

2. PLAN DE PRODUCCIÓN

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

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

2.1 DESCRIPCIÓN TÉCNICA

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

Las características principales de la transformación hospitalaria son:

1. HOSPITALIZACIÓN:

- ❖ Reducción progresiva de su dimensión, en número de camas (las camas por habitante ya no constituye un indicador adecuado del desarrollo del sistema sanitario, debido a:
 - **Reducción de la duración de la estancia** sobre la base de una mayor agilidad en la gestión clínica de los procesos de enfermedad, y mayor resolutivez y eficacia (hacia la curación o mejoría) de la práctica médica. Esto también condiciona una concentración de cuidados asistenciales en menos tiempo, con un aumento de la necesidad de personal

- **Uso de los hospitales para cuadros clínicos** agudos, derivando a instituciones de media o larga estancia los procesos de carácter crónico o la colaboración con instituciones sociales
- **Ambulatorización de procesos**, tanto a nivel quirúrgico como no quirúrgico, donde los procedimientos diagnósticos o intervencionistas mejoran en su resolutivead, pero con menor agresividad para la recuperación del enfermo, y no precisan de estancia hospitalaria.

Frente a esta evolución, **el aumento persistente de la esperanza de vida** ha motivado un envejecimiento de la población, provocando un constante **aumento de la demanda** debido a la mayor incidencia de patologías asociadas a la edad y la cronicidad de las mismas, con sus fases de reagudización

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

2. BLOQUE QUIRÚRGICO

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

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

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

Menor agresividad de las técnicas.

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

Así, se han creado zonas específicas de Cirugía sin ingreso, preparadas para manejar integralmente desde el preoperatorio hasta la recuperación del paciente

3. BLOQUE OBSTÉTRICO:

La especificidad del parto como proceso fisiológico, que puede experimentar un curso con complicaciones, así como las nuevas tendencias en prácticas de seguridad y en el concepto de "parto natural" condiciona un modelo de asistencia que ha producido un avance espectacular en la configuración de esta unidad, añadiéndole además la tecnificación de la monitorización continua de los parámetros materno-fetales, y la necesidad de estar contiguo a unidades de alta complejidad como son la Neonatología y el quirófano para cesáreas

4. HOSPITALES DE DÍA:

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

Las disciplinas que son tributarias de estos dispositivos son:

Oncohematología

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

Geriátrico

Psiquiátrico

Quirúrgico (debe englobarse en el Bloque quirúrgico, salvo que por disposición física no sea posible)

5. CONSULTAS EXTERNAS:

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

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

Con la progresiva extensión de los hospitales y su acercamiento a los núcleos de población, los Centros Ambulatorios de Especialidades van perdiendo su vigencia, por lo que se concentra en el Hospital la mayor parte de la actividad, dando lugar a bloques extensivos de consultas, e incluso edificios o pabellones independientes del cuerpo o edificio principal

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

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

6. URGENCIAS:

Éste ha sido el dispositivo de los hospitales que ha experimentado una mayor presión de la demanda (no en vano se definió a la urgencia como el "cajero automático" del sistema sanitario), por la rapidez en la respuesta, la posibilidad de ser atendido por numerosos –y variados- Especialistas, y el acceso inmediato a pruebas complementarias. Así, se calcula que casi un 50% de la demanda no sería tributaria de la Urgencia hospitalaria, sino de otros dispositivos más próximos al ciudadano.

La urgencia debe además velar por las necesidades de la población infantil, separando los circuitos y unidades de atención de los adultos.

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

2.1.1 SERVICIOS ASISTENCIALES

2.1.1.1 Hospitalización

CONCEPTO BÁSICO DE LA UNIDAD

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

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

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

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

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

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

RELACIONES CON OTRAS UNIDADES Y NIVELES ASISTENCIALES

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

Estos Servicios Centrales son,

Asistenciales:

Urgencias, como puerta de entrada de la mayoría de los pacientes que ingresan

Bloque quirúrgico

Laboratorio de bioquímica y hematología

Laboratorio de microbiología

Banco de sangre

Diagnóstico por imagen

Farmacia Hospitalaria

Así mismo se deben establecer circuitos de comunicación con las diferentes Unidades Diagnósticas incluidas en los distintos Servicios

Unidad de endoscopias

Unidad de pruebas funcionales respiratorias

Unidad de Pruebas Funcionales Cardiológicas (Ecocardiograma, Holter, Ergometría, ...)

No asistenciales

Admisión, como gestor y canalizador de los pacientes programados y urgentes

Servicio de celadores y transporte interno

Hostelería: alimentación (controlada por la Unidad de Nutrición y Dietética) y limpieza

Almacén

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

Relación con otros niveles asistenciales

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

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

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

CARTERA DE SERVICIOS INTERNA

Las prestaciones de las distintas Especialidades médico quirúrgicas están descritas en la exposición de la Cartera de Servicios del punto 3 de esta oferta.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

PROCEDENCIA DE PACIENTES

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

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

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

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

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

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

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

BIENVENIDA Y RECEPCIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO

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

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

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

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

ATENCIÓN MÉDICA

La visita médica es diaria, incluso los días no laborables. La actuación está descrita en la exposición sobre las funciones y responsabilidades del personal facultativo. Salvo por causas organizativas insoslayables, habrá continuidad del mismo médico durante el episodio de hospitalización.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El papel de la enfermería es básico, pues el principal motivo de un ingreso hospitalario es la necesidad del enfermo de uso cuidados continuos, en atención a su patología. Los enfermos están asignados a una enfermera en cada turno, que transmite a su relevo toda la información relevante sobre el curso evolutivo de los pacientes a su cargo. La intensidad de los cuidados se adapta a las necesidades individuales y a los ritmos naturales de la administración de cuidados. El papel del personal de enfermería se detalla más adelante.

TRASLADOS INTERNOS

Se consideran los desplazamientos del paciente de la Unidad a cualquier otra unidad del hospital,

Al bloque quirúrgico,(en caso de que tenga que ser intervenido)

Al Servicio de Diagnostico por Imagen

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

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

DESPEDIDA Y ALTA

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

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

Informe de alta Médico

Informe de alta de enfermería

Informe de Trabajo Social, únicamente en casos de

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

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

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

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

Citas para las consultas o pruebas de revisión indicadas

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

Solicitud de reintegro de material protésico (si procede)

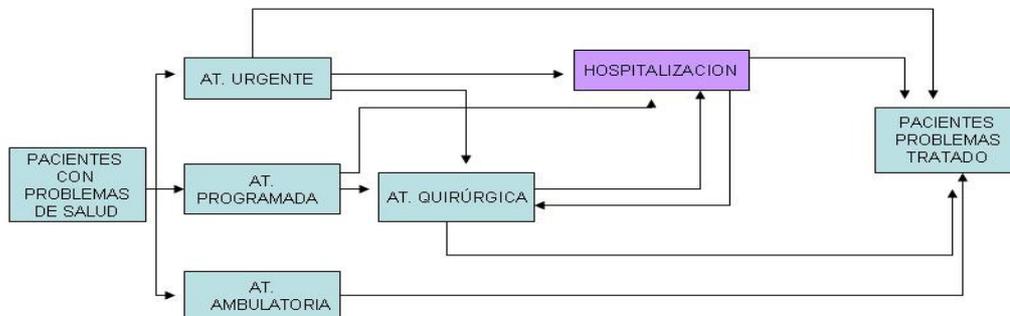
Otros documentos que el equipo sanitario considere necesario

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

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

CIRCUITO DE HOSPITALIZACIÓN

El circuito de hospitalización quedaría integrado en el resto de procesos asistenciales, según el siguiente diagrama:



RECURSOS HUMANOS. DESCRIPCIÓN DE LAS CATEGORÍAS, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE CADA ESTAMENTO

Médicos: funciones y responsabilidades

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

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

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

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

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

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

Éxitus de pacientes hospitalizados: en caso de fallecimiento de un paciente ingresado, la enfermera responsable del cuidado del mismo, avisará a su médico, y si éste no esta presente en ese momento, al médico de guardia (si el evento ocurre fuera de la jornada laboral del médico responsable del paciente). El facultativo que acuda, procederá a confirmar la defunción, anotar el hecho y la hora en la historia clínica e informar a los familiares. Así mismo esta obligado a cumplimentar y firmar el Certificado de Defunción

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

Personal de enfermería: funciones y responsabilidades:

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

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

- **Al ingreso del paciente** en planta: realización de la valoración de enfermería así como la planificación de los cuidados de enfermería: constantes, curas, cura de vías, balance hídrico o diuresis por turno, vigilancia de dolor...
- **Diariamente:**
 - Pase de visita con el médico en los servicios que lo precisen
 - Revisión y administración de la medicación prescrita

Toma de constantes (TA, FC, Tª, y Sat. de O2 en paciente respiratorios o que lo precisen) a todos los pacientes diariamente, y glucemias capilares a aquellos que lo tengan pautado.

Tramitación de las pruebas que se soliciten en el turno y reclamación de las pruebas complementarias pendientes y/o de los PIC pendientes de cursar.

En el caso de pacientes quirúrgicos, la enfermera comprobará antes de que el paciente sea trasladado al Bloque Quirúrgico, que tiene todas las pruebas diagnosticas realizadas, el estudio preoperatorio, Documentos de Consentimiento Informado, quirúrgico y de Anestesia cumplimentados.

Colaboración con la Auxiliar de Enfermería en el cambio de ropa de las camas/cuna y en la higiene de los pacientes (incluido baño del RN), siempre que sea posible.

Dejar reflejado en la historia clínica los evolutivos de enfermería y los cuidados que se llevan a cabo.

Reposición de material del carro de medicación para el turno siguiente.

Colocación del pedido de almacén y farmacia del día.

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

Personal Auxiliar de Enfermería: funciones y responsabilidades

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

Celadores: funciones y responsabilidades

- A primera hora, pasará por las plantas para una correcta planificación de sus tareas

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

2.1.1.2 Bloque quirúrgico

CONCEPTO BÁSICO DE LA UNIDAD

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

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

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

RELACIONES CON OTRAS UNIDADES Y NIVELES ASISTENCIALES

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

Los servicios que actúan en el bloque quirúrgico son:

Servicios quirúrgicos

- Cirugía general y digestiva
- Angiología y cirugía vascular
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Cirugía oral y maxilofacial
- Neurocirugía
- Urología
- Traumatología y cirugía ortopédica
- Cirugía pediátrica
- Ginecología y obstetricia

- Cirugía torácica
- Cirugía cardiaca
- Dermatología

Otros servicios y unidades

- Unidad del enfermo crítico
- Unidad de dolor torácico
- Unidad de rehabilitación (cardíaca, genito-urinaria, vestibular, facial)
- Neumología
- Unidad de reproducción asistida
- Unidad de dietética y nutrición clínica
- Unidad de deglución

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

- Anatomía patológica
- Radiodiagnóstico
- Banco de sangre
- Esterilización
- Laboratorio
- Limpieza
- Mantenimiento
- Farmacia
- Medicina preventiva

- Lavandería
- Almacén
- Admisión
- Unidad de cuidados intensivos

CARTERA DE SERVICIOS (PRESTACIONES)

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

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

Recepción y asistencia preoperatorio

Intervenciones quirúrgicas

- Ingresados

Programadas

Urgentes

- Cirugía Mayor Ambulatoria

Procedimientos intervencionistas

Recuperación postquirúrgica

GESTIÓN DE PACIENTES. CIRCULACIÓN ASISTENCIAL

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

En el paciente programado:

1. **Valoración por parte del facultativo** especialista que indicará la realización de un determinado procedimiento en el bloque quirúrgico.
2. Una vez realizada la indicación, el **facultativo informará al paciente** de las características de dicha intervención, riesgos, beneficio esperado, alternativas etc. y el paciente (o en su defecto la persona responsable) **firma el consentimiento informado**.
3. El facultativo especialista solicita **el estudio preoperatorio**.
4. El facultativo especialista en **Anestesiología solicitará las pruebas** que considere oportuno en función de las características del paciente y de la intervención quirúrgica que se vaya a realizar y valorará el estudio preoperatorio. Si lo considera apto planificará la técnica anestésica y el **paciente firmará el consentimiento informado** anestésico. Si por alguna razón no se considera apto se solicitaran las pruebas y valoraciones necesarias para depurar la situación real del paciente hasta que se considera apto o bien no apto de forma definitiva
5. **Inclusión del paciente en la lista de espera quirúrgica**.
6. **Se programará la intervención quirúrgica** con suficiente antelación para poder realizar pruebas complementarias si fuera necesario, protocolos preoperatorios y por parte del hospital prever recursos necesarios para dicha intervención: cama hospitalización cama UCI, implantes etc.

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

DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL CIRCUITO

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

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

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

- ❖ **Identificar al paciente** y comprobar el **tipo de cirugía** que se va a realizar.
- ❖ Comprobar **que la situación clínica** del paciente es adecuada para el procedimiento a:
 - Comprobar que está firmados los consentimientos informados (quirúrgico y anestésico).
 - Comprobar la disponibilidad de instrumental quirúrgico adecuado para la intervención
 - Comprobar la disponibilidad de otros materiales y recursos técnicos necesarios para el procedimiento como equipo de rayos, implantes, hemoderivados etc.
 - Comprobar disponibilidad de cama de UCI si fuera necesaria.
 - La cooperación de otros facultativos necesarios para la cirugía.
 - Que la profilaxis (antibióticas, antitrombóticas etc.) y que las instrucciones de preparación tanto del paciente (ayunas, preparación intestinal etc.) como del campo quirúrgico (p ej. rasurado) se han realizado.

- Alergias (fármacos, látex, metales...) y otros datos de interés del paciente.
- Marcaje del sitio quirúrgico.
- Eliminación de elementos de riesgo del paciente: esmaltes, prótesis dentales, lentillas, piezas metálicas, ropa.

Además de las tareas de comprobación, en el área prequirúrgica se realizarán aquellas actividades destinadas a **preparar al paciente** para su paso a quirófano como venoclisis, administración de profilaxis, catéteres etc.

2. **En el quirófano:** podemos separar tres tipos de actuaciones:

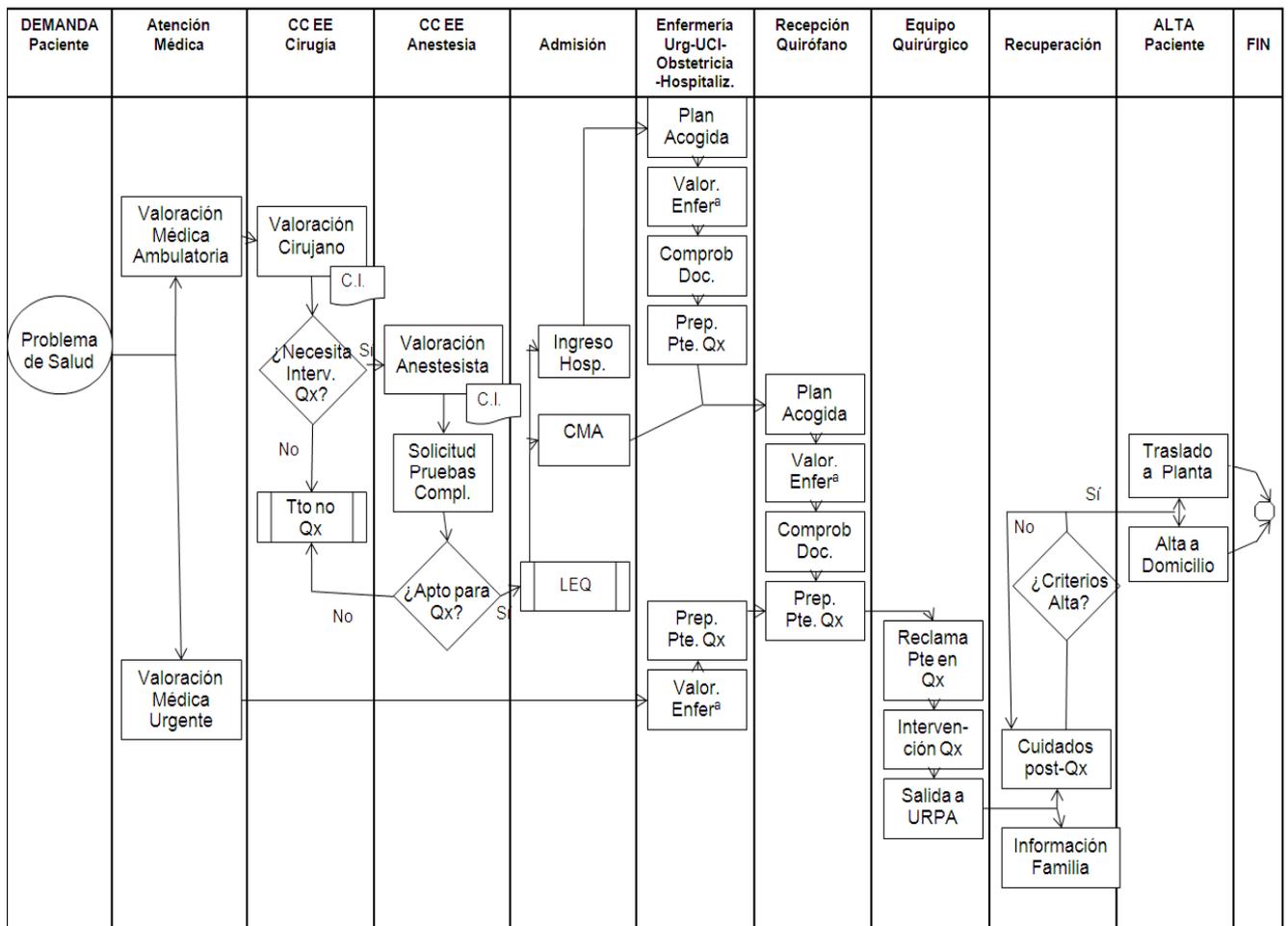
- ❖ **Inducción anestésica:** Se monitoriza al paciente para tener correcto control de sus constantes y parámetros vitales. El anestesista será el encargado de realizar los procedimientos de anestesia general (endovenosa, inhalatoria, mixta) y bloqueos nerviosos. En caso de sedación valorará los fármacos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

3. **URPA** (Unida de recuperación postanestésica)

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

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

El circuito completo queda esquematizado en el siguiente gráfico:



ORGANIZACIÓN DEL ÁREA

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

ORGANIZACIÓN PROFESIONAL:

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

ORGANIZACIÓN FÍSICA

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

Zona de acceso:

- Entrada-recepción: Control del acceso al bloque quirúrgico. Deberá estar limitado y controlado.

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

Logística

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

Zona quirúrgica

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

Zona postquirúrgica

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

Zona de personal

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

ESTRUCTURA FUNCIONAL

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

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

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

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

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

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

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

DOTACIÓN Y EQUIPAMIENTO. RECURSOS MATERIALES

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

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

- **Alumbrado de emergencia.** Se pondrá en marcha en el caso de fallo del alumbrado general en un tiempo máximo de 0,5 sg. Identificará las vías de evacuación y los obstáculos. Deberá reemplazar al alumbrado normal para poder continuar con la actividad. En el bloque quirúrgico deberá tener autonomía de 2 horas y un nivel de iluminación igual al normal.
 - **Garantía de suministro.** Se debe de garantizar el suministro eléctrico en caso de fallo del suministro normal. Debe de tenerse previsto un sistema complementario. Como solución habitualmente se cuenta con grupos electrógenos y/o doble acometida de la compañía.
 - **Seguridad de las personas.** Se debe limitar el riesgo sobre las personas. Las condiciones de las personas sobre las que puede actuar la corriente son peculiares como p ej piel mojada, incisiones, disminución facultades físicas etc. Para minimizar los riesgos el sistema debe de ser capaz de limitar la corriente de fuga y evitar interrupciones de suministro. Se debe de avisar al servicio técnico ante la detección de un primer fallo y no dar lugar a un segundo que puede provocar situaciones catastróficas.
2. **Climatización.** Las zonas de quirófano, pasillos, almacén, material estéril, entrada y salida se consideran de clase I y por lo tanto de exigencia muy elevada debiendo de tener tres niveles de filtración. El resto de dependencias se clasifican como II y disponer de dos niveles de filtración. Evitar paso de aire de los lugares sucios a limpios. La temperatura debe de ser de 22º-26º y humedad de 45-55 %. Se debe de reducir la tasa de partículas por metro cúbico de aire de cara a disminuir el riesgo de infección. El quirófano debe de comportarse como un compartimiento estanco y reducir la circulación de personas. La climatización también diluirá la concentración de gases y otros contaminantes.
- **Climatización de quirófanos:** según el tipo de actividad los quirófanos se pueden clasificar en A,B,C. Los C son aquellos en los que se realizan cirugía cardiaca, neurocirugía trasplantes, traumatología etc. El nivel de exigencia es mayor en cuanto a implantación y explotación. Dependiendo del tipo de quirófano variará las condiciones de climatización y renovación del aire tanto en volumen, frecuencia como zonas por dónde debe de ser efectuado el retorno para la eliminación de gases.
 - **Componentes.** Se debe de garantizar el suministro eléctrico para no quedarnos sin climatización durante la cirugía en caso de fallo. Es aconsejable un climatizador independiente por quirófano con el fin de que no interfieran los problemas de un quirófano en otro.

Los conductos deben de ser lo más cortos posibles para que no se acumule la suciedad, sin aislamiento interior, no rugosos y de forma cilíndricos. Hay que controlar la velocidad de salida del aire e incluir un sistema de extracción de humos.

- **Ejecución.** Tapar los conductos abiertos al final de cada día. No colocar registros en el interior del quirófano sino en zonas limítrofes preferiblemente en el pasillo de sucio si lo hubiera. Los falsos techos deben de tener una altura > 80 cm.

3. Instalaciones mecánicas

- **Gases medicinales y vacío.** El suministro debe de ser independiente del resto del hospital y doble para asegurar el suministro. La distribución variará de unos quirófanos a otros pero se intentará evitar la existencia de tubos por el suelo. Las tomas de oxígeno, vacío, aire comprimido, protóxido de nitrógeno pueden estar situadas en torres o en la pared. Estas instalaciones también deben de estar presentes en la preanestesia y en la URPA. Deberá de haber un sistema de alarma que avise de un posible defecto de funcionamiento.
- **Fontanería y saneamiento:** Se aislarán las tuberías para evitar condensaciones en las de agua fría y pérdidas de calor en las de agua caliente. Evitar bajantes en quirófano y colectores en el falso techo.
- **Seguridad contra incendios.** La zona debe de ser aislable para evitar propagación de incendio y humos. El bloque quirúrgico debe de ser un área independiente incluso dentro del bloque existirán zonas independientes entre sí para que problemas en unos quirófanos no afecten a otros. Debe de ser fácil de evacuar. Dispondrá de puertas cortafuegos. Los materiales deben de ser de difícil combustión, que no faciliten la expansión del fuego y que no emitan sustancias tóxicas. El bloque quirúrgico dispondrá de medidas activas que faciliten la detección del fuego y las medidas de extinción. Debe de haber detectores de humo y en su proximidad pulsadores de alarma. Una vez dada la alarma esta se comunicará a los bomberos y al interior del hospital sellando la zona afectada y procediendo a la evacuación. Como medios de extinción se dispondrá de extintores y mangueras.

RECURSOS HUMANOS

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

Médico:

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

2.1.1.3 Bloque obstétrico

CONCEPTO BÁSICO DE LA UNIDAD

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

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles, representando el 9,1% del total. De ellos, en torno al 25% se realiza mediante cesárea.

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

CARTERA INTERNA DE SERVICIOS

CONSULTA EXTERNA DE OBSTETRICIA:

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

Ecografía

Salud fetal, monitorización del anteparto

BLOQUE OBSTÉTRICO

Control y seguimiento del trabajo de parto

Atención al parto

Recepción y reanimación del Recién Nacido

Atención a la familia

QUIRÓFANO

Cesárea programada y urgente

Histerectomía de urgencia

RELACIONES FUNCIONALES CON OTROS SERVICIOS

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

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

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

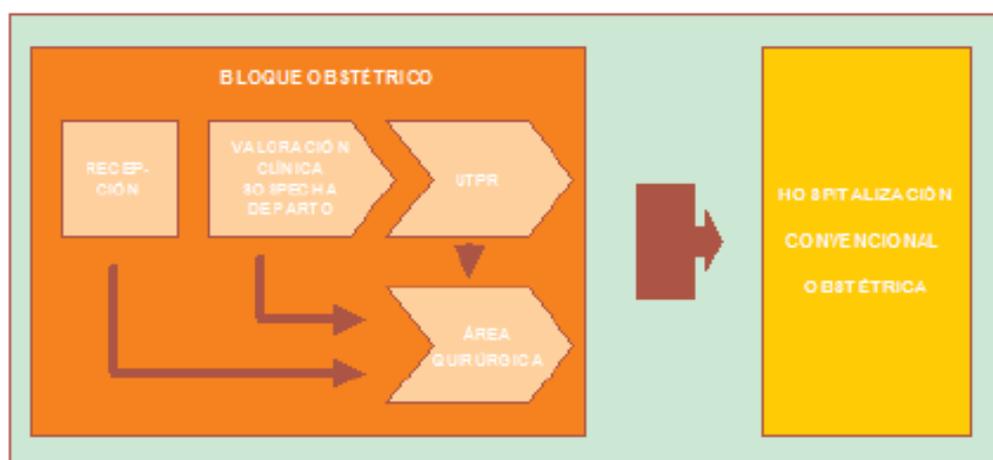
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

1. **Acceso a la Unidad:** por vía de urgencia (lo más habitual) o de forma programada, por signos de progreso del parto, o para una inducción o cesárea programada
 - Reconocimiento
 - Evaluación de riesgo
 - Exploración vaginal
 - Comprobación del estado fetal

2. **Proceso de parto**, en la Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR): la atención se articulará en torno a los criterios de la Estrategia del Parto Normal del Sistema Nacional de Salud. La Unidad tendrá implementada la Vía Clínica del Parto, así como los diversos Protocolos de manejo de situaciones como partos instrumentales
 - Atención a la dilatación, monitorización y control de las constantes materno-fetales
 - Oferta generalizada de métodos de control del dolor: la analgesia no se hace de rutina, sino tras la oferta a la mujer y explicación de los diferentes métodos, entre los que sigue teniendo un papel preponderante la analgesia epidural
 - Alumbramiento
 - Parto instrumental o cesárea
 - Identificación madre-hijo

- Atención postnatal inmediata al RN
- Contacto precoz madre-hijo
- Recuperación en la UTPR
- Paso a la Unidad de Hospitalización de Obstetricia

El proceso queda esquematizado en el diagrama siguiente



RECURSOS HUMANOS. FUNCIONES

Obstetras

- **Responsable del Bloque Obstétrico:** trabaja en coordinación con el responsable de matrones/as
 - Gestiona la eficiencia del Bloque
 - Se responsabiliza de la gestión de Riesgos Clínicos
 - Dirige la política de atención al parto, los elementos técnicos de calidad asistencial y la elaboración de los protocolos y normas de actuación
- **Especialistas en Obstetricia:** prestan asistencia asegurando elevados estándares a las mujeres con necesidades médicas complejas, a las urgencias y a las situaciones graves o complicadas

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

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

Matrones

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

2.1.1.4 Hospital de día

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

CONCEPTO DE HOSPITAL DE DÍA

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

Podemos diferenciar un H de D monográfico oncohematológico de un H de Día polivalente donde deben quedar claramente diferenciadas las áreas de cuidados y estar dotadas de los recursos materiales y humanos necesarios.

CARTERA DE SERVICIOS HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE

La cartera de servicio del H de D estará en función de las especialidades ofertadas en la cartera de servicios médicos del hospital. Los servicios médicos tendrán un impacto más importante en el H de D que los quirúrgicos.

Cartera para ofertar a clientes de servicios médicos.

1. **Oncohematología:** Todo tipo de tratamientos antineoplásicos que se pueden administrar en H de D si la patología o estado del paciente lo permite. Hemoterapia. Aféresis
2. **Reumatología:** Artritis Reumatoides. Espondilitis. Osteoporosis. Enfermedad de Paget. Artritis psoriásica. Lupus eritromatoso.
3. **Nefrología:** Nefropatías. Anemias. Hemoterapia. Aféresis
4. **Digestivo:** Enfermedad de Crohn. Anemias. Hemoterapia. Vigilancia de pacientes postendoscopia.
5. **Medicina Interna:** Estados de Osteoporosis. Hemoterapia
6. **Neumología:** Déficit de Alfa-1 Antitripsina. Vigilancia de pacientes postfibroscopia.
7. Neurología: Aféresis
8. Dermatología: Psoriasis
9. Oftalmología: Orbitopatías
10. **Alergia:** Modulación de la respuesta inmunitaria mediante Gammaglobulinas
11. **Infeciosos:** Sarcoma de Kaposi
12. **Ensayos Clínicos** de cualquier especialidad médica que por su naturaleza puedan realizarse en H de D

Cartera para ofertar a clientes de servicios quirúrgicos

Urología: Instilaciones vesicales

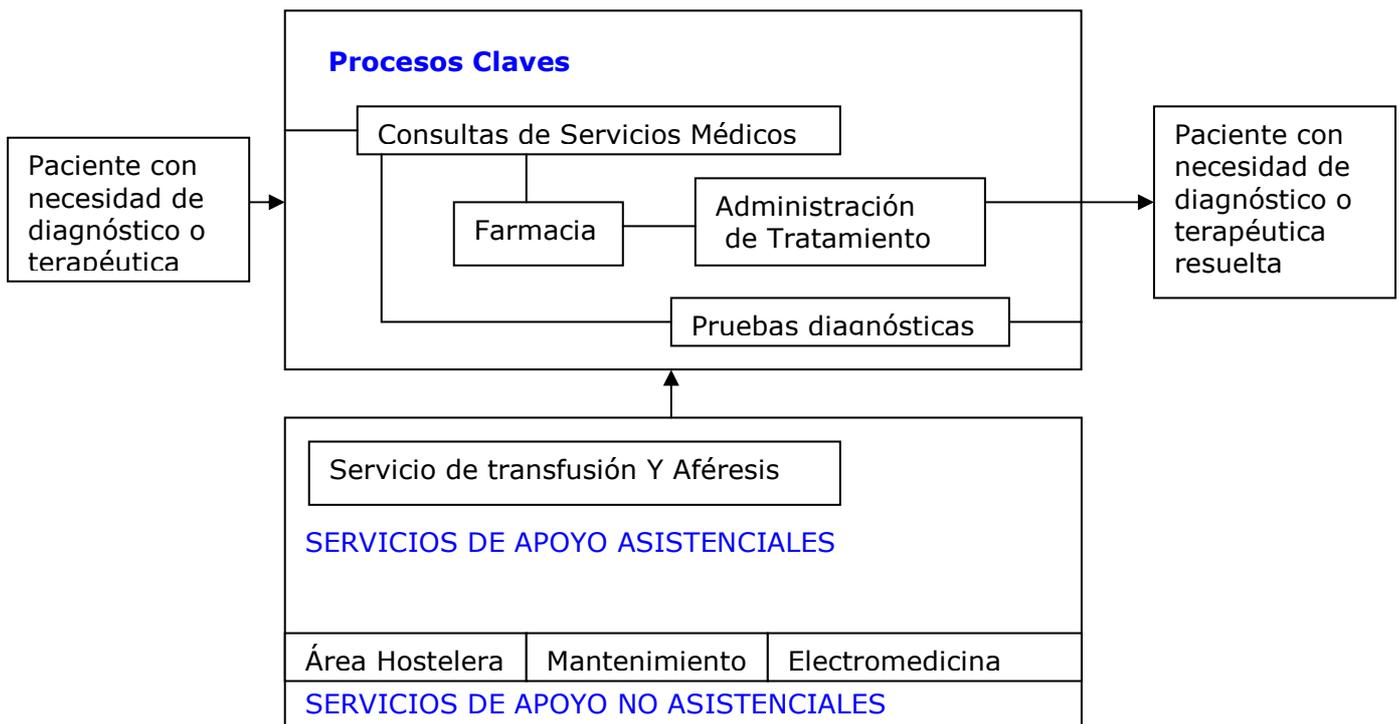
Ensayos Clínicos de cualquier especialidad quirúrgica que por su naturaleza puedan realizarse en H de D

Otros posibles clientes

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

CIRCUITO DE H DE DIA

Los procesos que se desarrollan en el H de D pueden resumirse en el siguiente gráfico:



RECURSOS MATERIALES

Dependerá del volumen de actividad realizada

Algunos puestos estarán distribuidos en salas individualizadas con TV.

Taquillas para la custodia de objetos personales de los pacientes.

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

Estar de enfermería.

Almacén de material

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

Sala de espera

RECURSOS HUMANOS

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

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

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

Administrativo

Supervisor de Enfermería

ORGANIZACIÓN

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

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

SEGURIDAD

Protocolos de Seguridad en HDO

Actuación ante una Extravasación

RCP

Identificación de muestras con destino al Servicio de transfusión

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

Identificación de paciente.

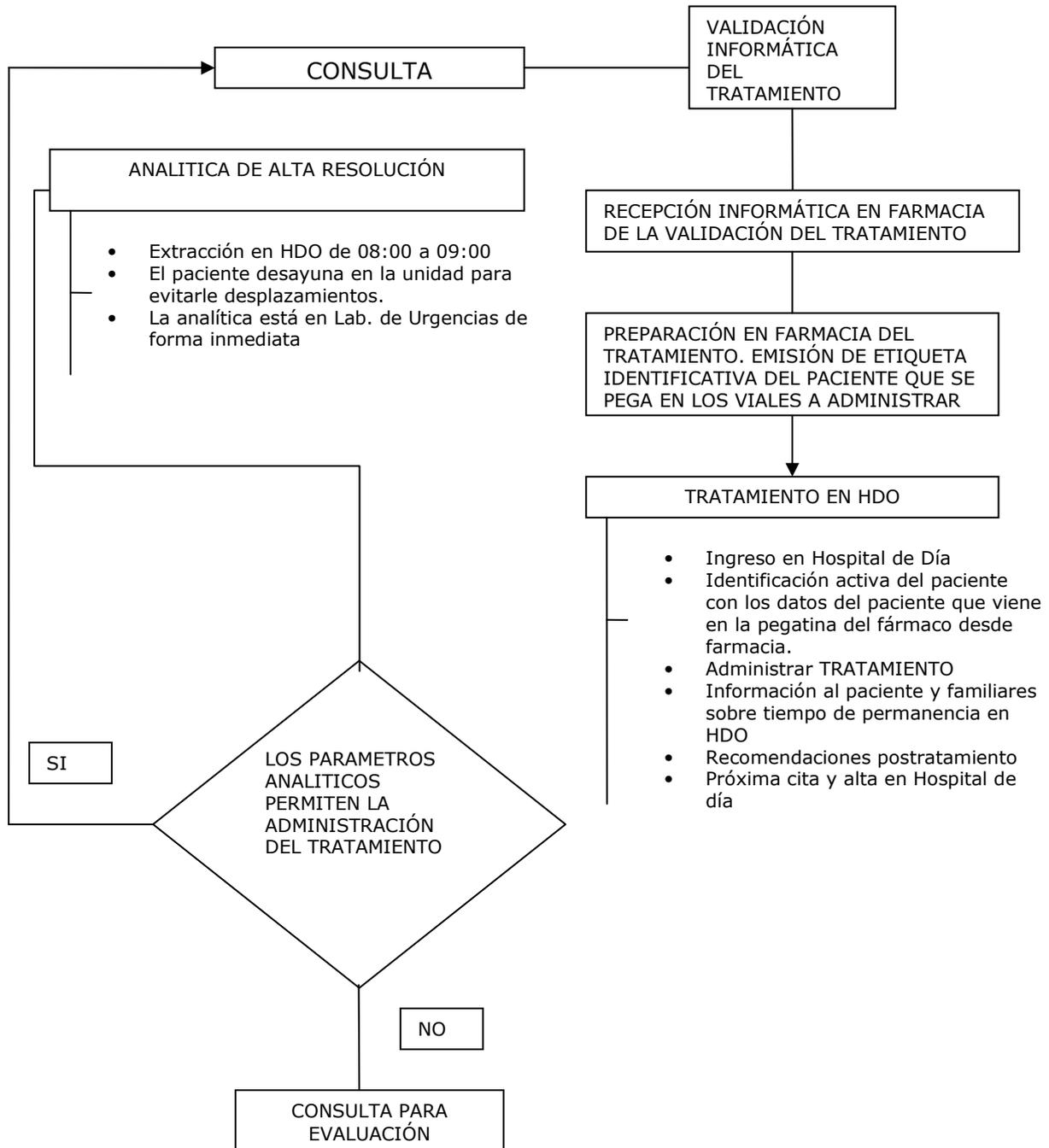
Confort.

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

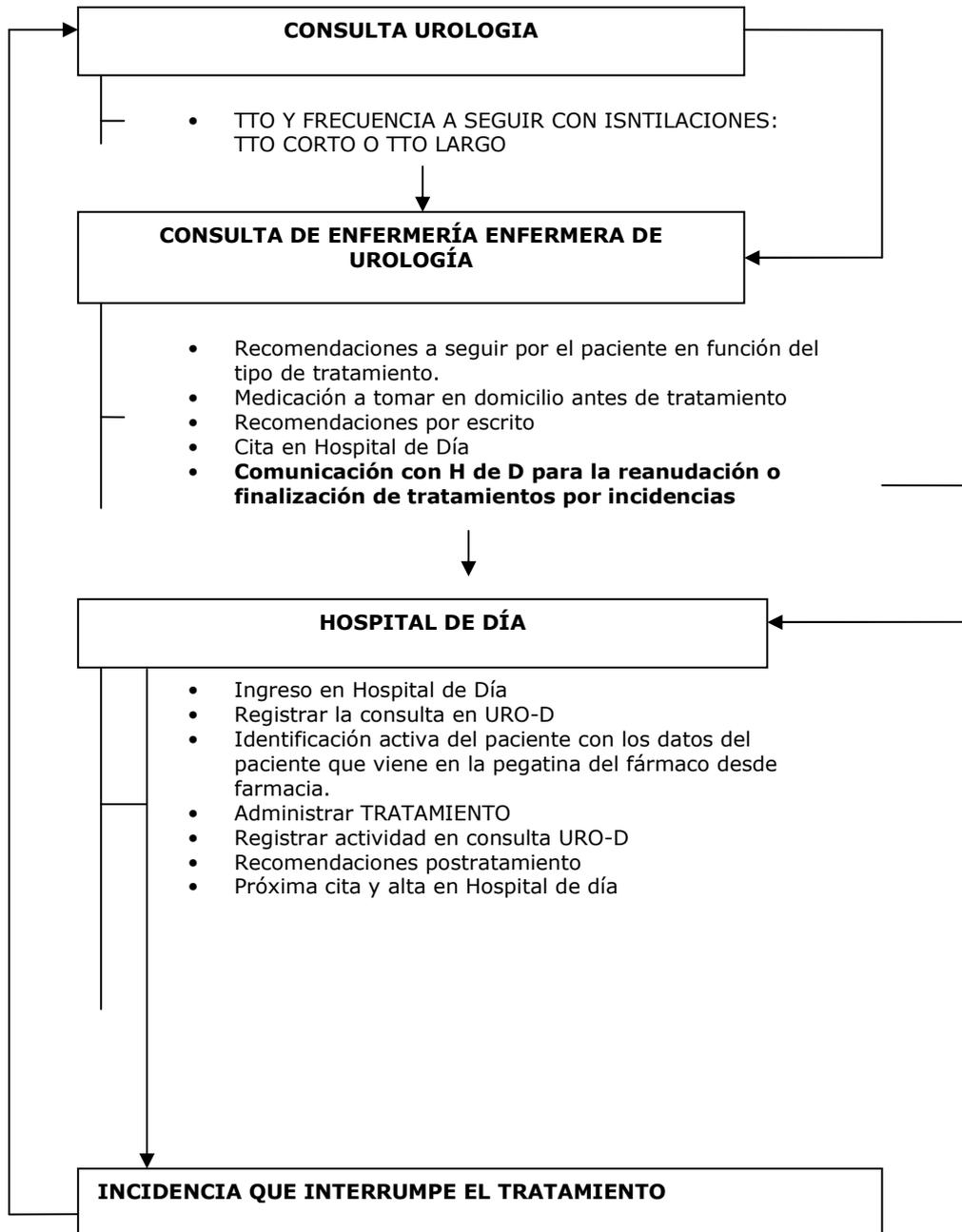
Servicio de desayunos para pacientes de alta resolución

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

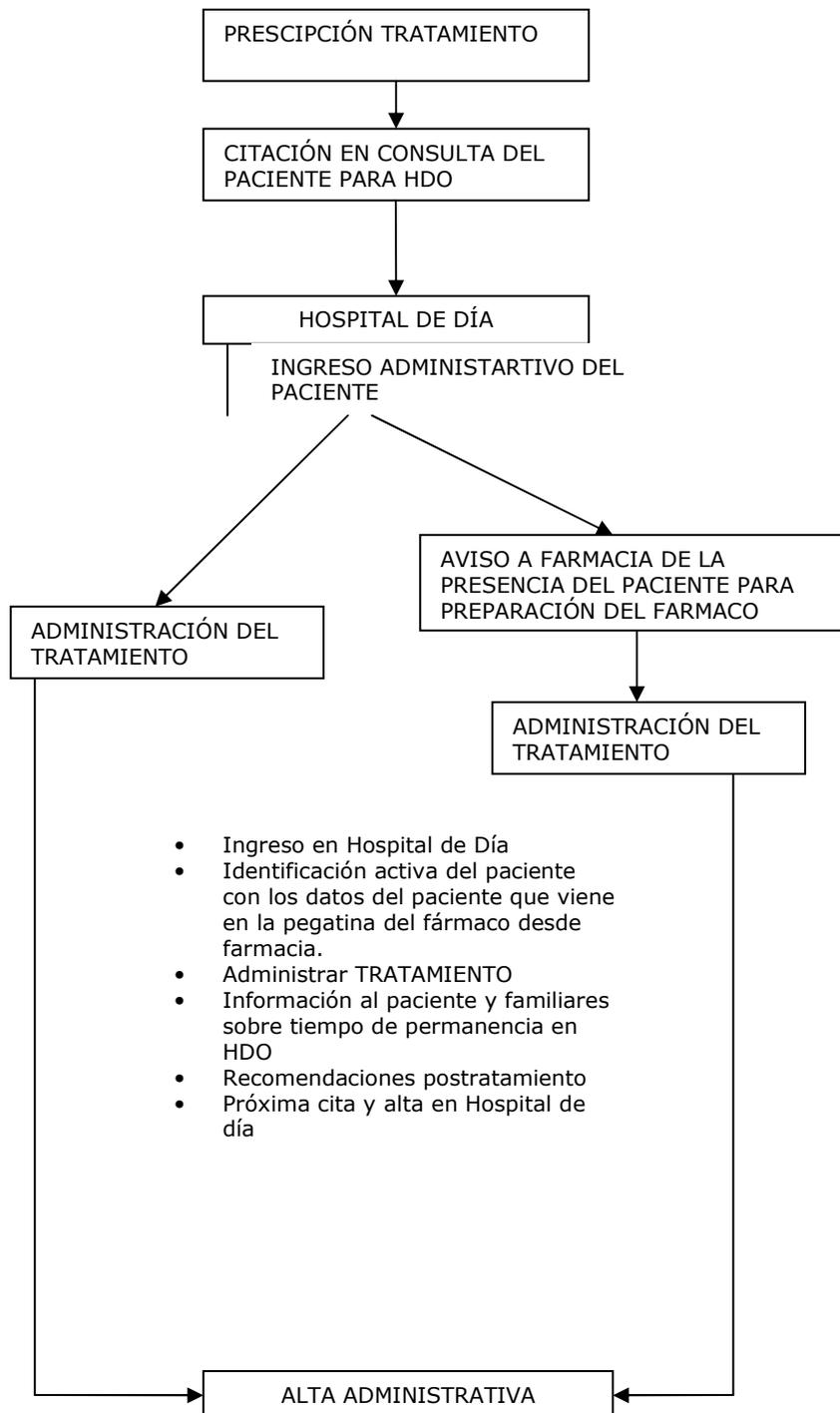
CIRCUITO DE PACIENTES DE ONCOHEMATOLOGÍA



CIRCUITO PACIENTE UROLOGÍA



OTROS CIRCUITOS NO QUIMIOTERÁPICOS



ORGANIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

DISTRIBUCIÓN DE LA ACTIVIDAD EN FUNCIÓN DE LA DURACIÓN DEL TTO

1^{ER} GRUPO : ANALITICA DE ALTA RESOLUCIÓN + CONSULTA (09:30 H) + TTO

2^{DO} GRUPO: ANALITICA DÍA ANTERIOR. CONSULTA DÍA SIGUIENTE (09:30 H) + TTO.

TTOS DE MÁS DE 5 HORAS

3^{ER} GRUPO: ANALITICA DÍA ANTERIOR. CITA A LAS 12 HORAS DEL DÍA SIGUIENTE + TTO

TTOS DE NO MÁS DE 5 HORAS

DISTRIBUCIÓN EN TRAMOS HORARIOS Y PUESTOS DISPONIBLES

08: 00 – 09:30

EXTRACCIÓN DE ANALITICAS DE ALTA RESOLUCIÓN

ADMINISTRACIÓN DE TTOS DE NO MÁS DE DOS HORAS

09:30 - 12:00

ADMINISTRACIÓN DE TTOS DE MÁS DE 5 HORAS

HEMOTERAPIA (SERVICIO DE TRANSFUSIÓN COMO PRIMERA OPCIÓN)

INSTILACIONES

12:30 – 15:00

TTOS ONCOHEMATOLOGICOS

OTRAS ESPECIALIDADES

INSTILACIONES

15:00 – 19:00

TTOS ONCOHEMATOLOGICOS

Teniendo en cuenta la duración de los tratamientos y la hora de cierre del H de D los últimos ingresos se deberán hacer entre las 19 y 20 horas.

2.1.1.5 Urgencias

CONCEPTO BÁSICO DE LA UNIDAD DE TIPO PACIENTE Y DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

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

Consideramos que hay que pasar página a la eterna discusión sobre la buena o mala utilización de las Urgencias por el personal, o sobre la necesidad de educar al público en esta utilización. En el mundo que vivimos, la cultura de la inmediatez, la escasa tendencia a aguantar el más mínimo sufrimiento o frustración, la necesidad de estar bien porque hay que trabajar/estudiar y nadie se puede quedar en casa cuidando a un enfermo, y el funcionamiento de la Atención Primaria, que no es lo suficientemente resolutiva en la asistencia de urgencias, ir a Urgencias cuando uno se encuentra mal, y lo más pronto posible, es lo lógico.

Así que el tipo de paciente es enormemente variable, lo importante son las proporciones. Un hospital de este tamaño, no verá en sus Urgencias politraumatizados ni grandes quemados. Sí verá Síndromes Coronarios Agudos, Infarto Agudo de Miocardio con necesidades de reperfusión y cateterismos urgentes, por lo que tendrá que tener articulado un circuito ágil con otros servicios del Centro, o con un hospital de referencia donde puedan evacuarse este tipo de paciente.

Deberá atender urgencias pediátricas, ginecológico/obstétricas, de medicina de adultos, quirúrgicas incluidas las de cirugía general y las traumatológicas . Ver cartera de servicios propuesta para el Hospital de Collado Villalba.

RELACIONES FUNCIONALES CON OTRAS UNIDADES Y NIVELES ASISTENCIALES

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

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

Los especialistas que tengan presencia física 24 horas o guardias localizables se detallan en el capítulo de descripción de productos y servicios de esta oferta.

El responsable debe ser un MF con categoría de Jefe de Sección/Unidad, y su jefe será el Jefe de Servicio de Medicina Interna. La planta de hospitalización médica y la Urgencia deben tener una unidad de doctrina y por tanto una cabeza común.

CARTERA DE SERVICIOS

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

1. Un **área de Urgencias** debe dar respuesta a todas las situaciones. Considerando que el índice de resolución de las diferentes situaciones de urgencia debe estar en función de la complejidad del propio hospital en el que se encuentre, se deberá:
 - Priorizar la asistencia para dar una respuesta adecuada, en tiempo y recursos, a la urgencia en cualquiera de sus niveles.
 - Atender la **situación patológica que presente el paciente**. Como requisito mínimo se exige que un área de Urgencias tenga los recursos para:
 - Asistir una Parada Cardiorrespiratoria.
 - Estabilizar cualquier proceso patológico.
 - Emitir un juicio diagnóstico sindrómico.
2. Un área de **Urgencias Hospitalaria** deberá ser totalmente operativa 24 horas todos los días.

DESCRIPCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

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

Atención Urgencia Vital.

Procedimientos de Control y Observación.

Procedimientos Terapéuticos / Diagnósticos.

Procedimientos Terapéuticos.

Procedimientos Diagnósticos.

Traslado de Pacientes.

ATENCIÓN A LA URGENCIA VITAL

Aislamiento y control de la vía aérea y ventilación:

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

Control cardiocirculatorio:

- Monitorización electrocardiográfica
- Desfibrilación eléctrica.
- Cardioversión sincronizada

- Marcapasos externo.
- Monitorización no invasiva de la presión arterial
- Monitorización de la presión venosa central.

ATENCIÓN AL POLITRAUMATIZADO:

- Técnicas de inmovilización de la columna.
- Técnicas de inmovilización de miembros.

Manejo, control y administración de las drogas protocolizadas

PROCEDIMIENTOS DE CONTROL Y OBSERVACIÓN.

Toma y monitorización de temperatura.

Toma y monitorización de pulso y frecuencia respiratoria.

Toma y monitorización de presión arterial no invasiva.

Monitorización electrocardiográfica continua.

Monitorización de la saturación de O₂ .

Monitorización de diuresis horaria y por turnos.

Control de otros fluidos, secreciones y excreciones. Balance hídrico.

Monitorización de otros signos clínicos específicos: Glasgow...

Protocolo de administración de drogas y medicación.

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS/DIAGNÓSTICOS.

Acceso a vía venosa periférica.

Acceso a vía venosa central.

Punción Arterial.

Vía Intraósea.

Sondaje vesical.

Sondaje naso-gástrico.

Sistemas de perfusión continua.

Paracentesis.

Toracocentesis.

Aspiración de secreciones.

Maniobras de RCP Básica y Avanzada.

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS.

Quirúrgicos:

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

- Cura y limpieza de heridas y quemaduras.
- Tratamiento, taponamiento de hemorragias y control de heridas sangrantes .

Extracción de cuerpos extraños en piel.

- Extracción simple y curación de cuerpos extraños corneales.

Extracción simple de cuerpos extraños de cavidad orofaríngea, fosas nasales y conducto auditivo.

- Vendajes, inmovilizaciones de miembros y férulas.
- Atención al politraumatizado.

Otros:

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

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.

Del Área de Urgencias:

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

Del Servicio de Radiología:

- Rx Simple de abdomen.
- Rx Tórax.

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

Del Servicio de Hematología:

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

Del Servicio de Laboratorio y Análisis Clínicos:

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

Del Servicio de Microbiología:

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

ÁREAS FUNCIONALES

1. ÁREA DE ADMISIÓN Y RECEPCIÓN.
2. ÁREA DE CLASIFICACIÓN O TRIAGE.
3. ÁREA DE CONSULTAS O POLICLÍNICA.

4. ÁREA DE OBSERVACIÓN DE SILLONES.
5. ÁREA DE OBSERVACIÓN DE CAMAS.
6. ÁREA DE APOYO O SERVICIOS COMUNES.

ÁREA DE ADMISIÓN Y RECEPCIÓN

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

Área de Admisión de Urgencias

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

Recoger los datos de filiación del paciente.

Abrir la Historia Clínica.

Informar inicialmente a los familiares sobre cómo deben proceder.

Gestionar el proceso del paciente en Urgencias: ingreso, traslado.

Tramitar la documentación relacionada con situaciones judiciales: partes judiciales, etc.

ÁREA DE CLASIFICACIÓN O TRIAGE

Consulta de Clasificación o triage

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

Las funciones de esta consulta son:

Priorizar por nivel de gravedad, según protocolo específico y sistema de información (software) implantado siguiendo las indicaciones del Servicio Madrileño de la Salud.

Distribuir por especialidad o/y número de la consulta, teniendo en cuenta los niveles de gravedad asignados a cada una de ellas.

Evaluar el modo de traslado en la Urgencia: camilla, silla, o a pie.

Cumplimentar la evaluación,

Consultar con algún médico cualquier duda relacionada con la clasificación del paciente.

Vigilar o estar atento a cambios en la evolución clínica del paciente durante su estancia en la Sala de Espera de Pacientes, advirtiéndole de las mismas al médico responsable cuando sea preciso y administrándole los cuidados prescritos por el facultativo responsable.

Colaborar con el Servicio de Admisión de Urgencias en el suministro de información sanitaria que sea de su competencia a pacientes y familiares responsables.

Atender a las solicitudes de los pacientes mientras permanecen en la Sala de Espera de Pacientes.

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

POLICLÍNICAS, O CONSULTAS RÁPIDAS

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

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

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

CUARTO DE PARADAS

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

PCR actual o inminente.

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

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

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

ÁREA DE BOXES

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

ÁREA DE OBSERVACIÓN

Área de Observación de Sillones (AOS)

Es una zona para la **vigilancia de pacientes o/y tratamiento** de procesos agudos en los que se prevé una resolución en un corto periodo de tiempo, que se recomienda, como máximo, sea de unas doce horas. Debe ser un espacio diáfano, sin camas ni camillas, en el que los enfermos se ubican en sillones reclinables, sin acompañamiento de familiar alguno. Debe contar con toma de gases, y estará dotados para la posible monitorización EKG.

Los pacientes que preferentemente deben ser manejados en esta área son:

Pacientes con baja gravedad y estabilidad de funciones vitales: respiratorio, circulatorio, hemodinámica y neurológico, y que puedan permanecer sentados.

Pacientes que requieren tratamiento a través de vía venosa periférica mantenida con suero.

Pacientes que requieren oxigenoterapia mantenida o/y aerosolterapia frecuente.

Serán seguidos por los médicos que los atendieron inicialmente y los ubicaron allí

Área de Observación de Camas (AOC)

Es una **zona para vigilancia, monitorización y tratamiento médico de procesos agudos que**, por su complejidad diagnóstica y terapéutica, precisan un nivel asistencial por encima del de otras áreas de Urgencias.

El tiempo máximo de estancia en esta área **no deberá sobrepasar las 24 horas**, y una vez transcurrido este tiempo, el paciente deberá ingresar, salvo que pueda ser dado de alta para seguimiento por su Médico de Familia o en las consultas externas hospitalarias.

El Área de Observación-Camas tiene como objetivos:

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

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

SUBÁREA DE OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA

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

ÁREA DE APOYO O SERVICIOS COMUNES

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

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

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

CIRCUITO DE LOS PACIENTES

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

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

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

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

- valora la gravedad del paciente, de acuerdo al protocolo que se establezca.
- le identifica con la pulsera.
- envía al paciente, de acuerdo con el primer punto y su necesidad o no de permanecer tumbado, a las consultas rápidas o a los boxes.
- además, decide si el paciente debe pasar a medicina, cirugía/trauma o ginecología.
- Según la disposición de la Urgencia pediátrica, y si no hay triage pediátrico, se encargará de enviar al niño a la zona correspondiente. Decidirá, en situaciones concretas, si puede remitir directamente al niño a cirugía/curas sin necesidad de que sea visto por el pediatra.

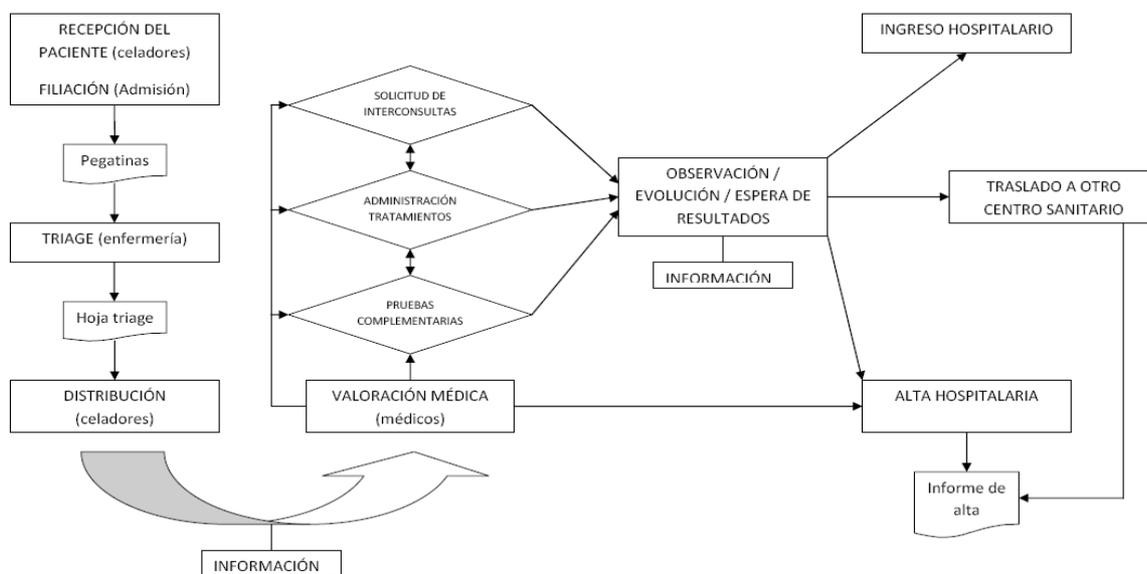
El paciente en consulta externa es recibido por la enfermera que toma las constantes. Tras ser visto por el médico, el paciente puede pasar a ser dado de alta a su domicilio con el informe correspondiente, o bien pasar a boxes o a la zona de sillones. Si a boxes, transfiere su atención al médico de boxes.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

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

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

El paciente en camas de observación no debe permanecer en este área más de 24 horas. Todas las camas deben disponer de monitor.

La descripción del circuito se esquematiza en el siguiente diagrama:



RECURSOS HUMANOS

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

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

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

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

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

FACULTATIVOS

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

Las funciones de los distintos profesionales son:

Jefe de Servicio de Medicina Interna

Es la máxima autoridad funcional de ambas Secciones (Interna y Urgencias) y el responsable máximo orgánico del personal facultativo adscrito a ellas. Realizará, entre otras, las siguientes funciones:

Garantizará y velará por el cumplimiento de la normativa vigente.

Será el interlocutor con la Dirección del hospital para la exposición de los problemas detectados en el Servicio así como de sus posibles soluciones.

Realizará la memoria anual del Servicio, que incluirá la actividad asistencial, docente e investigadora.

Revisará y aprobará los protocolos de actuación diagnósticos y terapéuticos consensuados con los diferentes servicios implicados.

Acordará, con los diferentes servicios del hospital, citas preferentes en consultas externas para los pacientes urgentes.

Dirigirá las distintas sesiones del Servicio.

Realizará, junto a la Supervisión, el Plan de Necesidades anual del Servicio.

Facilitará el desarrollo de la docencia y la investigación en el servicio

Contestará las reclamaciones de los usuarios, los requerimientos judiciales y aquellas solicitudes de la Dirección del centro.

Desarrollará un Sistema de Gestión de Calidad Total estableciendo los indicadores y estándares que permitan analizar el funcionamiento del Servicio.

En definitiva, participará activamente en el perfeccionamiento continuo de la calidad favoreciendo el desarrollo de Comisiones, Grupos o Círculos de calidad.

Jefe de Sección de Urgencias

Es el responsable directo de la Sección de Urgencias y del cumplimiento de sus objetivos, con dependencia directa del Jefe del Servicio de Medicina Interna. Sus funciones básicas a desarrollar se concretan en:

Ejercer, por delegación del Jefe de Servicio, la jefatura de todo el personal adscrito a urgencias.

Colaborar con el Jefe de Servicio en la planificación, organización, dirección y evaluación continua de la asistencia en la Sección de Urgencias, para garantizar el cumplimiento de los objetivos asistenciales con el nivel de calidad marcado por la Dirección.

Gestionar la elaboración y el cumplimiento de las guías de práctica clínica de aplicación en Urgencias, en consenso con los Servicios hospitalarios implicados.

Colaborar en la tarea asistencial en el Área de Observación y Consultas.

Elaborar los planes de rotación, docencia y guardias de los MIR para su propuesta a los órganos correspondientes.

Confeccionar las guardias de los médicos de plantilla.

Participar, directamente o de forma delegada, en las comisiones del hospital relacionadas con Urgencias y Catástrofes.

Durante su ausencia, un médico de plantilla designado por el Jefe de Servicio, asumirá las responsabilidades y funciones del mismo.

En los periodos de atención continuada, asumirá sus funciones un médico de guardia designado previamente.

Responsable de la Puerta de Urgencias

Durante las jornadas de mañana o tarde de los días laborables, esta figura será asumida por el Jefe de Sección o persona designada, en su caso. Durante el horario de atención continuada, sus funciones recaerán en un médico de plantilla previamente designado. Estas funciones son:

Prestar asistencia a los pacientes que tenga asignados. Esta actividad asistencial deberán realizarla en todas las áreas de la Sección de Urgencias, con la rotación que establezcan el Jefe de Servicio o de Sección, a fin de mantener el conocimiento de la problemática de las mismas.

Ejercer de consultor clínico de toda la Sección de Urgencias.

Ostentar la responsabilidad diaria del cumplimiento de los objetivos asistenciales y docentes fijados.

Organizar y ejercer de enlace de la labor asistencial de todas las áreas funcionales de la Sección de Urgencias (Consultas, Observación-Sillones y Observación-Camas).

Médicos Adjuntos del Servicio de Urgencias

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

Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan a la Sección de Urgencias con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto del sistema en la atención sanitaria.

Decidir la derivación a otro hospital o dispositivo cuando la situación del paciente así lo aconseje.

Decidir sobre el ingreso de los pacientes en el hospital cuando la situación clínica lo aconseje, de acuerdo con el procedimiento establecido en cada centro.

Dar de alta a los pacientes desde el Servicio, una vez atendidos y emitido el informe clínico correspondiente.

Informar al paciente y, en su caso, a sus familiares, de su proceso clínico, exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.

Decidir y organizar, en condiciones idóneas, el traslado de pacientes que lo precisen de un hospital a otro con mayor cartera de servicios o cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.

Hacer los informes establecidos por la normativa legal vigente, en los casos que corresponda.

Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.

Gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor calidad y eficiencia.

Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.

Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad.

Participar en la cooperación y coordinación con resto de los elementos del Sistema Integral de Urgencias y Emergencias.

Ejecutar todas aquellas actividades encaminadas a la mejor atención de los pacientes que presenten patologías críticas y urgentes en las diferentes áreas.

PERSONAL DE ENFERMERÍA

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

Asumir la rotación y distribución en las distintas áreas de trabajo que conforman la Sección de Urgencias en función de lo indicado por los Coordinadores y/o el Supervisor, en función de las cargas de trabajo, personal de retén (festivos, I.T., vacaciones, etc.) y falta de cobertura.

Colaborar en el mantenimiento del orden, limpieza y asepsia del Área de Urgencias.

Cumplir y hacer cumplir en todo momento las normas establecidas en la Unidad de Urgencias.

Colaborar con el Jefe de la Sección y el Supervisor de Enfermería en la elaboración de planes de cuidados, normas, guías y protocolos.

Colaborar, dentro de su marco de competencias, en los planes de Docencia, Formación Continuada, Investigación, Garantía de Calidad y Evaluación de Resultados de la Unidad de Urgencias.

Diplomados Universitarios en Enfermería

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

Actividades de los DUE en el Área de Consultas

El relevo en cada turno se tomará de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.

La Sala de Emergencias se revisará y repondrá al comienzo de cada turno y siempre que sea utilizada, quedando en todo momento en perfecto estado de uso y limpieza.

El DUE responsable de la Consulta de Clasificación, recibirá al paciente que acude a Urgencias y cumplimentará la historia clínica, que le será facilitada por el puesto administrativo de Admisión, con los datos del paciente ya impresos.

Se anotará el motivo por el que consulta el paciente (datos subjetivos) y los datos objetivos que se indican en la hoja de historia (TA, frecuencia cardiaca, etc.). En función de la gravedad, se realizará la clasificación y se asignará al paciente a la consulta que proceda. Se asegurará que el paciente y/o familiar han recibido la hoja de Información que se ha entregado en Admisión y se informará acerca del tiempo previsible de estancia en el Área de Urgencias.

En las consultas se realizará ECG, extracciones y toma de constantes (tensión arterial, temperatura, etc.), en caso de que no se hubiese realizado en la consulta de Clasificación. Asimismo, se deberán administrar los tratamientos prescritos por el médico tanto por vía oral como intramuscular o intravenosa .

Actividades de los DUE en el Área de Observación

El relevo en cada turno se tomará de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.

Se debe recibir al paciente procedente del Área de Consultas, comunicando al médico responsable la llegada del enfermo. La ubicación del paciente se realizará en función de la gravedad y necesidad de cuidados debiéndose siempre consensuar con el médico que en ese momento sea responsable del Área de Observación.

Se tomarán y anotarán, como mínimo, las constantes vitales (TA, temperatura y pulso arterial) al ingreso del paciente y una vez por turno, salvo que el facultativo indique otra cosa. En casos especiales, derivados de la situación del paciente, la toma de constantes y el tipo de éstas se realizará según calendario indicado por el médico en la hoja de prescripciones (monitorización, PVC, TA cada 2 horas, p.ej. diuresis horaria, etc.).

Se canalizará vía periférica o central, según las necesidades del paciente y la indicación del médico, si bien esto no será obligatorio en todos los pacientes que ingresen en Observación.

Se realizará la extracción de muestras de sangre y orina para estudios complementarios, en caso de que éstos hayan sido solicitados.

Se administrarán los tratamientos indicados en la hoja de prescripciones de la historia de Observación, en la que el médico debe haberse identificado e indicado la fecha.

Todas estas actividades se anotarán en la hoja de gráficos de la historia clínica de Observación, anotándose igualmente las incidencias en caso de éstas se produjeran.

Se realizará la petición de las dietas, sólo si éstas han sido prescritas por el médico, al Servicio de Dietética y Nutrición, en el marco de los horarios establecidos por dicho Servicio.

Se administrará y controlará los estupefacientes y psicotrópicos, cumplimentando los impresos para tal fin, exigiendo al médico la firma de los vales de estupefacientes.

Se colaborará en la higiene de los pacientes que no puedan movilizarse por sí mismos.

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

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

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

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

Actividades de los AE en el Área de Consultas

Se tomará el relevo en cada turno de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.

En las extracciones, identificará las muestras para estudios complementarios, remitiéndolas a los distintos laboratorios, a través de la terminal de tubo neumático (si lo hubiere) o se las entregará al celador para su traslado al Laboratorio. Al igual que en la Consulta de Clasificación, repondrá el material fungible y de papelería al finalizar el turno y cada vez que sea preciso.

En consultas, atenderá las necesidades de los pacientes durante la exploración, repondrá el material fungible y de papelería cada vez que sea preciso, cursará las peticiones de estudios complementarios.

Realizarán labores de limpieza del vertedero, sala de RCP, carro de curas, instrumental de consultas, cuñas, botellas, etc., siempre que éstos sean utilizados. Avisarán al Servicio de limpieza cuando sea necesario, encargándose de arreglar y cambiar las sábanas de las camillas de reconocimiento, cuando sea necesario. Las bolsas de ropa sucia las depositarán en la sala que se dispone para ello, cerrándola posteriormente con llave. En caso de necesidad, realizarán la higiene completa de los pacientes que lo requiera.

Actividades de los AE en el Área de Observación

El relevo en cada turno se tomará de manera personal, por lo que la puntualidad debe ser una norma de obligado cumplimiento.

La distribución para las distintas zonas de Observación se hará de forma rotatoria, lógica y proporcionada, en función de la presión asistencial y del personal disponible. Cada AE será responsable de los enfermos de su unidad.

Al ingreso del paciente se le facilitará el pijama o camisón (salvo en AOS) y se le ayudará, si es preciso, a desvestirse. La ropa se guardará en una bolsa perfectamente identificada con una etiqueta en la que conste el nombre del paciente, la Unidad y el número de cama. Los objetos personales (cartera, reloj, gafas, etc.), se recogerán igualmente, entregándose al familiar, que deberá firmar el recibo en el que se hace constar los objetos entregados. Dicho recibo se guardará donde se decida.

Se anotarán en la hoja de registro de enfermería todas las incidencias que se produzcan (diuresis, deposiciones, vómitos, etc.).

Se prepararán los sistemas de oxigenoterapia y/o aspiración si se precisa, comprobando su correcto funcionamiento.

Se revisarán las mesillas de cada paciente, constatando que no queda ningún objeto personal no entregado a la familia y reponiendo, si es preciso, el material que debe estar presente en ellas, como bolsas pequeñas, celulosa, electrodos, alargadera de O2 y Ventimask.

Se repartirán las comidas y se asistirá al paciente siempre que sea necesario (ayudar en la comida, movilizarlo, aseo personal, etc.).

Se prestará ayuda a los DUE en la realización de las técnicas (sondaje vesical, sondaje nasogástrico, lavado gástrico, punciones, canalización de vías, etc.).

Se fregarán botellas, cuñas, laringoscopios, etc. siempre que sean utilizados. De igual manera, se limpiará el instrumental (pinzas, tijeras, portas, etc.) utilizado, introduciéndose en los sobres para esterilizar y entregándose a la AE responsable de almacenes para remitirlo al Servicio de Esterilización, durante el turno de mañana. Durante los turnos de tarde y noche el instrumental se dejará listo en el vertedero para enviar a Esterilización a la mañana siguiente.

Cuando el paciente abandone la Unidad (alta al domicilio, traslado a planta o a otro hospital, etc.), deberá ir en perfecto estado de limpieza, asegurándose de que no queda ningún objeto personal de

éste en su mesilla. La cama que queda libre, deberá quedar dispuesta para el próximo paciente que vaya a hacer uso de ella y la mesilla repuesta del material necesario.

PERSONAL CELADOR

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

Tramitarán, sin demora, el traslado de los documentos, historias, material de pruebas diagnósticas o aparatajes que le sean encomendados, asegurándose de la adecuada recepción de los mismos por el personal competente.

Trasladarán a los pacientes a las dependencias que les sean indicadas por el personal facultativo o de enfermería, asegurándose de las condiciones correctas para su traslado y devolviendo a la Sección de Urgencias los medios empleados para el traslado.

Realizarán, sin demora, el traslado de muestras biológicas y peticiones de exploraciones, efectuando la recogida de resultados, cuando así sea requerido.

Cuidarán, al igual que el resto del personal, que los pacientes y familiares no hagan uso indebido de los materiales, enseres e instalaciones de la Sección de Urgencias.

Asumirán las indicaciones del Jefe de Sección y del Supervisor de Enfermería.

Realizarán todas las funciones delegadas por sus superiores, siempre que no contravengan las normas establecidas en el ordenamiento vigente.

Se asegurarán, al comienzo del turno de trabajo, de que los medios de transporte de pacientes estén en condiciones adecuadas de uso. Las anomalías que se detecten se comunicarán de inmediato al Encargado de Turno para su reparación.

Prestarán apoyo a otras áreas de la Sección de Urgencias distintas a las que estén adscritos funcionalmente (Consultas u Observación), cuando las necesidades del Servicio lo requieran.

Cuidarán de que no permanezcan en el área de Urgencias las personas que no estén autorizadas, y que los pacientes y familiares permanezcan en las zonas habilitadas para ellos.

PERSONAL DE SEGURIDAD

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

Velar por la seguridad de las personas (pacientes, familiares y personal de Urgencias) y sus bienes personales, así como los del área de Urgencias.

Colaborarán con los Celadores en el control de acceso a la Sección de Urgencias, manteniendo a pacientes y familiares en los lugares habilitados para ellos, cuidando además que no permanezcan en dicho área aquellas personas que no estén autorizadas.

Acudirán con rapidez, dentro del área de Urgencias, a la zona donde sean requeridos para mantener el orden y la seguridad, según la normativa establecida, y solicitando la ayuda de las fuerzas de orden público y seguridad, cuando las circunstancias así lo demanden.

De cuantos incidentes ocurran en la Sección de Urgencias, se elaborará un informe conciso, pero detallado, de los hechos, con copias para ser entregadas al Jefe de la Sección de Urgencias y a la Subdirección Médica del hospital.

2.1.1.6 Consultas externas y Gabinetes

CONCEPTO BÁSICO DE LA UNIDAD. PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consulta de alta resolución, es una consulta, primera o sucesiva, en la que en un mismo día se realizan al paciente las exploraciones complementarias solicitadas y en consecuencia, éste recibe diagnóstico y orientación terapéutica (y alta si procede).

En cuanto a la prioridad, se clasifican en:

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

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

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

El Hospital tendrá explícitamente definidas las prestaciones disponibles en CCEE, especificando claramente la forma de acceso a las mismas: libre, protocolizada o restringida, para Atención Primaria (AP) y/o Atención Especializada (AE). Esta cartera deberá ser conocida por todas las instancias implicadas y actualizada periódicamente. En todo momento estarán accesibles a AP todas las Especialidades y pruebas determinadas en el Catálogo del SERMAS, ampliado por el Hospital, de forma consensuada y en el seno de Protocolos conjuntos. Además el hospital se adaptará a todos los requerimientos que se definan en el marco de la **libre elección**.

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

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

Procedencia de los pacientes

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

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

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

Descripción y Gestión del Proceso

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

Equipo Directivo del Hospital

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

Servicios Clínicos

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

Servicio de Admisión

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

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

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

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

Equipo Directivo de Atención Primaria

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

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

Equipos de Atención Primaria

- Son los responsables de realizar una correcta indicación de consulta especializada, en el contexto de los volúmenes de derivación previamente pactados con sus Equipos directivos con el fin de contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales de demora. Igualmente en relación con la derivación a los Servicios Centrales diagnósticos, donde derivan según el catálogo del SERMAS
- Priorizan los pacientes con criterios clínicos estandarizados, de manera que la demora sea la menor posible y adecuada a su situación clínica.
- Responsables de la cumplimentación completa de la hoja de interconsulta, a través de OMI-AP ó AP Madrid.
- Adoptan las medidas necesarias para que los resultados de los estudios complementarios, por ellos solicitados, estén disponibles por el especialista en el momento de realizar la consulta.

Unidades Administrativas de los Centros de Salud

- Suministran las citas de primeras consultas en agendas gestionadas por AP y tramitan las citas de primeras consultas en agendas gestionadas por AE, en apoyo del Centro de Atención Personalizada para cita centralizada.
- Proporcionan a los pacientes, cuando estos lo requieran, información sobre el catálogo de especialistas accesibles a libre elección, para lo cual han de ofrecer información sobre demoras de las diferentes especialidades y agendas en catálogo.
- Proporcionan información a la gerencia de AP sobre la demora y pacientes pendientes de consulta en las agendas gestionadas por AP.

SERVICIO DE ADMISIÓN. PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN DE AGENDAS

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

La identificación de cada agenda se compone de:

Código de identificación

Servicio responsable

Centro

Sala

Horario: Rango horario y días de semana

Médico/s

Prestación/es

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

Todas las agendas están gestionadas en soporte informático.

Planificación de agendas

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

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

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

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

Gestión de la agenda

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

Los mecanismos de gestión son:

- **Bloqueo**, es la inhabilitación transitoria de una agenda
- **Sobrecarga de agendas**, es la atención a pacientes por encima de la actividad previamente definida. Se valorará ante situaciones de aumento puntual de la demanda y compensaciones de bloqueos transitorios.

- **Adecuación de la oferta / demanda A. Primaria –A. Especializada.** Supone una gestión dinámica de las agendas; ampliarlas o disminuirlas a lo largo del tiempo en función de las necesidades y de los indicadores de gestión de demoras máximas.

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

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

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

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

PROCEDIMIENTO DE CITA

1. Asignación de cita

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

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

2. Fecha

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

Circunstancias especiales de la solicitud de la fecha de cita

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

3. **Hora**

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

4. **Coordinación de citas con pruebas complementarias**

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

Por ello:

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

5. **Confirmación de citas**

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

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

6. **Acreditación documental de la cita para el paciente**

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

En caso de cita telefónica centralizada, desde la plataforma de citación el paciente anotará en el justificante de petición de cita que se muestra más abajo, los datos de la misma, en el momento en que se le comunique verbalmente



JUSTIFICANTE DE PETICIÓN DE CITA

Número identificador:

Datos del paciente:

NOMBRE:	DNI/NIE:
PRIMER APELLIDO:	CP Autonomico:
SEGUNDO APELLIDO:	
TELÉFONO DE CONTACTO:	

Por favor, compruebe que los datos son correctos. Si detecta algún error acuda a la unidad de administración de su Centro de Salud para su subsanación.

PRUEBA SOLICITADA:

ESPECIALIDAD DE CONSULTA SOLICITADA:

Le informamos que el Centro de Citación se pondrá en contacto con usted en el teléfono de contacto proporcionado para realizar la citación. Por favor, tenga a mano este justificante, el número de DNI y la fecha de nacimiento.

Si en tres días hábiles desde la fecha de hoy no ha recibido su cita, puede usted contactar con el teléfono de cita previa de su centro de salud.

Para cualquier gestión relacionada con su cita (modificación, cancelación ó consulta) podrá ponerse en contacto en el teléfono de cita previa de su centro de salud. Será imprescindible aportar el número identificador de la cita, el cual figura en la parte superior de esta página.

A note aquí los datos de su cita:

Centro:
Día:
Hora:
Turno de entrada a la consulta:
Otros datos (planta, bloque, ala, sala, ...):

Madrid, .../.../.....

En cumplimiento de la legislación vigente en materia de protección de datos, todos los profesionales de los centros sanitarios tienen la obligación de mantener al secreto de la información clínica de cada paciente por lo que se mantendrá su privacidad y únicamente será accesible a personal autorizado dentro del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Usted autoriza a que sus datos personales, incluido su historia clínica, sean accesibles para el facultativo y profesionales del centro en el que va a ser atendido.

INFORMACIÓN CLÍNICA EN CCEE.

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

Anamnesis y exploración física

Exploraciones complementarias solicitadas

Valoración diagnóstica

Recomendaciones terapéuticas y sobre Incapacidad Temporal

Necesidad de revisiones por el especialista (y plazo recomendado) o alta

MOVIMIENTOS EN EL REGISTRO DE CCEE:

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

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

Actividad programada realizada en jornada ordinaria

Actividad programada realizada en jornada extraordinaria

Actividad sin cita previa

Renuncia voluntaria

Consulta / Prueba no realizada por no presentarse el paciente

Modificación de la cita a petición del paciente

Modificación cita por motivos debidos a la propia institución

Derivación a otro centro

Cita errónea

Modificación de la cita por indicación del médico

Actividad realizada en centro de apoyo

Actividad realizada en centro concertado

Anulación de la cita a petición del médico

Exitus

Rechazo de derivación

Actividad realizada con carácter urgente.

Actividad realizada a pacientes ingresados

ALTA

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

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

RECURSOS HUMANOS, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

Personal facultativo: Será el responsable de

la valoración del paciente,

realización de las pruebas diagnósticas pertinentes,

la elaboración de un juicio diagnóstico,

el establecimiento de una pauta de tratamiento

el seguimiento del paciente hasta que se produzca el alta del proceso

la realización de los informes médicos necesarios

la derivación, si precisa, a otras unidades o niveles asistenciales

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

Funciones:

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

Las Auxiliares de Enfermería:

Ayudarán al médico y colaborarán en la realización de las diferentes pruebas diagnósticas que se hacen en las consultas así como en la preparación de los volantes y recetas que precise el paciente

Recogida de solicitudes de material fungible y medicación de las diferentes consultas, y tramitación de los mismos al almacén o a la farmacia del hospital.

Recogida del instrumental utilizado; lavado y esterilización del mismo.

Limpieza y colocación de cada consulta

Control de las temperaturas de las neveras

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

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

Ambos serán responsabilidad de la Supervisora de la Unidad.

CARTERA DE SERVICIOS

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

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

CIRCUITO DE CONSULTAS EXTERNAS

El circuito de consultas externas quedaría integrado en el resto de procesos asistenciales, según el siguiente diagrama:

