

PROPUESTA DE MEJORA: TIEMPO DE ESPERA PARA INGRESAR DEL PACIENTE DE URGENCIAS



ANA IZCO LARRAÑETA

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

**MASTER EN GESTIÓN DE CUIDADOS DE
ENFERMERÍA**

PROYECTO FIN DE MÁSTER



Proyecto Fin de Máster

Máster en Gestión de Cuidados de Enfermería

PROPUESTA DE MEJORA: TIEMPO DE ESPERA PARA INGRESAR DEL PACIENTE DE URGENCIAS

Autora:

Ana Izco Larrañeta

Directora del Proyecto:

Juana Hermoso de Mendoza Cantón
Profesora Asociada del
Departamento de Ciencias de la Salud de la
Universidad Pública de Navarra.

Septiembre2014

Dña. JUANA HERMOSO DE MENDOZA CANTÓN, Profesora Asociada del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra,

HACE CONSTAR que el proyecto de gestión que presenta Dña. Ana Izco Larrañeta con el título **Propuesta de Mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente de urgencias**, ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster, del Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería.

Pamplona, 15 de septiembre de 2014

Fdo.:



AGRADECIMIENTOS

A mi marido Jose por todo su apoyo y comprensión sin límites.

A mi hija Marixa, por darme la motivación y fuerza cada día, con su sonrisa.

A mi directora por orientarme, escucharme, aconsejarme, tener la palabra adecuada para cada momento.

A mi familia, amigos, compañeros y todas las personas que han estado ahí en este tiempo de trabajo, por aguantar debilidades, acompañar y animar ante las dudas.

INDICE

1. Resumen	7
2. Justificación	11
3. Introducción	15
3.1. El problema de la saturación	18
3.2. Las enfermeras en los servicios de urgencias	22
3.3. Los pacientes en el servicio de urgencias	26
4. Objetivos	27
5. Contexto de la intervención	31
5.1. Marco legislativo y estructura	32
5.2. Evolución de la actividad en urgencias	38
5.3. Situación actual de los servicios de urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.	40
5.3.1. El problema de la saturación en ambos servicios de urgencias	51
6. Análisis estratégico	57
6.1. Análisis interno y externo. Matriz DAFO	62
7. Propuesta de intervención:	67
7.1. La unificación del servicio de urgencias. Una oportunidad.	73
7.2. Mejora en los cuidados de enfermería al paciente ya diagnosticado esperando a ingresar en una unidad de hospitalización	78
7.2.1. Check list pre-acogida elaboración	78
7.2.1.1. Implementación del check lit pre-acogida	83
7.2.1.2. Evaluación del uso	84
7.2.1.3. Cronograma de actividades	86

7.2.2. Guía de las actividades de las auxiliares del nuevo servicio de urgencias unificado, ubicadas en la sala polivalente 87

7.3. Alternativas para reducir tiempos de espera de los pacientes desde la hora del alta (cuando se notifica orden de ingreso en unidad de hospitalización) hasta la hora de salida (hora real de ingreso en la unidad de hospitalización) 91

7.3.1. Elaboración de herramienta para organización común ante ingreso de urgencias 92

7.3.1.1. Implementación de la plantilla 94

7.3.1.2. Evaluación del uso 94

7.3.1.3. Cronograma 95

7.3.2. Sistematización funciones Jefa de guardia de enfermería, como coordinadora y dinamizadora de ingresos. 96

7.3.2.1. Elaboración de manual de funcionamiento de las Jefas de Guardia de Enfermería 97

7.4. Futuras propuestas relacionadas 99

7.4.1. Plan de rotación de profesionales de unidades de hospitalización por el servicio de urgencias 99

7.4.2. Elaboración y colocación en todas las unidades de cartel motivador/educacional. 99

8. Conclusiones 101

9. Bibliografía 105

10. Anexos 109

VIVIENDO EL PRESENTE MIRANDO AL FUTURO



PUERTA ÚNICA DE URGENCIAS, UNA OPORTUNIDAD



1.RESUMEN

Los servicios de urgencias son una pieza básica de la atención sanitaria, ya que en un elevado porcentaje de situaciones son la puerta de entrada al sistema sanitario. La calidad de atención durante la estancia en los mismos, es un importante indicador del nivel de eficiencia de una organización sanitaria.

En mi ámbito laboral: **el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN)**, actualmente consta de dos servicios de urgencias, pero está inmerso en un proceso de unificación, tras el cual la puerta al servicio de urgencias en el CHN será única.

Las características propias de estos servicios de urgencias, les proporcionan un valor añadido de complejidad respecto a otros servicios del ámbito sanitario, a nivel tanto asistencial como organizativo. Múltiples factores inciden en los problemas que existen diariamente para poder garantizar la calidad de atención en los servicios de urgencias.

Muchas publicaciones tratan de la calidad de la atención y los problemas más comunes en estos servicios, destacando entre ellos la saturación producida por la sobrecarga del número de pacientes, que incide en la calidad asistencial y seguridad del usuario. Una de las causas de la saturación es la demora en realizar los ingresos de los pacientes, en las unidades de hospitalización, cuando ya están diagnosticados y se ha decidido su ingreso. Existe la posibilidad de mejorar este aspecto, reduciendo lo máximo posible este tiempo de espera, de forma que sea lo más ágil y rápido y si no es posible, asegurar que la calidad de atención durante este tiempo de espera, por parte de todos los profesionales sea la correcta, interviniendo sobre todo en mejorar la calidad de cuidados de las enfermeras en urgencias.

En el CHN, la duración del tiempo de espera para ser ingresado, varía según momentos del día, número de ingresos, actividad en el servicio de urgencias, ocupación del CHN. Las causas de la espera son múltiples, para una búsqueda de información del origen de este problema, sus causas e intentar aportar sugerencias para poder mejorar, se realiza un formulario sencillo sobre los factores que han incidido y las características del paciente y el lugar de espera. Se recogen datos, durante unos meses, en horario de tarde y primeras horas de la noche, de los tiempos de estancia en los casos que se produce mayor demora para la salida real del paciente, cuando este precisa ingreso en unidades de hospitalización.

Con todos estos datos y completando con mi actividad laboral diaria y un análisis de la situación actual, se establece como meta la mejora en los tiempos de ingreso del paciente en urgencias, con un avance en:

Atención al paciente en los servicios de urgencias, delimitando a los pacientes que están esperando un ingreso en unidad de hospitalización, ya que en este periodo de tiempo, la organización y responsabilidad de la actividad está menos definida.

Coordinación y comunicación entre el personal enfermero de urgencias y el personal enfermero de las unidades de hospitalización, entre ellos y dentro de sus propios servicios para intentar, reducir este tiempo de espera desde el momento que se decide el ingreso desde el servicio de urgencias a la unidad de hospitalización, hasta la salida real. Toda reducción de este tiempo repercute directamente en la calidad de atención al paciente en el servicio de urgencias y facilita el trabajo de los profesionales sanitarios de estos servicios.

Palabras clave: Calidad atención. Servicio urgencias. Enfermera. Saturación. Demora ingreso. Tiempo espera.



2.JUSTIFICACIÓN

Terminé mis estudios de enfermería en 1998 y durante los primeros años, mi trabajo estuvo relacionado principalmente con el ámbito de la enfermería geriátrica.

Tras esta experiencia profesional, cambié de medio asistencial y realicé mi actividad en distintas unidades de hospitalización del Complejo Hospitalario de Navarra, preferentemente unidades quirúrgicas.

Cuando obtuve mi plaza de enfermera en el Complejo Hospitalario de Navarra, orienté mi actividad al área de la gestión, como Jefa de Guardia de Enfermería, puesto que me hizo conocer la realidad de los servicios de urgencias y me proporcionó una visión global del centro.

Durante mi ejercicio profesional en este tiempo detecté numerosos retrasos desde la notificación del alta del paciente del servicio de urgencias, hasta que se realiza la salida real del paciente hacia la unidad de hospitalización, especialmente durante las horas de la tarde y este fue el principal motivo por el que me planteé la elaboración de este trabajo, para en primer lugar mejorar los cuidados de enfermería en este tiempo de espera para el ingreso de pacientes ya diagnosticados y relacionado con ello, analizar la situación actual en el centro donde yo trabajo, el Complejo Hospitalario de Navarra y plantear alternativas para disminuir, si es posible, este tiempo de espera, ya que cualquier reducción en ese periodo repercutirá directamente en la calidad de atención y seguridad del paciente, la razón de nuestra profesión de enfermería.

En la actualidad ocupo un puesto de Jefa de Unidad de la Unidad del Pool, compuesto por enfermeras y auxiliares de enfermería que trabajan por todo el Complejo Hospitalario de Navarra, cubriendo absentismos puntuales que por sus características no forman parte de la contratación habitual o reforzando en los diferentes servicios que tienen más carga de trabajo durante su turno y también soy la coordinadora de las Jefas de Guardia de Enfermería, por lo que mi interés en este tema continúa vigente.



3. INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias son una pieza básica de la atención sanitaria, ya que en un elevado porcentaje de situaciones son la puerta de entrada al sistema sanitario.

Las características propias de estos servicios, relacionadas especialmente con su actividad diaria, les proporcionan un valor añadido de complejidad respecto a otros servicios sanitarios a todos los niveles.

Existe una amplia bibliografía publicada relacionada con los servicios de urgencias hospitalarios, las dificultades en diversas circunstancias para trabajar en ellos y como estas inciden en la calidad de atención y seguridad del paciente.

Algunas de estas características únicas de la actividad sanitaria urgente y que la hacen más compleja son:

- Cobertura asistencial, 24 horas del día, 365 días al año. “Disponibilidad continua, integrada y proyectada hacia el lugar de la demanda asistencial.”
- Cobertura de toda la población
- Multiprofesional y multidisciplinar
- Enlace entre el nivel de atención primaria y atención hospitalaria ⁽¹⁾

Y añadida a todas las anteriores, una de las dificultades más destacada, con la que diariamente trabajan los profesionales sanitarios de estos servicios (reflexionando más especialmente sobre los profesionales de enfermería), es la sobrecarga de pacientes en determinados momentos del día.

“Esta saturación de los servicios de urgencias se asocia a baja calidad asistencial y gestión sanitaria en un ámbito muy sensible para el profesional clínico y para el ciudadano”. ⁽²⁾

Una de las causas que origina el problema de la saturación es el retraso de los ingresos desde urgencias, hacia las unidades de hospitalización.

Con la elaboración del presente trabajo, se pretende como objetivo principal, elaborar una propuesta de mejora en los tiempos de ingreso del paciente en urgencias, para disminuirlos y cuando no es posible hacerlo, garantizar la continuidad y calidad de cuidados en la atención y seguridad del paciente, respondiendo a las necesidades y requerimientos, aumentando su satisfacción. Para esto se ha efectuado una búsqueda bibliográfica sobre el tema, un análisis de la situación actual en los servicios de urgencias y una recogida de datos referente a los tiempos de ingreso.

Al final del trabajo, se relacionan una serie de Anexos con información complementaria.

3.1 El problema de la saturación

En los últimos años se ha constatado un aumento del número de casos atendidos en urgencias.

Este incremento está relacionado con varios factores, algunos de ellos:

- Relacionados con la demanda:
 - Envejecimiento de la población
 - Mayor prevalencia de enfermedades generalmente crónicas que producen descompensaciones agudas y precisan atención urgente.
 - Cambios en los patrones de morbimortalidad, en nuevos procesos en los que la inmediatez asistencial tiene más importancia.
 - Aumento del nivel de exigencia de atención más eficaz y rápida por falta de educación sanitaria y de conciencia de coste.
 - Cambios sociales producidos por los movimientos migratorios
- Relacionados con la oferta:
 - Mayor accesibilidad a los centros hospitalarios.
 - Uso de los servicios de urgencias para evitar listas de espera o realizar actividades programadas diferidas, en lugar de utilizar los servicios ambulatorios para problemas no urgentes. ⁽³⁾

“Los servicios de urgencias hospitalarios presentan una gran accesibilidad (económica, administrativa, física y temporal) y alto grado de eficacia y calidad asistencial que progresivamente les ha proporcionado un amplio nivel de aceptación y prestigio entre la población general.” ⁽⁴⁾

Paralelo a este aumento del número de casos en urgencias, el problema de la saturación, es global y afecta no solo a la organización como tal, sino también a los pacientes, diversas publicaciones coinciden que erradicar la saturación debe ser igual de importante que otros objetivos destacados y que aunque se esta estudiando e intentando llegar a una solución desde hace tiempo, este continua por su gran complejidad.

El origen de la complejidad del problema de la saturación, está vinculado a varios factores, a continuación se describen algunos de ellos:

1. En primer lugar, no existe una definición clara de saturación, cito dos definiciones, que me han parecido más correctas.
 - a. *“la saturación ocurre cuando la necesidad identificada para los servicios de urgencias excede los recursos disponibles para la atención del paciente en el servicio de urgencias, el hospital o ambos”.*
 - b. *“un servicio de urgencias está saturado cuando los recursos inadecuados para cubrir las demandas de la atención del paciente llevan una reducción en la calidad de la atención”.* ⁽⁵⁾

2. En segundo lugar, las consecuencias descritas de esta saturación son:
 - a. Sobre los servicios de urgencias:
 1. Disminución de la seguridad de los pacientes atendidos, se reduce la capacidad de los servicios de urgencias y este hecho dificulta la correcta atención de los pacientes.
 2. Aparición del síndrome de burn-out entre los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias, con la consiguiente disminución de la eficacia clínica.
 3. Consecuencias médico-legales, debido a estos retrasos de tiempo, siendo una de las causas, el número de pacientes que se van sin ser vistos.
 4. Episodios de violencia física y/o verbal contra los profesionales, por parte de familiares y pacientes. ⁽⁶⁾

 - b. Sobre los pacientes:
 1. Un incremento de los efectos adversos
 2. Insatisfacción debida a las largas esperas
 3. Aumento de su sufrimiento y si tienen dolor, agudización y manejo inadecuado de este.
 4. Se constata un aumento de la tasa de mortalidad en los 10 primeros días de ingreso en la unidad de hospitalización, tras un prolongado tiempo de espera en el servicio de urgencias.
 5. Un aumento de la estancia media intrahospitalaria y los costes asociados.

6. Se eleva la probabilidad de no recibir una correcta atención en el servicio de urgencias, debido a la reducción de su capacidad causada por la saturación, este hecho puede desencadenar situaciones para el paciente como: no recibir las medicaciones que necesita adecuadamente (antibióticos, analgésicos, etc) o no iniciar el tratamiento que se le ha prescrito en el tiempo indicado⁽⁷⁾

“La estancia prolongada en los servicios de urgencias, puede influir negativamente no solo en el consumo de recursos del servicio de urgencias, sino principalmente en la evolución y pronóstico de los pacientes.”⁽²⁾

“Existe una relación inversa entre la presión asistencial y la calidad en los servicios de urgencias.”⁽⁴⁾

3. En tercer lugar, existen múltiples causas de la saturación en los servicios de urgencias algunas de ellas son:
 - a. Obligación de atender al paciente con patología no urgente.
 - b. Alta derivación de pacientes muy ancianos y pluripatológicos.
 - c. Pacientes hiperfrecuentadores.
 - d. Factores estacionales.
 - e. Retrasos en la realización de ingresos o transporte en la ambulancia y falta de camas para ingreso en el hospital”⁽⁸⁾

“Tradicionalmente se ha culpado a los determinantes externos (básicamente, la demanda de asistencia por parte de la población) de las situaciones de colapso asistencial, aunque estudios recientes han demostrado que los determinantes internos influyen tanto o más “⁽³⁾

La solución no está únicamente en urgencias, los factores de entrada no son la única causa del problema también son los de salida (adecuación de ingreso, número insuficiente de camas de hospitalización, buena información con el ingreso programado,...), aunque sí desde urgencias tienen que preocuparse del estado del paciente porque este continúa siendo su responsabilidad hasta la salida real del servicio a la unidad de hospitalización o de alta hospitalaria.

La permanencia excesiva en el servicio de urgencias de pacientes que ya tienen la orden de ingreso en servicios de hospitalización es una de las principales causas evitables de saturación de estos servicios, el desequilibrio entre la demanda y los recursos que aporta el hospital.

Propuesta de mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente de urgencias

Ana Izco Larrañeta

La posibilidad de ingresar a un paciente depende en última instancia de la disponibilidad real de camas en las unidades de hospitalización, aunque una gestión adecuada debería garantizar todos los días del año un número suficiente de camas para la admisión urgente sin necesidad de suspender las admisiones programadas, esto no ocurre así y frecuentemente la disponibilidad de camas es escasa. ⁽⁶⁾

“La ausencia de camas de hospitalización, incide directa y negativamente en la actividad global de los servicios de urgencias y deteriora tanto su efectividad como su calidad.”⁽⁷⁾

Algunos artículos publican que existe la creencia (aunque la evidencian como errónea), que si aumenta el número de camas libre de hospitalización, este hecho, puede llevar a realizar ingresos inadecuados desde los servicios de urgencias.

La menor disponibilidad de camas libres, supone un mayor índice de ocupación en urgencias y a esto hay que añadir que en más de una ocasión y debido a diferentes causas, las escasas camas libres no son fáciles de encontrar, lo que indica déficit funcional y organizativo de un hospital.

Las causas que se publican por las que las camas no están disponibles y no se pueden realizar los ingresos son múltiples:

- Preparación tardía de los informes de alta de los pacientes ingresados
- Retraso en la limpieza y preparación de habitaciones
- Cambios de turno del personal.
- Ambulancias.... ⁽³⁾

3.2 Las enfermeras en los servicios de urgencias

En este entorno, actual, descrito de los servicios de urgencias hospitalarios, el profesional de enfermería dentro de toda la dotación heterogénea que forma el equipo que desarrolla su actividad a diario en estos servicios, es una pieza fundamental.

Es el primer punto de referencia asistencial que el paciente encuentra al llegar cuando lo recibe, da una atención específica a las necesidades del paciente durante su estancia en el servicio y actúa de coordinadora en el proceso de atención global el paciente, desde que llega hasta que se deriva a otro servicio o unidad de hospitalización o es dado de alta.” *La enfermera de urgencias al ser el miembro del equipo asistencial que más relación entabla con la persona enferma, puede tener una influencia crucial en el entorno del paciente crítico y en la vivencia de su proceso*”.⁽⁹⁾

La profesión de enfermería es una carrera, que está en constante evolución. En urgencias la actividad realizada por las enfermeras, es cada vez más polivalente y su rol se está haciendo mayor, lo que trae asociado como aspecto negativo que también tiene una menor definición de su papel.

En un estudio reciente que se realizó en 11 departamentos de urgencias de Irlanda, se mostró que las actividades relacionadas con la función diagnóstico se realizaron con mayor frecuencia, seguido de actividades relacionadas con la organización y que las actividades que se realizaron con menor frecuencia fueron las relacionadas con la administración y seguimiento de las actividades terapéuticas. En la función de ayuda, la planificación de la atención al paciente, se indicó como una actividad clave.⁽¹⁰⁾

Las enfermeras asumen cada vez más responsabilidad en el control de la atención a los pacientes y el servicio de urgencias no se concibe como lugar de continuidad de cuidados y en algunas situaciones concretas, sí tiene que serlo.

Las actividades de las enfermeras en el servicio de urgencias son:

- Ser las responsables de la atención y cuidado de pacientes asignados en el Área de trabajo correspondiente proporcionándoles atención integral hasta su alta, cambio de asignación, ingreso o traslado, realizando estos cuidados conforme a los protocolos que estén establecidos.
- Proporcionar los cuidados necesarios en la atención del paciente, en función de una valoración previa, según las necesidades de Virginia Henderson y las indicaciones del Manual de Procedimientos de Enfermería, siendo las más frecuentes:

- Necesidad 1: Respirar normalmente. Realiza cuidados en el paciente con patología respiratoria
- Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente. Realiza cuidados en pacientes con sondas nasogástricas, sondas enterales y es la responsable que al paciente diabético que permanece un tiempo prolongado en el Servicio de Urgencias se le suministre e ingiera una dieta adecuada a sus necesidades.
- Necesidad 3: Eliminación. Cuidados pacientes con sonda vesical, con colostomía o ileostomía. Paciente con incontinencia observar si necesita cambio de pañal.
- Necesidad 4: Movimiento. Garantiza los cuidados básicos (inmovilización de zona lesionada) de atención básica e inicial. Inspeccionar y verificar la correcta colocación de férulas y vendajes. Cuidados en el paciente neurológico. En el triaje, determina los medios de transporte que necesita el paciente (camilla, silla)
- Necesidad 6: Elegir la ropa adecuada. Colaborar en el desvestir del paciente y en la posterior colocación del camisón.
- Necesidad 7: Mantener temperatura corporal. Vigilar temperatura.
- Necesidad 8: Mantener la higiene corporal. Valoración y seguimiento de la prevención de úlceras por presión en pacientes que así lo precisen, manteniendo la piel seca y limpia, cambios posturales frecuentes y productos que alivien la presión.
- Necesidad 9: Evitar los peligros del entorno. Informar a sus superiores de cualquier anomalía o avería detectada en el equipamiento; realizar la recepción y acogida de todos los pacientes que acuden al servicio de urgencias; valorar a todos los pacientes estableciendo la preferencia asistencial (prioridad) exceptuando aquellos que traslada la UVI móvil que se atienden directamente.; si es paciente psiquiátrico, decide si lo atiende la especialidad médica de urgencias o la de psiquiatría y el nivel de prioridad, colabora también en la contención mecánica de estos pacientes si la precisan; colocar pulsera de identificación estándar a todos los pacientes; gestionar el traslado seguro de los pacientes a otras unidades y servicios; revisar y reponer materiales necesarios y el mantenimiento de estos.
- Necesidad 10: Comunicarse con los otros. Conforta y brinda apoyo emocional a la familia preservando su intimidad ante el duelo; atiende, escucha e intenta tranquilizar al paciente.
- Necesidad 11: Actuar según la propia fe. Respetar las creencias del paciente, actitud de respeto ante conflicto con las terapias.

- Las relacionadas con los diferentes requerimientos, diagnósticos, terapéuticos y administrativos:

- Requerimientos diagnósticos de la enfermera de urgencias:

Realizar la extracción de muestras sanguíneas.

Colaborar en la recogida y envío a laboratorio de muestras de líquido cefalorraquídeo.

Gestión y preparación del paciente para la realización de pruebas diagnósticas y /o terapéuticas.

Trámites de pruebas diagnósticas

Valoración de signos, síntomas y constantes

Gestión de petición de interconsultas

- Requerimientos terapéuticos de la enfermera de urgencias:

Administración de medicaciones en perfusión, vigilancia durante la misma y manejo de las diferentes bombas de perfusión; colaborar en tratamientos quirúrgicos como suturas y drenajes.

- Requerimientos administrativos de la enfermera de urgencias:

Colaboración en la gestión de camas. Indicando a la administrativa, las necesidades y características especiales del paciente requeridas para ubicarlo correctamente dentro de la unidad.

Colaboración sistemas de información Historia Clínica. Cumplimenta los registros de enfermería. Informa verbalmente de los pacientes en el cambio de turno. Gestiona la documentación clínica del alta.

Colaboración gestión del alta.

Colaboración registro de datos administrativos en Historia Clínica informatizada. Registrar la hora de alta en la ficha de triaje cuando el médico se lo comunique y también la hora real de salida del paciente del servicio.

Colaboración de origen legal. Realiza trámites administrativos y de carácter legal. ⁽¹¹⁾

Relacionado con las características propias de los servicios de urgencias hospitalarias ya citadas y que le conceden esa mayor complejidad, nos encontramos entre esos rasgos inherentes, que los cuidados en urgencias en múltiples ocasiones, tienen que ser no solo enfocados al paciente sino también a los acompañantes.

Además es importante reflejar, que las personas cuando acuden a urgencias, habitualmente, presentan unos rasgos comunes: ansiedad, miedo, dolor, aumento de sensibilidad psíquica y sensorial, menor capacidad de concentración.... La gran mayoría piensa que padece un cuadro urgente y demanda atención inmediata.

Todo esto justifica que las enfermeras deben dar información clara y tranquilizadora y ser empáticas, aunque en determinados momentos sea difícil por el alto número de pacientes que tienen que atender.

Por todo lo descrito hasta este punto, es muy importante, el concepto de comunicación en el día a día del trabajo de las enfermeras en el servicio de urgencias, este es el motivo por el cual las atribuciones de la enfermeras en urgencias relacionadas con la comunicación añadidas al resto de sus funciones, sean esenciales para una buena labor profesional. Algunas de estas son:

- Prestar atención a la comunicación y organizar como y quien la ofrece
- Fomentar la bidireccionalidad y si se prolonga el tiempo de estancia en el servicio de urgencias, pautar periódicos tiempos de comunicación con quienes esperan, ser empáticos y accesibles, asegurándonos que llega el mensaje.
- Dar apoyo emocional, reducir ansiedad y miedo, no banalizar y dar confianza
- Dar intimidad al paciente, controlando lo máximo posible el ambiente, con por ejemplo uso de biombos.
- Individualizar los cuidados, atender el dolor.
- Actuar siempre con los principios de bioética ⁽¹²⁾

En la calidad asistencial es crucial el factor humano, el compromiso con los pacientes, que la competencia profesional esté acorde con la función y la responsabilidad que se encomienda.

Históricamente en los servicios de urgencias hospitalarios, existen protocolos y guías de trabajo, pero en general tienen un escaso seguimiento por parte de los profesionales sanitarios en general y los profesionales de enfermería en particular.

Que exista una continuidad de los cuidados es la gran asignatura pendiente de la atención a los procesos urgentes, existe una gran debilidad en la coordinación por la poca fiabilidad muchas veces de los sistemas de información, su actualización y accesibilidad. La coordinación con otros servicios hospitalarios es casi inexistente y tampoco hay apenas protocolos conjuntos.

3.3 Los pacientes en el servicio de urgencias.

En un estudio que se realizó entre el año 2000 y 2001 en todas las Comunidades Autónomas, recogiendo la imagen percibida y la opinión de los usuarios, sobre los servicios de urgencias, se recoge que:

- El contacto inicial de los pacientes, con el personal sanitario, disminuye la crítica a la espera y produce una mayor tolerancia al retraso de las pruebas diagnósticas.
- Para el paciente y su familia, es importante que le informen de los tiempos de espera, ya que esto disminuye su ansiedad y su insatisfacción. Relatan que *“las esperas parecen más cortas cuando se avisa de ellas.”*
- El paciente o su familia, cuando pasa mucho tiempo sin que ningún profesional sanitario se acerque a ellos, siente que ya no existe la atención y tiene sensación de abandono.
- El paciente o su familia, se sienten inseguros, cuando no perciben interés por parte de los profesionales sanitarios sobre su problema o situación concreta, describen como signos de este desinterés: que no les miren, que no les dejen hablar, que no les den información ni se les explique que se les va a hacer, que hablen junto a ellos como si no estuviesen, que les atiendan profesionales que no conocen su historia(esto sucede con más frecuencia si el paciente pasa horas en el servicio de urgencias).
- El paciente o su familia, se desesperan cuando las condiciones de confort no son adecuadas o la imagen del servicio es descuidada o transmite caos, es muy importante para ellos, la protección a su intimidad y privacidad durante su estancia en urgencias (en las exploraciones, cuando les aplican técnicas o tratamientos y mientras reciben información).⁽¹³⁾

En este mismo estudio, los pacientes aportaron sugerencias de mejora, a continuación son transcritas las más relacionadas con el presente trabajo, ya que continúan de vigente actualidad:

- Mayor agilidad para realizar los ingresos a las unidades de hospitalización y si esto no es posible, que se cuide mejor este tiempo de espera.
- Conocer con que profesional estás hablando: enfermera, médico, auxiliar de enfermería, celador, limpieza...
- Tener más información y que este sea clara, suficiente y facilitada de forma periódica.
- Tener un profesional de referencia, durante toda su estancia en el servicio de urgencias al que poder acudir y preguntar.
- Que su intimidad esté garantizada en todo momento del proceso.
- Mayor confort durante los tiempos de espera, que estos sean más cómodos.⁽¹⁴⁾



4. OBJETIVOS

Este proyecto justifica su elaboración basándose en los problemas que originan los tiempos de demora en los servicios de urgencias, desde que el paciente tiene la orden de ingreso médica, hasta su salida real del servicio.

Con la elaboración del presente trabajo, se pretende alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivo principal:

Elaborar una propuesta de mejora en los tiempos de ingreso del paciente en servicio de urgencias, para disminuirlos y cuando no es posible hacerlo, garantizar la continuidad y calidad de cuidados en la atención y seguridad del paciente, respondiendo a las necesidades y requerimientos, aumentando su satisfacción.

Objetivos específicos:

1. Analizar las causas que ocasionan los tiempos de espera de los pacientes desde la hora de alta (cuando se notifica orden de ingreso en unidad de hospitalización) hasta la hora de salida (hora real de ingreso en la unidad de hospitalización), mediante una recogida de datos, con un tabla elaborada para el efecto.
2. Realizar una búsqueda y análisis de protocolos existentes en los servicios de urgencias.
3. Participar grupo de trabajo creado en el proceso de unificación del servicio de urgencias del CHN, titulado: Coordinación ingresos urgentes.

Aunque exista calidad en el diagnóstico, pruebas realizadas, valoración y aplicación de cuidados, si los pacientes creen que los profesionales no les están dando la atención que ellos necesitan, no se sentirán satisfechos. ⁽¹⁴⁾

En la revista de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, están publicados artículos, editoriales y cartas al director de profesionales de enfermería reflexionando sobre planes de cuidados y registros de la actividad enfermera en el servicio de urgencias. Todo ello, me ha reafirmado la importancia actual del tema y su futura utilidad.

Es muy importante incentivar al profesional con factores educacionales, para obtener una mejor respuesta, ante problemas tan complejos como pueda ser el tratado en este trabajo, la mayor barrera pueda ser una actitud de “no se puede hacer nada”, los esfuerzos deben ser siempre apoyados, divulgados y celebrados.

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”

[Mahatma Gandhi](#)





5.CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN

5.1 Marco legislativo y estructura.

Realizando una breve revisión histórica de la creación de los centros que actualmente forman el Complejo Hospitalario de Navarra y su posterior evolución hasta llegar a su unificación en 2010:

- En 1932 nace el Hospital de Navarra con desarrollo pabellonal.
- En 1964 fue inaugurado el Hospital Virgen del Camino, como residencia hospitalario del Instituto Nacional de previsión y por ello se le conoció como “la residencia”.
1973 desarrollo por parte de INSALUD de residencias sanitarias en toda España y asumen la mayor parte de urgencias hospitalarias.
- 1990 se produjeron las transferencias sanitarias, la evolución y desarrollo de ambos centros se hace de forma paralela, el Hospital de Navarra tiene un mayor desarrollo tecnológico y de especialidades y el Hospital Virgen del Camino, tiene un desarrollo como centro generalista y Materno- infantil.
- En el año 2000 la línea de separación entre ambos centros se transforma en discontinua, ya no es tan gruesa, se producen mejoras en la coordinación y se inicia un nuevo cambio con la creación del Área del Corazón y la Unidad de Ictus.

En el año 2010 con la creación del Complejo Hospitalario, se inicia el trabajo por procesos: equipos multidisciplinares.

Ante una enfermedad o proceso concreto, el paciente debe ser atendido donde mayor asistencia se pueda dar, no por criterios geográficos como había sido hecho hasta este momento, con la ordenación sanitaria por zonas en Navarra. Siempre aplicando criterios de equidad.

El Complejo Hospitalario de Navarra (C.H.N.) del Servicio Navarro de Salud Osasumbidea (SNS-O) se crea con el decreto foral 19/2010 del 12 de Abril, un gran cambio en la organización de la Asistencia Especializada en Navarra ⁽¹⁵⁾

En la Disposición Adicional Segunda del Decreto Foral 1/2011, de 10 de enero, se desarrolla la estructura orgánica no asistencial del Complejo Hospitalario de Navarra.

En la Orden Foral 5/2011 de 21 de Enero, se establece mediante 8 artículos:

- Las medidas organizativas en orden a la unificación de los servicios de urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra
- El nombramiento de la figura de Jefe del Servicio de Urgencias Generales del Complejo Hospitalario
- La misión, visión y valores de la unificación de los Servicios de Urgencias Generales:
 - Misión: proporcionar asistencia sanitaria de urgencia de máxima calidad las 24 horas del día durante todo el año a la población adulta asignada y al total de la población de Navarra en aquellos procesos en los que actúa como centro de referencia
 - Visión: trabajar para obtener una mejora continuada en parámetros de calidad, y consolidar cauces de participación e implicación de los profesionales, que permita alcanzar mayores cotas de excelencia en innovación
 - Valores en los que se asientan la unificación de los Servicios de Urgencias Generales son: la transmisión a la población de la seguridad de que las necesidades médicas urgentes que se les planteen estarán cubiertas, la búsqueda de la excelencia en todas las actuaciones, tanto clínicas como humanas, y la potenciación de los aspectos de comunicación e información.
- Organización interna del trabajo en el Servicio de Urgencias Generales
- Amortización y creación de unidades:
 - Se amortiza el servicio de urgencias general y la sección de urgencias A
 - Se crea las unidades clínicas de Apoyo a la Gestión, Calidad y Seguridad, Docencia, Investigación e Innovación.
- Se determinan las funciones de los jefes de las diferentes unidades clínicas creadas. ⁽¹⁶⁾

La organización de las urgencias hospitalarias, a tenor del Plan de Salud 2006-2010, era una de las áreas prioritarias en el Complejo Hospitalario.

Ahora para las urgencias generales existen dos puntos de entrada: Urgencias Generales del Hospital Virgen del Camino (actualmente Complejo Hospitalario de Navarra B) y Urgencias del Hospital de Navarra (actualmente Complejo Hospitalario de Navarra A), está previsto, dentro del proceso de unificación progresivo que se está llevando a cabo, que ambas se conviertan en un único servicio de urgencias, una oportunidad para mejorar el cuidado al paciente y un importante reto organizativo y de gestión sanitaria.

Los dos servicios actualmente existentes tienen una estructura organizativa similar, pero tienen importantes diferencias en cuanto a organización interna de trabajo y regímenes laborales.

En ambos centros: A y B, los pacientes cuando llegan al servicio de urgencias, son valorados por la enfermera del triage, que determina el grado de severidad de su patología.

Según el grado de severidad se distribuyen en :

- Pacientes leves: con patología de menor gravedad, cuya prioridad de atención es menor, puntuaciones en el triage de 4 o 5.
- Pacientes graves: con patología más grave, que requieren atención más inmediata que los anteriores, con puntuación en el triage 2 o 3.
- Pacientes críticos: atención inmediata en sala de reanimación, con puntuación 1, o 2 que su situación clínica entraña riesgo para órganos o para funciones vitales. Máxima prioridad de atención.

Tras la valoración, los circuitos a seguir en ambos centros A y B, son los mismos, aunque haya diferencia en la estructura y en parte de la terminología a utilizar. Por ejemplo, para definir los circuitos o nombrar los lugares donde van a ser atendidos los pacientes.

En el futuro servicio de urgencias unificado, se contemplan también estos tres grados de severidad, a los que van asociados tres circuitos:

- Circuito A o de leves
- Circuito B o de graves
- Circuito C o de críticos.

La estructura física de ambos servicios tiene características diferentes.

El servicio de urgencias A, antiguo Hospital de Navarra, consta de:

- Una zona de entrada, con una consulta de enfermería, la zona de triaje donde las enfermeras reciben al paciente y realizan la clasificación de su patología y una zona de admisión donde son registrados los datos del paciente. Enfermeras de triaje durante el día, hay dos, una para cada circuito (un circuito de leves y otro de graves y críticos).

- 8 boxes o cabinas.

Un box de reanimación con capacidad para dos pacientes, es el más amplio, para un equipamiento completo. En él se atienden todos los pacientes críticos: Politraumatizados, paradas cardiorrespiratorias, etc. El acceso a él es rápido y la dotación de material la más adecuada y con posibilidad de atender a más de un paciente. La vigilancia de este box es estricta para que todo funcione y la reposición de material tras su utilización inmediata.

El resto de cabinas son para reconocimientos, donde se exploran a pacientes de menor gravedad.

- Sala de informes, sala de trabajo del personal médico, sala de relax y sala de Rx, situada dentro del propio servicio de urgencias y exclusiva para él.

- Tres salas de espera y dos salas reservadas para pacientes en situaciones especiales: agitación, problema social, ...

En las salas de espera, los pacientes son distribuidos, según los dispositivos que utilicen y sobre todo el nivel de prioridad que la enfermera de triaje le haya asignado, en la sala 1 están los pacientes más autónomos y con menor nivel de prioridad, es decir que pueden esperar más tiempo a ser atendidos, en la sala 2 pacientes en silla de ruedas y en la sala 3 los pacientes en camas/camillas y con un nivel de prioridad mayor, precisan atención más rápida. Cuando la ocupación es completa, la espera es en el pasillo.

Existe también otra pequeña sala de espera junto al servicio de RX.

- Existen dos puertas de entrada, una para las personas que acuden deambulando al servicio y otra para las ambulancias, personas en sillas de ruedas, etc.

- Las patologías que requieren atención más inmediata tiene protocolos de actuación concretos, con un circuito definido, conocido por todo el personal.

- El quirófano de urgencias, el TAC y la RNM no están dentro del servicio pero sí muy próximos.

- Observación de urgencias está dentro del propio servicio, consta de 10 huecos, en un espacio abierto circular, los huecos dotados de los recursos materiales suficientes para una correcta atención, están separados por biombo. Desde un puesto de control personal enfermero y auxiliar observa evolución y junto a ese puesto existe un botiquín.

El servicio de urgencias B, antiguo Hospital de Virgen del Camino, consta de:

- Zona de entrada, con el servicio de admisión que registra los datos del paciente, un control de enfermería, donde durante el día dos enfermeras y a partir de las 24 horas una, realiza el triaje valorando la patología de paciente y decidiendo su nivel de prioridad, los pacientes que pueden esperar más nivel de prioridad 4, pasan a esperar a la sala de espera que está junto a la entrada de urgencias, los de nivel 3 a veces también esperan en esta sala, pero en ocasiones como los de nivel 2 y 1 pasan directamente a los boxes que están junto al triage.
- Dos salas de espera, una la ya nombrada y otra para camillas, con 4 tomas de oxígeno.
- 8 boxes, 3 para pacientes con problemas médicos, 3 para pacientes con problemas quirúrgicos, 1 para la especialidad de oftalmología y otro box, para la especialidad de otorrinolaringología.
- Consulta de traumatología, que tratan todo lo relacionado con su patología, incluso reciben también, porque son trasladadas hasta allí, tras ser valoradas, las urgencias de pediatría de traumatología. Esta consulta consta del espacio y los dispositivos que la especialidad precisa.
- 1 sala de reanimación donde trasladan a los paciente con riesgo vital, que requieren asistencia inmediata, similar al box de reanimación del servicio de urgencias A, con espacio para realizar 2 atenciones al mismo tiempo, equipamiento necesario y vigilancia exhaustiva del buen funcionamiento de todos los dispositivos.
- 3 consultas médicas, en las que son atendidos los pacientes, cuya prioridad de atención es menor.
- Una sala de usos múltiples, que aún no estando destinada para ello, sirve de lugar de atención a pacientes de psiquiatría, con patología aguda, que necesitan una atención y cuidado especial.
- Sala de informes, sala de trabajo para personal médico, relax y botiquín.
- A diferencia del servicio de urgencias A, no tienen sala de Rx propia, está situada en el primer piso.
- TAC y RNM están en el sótano, debajo del servicio de urgencias.

- Quirófano de urgencias y URPA sí están muy próximos al servicio, junto a observación de urgencias.
- Observación de urgencias a diferencia del centro A, consta de 8 habitaciones dobles, muy similares a las de las unidades de hospitalización, aunque con diferente dotación de recursos tanto humanos como materiales.
Con una zona de relax y otra de informes y botiquín.
- Puerta única para acceder a urgencias desde el exterior.

Las similitudes y diferencias en la organización interna de ambos centros A y B:

En cada servicio de urgencias, de los centros A y B, existen protocolos determinando el funcionamiento del servicio y las actividades a realizar por cada profesional que trabaja en ellos: enfermeras, auxiliares y celadores. Son semejantes en algunos apartados, pero se diferencian en otros por distinta estructura física, actividad y número de recursos humanos.

El impreso en papel con el registro de enfermería es igual en ambos servicios.

Anexo 1

La solicitud de cama en ambos servicios la realiza el médico que ha atendido al paciente, o el especialista al que se le ha hecho la interconsulta y pasa a ser su responsable.

De forma común en ambos centros: A y B, el servicio de admisión se encarga de buscar la cama para el ingreso, según la especialidad y si en su unidad de referencia no queda cama disponible, según un circuito ya fijado que determina los criterios a seguir.

Solicita la cama a la unidad de referencia y lo comunica a la enfermera responsable.

Existen diferencias, en el seguimiento del estado de disponibilidad de esta cama, en el caso que estuviera ocupada.

En el servicio de urgencias del centro A, lo realiza siempre la administrativa y en el servicio de urgencias del centro B enfermería.

Otra diferencia organizativa es:

En el Hospital A, en turno de noche, la enfermera de rayos, cuando no tiene actividad se traslada a partir de un horario fijado a reforzar el servicio de urgencias.

En el Hospital B, la enfermera encargada de hacer las endoscopias también hace esta labor, pero en todos los turnos.

Recientemente ha comenzado a ser la responsable de la asistencia al paciente ya diagnosticado esperando a ser ingresado, aunque es una función que no está protocolizada, por lo que si la enfermera es nueva y lo desconoce, o si está ocupada, esta asistencia no se realiza.

5.2 Evolución de la actividad en urgencias.

Tras realizar una revisión de las memorias del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea (SNS-O) y los cuadros de mando de los últimos años.

En la memoria del año 2006, se describe el inicio del Plan Funcional del Servicio de Urgencia, que ya estaba previsto se ubicase en un nuevo edificio que diera respuesta a las propuestas y requerimientos planteados.

Hasta el año 2010 se registran los datos de forma desglosada, para el antiguo Hospital de Navarra y para el antiguo Hospital Virgen del Camino y también las cifras generales. Tras la creación del C.H.N. se recogen los datos globales únicamente, a partir del año 2013.

Si comparamos la actividad de ambas urgencias por separado, el número de asistencias que se realizan en el Servicio de Urgencias del antiguo Hospital Virgen del Camino, actual CHN-B y la presión de urgencias, es mayor que en el antiguo Hospital de Navarra, actual CHN-A, y en relación inversa el tanto por ciento de urgencias ingresadas es mayor en el antiguo Hospital de Navarra. Múltiples factores pueden incidir en estos datos: especialidades médicas de referencia en cada centro, prototipo de población que acude,..., aunque las posibles causas no están descritas en estos documentos.

Hasta el año 2007 la tendencia en los datos generales recogidos de ambos centros, es de aumento de la actividad en el servicio de urgencias (determinado por el número de pacientes que acuden a ambos servicios de urgencias) y un aumento del porcentaje de urgencias ingresadas, este último no tan significativo.

En el año 2008 disminuye la actividad, por la apertura del nuevo servicio de urgencias extrahospitalarias.

Año 2011 continua igual tendencia con el mayor número de asistencias a urgencias y presión de urgencias en el Centro B (antiguo Hospital Virgen del Camino) y mayor porcentaje de urgencias ingresadas en el Centro A (antiguo Hospital de Navarra). Año 2012 similar comportamiento al del año anterior.

El porcentaje de ingresos, en el año 2012 aumenta a 15.3%, disminuyendo a 14.9% en 2013

En el año 2013 con el registro de los datos de forma global, continua la tendencia ascendente de la presión de urgencias.

Tabla 1

Propuesta de mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente de urgencias

Ana Izco Larrañeta

Evolución del número de urgencias, presión de urgencias y porcentaje de urgencias ingresadas en Servicio Navarro de Salud. 2007-2014

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 Enero a Julio
Nº Urgenc									
	A	57341	53080	52230	51253	51740	49722	112.020	66993
	B	64820	60610	61246	59927	61342	61016		
	A+B	122161	113690	113476	111180	113082	110738		
* Presión Urgenc									
	A	60.14%	59.22%	59.21%	59.50%	58.97%	62.7%	63.3%	
	B	70.45%	68.49%	67.61%	65.76%	66.31%			
	(A+B) /2	65.29%	63.85%	63.41%	62.63%	62.64%			
% Urgenc ingresadas									
	A	18.42%	20.84%	19.93%	20.77%	20.27%	20.5%	14.9%	18.78 %
	B	12.65%	13.72%	13.46%	13.49%	13.29%	13.2%		
	(A+B) /2	15.53%	17.28%	16.39%	17.13%	16.78%	16.85%		

Tabla 1: Fuente. Memorias 2003-2013 del Servicio Navarro de Salud Osasumbidea. Cuadros de mando 2012,2013 y primeros 7 meses del 2014. Elaboración propia

* Indicador Presión de Urgencias= Ingresos realizados a través del Servicio de Urgencias/ Ingresos totales del Hospital.

Propuesta de mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente de urgencias

Ana Izco Larrañeta

5.3 Situación actual de los servicios de urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

En los últimos años, los indicadores reflejan que:

El número total de número de personas que acuden a urgencias, ha aumentado en el año 2013, respecto al 2012 y en los meses reflejados de Enero a Julio del 2014 continua una tendencia ascendente.

El porcentaje de la presión de urgencias, tras una disminución global del valor, está aumentando desde el 2011, aunque el aumento en las cifras no parezca muy significativo, lleva una línea ascendente.

El porcentaje de urgencias ingresadas, ha aumentado significativamente en los meses de Enero a Julio del presente año 2014, tras haber disminuido en el año 2013, respecto al 2012.

Muy significativo en el análisis de la evolución de las cifras de porcentaje de urgencias ingresadas las altas cifras de los meses del 2014, todas ellas mayores que el valor medio más alto de años anteriores, lo más destacable, el valor de Enero del 2014: 21%.

CHNa: URGENCIAS POR MES							ENERO - JULIO DE 2014									
PUERTA	URGENCIAS			SALA DE OBSERVACIÓN			ALTAS									
	PAC.	URG/DIA	EM	PAC.	PAC./DIA	EM	MÉDICA		INGRESO		EXITUS		OTROS		TOTAL	
							N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GENERAL A-B																
Enero	10.191	328,7	5,2	415	13,4	17,7	8.856	75,9	1.838	21,0	6	0,1	264	3,0	8.764	100,0
Febrero	8.620	307,9	4,9	372	13,3	18,6	5.780	77,2	1.534	20,8	8	0,1	181	2,2	7.483	100,0
Marzo	9.592	309,4	4,8	403	13,0	17,8	8.618	78,9	1.587	18,9	4	0,0	175	2,1	8.384	100,0
Abril	9.388	312,9	4,5	380	12,0	17,8	6.551	80,0	1.456	17,8	4	0,0	179	2,2	8.190	100,0
Mayo	9.686	311,8	4,5	398	12,8	17,9	6.788	79,8	1.540	18,1	4	0,0	173	2,0	8.505	100,0
Junio	9.688	322,9	4,1	385	12,8	17,8	6.782	79,7	1.526	17,9	4	0,0	195	2,3	8.507	100,0
Julio	9.848	317,7	4,5	417	13,5	17,2	7.091	80,6	1.510	17,2	7	0,1	191	2,2	8.799	100,0

Figura 3: Fuente. Cuadro de mando 2014 SNS-O

Resulta de interés conocer la distribución actual de la demanda de la población del servicio de urgencias por franjas horarias.

Con estos datos podemos estimar la actividad en los servicios de urgencias según franjas horarias, realizar una previsión y organización de los profesionales dependiendo de las horas del día.

La mayor demanda se produce en la franja horaria de 11:00 a 15:00 horas.

La menor demanda de 1:00 a 8:00 horas.

La demanda en las franjas de 8:00 a 11:00 horas y 18:30 a 22:00 horas es muy similar.

Franja horaria de 15:00 a 18:30 horas, está el segundo pico más alto de demanda por parte de la población.

Demanda de la población del servicio de urgencias por franjas horarias

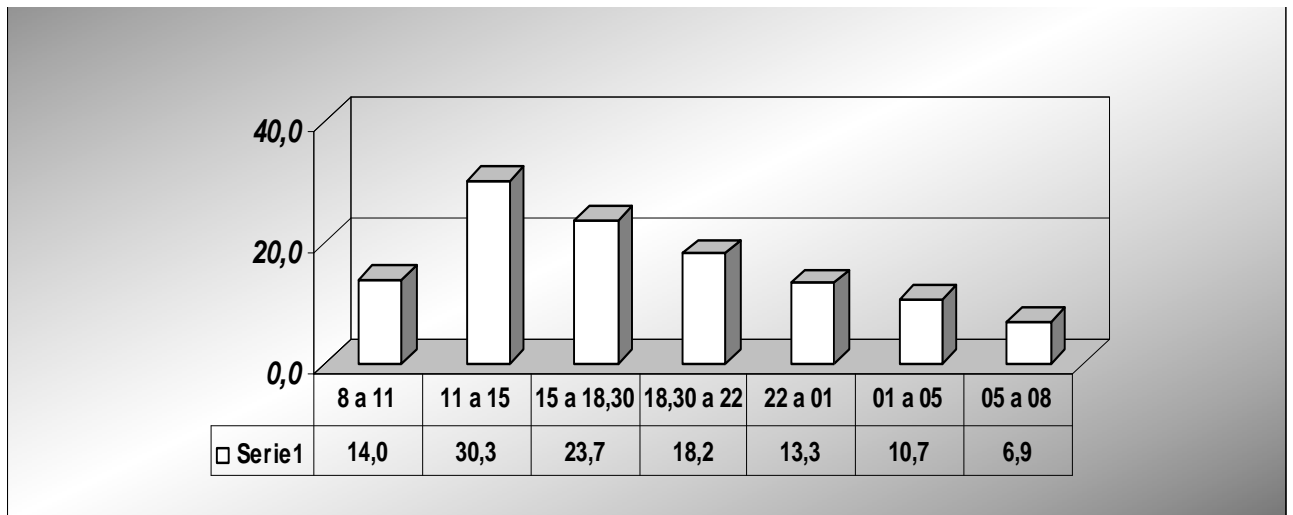


Figura 4: Fuente. Propuesta plan funcional del nuevo Servicio de Urgencias CHN

Para la elaboración del presente trabajo, aporta un valor añadido, el estudio de las cifras relacionadas con el número de ingresos desde urgencias, según la franja horaria del día y compararlo con la distribución de la demanda, reflejada en la **Figura 4**.

En un corte realizado en el año 2012 en los servicios de urgencias, se observa que:

Las mayores cifras de ingresos se producen en la franja horaria de 17:00 a 21:00 horas, a diferencia que la demanda, que alcanza sus mayores cifras en la franja horaria de 11:00 a 15:00 horas, seguida de la franja de 15:00 a 18:30 horas.

Estos datos son razonables, los pacientes llegan a urgencias, son valorados y se precisa si requieren ingreso, o son dados de alta del servicio de urgencias o necesitan otra atención.

Tras un pico alto de llegada de pacientes a urgencias, habrá un pico alto de ingresos desde urgencias.

Existe una gran diferencia en las cifras del intervalo horario 17:00 a 21:00 horas, las más altas, con las que se realizan al resto de horas del día.

El menor número se realizan de 15:00 a 16:00 horas, este valor está relacionado principalmente con el cambio de turno de los diferentes profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, limpieza, celadores,... que enlentece, la resolución y realización de las actividades pendientes de la mañana, entre ellas los ingresos desde urgencias.

De 16:00 a 17:00 horas comienza a aumentar, hasta llegar a los picos máximos descritos previamente.

21:00 a 23:00 horas, disminuye el valor notablemente, coincidiendo nuevamente con el cambio de turno de tarde con el de noche y otros factores.

23:00 a 24:00 horas, el valor vuelve a aumentar, ya que se realizan los ingresos que han quedado pendientes de realizar del turno de tarde.

El número de ingresos de 0:00 horas a 8:00 horas, se registra agrupado, por ser menos significativo.

Figura 5

Nº de ingresos por franjas horarias.

INGRESOS	Total
8 a 11.30h	38
11,30 a 15h	94
15 a 16h	27
16 a 17h	62
17 a 18h	146
18 a 19h	130
19 a 20h	128
20 a 21h	104
21 a 22h	61
22 a 23h	55
23 a 24h	85
00 a 08h	342

Figura 5: Fuente. Servicio de urgencias CHN, corte hecho en Octubre 2012

Además del corte efectuado en 2012 y debido a la relevancia del tema, se recogen cifras del número de ingresos desde urgencias, en los centros A y B del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, desde Enero del 2013 hasta Marzo del 2014, por tramos horarios.

Los tramos horarios que se determinan son: 24:00 a 7:59; 8:00 a 14:59; 15:00 a 21:59 y 22:00 a 23:59, equivalente a los horarios de los turnos de mañana, tarde y noche de los diferentes profesionales sanitarios, excepto el intervalo de 22:00 a 23:59 horas, primeras horas del turno nocturno, franja significativa porque habitualmente queda actividad por resolver del turno de tarde, como ya hemos relatado anteriormente.

Se reflejan las cifras diferenciadas por meses, por centros A y B y por franjas horarias. También los datos globales.

Se agrupan en números totales de ingresos, la media del día y el porcentaje.

Los datos globales en el centro B son mayores, porque incluyen las urgencias generales y las materno-infantiles.

Tras una valoración propia de los datos, lo más relevante a destacar:

Si observamos las cifras totales de ingresos

- En el centro A, el mayor valor de ingresos de 2013 se produce en el mes de Marzo con 944, seguido del mes de Enero y Diciembre que tienen curiosamente la misma cifra de ingresos 926. Coincide con periodos invernales principalmente.
- En el centro B, el mayor valor de ingresos de 2013 en Diciembre con 1328, seguido muy de cerca por Enero con 1327, en tercer lugar Marzo con 1257.
- La suma de ambos centros, refleja el mayor número de ingresos en Diciembre con 2254, seguido por Enero con 2253.
- De Abril a Octubre, las cifras que plasman la suma de ingresos de ambos centros, son muy similares, con un más/menos de 60 pacientes. No existe una clara disminución en el periodo de verano.
- Febrero y Noviembre son los meses con menor número de ingresos en 2013.
- En 2014, registrados los meses de Enero a Marzo, destaca el mes de Enero en ambos centros A y B, con valores de ingresos mayores que el resto de los meses del año en curso y del 2013. En el centro A, 1044 ingresos y en el B 1402.

Si observamos las cifras de ingresos por franjas horarias:

- En todos los meses que se han recogido los datos, desde Enero 2013 a Marzo 2014, las mayores cifras de ingresos, están en el turno de tarde, en la franja horaria de 15:00 a 21:59. Este dato coincide con el corte anterior, efectuado en 2012, que reflejaba el mayor número de ingresos de 17:00 a 21:00 horas.
Este valor es de dos a tres veces mayor que el del resto de las franjas horarias.
- En turno de mañana y noche desde las 24:00 horas, las cifras de ingresos son similares, aunque están generalmente, algo por encima en turno de mañana.
- Las dos primeras horas del turno de noche, de 22 a 23.59 horas, recogen las menores cifras, pero son muy significativas, si tenemos en cuenta que la duración de esta franja es solo de dos horas, frente a la duración de 7 horas, del turno de mañana y tarde y las 8 horas del turno de noche. Esto es debido a la actividad que queda pendiente de resolver del turno de tarde.
- A partir de las 24:00 horas disminuye significativamente la actividad en el servicio de urgencias.

Adjunto las tablas con los datos, agrupados por trimestres del año 2013 y 2014, tras el análisis expuesto en los párrafos anteriores.

Las más significativas, basándome en el análisis personal realizado anteriormente son las del primer trimestre, del año 2013 y la del primer trimestre del año 2014.

Propuesta de mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente de urgencias

Ana Izco Larrañeta

Ingresos desde urgencias. Primer trimestre 2013. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

AÑO	CENTRO	HORAS	ENERO			FEBRERO			MARZO		
			total	1/2 día	%	total	1/2 día	%	total	1/2 día	%
2013	A	De 0 a 7,59	164	5	18	162	6	19	195	6	21
		De 8 a 14,59	173	6	19	173	6	21	137	4	15
		De 15 a 21,59	485	16	52	418	15	50	500	16	53
		De 22 a 23,59	104	3	11	85	3	10	112	4	12
	Total A		926	30		838	30		944	30	
	B	De 0 a 7,59	228	7	17	219	8	19	265	9	21
		De 8 a 14,59	344	11	26	293	10	25	259	8	21
		De 15 a 21,59	639	21	48	555	20	48	623	20	50
		De 22 a 23,59	116	4	9	91	3	8	110	4	9
	Total B		1.327	43		1.158	41		1.257	41	
Total 2013		2.253	73		1.996	71		2.201	71		

Tabla 2: Fuente. Dirección de Enfermería del CHN

Propuesta de mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente de urgencias

Ana Izco Larrañeta

Ingresos desde urgencias. Segundo trimestre 2013. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

AÑO	CENTRO	HORAS	ABRIL			MAYO			JUNIO		
			total	1/2 día	%	total	1/2 día	%	total	1/2 día	%
2013	A	De 0 a 7,59	146	5	17	157	5	18	134	4	16
		De 8 a 14,59	176	6	20	173	6	20	148	5	18
		De 15 a 21,59	439	15	51	450	15	52	429	14	53
		De 22 a 23,59	103	3	12	93	3	11	104	3	13
	Total A		864	29		873	28		815	27	
	B	De 0 a 7,59	196	7	17	236	8	20	254	8	21
		De 8 a 14,59	291	10	25	289	9	24	269	9	22
		De 15 a 21,59	585	20	50	574	19	48	565	19	47
		De 22 a 23,59	98	3	8	103	3	9	113	4	9
	Total B		1170	39		1202	39		1201	40	
Total 2013		2034	68		2075	67		2016	67		

Tabla 3: Fuente. Dirección de Enfermería del CHN

Propuesta de mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente de urgencias

Ana Izco Larrañeta

Ingresos desde urgencias. Tercer trimestre 2013. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

AÑO	CENTRO	HORAS	JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE		
			total	1/2 día	%	total	1/2 día	%	total	1/2 día	%
2013	A	De 0 a 7,59	171	6	20	143	5	17	165	6	19
		De 8 a 14,59	184	6	21	181	6	22	194	6	23
		De 15 a 21,59	416	13	48	407	13	49	401	13	47
		De 22 a 23,59	90	3	10	102	3	12	87	3	10
		Total A	861	28		833	27		547	28	
	B	De 0 a 7,59	287	9	24	217	7	18	263	9	21
		De 8 a 14,59	265	9	22	327	11	27	308	10	25
		De 15 a 21,59	532	17	45	540	17	45	538	18	44
		De 22 a 23,59	103	3	9	121	4	10	120	4	10
		Total B	1187	38		1205	39		1229	41	
Total 2013			2048	66		2038	66		2076	69	

Tabla 4: Fuente. Dirección de Enfermería del CHN

Ingresos desde urgencias. Cuarto trimestre 2013. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

AÑO	CENTRO	HORAS	OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
			total	1/2 día	%	total	1/2 día	%	total	1/2 día	%
2013	A	De 0 a 7,59	165	5	19	157	5	19	180	6	19
		De 8 a 14,59	136	5	19	151	5	18	141	5	15
		De 15 a 21,59	461	15	53	438	15	56	502	16	54
		De 22 a 23,59	87	3	10	82	3	10	103	3	11
	Total A	876	28		828	28		926	30		
	B	De 0 a 7,59	213	7	18	213	7	19	267	9	20
		De 8 a 14,59	277	9	24	270	9	24	331	11	25
		De 15 a 21,59	570	18	48	560	19	49	611	20	46
		De 22 a 23,59	117	4	10	104	3	9	119	4	9
	Total B	1177	38		1147	38		1328	43		
Total 2013		2053	66		1975	66		2254	73		

Tabla 5: Fuente. Dirección de Enfermería del CHN

Ingresos desde urgencias. Primer trimestre 2014. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

	Centro	Horas	ENERO			FEBRERO			MARZO		
			total	½ día	%	total	½ día	%	total	½ día	%
2014	A	De 0 a 7,59	239	8	23	145	5	17	165	5	19
		De 8 a 14,59	151	5	14	124	4	15	152	5	17
		De 15 a 21,59	547	18	52	474	17	56	468	15	53
		De 22 a 23,59	107	3	10	111	4	13	102	3	11
	Total A		1.044	34		854	31		887	29	
	B	De 0 a 7,59	288	9	21	226	8	20	262	8	21
		De 8 a 14,59	298	10	21	286	10	25	275	9	22
		De 15 a 21,59	676	22	48	518	19	45	580	19	46
		De 22 a 23,59	140	5	10	119	4	10	132	4	11
	Total B		1.402	45		1.149	41		1.249	40	
Total 2014			2.446	79		2.003	72		2.136	69	

Tabla 5: Fuente. Dirección de Enfermería del CHN

5.3.1 El problema de la saturación en ambos servicios de urgencias.

Ambos servicios de urgencias del CHN (urgencias A y urgencias B) en determinadas fechas y concretas franjas horarias del día, se saturan. Circunstancia que genera diversos inconvenientes.

El problema de la saturación, como ya ha sido descrito en la introducción del presente trabajo, es un problema común y multicausal en muchos servicios de urgencias. Uno de los motivos que pueden llegar a originar este problema, es el retraso que se produce en el flujo de salida de los pacientes ya diagnosticados y con orden de ingreso, hacia las diferentes unidades de hospitalización donde tienen que ser ingresados.

Para tener más información sobre las causas de demora en los servicios de urgencias del CHN-a, en la actualidad, y para obtener más información para el presente trabajo, se elabora la siguiente plantilla.

Hora decisión ingreso/ hora de alta	Hora real de ingreso unidad/ hora de salida	Edad	Lugar de espera en urgencias	Unidad de destino	Causa posible retraso	
					Enfermera unidad	
					Enfermera urgencias	
					Auxiliar de enfermería unidad	
					Auxiliar de enfermería urgencias	
					Limpieza de habitación	
					Cama unidad no disponible (Motivo)	
					Celador	
					Médico	
					Otros	

Figura 6. Fuente: elaboración propia

Para completar la plantilla, se solicita la colaboración de los profesionales implicados en el proceso, en ambos servicios de urgencias, A y B: el personal administrativo de admisión de urgencias que solicita la cama para el ingreso en la unidad de hospitalización y las enfermeras y auxiliares de enfermería responsables del paciente, hasta su salida real del servicio de urgencias.

Durante un año, desde Febrero 2013 hasta Febrero 2014, se recogen datos en ambos servicios de urgencias, en turno de tarde principalmente, y también en las primeras horas de turno de noche, hasta las 3 horas.

Al inicio de la recogida de datos, se valoró el interés de añadir también la edad del paciente, el lugar donde estaba ubicado en el servicio de urgencias durante el tiempo de espera y si utilizaba o no un dispositivo en este periodo de espera (cama, silla o deambula), no se modificó la tabla, sino que se añadió su recogida, en la columna de la unidad de destino.

Tras la recogida de datos, se realiza una selección eliminando tablas en las que no estén apuntados los ítems correctamente, finalmente se analizan 100 casos.

Se sigue el siguiente método para agrupar los datos:

1. En el apartado que recoge la fórmula: Hora de salida menos hora de alta.

La diferencia de tiempo entre la hora real de ingreso en la unidad de hospitalización y la hora en la que se había emitido la orden de ingreso. Considerándose la hora real de ingreso en la unidad de hospitalización, la que el paciente sale del servicio de urgencias, sin tener en cuenta el tiempo de traslado entre el servicio de urgencias y la unidad de hospitalización.

Se agrupan los datos en tres intervalos de tiempo:

- a. 120 a 180 minutos
 - b. 180 a 240 minutos
 - c. Más de 240 minutos
2. El apartado de la unidad de destino, se registra con las iniciales de la unidad y se separan por centro A y B, siendo este el único dato que se examina de forma separada en centros, el resto se hace de forma global. Se realiza así para facilitar la visualización por el alto número de unidades de destino.

3. En el apartado de la causa de posible retraso, se registran las causas. Es interesante añadir que en algunos casos se apuntaban dos, celador y enfermera unidad y cuando esto ha ocurrido se registra como enfermera de unidad.
4. Apartado edad, se agrupó en 6 subapartados: desde menor de 60 años ,hasta mayor o igual de 90 años , en grupos cada 10 años
5. Apartado que recoge dispositivos: deambula, silla o cama/camilla.
6. Apartado de lugar de espera indicando los diferentes lugares posibles de espera en ambo centros, de forma conjunta.

Se procede a la elaboración de gráficos con los resultados obtenidos.

1. Tiempo de espera desde la orden de ingreso hasta la salida real:
 - 51 casos que esperan de 120 a 180 minutos desde la orden de ingreso, hasta la hora real de ingreso en la unidad.
 - 31 casos que esperan de 180 a 240 minutos
 - 18 casos que esperan más de 240 minutos.

Diferencia entra la hora de alta y la hora de salida

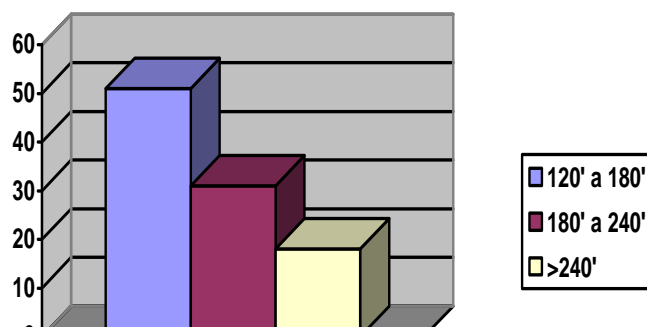


Figura 7: Fuente. Elaboración propia.

2. En la unidad de destino del ingreso, se han realizado dos gráficos separados, debido a que el volumen de unidades es muy alto. Se reflejan de forma separada el CHN-A y el CHN-B, destacando:
 - Unidad sexta general del centro B con 21 ingresos.
 - Unidad D2 con 17 del centro A
 - Unidad E1 con 16 del centro A

Unidades de destino para ingreso desde urgencias (CHN-A)

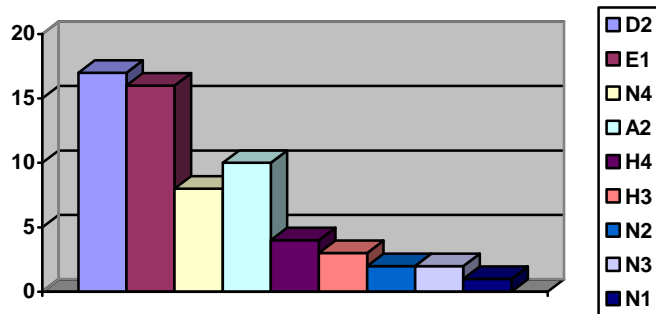


Figura 8: Fuente. Elaboración propia

Unidades de destino para ingreso desde urgencias (CHN-B)

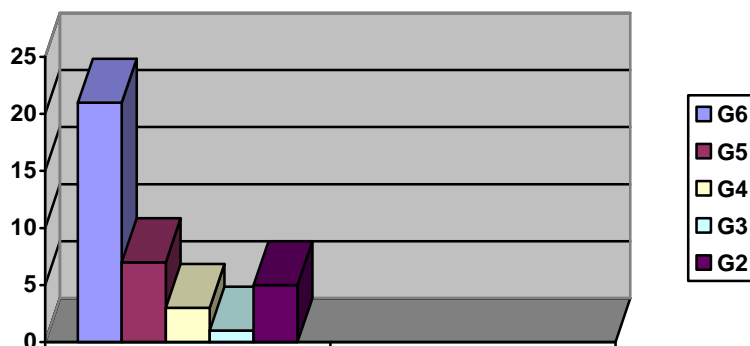


Figura 9: Fuente. Elaboración propia

3. Causa de posible retraso, la diferencia es muy clara:
 - 70 de los 100 casos se debe a que la cama de la unidad no está disponible, los motivos: por limpieza de la habitación, que ha quedado agrupado en este apartado, o porque el paciente anterior no se ha ido de alta principalmente.
 - 5 pacientes ha sido realizada la orden de ingreso antes de tener finalizado todo el proceso por parte del servicio médico de urgencias (pruebas, informes...).
 - 15 debido a la enfermera de la unidad donde el paciente va a ser ingresado.
 - 10 relacionado con los celadores de urgencias que tienen que realizar el ingreso.

Propuesta de mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente de urgencias

Ana Izco Larrañeta

Causas posible retraso del ingreso

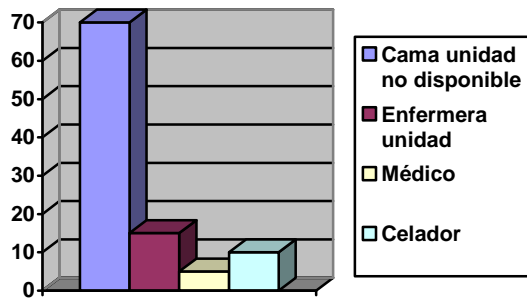


Figura 10: Fuente. Elaboración propia

4. En el apartado edad, el mayor número de pacientes está entre 70 y 80 años, como refleja el siguiente gráfico.

Edad

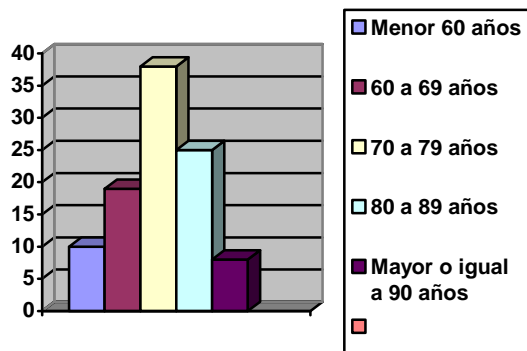


Figura 11: Fuente. Elaboración propia.

5. Dispositivo que precisa el paciente, como refleja siguiente gráfico, principalmente la camilla/cama con 52 casos.

Dispositivos

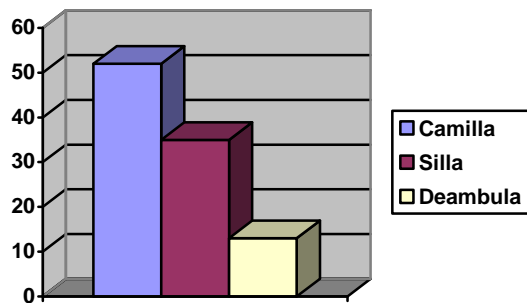


Figura 12: Fuente. Elaboración propia

6. En el apartado de lugar de espera:

- Destaca sala 3 de urgencias del centro A con 29 pacientes
- Zona de box de medicina interna (compuesta por box 1,2 y 3) con 27 en urgencias del centro B
- Sala 2 del centro A con 25 pacientes.

Lugar donde espera el paciente

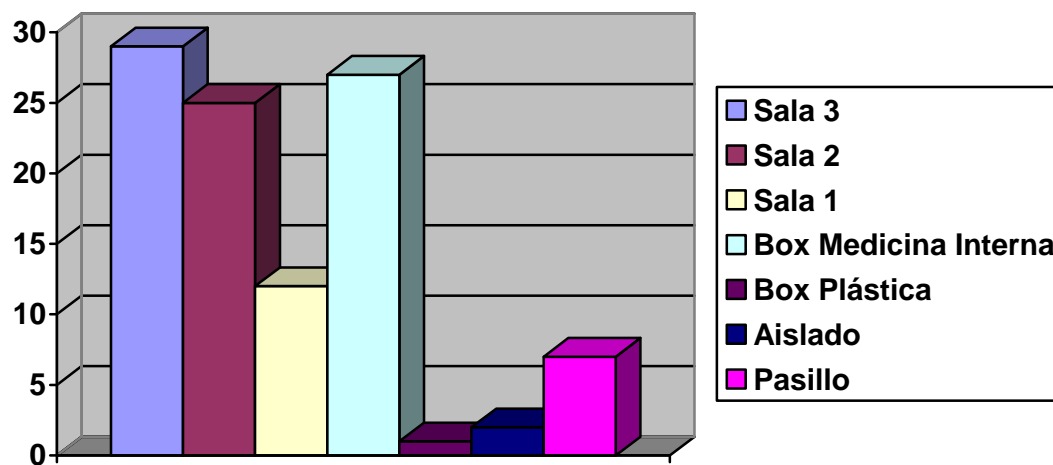


Figura 13: Fuente. Elaboración propia



6. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

Tras valorar los resultados obtenidos en los gráficos del apartado anterior, puede constatarse en los Servicios de Urgencias del CHN:

1. Los tiempos de demora en realizar los ingresos en las unidades de hospitalización son elevados, en un 18% de los casos analizados, incluso más de 240 minutos (4 horas). Este problema es nacional, complejo, multifactorial, existe desde hace años y es conocido por la organización.
2. En ambos centros, A y B, hay unidades de hospitalización que reciben mayor número de ingresos procedentes de urgencias, respecto a otras, en el Hospital A: E1 y D2; en el Hospital B: 6ª General.
3. La causa principal del tiempo de demora en ingresar en las unidades de hospitalización, es la no disponibilidad de camas libres en las unidades de hospitalización y en segundo lugar la imposibilidad de recibir al paciente por parte de las enfermeras de la unidad, aunque la cama esté libre y preparada.
4. El paciente acude principalmente a urgencias, a partir de las 11 horas, disminuyendo la afluencia a partir de las 22 horas. La cifra más alta de ingresos es en el turno de tarde y aumenta en concreto a partir de las 17 horas, de 22:00 a 24:00 horas el número es relevante, por la actividad pendiente del turno de tarde, resto de horas del día, disminuye notablemente.
5. La edad de los pacientes es principalmente entre 70 y 80 años, destacar la posibilidad de ser pluripatológicos en este intervalo de edad, revisando este hecho, se ha obtenido un 12% de pacientes diabéticos.
6. La mayor parte de pacientes esperan en cama/camilla.

Resulta relevante para el presente trabajo añadir:

7. Tras la unificación del CHN en el 2010, el número de personas que acuden al servicio de urgencias de uno de los centros (A o B) y es ingresado en el otro centro, no en el mismo al que ha ido, ha aumentado notablemente. El número de este tipo de casos, sigue una tendencia ascendente.

El presente trabajo no refleja datos concretos sobre este hecho, pero es constatable que aumenta el tiempo de traslado, hasta la unidad de hospitalización de destino, donde el paciente va a ser ingresado y que aunque no haya registros oficiales sobre esta fase del proceso, si implica un mayor absentismo del servicio de urgencias de los celadores y también repercute sobre el paciente, familiares y resto de profesionales incluidos en el procedimiento.

Cuando el servicio de urgencias, sea unificado en Navarra, esta cuestión tendrá que seguir teniéndose en consideración.

8. Los ingresos desde urgencias a las unidades de hospitalización, son efectuados por los celadores de urgencias. Únicamente en situaciones extraordinarias, han sido hechos por celadores ubicados en las unidades de hospitalización.

Al llegar el ingreso a la unidad de hospitalización.

En el centro A, el celador es ayudado por el celador de la unidad de destino a movilizar el paciente, hasta dejarlo bien acomodado en su cama de referencia y después es recibido por auxiliar de enfermería y enfermera de la unidad.

En el centro B, enfermera y auxiliar esperan al celador que llega con el ingreso desde urgencias, en la habitación de referencia, para ayudar al celador en la movilización del paciente hasta dejarlo bien acomodado.

La dotación de celadores en las unidades de hospitalización, en turno de tarde en ambos centros es diferente, siendo menor en el centro B.

En ambos centros, el número de celadores disminuye mucho del turno de tarde, al turno de noche.

Estos inconvenientes y diferencias, está previsto se resolverán con la apertura del nuevo servicio de urgencias unificado.

El horario de los celadores también es diferente en uno y otro centro.

En el A es de 7:30 horas a 14:30 horas o de 14:30 horas a 21:30 horas y de noche de 21:30 horas a 7:30 horas.

En el B, el turno es similar a la mayoría del resto de profesionales de servicio, 8:00 a 15:00 horas, 15:00 a 22:00 horas y 22:00 a 8:00 horas.

Las diferencias de funcionamiento al llegar el ingreso a la unidad de hospitalización en ambos centros afectan en la organización de los ingresos desde urgencias, ya que los recursos que se precisan son diferentes.

Los horarios de trabajo diferentes de los celadores en el centro A, repercuten en la dinámica de la actividad diaria del resto de los profesionales, ya que el equipo es multidisciplinar y el trabajo de cada uno, está relacionado con el otro.

9. El personal de limpieza que actualmente trabaja en turno de tarde.

En el servicio de urgencias A es una persona; limpiando habitaciones tras el alta del paciente para que estas queden disponibles, 5 personas para todo el edificio A.

En el centro B, 2 personas para lo que se precise limpiar en el edificio general.

Estos datos, reflejan una importante diferencia con el turno de mañana, en el que existen 2 trabajadores del servicio de limpieza en cada unidad de hospitalización, tanto en el centro A, como en el B, además del personal asignado a los servicios de urgencias.

Añadir que en el CHN-B, no se realizan altas, es decir, no se limpian habitaciones tras marcharse el paciente y quedarse libres en turno de mañana.

10. No existe en la actualidad un sistema de notificación de las pre-altas. En las unidades de hospitalización, desde el día anterior, habitualmente se conoce el número de altas, el médico informa a los pacientes, “mañana usted se irá de alta” pero no da “pre-alta”. El porcentaje de cumplimiento de este número probable de altas es grande, pero la comunicación de este dato es verbal y no queda registrada.

11. En el sistema sanitario actual de Navarra, no está fijada una hora máxima que tenga que marcharse el paciente que ya ha sido dado de alta médicamente.

No existe una normativa que fije la hora máxima de salida de la unidad de hospitalización, como por ejemplo existe en un servicio de hostelería.

No hay conciencia entre la población de la importancia de marcharse lo antes posible de la habitación, cuando tienen el papel del alta hospitalaria, para que quede lo antes posible libre, para la siguiente persona que lo necesite.

Los profesionales tampoco están concienciados sobre la importancia de acelerar las altas, en el contacto diario con el paciente, existe en varias ocasiones la oportunidad de ir educando al paciente de la importancia de marcharse pronto, por si se necesitara la habitación, pero actualmente no se trabaja de este modo, se le permite al paciente que se quede en el centro una vez dada el alta hospitalaria, hasta la hora que quiera o necesite.

Con una hora máxima de estancia, tras alta hospitalaria, bajo sanción por incumplimiento, se acelerarían las altas y se favorecerían los ingresos, teniendo que esperar estos pacientes menos en urgencias de ambos centros.

12. Los pacientes cuando son dados de alta en las unidades de hospitalización, pueden ir a su domicilio o ser trasladados a otro centro hospitalario, o de otro nivel asistencial, para continuar recibiendo los cuidados pertinentes.
El traslado a domicilio o centro asistencial, según circunstancias puede ser realizado en un medio de transporte propio, o en ambulancia. Las ambulancias funcionan con un sistema de concierto ya fijado y los traslados a otros centros también, teniendo ya unos horarios establecidos.
Todo esto condiciona la disponibilidad de camas en las unidades de hospitalización, en horarios concretos.

13. El servicio de admisión del CHN, dispone del mapa de camas libres a partir de las 14 horas.

6.1 Análisis interno y externo. Matriz DAFO.

Para toda decisión estratégica, hay que realizar un diagnóstico de la situación. El análisis DAFO es el método más sencillo y eficaz para decidir sobre el futuro.

Podemos definirlo como un análisis estratégico basado en la detección de elementos internos, diagnosticando puntos a favor (fortalezas) o en contra (debilidades) de la organización que son controlables y en la detección de elementos externos, amenazas y oportunidades compuestas por decisiones de terceros que pueden afectar directa o indirectamente a la organización.

Ayuda a plantear acciones que deberíamos poner en marcha para aprovechar las oportunidades detectadas y para preparar la organización, contra las amenazas, teniendo conciencia de las debilidades y fortalezas propias de la organización.

“El principal objetivo de un análisis DAFO es ayudar a una organización a encontrar sus factores estratégicos críticos, para una vez identificados, usarlos y apoyar en ellos los cambios organizacionales: consolidando las fortalezas, minimizando las debilidades, aprovechando las ventajas de las oportunidades, y eliminando o reduciendo las amenazas”⁽¹⁷⁾

Debilidades:

- Un paciente en urgencias, desde el momento que está diagnosticado y se le asigna cama en una unidad para ingresar, pertenece ya a esta unidad, pero no está reconocido por los profesionales de la unidad como tal. Estos profesionales, enfermeras y auxiliares de enfermería, priorizan la atención a los pacientes que ya tienen ingresados y asignados, que a realizar el ingreso desde urgencias, aunque la cama esté disponible.
- Existe la posibilidad que una cama asignada, desde una unidad, para un ingreso desde urgencias, esté ocupada físicamente todavía por un paciente, aunque este tenga ya su alta hospitalaria. Cuando el paciente desaloja la habitación, para poder actuar con la mayor celeridad, el personal de la unidad tiene que tenerlo en conocimiento y preparar la cama lo antes posible para poder ingresar al paciente de urgencias, es decir avisar al Servicio de Limpieza y cuando esté limpia, prepararla desde el propio servicio, por parte preferentemente de las auxiliares de enfermería.

Existe una desorganización en todo este proceso, todo personal de la unidad, no es conocedor de la fase en que se encuentra la habitación en todo momento, como sería lo más eficaz.

- Existe déficit de coordinación entre el personal enfermero de urgencias y el personal enfermero de hospitalización, escasa información y comunicación, especialmente cuando la actividad es alta en ambos servicios.
- En el tiempo de espera de los pacientes en urgencias para ser ingresados, la atención de las enfermeras de urgencias es menor, ya que consideran que el paciente ya no pertenece al servicio, cuando es necesario garantizar la continuidad del cuidado, hasta la salida real del paciente del servicio.
- Desconocimiento de las consecuencias que implica el aumento del tiempo de espera en el servicio de urgencias, para ser ingresado, transcendentales y desarrolladas en la introducción del presente trabajo.

Fortalezas:

- Existe un interés desde la organización por mejorar este problema tratado en el presente trabajo y por transmitir motivación a los profesionales implicados.
- Se han creado varios grupos de trabajo relacionados con urgencias, y más concretamente un grupo de trabajo cuyo título es: “Grupo de coordinación de ingresos urgentes en el CHN”.
- En la actualidad, existe una alta rotación del personal por los diferentes servicios del CHN. Esto puede interpretarse como una debilidad, pero es positivo, ya que permite a los profesionales, la realidad de cada centro, comprenderla y convertirse en elementos facilitadores de resolución de problemas.
- La existencia de figura de Jefa de Guardia de Enfermería presencial en turno de T, N y festivos, como elemento coordinador de Urgencias con el resto del CHN, haciendo también de enlace entre la diferentes unidades. Profesional que conoce la visión global de todo el Complejo cada momento y puede transmitir también importante información.

Amenazas:

- Resistencia al cambio, como algo innato en muchos profesionales de forma generalizada
- Situación de crisis económica que atraviesa actualmente el país
- Concentración del número de ingresos en una franja horaria, debido a la mayor demanda en turno de mañana, la máxima cantidad de ingresos se realizan en ambos centros en turno de tarde.

- Falta de espacio físico para desarrollar correctamente la actividad en los servicios de urgencias, cuando están saturados y más concretamente falta de un espacio físico de estancia definido, para el tiempo de espera a ser ingresados en unidades de hospitalización, tras ser ya diagnosticados.
- Características propias de los servicios de urgencias que hace que la presión asistencial sea muy variable, y dificulta la formación de una plantilla con un número de profesionales, que asegure la atención completa en todo momento, sí se conoce previsiblemente, los horarios de mayor demanda y mayor número de ingresos desde urgencias.
- Distancia física entre los servicios de urgencias y determinadas unidades de hospitalización
- Aumento de traslados intercentros, debido al proceso de unificación de las especialidades médicas.
- Tendencia ascendente en los últimos años de: la actividad en urgencias (determinada por el número de personas que acuden, la presión de urgencias y el porcentaje de urgencias ingresadas).
- Conciertos con empresas externas de ambulancias y con centros privados para cubrir determinadas necesidades especiales de asistencia, que intervienen en los horarios de las altas hospitalarias.
- No programación previa de las altas, el médico lo comunica de forma verbal pero no existe un sistema de pre-altas
- Personal de limpieza en turno de tarde, momento del día que hay que realizar más altas, es mucho menor que en turno de mañana. A este hecho hay que añadir que en el centro B, aunque haya habido habitaciones libres pendientes de limpieza por haber sido desalojadas por el paciente en turno de mañana, no se limpian en este turno por protocolo, solo en turno de tarde
- Horario de celadores del centro A, es diferente al resto de los profesionales enfermeras y auxiliares, lo que dificulta la coordinación de la actividad.

Oportunidad:

- Creación del CHN. Decreto foral 19/2010 de 12 de Abril ⁽¹⁵⁾
- Creación de un servicio único de urgencias, con una estructura física más amplia y nuevos espacios con más recursos que van a permitir nuevas y mejores formas de trabajo. Orden foral 5/2011 de 21 de Enero. ⁽¹⁶⁾
- Creación de nuevos perfiles profesionales, como por ejemplo la figura del dinamizador de altas, que exija las pre-altas (altas previstas para el día siguiente, hablando con jefe de unidad)
- Nuevo plan funcional, que ayude a trabajar más correctamente en el servicio de urgencias.
- Elevado número de estudios publicados referentes al tema tratado.

DEBILIDADES

No prioridad de atención al paciente de urgencias

Déficit organizacional en unidades de hospitalización ante un ingreso desde urgencias

Déficit de coordinación personal urgenc/ personal hospitalización

No continuidad de cuidados en tiempo de espera para ser ingresado en planta

Desconocimiento consecuencias aumento tiempo de espera a ingresar, tras ser diagnosticado

AMENAZAS

Resistencia al cambio

Situación de crisis económica

Falta de espacio físico

Concentración ingresos en franja horaria determinada.

Idiosincrasia propia de urgencias

Distancia entre servicio urgencias/us hospitalización

Aumento traslados intercentros

Aumento presión asistencial, actividad urgencias y porcentaje ingresos

Conciertos ambulancias/centros privados

No sistema pre-altas

Escasez personal limpieza turno tarde

Horario trabajo celadores diferente al resto

FORTALEZAS

Interés de la organización por mejorar

Creación grupo de trabajo: Coordinación Ingresos urgentes del CHN

Alta rotación del personal en el CHN

Existencia de Jefa de Guardia de Enfermería presencial en turno de: tarde, noche y festivos

OPORTUNIDADES

Creación de CHN

Creación de un servicio único de urgencias.

Creación de nuevos perfiles profesionales

Nuevo plan funcional

Alto número de publicaciones relacionadas con el tema

En esta matriz DAFO se ha considerado las dificultades relacionadas con los profesionales: médicos, admisión, limpieza y celador, como amenazas, ya que son externas al ámbito de actuación del presente trabajo.



7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El plan de mejora se constituye en un objetivo del proceso de mejora continua. Integra la decisión estratégica sobre cuales son los cambios que deben incorporarse. Dicho plan, además de servir de base para la detección de mejoras, debe permitir el control y seguimiento de las acciones y la incorporación de labores correctoras⁽¹⁸⁾

La ruta a seguir para la elaboración de un plan de mejora es:

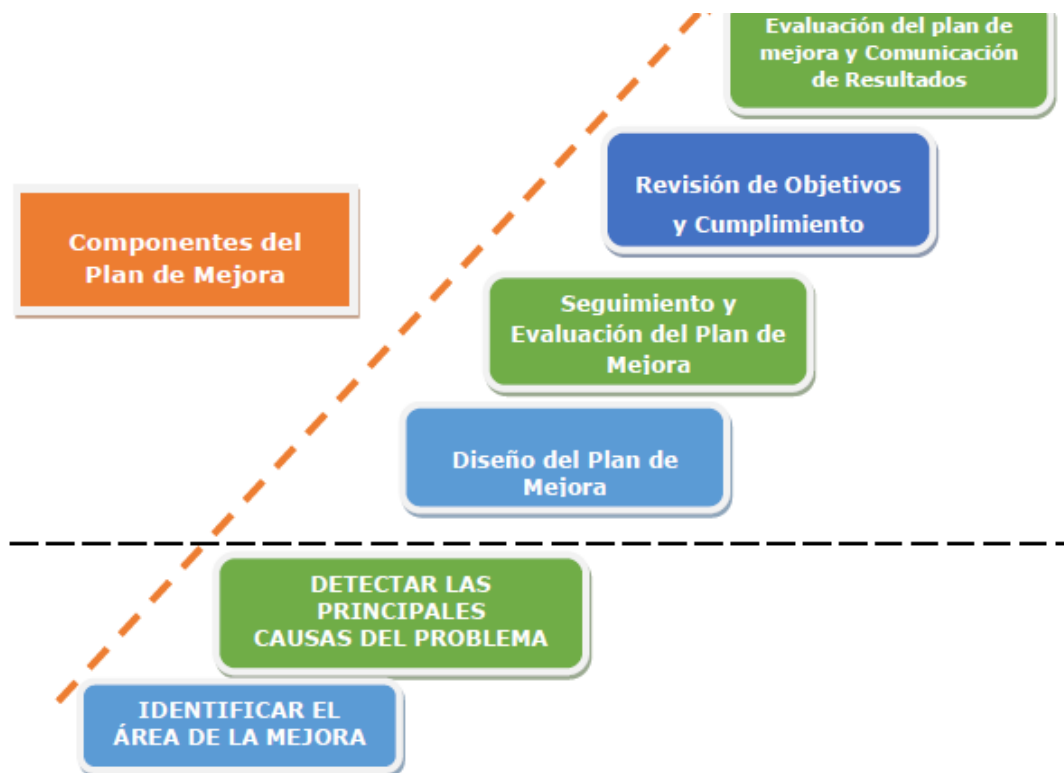


Figura 14

Los principios de un plan de mejora:

- Derivado de un proceso sistemático de autoevaluación y diagnóstico.
- Realista y vinculado a las necesidades sentidas y expresadas por las personas implicadas.
- Concreto y sencillo en su planteamiento.
- Planificado en un proyecto articulado.
- Con responsabilidades fijadas, sin olvidar que se estructura en un marco de colaboración.
- Con un seguimiento que verifica los logros de las actuaciones.
- Con el punto de vista puesto en su integración en la vida institucional

Los elementos del plan de mejora:

- Las Áreas de Mejora que se van a trabajar.
- Los objetivos a conseguir.
- Las Acciones de Mejora que se van a desarrollar.
- Las tareas concretas que se van a realizar en cada una de las acciones.
- La persona responsable de la tarea o tareas.
- La temporalización, cuando se van a realizar estas acciones de mejora.
- Indicadores: criterio con el que se va a medir que se consiguen los objetivos previstos. Pueden ser cuantitativos o cualitativos.
- Los resultados esperados, el impacto. ⁽¹⁹⁾

Como ya se puede ver reflejado en los puntos anteriores, la referencia principal para verificar el cumplimiento del plan de mejora, son los indicadores.

Los indicadores, son unidades de medida que expresan el cambio pretendido en un tiempo determinado, pueden valer para reflejar el avance de las acciones emprendidas o el resultado final de estas.

Características de los indicadores: bien definidos, relevantes y pertinentes, exactos y consistentes, objetivos, mensurables, viables y cotejables, válidos, perdurables y un apoyo para la toma de decisiones. ⁽²⁰⁾

Muchas veces, se piensa que introducir una innovación supone grandes cambios y que la dificultad añadida a la actividad diaria va a ser considerable, lo que provoca una resistencia al cambio. Sin embargo pequeños cambios, llevados a la práctica con constancia y compromiso de los profesionales implicados consiguen grandes resultados, aunque también es cierto que en algunas ocasiones, la complejidad del problema aconseja acciones más complicadas que supongan cambios de la organización significativos.

Para que un plan de mejora sea eficaz requiere:

- Estar convencidos que la mejora es posible
- Controlar actitudes derrotistas
- Existencia de un liderazgo correctamente ejercido
- Implicación de los profesionales ⁽²¹⁾

Enmarcado en este contexto:

La figura de los mandos intermedios posee un rol importante en todas las fases del proceso del plan de mejora, profesionales relacionados con el ámbito de la gestión, son las figuras motivadoras, que deben transmitir confianza y apoyo al plan de mejora.

Debe ejercer el liderazgo necesario para el desarrollo del plan.

El mando intermedio para mantener motivado al equipo en un proceso de consecución de un objetivo, debe:

- Transmitir energía, confianza y seguridad.
- Transmitir información, propiciar la participación, y un ambiente lo más agradable posible.
- Retroalimentación positiva, ante un problema, no buscar culpables.
- Escuchar a los trabajadores, apoyarlos, ganarse su respeto.
- Conocer a los miembros del equipo para poder asignarles a cada persona la función adecuada, según sus conocimientos y habilidades y localizar los profesionales motivadores.
- Desarrollar la creatividad, el sentimiento de pertenencia al equipo.
- Plantear metas alcanzables y mostrar los beneficios en resultados ⁽²²⁾

En uno de los capítulos del libro, Los mitos de Silvia, su autor revela que:

“La diferencia entre un líder a secas y un líder productivo, es que el segundo no trabaja con su equipo, sino para su equipo” ⁽²³⁾

Javier Martín De la Fuente.

En la Comunidad Foral de Navarra, ámbito de aplicación del presente trabajo, la legislación existente relacionada con los planes de mejora:

La Ley Foral 21/2005, de Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios Públicos, establece el marco general de evaluación y calidad en las Administraciones Públicas de Navarra.

Esta Ley Foral define los programas de mejora como consecuencia de la Evaluación de la calidad de los servicios públicos. Lo indica en el Capítulo III, en los siguientes artículos:

Artículo 12. *Concepto.*

La evaluación de la calidad de los servicios públicos constituye un proceso integral y continuo que:

- a) Considera los niveles de prestación de los servicios en relación con las expectativas ciudadanas y la medición del grado de cumplimiento de compromisos previamente establecidos por la unidad prestadora.*
- b) Establece, a partir de los datos obtenidos, **programas de mejora.***

Artículo 17. *Programas de mejora de la calidad.*

*Los responsables de las unidades u organismos competentes, a partir de la información obtenida por aplicación de las evaluaciones, **propiciarán programas de mejora de los servicios que presten.** El desarrollo de estas acciones, así como su resultado, podrán ser tenidos en cuenta tanto para la revisión del servicio en futuras evaluaciones como, en su caso, para la valoración en la fase de los premios a que se refiere el Capítulo V de esta Ley Foral.*

Más adelante, en su Capítulo VI, dedicado a la Comisión Foral para la Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios Públicos, indica:

Artículo 23. *Naturaleza y funciones.*

*h) La gestión del Registro de Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios Públicos, creado en virtud de esta Ley Foral, que será público y gratuito, y en el que podrán integrarse los sistemas de evaluación que se apliquen y, en su caso, **los programas de mejora** que se elaboren, así como las Cartas de Servicios.⁽²⁴⁾*

Así, en su Acuerdo de 16 de marzo de 2010, la Comisión Foral para la Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios Públicos precisa la definición del contenido de la Sección de Programas de Mejora, recogiendo aquellos programas desarrollados a partir de la evaluación de intervenciones públicas y de la aplicación de las medidas propuestas por la Ley Foral 21/2005 para la mejora de la calidad de los servicios públicos.

También está relacionado el siguiente Acuerdo:

ACUERDO de 16 de marzo de 2010, de la Comisión Foral para la Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios Públicos, por el que se modifica la estructura del Registro de Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios Públicos y se determina su contenido.

a) Programas de mejora de la calidad

En esta sección se inscribirán los programas de mejora de la calidad de las políticas y de los servicios públicos, que promuevan o se hayan implantado en las Administraciones Públicas de Navarra.

Estos programas se habrán desarrollado a partir de la información obtenida en las evaluaciones de las intervenciones públicas, así como de la aplicación de las medidas que la Ley Foral 21/2005, de 29 de noviembre, de Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios Públicos, establece para la mejora de la calidad de los servicios públicos (Autoevaluaciones o evaluaciones de la calidad de los servicios públicos, Cartas de Servicios, Análisis de la demanda y grado de satisfacción ciudadana, Quejas y sugerencias).⁽²⁵⁾

7.1 La unificación del servicio de urgencias de Navarra. Una oportunidad.

En la matriz DAFO, la creación del nuevo servicio de urgencias unificado del Complejo Hospitalario de Navarra, un servicio único, es una oportunidad en esta compleja realidad.

“El *apresurado y complejo mundo de la asistencia de urgencias puede llegar a ser humano* “Nettie Klein.

Este servicio único es la consecuencia de la fusión de los servicios de urgencias en Navarra.

Con la orden foral 5/2011 de 21 de Enero ⁽¹⁶⁾ nace el nuevo servicio. Esta orden foral fue la herramienta para el cambio.

Este proyecto es un punto de inflexión en la atención de urgencias en la Comarca de Pamplona.

La unificación del servicio de urgencias supone entre otras cosas:

- Un aumento de superficie de trabajo, la nueva superficie es casi dos veces y medio mayor que la suma de las superficies de los centros actuales, urgencias del Hospital A y urgencias del Hospital B.
- Un diseño más moderno y eficiente, que permite acceder del modo más rápido posible a las diferentes estancias.
- Instalaciones dignas, amplias habitaciones y pasillos
- Creación de nuevos espacios como una sala polivalente, con capacidad para 30 puestos, equipada y preparada para adaptarse gradualmente a los diferentes picos de demanda y atender al doble de pacientes en caso de producirse emergencia médica.
- Más salas de espera
- Más salas de radiología
- Aumento en la seguridad del paciente
- Un triage estructurado
- Utilización de recursos según necesidades de manera equitativa para la población
- Simplicidad
- Mejoras en los sistemas informáticos
- Mejoras en la trazabilidad
- Asignación única de pacientes a hospitalización

Alguna cosa se habrá quedado sin incluir en la lista, ya que es una oportunidad importante.

La actividad asistencial del nuevo Servicio de Urgencias, se va a desarrollar en un edificio construido para tal fin que está diseñado para dar cabida a la demanda asistencial urgente que se genera en la actualidad. La estructura arquitectónica se ha diseñado en base a un plan funcional que tiene como primera finalidad conseguir la mejor atención para todos los pacientes que acudan solicitando atención urgente.

“El plan funcional contempla tres posibles circuitos asistenciales, diferenciados entre sí por el nivel de recursos utilizados y por la inmediatez de las medidas para atender la urgencia. El acceso de los pacientes a cada uno de los circuitos viene determinado por el nivel de gravedad y de prioridad que el sistema de triaje asigna al motivo de la urgencia:

Circuito A o de leves: en el que se va a atender a los pacientes de menor gravedad, es decir puntuaciones en el triaje de 4 ó 5, o bien de 3 en cuadros de menor entidad para los cuales puedan ser suficientes los medios disponibles en este circuito.

Circuito B o de graves: en el que se va a atender a los pacientes de mayor gravedad, es decir, aquellos con una puntuación de 2 ó de 3 en el triaje.

Circuito C o de críticos: atendido por los equipos asistenciales asignados al Circuito B, viene definido por el hecho de que la atención va a realizarse en la sala de Reanimación, bien por ser pacientes con prioridad 1 o bien porque habiendo asignado una prioridad 2, la situación clínica entraña riesgo para órganos o para funciones vitales.

Hay que tener en cuenta que la patología urgente es dinámica y por tanto es posible que durante el proceso de atención en Urgencias las necesidades asistenciales varíen y por tanto también los recursos utilizados.

Por otra parte, las fluctuaciones en las curvas de demanda pueden obligar a que recursos que en un momento estén menos utilizados en uno de los circuitos sean utilizados para atender a pacientes ubicados en cualquiera de los otros.

Quiere decir todo esto que desde el punto de vista funcional debe existir la flexibilidad suficiente para utilizar los circuitos asistenciales con todos sus recursos buscando en cada momento la mayor eficiencia en la atención”⁽¹¹⁾

Con el nuevo servicio de urgencias y la redacción de su plan funcional, se consideran unos requerimientos relacionados con este plan, que van a ayudar a mejorar en la realización de las actividades diarias:

- Se contempla la información a pacientes y acompañantes a cerca del funcionamiento del servicio y sobre tiempos de espera y lugares de espera. También hay una enfermera encargada de llamar a los familiares para informarles cuando acude un paciente crítico sin acompañamiento. Mejora en información y comunicación.

- Sistema visual de llamada que facilita el trabajo en equipo, si la presencia de la enfermera en una consulta no es posible, el médico le llamará por el sistema visual de llamada existente, cuando se necesite la colaboración en cada área de la auxiliar o del celador, se avisará también a estos por el sistema visual de llamada.
- Creación de un nuevo espacio: La sala polivalente, compuesta de varios boxes separados por biombos y que pueda doblar su capacidad, retirando estos biombos, en situaciones que sea necesario aumentar su capacidad. Dotada de los recursos materiales necesarios.
Con esta sala se dispone de un amplio lugar de espera adicional, a las también existentes salas de espera. En este lugar se prevé la estancia de los pacientes en camillas y los que precisan vigilancia.
De esta forma se evitan las esperas en los pasillos y la acumulación de pacientes. También ayuda a una mejora en la organización, para los profesionales y para los pacientes y su confort.
Relacionado fundamentalmente con el presente trabajo, cuando se decide un ingreso, normalmente el paciente se encontrará en espera en alguno de los boxes de la sala polivalente. El médico que decide el ingreso, imprime la solicitud desde Historia Clínica informatizada y la hace llegar a admisión, realiza la hoja de tratamiento y cumplimenta volantes de pruebas complementarias(en el caso que el paciente las precise), entrega la documentación a la enfermera responsable del paciente y le informa de la necesidad o no de tomar medidas previas al ingreso, si es necesario la enfermera llevará a cabo las órdenes de tratamiento inmediato prescritas y después pasará la documentación del paciente a la enfermera del control central, quedando todo bajo su supervisión.

El paciente permanecerá en boxes, hasta que llegue la orden de ingreso con la asignación de cama y pueda ser trasladado. En ese momento la enfermera del control central apuntará la hora de salida del Servicio de Urgencias.

Si se produjera alguna incidencia relevante durante la espera, desde el control central, se avisará a la enfermera responsable del paciente. De forma habrá sido establecido entre ambas enfermeras, la forma en que se llevará el control y la administración de medicamentos, en caso que se prolongue el tiempo de espera.

- Creación de un circuito de control de documentación clínica durante el proceso asistencial.
- Cuando el paciente es trasladado de un espacio físico a otro, por medio de la pulsera identificativa y con un lector, el celador recogerá el cambio de espacio, que quedará volcado a su Historia Clínica, de este modo, se sabrá en cada momento donde está ubicado el paciente dentro de servicio de urgencias. Mejora en la trazabilidad.

- Nuevo perfil profesional: enfermera del control central.
 - Vigila a los pacientes que esperan en la sala polivalente para ingresar o irse de alta en ambulancia, o están en espera de resultados o de realización de pruebas y avisa a la enfermera responsable del paciente ante cualquier incidencia importante.
 - Aporta información sobre los pacientes a las enfermeras de las unidades de hospitalización.
 - Coordina con las unidades de hospitalización el ingreso de pacientes en planta: prioriza ingresos; dinamiza y agiliza.
 - Moviliza recursos y/o coordina con la Jefa de guardia de Enfermería en situaciones de exceso de carga...
 - Referente para atender los avisos para realizar las pruebas complementarias pendientes a los pacientes, para los técnicos de ambulancias cuando acudan al servicio para trasladar a un paciente de alta y referente del servicio para el resto de las unidades de hospitalización.

En este marco de actuación, en el que el proyecto de un servicio unificado de urgencias, está ya muy próximo a ser una realidad, un servicio moderno, buscando la excelencia clínica y la equidad, el presente trabajo, se plantea unos objetivos y presenta unas propuestas de mejora, que puedan contribuir a ayudar en la mejora del cuidado en los servicios de urgencias actuales, pero principalmente en la actividad del nuevo servicio de urgencias.

En la actualidad, el problema de la saturación continuando existiendo y se continúan buscando soluciones.

En todo momento, se pueden pensar y poner en marcha propuestas de mejora, pero en la época actual, es todavía más importante, ya que con el comienzo de un servicio nuevo, se pueden instaurar nuevas formas de funcionamiento, cambios para mejorar en el trabajo diario.

El problema de la saturación del servicio de urgencias, concretamente en horario de tarde, cuando la demanda del paciente continua siendo elevada y el porcentaje de ingresos alcanza su pico más alto (momento en el que si las camas para ingresar no están disponibles, se enlentece el flujo de salida de pacientes del servicio) implica que las condiciones laborales del profesional de urgencias para ejercer un correcto cuidado son complejas.

Si se consiguiera modificar el gráfico de valores de porcentajes de ingresos desde urgencias, distribuyéndolos de forma más uniforme durante todo el día, el personal pudiera realizar mejor su trabajo, el problema de la saturación experimentaría una evidente mejora y las expectativas de la población serían resueltas de forma más eficaz.

Este complejo asunto, actualmente está siendo tratado por el grupo de trabajo que he mencionado en apartados previos: Coordinación ingresos urgentes.

En este grupo se trabaja identificando las circunstancias que actúan sobre la demora de aceptar el ingreso en las unidades de hospitalización, se reflexiona con diferentes equipos asistenciales entre algunas alternativas posibles y se ponen en marcha medidas que están en la responsabilidad de los diferentes miembros del grupo, para proponer mejoras que disminuyan el tiempo que transcurre entre la orden de ingreso y la acogida en la unidad que corresponda.

De forma paralela a esta cuestión:

Si el paciente no puede subir a planta, la alternativa es ser bien atendido en urgencias.

Urgencias no se concibe como lugar de continuidad de cuidados, pero cuando acontece la circunstancia descrita en el presente trabajo y el tiempo que permanece el paciente tras ser diagnosticado en urgencias, puede ser hasta mayor de 240 minutos, la garantía de continuidad de cuidados para conseguir calidad de atención, debe darse.

Para realizar unos correctos cuidados en urgencias, tanto por la enfermera, como por la auxiliar de enfermería, es muy importante, además del tiempo de espera: el lugar donde espera el paciente; la edad del paciente, a la cual va asociada habitualmente una serie de necesidades adicionales; patologías concomitantes, sobre las cuales pueda incidir el aumento del tiempo de espera como por ejemplo la diabetes, etc.

La enfermera en urgencias, es responsable de la atención y cuidado de los pacientes asignados, proporcionándoles atención integral hasta su alta, cambio de asignación, ingreso o traslado.

7.2 Mejora en los cuidados de enfermería al paciente ya diagnosticado esperando a ingresar en una unidad de hospitalización.

Para conseguir:

- Unificar criterios de actuación.
- Coordinar profesionales servicio de urgencias, con los de los servicios de hospitalización.
- Aumentar y mejorar la información entre profesionales y servicios
- Garantizar la continuidad y calidad de cuidados en la atención del paciente

Se definen las acciones de mejora, siguiente fase para la elaboración de un plan de mejora.

Basándonos fundamentalmente en las debilidades expuestas de la matriz DAFO, las acciones de mejora son:

- 1. Creación de un documento de verificación llamado check list pre-acogida**
- 2. Modelo de elaboración de un protocolo para las auxiliares del nuevo servicio de urgencias unificado, ubicadas en la sala polivalente donde esperan los pacientes ya diagnosticados, a ser ingresados.**

7.2.1. Check list pre-acogida. Elaboración

La creación de un nuevo documento de verificación llamado check list pre-acogida, tiene doble finalidad en los servicios hospitalarios

- 1) Información para personal de la unidad de hospitalización.
- 2) Verificación de la realización de los cuidados, durante toda la estancia del paciente en el servicio de urgencias. Incluyendo el tiempo de espera para ser ingresado, cuando ya tiene el diagnóstico médico, la orden de ingreso realizada y la cama en la unidad de destino asignada

El documento tiene tres apartados, con la correcta cumplimentación de la primera parte mejora la asignación correcta en la unidad de destino según las necesidades del paciente, con la correcta cumplimentación del segundo y tercero apartado, se garantiza la calidad asistencial y la seguridad del paciente, con la continuidad de cuidados, por parte de las enfermeras y auxiliares de enfermería, hasta la salida real del paciente del servicio de urgencias.

Para la elaboración de este documento, he utilizado de referencia el formato ya existente de: Listado de verificación de seguridad quirúrgica, este documento lleva un tiempo utilizándose con buenos resultados en el Complejo Hospitalario de Navarra ,para los pacientes que son trasladados de las unidades de hospitalización a quirófano para ser intervenidos quirúrgicamente.

Check list pre-acogida

SERVICIO URGENCIAS CHN

CHECKLIST PRE-ACOGIDA

Fecha:

1. Enfermera responsable del paciente en servicio de urgencias, cuando se decide ingreso en unidad de hospitalización

Para asignación de cama destino adecuada en unidad de hospitalización, según necesidades del paciente

- Necesidad de aislamiento No
Si Terminal Social Infeccioso

- Necesidad colchón antiescaras Sí
No

- Necesidades especiales que determinen una ubicación concreta en hab. Si
No

- Seguridad (se puede marcar más de una opción):
Autónomo. No procede
Riesgo caídas Contención
Agitación Contención
Agresivo Contención

- Comunicación (se puede marcar más de una opción):
Sin incidencias
Incoherente
No colabora
Otro idioma Indicar cual: _____

**2. Enfermera responsable a la finalización de los cuidados iniciales necesarios.
Primera dosis del tratamiento pautado administrada.**

- Dispositivos correcto estado (se puede marcar más de una opción).
No procede
Sonda vesical
Sonda nasogástrica
Otros: _____

 - Pañal revisado. Sí
No
No procede

 - Ropa cama revisada Sí No

 - Fluidoterapia Sí No Última fluidoterapia admon : hora colocación _____
velocidad/pauta _____
tipo _____

 - Tratamiento relevante (se puede marcar más de una opción)
Rellenar hora primera dosis administrada
- | | Hora primera dosis |
|--------------|----------------------|
| Corticoides | <input type="text"/> |
| Antibióticos | <input type="text"/> |
| Antitérmicos | <input type="text"/> |
| Antieméticos | <input type="text"/> |
| Analgésicos | <input type="text"/> |
| Aerosoles | <input type="text"/> |
| Otros: _____ | <input type="text"/> |
-
- Diabético Si No Hora y cifra glucemia: _____ Tratamiento _____

3. A la salida real del paciente, enfermera responsable revisa apartado 2, verificar si ha habido modificaciones.

Hora revisión _____

Modificaciones detectadas: _____

Firma enfermera responsable

Firma auxiliar enfermería

Figura 15. Fuente elaboración propia, basado en formato de verificación de seguridad quirúrgica, en uso en el CHN.

En el dorso del documento estarán las instrucciones para su correcta cumplimentación.

Guía de cumplimentación

Consejos para adecuada cumplimentación:

Marcar la casilla correspondiente con una cruz (x) para indicar que se ha realizado la comprobación del ítem al que hace referencia..

Por ejemplo en el apartado primero de necesidad de aislamiento, una cruz en “sí” es que precisa aislamiento, y para indicar cual se pondrá cruz en uno de los tres tipos.

En los apartados que indican opciones múltiples, rellenar el número que se precise de casillas.

Los campos abiertos, rellenar con letra o número según lo indique.

Por ejemplo en el apartado fluidoterapia, hora colocación y velocidad, con número; tipo con letra,

Leer y seguir las indicaciones del documento facilitarán la correcta cumplimentación del mismo

Figura 16: Fuente. Elaboración propia.

Este documento del check list pre-acogida, estará disponible en el servicio de urgencias.

Datos que pudieran considerarse de interés y no aparecen en el documento, están ya recogidos en Historia Clínica informatizada y no es funcional su recogida, por ejemplo:

- Presencia de fiebre y extracción de hemocultivos
- Constantes vitales
- Alergias
- Patologías concomitantes
- Custodia de pertenencias...

La enfermera del servicio de urgencias responsable del paciente, rellenará el checklist pre-acogida, en el momento que el médico le comunica que el paciente va a ser ingresado. El médico ya habrá comunicado al servicio de admisión la petición de cama y el checklist será también facilitado a la administrativa del servicio de urgencias para que esta pueda solicitar la cama con la mayor información posible y le puedan asignar la cama disponible más adecuada.

Tras esto el checklist continuará con la enfermera responsable si no ha finalizado los cuidados y administración de tratamiento, si lo ha hecho, pasará a control central con el paciente, donde se registrará cualquier modificación que ocurriera en el tiempo de espera para ser ingresado y donde la enfermera responsable volverá a verificar el correcto estado del paciente en el momento de la salida real del mismo del servicio de urgencias, o delegará este trabajo en la auxiliar asignada a la sala de espera, con su correspondiente supervisión.

7.2.1.1. Implementación check list pre-acogida

El siguiente paso después de la elaboración del check list pre-acogida, es su implementación. La implementación debería estar realizada para el día que se ponga en funcionamiento la puerta única del servicio de urgencias en su proceso de unificación.

Los pasos a seguir:

1. Presentación del checklist a las dos actuales Jefas de unidad de enfermería de ambos servicios de urgencias y a la Jefa de área
2. Presentación del documento en grupo de trabajo que aborda el problema tratado en el presente trabajo: Coordinación de ingresos urgentes, grupo multidisciplinar integrado por profesionales del área médica, de admisión, dirección de enfermería...
3. Presentación del documento a dirección de enfermería, para su aprobación y posterior puesta en funcionamiento
4. Envío del documento a las jefas de área implicadas en las diferentes fases del proceso y realización de una sesión informativa por parte de la dirección
5. Comunicación de la existencia y correcto uso del check list por parte de las jefas de área a sus jefas de unidad de unidades de hospitalización.
6. Comunicación de la existencia y correcto uso del check list por parte de los responsables del servicio de admisión a los administrativos del servicio de urgencias, elemento fundamental del proceso
7. Por medio del canal de comunicación utilizado habitualmente por parte de las jefas de unidad de urgencias y de las unidades de hospitalización, comunicación de la existencia y correcto uso del documento a los profesionales que van a utilizarlo.
8. Fase de pilotaje en ambos servicios de urgencias, semana previa a apertura del nuevo servicio de urgencia unificado. Forma del pilotaje pendiente de determinar

7.2.1.2 Evaluación del uso del check list pre-acogida.

Los indicadores cuantitativos para verificar el cumplimiento:

- N° de check list cumplimentados correctamente/N° check list cumplimentados x día , x 100

Cumplimentados correctamente, de acuerdo con la guía de cumplimentación, descrita previamente.

- N° de check list de pacientes que precisan ingreso/ N° total pacientes ingresados x día, x 100

(Ambos indicadores, nos reflejarán el correcto uso y por tanto conocimiento de la existencia del documento y de su correcta cumplimentación por parte de los profesionales de los servicios de urgencias).

Otros indicadores cuantitativos pueden ser:

- N° de pacientes diabéticos que precisan ingreso desde urgencias con tratamiento insulina o ADO administrado/ Total de pacientes diabéticos que precisan ingreso desde urgencias.
- N° de pacientes esperando a ser ingresados con tratamiento corticoide pauta administrado y hora apuntada/ total pacientes esperando a ser ingresados con tratamiento corticoide pauta
- N° de pacientes esperando a ser ingresados desde urgencias con fluidoterapia correctamente puesta/ N° total de pacientes esperando a ser ingresados con fluidoterapia pauta
- N° de pacientes esperando a ser ingresados con dispositivos que portan en correcto estado/ N° total de pacientes esperando a ser ingresados que porta dispositivos

Todos ellos expresados en porcentaje.

(Estos indicadores, nos reflejan si el documento es válido para asegurar la continuidad de cuidados en el servicio de urgencias hasta la salida real del paciente)

Todos los indicadores con:

Estándar: 100%

Evaluación cada 6 meses

Indicador cualitativo:

- Cuestionario revisión check list pre-acogida.

Cuestionario revisión checklist pre-acogida			
▪ Fácil manejo para su cumplimentación	Sí	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	
▪ Útil para tu trabajo	Sí	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	
▪ Sugerencias de mejora:			

Figura 17. Fuente: Elaboración propia.

Este sencillo cuestionario se realizará a los 6 meses de la utilización del check list, a: 20 enfermeras de urgencias y 20 enfermeras de las unidades de hospitalización con mayor porcentaje de ingresos, tanto del centro A, como del B.

- Encuesta a los pacientes que han sufrido demora en el ingreso, a las 48 horas de producirse este. **Anexo 2.**

Tras la revisión, se introducirán las medidas correctoras necesarias y precisas al documento y se reiniciará su puesta en marcha, en una llamada segunda fase, que nuevamente tras 6 meses de uso, volverá a ser evaluada y revisada.

En una primera fase su presentación es en formato papel.

En un futuro podrá valorarse la incorporación del documento a la historia clínica informatizada.

7.2.1.3.Cronograma de las actividades.

Actividades a seguir en el periodo de un año, determinada su duración por meses en la siguiente tabla.

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración documento												
Implementación documento												
Puesta en marcha. 1ª fase												
Seguimiento/indicadores												
Evaluación documento/cuestionario												
Corrección documento												
Puesta en marcha. 2ª fase												

7.2.2. Guía de las actividades de las auxiliares del nuevo servicio de urgencias unificado, ubicadas en la sala polivalente

Las actividades de las enfermeras en el servicio de urgencias han sido descritas en apartados anteriores del presente trabajo.

Con la elaboración del check list pre-acogida, unificamos criterios de actuación y garantizamos continuidad de cuidados que proporcionan calidad de atención y seguridad al paciente.

La figura del profesional de auxiliar de enfermería, complemento de la enfermera en su actividad diaria no ha sido tratada hasta el momento.

Las auxiliares de enfermería de urgencias, colaboran junto a la enfermera y el médico en la atención y cuidados de los pacientes de Urgencias, proporcionándoles atención integral hasta su alta, cambio de asignación, ingreso o traslado.

Al igual que las actividades enfermeras, las actividades de las auxiliares de enfermería más frecuentes, según las 14 necesidades de Virginia Henderson son:

- Necesidad 2. Alimentación: Si paciente precisa comer, comprobar que la dieta es correcta, cuando se solicita y cuando se entrega al paciente. Supervisar y/o ayudar al paciente según sus necesidades y nivel de dependencia.
- Necesidad 3. Eliminación: Colaborar con la enfermera en el control de diuresis por sonda vesical, vaciando y controlando cantidad de la bolsa, administra enemas de limpieza, facilita bacinillas y gúitarros a los pacientes que lo demanden.
- Necesidad 4. Movimiento: Supervisar y/o ayudar a los pacientes con dependencia total o parcialmente dependientes en la deambulacion.
- Necesidad 6. Elegir la ropa adecuada. Ayudar al paciente si precisa a vestirse y desvestirse (tanto a su llegada como en el momento del alta) proporcionándole todo lo necesario y reservando en todo momento su intimidad. Revisa lencería, ayuda a desvestir al paciente
- Necesidad 7. Mantener temperatura corporal. Vigilar temperatura
- Necesidad 8. Mantener la higiene corporal. Colabora con la enfermera en los cuidados, cambios posturales e higiene que pueda necesitar el paciente después de valorar la integridad de la piel.

- Necesidad 9 Evitar los peligros del entorno. Comprueba que todos los dispositivos funcionen correctamente, retira material utilizado en consultas, cuando el paciente es trasladado, revisa y repone material necesario para cada actividad, revisa caducidades de fármacos, realiza limpieza y mantenimiento de aparataje según protocolos, limpia y repone todos los carros, acomoda al paciente en la Camila en una postura cómoda y segura, retira objetos personales según procedimiento, acompaña a pacientes que deambulan, responsable de la eliminación de la documentación clínica.
- Necesidad 10. Comunicarse con los otros. En cada momento que sea necesario, explicar al paciente todo lo necesario para su comodidad y su tranquilidad.

A estas funciones hay que añadir todo tipo de colaboración con la enfermera, durante la realización de diversos procedimientos.

La auxiliar de enfermería, es la profesional que se encarga del confort del paciente. Es importante potenciar su papel y motivar a estos profesionales otorgándoles credibilidad, reconociendo su trabajo. ⁽¹¹⁾

Debe saber como actuar sin dudar y ha de trabajar en una comunicación constante con la enfermera, participando conjuntamente en el plan de cuidados de cada paciente. A la enfermera comunicará cualquier cambio observado en el paciente. ⁽²⁶⁾

En la actualidad no están incluidas en el programa IRATI, sistema de información del CHN-a, donde se registran todos los cuidados enfermeros, desde un punto de vista integral del paciente, pero está previsto que en los próximos dos meses, tengan acceso a IRATI y puedan registrar su evolutivo y ejecutar y registrar una serie de acciones como la enfermera.

En la actualidad tienen protocolos de actuación que determinan sus actividades, pero no tienen un registro propio, como las enfermeras (**Anexo 1**) donde quede plasmado su trabajo. Tampoco se asignan pacientes como lo hacen las enfermeras.

Con la oportunidad de la apertura del nuevo servicio unificado de urgencias, aparece también un nuevo perfil profesional para las auxiliares, que es la figura: **Auxiliar del control central**.

Esta auxiliar es la responsable de los pacientes que esperan en la sala polivalente a ser dados de alta, a ser ingresados o a otro tipo de atención.

Las actividades de esta auxiliar son la revisión y reposición de lencería y después todo lo relacionado con la sala polivalente, sala donde ya ha sido explicado en el presente trabajo están los pacientes en camilla y los que precisan vigilancia y lugar donde esperan, entre otros, los pacientes diagnosticados con cama asignada, para ser ingresados.

La auxiliar de control central, revisa y repone todo tipo de material de la sala polivalente, realiza la limpieza del aparataje de esta sala y también de las cuñas y botellas utilizadas.

Esta auxiliar se ocupa de la comodidad y seguridad del paciente, verifica la ubicación física e los pacientes, observa si el paciente necesita cambio de pañal, verifica el correcto estado de los dispositivos del paciente.

También comprueba la ropa de cama que esté en correcto estado.

Atiende las llamadas de los pacientes ubicados en esta sala y avisa a la enfermera responsable del control central ante la demanda de pacientes y/o acompañantes y ante cualquier valoración suya que sea susceptible de ser notificada.

Adquiere un rol de vital importancia, ya que son las encargadas bajo la supervisión del personal enfermero, de vigilar y atender al paciente, avisando a la enfermera de control central ante cualquier incidencia y esta a su vez, si lo considera necesario, comunicándoselo a la enfermera responsable.

Para garantizar los cuidados, debe colaborar en todo lo posible en la cumplimentación del check list pre-acogida, firmándolo, con lo cual debe formar parte de todo el proceso del apartado anterior.

Es importante que conozca y siga unas líneas establecidas, claras y sencillas de actuación, relacionado con la actividad en la sala polivalente que tiene como objetivo asegurar la atención del paciente hasta la salida real del servicio y busca también unificar criterios de actuación, según personas y formas de trabajar.

Guía de actividades. Líneas de actuación a seguir.

- 1) Presentarse al paciente a su llegada, identificándose y ofreciendo su cuidado. Esta información tranquiliza al paciente y le da seguridad.
- 2) De forma seriada, cada 30 minutos, vigilar el correcto estado de los dispositivos y preguntar al paciente sobre su estado, volviendo a ofrecer el cuidado.
- 3) Vigilar fluidoterapia cada 60 minutos y según necesidades, dependiendo de la velocidad de la pauta de administración.
- 4) Si el paciente tiene pañal revisarlo cada dos horas o siempre que sea necesario, mismas indicaciones para la revisión de la ropa de cama.
- 5) Pacientes diabéticos, vigilar necesidad de ingesta
- 6) Ante cualquier eventualidad: vómitos, modificación de estado de conciencia, dolor, etc., detectado por auxiliar de enfermería o informado por paciente o familiar, avisar a enfermera de control central para su valoración.

Figura 18. Fuente: Elaboración propia.

Propuesta de mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente de urgencias

Ana Izco Larrañeta

Este listado de actividades, será presentado a las Jefas de unidad, para que ellas introduzcan las modificaciones pertinentes y tras su aprobación, se realice su implementación y posterior revisión.

Indicador cualitativo: Documento de guía de actividades realizado y validado

Es muy importante que el personal auxiliar se sienta parte del proceso, que esté implicado en la actividad de forma integral, de este modo su rendimiento será más eficiente.

El mayor incentivo es que los profesionales sientan la importancia de la cuestión.

7.3. Alternativas para reducir tiempos de espera de los pacientes desde la hora del alta (cuando se notifica orden de ingreso en unidad de hospitalización) hasta la hora de salida (hora real de ingreso en la unidad de hospitalización)

Este problema, es complejo, multicausal y de difícil solución.

En el análisis de datos realizado sobre las causas de la demora de realización del ingreso desde urgencias en la unidad de hospitalización, la tabla registraba que la principal causa era la no disponibilidad de la cama y la segunda, la negativa de la enfermera de la unidad para asumir el ingreso del paciente.

Se intenta alcanzar los siguientes propósitos:

- Intentar disminuir los tiempos de espera de los pacientes para ser ingresados desde urgencias
- Unificar criterios de actuación
- Concienciar a las enfermeras de unidades de hospitalización de la prioridad del ingreso del paciente desde urgencias en sus actividades diarias.
- Sistematizar y registrar la actividad realizada por la Jefa de Guardia de Enfermería, agilizando y dinamizando ingresos.
- Diseñar e introducir en la actividad diaria de las unidades de hospitalización, una tabla que ayude en la visualización del estado real de las camas

Las acciones de mejora planteadas:

- 1. Elaborar herramienta común para todas las unidades de hospitalización del Complejo Hospitalario de Navarra, que ordene y mejore la organización de la actividad en la unidad de hospitalización ante el ingreso desde urgencias.**
- 2. Potenciar figura de Jefa de guardia de enfermería, como coordinadora y dinamizadora de ingresos, mediante una sistematización de sus funciones.**

7.3.1. Elaboración de herramienta para organización común ante ingreso desde urgencias.

Elaboración de una herramienta común para todas las unidades de hospitalización del Complejo, mediante la cual todos los profesionales que están trabajando en ese turno, sean conocedores de la situación de las camas libres en cada momento.

De este modo en el instante que la cama esté disponible, pueden avisar al servicio de urgencias y recibir al paciente pendiente de ingresar.

Para la elaboración de la plantilla, se consulta las unidades que tienen algún modelo de registro en el circuito de limpieza de las camas, que son un número mínimo entre todas las existentes.

Se recogen testimonios de los profesionales sobre el desconocimiento que tienen en varias ocasiones sobre la disponibilidad o no física de la cama de destino del paciente. Esto es debido al exceso de actividad y a la falta de un registro que les informe.

En base a las necesidades planteadas por los profesionales y detectadas en la actividad diaria, se piensa un formato sencillo para la plantilla y se reflexiona sobre el material que debe estar elaborada para que pueda ser actualizada en todo momento sin dificultad.

Que sea sencilla para su utilización, para su comprensión y para su visualización.

Plantilla, con unos apartados fijos y otros apartados que puedan ser modificados en cada instante, según la fase en la que se encuentre la preparación de la habitación.

Por ejemplo: habitación con paciente pendiente de irse de alta a domicilio o ser trasladado en ambulancia a otro centro/ habitación sin paciente pero sin limpiar / habitación limpia pero sin preparar por parte de las auxiliares de enfermería y enfermeras de la unidad/ habitación disponible para poder recibir el paciente pendiente de ingresar.

La figura siguiente muestra la propuesta de plantilla a utilizar como herramienta que describa la situación real de las camas libres del servicio, para agilizar los ingresos desde urgencias.

Plano de estado real de camas de las unidades de hospitalización

FECHA	
-------	--

NÚMERO HABITACIONES	DE	ENFERMERA ASIGNADA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA ASIGNADA
CAMAS DISPONIBLES			
INGRESOS URGENCIAS	DESDE		

	Nº HABITACIÓN	LIMPIA	DISPONIBLE
ALTAS			
TRASLADOS UNIDAD			
TRASLADOS INTERUNIDADES			

Figura 19: Fuente. Elaboración propia.

7.3.1.1. Implementación.

Para la implementación de la plantilla, se siguen las siguientes fases:

- Presentación de la herramienta a las Jefas de Área implicadas, buscando su aprobación y el consenso.
- Elaboración de normas para su correcto funcionamiento y búsqueda de decisión común para la elección del material base, para su correcto funcionamiento y mayor rentabilidad. Sugerencia de tabla ya fabricada y los campos abiertos con material que se pueda borrar y reutilizar
- Presentación de la nueva herramienta a la dirección de enfermería, para su aprobación y posterior puesta en funcionamiento.
- Tras aprobación de herramienta, comunicación a las Jefas de Unidad de la nueva medida a implementar y presentación del formato tabla.
- Reunión jefes de unidad con equipo de profesionales que forman su unidad y presentación de la herramienta junto a las normas para su correcta utilización, incluir información al servicio de limpieza, pieza clave y fundamental del proceso
- Pilotaje de 15 días en unidad 6ª General del CHN-B y E1º de CHN-A
- Reunión con Jefes de unidad de estas dos unidades para búsqueda de información sobre la experiencia y posible recorrido de mejora.
- Implantación de la herramienta en todas las unidades

7.3.1.2. Evaluación del uso.

Indicadores:

- Nº total de plantillas en unidades de hospitalización- Nº total de unidades de hospitalización.

Estándar: 100%

Evaluación: cada 6 meses

- Hora alta médica para ingreso- Hora salida real de urgencias.

Datos registrados en Historia Clínica Informatizada

Estándar: 60 minutos

Evaluación: cada 6 meses

- Cama en IRATI libre(paciente que se va de forma física de la unidad)-
Notificación de alta(paciente se le comunica el alta)

Tiempo que transcurre

Estándar: 120 minutos

Evaluación: cada 6 meses

- Habitación en IRATI disponible(limpia y preparada) – Habitación libre
 Tiempo que transcurre

Estándar: 60 minutos
 Evaluación: cada 6 meses

7.3.1.3. Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración herramienta												
Implementación herramienta												
Puesta en marcha. 1ª fase												
Seguimiento/indicadores												
Corrección herramienta												
Puesta en marcha. 2ª fase												

7.3.2. Sistematización funciones Jefa de guardia de enfermería, como coordinadora y dinamizadora de ingresos.

La Jefa de Guardia de Enfermería, es la representante de la dirección de enfermería, en turno de tarde, noche, y 24 horas festivos y fines de semana. Tiene una visión global de la situación del Complejo Hospitalario actualizada en cada momento y la autoridad suficiente y necesaria para la toma de decisiones en cada momento de la realización de su actividad.

En la orden foral 38/2011 de 4 de Mayo se definió la estructura orgánica de la dirección de enfermería.⁽²⁷⁾

En esta orden foral se establece un modelo organizativo de la enfermería unificado funcionalmente y estructuralmente, orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes del Complejo Hospitalario.

Esta orden en sus diferentes artículos:

- Establece la estructura orgánica de la dirección de enfermería
- Desglosa la estructura de la dirección de enfermería en los siguientes niveles de responsabilidad:
 - o Subdirección de bloque quirúrgico y hospitalización médico quirúrgica
 - o Subdirección de servicios centrales, ambulatorios y asistencia extrahospitalaria e intrahospitalaria y recursos materiales
 - o Jefaturas de área de enfermería
 - o **Jefaturas de guardia de enfermería**
 - o Jefaturas de unidad de enfermería

Tras esto puntualiza las diversas funciones de estos puestos

En concreto en el artículo 6, se definen las funciones de las jefaturas de guardia de Enfermería:

- Asumir la responsabilidad de la atención global de enfermería durante el correspondiente turno de guardia
- Garantizar la adecuada cobertura de cuidados asignando al personal de enfermería de acuerdo a la actividad y valorando si es preciso, la movilización del personal en el correspondiente turno de guardia
- Orientar al personal de nueva incorporación en ausencia de los Jefes de Unidad
- Coordinar y tomar decisiones en relación a las incidencias de carácter urgente que no admiten demora al poder repercutir negativamente en la calidad de la atención
- Gestionar todos aquellos asuntos que repercuten en los cuidados administrados al paciente

- Velar por el cumplimiento de objetivos, políticas y normas marcados por la dirección de Enfermería
- Asumir aquellas otras funciones que expresamente les sean encomendadas por el director de Enfermería o por el subdirector del bloque quirúrgico y Hospitalización médico quirúrgica.

En la actualidad aunque no de forma sistematizada, la figura de las Jefas de Guardia de Enfermería entre sus múltiples funciones, se encarga de dinamizar los ingresos desde urgencias.

Principalmente en las primeras horas de turno de tarde y noche, es requerida por personal de urgencias, cuando detectan que el tiempo de demora es significativo, para que se ponga en contacto con las unidades, se informe de las causas por las que no se puede realizar el ingreso e intente subsanarlas para que el ingreso pueda realizarse.

Con la siguiente propuesta se busca sistematizar actividades que ya se están realizando y conseguir el máximo rendimiento y beneficio de la figura presencial de la Jefa de Guardia, en turno de tarde, noche y festivo que es cuando desarrolla su actividad, para dinamizar y agilizar los ingresos desde urgencias a las unidades de hospitalización.

7.3.2.1. Elaboración de manual de funcionamiento de las Jefas de Guardia de Enfermería

Existirá un apartado dentro del manual de funcionamiento de las Jefas de Guardia de Enfermería, un manual en proceso de elaboración que incluye los procedimientos más relevantes para el puesto y unas pautas para el desarrollo básico de la actividad, aunque las características propias del puesto no permiten describir criterios muy estrictos, ya que se trabaja con la inmediatez y la necesidad en muchos casos de una rápida resolución.

El apartado tendrá el título: Coordinación ingresos urgentes.

Su contenido:

- Al inicio de cada turno, valorará la situación real del servicio de urgencias, ya que aunque se disponga de información previa, esta puede modificarse en un corto espacio de tiempo. Se informará de los pacientes pendientes de ingreso
- Analizar las causas por las que el paciente ya diagnosticado, con alta médica del servicio de urgencias, no puede ser ingresado en la unidad ,habitación y cama asignada y ante este grupo de pacientes, valorará la necesidad de cada uno para ser ingresado según su estado.

- Cuando el tiempo de demora sea mayor de 60 minutos, la persona encargada de agilizar los ingresos, avisará a la jefe de guardia y esta se comunicará vía telefónica o presencial con la unidad, para una búsqueda de información sobre el problema que origina el retraso y si lo valora necesario y es posible establecerá medidas de ayuda.
 - Coordinar con servicio de limpieza
 - Coordinar con celadores para el traslado
 - Derivar personal disponible de pool, auxiliar de enfermería o enfermera según necesidad, a la unidad de destino del ingreso para colaborar en su realización.

Con estas indicaciones, se pretende estructurar y definir de mejor forma, tareas que en muchas ocasiones ya se están realizando por parte de la Jefe de Guardia de Enfermería.

Su visión global en tiempo real de la situación del centro en cada momento, su autoridad para poder organizar actividad y movilizar recursos, la convierte en una de las figuras profesionales más adecuadas para ayudar en la mejora de los tiempos de ingreso.

En un futuro muy próximo, con la unificación del servicio de urgencias, la autora del presente trabajo, piensa que “la relevancia de la figura continuará siendo alta, para facilitar la coordinación y comunicación y ser un enlace más entre el servicio de urgencias y las unidades de hospitalización”.

7.4. Futuras propuestas relacionadas.

Durante la elaboración del presente trabajo, tras la lectura de documentación relacionada con el tema, escuchar a diferentes profesionales sus opiniones sobre el tema y conocer la realidad actual, más ideas han sido iniciadas como posibles propuestas de mejora para los problemas tratados.

Por falta de tiempo, no han sido posible plantearlas de manera formal, ni desarrollarlas como me hubiera gustado, pero sí considero aportan contenido interesante al presente trabajo y puedan ser tenidas en cuenta para ser trabajadas en un futuro próximo.

7.4.1 Plan de rotación de profesionales de unidades de hospitalización por el servicio de urgencias

Planteamiento de una rotación de los profesionales de las unidades de hospitalización durante dos horas de su turno, en los momentos del día de menor actividad, durante 7 días para conocer la realidad del servicio de urgencias y del mismo modo, una rotación del personal de urgencias por las unidades de hospitalización.

La rotación sería para las personas que trabajan en turno de mañana, tarde y noche durante los tres turnos. Para el resto en los turnos donde desarrolla su actividad.

En mi opinión esta medida ayudaría a comprender la realidad de cada servicio y sería muy beneficiosa, pero esto lo dejo para futuros trabajos.

7.4.2. Elaboración y colocación en todas las unidades de cartel motivador/educacional.

Elaboración de un cartel plastificado, sobre la necesidad de priorizar el ingreso de urgencias.

Este cartel debería estar colocado en cada control de cada unidad, para que todos los profesionales lo tuvieran presente en su actividad diaria.

mentalizando que el paciente desde el momento que se le asigna cama desde la unidad de hospitalización ya forma parte de ella.

Este cartel pretende ser un factor educacional para mentalizar que el paciente desde el momento que se le asigna cama desde el servicio de urgencias, ya forma parte de la unidad de hospitalización donde está esa cama destinada. La enfermera que se encarga de ese grupo de pacientes, tiene que tener en cuenta la importancia de priorizar el ingreso de ese paciente y subirlo lo antes posible, cuando su cama esté preparada.

El cartel también pretende, tener una función motivadora, por medio de una imagen, transmitir a los profesionales un impulso para incorporar esta mejor forma de trabajar en su buen hacer diario.

A continuación expongo una figura como posible cartel, aportando mi sugerencia.

Cartel educativo y motivador



Figura 20. Fuente: Figura Página Web Muxote imagen modificada



7.CONCLUSIONES

Este trabajo recoge los datos más útiles y destacados a la luz de los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica, mi experiencia y la interpretación de las ideas expuestas por enfermeras de urgencias y de las unidades de hospitalización con mayor porcentaje de ingresos desde urgencias, y las aportaciones que recibo de las sesiones como integrante del grupo de trabajo de Coordinación de ingresos urgentes en el CHN.

El tema tratado en este trabajo es muy complejo, la presente autora es consciente del pequeño recorrido de mejora y espacio profesional sobre el cual el presente trabajo puede y pretende incidir. Partiendo de esta premisa:

Existen muchos factores y pequeñas áreas sobre las que se puede y debe trabajar.

Inciendo sobre los profesionales enfermeras y auxiliares de enfermería del servicio de urgencias y unidades de hospitalización, mejorando en aspectos básicos y muy importantes como son: coordinación, información y atención al paciente, para realizar correctamente los cuidados, "leit motiv" de la profesión enfermera.

Con la introducción de dos herramientas nuevas como el check list pre-acogida y la plantilla que refleje la situación real de camas disponibles en las unidades de hospitalización, se puede mejorar el tiempo de espera del paciente en servicio de urgencias, a ser ingresado.

Dos instrumentos de fácil manejo, que no requieren un gran aumento de actividad en el trabajo diario, con un mínimo coste añadido en su elaboración e implantación, pero que pueden mejorar este tiempo de ingreso y simultáneamente la atención al paciente, y con esto la satisfacción para el paciente y el profesional que forma parte del proceso, de este modo esta satisfacción se transforma en motivación y el proceso de mejora continua.

Asociado a estos dos nuevos instrumentos, importante también sistematizar el trabajo de los profesionales, desarrollando dos importantes figuras, la auxiliar de enfermería y la Jefa de Guardia de Enfermería, claves junto a las enfermeras en el proceso para alcanzar la meta de mejorar los tiempos de ingreso.

Con estas propuestas en las que el presente trabajo puede incidir, y con las propuestas del grupo de trabajo del CHN-a que trabaja sobre la totalidad de los perfiles profesionales del proceso: profesionales médicos, celadores, personal de limpieza, red de ambulancias, pueden llegarse a mejorar los tiempos de ingreso del paciente, problema que existe desde hace tiempo y que por complejo y multicausal resulta difícil de abordar e intentar buscar soluciones y por esta razón se aprende a convivir con él.

Este trabajo ha pretendido realizar una pequeña aportación a la solución del problema de los tiempos de espera a ser ingresado para mejorar en los cuidados al paciente de forma global.

Aunque el objetivo pueda parecer en una primera instancia muy ambicioso, piedra a piedra, aportación a aportación, con cada contribución, se hace más alcanzable.

La próxima creación del nuevo servicio unificado de urgencias del CHN-a, convierte el momento actual en una gran oportunidad para poder mejorar en estas debilidades tan fijadas en el sistema.

**“Cualquier meta, no importa lo grande que sea, puede lograrse si la partes en suficientes pedazos pequeños “
Henry Ford**



8.BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J. Complejidad de la asistencia urgente en la España del siglo XXI. An. Sist. Sanit. Navar. 2010;33(Supl 1):7-11
2. Sesma J, Miró O. Urgencias y emergencias al servicio del ciudadano. An. Sist. Sanit. Navar. 2010;33(Supl 1):7-11. (consulta 14 Febrero 2013)
3. Miró O, Salgado E, Bragulat E, Ortega M, Salmerón J.M., Sánchez M. Repercusión de la falta de camas de hospitalización en la actividad de un servicio de urgencias hospitalario. Med Clin (Barc). 2003; 126(19):736-9
4. Sánchez López J, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. 2005; 17: 138-144
5. Flores C. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. Emergencias. 2011; 23: 59-64.
6. Juan A, Emjamio E, Moya C, García Fortea C, Castellanos J, Pérez Mas J.R., et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. Emergencias. 2010; 22:249-253
7. Elvira Martínez C.M., Fernández C, González del Castillo J, González Armengol J.J, Villarroel P, Martín-Sánchez F.J. Modelo predictor de ingreso hospitalario a la llegada al servicio de urgencias. An. Sist Sanit Navar. 2012;35:207-217
8. Hot N.R., Aransky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. Annals of Emergency Medicine. 2008; 52:126-136
9. Pérez González R, Martínez Calero R, Fernández Rodríguez A. Martínez Rodríguez M.A, Rodríguez González E. Proceso enfermero: una realidad en el servicio de urgencias a través de un registro estandarizado. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. 2009; 6:6

10. Mc Carthy G, Cornally N, O'Mahoney C, Blanco G, Weathers E.
Emergency nurses: Procedures performed and competence in practice.
Emergency nursing. 2013; 21: 50-57
11. Plan funcional del Nuevo Servicio de Urgencias del Complejo
Hospitalario de Navarra. (consulta 16 Junio 2014)
12. Peñalver Jardines C. Manual práctico de enfermería de urgencias. 1.
Albacete; Aula Médica. 1999
13. Alix J.E. Carter, Alecs H. Chochinov. A systematic review of the impact
of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times
in the emergency department. Can J Emerg Med 2007;9(4):286-95
14. Jiménez Murillo L, Hermoso Gadeo F, Tomás Vecina S, Algarra Paredes
J, Parrilla Herranz P, Burillo Putze G, et al. Urgencias sanitarias en
España: Situación actual y propuestas de mejora. Granada. Escuela
Andaluza de Salud Pública. 2003
15. Gobierno de Navarra. Decreto Foral 19/2010 de 12 de Abril. BON 50 de
23 de Abril de 2010. (consulta 2 de Febrero 2013)
16. Gobierno de Navarra. Orden Foral de la Consejera de Salud, por la que
se unifican los servicios de urgencias general del Complejo Hospitalario
de Navarra 5/2011 de 21 de Enero. BON 20 de 31 de Enero de 2011.
17. Análisis-dafo. (consulta 16 de Junio 2014). Disponible en:
<http://www.guiadelacalidad.com>
18. Plan de mejoras. Herramienta de trabajo. Agencia nacional de evaluación
de la calidad y acreditación. (consulta 18 de Junio 2014). Disponible en:
<https://www.uantof.cl/acreding>
19. Autoevaluación de centros educativos. Como mejorar desde dentro.
20. (consulta 20 de Junio 2014). Disponible en :
<https://www.blog.educastur.es>
21. Plan de mejoras. Guía práctica de implementación. Sistema de
evaluación de centros educativos. Ministerio de Educación. (consulta 25
de Junio 2014). Disponible en: <http://www.meduca.gob>
22. Documento de apoyo. Plan de mejora. Ministerio de educación Ecuador.
(consulta 12 de Junio 2014). Disponible
en: <https://www.educacion.gob.ec>


23. Aguirre, J. 25 secretos para mantener motivado a tu equipo. (consulta 30 de Junio 2014). Disponible en: <http://www.liderdeproyecto.com>
24. Cagigas, J, Mazo, I. Díaz-Llairó, A. De Andrés, E. Espinosa, C. Fajardo, P. Martín de la Fuente, J. Montes, A. Sánchez, C. Los mitos de Silvia.1.LID Acción empresarial.2012
25. Ley Foral 21/2005, de Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios Públicos.
26. Acuerdo de 16 de marzo de 2010, de la Comisión Foral para la Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios Públicos
27. Justo Palmero, S. La importancia del TCAE en el servicio de urgencias. Revista médica de portales médicos. (consulta 3 de Marzo 2014). Disponible en: www.revista-portalesmedicos.com
28. Orden foral 38/2011 de 4 de Mayo. Estructura orgánica de la dirección de enfermería

29. Otras fuentes consultadas:

30. Memorias del SNS-Osasunbidea del año 2007 al año 2013 (consulta mes de Febrero 2014)
31. Cuadros de mando años 2013 y 2014, relacionados con el servicio de urgencias (consulta mes de Febrero 2014)



ANEXO 1

 Servicio Navarro de Salud Osasunbidea Hospital Virgen del Camino		Número de Historia:																																																																																																																																																								
REGISTRO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE URGENCIAS																																																																																																																																																										
INFORM GENERAL	MGT. CONSULTA:		GRAVEDAD:																																																																																																																																																							
	OBSERVACIONES TRIAGE:																																																																																																																																																									
	ASIGNACION ATENCION:	ESPERA:																																																																																																																																																								
	ACUDE:	PROCEDE DE:	AUTONOMIA:																																																																																																																																																							
	ALERCIAS CONOCIDAS:																																																																																																																																																									
	VOLANTE:	HISTORIA ANTERIOR:																																																																																																																																																								
OBJ. PERSONALES:	ENTREGADOS A:																																																																																																																																																									
S. VITALES	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Hora</th> <th style="width: 5%;">T.A.</th> <th style="width: 5%;">F.C.</th> <th style="width: 5%;">T^a</th> <th style="width: 5%;">Sat. O₂</th> <th style="width: 5%;">F.R.</th> <th style="width: 5%;">G.cap.</th> <th style="width: 5%;">Gw</th> <th style="width: 5%;">Fisio</th> <th style="width: 5%;">Gluc 5</th> <th style="width: 5%;">Glsal</th> <th style="width: 5%;">Hart.</th> <th style="width: 5%;">Otros</th> <th style="width: 5%;">Sangre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Hora	T.A.	F.C.	T ^a	Sat. O ₂	F.R.	G.cap.	Gw	Fisio	Gluc 5	Glsal	Hart.	Otros	Sangre																																																																																																																																											
	Hora	T.A.	F.C.	T ^a	Sat. O ₂	F.R.	G.cap.	Gw	Fisio	Gluc 5	Glsal	Hart.	Otros	Sangre																																																																																																																																												
P. DIAGNOST																																																																																																																																																										
	Técnicas de Enfermería:																																																																																																																																																									
TECNICAS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Central</th> <th style="width: 25%;">Periféricos</th> <th style="width: 25%;">Obturador</th> <th style="width: 25%;">R. Catéteres</th> <th style="width: 25%;">Diuresis</th> <th style="width: 25%;">SGástricas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>S.Vesical:</td><td>Tipo:</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Central	Periféricos	Obturador	R. Catéteres	Diuresis	SGástricas					S.Vesical:	Tipo:																																																																																																																																													
	Central	Periféricos	Obturador	R. Catéteres	Diuresis	SGástricas																																																																																																																																																				
					S.Vesical:	Tipo:																																																																																																																																																				
Oxigenoterapia	O ₂ %	L/m																																																																																																																																																								
PREPARACIÓN QUIRÚRGICA S.P.					HORA ULTIMA INGESTA			RETIRADA PROTESIS																																																																																																																																																		
MEDICACION	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">HORA</th> <th style="width: 35%;">MEDICACION</th> <th style="width: 10%;">VIA</th> <th style="width: 10%;">FIRMA</th> <th style="width: 15%;">HORA</th> <th style="width: 35%;">MEDICACION</th> <th style="width: 10%;">VIA</th> <th style="width: 10%;">FIRMA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	HORA	MEDICACION	VIA	FIRMA	HORA	MEDICACION	VIA	FIRMA																																																																																																																																																	
	HORA	MEDICACION	VIA	FIRMA	HORA	MEDICACION	VIA	FIRMA																																																																																																																																																		
Observaciones:																																																																																																																																																										
DESTINO				HORA SALIDA		FIRMA ENFERMERA/O COLEGIADO N°																																																																																																																																																				

ANEXO 2

Fuente: Informe de satisfacción de las urgencias hospitalarias. Servicio vasco de salud Osakidetza 2005. Disponible en www.osakidetza.euskadi.net

ANEXO. ENCUESTA

<p>1: Datos de interés: -Sexo: Mujer: Hombre: -Estudios realizados: Sin escolarizar: Graduado escolar: Estudios secundarios: Estudios universitarios: N/S N/C: -Lugar de nacimiento: Navarra: España: Extranjero: N/S N/C:</p>	<p>9: ¿Se ha sentido en algún momento molesto o violento porque no se respeta su intimidad?: -Sí: -No: -N/S N/C:</p> <p>10: ¿Cómo valora la amabilidad y respeto con el que se le ha tratado?: -Excelente: -Muy bueno: -Bueno: -Regular: -Malo: -N/S N/C:</p>
<p>2: Medio por el que acude a urgencias: -Por iniciativa propia: -Enviado por su médico de cabecera: -Mediante 112 -No sabe no contesta:</p>	<p>11: Las explicaciones que le han dado sobre lo que le pasaba han sido: -Excelente: -Muy bueno: -Bueno: -Regular: -Malo: -N/S N/C:</p>
<p>3: ¿ Ha sido preguntado por su problema por la enfermera de triaje?: -Sí: -No: -No sabe no contesta:</p>	<p>12: ¿Cómo valora los conocimientos y competencias de los profesionales que le han atendido?: -Excelente: -Muy bueno: -Bueno: -Regular: -Malo: -N/S N/C:</p>
<p>4: Opinión de gravedad: -Leve: -Moderado: -Grave: -Muy Grave: -N/S N/C:</p>	<p>13: El grado de comodidad y ambiente le parecen: -Excelente: -Muy bueno: -Bueno: -Regular: -Malo: -N/S N/C:</p>
<p>5: ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su llegada a urgencias hasta que el médico le ha atendido en un box?: -Menos de 10min.: -De 10 min. a 30 min.: -De 30 min. a 1h.: -De 1h a 2h: -Más de 2h: -N/S N/C:</p>	<p>14: La limpieza le parece: -Excelente: -Muy bueno: -Bueno: -Regular: -Malo: -N/S N/C:</p>
<p>6: El tiempo que ha tenido que esperar, le ha parecido: -Poco tiempo: -Normal: -Mucho tiempo: -N/S N/C:</p>	<p>15: Tras haber pasado por urgencias considera que su problema sólo podía ser atendido en urgencias -Sí, solo en el hospital -También en el centro de salud: -Otros sitios: -N/S N/C:</p>
<p>7: ¿ Han tenido sus acompañantes la oportunidad de estar con usted dentro de urgencias?: -Sí, han estado conmigo: -Sí, pero no he querido que estuvieran: -Sí, pero no han querido pasar: -No han podido entrar: -No he venido acompañado: -N/S N/C:</p>	<p>16: En conjunto, ¿cómo valoraría usted la asistencia que ha recibido en urgencias?: -Excelente: -Muy bueno: -Bueno: -Regular: -Malo: -N/S N/C:</p>
<p>8: Los trabajadores que le han atendido han sabido escuchar y comprender su problema de forma: -Excelente: -Muy buena: -Buena: -Regular: -Mala: -N/S N/C:</p>	

ANEXO 3

MOTORES DE BÚSQUEDA

Tras decidir mi tema a tratar en el Trabajo Fin de Master, comencé mi búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.

Busqué en MeSH el término “saturation” pero de los 7 resultados ninguno se ajustaba a mi búsqueda.

Tras esto elegí un término más genérico “emergency” y escogí “emergencias enfermería” en MeSH. Como filtros utilicé : Free full text available, last 10 years, humans y en idiomas ingles y español. Obtuve 67 artículos, leí completos los más relacionados con la atención enfermera en urgencias y la calidad de esta. Continuando en Pubmed, utilizando la búsqueda avanzada, usé los términos “emergency” and “admisión” and “nurse” and “care”, obteniendo 50 resultados, no muy clarificadores en mi análisis.

En la base de datos Cuiden que también consulté no obtuve resultados significativos para mi búsqueda . www.index-f.com/new/cuiden.

En Google Académico: www.schoolar.google.es , busqué “saturación servicio de urgencias”, obteniendo los artículos que aparecen al inicio de mi bibliografía.

Observando que las publicaciones más ajustadas al tema que estoy analizando, están publicadas en www.enfermeriadeurgencias.com , consulto la revista y los números que me parecen más apropiados.

Biblioteca de la UPNA los libros reflejados en la bibliografía, orientada por mi directora del Trabajo Fin de Master.

Por último , pero no por ello menos importante, una importante fuente de datos, ha sido la web del Complejo Hospitalario de Navarra: <https://gccorporativa.navarra.es> , donde he podido consultar, las memorias del SNS y Cuadros de Mando de los últimos años.

La búsqueda de legislación adicional, la he realizado en el buscador google. www.google.es

El anexo 4 de este documento se ha eliminado para cumplir con la Ley de Propiedad Intelectual (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril).

Si desea obtener más información, puede ponerse en contacto con el autor o el tutor de este documento.



URGENCIAS
LARRIALDIAK