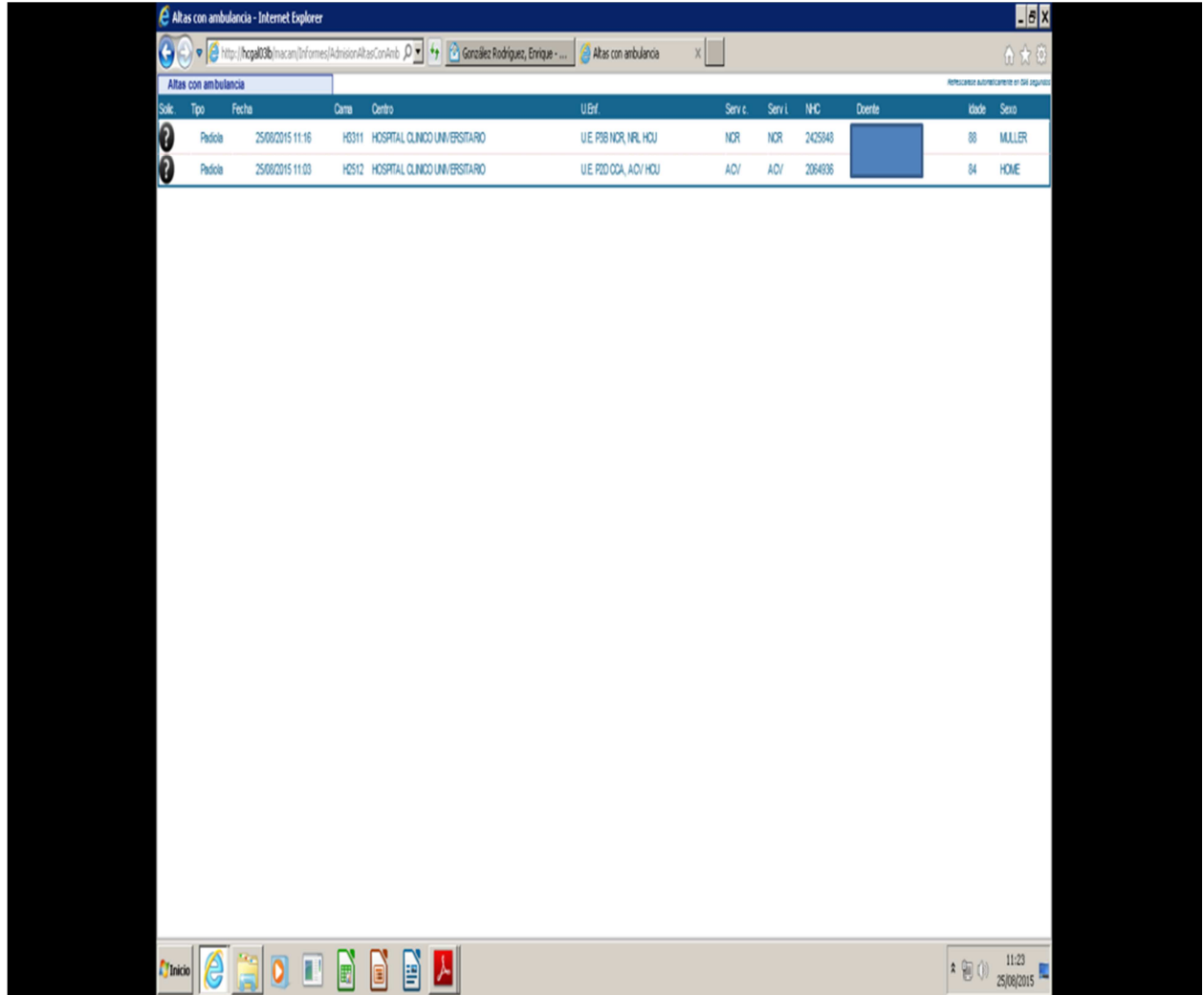
Altas en proceso pendientes de mecanizar

Fecha	Cama	Motivo	Proc.	Amb.	Centro	U.Erf.	Serv. c.	Serv. i.	NHC	Doente	Id.	Sexo
27/08/2015 06:52	G1252	EVITUS	SS	Non	HOSPITAL GL CASAPES	U.E. P1/ UME, PALIATIVOS/ HCU	LPAL	LPAL	2711994		77	MULLER
27/08/2015 06:52	G1191	EVITUS		Non	HOSPITAL GL CASAPES	U.E. P1/ UME, PALIATIVOS/ HCU	LPAL	LPAL	3044638		49	HOME

The bottom of the screenshot shows the Windows taskbar with the Start button, several application icons, and the system tray displaying the time as 13:17 on 27/08/2015.

Figura 18. Altas en Proceso MACAM.

Prealtas nos permite ver las prealtas por servicio o UEH y Altas con Ambulancia permite ver las altas en ambulancia



Solic.	Tipo	Fecha	Cama	Centro	UEH	Serv. c.	Serv. l.	N°C	Diente	Edad	Sexo
?	Pedido	25/08/2015 11:16	H0311	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	U.E. P88 NCR, NRL, HCU	NCR	NCR	2455948		88	MULLER
?	Pedido	25/08/2015 11:03	H0512	HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO	U.E. P10, OCA, ACY, HCU	ACY	ACY	2064836		84	HOME

Figura 19. Altas con Ambulancia MACAM.

El informe del Estado del CHUS permite ver un resumen del SUH y el estado de las camas por Áreas, Unidades Clínicas y UEH: activas, ocupadas (con paciente, reservadas), libres (asignadas SOLING, bloqueadas, disponibles, altas en proceso)

Estado do complexo - Internet Explorer

http://hcgalo3b/macam/Informes/DireccionEstadoComplejo

Outlook Web App Estado do complexo

RESUMEN DE URGENCIAS

Nº de doentes en URX: 149
 Nº de doentes PEDUIOBSU: 22
 Nº de ubicados: 105
 Nº de doentes en filtros: 22
 Nº de solicitudes: 15
 Nº pendientes de cama: 9
 Nº con cama asignada: 6

INFORME DA HOSPITALIZACIÓN DO COMPLEXO

Área	Unidade Clínica	U. Ent.	Activas	Ocupadas			Libres			Altas en Proceso	
				Con Paciente	Reservadas	Total	Asignadas Sol.Ing.	Bloqueadas	Disponibles		Total
CRÍTICOS	CORONARIAS	ECOR	10	2	0	2	0	0	8	8	0
	UCI ADULTOS CLÍNICO	EUC1	15	15	0	15	0	0	0	0	0
	REA CLÍNICO	EREA	36	17	0	17	0	12	7	19	1
	UCI PEDIATRÍA	EUCP	7	7	0	7	0	0	0	0	0
	UCI NEONATOS	EN3	8	7	0	7	0	1	0	1	0
	REA PROVINCIAL	EP42	11	1	0	1	0	7	3	10	0
	UCI ADULTOS PROVINCIAL	EP42	8	7	0	7	0	0	1	1	0
TOTAL			95	56	0	56	0	20	19	39	1
INTERMEDIOS	INTERMEDIOS-CORONARIAS	ECOR	10	9	0	9	0	0	1	1	0
	UNIDADE ICTUS	EN3	6	3	0	3	0	2	1	3	0
	UNIDADE EPILEPSIA	EN32	5	2	0	2	0	3	0	3	1
	UNIDADE BIPAP (UCR)	EN31	6	6	0	6	0	0	0	0	0
TOTAL			27	20	0	20	0	5	2	7	1
UNIDADES ESPECIAIS	UCEP	EP11	14	11	0	11	0	0	3	3	0
	UME-PALIATIVOS	EG12	18	15	0	15	0	0	3	3	0
	DIXESTIVO CURTA ESTANCIA	EM3	2	1	0	1	1	0	1	2	0
	UNIDADE SONO-NML	EN31	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	UNIDADE SONO-NRL	EN32	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL			34	27	0	27	1	0	7	8	0
CONVENCIONAL	DAL	EP22	7	6	0	6	0	0	1	1	1
	ELECTROFISIOLOGÍA	ECOR	6	5	0	5	0	0	1	1	0
	HEMATOLOGÍA	EM4	6	6	0	6	0	0	0	0	0
	LACTANTES	EM12	20	11	0	11	0	0	9	9	0
	NEONATOS	EM3	41	25	0	25	0	11	5	16	0
	OBSTETRICIA XERAL	EN22	84	32	0	32	0	15	37	52	0
	ONCOPEDIATRÍA	EM11	11	8	0	8	0	0	3	3	0
	PEDIATRÍA	EM12	12	3	0	3	0	6	3	9	0
	CHIRURXÍA PEDIÁTRICA (CPE)	EM12	8	4	0	4	0	0	4	4	0
	PSIQ. INFANTO XUVENIL (PSIX)	EM10	7	6	0	6	0	0	1	1	0
	PSQG	EG11	22	16	0	16	0	1	5	6	0
	PSQP	EP41	29	12	0	12	0	0	17	17	0
	RDT	EN81	2	0	0	0	0	0	2	2	0
	MNU	EN81	3	1	0	1	0	0	2	2	0
	UTAB	EN61	26	14	0	14	0	3	9	12	0
	HEMODINÁMICA	ECOR	6	5	0	5	0	0	1	1	0
OBSTETRICIA ALTO RISCO	EN23	34	9	0	9	0	3	22	25	0	
TOTAL			324	163	0	163	0	39	122	161	1
CAR	EN21	32	24	0	24	0	0	8	8	0	
GIN	EN23	25	17	0	17	0	0	8	8	0	
CCA-ACV	EN24	40	24	0	24	0	10	8	18	0	

A datos foron actualizados ó 27/01/2015 as 07:59:12

Inicio

0:33 25/08/2015

Figura 20. Informe del Estado del CHUS MACAM.

El Informe del Estado del CHUS para Enfermería permite ver el estado de las camas por centro del CHUS (HCU, Conxo, Gil Casares): activas, ocupadas (con paciente, reservadas), libres (asignadas SOLING, bloqueadas, disponibles, altas en proceso)

Unidad de Enfermería	Activas		Ocupadas		Total	Asignadas Sol.Ing.	Libres			Altas en Proceso
	Con Paciente		Reservadas				Bloqueadas	Disponibles	Total	
ECMA - U.E. CIR. MAYOR AMBULATORIA HC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ECOR - U.E. CORONARIAS HCU	24	19	0	19	0	0	5	5	0	0
EDES - U.E. ESPERTAR HCU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EN01 - U.E. PARTOS HCU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EN03 - U.E. DA DOR HCU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EN04 - U.E. PREALTAS HCU	27	0	0	0	0	0	27	27	0	0
EN10 - U.E. INFANTO XUVENIL	7	3	0	3	1	0	3	4	0	0
EN11 - U.E. P1A ESC., ADOL., ONPE HCU	22	16	0	16	0	0	6	6	0	0
EN12 - U.E. P1B LACTANTES, PREESC HCU	41	11	0	11	0	22	8	30	0	0
EN13 - U.E. P1C UCI NEONATAL, NEONATO	49	17	0	17	0	8	24	32	0	0
EN14 - U.E. P1D HEM HCU	22	16	0	16	0	0	6	6	0	0
EN21 - U.E. P2A CAR HCU	40	25	0	25	1	0	14	15	0	0
EN22 - U.E. P2B OBS HCU	97	50	0	50	0	2	45	47	1	0
EN23 - U.E. P2C OBS, GIN HCU	65	14	0	14	1	2	48	51	0	0
EN24 - U.E. P2D CCA, ACV HCU	40	16	4	20	0	4	20	24	0	0
EN31 - U.E. P3A CTO, NML HCU	38	34	0	34	1	0	3	4	0	0
EN32 - U.E. P3B NCR, NRL HCU	38	30	2	32	0	3	5	8	0	0
EN33 - U.E. P3C NRL HCU	40	31	0	31	0	1	8	9	0	0
EN34 - U.E. P3D ORL, URO HCU	40	34	0	34	0	0	6	6	0	0
EN41 - U.E. P4A ACV, TRA, REU HCU	40	34	1	35	1	1	4	6	1	0
EN42 - U.E. P4B CGD HCU	40	31	1	32	1	1	7	9	0	0
EN43 - U.E. P4C CGD HCU	40	35	1	36	1	1	3	5	0	0
EN44 - U.E. P4D DKG, NEF HCU	40	32	1	33	1	1	6	8	0	0
EN51 - U.E. P5A ONC, END, MIR HCU	40	40	0	40	0	0	0	0	0	0
EN52 - U.E. P5B MIR HCU	40	39	0	39	0	1	0	1	0	0
EN61 - U.E. P-1A TRA SP, ABDOMINAL HCU	25	18	0	18	0	1	6	7	0	0
EN81 - U.E. P-3 D RDT, MNU HCU	5	1	0	1	0	0	4	4	0	0
EREA - U.E. REANIMACION HCU	36	16	0	16	0	12	8	20	0	0
EUC1 - U.E. UCI ADULTOS HCU	15	10	0	10	0	0	5	5	0	0
EUCP - U.E. UCI PEDIATRICA HCU	7	2	0	2	1	0	4	5	0	0
EURG - U.E. CAMAS OBSERVACION HCU	5	0	0	0	0	0	5	5	0	0

Unidad de Enfermería	Activas		Ocupadas		Total	Asignadas Sol.Ing.	Libres			Altas en Proceso
	Con Paciente		Reservadas				Bloqueadas	Disponibles	Total	
EP01 - U.E. P0D CMF, TRAP HCX	31	0	0	0	0	30	1	31	0	0
EP02 - U.E. P0I CIR. AMBULATORIA HCX	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EP11 - U.E. P1 CGDP HCX	45	0	0	0	0	45	0	45	0	0
EP21 - U.E. P2D ESPECIALIDADES HCX	44	0	0	0	0	44	0	44	0	0
EP22 - U.E. P2I MIRP HCX	37	37	0	37	0	0	0	0	0	0
EP31 - U.E. P3D NMLP HCX	24	0	0	0	0	24	0	24	0	0
EP32 - U.E. P3I CPL, TRA HCX	43	43	0	43	0	0	0	0	0	0
EP41 - U.E. P-1 P-1 P-1 HCX	20	23	0	23	0	0	6	6	0	0

Figura 21. Informe del Estado del CHUS para Enfermería.

El MACAM tiene dos Perfiles: Admisión y Enfermería de las UEH. Admisión puede gestionar los ingresos programados a través del sistema MACAM.

En la pantalla de gestión de solicitudes se muestran por defecto los ingresos programados para el día en curso y los programados para primera hora del día siguiente pudiendo visualizarse por servicio o centro hospitalario:



Figura 22. Perfil de Admisión MACAM.

El Servicio de Admisión puede especificar y asignar la cama a la solicitud, haciendo clic sobre la flecha verde (valorar solicitud). La solicitud de ingreso quedará en estado pendiente de confirmación.

Centro	Data inter.	T	Data prev.	Hora prev.	Diag.	Proc.	Obs.	Nome	Id.	Serv	Cama	E	Pr.
CLINICO			27/03/2012	18:00	OSTEOTOMIA DISTAL	HALLUX VALGUS/DEDO GORDO ...		MARIA ESTHER CASTRO ALVAREZ	69	TRA			
CLINICO			19/06/2012	14:00	HERNIOPLASTIA CON MALLA	HERNIA INGUINAL DERECHA		JAVIER SILVA RODRIGUEZ	87	CGD	H2512		
CLINICO			19/07/2012	18:00	HERNIOPLASTIA BLATERAL	HERNIA INGUINAL BLATERAL		JOSE FTOUH DOMINGUEZ	69	CGD			
CLINICO			30/07/2012	18:00	TRANSPLANTE ...	LINFOMA HODGKIN		MIGUEL MARIÑO PIÑERO	50	HEM			
CLINICO			02/10/2012	14:00	HERNIORRAFIA UMBILICAL	HERNIA UMBILICAL		RAMON GOMEZ MARIÑO	71	CGD			

Figura 23. Ingresos Programados HCU MACAM.



Figura 24. Asignación de Cama MACAM.

A continuación puede confirmar la cama volviendo a hacer clic sobre el icono de la flecha verde. Al confirmar el destino del paciente, se mostrará un icono rojo que indicará que el paciente aún no está presente. Admisión tendrá la capacidad de marcar que el paciente está presente haciendo clic encima del icono rojo.

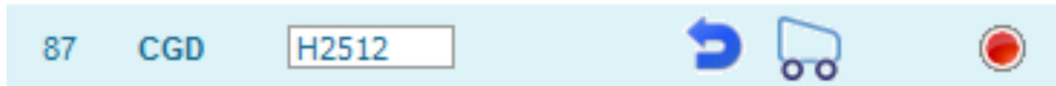


Figura 25. Cama Confirmada MACAM.

Tras especificar que el paciente ya está presente y en aquellos casos en los que la cama no está preparada, el icono cambiará de color y se pondrá en amarillo.

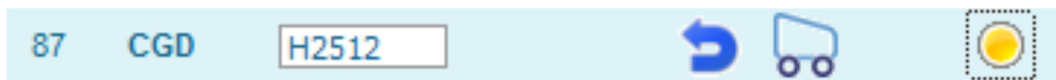


Figura 26. Paciente Presente y Cama no Preparada MACAM.

En este momento el Servicio de Admisión puede forzar el ingreso en planta, al margen de estado de la cama o esperar a que la cama esté preparada, momento en el cual el icono cambia a color verde y se puede realizar el ingreso.



Figura 27. Cama Preparada MACAM.

El Perfil de Enfermería permite a la enfermería de las UEH obtener una visión global del estado de los pacientes ingresados en cada control de enfermería y realizar las siguientes acciones:

- Confirmar el ingreso del paciente.
- Registrar la previsión de alta y/o la permanencia del ingresado.
- Registrar el alta definitiva del paciente.
- Ver la ubicación de los pacientes ingresados en la Unidad.
- Consultar información del paciente a su ingreso: alergias, ayunas, dieta, solicitud de ambulancia, intervenciones programadas, etc...

Cada control de enfermería se agrupa por habitaciones. En cada una de las habitaciones se encuentran las camas asignadas a dicha habitación y los pacientes ingresados:

Uds	H437			H438		
ECMA	H	2913135	CGD	H	2114638	CGD
ECOR	4	M	78	H	M	59
EDES	3	686	686	680	680	680
EG11	H	H4391	CGD	H	H4392	CGD
EG12	4	2202547	669	2127271	710	
EG13	4	M	92	M	89	
EG21	H	H4411	CGD	H	H4412	CGD
EN01	4	2766739	678			
EN03	4	M	82			
EN11	H	H4431	CGD	H	H4432	CGD
EN12	4	2468389	PTE	2998144	675	
EN13	4	M	67	M	49	
EN14	H	H4451	CGD	H	H4452	CGD
EN21	4	2214797	679	2884408	679	
EN22	4	M	61	M	57	
EN23	H	H4471	CGD	H	H4472	CGD
EN24	4	2760635	25	2150804	693	
FN31	4	M	71	M	53	
FN32	H	H4491	CGD	H	H4492	CGD
FN33	4	2635186	669	2701921	675	
FN34	4	M	58	M	74	
EN41	H	H4511	CGD	H	H4512	CGD
EN42	4	2097058	670	2483261	673	
EN43	4	M	52	M	75	
EN44	H	H4531	CGD	H	H4532	CGD
EN51	4	2497635	670	2458214	708	
EN52	4	M	68	M	73	
	H	H4541	DIG	H	H4542	DIG
	4	2440149	PTE			
	5	M	75			

Figura 28. Control de Enfermería MACAM.

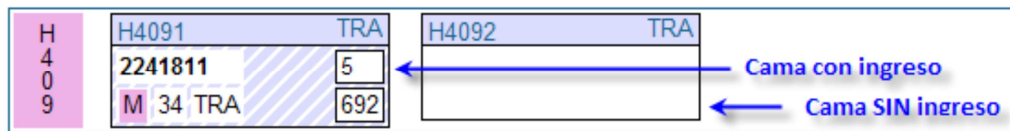


Figura 29. Camas con Ingreso y sin Ingreso MACAM.

INDICADORES DE MACAM	
1	Identificador de la habitación y de la cama.
2	Servicio al que pertenece la cama.
3	Servicio responsable del ingreso.
4	Días sin registrar incidencias del pase de visita médica.
5	Días que lleva el paciente ingresado.
6	El paciente aún se encuentra ingresado pero ya tiene el alta médica.
7	Paciente en cola al que se le ha asignado la cama e ingresará en el momento que enfermería decida que la cama está preparada para recibirlo.
8	El color de fondo de la cama rayado significa que el pase de visita médica se encuentra pendiente.
9	Sexo del paciente.
10	Indicador que especifica que el ingreso del paciente se encuentra pendiente de confirmar por parte de Enfermería.
11	Indicador que especifica que el paciente va a ser trasladado y, por lo tanto, esta cama estará disponible en breve.
12	Actividad programada: QX, Rx, etc...

Tabla 10. Indicadores MACAM.

H 4 0 7	H4071 2856701 H 66 ACV 677	TRA	H4072 2918463 H 59 ACV 678 2020999 H 99 TRA	TRA
	[1] →	[8]	[6]	[7]
H 4 0 9	H4091 2241811 M 34 TRA 692	TRA	H4092 5 692	TRA
	[2]	[3]	[4]	[5]
			[9]	

Figura 30 Indicadores MACAM 1-9

H 4 4 3	H4431 2468389 H 67 CGD	CGD	H4432 2998144 H 49 CGD 676	CGD
	[10]	PTE	[11]	

Figura 31. Indicadores MACAM 10-11.

Unidade de enfermária: EN34 - U.E. P3D ORL, URO HCU

H 3 5 5	H3551 2481036 H 53 URO 260 Rx	URO	H3552 URO
H 3 5 7	H3571 2094797 H 78 URO 260	URO	H3572 2784635 H 80 URO 260
H 3 5 9	H3591 2877755 H 70 ORL 259	ORL	H3592 2511171 H 20 ORL 259 Ox
H 3 6 1	[12]	H3611 2586780 H 85 URO 141 261	ORL
		H3612 2655949 H 31 URO 267 267	ORL

Figura 32. Indicadores MACAM 12.

6.4.4 Solicitud de Ingreso (SOLING).

SOLING es un sistema informático desarrollado en la EOXIS que permite realizar y gestionar de manera electrónica las solicitudes de ingresos de pacientes programados, ingresos directos e ingresos desde Urgencias. El entorno del sistema es similar al del MACAM con los que comparte la iconografía

Desde la pantalla de inicio podemos acceder a los siguientes perfiles y opciones:

- El Solicitante que será siempre un médico y podrá solicitar ingresos desde urgencias, revisar solicitudes desde urgencias, y resolver solicitudes
- El Servicio de Admisión podrá resolver solicitudes de urgencias, resolver solicitudes directas en admisión, resolver solicitudes programadas en admisión, y visualizar informes camas libres, informe altas en proceso, informe prealtas)
- La Enfermería podrá confirmar la salida de pacientes.
- La Dirección puede visualizar informes de solicitudes desde urgencias

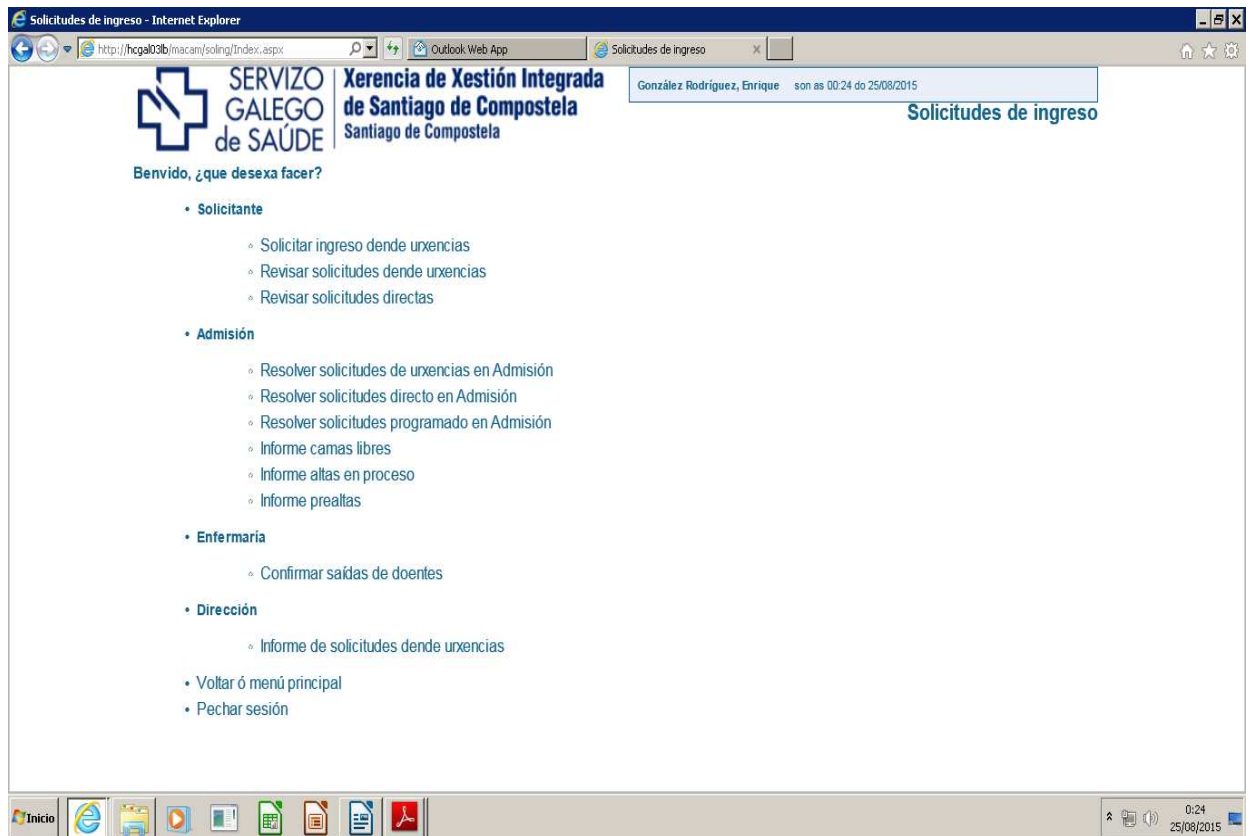


Figura 33. SOLING.

6.4.5 Gestión de Ambulancias (GESAMB).

GESAMB es un sistema informático desarrollado en la EOXIS que permite la gestión del traslado en ambulancia de pacientes que sean alta en UEH del CHUS, en el SUH del CHUS, que ingresen en UEH del Hospital Provincial de Conxo y Gil Casares procedentes del SUH del CHUS.

GESAMB tiene distintos perfiles y roles: Enfermería de las UEH, Supervisor de Admisión y Administrativos de admisión, Personal de Transporte Sanitario y Médico de Urgencias.

El personal de Enfermería de las UEH deberá realizar el registro de las condiciones del traslado del paciente cuando vaya a registrar el alta médica en proceso desde el sistema MACAM. En caso de ser necesario solicitar una ambulancia, el profesional, una vez ha seleccionado el motivo de alta, accede al GESAMB para poder realizar la solicitud de transporte sanitario, con los datos del paciente (datos personales y datos clínicos) ya precargados. El profesional deberá especificar las condiciones del transporte (situación del paciente, tipo de transporte y confirmar o modificar el destino del paciente). Una vez cumplimentados todos los datos la solicitud quedará registrada pendiente de gestionar por el Administrativo de Admisión responsable.

Datos a rellenar

NHC 2000000

Situación do doente: Silla de rodass Padiola

Tipo de transporte: Asistencial Colectivo Asistencial Individual Medicalizada

Destino: Domicilio IntraHospitalario Outro Hospital

Hospital: Clínico Conxo Gil Casares H. da Barbanza

Solicitar

Figura 34. Solicitud de Transporte Sanitario GESAMB.

El Supervisor de Admisión y los administrativos de admisión gestionan las solicitudes de transporte y dan salida a los pacientes en los casos en los que el Técnico en Transporte Sanitario tenga alguna dificultad:

- Solicitudes pendientes de gestionar: son las solicitudes registradas por los profesionales que no han sido gestionadas por el responsable de la gestión del transporte. Sobre estas solicitudes podrán ver detalles de la misma, editar la solicitud y marcar la solicitud como gestionada, momento en que la solicitud estará disponible para que el técnico de transporte sanitario pueda darle la salida al paciente desde el sistema GESAMB.
- Finalizar la solicitud: En aquellos casos en los que el técnico en transporte sanitario tenga alguna dificultad para registrar la salida de los pacientes, el personal administrativo de admisión, tendrá habilitada la posibilidad de indicar la salida a los pacientes a petición del Técnico de Transporte

El Personal de Transporte Sanitario será el encargado de realizar el registro de la salida de los pacientes.

El registro de la salida de los pacientes desde el sistema GESAMB se realizará aproximando un código de barras (pulsera o etiqueta) con el NHC del paciente a un lector de código de barras.

El Médico del SUH deberá indicar las condiciones del transporte al alta del paciente de urgencias en el MAPUR de igual forma que el personal de enfermería de las UEH.

Al solicitar el ingreso a hospitalización, en la solicitud de ingreso desde urgencias deberán indicar de forma obligatoria, en el formulario de solicitud de ingreso desde urgencias, las condiciones del transporte por si este fuera necesario y se generará de forma automática la solicitud de transporte sanitario con las condiciones seleccionadas en la solicitud de ingreso.

Dicha solicitud pasará a ser gestionada y revisada por el personal administrativo de admisión.

6.4.6 Previsión de Ingresos (PREVING).

PREVING es un sistema informático desarrollado en la EOXIS que permite ver la previsión del nº de ingresos por servicios para el mismo día, para el día siguiente; desde urgencias, directos; el total de ingresos previstos, los pacientes ingresados, los pacientes ingresados en otros servicios o ectópicos, las interconsultas, las interconsultas preferentes y el total de interconsultas; y el detalle de las mismas.

Previsión de Ingresos - Internet Explorer

http://hcgalo3b/preving/ListaPrevisionesIngresos.asp

SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela

Previsión de Ingresos

egonrad

RESUMEN DE PREVISIONS (Data: 29/08/2015 · Hora: 11:58)

GNA	Programados hoxe	Programados mañá	Dende urgencias	Directos	TOTAL PREVISTOS	Ingresados (Ectópicos)	Interconsultas	Intercon. Preferentes	TOTAL INTERCON
ACV	0	0	0	0	0	6(0)	12	4	16
ANR	0	0	0	0	0	14(0)	76	15	91
PED	0	0	0	1	1	55(11)	6	3	9
CAR	0	2	0	0	2	34(3)	29	9	38
CCA	0	0	0	0	0	4(0)	0	0	0
CGD	0	7	0	0	7	62(6)	43	35	78
CMF	0	0	0	0	0	2(2)	0	0	0
CPL	0	1	0	0	1	3(0)	0	0	0
CTO	0	0	0	0	0	6(1)	0	0	0
DER	0	0	0	0	0	4(4)	14	5	19
DIG	0	0	0	0	0	37(13)	15	9	24
MIR	0	0	0	0	0	134(58)	14	8	22
END	0	1	0	1	2	3(2)	0	0	0
GIN	0	2	0	0	2	7(0)	14	10	24
HEM	0	0	0	4	4	18(0)	0	0	0
MV	0	0	0	0	0	12(1)	5	5	10
NCR	0	2	0	0	2	23(3)	14	7	21

Inicio

12:46
29/08/2015

Figura 35. Previsión de Ingresos. PREVING.

6.4.7 Evaluación de los Sistemas de Información.

- La implantación del MTS y el desarrollo de software propio en la EOXIS como el MAPUR, el MACAM, el SOLING, el PREVING y el GESAMB han permitido gestionar el SUH del CHUS con eficacia, eficiencia y efectividad bien presencialmente o a distancia, y afrontar las necesidades más puntuales de la demanda asistencial disponiendo de los RR.HH. en el momento y en el lugar adecuado.
- El MAPUR nos permite en todo momento conocer la ocupación del SUH y de sus áreas así como identificar a los profesionales responsables de los pacientes y facilita la gestión clínica al interactuar con IANUS.
- El MACAM permite optimizar la gestión de las UEH y la comunicación entre ellas y el SUH de forma que los profesionales disponen de la información que necesitan en sus respectivos puestos lo que optimiza los tiempos de trabajo, evita llamadas innecesarias y confrontaciones profesionales mejorando el clima laboral.
- El SOLING y el PREVING facilitan a los profesionales la gestión clínica y a la dirección la gestión de las UEH y del SUH ya que pueden planificar las acciones a tomar ante los incrementos de la actividad asistencial.
- El GESAMB permiten gestionar el transporte sanitario de los pacientes desde el SUH a las UEH o a sus domicilios y desde las UEH a sus -domicilios u otras instituciones.
- Para la gestión del SUH es fundamental conocer la ocupación de boxes y observación, con el fin de evitar los acúmulos de pacientes en los pasillos y la demora en la atención de los mismos.
- El drenaje de los pacientes desde boxes a observación y desde esta área a las UEH es un elemento crítico para evitar el colapso del SUH y para facilitar dicho drenaje han sido fundamentales las herramientas informáticas mencionadas, con las cuales cualquier profesional sanitario con conocimientos de gestión hospitalaria puede gestionar la actividad asistencial del SUH.

6.4.8 Área de Mejora

En relación con los sistemas de información las áreas de mejora identificadas son:

- La monitorización de los tiempos de estancia del paciente en cada ubicación del SUH, es decir debemos poder disponer de la trazabilidad del paciente en el SUH.
- La monitorización del registro de la salida de los pacientes ya que se ha identificado un subregistro de los mismos.

6.5 Indicadores de Calidad

6.5.1 Cuadro de Mandos.

Se definió el cuadro de mandos del SUH del CHUS el cual recoge la siguiente información: entradas en urgencias, salidas de urgencias, tiempos de atención, y procesos.

En las entradas de Urgencias disponemos de:

- Entradas Totales por población: adultos, pediatría y obstetricia.
- Media Diaria de Entradas por turno y día de la semana para las diferentes poblaciones: adultos, pediatría y obstetricia.
- Entradas totales clasificadas por MTS.
- Media diaria de entradas por turno y día de la semana clasificadas por MTS.
- Entradas totales clasificadas por su origen.
- Media diaria de entradas por turno y día de la semana por el origen.

En las salidas de Urgencias disponemos de:

- Salidas Totales por población: adultos, pediatría y obstetricia.
- Media Diaria de Salidas por turno y día de la semana para las diferentes poblaciones: adultos, pediatría y obstetricia.
- Salidas Totales clasificadas por el destino.
- Salidas Totales de Adultos clasificadas por el destino.

En los Tiempos de Atención disponemos de:

- Tiempo Medio de Espera de Atención.
- Media de Atención en Urgencias.
- Tiempo de Espera hasta el Triage.

- Duración del Triage.
- Tiempo Espera Pre Triage.
- Tiempo Post Triage.
- % de Urgencias que superan el Tiempo Estándar.
- % de Urgencias que superan el Tiempo Estándar el año Anterior.
- Tiempo Atención en hh:mm.
- Tiempo de Estancia.

En los Procesos Atendidos disponemos de la siguiente información a partir del 2014:

Pacientes Atendidos en la 1ª Ubicación del SUH clasificados por turno, por profesional y por clasificación del MTS.

6.5.2 Procedimiento de Identificación de Pacientes.

Se implantó e implementó el Procedimiento de Identificación de Pacientes corporativo del Servicio Galego de Saúde. El mismo dispone la identificación de los pacientes mediante pulseras identificativas en la sala de observación de los SUH y de aquellos pacientes desorientados en cualquier ubicación del mismo. En el SUH del CHUS se protocolizó la identificación de todos los pacientes que entran en el mismo.

6.5.3 Reclamaciones.

Se implantó en la EOXIS el sistema informático corporativo QUERES para gestionar las reclamaciones, lo que permitió cumplir el objetivo del Servicio Gallego de Salud en relación con el tiempo de respuesta de las mismas: menos de 15 días.

6.5.4 Informe Altas.

En la actualidad todas las altas en el SUH del CHUS se realizan a través de informe médico en la Historia Clínica Electrónica (HCE) denominada IANUS, lo que garantiza la adecuada identificación del responsable del alta del paciente.

6.5.5 Evaluación de los Indicadores de Calidad.

El Procedimiento de Identificación de Pacientes nos permite incrementar la seguridad del paciente en el SUH, QUERES dar respuesta a las

reclamaciones de los usuarios en tiempo y forma y el Cuadro de Mandos identificar las características definitorias de la actividad asistencial en el SUH del CHUS aunque debemos seguir implementándolo con la monitorización de los tiempos de atención en las diferentes áreas del SUH, para disponer de la trazabilidad del paciente.

Todas estas actuaciones fueron reconocidas con el Certificado de Calidad según la Norma SEMES-AD QUALITATEM en el 2014.

6.5.6 Áreas de Mejora

Debemos seguir trabajando en las líneas adoptadas con el fin de renovar el Certificado de Calidad.

7 ACTIVIDAD ASISTENCIAL

El análisis de la actividad asistencial se basa en los datos de los indicadores corporativos del SERGAS y del Cuadro de Mandos de la EOXIS, desde distintas perspectivas, de la demanda asistencial.

7.1 Entradas de Urgencias

En relación con la distribución etárea y por sexo de la población y entradas en urgencias:

- La población de mujeres adultas representa el 52% y las entradas de urgencias el 54%; la de hombres el 48% y 46% respectivamente.
- De la población de mujeres las de 15-45 representan el 42%, las de 46-64 el 29% y las de 65 o mayores el 29%. Las urgencias de dichos grupos etáreos representan el 40%, el 22% y el 38% respectivamente
- De la población de hombres los de 15-45 representan el 46%, los de 46-64 el 31% y los de 65 o mayores el 23%. Las urgencias de dichos grupos etáreos representan el 34%, el 26% y el 40% respectivamente.

7.1.1 Entradas Anuales por Población.

ENTRADAS POR POBLACIÓN	2014	2013	2012	2014-2012	2014-2013	2013-2012
ADULTOS	110.646	108.681	107.368	3,05%	1,81%	1,22%
PEDIATRIA	28.125	29.251	27.632	1,78%	-3,85%	5,86%
OBSTETRICIA (OBS)	2.929	3.248	2.764	5,97%	-9,82%	17,51%
TOTAL	141.700	141.180	137.764	2,86%	0,37%	2,48%
% ADULTOS TOTAL URG	78,08%	76,98%	77,94%	0,15%	1,10%	-0,96%

Tabla 11. Entradas Anuales.

En el período 2012-2014 el número total de urgencias en el CHUS se incrementó un 2,86%, incrementándose en el 2014 con respecto al 2013 en un 0,37% y del 2013 al 2012 un 2,48%, incrementándose también la media diaria de entrada de urgencias.

En el período 2012-2014 el número nº de urgencias de adultos se incrementó un 3,05%, incrementándose en el 2014 con respecto al 2013 en un 1,81% y del 2013 al 2012 un 1,22%, incrementándose también la media diaria de entrada de urgencias.

Las urgencias de adultos en el CHUS representaron en el 2014 el 78,08% de las urgencias totales del CHUS, en el 2013 el 76,99 y en el 2012 el 77,94.

7.1.2 Media Diaria Entradas por Día de la Semana y Turno

2012	MEDIA DIARIA ENTRADAS																				
	1			2			3			4			5			6			7		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
ADULTOS (ADU)	163	134	49	141	119	47	139	117	47	134	115	48	139	120	50	120	98	53	78	90	51
PEDIATRIA (PED)	21	38	16	20	34	15	17	35	14	19	36	14	19	36	15	27	41	19	32	40	19
OBSTETRICIA (OBS)	2	2	4	2	2	3	2	2	4	2	2	4	2	2	3	2	2	4	2	2	3
TOTAL TURNO	186	174	69	163	155	65	158	155	65	156	153	66	160	159	69	149	141	75	112	133	73
TOTAL DIA SEMANA	428			383			378			375			388			366			318		
ADU DIA SEMANA	347			308			303			298			309			271			219		
PED DIA SEMANA	75			68			67			70			71			87			91		

2013	MEDIA DIARIA ENTRADAS																				
	1			2			3			4			5			6			7		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
ADULTOS (ADU)	165	135	50	141	121	49	140	120	48	137	118	49	138	121	51	123	101	53	82	93	51
PEDIATRIA (PED)	20	41	18	19	36	16	18	38	16	20	36	15	21	39	17	28	44	19	36	45	20
OBSTETRICIA (OBS)	3	3	3	2	3	3	2	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	2	3	3
TOTAL TURNO	188	179	72	163	160	68	161	160	68	159	157	68	162	162	71	153	148	75	120	141	75
TOTAL DIA SEMANA	438			391			389			384			395			376			335		
ADU DIA SEMANA	350			311			308			304			309			276			226		
PED DIA SEMANA	79			71			72			71			77			91			101		

2014	MEDIA DIARIA ENTRADAS																				
	1			2			3			4			5			6			7		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
ADULTOS (ADU)	161	134	51	146	125	48	139	122	51	141	123	50	139	123	53	120	103	55	88	94	54
PEDIATRIA (PED)	19	39	15	18	35	15	17	35	15	19	36	15	18	39	16	28	40	19	37	46	20
OBSTETRICIA (OBS)	3	2	4	2	2	4	2	2	3	2	2	3	2	3	4	3	2	3	2	2	4
TOTAL TURNO	183	175	70	166	162	67	158	159	69	162	162	68	159	165	73	150	145	78	127	142	77
TOTAL DIA SEMANA	428			395			386			392			397			373			346		
ADU DIA SEMANA	346			320			312			314			315			278			236		
PED DIA SEMANA	74			67			67			70			73			87			102		

Tabla 12. Media Diana Entradas 2012-2014T.

Tras analizar las entradas por turnos se puede observar que en el período 2012-2014:

- Urgencias totales: en los turnos de mañana y tarde entran el 41% y en el de noche el 18%.
- Urgencias de adultos: en el turno de mañana entran el 44%, en el de tarde el 39% y en el de noche el 17%.
- Urgencias pediátricas: en el turno de mañana entran el 29%, en el de tarde el 50% y en el de noche el 21%.
- Urgencias obstétricas: en el turno de mañana entraron entre el 28-29%, en el de tarde entre el 25-30%, y en el de noche entre el 40-46%

- Tras analizar las entradas por día de la semana se observa que en el período 2012-2014:
- Urgencias totales: los días que más urgencias entran son los lunes con un 16% y los que menos los domingos con un 12-13%. El resto de días entran entre un 14-15%
- Urgencias de adultos: los días que más urgencias entran son los lunes con un 16-17% y los días que menos los domingos con un 11% y los sábados con un 13%, representando el resto de días de la semana un 14-15%.
- Urgencias pediátricas: los días que más urgencias entran son los domingos representando entre el 17-19% y los sábados el 16%, el resto de días de la semana entre el 12-14%.

7.1.3 Clasificación Anual de las Urgencias por MTS

TRIAGE URGENCIAS	2014	% URG MTS	2013	% URG MTS	2012	% URG MTS	STANDARD MTS
VERMELLO	574	0,55%	722	0,71%	681	1,13%	1%
LARANXA	7.637	7,33%	8.152	7,99%	5.288	8,78%	13-15%
AMARELO	62.541	59,99%	60.704	59,49%	32.440	53,85%	30-35%
VERDE	32.672	31,34%	31.245	30,62%	21.200	35,19%	50%
AZUL	834	0,80%	1.221	1,20%	629	1,04%	3%
TOTAL	104.258	100,00%	102.044	100,00%	60.238	100,00%	
% TRIADAS SOBRE ADULTOS	94,23%		93,89%		56,10%		

Tabla 13. Clasificación Anual Urgencias MTS 2012-2014.

En mayo del año 2012 se implanto el MTS de ahí el bajo porcentaje de urgencias triadas en ese año.

Carecemos de datos de la prioridad de las urgencias en periodos anteriores al del estudio.

A la proporción de las diferentes prioridades se le denomina “huella del SUH” y la del SUH del CHUS se caracteriza por un alto porcentaje prioridades amarillas.

7.1.4 Origen de las Urgencias

ORIGEN	2014	% TOTAL	2013	% TOTAL	2012	% TOTAL
CENTROS DE AP	41.827	20,71%	42.222	21,37%	41.151	21,64%
DOMICILIO	36.266	17,95%	38.730	19,60%	41.182	21,66%
OTRO CENTRO HOSPITALARIO	2.254	1,12%	2.162	1,09%	1.979	1,04%
OTROS CENTROS O INSTITUCIONES	2	0,00%	6	0,00%	4	0,00%
SERVICIO DEL PROPIO CENTRO	976	0,48%	1.562	0,79%	995	0,52%
TOTAL AP+DOMICILIO	78.093	38,66%	80.952	40,96%	82.333	43,30%
TOTAL CH-I	3.232	1,60%	3.730	1,89%	2.978	1,57%
TOTAL ORDEN MÉDICA	81.325	40,26%	84.682	42,85%	85.311	44,87%
PETICION DUN FAMILIAR PACIENTE	712	0,35%	491	0,25%	351	0,18%
PETICION PROPIA DO PACIENTE	59.595	29,50%	55.946	28,31%	52.031	27,36%
TOTAL PF+PP	60.307	29,85%	56.437	28,56%	52.382	27,55%
POR AUTORIZACION XUDICIAL	1	0,00%	2	0,00%	3	0,00%
POR ORDE GUBERNATIVA	23	0,01%	25	0,01%	31	0,02%
POR ORDE XUDICIAL	39	0,02%	21	0,01%	34	0,02%
INDETERMINADA	5	0,00%	13	0,01%	3	0,00%
TOTALX-G-I	68	0,03%	61	0,03%	71	0,04%
TOTAL	202.007		197.617		190.146	

Tabla 14. Origen de las Urgencias 2012-2014.

En el período 2012-2014 las entradas por orden médica representaron el 57,39% en el 2014, el 59,98% en el 2013 y el 61,93 en el 2012.

De dichas entradas corresponden a las derivadas desde centros de AP y domicilio en el 2014 el 55,11%, en el 2013 el 57,34 y en el 2012 el 59,76%, es decir han disminuido un 5,14% en dicho período, disminuyendo un 3,53% en el 2014 en relación con el 2013, y un 1,68% el 2013 en relación con el 2012.

Las entradas a petición de un familiar y a petición propia del paciente representaron el 42,56% en el 2014, el 39,98% en el 2013 y el 38,02 en el 2012, es decir se han incrementado en el período 2012-2014 en un 14,54%, aumentando un 6,52 el 2014 en relación con el 2013 y un 7,52 el 2013 en relación con el 2012.

7.1.5 Media Diaria por Día de Semana y Turno del Origen de las Urgencias

		MEDIA DIARIA ENTRADAS ACUMULADAS																				
		1			2			3			4			5			6			7		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
ORDE FACULTATIVA	2012																					
	CENTROS DE ATENCION PRIMARIA	53	63	22	43	53	21	45	53	21	44	52	22	48	55	22	25	36	23	27	35	23
	AP POR DIA		138		117			120			118			125			85			85		
	DOMICILIO	52	47	21	48	44	20	50	44	21	46	44	22	44	43	23	49	45	25	36	42	23
	DOMICILIO POR DIA		120		111			115			113			110			118			101		
	TOTAL AP+DOMICILIO POR DIA		258		228			235			231			235			203			186		
	OTRO CENTRO HOSPITALARIO	1	3	2	2	3	1	2	3	1	1	3	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1
	OTROS CENTROS O INSTITUCIONES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SERVICIO DEL PROPIO CENTRO	3	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	1	1	0	1	1	0
	TOTAL INSTITUCIONES	4	4	2	4	4	1	3	4	1	3	4	1	4	3	1	2	3	2	2	2	2
	PETICION DUN FAMILIAR PACIENTE	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1
	PETICION PROPIA DO PACIENTE	76	59	24	67	54	23	59	54	21	62	52	21	65	58	22	73	56	25	47	53	25
	TOTAL PETICION FAMILIAR-PROPIA	76	60	24	68	55	23	59	54	21	62	53	21	65	58	22	73	57	26	47	54	26
	TOTAL PETICION F-P DIA		160		145			134			136			145			155			127		
	POR AUTORIZACION XUDICIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POR ORDE GUBERNATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
POR ORDE XUDICIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		MEDIA DIARIA ENTRADAS																				
		1			2			3			4			5			6			7		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
ORDE FACULTATIVA	2013																					
	CENTROS DE ATENCION PRIMARIA	57	62	23	44	51	22	49	55	20	48	56	23	49	54	23	25	39	23	29	36	23
	AP POR DIA		142		116			124			127			126			87			88		
	DOMICILIO	41	39	21	51	46	20	43	41	21	43	35	18	48	45	18	46	46	23	34	42	24
	DOMICILIO POR DIA		100		117			106			95			111			114			100		
	TOTAL AP+DOMICILIO POR DIA		242		233			230			222			236			201			188		
	OTRO CENTRO HOSPITALARIO	2	4	2	2	3	2	1	3	2	1	3	1	1	3	2	2	2	2	1	3	2
	OTROS CENTROS O INSTITUCIONES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SERVICIO DEL PROPIO CENTRO	5	2	0	3	2	0	2	1	0	3	2	0	3	1	0	2	1	0	1	1	0
	TOTAL INSTITUCIONES	7	6	2	5	4	2	4	4	2	4	5	1	4	4	2	4	3	2	3	3	2
	PETICION DUN FAMILIAR PACIENTE	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0
	PETICION PROPIA DO PACIENTE	83	71	27	64	58	24	65	60	25	64	61	25	61	59	28	78	59	27	53	58	26
	TOTAL PETICION FAMILIAR-PROPIA	83	72	27	64	58	25	65	60	25	64	62	26	61	59	28	78	60	27	54	59	26
	TOTAL PETICION F-P DIA		182		147			149			152			149			165			139		
	POR AUTORIZACION XUDICIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POR ORDE GUBERNATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
POR ORDE XUDICIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		MEDIA DIARIA ENTRADAS																				
		1			2			3			4			5			6			7		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
ORDE FACULTATIVA	2014																					
	CENTROS DE ATENCION PRIMARIA	50	59	22	44	53	22	41	51	24	46	55	22	50	57	24	28	40	25	28	36	25
	AP POR DIA		130		119			117			123			131			93			89		
	DOMICILIO	44	43	16	45	40	15	42	42	17	45	39	18	40	40	18	43	37	21	36	38	18
	DOMICILIO POR DIA		103		100			101			102			98			100			91		
	TOTAL AP+DOMICILIO POR DIA		233		219			218			225			229			194			180		
	OTRO CENTRO HOSPITALARIO	2	3	2	1	3	2	2	3	2	1	3	1	2	3	2	2	3	2	2	2	2
	OTROS CENTROS O INSTITUCIONES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SERVICIO DEL PROPIO CENTRO	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	1	1	0	2	1	0	2	1	0
	TOTAL INSTITUCIONES	4	4	2	3	4	2	3	4	2	3	4	1	3	4	2	3	4	2	4	3	2
	PETICION DUN FAMILIAR PACIENTE	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	2	1
	PETICION PROPIA DO PACIENTE	85	69	29	74	64	28	71	62	26	67	63	26	66	63	29	75	62	30	58	64	31
	TOTAL PETICION FAMILIAR-PROPIA	86	70	30	74	65	28	71	62	26	67	64	27	67	64	29	76	64	30	60	65	32
	TOTAL PETICION F-P DIA		185		168			159			158			159			170			157		
	POR AUTORIZACION XUDICIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POR ORDE GUBERNATIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
POR ORDE XUDICIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Tabla 15. Media Diaria de Entradas Por Origen 2012-2014.

Tras analizar el origen de las entradas por turnos se puede observar que en el período 2012-2014:

- Urgencias procedentes de centros de AP y del domicilio: en el turno de mañana entran el 39%, en el de tarde el 42%, y en el de noche el 19%.
- Urgencias procedentes de centros de AP: en el turno de mañana entran el 36%, en el de tarde el 44%, y en el de noche el 20%.
- Urgencias procedentes del domicilio: en el turno de mañana entran del 41-42%, en el de tarde del 39-40%, y en el de noche del 18-20%.
- Urgencias a petición de familiar o a petición propia: en el turno de mañana entran del 43-45%, en el de tarde del 39-40%, y en el de noche del 16-17%.
- Analizando el origen de las entradas por el día de la semana se observa que en el período 2012-2014:
 - Urgencias procedentes de centros de AP y del domicilio: los días que más urgencias entraron fueron los lunes con un 16% y los que menos los domingos con un 12% y los sábados con un 13%.
 - Urgencias procedentes de centros de AP: los días que más urgencias entraron en el 2012 y 2013 son los lunes con un 18% y los que menos los domingos y sábados con un 11%. En el 2014 los días que más entraron fueron los lunes y viernes con un 16% y los que menos los domingos con un 11% y los sábados con un 12%.
 - Urgencias procedentes del domicilio: Las entradas se distribuyen uniformemente en los días de la semana, siendo el día de menor entrada los domingos con un 13%.
 - Urgencias a petición de familiar o a petición propia: Las entradas se distribuyen uniformemente en los días de la semana, siendo el día de mayor entrada los lunes con un 16% en el 2012 y 2014, y un 17% en el 2013.

7.2 Salidas de Urgencias

7.2.1 Salidas Anuales por tipo de Población.

SALIDAS	2014	2013	2012	D14-12	D14-13	D13-12
ADULTOS	110.645	108.662	107.345	3,07%	1,82%	1,23%
PEDIATRIA	28.120	29.240	27.634	1,76%	-3,83%	5,81%
OBSTETRICIA	2.933	3.244	2.764	6,11%	-9,59%	17,37%
TOTAL	141.698	141.146	137.743	2,87%	0,39%	2,47%

Tabla 16. Salidas Anuales por Población.

En el período 2012-2014 se produjo un incremento del número de salidas anuales concordante con el incremento del número de entradas.

7.2.2 Media Diaria de Salidas de Urgencias por día de Semana y Turno.

MEDIA DIARIA SAIDAS																					
1			2			3			4			5			6			7			
M T N			M T N			M T N			M T N			M T N			M T N			M T N			
2012																					
ADULTOS	62	141	99	63	134	122	66	127	123	66	122	105	68	125	118	62	108	119	49	80	95
PEDIATRIA	12	29	35	12	27	30	10	25	31	11	26	31	11	27	33	16	34	37	21	36	35
OBSTETRICIA	2	2	4	2	2	3	2	1	4	3	2	4	2	2	3	3	2	4	2	2	4
TOTAL	76	171	138	76	162	155	79	153	158	80	149	139	82	154	154	80	143	160	71	118	134
TOTAL DIA SEMANA	386			394			390			368			390			383			324		
ADULTOS DIA SEMANA	303			319			316			293			311			289			224		
PEDIATRIA DIA SEMANA	76			68			67			68			71			86			92		

MEDIA DIARIA SAIDAS																					
1			2			3			4			5			6			7			
M T N			M T N			M T N			M T N			M T N			M T N			M T N			
2013																					
ADULTOS	81	140	88	78	133	113	76	128	108	74	126	102	75	126	102	75	112	111	53	87	97
PEDIATRIA	14	27	39	12	25	35	11	26	35	10	28	34	11	28	33	17	35	39	21	36	44
OBSTETRICIA	3	2	4	2	2	5	3	2	4	3	2	4	3	2	4	2	2	5	2	2	5
TOTAL	98	170	131	92	159	153	91	156	147	87	156	140	89	156	139	94	148	155	75	125	146
TOTAL DIA SEMANA	399			405			395			383			383			397			346		
ADULTOS DIA SEMANA	310			323			313			302			302			297			236		
PEDIATRIA DIA SEMANA	80			72			72			72			72			91			101		

MEDIA DIARIA SAIDAS																					
1			2			3			4			5			6			7			
M T N			M T N			M T N			M T N			M T N			M T N			M T N			
2014																					
ADULTOS	81	145	89	85	132	112	79	125	107	80	130	108	78	129	110	74	109	110	56	89	95
PEDIATRIA	11	28	34	9	26	36	9	26	32	9	26	33	10	28	35	16	34	36	22	38	42
OBSTETRICIA	3	1	5	2	1	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	5
TOTAL	95	175	128	97	159	152	91	152	143	91	157	145	89	158	149	91	145	150	80	128	142
TOTAL DIA SEMANA	398			408			386			393			396			386			350		
ADULTOS DIA SEMANA	316			328			311			317			316			293			240		
PEDIATRIA DIA SEMANA	73			72			67			69			72			86			101		

Tabla 17. Media Diaria Salidas Años 2012-2014.

Tras analizar las salidas por turnos se puede observar que en el período 2012-2014:

- Urgencias totales: en el año 2012 en el turno de mañana salió el 21%, en el de tarde el 40% y en el de noche el 39%. En el 2013 y 2014 en el de mañana salieron el 23%, en el de tarde el 40% y en el de noche el 37%.
- Urgencias de adultos: en el 2012 en el turno de mañana salió el 21%, en el de tarde el 41% y en el de noche el 38%; en el 2013 y en el 2014 en el de mañana el 25% en el de tarde el 40% y en el de noche el 35%.
- Urgencias pediátricas: en el 2012 en el turno de mañana salió el 18%, en el de tarde el 38% y en el de noche el 44%; en el 2013 en el turno de mañana salió el 17%, en el de tarde el 37% y en el de noche el 46%; y en el 2014 en el turno de mañana salió el 16%, en el de tarde el 38% y en el de noche el 46%.
- Urgencias obstétricas: en el 2012 en el turno de mañana salió el 31%, en el de tarde el 21% y en el de noche el 48%; en el 2013 en el turno de mañana salió el 28%, en el de tarde el 21% y en el de noche el 51%; y en el 2014 en el turno de mañana salió el 28%, en el de tarde el 20% y en el de noche el 52%.

Tras analizar las salidas por día de la semana se observa que en el período 2012-2014:

- Urgencias totales: los días que más urgencias salen son los martes con un 14,96% y los que menos los domingos con un 12,28%.
- Urgencias de adultos: los días que más urgencias salen son los martes con un 15,5% y los días que menos los domingos con un 10,90%.
- Urgencias pediátricas: los días que más urgencias salen son los domingos con un 17-18% y los sábados con un 16%.

7.2.3 Salidas de Urgencias de Adultos por Destino

DESTINO	2014	2013	2012
ALTA VOLUNTARIA	170	141	252
DOMICILIO	92.252	90.304	89.219
EXITUS	175	189	157
EXITUS EXTRAMUROS	0	1	1
FUGA	55	42	28
PASO A CONSULTAS EXTERNAS	1	10	13
PASO A HOSPITALIZACION	17.905	17.847	17.500
TRASLADO DE HOSPITAL	87	128	175
	17.992	17.975	17.675
% INGRESOS	16,26%	16,54%	16,47%
CITAS DERIVADAS A CC.EE.	16.338	16.141	14.963
% DE DERIVACIÓN A CC.EE.	14,77%	14,85%	13,94%

Tabla 18. Salidas de Urgencias Años 2012-2014.

A lo largo del período 2012-2014 el porcentaje de ingresos se incrementó en 1,79% y el de derivación a CC.EE. en un 9,19%.

7.3 Tiempos Asistenciales

7.3.1 Tiempo Medio de Espera de Atención

Minutos Transcurridos desde la hora de entrada hasta la hora de atención de los episodios con fecha de salida del SUH dentro del período de estudio.

TIEMPO MEDIO ESPERA ATENCIÓN	2014	2013	2012
ADULTOS	48	53	76

Tabla 19. Tiempo Medio Espera Atención Años 2012-2014.

En el período 2012-2014 el tiempo medio de espera de atención para los adultos ha disminuido en 28 minutos, en el 2014 en relación con el 2013 en 5 minutos, y en el 2013 en relación con el 2012 en 23 minutos.

7.3.2 Tiempos de Espera hasta el Triage

Minutos transcurridos desde la hora de entrada en el SUH hasta la hora de inicio del triaje de los episodios con fecha de salida del SUH dentro del periodo de estudio.

TIEMPO DE ESPERA HASTA EL TRIAGE	2014	2013	2012
MINUTOS	9	11	11

Tabla 20. Tiempos de Espera Hasta el Triage. Años 2012-2014.

En el período 2012-2014 se ha disminuido el tiempo de espera hasta el Triage en 2 minutos.

7.3.3 Tiempo de Duración del Triage

Minutos transcurridos desde la hora de inicio del triaje hasta la hora de finalización del triaje de los episodios con fecha de salida del SUH dentro del período de estudio.

DURACIÓN DEL TRIAJE	2014	2013	2012
MINUTOS	2	2	2

Tabla 21. Tiempo de duración del Triage. Años 2012-2014.

El tiempo de duración del triaje se mantuvo constante durante el período estudiado.

7.3.4 Tiempo de Espera Pre-Triage (minutos)

T. Espera pre Triage	T MAX POST-T	2014	2013	2012
ROJO	0	6,11	6,98	7,46
NARANJA	10	6,21	6,37	6,95
AMARILLO	60	8,37	9,23	9,44
VERDE	120	9,66	10,66	11,03
AZUL	240	10,53	11,79	11,09

Tabla 22. Tiempo de Espera Pre-Triage. Años 2012-2014.

El tiempo Pre-Triaje y el tiempo de duración del Triaje permiten alcanzar los estándares de atención fijados por el MTS excepto para las prioridades rojas.

7.3.5 Tiempo de Espera Post-Triaje (minutos)

T. Post. Triaje	T MAX POST-T	2014	2013	2012
ROJO	0	30,22	33,84	57,85
NARANJA	10	16,99	22,12	34,75
AMARILLO	60	33,14	37,38	46,01
VERDE	120	39,74	45,90	52,94
AZUL	240	49,64	56,71	65,73

Tabla 23. Tiempo de Espera Post-Triaje. Años 2012-2014.

Los estándares de atención fijados por el MTS se alcanzan para las prioridades amarillas, verdes y azules, no alcanzándose en rojas y naranjas.

7.3.6 Porcentaje Urgencias que Superan Tiempo Estándar

% Urg. Superan t. Est.	2014	2013	2012
ROJO	82,2%	77,9%	67,7%
NARANJA	25,0%	25,7%	26,5%
AMARILLO	3,6%	4,2%	5,5%
VERDE	3,7%	4,5%	5,2%
AZUL	5,6%	6,6%	8,3%

Tabla 24. % Urgencias que Superan el Tiempo Estándar.

El porcentaje de urgencias que superan el tiempo estándar se ha incrementado para las prioridades rojas y se ha disminuido para las naranjas, amarillas, verdes y azules.

7.3.7 Tiempo de Atención (hh:mm)

T. Atención (hh:mm)	2014	2013	2012
ROJO	9:17	8:34	8:33
NARANJA	12:13	10:48	11:55
AMARILLO	8:53	8:00	9:31
VERDE	5:26	5:09	6:27
AZUL	5:06	4:45	6:35

Tabla 25. Tiempo de Atención.

7.3.8 Tiempo de Estancia (hh:mm)

T. Estancia	2014	2013	2012
ROJO	9:54	9:16	9:40
NARANJA	12:38	11:19	12:39
AMARILLO	9:37	8:49	10:29
VERDE	6:18	6:08	7:33
AZUL	6:08	5:56	7:54

Tabla 26. Tiempo de Estancia.

7.4 Evaluación de la Actividad Asistencial

Las urgencias de adultos se caracterizan por:

- las mujeres acuden más que los hombres al SUH.
- el grupo etáreo de mujeres que más acude al SUH es el de 15 a 45 años.
- el grupo etáreo de hombres que más acude al SUH es el de 65 o más años.
- entrar en su mayor parte en el turno de mañana y salir en su mayor parte en el turno de tarde.
- entrar más los lunes y menos los domingos y sábados, y salir más los martes y menos los domingos.

Las urgencias pediátricas se caracterizan por:

- entrar en su mayor parte en el turno de tarde y salir en su mayor parte en el turno de noche

- entrar más los domingos y los sábados que el resto de los días de la semana, y salir más los domingos y los sábados que el resto de los días de la semana.

Las urgencias obstétricas se caracterizan por:

- entrar y salir en su mayor parte en el turno de noche.

En relación con el origen de las entradas:

- Las urgencias procedentes de centros de AP y del domicilio del paciente entraron en su mayor parte en el turno de tarde y el día que más entraron fueron los lunes y el que menos los domingos y sábados.
- Las urgencias a petición de un familiar o a petición propia del paciente entraron en su mayor parte en el turno de mañana y el día que más entraron fueron los lunes y el que menos los domingos.
- El origen de las urgencias indica una disminución de la resolución del nivel de AP.

En el período 2012-2014 se produjo un incremento del número de salidas anuales concordante con el incremento del número de entradas.

A lo largo del período 2012-2014 el porcentaje de ingresos se incrementó en 1,79% y el de derivación a CC.EE. en un 9,19%.

La huella de nuestro servicio se diferencia del estándar del MTS en una menor proporción de urgencias rojas, naranjas verdes y azules; y una mayor proporción de urgencias amarillas.

En relación con los tiempos de atención:

- el tiempo medio de espera de atención para los adultos en el período 2012-2014 ha disminuido en 28 minutos, en el 2014 en relación con el 2013 en 5 minutos, y en el 2013 en relación con el 2012 en 23 minutos.
- el tiempo de espera hasta el Triage en el período 2012-2014 se ha disminuido en 2 minutos.
- El tiempo de duración del triaje se mantuvo constante durante el período estudiado.
- El tiempo Pre-Triage y el tiempo de duración del Triage permiten

alcanzar los estándares de atención fijados por el MTS excepto para las prioridades rojas.

- A pesar de que los tiempos de espera Pre-Triaje y de duración del mismo permiten alcanzar los estándares de atención excepto para las prioridades rojas, los mismos solo se alcanzan para las prioridades amarillas, verdes y azules, no alcanzándose en rojas y naranjas.
- El porcentaje de urgencias que superan el tiempo estándar se ha incrementado para las prioridades rojas y se ha disminuido para las naranjas, amarillas, verdes y azules.

7.5 Áreas de Mejora

- Incrementar la resolución de AP
- Crear un Grupo de Triadores y un Comité de Triaje.
- Disminuir el tiempo de atención para las prioridades rojas
- Disminuir el porcentaje de urgencias que supera el tiempo estándar de atención.

8 DISCUSIÓN

El SUH se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a la urgencias y la emergencia.

El Informe del Defensor del Pueblo señaló en 1988, como elementos definitorios de las urgencias, el aumento de frecuentación, la masificación (saturación) y el uso inapropiado de las urgencias hospitalarias. Estos fenómenos están ampliamente documentados a nivel internacional.

8.1 Estructura Física.

La estructura física del SUH del CHUS cumple los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social¹⁶ en relación con la señalización; la ubicación ya que esta físicamente diferenciado del resto de áreas asistenciales del hospital y sin embargo permite una buena relación con otras unidades (cuidados intensivos; hospitalización convencional; quirófano; diagnóstico por imagen y laboratorio; etc.) que participan en el proceso asistencial; los espacios de que dispone: acceso, recepción y clasificación de los pacientes que precisan atención urgente (triaje y admisión), espera, consulta, exploración y tratamiento, observación, área de personal y servicios de apoyo.

En este sentido las reformas realizadas en la estructura con la ampliación de la sala de espera de resultados que permite acoger a pacientes desde las zonas de primera valoración, y la ampliación de la sala de observación permiten que los pacientes dispongan de espacio e intimidad suficiente, Sin embargo no hay una entrada diferenciada para las personas que acceden al servicio en ambulancia ni para los enfermos en situación crítica, ni para las urgencias pediátricas y obstétricas, confluyendo todos los usuarios en la única existente, y aunque la urgencia pediátrica puede estar integrada en el SUH se debe evitar que los niños se crucen con la circulación de emergencias y a que tenga sólo en común con el resto de las urgencias el acceso y la zona de recepción y admisión.

De igual forma la urgencia obstétrica debe ser atendida en la maternidad hospitalaria.

8.2 RR.HH.

El SUH del CHUS de acuerdo con los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social¹⁶ dispone de un coordinador médico y de tres supervisores de enfermería con experiencia de trabajo efectivo en medicina de urgencias y emergencias; y se calcula la necesidad de RR.HH. sobre el mix histórico de pacientes atendidos.

Sin embargo la dotación de recursos humanos de las diferentes categorías profesionales no se adecua a todas las variaciones de actividad, los médicos se adecuan por turno y días de la semana pero no estacionales, los enfermeros y TCAE por turno pero no por día de la semana y estaciones.

El dimensionado de recursos humanos es un motivo de debate y confrontación entre los profesionales asistenciales y las gerencias, ya que no existe una fórmula ampliamente aceptada o indicador sencillo para dimensionar el número de efectivos necesario en los SUH y aunque en los últimos tres años se ha incrementado el personal asistencial estructural en cuatro médicos, trece enfermeras y dos TCAE, debemos monitorizar en tiempo real la actividad asistencial, para proporcionar los RR.HH. que permitan afrontar los incrementos de actividad asistencial con calidad y seguridad para los profesionales y pacientes del SUH.

8.3 Organización.

Los SUH deben disponer de un sistema de triage^{16,21,22}, validado, integrado en el sistema informático del hospital, que permita la rápida clasificación del paciente en función de su gravedad, asignándole un tiempo máximo de espera para ser atendido.

La clasificación es una valoración preliminar de la urgencia / gravedad basada en el motivo de consulta y la existencia de otros signos y síntomas evidentes, que no precisa de diagnóstico médico y en la mayoría de los SUH lo realiza la enfermera^{23,24} lo que permite optimizar los recursos médicos y dedicarlos a labores puramente asistenciales y

mejorar la eficiencia.

Los pacientes ingresados en un SUH deben tener asignados, un médico y una enfermera responsable de su atención¹⁶.

Así mismo es aconsejable que el SUH defina las áreas funcionales por niveles de gravedad y en consonancia con las mismas los circuitos asistenciales²⁵.

Todos estos aspectos se han abordado en el Plan de Mejora Continua del SUH.

8.4 Sistemas de Información

Se recomienda que los sistemas de información de los SUH¹⁶ permitan valorar el sistema de triaje, la saturación de urgencias y ya que la situación de sobrecarga en urgencias es un problema de todo el hospital, y no exclusivo del SUH la disponibilidad de camas para el ingreso en el hospital ya que en muchos estudios esta es la causa más importante de saturación de los SUH²⁶.

No hay una forma uniformemente aceptada para cuantificar la saturación de urgencias aunque algunos indicadores permiten alertar sobre la situación de saturación de urgencias: Tiempo de espera media > 60 minutos, Camas/boxes de urgencias ocupados al 100% más de seis horas al día, que implica la existencia de pacientes en el pasillo, número de días al año en los que no hay disponibilidad de camas en el hospital para ingresar al paciente que lo necesita, tiempo > 4 horas desde la orden de ingreso hasta que el paciente sube a planta de hospitalización, número de pacientes filiados para ser valorados en urgencias que abandonan el hospital sin ser atendidos.

El MTS, el MAPUR, el MACAM, el SOLING, el PREVING y GESAMB nos permiten actuar sobre estos parámetros y minimizar la saturación del SUH.

8.5 Indicadores de Calidad.

El SUH debe disponer de un sistema que permita la identificación inequívoca del paciente¹⁶ para verificar la identidad del paciente antes de realizar cualquier intervención de riesgo sobre el mismo.

Para una identificación inequívoca del paciente²⁷ se recomienda utilizar una pulsera identificativa, impresa de forma automática, que contenga los datos de identificación y hacer un seguimiento periódico del proceso de identificación en pacientes ingresados.

Al final del proceso asistencial, así como con ocasión de traslado, el paciente o, en su caso, cuidador, familiar o persona vinculada, tiene derecho a la expedición por el SUH del informe de alta de urgencias¹⁶ y además la precisión y aplicabilidad posterior de los registros de información facilitan los sistemas de clasificación de pacientes que precisen de la confección de un conjunto mínimo de bases de datos al alta de urgencias²⁸.

La gestión de las reclamaciones en los SUH es una oportunidad de mejora ya que la mayoría de las quejas realizadas por los usuarios y sus familiares en los mismos se deben a motivos organizativos y por insatisfacción con la asistencia²⁹, su análisis es una herramienta útil de monitorización de la calidad asistencia³⁰ y la implantación de un sistema de gestión de la calidad, se convierte en esencial en la mejora de la atención urgente del paciente.

En el SUH del CHUS se avanzó en estas líneas en el período 2012-2014 consiguiéndose con el esfuerzo de todos los profesionales el Certificado de Calidad según la Norma SEMES-AD QUALITATEM.

8.6 Actividad Asistencial

Según los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social¹⁶ el 90% de los pacientes debería ser dado de alta en los SUH, ingresado en el hospital o trasladado a otros centros, en un periodo de cuatro horas.

Cuando el paciente deba permanecer en urgencias más de seis horas debe ser atendido en la unidad de observación, dotada de camas o, en su

caso, sillones, donde se puedan prestar cuidados continuados de enfermería, servicios hosteleros y con acceso a aseo.

El paciente del SUH, pendiente de ingreso hospitalario, no debería permanecer en esta unidad más de doce horas desde que se procede a la orden de ingreso.

El tiempo máximo de observación-valoración de la evolución del paciente en el SUH debería ser inferior a veinticuatro horas.

El área de observación no debe utilizarse cuando se ha ordenado el ingreso del paciente, como subestación previa al mismo, salvo que no existan camas disponibles.

Si bien en el SUH del CHUS el 90% de los pacientes no es dado de alta, ingresado o trasladado en 4 horas, gracias a las medidas adoptadas en el Plan de Mejora Continua si se alcanzan el resto de indicadores.

9 CONCLUSIONES

El Plan de Mejora Continua del SUH del CHUS nos permitió:

- Adecuar la estructura física a las necesidades asistenciales, drenar los pacientes desde los boxes u otras áreas funcionales a la sala de observación y a la de espera de resultados y proporcionar a los pacientes más privacidad e intimidad. Debemos disponer de una entrada diferenciada para las personas que acceden al servicio en ambulancia, para las urgencias pediátricas, y para las obstétricas las cuales deben ser atendidas en la maternidad hospitalaria.
- Incrementar y Optimizar los RR.HH., para afrontar la actividad asistencial con calidad y seguridad para los profesionales y pacientes del SUH. Debemos mejorar la previsión y disponibilidad de los refuerzos de personal ante incrementos de la actividad asistencial basándonos en los sistemas de información del SUH.
- Transformar el modelo organizativo mediante la implantación del triaje por el personal de enfermería, la asignación de profesionales a los pacientes triados, la definición de áreas funcionales y circuitos asistenciales y el establecimiento del Proceso Asistencial Integrado de Ingreso desde el SUH. Debemos extender la asignación de profesionales responsables de los pacientes a la enfermería, ya que en la actualidad dichos profesionales trabajan por áreas funcionales y el proceso de ingreso a todos los Servicios Médico-Quirúrgicos que tengan entre sus atributos la hospitalización.
- El desarrollo e implementación de los Sistemas de Información, MAPUR, MACAM, SOLING, PREVING y GESAMB nos permitió monitorizar la saturación del SUH y la ocupación de las UEH, ambos elementos son críticos para evitar el colapso del SUH y prestar una asistencia eficaz, eficiente y efectiva. Debemos mejorar la monitorización de los tiempos de estancia de los pacientes para disponer de la trazabilidad de los mismos.
- La implementación y monitorización de los indicadores de Calidad nos permitió dar una asistencia de calidad reconocida por el Certificado de Calidad según la Norma SEMES-AD QUALITATEM.

10 AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento, en primer lugar, a mi tutora, la profesora M^a Jesús Movilla Fernández, por su total disponibilidad, por su paciencia y comprensión, su ánimo, sus consejos y su generosa ayuda.

Gracias a la Subdirección de Informática, especialmente a su responsable Enrique Paseiro Pardal y a Miguel Rois Madarro, por estar siempre dispuestos a recoger el guante que continuamente les lanzamos desde las direcciones asistenciales, y acometer nuevos proyectos que nos permitan mejorar la asistencia. Ellos son los responsables del desarrollo e implementación de los programas informáticos MAPUR, MACAM, SOLING, PREVING y GESAMB.

Gracias a mis compañeros de dirección, especialmente a las subdirectoras Regina Martín de Vidales Delgado, Carmen Portals Coto, Isabel Teira Argibay, Isabel Dieste Regades y Manuel Villasenín Iglesias, al Jefe del Servicio de Admisión el Dr. Jorge Aboal Viñas y a la Directora Asistencial la Dra. Sonia Fernández-Arruti Ferro, con los que comparto los proyectos de la EOXIS y en especial los del SUH del CHUS. Del trabajo en equipo y de su genialidad han nacido las ideas que han permitido gestionar el SUH con eficacia, eficiencia y efectividad.

Gracias a Angela Mondelo Estévez, por dar forma a este trabajo y por estar siempre, cuando se le necesita.

Gracias al Gerente de la EOXIS, el Dr. Luis Verde Remeseiro por contar conmigo, por darme la oportunidad de entrar en el mundo apasionante de la gestión sanitaria, por su apoyo incondicional y por su amistad.

Por último quiero agradecer a todos los profesionales de la EOXIS el esfuerzo y la colaboración con el SUH del CHUS, especialmente a los trabajadores del propio servicio y a los profesionales de las UEH, el esfuerzo de todos ellos hace posible que prestemos una asistencia de calidad a nuestros pacientes, a quienes nos debemos y a quienes estamos agradecidos por confiarnos sus cuidados.

Enrique González Rodríguez

11 BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 168/2010, do 7 de outubro, polo que se regula a estrutura organizativa de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde. DOG 199, viernes 15 de outubro de 2010.
2. Orde de 22 de xullo de 2011, pola que se desenvolve a estrutura organizativa de xestión integrada da Coruña e de Santiago de Compostela. DOG146, lunes 1 de agosto de 2011.
3. Decreto 71/1993, do 18 de marzo, polo que se establecen os órganos de dirección da asistencia sanitaria especializada da área sanitaria de Santiago de Compostela e se determinan as súas funcións. DOGA núm 58, do 26 de marzo de 1993.
4. Decreto 178/1994 de 16 de xuño polo que se desenvolve a estrutura organizativa do Complexo hospitalario de Santiago de Compostela.
5. Decreto 229/1997 do 25 de agosto polo que se establece o modelo de xestión e administración dos hospitais Virxe da Xunqueira e A Barbanza.
6. Decreto 172/1995, do 18 de maio, polo que se aproba o Plan de Urgencias Extrahospitalarias da Comunidade Autónoma de Galicia.
7. Decreto 200/1993, de 29 de julio, de Ordenación de la Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Galicia.
8. Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Galicia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.
9. Resolución do 26 de xuño de 1991, da Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade, pola que se dispón a publicación das relacións anexas do Real decreto 1.679/1990, do 28 de decembro, sobre traspaso á Comunidade Autónoma de Galicia das funcións e servicios do Instituto Nacional da Saúde.
10. Decreto 161/1991, de 11 de enero, por el que se asumen las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud, traspasados por la

Administración Central del Estado a la Comunidad Autónoma de Galicia.

11. Real Decreto 1995/1985 de 9 de octubre, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Galicia en materia de Sanidad (AISNA).
12. Decreto 240/1985 del 31 de octubre, por el que se asumen los servicios traspasados por la Administración Central del Estado en relación con la Administración Institucional de Sanidad Nacional y se le asignan a la Consellería de Sanidade e Consumo.
13. Real Decreto 232/1987 de 6 de febrero, sobre ampliación de medios personales y presupuestarios a la Comunidad Autónoma de Galicia en materia de sanidad (AISNA).
14. Decreto 66/1987 de 17 de marzo, por el que se asume la ampliación de medios personales y presupuestarios en materia de Sanidad (AISNA) y se asignan a la Consellería de Sanidade e Seguridade Social.
15. Decreto 373/1992, de 17 de diciembre, de transferencia a la Comunidad Autónoma de Galicia del Hospital Médico-Quirúrgico Provincial y Sanatorio Psiquiátrico de Conxo y la red asistencial del mismo, dependientes de la Excelentísima Diputación Provincial de La Coruña.
16. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes, estudio e investigación 2010. Unidad de Urgencias Hospitalaria, estándares y recomendaciones.
17. Informe de Evaluación de la Gestión de las Esperas en el SUH del CHUS". Subdirección Xeral de Inspección, Auditoria y Acreditación.
18. Lei 8/2008 de 10 de julio de Salud de Galicia.
19. Informe de Fiscalización del Servicio de Urgencias Hospitalario del Complejo Hospitalario de Santiago. Consello de Contas. 2010.
20. Grupo de Triage Manchester. Triage de Urgencias Hospitalarias. Mackway-Jones K., Blanco Ramos M.A., Caeiro Rey J.R., Pascual Clemente F.A. 2004

21. Manzanares Zaldivar B. La práctica clínica del triaje. Aplicación de los diferentes sistemas de triaje. *Revista Rol de Enfermería* 2014;37(3): 169-174.
22. García Moyano L., Arrazola Alberdi O., Barrio Fornén., Grau Salamero L., González Garrido J.A. Efectividad del programa de ayuda al triaje (Web_e-PATv3.5) en el Hospital San Jorge de Huesca. *Metas de Enfermería* 2012; 15 (2): 66-70.
23. Sánchez Bermejo R., Cortés Fadrique C., Rincón Fraile B., Fernández centeno E., Peña Cuevas S., de las Heras Castro E.M. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias* 2013;25 (1): 66-70.
24. Miró O., Escalada X., Boqué C., Gené E., Jiménez Fábrega F.X., Netto C., Alonso G., Sánchez P., García I., Sánchez M. Estudio SUHCAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias* 2014;26(1): 35-46.
25. Sánchez M., Asenjo M., Gómez E., Zabalegui A., Brugada J. Reorganización asistencial de un área de urgencias en niveles de urgencia: impacto sobre la efectividad y la calidad. *Emergencias* 2013;25(2): 85-91.
26. Tudela P., Módol J.M. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2015;27(2): 113-120.
27. Morís de la Tassa J., Fernández de la Mota E., Aibar C., Casyan S., Ferrer J.M. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Med. Clin. (Barc.)* 2008; 131, Número Extraordinario 3: 72-78.
28. Conesa A., Muñoz R., Torre P., Gelabert G., Casanellas J.M., Trilla A., Asenjo M.Á. Evaluación de los informes de asistencia de urgencias como instrumento de gestión de la información clínica. *Medicina Clínica* 2003;120(19): 734-736.
29. Fernández Rozas P., Mora Acosta S., Araya Cruz F.. Reclamaciones en el servicio de urgencias. Oportunidad de Mejora. *Metas de Enfermería* 2014;17(7): 60-64.

30. Salvador Suárez F.J., Millán Soria J., Téllez Castillo C.J., Pérez García C., Oliver Martínez C. Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. *Emergencias* 2013;25(3): 163-170.