

XI CURSO GIMUR

URGENCIAS: ¿ORGANIZANDO EL CAOS?

Marta Guzmán Fernández

Hospital Universitari General de Catalunya

Índice:

- Introducción
- Organización
- Triage
- Patologías más usuales:
Protocolos
- Códigos
- Calidad en urgencias
- Futuro de las Urgencias

Índice:

- **Introducción**
- Organización
- Triage
- Patologías más usuales:
Protocolos
- Códigos
- Calidad en urgencias
- Futuro de las Urgencias

CONCEPTO DE URGENCIA MÉDICA

En la Medicina de Urgencias y Emergencias existe un criterio definitorio fundamental:

"el factor tiempo".

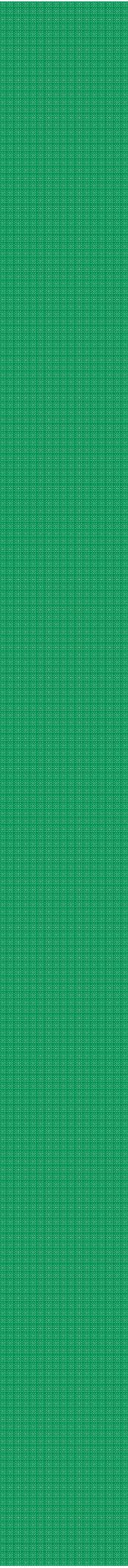
- **Emergencia:**

situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que es objetivable.

Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal.

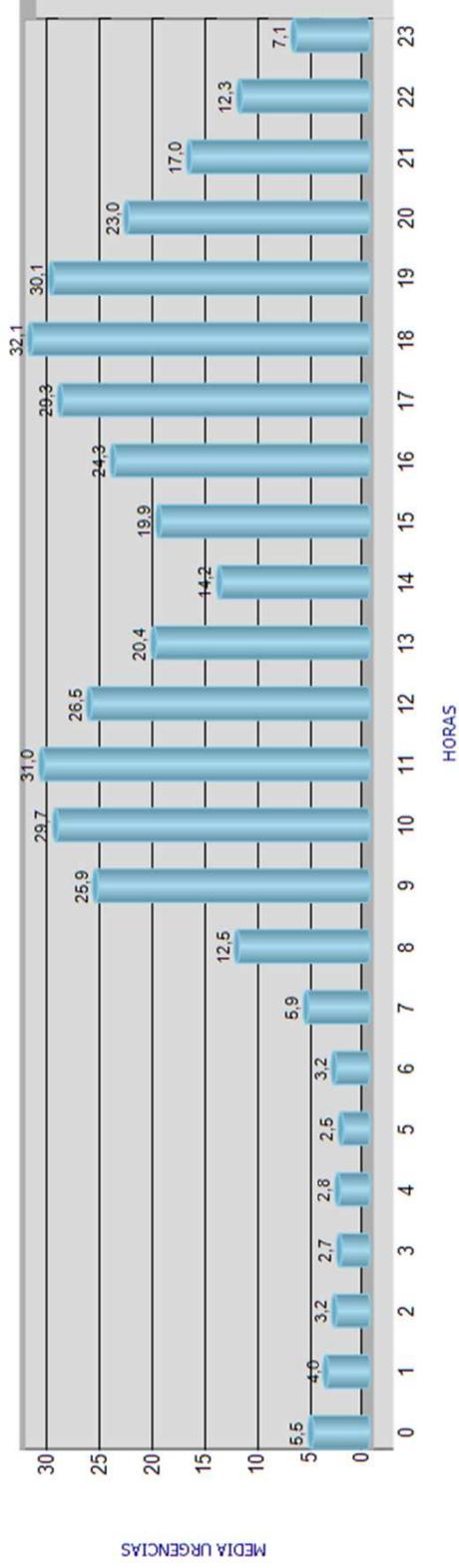
- **Urgencia :**

situación de inicio rápido pero no brusco que necesita asistencia rápida (horas) y puede presentar un componente subjetivo.

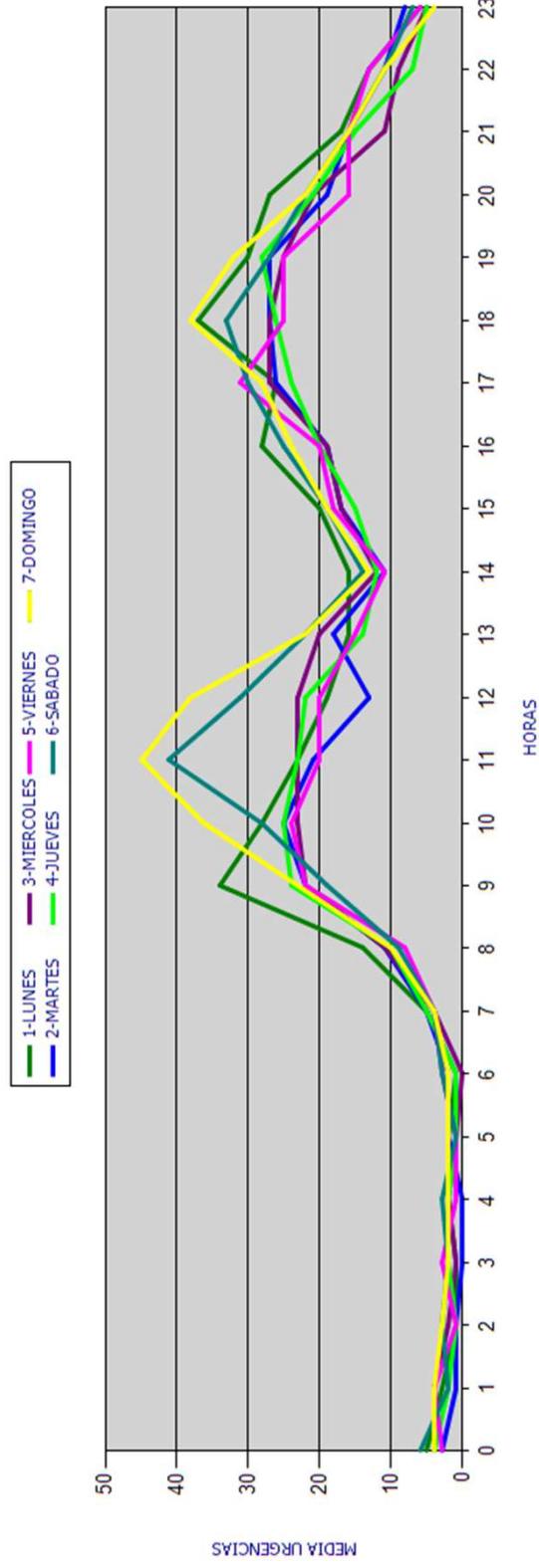




Media de Urgencias Distribución Horaria



Media de Urgencias por día de la semana



Índice:

- Introducción
- **Organización**
- Triage
- Patologías más usuales:
Protocolos
- Códigos
- Calidad en urgencias
- Futuro de las Urgencias

ESTRUCTURA

El SUH debe contar con las instalaciones generales necesarias y adecuadas para el desarrollo de su actividad. Cada una de las áreas de Urgencias debe estar dotada de un equipamiento mínimo que garantice una adecuada atención urgente y de una persona encargada de la revisión y funcionamiento de todo este instrumental clínico. Distinguimos:

- *Acceso/Entrada.*
- *Recepción.*
- *Sala de Información*
- *Admisión.*
- *zona de triaje,*
- *Sala de críticos/Emergencias: boxes*
- *Área de observación de pacientes*
- *Área de observación prolongada o Unidad de Corta Estancia (UCE).*
- *Área de consultas*
- *Consulta rápida.*
- *Sala de sillones.*
- *Sala de yesos.*
- *Sala de curas y cirugía menor,*
- *“Sala de sucio”,*
- *Salas de aislamiento*
- *Sala de espera de pacientes.*
- *Otros:* habitación con ducha para limpieza y descontaminación de personas y material de asistencia y transporte, sala de descanso del personal, sala de trabajo para facultativos, biblioteca, almacén, taquillas, aseos, duchas para el personal, servicio de limpieza.

Además, el SUH debería contar con servicio de laboratorio y radiología propios durante las 24 horas del día.

EQUIPO DE URGENCIAS

- Médicos: Urgenciólogos
Internistas
Pediatras
Traumatólogos
Cirujanos
Ginecólogos

- Enfermería
- Auxiliares de clínica
- Celadores
- Auxiliares administrativos

Trabajo en turnos: mañana, tarde y noche, 24x7x365

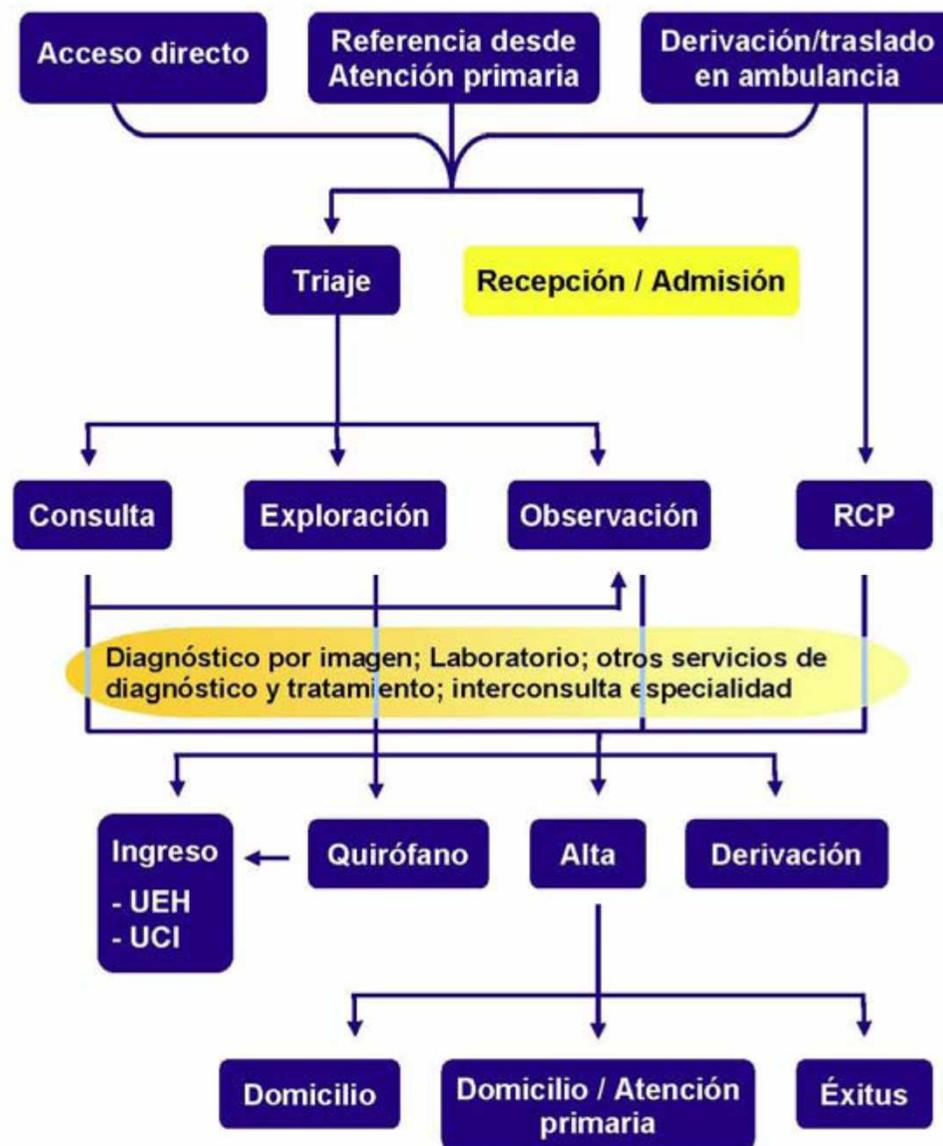
Es necesario que se disponga también de técnicos de radiología y de laboratorio

En algunos servicios de urgencias está añadida la figura del farmacéutico de Urgencias





PROCESO PACIENTE EN URGENCIAS



Índice:

- Introducción
- Organización
- **Triage**
- Patologías más usuales:
Protocolos
- Códigos
- Calidad en urgencias
- Futuro de las Urgencias



TRIAJE:

Proceso de valoración clínica que permite clasificar los pacientes según su grado de urgencia (prioridad) antes de la atención asistencial y de la instauración de un tratamiento efectivo.»

FACTORES RELACIONADOS CON EL CONCEPTO DE URGENCIA:

- **1. Gravedad:** cualidad relacionada con el grado de descompensación fisiológica y con la probabilidad de muerte.
- **2. Necesidad de la asistencia:**
 - - **Tiempo:** a más grado de urgencia mas rápida asistencia
 - - **Intensidad:**
 - A + grado de urgencia + intensidad asistencial.
- **3. Intolerancia:** dolor, sufrimiento físico o psicológico.
- **4. Expectativas:** condiciones esperadas por paciente y familiares. Calidad percibida..

MODELOS DE TRIAJE ESTRUCTURADO

- **NTS-ATS** (Australasian Triage Scale – 1993-2000. Evolución de la escala de Ipswich, 1977)
- **CTAS** (Escala Canadiense – 1995, basada en NTS)
- **MTS** (Manchester Triage System – 1996, basada en NTS)
- **ESI** (Índice de gravedad de urgencias americano 1999, basado en MTS)
- **MAT** (Model Andorrà de Triatge – 2000) basado principalmente en CTAS i aceptado como estàndard en Catalunya por la SOCMUE (Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències)
- **SET** (Sistema Español de Triaje - 2003) basado en el MAT i aceptado como estàndard por la SEMES (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias)

OBJETIVOS DEL TRIAJE ESTRUCTURADO

1. Identificar rápidamente los pacientes que padecen una enfermedad que pone en peligro su vida mediante un sistema de clasificación por niveles.
2. asegurar la priorización de la asistencia en función del nivel clasificado.
3. determinar el área de tratamiento adecuada para los pacientes;
4. realizar la evaluación continuada de los pacientes no priorizados a través de reevaluaciones temporizadas;
5. Informar a pacientes y familiares de todo aquello que interesa a su patología.
6. Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento
7. Conocer en todo momento el estado de nuestra sala y la sala de espera.

FACTORES DE ÉXITO EN UN SISTEMA DE TRIAJE ESTRUCTURADO



- El MAT (Model andorrà de triatge) Es un sistema de **triaje estructurado** caracterizado por:
 - - el uso de un sistema de clasificación útil, válido i reproducible;
 - - la definición de una estructura física y una estructuración profesional y tecnológica propias (Programa de ayuda al Triaje: PAT);
 - - la búsqueda de mejora continua de la calidad;
 - - la universalización de su aplicación: ámbito hospitalario y extrahospitalario; paciente adulto y pediátrico.

- La base que da sentido a cualquier modelo de triaje estructurado es el establecimiento de una escala de **niveles** o **categorías** de triaje según los **síntomas** que expresa el paciente y los **signos** que observa el profesional que hace el triaje.
- En ningún momento se ha de plantear un sistema de triaje sobre la base de **diagnósticos médicos**, que son el resultado final del proceso completo en urgencias o tras hospitalización.
-

● **Triar ≠ Diagnosticar**

• DINÁMICA DEL MAT

1. **Abstracción del *síntoma* o *signo guía*, a partir del *motivo de consulta* que explica el paciente.**
 - ***Motivo de consulta***: presentación clínica que puede ser un síntoma aislado o un conjunto de síntomas i signos. El Pat establece 576 motivos de consulta.
 - ***Síntoma* o *signo guía***: aquel que puede generar más riesgo de deterioro del paciente durante el tiempo de espera.
2. **Ejecución del Pat a partir del signo o síntoma guía extraído del motivo de consulta del paciente y que definirá una *categoría sintomática* o *sindrómica* determinada, se iniciará el proceso de designación del nivel de triaje.**
 - ***Categoría sintomática* o *sindrómica***: conjunto de síntomas o síndromes, interpretados y reconocidos a partir del motivo de consulta, en un marco de referencia común. El Pat establece 32 categorías i 14 subcategorías.

CATEGORÍAS SINTOMÁTICAS O SINDRÓMICAS

1. Inflamación.
Fiebre.
2. Inmunodepresión.
3. Diabetes.
4. Adulto con malestar general.
5. Alteración psiquiátrica.
6. Alteración de la conciencia.
Alteración del estado mental.
7. Focalidad neurológica.
8. Síntomas auditivos.
9. Cefalea o cervicàlgia.
10. Convulsiones.
11. Inestabilidad.
12. Lipotimia.
Síncope.
13. Síntomas oculares.
14. Dolor torácico.
15. Disnea.
16. Hipertensión arterial.
17. Parada respiratoria o cardiorespiratoria: Shock
18. Problemas de extremidades
- 19: Infección ORL
- 20: problemas abdominales y digestivos : HDA
21. Síntomas Urológicos
22. Síntomas Ginecoobstétricos
- 23: Alergia, reacciones cutáneas
- 24: Dolor
- 25: Hemorragia
26. Lesiones y traumatismos: aisladas o politraumatismos
- 27: Intoxicaciones
- 28: quemaduras
- 29: agresión, negligencia
- 30: abuso sexual
- 31: Categorías específicas
- 32: pediátricas: niño mayor/neonato/niño pequeño.

3. Hecha la abstracción y definida la categoría se inicia un protocolo, único y diferenciado para cada categoría sintomática, en base a un cuestionario clínico donde se asocian diferentes síntomas y signos, diferentes categorías sintomáticas, y se gradúan con ayuda de DISCRIMINANTES, ESCALAS DE GRAVEDAD Y ALGORITMOS, siendo este proceso más rápido en los pacientes más graves.

Signos vitales anormales:

Dos o más de:

- . Piel fría pàlida, o sudada i caliente, o muy caliente
- . Ausencia de pulso radial, pulsodébil o muy fuerte.
- . Pulso muy lento o muy rápido
- . Respiración lenta y profunda, o superficial i rápida.
- . Somnolencia o confusión.

Constantes vitales anormales:

Dos o más de las siguientes:

- . $T^a < 35,5^{\circ}\text{C}$ o $> 40^{\circ}\text{C}$
- . TA sist. < 90 o ≥ 200 mmHg
- . $FC \leq 40 \text{ x'}$ o $\geq 125 \text{ x'}$
- . $FR \leq 10 \text{ x'}$ o $\geq 30 \text{ x'}$
- . $\text{SatO}_2 < 92\%$
- . Glicemia capilar < 40 mg/dl
- Glasgow = 14
- . NIHSS ≥ 1

ESCALAS DE GRAVEDAD

- **Nos ayudan a diferenciar niveles de Triage: Escalas utilizadas:**
 - escala de coma de Glasgow;
 - escala de coma no traumático NIHSS;
 - grados de deshidratación;
 - escala de gravedad del asma . Escala de gravedad de la disnea
 - índice pre hospitalario IPH (parecido a escala fisiológica Revised trauma score RTS)
 - las escalas anatómicas Abbreviated Injury Scale AIS y la Injury severity score ISS.
 - regla de los 9 de Wallace para quemados.
 - escalas específicas de Triage pediátrico.

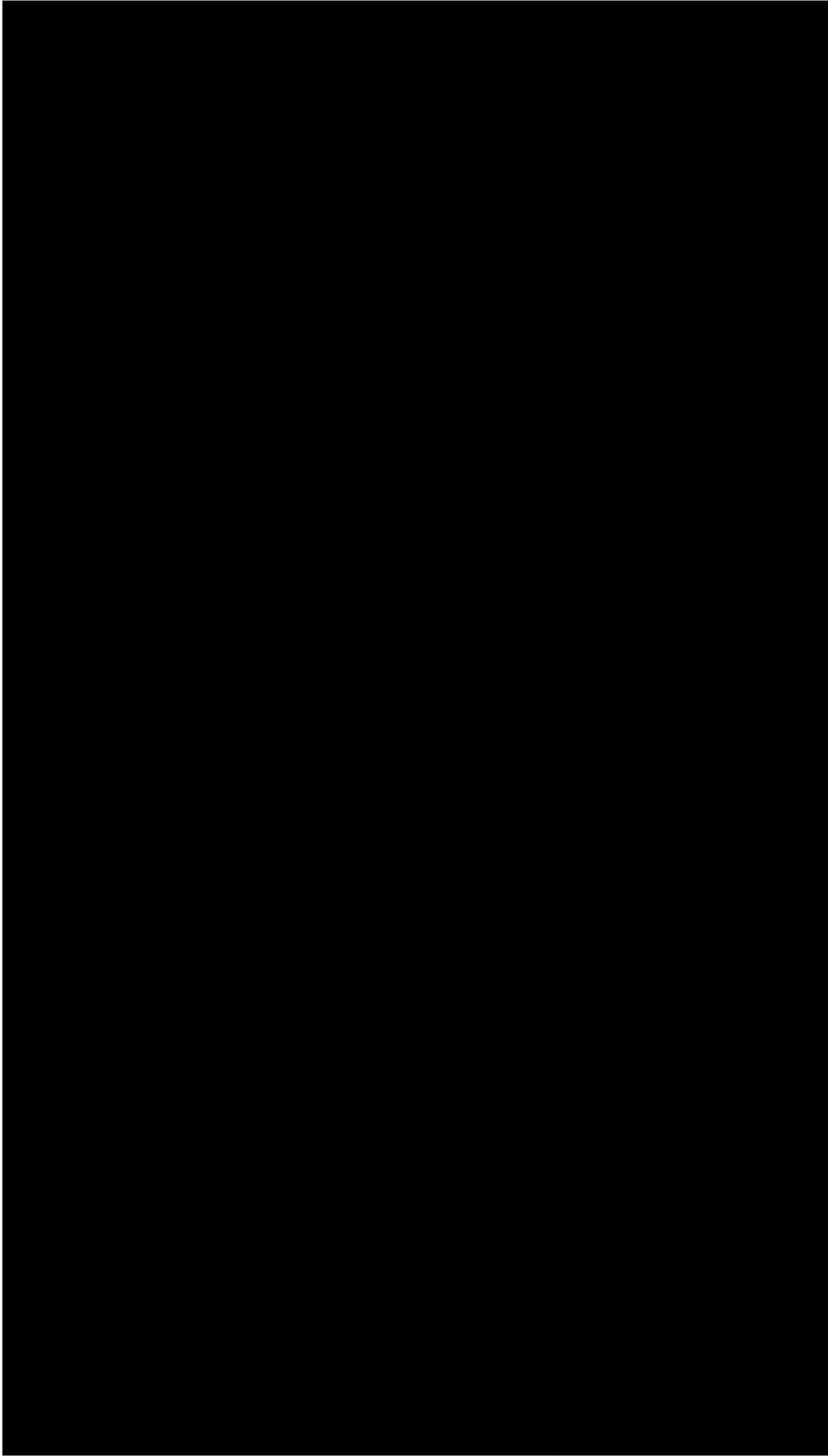
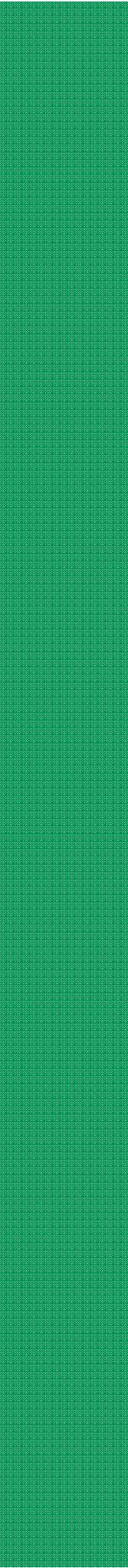
ALGORITMO

Procedimiento de cálculo que consiste en cumplir por orden unas instrucciones que conduce, una vez especificados los datos, a la solución del problema. El MAT establece 19 algoritmos

1. Inflamación
2. Fiebre
3. Focalidad neurológica
4. Convulsiones
5. HTA
6. Dolor torácico
7. Disnea
8. Epistaxis
9. Hemorragia digestiva
10. Gestantes
11. Dolor
12. Hemorragia
13. Coma no traumático NIHSS
14. Coma traumático Glasgow
15. AIS-abreviated injury escale
16. ISS Injury severity score
- 17: Retención aguda de orina
18. Diarrea o vómitos
19. Quemaduras

NIVELES DE TRIAJE

NIVEL	CATEGORÍA	TIEMPO DE ATENCIÓN
I	Reanimación	Inmediato
II	Emergencia	Inmediato-7 min
III	Urgente	30 min
IV	Menos Urgente	45 min
V	No urgente	60 min



Índice:

- Introducción
- Organización
- Triage
- **Patologías más usuales:
Protocolos**
- Códigos
- Calidad en urgencias
- Futuro de las Urgencias

MANEJO DEL CÓLICO RENOURETERAL EN URGENCIAS

Redactado por:	Aprobado por:
Dra. Verónica Vilagrá y Dr. Antonio De Giorgi, Servicio de Urgencias; Dr. Salvador Esquena, Servicio de Urología. Fecha: 06/11/2017	Nombre: Marta Guzman Cargo: Directora Médica Fecha: 21/11/2017 Nombre: Dr. Xavier Mate Cargo: Director General Fecha: 21/11/2017

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ÚLTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
3	06/11/2017	<ul style="list-style-type: none">- Actualización del punto 2. Documentación de referencia/legislación aplicable- Cambio en el papel de la butesopolamina (no indicada)- Cambio en Tratamiento punto 2.b) Tratamiento expulsivo, eliminándose calcioantagonistas- Añadidos: tabla 1 de diagnóstico diferencial, algoritmo diagnóstico, algoritmos terapéuticos 1 y 2- Correcciones abreviaciones

¿Por qué protocolizar?

- Simplifica procedimientos
- Ayuda en la toma de decisiones
- Favorece el trabajo en equipo
- Favorece comparabilidad
- Reduce la variabilidad clínica
- Mejora la seguridad del paciente



MEJORA LA ATENCIÓN AL PACIENTE

- Paciente crítico: PCR, Politraumático, shock, coma
- Cardiología: dolor torácico, Insuficiencia Cardíaca, Síncope, EAP, Arritmias
- Neumología: Disnea, Neumonía, EPOC agudizado, Asma bronquial, hemoptisis, TEP, Neumotórax, derrame pleural.
- Digestivo: dolor abdominal, diarrea, vómitos, HDA, HDB, Pancreatitis aguda, ictericia, ascitis, perforación abdominal, hernias, obstrucción intestinal, urg proctológicas,
- Neurología: cefalea, mareo, ICTUS, delirium, epilepsia, diplopia.

- Infecciones
- Urgencias Oncológicas
- Nefro-Urología: cólico renal, Insuficiencia renal, Hematuria
- Endocrino: alt glucosa, sodio, potasio, calcio, tiroides
- Toxicología
- Traumatología
- Oftalmología
- ORL
- Dermatológicas
- Pediátricas
- Ginecologicas
- Psiquiátricas: agitación, intento autolisis, trastorno delirante, drogas

Índice:

- Introducción
- Organización
- Triage
- Patologías más usuales:
Protocolos
- **Códigos**
- Calidad en urgencias
- Futuro de las Urgencias

El **OBJETIVO** de los códigos:

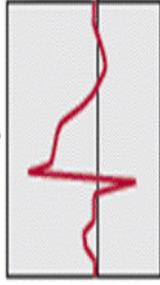
- Acortar tiempos de respuesta
- Mejorar resultados en patologías tiempo dependientes
- trabajar en equipo de forma coordinada: evitar duplicidades
- aplicar protocolos bien establecidos

- Código ICTUS
- Código IAM
- Código Sepsis
- Código PPT
- Código 0

Codi infart

Pacient amb dolor toràcic

ECG abans de 10 minuts

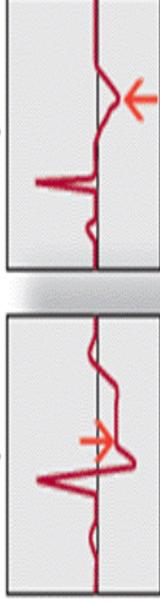


SCA amb elevació segment ST

Activar Codi infart

sem sistema d'emergències mèdiques

Trucar 061



SCA sense elevació segment ST

Estratificació del risc Inici de tractament

INDICACIÓ DE TRACTAMENT DE REPERFUSIÓ

Si es presenten els símptomes i les condicions següents:

- Dolor toràcic de ≈ 30 minuts que no cedeix amb nitrats.
- Dolor de < 12 hores d'evolució (o de > 12 hores amb símptomes persistents o xoc).
- ECG amb elevació del segment ST (dos o més derivacions contigües de $\approx 0,2$ mV en precordials o de $\approx 0,1$ mV en derivacions frontals) o aparcipió de bloqueatge de branca esquerra.
- Absència de malalties terminals; comorbiditat greu.

En cas de contraindicació per al tractament fibrinolític, en pacients amb xoc cardiogènic i en aquells que portin entre 12-24 hores d'evolució amb símptomes persistents, el tractament indicat ha de ser sempre l'angioplastia primària.

Amb la col·laboració de:

AstraZeneca



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

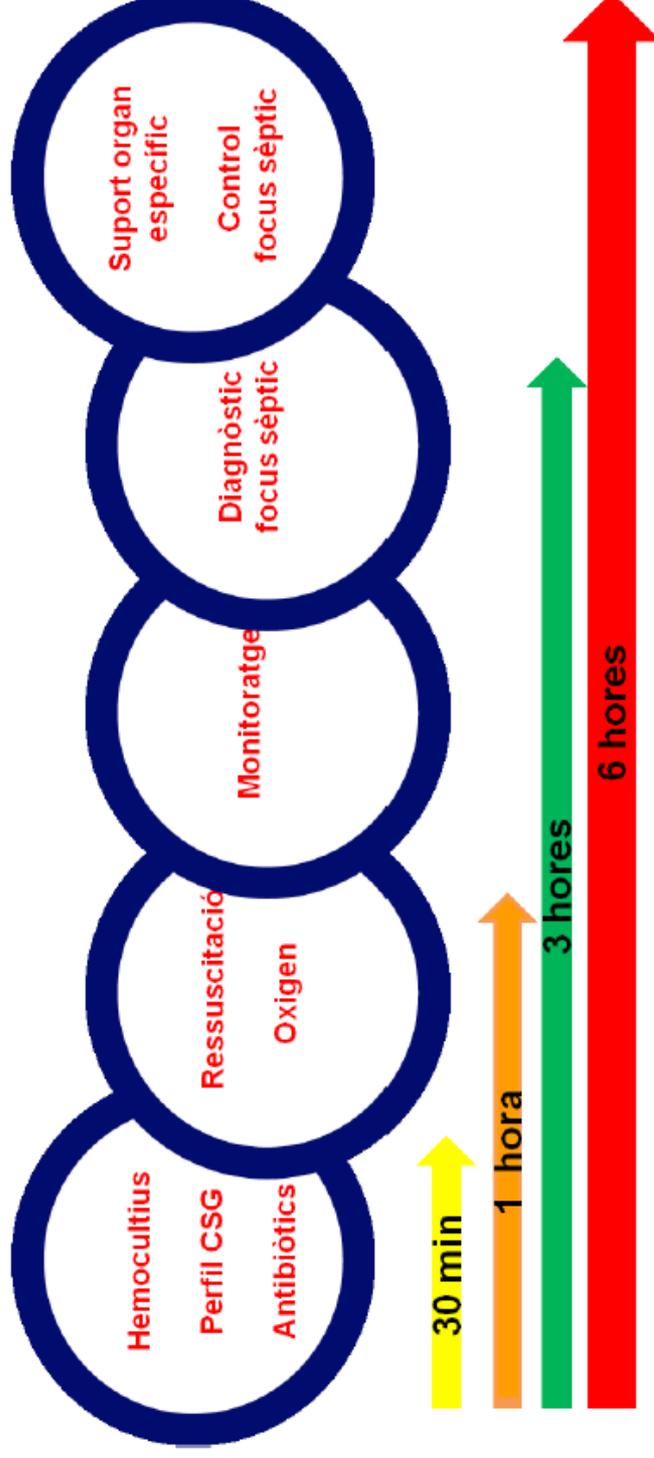
EM(001)

Codi Sèpsia Greu: intervenció

CADENA DE LA SUPERVIVÈNCIA DE LA SÈPSIA GREU

CONTROL DE LA INFECCIÓ I SUPORT CARDIOVASCULAR

cadena supervivencia sepsis_jcruiz.png



TEMPS ÉS VIDA I DISFUNCIÓ ORGÀNICA

Adaptado de J.C. Yebenes

PROTOCOLO ICTUS. Servicios de Urgencias

Vázquez Lima MJ, Flores Arias J, Abellás Alvarez C, Rodriguez Yañez M.

< 1 Hora

PROTOCOLO ABC

- Decidido con elevación cabeza a 20°.
- Hora inicio sintomatología neurológica.
- Con stantes (T_A, F_R, F_C, SaO₂, T[°])
- Vía venosa periférica (preferentemente brazo no afectado) con llave 3 pasos.
- Hemograma, bioquímica, coagulación. **HO GASOMETRIA**
- ECG
- TC cerebral sin contraste. Rx tórax.
- 1500cc SSF 124h.
- Profilaxis gastritis por estrés.
- In su lina Acetrapid según glucemia.
- Control T[°] > 37,5°C, administrar 1g paracetamol ev. (si intolerancia a metamizol).
- **Conexión Telemedicina.**
- Escala NIHSS, escala coma Glasgow, escala Rankin.
- Si T_{AS} > 185 o T_{AD} > 105 mmHg: **HO IIFEDIPIHO IIIICAPTOPRIL**

- 1) **Urapidilo (Elgadiil®)** en bolo (20 segundos) de 6,25 a 12,5 mg.
Se puede repetir hasta 3 veces cada 5 min.
- Perfusión continua: 50mg (2 ampollas) en 100ml SSF a 15-45ml/h
- 2) **Labetalol (Trandate®)** 10-20 mg. en 1-2 minutos, pudiendo repetirse cada 20 minutos o máximo 300-400mg/día.

HO EHC, TRAST.COINDUCCION, BRADICARDIA O ASMA

Pauta Administración rt-PA (ALTEPLASE, ACTILYSE®)

D.O.SIS

- 0,9mg/Kg (dosis máxima 90mg) **HEB BRAZO IHO PARÉTICO)**
- 10% de sistotal en bolo durante 1 min.
- Resto de sis en infusión continua por bomba durante 1 hora.

PESO Kg	D.O.SIS TOTAL (mg) 1mg=1ml	BOLO (10% dosis total 1min)	PERFUSIÓN (En 1 hora)
50	45	4,5 mg = 4,5 ml	40,5 mg
55	49,5	4,95	44,55
60	54	5,4	48,6
65	58,5	5,85	52,65
70	63	6,3	56,7
75	67,5	6,75	60,75
80	72	7,2	64,8
85	76,5	7,65	68,85
90	81	8,1	72,9
95	85,5	8,55	76,95
≥100Kg	90	9	81

Fibrinolisis intravenosa (consentimiento informado previo)

CRITERIO S INCLUSIÓN

- No limitación edad (si calidad vida previa)
- Diagnóstico clínico ictus isquémico.
- Ausencia signos hemorragia en TC cerebral
- Inicio síntomas < 4,5 horas antes de iniciación del tratamiento trombolítico.
- Síntomas ICTUS durante al menos 30 min y no mejor perceptible antes del tratamiento.
- Síntomas distinguibles de síncope, crisis comicial o crisis migrañosa.

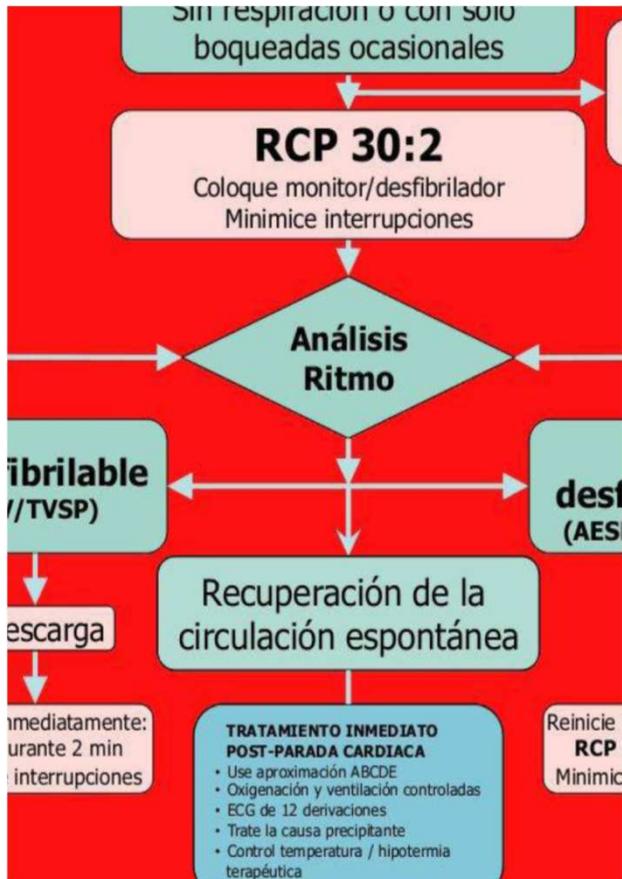
CRITERIO S EXCLUSIÓN

- Hemorragia en TC cerebral o hipodensidad sugestiva de lesión isquémica reciente
- Hora inicio síntomas > 4,5h antes de iniciar tratamiento u hora de inicio ictus desconocida.
- Traumatismo craneoencefálico o ictus previo significativos en los últimos 3 meses.
- Síntomas sugestivos de HSA aunque la TC sea normal.
- Punción arterial en zona no compresible en los últimos 7 días.
- Historia previa de hemorragia intracerebral
- Neoplasia intracranial (excepto meningiomas), mal formación arteriovenosa o aneurismas.
- Cirugía intracranial o espinal reciente (en los últimos 30 días).
- Hipertensión arterial mantenida (T_{AS} > 185 y/o T_{AD} > 105 mmHg) a pesar de tratamiento antihipertensivo.
- Hemorragia sistémica activa.
- Diátesis hemorrágica aguda, incluyendo, pero no limitado a:
 - Recuento de plaquetas < 100.000
 - Heparina sódica en las 48 horas previas y TTPA que exceda el límite normal.
 - Uso de anticoagulantes con INR > 1,7 o Tiempo de protrombina > 15 seg.
 - Uso de anticoagulantes de acción directa sobre la trombina (dabigatran) o factor Xa (apixaban, rivaroxaban) y/o HBPM a dosis anticoagulantes a no ser el paciente no haya recibido en fármaco en las últimas 48 horas.
 - Cirugía mayor o traumatismo importante en los últimos 14 días
 - Sospecha de endocarditis o embolismo séptico.
- Crisis convulsivas al inicio salvo que se demuestre lesión isquémica
- Sangrado gastrointestinal o urinario en los últimos 21 días
- Infarto de miocardio reciente (últimos 3 meses)
- Rankin previo ≥3.

TÉCNICA

- Canalizar 2 vías venosas periféricas.
- Lavar el sistema tras administración del rt-PA.
- Evaluar escala NIHSS cada 30' durante la perfusión y cada 2 horas durante las siguientes 6h.
- Monitorización de constantes (T_A, F_C, SaO₂, T[°]), con medición de T_A cada 15' durante las 2 primeras horas de iniciar la trombolisis. **MANGUITO DE PRESION EN BRAZO CONTRALATERAL AL BRAZO DE INFUSIÓN.**
- No administrar heparina, aspirina o anticoagulantes orales en las siguientes 24h.
- Si cefalea intensa, HTA aguda, náuseas y vómitos, o disminución nivel conciencia: detener infusión, TC urgente, tiempos de coagulación, recuento plaquetario y pruebas cruzadas. Si se confirma hemorragia, considerar necesidad de transfundir crioprecipitados y plaquetas.
- Traslado a Unidad de ictus una vez finalizada la perfusión de rt-PA.
- Si complicación: avisar al Neurólogo de guardia.

CODIGO 0 HUGC



Índice:

- Introducción
- Organización
- Triage
- Patologías más usuales:
Protocolos
- Códigos
- **Calidad en urgencias**
- Futuro de las Urgencias

INDICADORES DE CALIDAD SCS

- Asistenciales:

1. Demora en la realización De ECG en pacientes con síndrome coronario agudo
3. Administración de AAS en EL síndrome coronario agudo
4. Tiempo puerta-aguja en el IAM
20. Demora en el inicio de tratamiento antibiótico
33. Valoración del *peak-flow* en asmáticos
37. Valoración psiquiátrica en los intentos de autolisis
54. Radiología cervical en traumatismos cervicales
57. Demora en la práctica de la ECO abdominal o de la punción lavado peritoneal en traumatismos abdominales

INDICADORES DE CALIDAD SCS

60. Existencia de una sistemática de clasificación o triaje de pacientes

- **De adecuación diagnóstica:**

62. Tiempo de respuesta de consultores

68. Readmisiones a 72h

69. Readmisiones con ingreso

70. evaluación de la mortalidad

71. Tasa de mortalidad en el Servicio de urgencias

72. Profilaxis quirúrgica antibiótica

73. Prevalencia de flebitis postvenopunción a urgencias

75. Caídas de pacientes

76. Medidas de prevención de broncoaspiración

77. Seguimiento de las contenciones

INDICADORES DE CALIDAD SCS

- 78. Información a los pacientes
- 79. Reclamaciones por desinformación
- 80. Consentimiento informado**
- 82. Cumplimentación del informe de asistencia**
- 83. Epicrisis en los éxitos en urgencias
- 84. Protocolos de riesgo vital**
- 85. Existencia de protocolos clínicos**
- 86. Existencia de protocolos de detección de situaciones de riesgo social:
maltrato infantil, violencia doméstica
- 87. Codificación de diagnósticos
- 88. Sesiones clínicas del servicio de urgencias
- 89. Formación continuada
- 90. Publicaciones científicas del servicio de urgencias
- 91. Actividad de investigación

INDICADORES DE CALIDAD SCS

- 92. pacientes **no visitados**
- 93. Tiempo de **demora de ingreso**
- 94. Personas atendidas fuera de box
- 95. **Estancias superiores a 24h** en el Servicio de urgencias
- 96. Tiempo de demora en intervenciones quirúrgicas urgentes
- 97. **Revisión de material y aparatos de la sala de reanimación**
- 98. Adecuación salas de RX en urgencias
- 99. **Tiempo de respuesta de las analíticas**
- 100. Rechazo de analítica solicitada
- 101. Rupturas de estoc de la farmacia de Urgencias
- 102. Correspondencia de **mórficos**
- 103. Lencería en mal estado

INDICADORES DE CALIDAD EN URGENCIAS HUGC

9.1 ATENCIÓ URGENT ADULTS		9.1 ATENCIÓ URGENT ADULTS	
HGC 9.1-01 9c-01-02-01-E	Promig diari de visites adults	HGC 9.1-19. 9c-02-07-08-E	Valoració del pacient adult
HGC 9.1-02 9c-01-02-02-E	Pressió assistencial en ingressos d'adults	HGC 9.1-20.	Valoració de riscos adult
HGC 9.1-03. 9c-01-02-01-E	Numero de ingresos PIUC	HGC 9.1-21. 9c-02-03-11-E	Nº incidencies a la revisió del carro de RCP adults
HGC 9.1-04. 9c-01-02-01-E	Numero total de ingresos en UCIAS- Hospitalización	HGC 9.1-22. 9c-01-02-10-E	Nº d'exitus per PCR adults
HGC 9.1-05. 9c-01-02-07-E 6b-01-02-03-E	Temps des de l'administrativa al Triatge	HGC 9.1-23.	Identificació Pacient Adults
HGC 9.1-06.	Percentatges de reingressos a UCIES adults en 24H	HGC 9.1-24.	Hemocultivos Contaminados adults
HGC 9.1-07. 9c-01-02-04-E	Percentatges de reingressos a UCIES adults en 72H	HGC 9.1-25.	Valoración del Dolor adults
HGC 9.1-08. 9c-02-03-08-E	Desaparició de caixa tòxics	HGC 9.1-26.	Presentación al Paciente Ucies Adults
HGC 9.1-09.	Control temperatures neveres alimentació a UCIES adults	HGC 9.1-27	Caidas de Pacientes
HGC 9.1-10.	Control temperatures neveres de medicació a UCIES adults	HGC 9.1-28.	Check-List Limpieza
HGC 9.1-11.	Control Aparell glicèmies a UCIES adults	HGC 9.1-29.	Urgencias de adultos no atendidas
HGC 9.1-12.	Control carro d'aturades adults	HGC 9.1-30.	Urgencias de adultos trasladadas a otros centros
HGC 9.1-13	Control Desfibrilador	HGC 9.1-31. 9c-01-02-05-E	Urgencias de adultos trasladadas a otros centros por estar excluido en la cartera de servicios
HGC 9.1-14.	Control de tòxics adults	HGC 9.1-32.	Tiempo Medio Atención Medica en minutos (Adultos)
HGC 9.1-15.	Exploracions radiològiques i laboratori adults	HGC 9.1-33.	Tiempo Medio al Alta en Horas (Adultos)
HGC 9.1-16.	Exploracions radiològiques en adults	HGC 9.1-34.	Revaloración del dolor tras administración de analgesia
HGC 9.1-17.	Proves de laboratori en adults	HGC 9.1-35	Protocolos actualitzats
HGC 9.1-18.	Proves complementaries adults		

CRECER TODOS, CRECER JUNTOS: LA COMISIÓN DE URGENCIAS AL SERVICIO DE PROFESIONALES Y USUARIOS

A. De Giorgi, L. Palomino González, M. Viura Soler, J. Á. Rábano Rodríguez, F. Muñiz Llamas, M. Guzmán Fernández
Hospital Universitari General de Catalunya, España



INTRODUCCIÓN

La Comisión de Urgencias (CU) del Hospital Universitari General de Catalunya (HUGC) y la Clínica del Vallès (CdV) es un órgano interhospitalario cuyos miembros pertenecen a los 2 centros privados de Quirónsalud, ubicados en la misma Comarca. Fue instituida en el año 2011 por iniciativa de la entonces Jefa de Urgencias del HUGC.



OBJETIVO

Vigilar sobre el correcto funcionamiento de las Urgencias y solucionar las disfunciones que pudieran producirse. Favorecer las relaciones entre Urgencias y los otros Servicios. Valorar los indicadores de calidad, cuadros de mando, encuestas de satisfacción e identificar puntos de mejora. Realizar un seguimiento de la actividad de Urgencias. Desarrollar el sistema de triaje y la cultura de seguridad del paciente.



MÉTODO

La CU se reúne una vez al mes en el HUGC, los representantes de la CdV en videoconferencia. Miembros permanentes: Jefes de Urgencias de adultos y pediátricos (uno de ellos Presidente de la CU), un Adjunto de Urgencias, un Adjunto por cada Servicio que mantenga relación muy directa 24h con las Urgencias, Jefa de Área de Enfermería, Coordinadoras de Enfermería de Urgencias, un representante de Atención al Usuario y uno de Admisiones. Se está planteando la incorporación de un representante de los Usuarios de Urgencias. Por cada iniciativa nueva se establece un plan de acción y seguimiento.



RESULTADOS

En estos años la CU ha logrado:

- 1) promover la elaboración de varios protocolos asistenciales y monitorizar aquellos procesos más frecuentes o con mayor riesgo para los pacientes de Urgencias;
- 2) establecer las normas de funcionamiento del Área de Urgencias y verificar su cumplimiento;
- 3) mejorar la comunicación del personal sanitario en Urgencias y entre Servicios diferentes;
- 4) analizar los problemas de Urgencias y asesorar a los Equipos Directivos sobre estrategias de mejora de la calidad;
- 5) analizar la calidad percibida por los usuarios y la experiencia del cliente.



DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

La CU ha demostrado ser un órgano capaz de valorar autónomamente las cuestiones específicas de los Servicios de Urgencias Hospitalarios a nivel local e implementar medidas aptas a mejorar la calidad asistencial y el trabajo en equipo. El personal de Urgencias y los Servicios relacionados gozan de un foro privilegiado de debate, donde son escuchados y se sienten parte activa en el desarrollo de la actividad.



IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Mejor comunicación entre personal y usuarios; pantallas informativas y sistemas automáticos de llamada. Dotación de material y recursos humanos de Urgencias. Comfort de la sala de espera y atención a los acompañantes.



COMISIÓN DE URGENCIAS: PUNTO DE ENCUENTRO DEL SERVICIO DE URGENCIAS

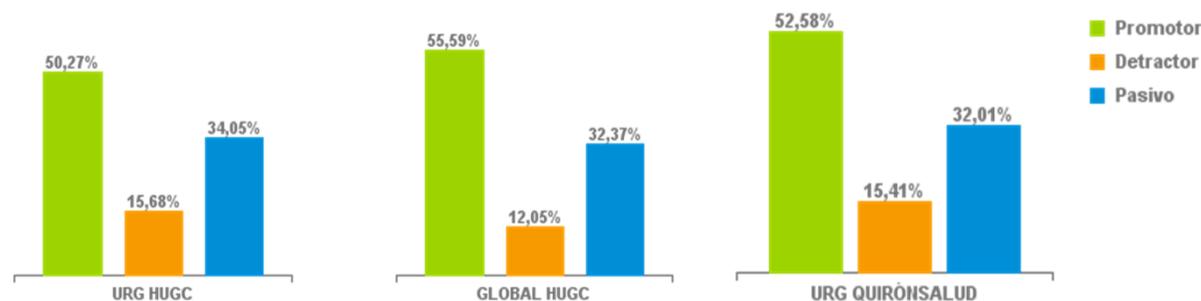
CALIDAD PERCIBIDA EN URGENCIAS HUGC

- Encuestas de satisfacción
- Sistema NPS
- Sistema Like-ik

NPS INFORME MENSUAL SERVICIO URGENCIAS

HU General de Catalunya

Servicio de Urgencias



NPS	34,59%
Encuestas Contestadas	185
Promotores	93
Detractores	29
Pasivos	63

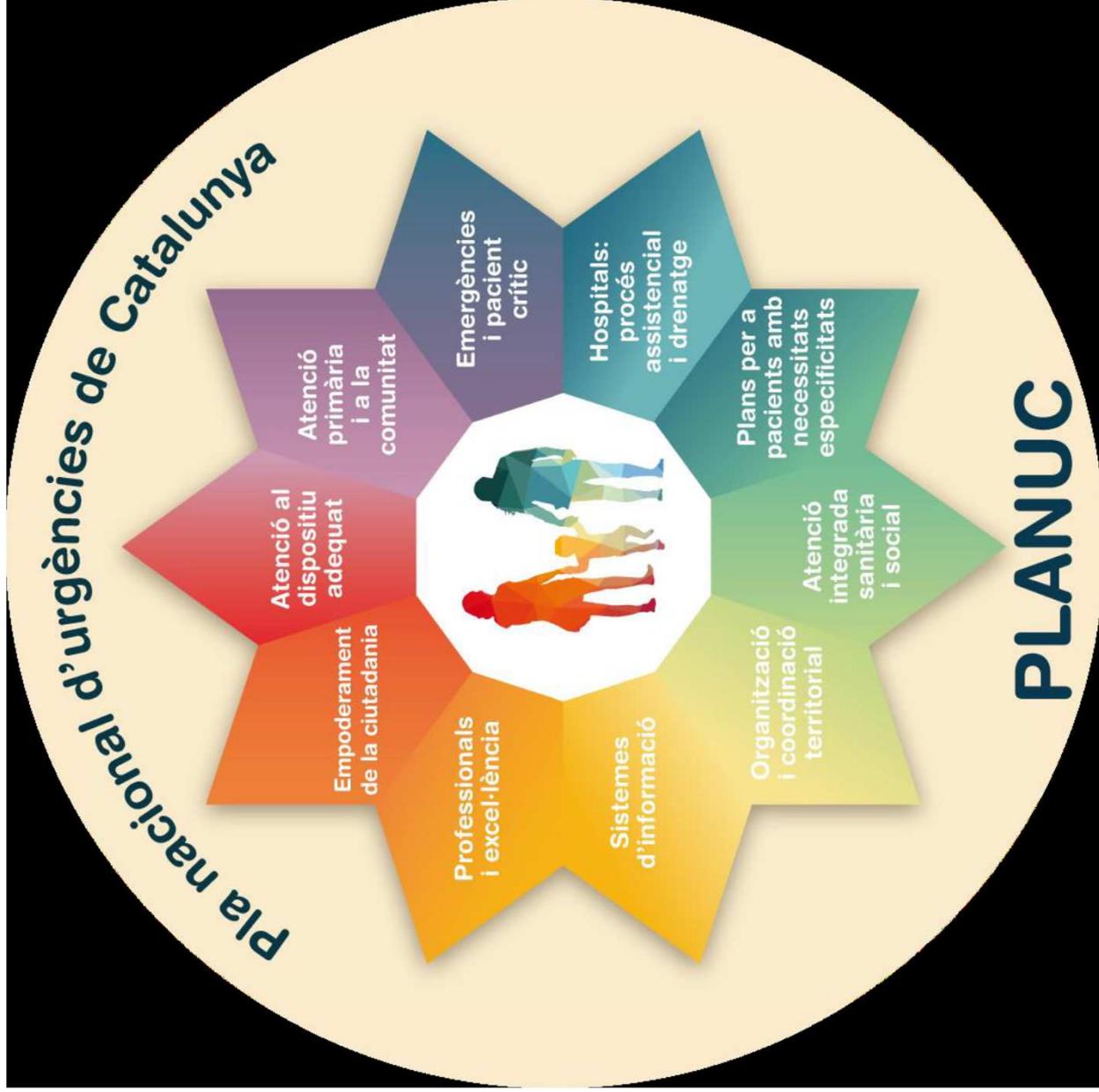
NPS	43,54%
Encuestas Contestadas	689
Promotores	383
Detractores	83
Pasivos	223

NPS	37,16%
Encuestas Contestadas	4892
Promotores	2572
Detractores	754
Pasivos	1566



Índice:

- Introducción
- Organización
- Triage
- Patologías más usuales:
Protocolos
- Códigos
- Calidad en urgencias
- **Futuro de las Urgencias**





Mikel Sánchez

@mikelsanchez1 Te sigue

Médico, Jefe de los Servicios de Urgencias del Hospital Galdakao-Usansolo y del Hospital Gernika-Lumo. Bizkaia. [#EspecialidadMUE](#)

499 Gente que sigues 713 Seguidores

Tweets Tweets y respuestas Multimedia

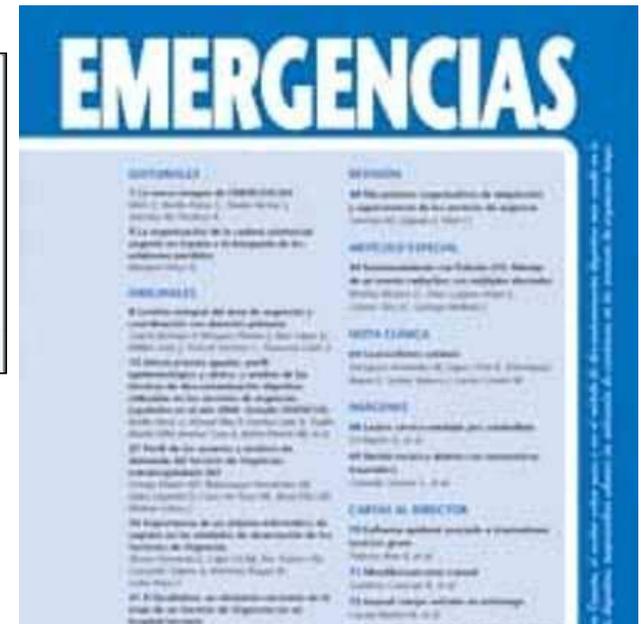


Mikel Sánchez @mikelsanc... · 2d

Los menores vascos con diabetes ya no tendrán que pincharse [elcorreo.com/sociedad/salud...](#) vía [@elcorreo_com](#)



[#EspecialidadMUE](#)



ARTICLE IN PRESS

International Journal of Antimicrobial Agents (2017) ■ ■ ■ ■ ■

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Antimicrobial Agents

Journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijantmicag



Short Communication

Costs of outpatient parenteral antimicrobial therapy (OPAT) administered by Hospital at Home units in Spain

V.J. González-Ramallo^{a,1,*}, M. Mirón-Rubio^b, A. Mujal^c, O. Estrada^d, C. Forné^e, B. Aragón^f, A.J. Rivera^g

^a Hospital at Home Unit, Department of Internal Medicine, Gregorio Marañón Hospital, Madrid, Spain

^b Hospital at Home Unit, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, Spain

^c Hospital at Home Unit, Department of Internal Medicine, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I 3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Barcelona, Spain

^d Northern Metropolitan Area, Casimiro Health Institute (ICS), Badalona, Barcelona, Spain

^e Department of Health Economics and Outcomes Research, Obilbay Consulting, Barcelona, Spain

^f Merck Sharp & Dohme Corp., Madrid, Spain

Hospitalización a domicilio

Un modelo de futuro



20 aniversario

de Hospitalización a Domicilio en el Hospital Clínico San Carlos



XI CURSO GIMUR

URGENCIAS:



Marta Guzmán Fernández

Hospital Universitari General de Catalunya