

# **DOCUMENTO DE ACOGIDA Y NORMATIVA DE URGENCIAS: MEDICOS RESIDENTES**

- 1.- Introducción
- 2.- Estructura física
- 3.- Estructura funcional
- 4.- Procedimientos
- 5.- Varios.

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.- EL HOSPITAL**

El Hospital de la Princesa es un hospital moderno pero con más de 150 años de historia. Inaugurado oficialmente el 24 de Abril de 1857 por el Rey y la Princesa Doña Isabel de Borbón, en nombre de la Reina Doña Isabel II. Ubicado originalmente en el paseo de Areneros, hoy Alberto Aguilera, se trasladó a su actual emplazamiento en la manzana comprendida entre las calles Diego de León, Conde de Peñalver, Maldonado y General Diaz Porlier, del madrileño distrito de Salamanca, en noviembre de 1955. En ese momento pasó a llamarse “Gran Hospital de la Beneficencia del Estado”, recuperando su nombre de “Hospital de la Princesa” el 2 de julio de 1984 e incorporando posteriormente el calificativo de Universitario por convenio con la Universidad Autónoma de Madrid.

Desde la entrada en vigor del decreto que regula la libre elección de médico (1 de diciembre de 2010) puede recibir pacientes de toda la Comunidad de Madrid, aunque su área de influencia se corresponde con los distritos de Salamanca y Chamartín y es referencia en determinadas especialidades para los Hospitales del Henares (Coslada) y Principe de Asturias (Alcalá de Henares).

# ORGANIGRAMA 2010



## 2.- MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

El ejercicio de la Medicina ha experimentado una profunda transformación en los últimos años. La utilización de herramientas complejas y tecnologías avanzadas, la superespecialización de los profesionales, los cambios demográficos, la facilidad de acceso a la información y las nuevas relaciones sociales establecen diferentes formas de acercamiento al problema de enfermar. Durante décadas, grupos de profesionales de diferentes ámbitos han identificado un espacio de actuación propio, que recoge y combina conocimientos de otros muchos, con unas características peculiares: la necesidad de atención inmediata a problemas que comprometen o pueden comprometer la vida. La actuación médica con carácter urgente ha existido siempre, pero la organización al servicio de la misma tiene un desarrollo más reciente.

## 3.- EL SERVICIO DE URGENCIAS.

El Servicio de Urgencias se localiza en la planta -1, ocupa la superficie que se extiende entre las fachadas de Maldonado, donde tiene la puerta de entrada, Conde de Peñalver y Diego de León. (Ver plano)

Atiende cerca de 100.000 urgencias anuales, entre 250 y 300 urgencias diarias que se distribuyen en dos áreas: la médica y la quirúrgica, cada una de las cuales con pequeñas peculiaridades que se presentan a continuación.

## **ESTRUCTURA FISICA DEL SERVICIO DE URGENCIAS**

Tiene un diseño longitudinal en el que se avanza desde las zonas de menor necesidad de recursos hacia las más complejas, con excepción del área destinado a las emergencias que se encuentra a pocos metros de la puerta de entrada.

Las áreas funcionales se reparten siguiendo el siguiente esquema: Recepción de pacientes, área medica, área de especialidades (Ojos, ORL, Psiquiatría) área quirúrgica y área de Observación.

### **1.- Área de Recepción.**

Puerta de entrada de pacientes, pequeño vestíbulo desde donde se accede a la Admisión de urgencias y a la clasificación y se encuentra el punto de información (“chaquetas verdes”).

La oficina de Admisión (teléfono interno: 23404) es el lugar destinado a la recepción administrativa en relación con la asistencia de los enfermos y sus desplazamientos dentro y fuera del hospital. Allí se gestiona la apertura y cierre del episodio de atención urgente, el paso a hospitalización, el alta, petición de ambulancias, emisión de justificantes, de etiquetas identificativas y se custodia la documentación que no se encuentre en soporte informático. Sirve de enlace con los servicios de admisión de otros centros y con el 112 y Coordinadora de camas del SUMMA excepto en lo referente a información clínica que corre a cargo del facultativo correspondiente. No se citan consultas programadas, para ello existe en el Hospital otro espacio localizado en la planta 0.

El punto de información (Teléfono interno 23401) participa activamente en la recepción y acogida de los familiares de los pacientes y otros visitantes que llegan al servicio de urgencias. Su misión consiste en ofrecer información general del hospital, del servicio, y de la localización de los pacientes. Acompañar a los familiares hasta las diferentes dependencias o indicarles la forma de ir. Activan el sistema de traducción telefónica del que dispone la

Consejería de Sanidad y localizan a los familiares de pacientes que han llegado solos a la urgencia.

La consulta de clasificación o triaje es el lugar destinado a la recepción asistencial, clasificación y atención inmediata de los enfermos que acuden a urgencias. Tras la realización del triaje, se determina donde quedan ubicados los pacientes según la patología que les trae a urgencias y el grado de prioridad para su atención. Sobre el sistema de clasificación se hablará más adelante.

Estos espacios comunican con la sala de espera general destinada a familiares y pacientes ambulantes del área médica.

## **2.- Área Médica:**

Divida a su vez en dos espacios: Consultas y Exploración.

Las consultas son un total de seis (en caso de necesidad puede ampliarse utilizando las consultas de ORL y OJOS) en las que se atienden pacientes cuyas características o motivos de consulta, relacionados con problemas médicos, permiten la atención de forma ambulante. En ellas se realiza la anamnesis y exploración física de los pacientes. Disponen de ordenador para la realización y visualización de la historia electrónica y la petición informática de las pruebas que se van incorporando a este procedimiento.

La sala de tratamientos o “box 3” es un espacio habilitado con 10 sillones en los que permanecen pacientes ambulantes mientras se les administra tratamiento. Esta contiguo y comunicado con la consulta 4 o “box de enfermería” que es el lugar donde se realizan electrocardiogramas y extracciones analíticas a los pacientes ambulantes. Es deseable que este espacio permanezca con la menor ocupación posible, por lo que una vez aplicado el tratamiento los pacientes cuyas condiciones lo permitan deben salir a la sala de espera con sus familiares. Especial relevancia tiene este aspecto en el caso de pacientes con deterioro cognitivo y movilidad conservada que

siempre deben estar en compañía del cuidador/familiar ya que esto interfiere menos con su situación basal y con el cuidado del resto de pacientes.

Tanto las consultas 1 y 2 como la sala de tratamientos y el box de enfermería están comunicados por el pasillo interior y con la sala de trabajo de residentes y adjuntos.

Los boxes de exploración son un total de 13, pueden duplicarse en caso de necesidad, distribuidos alrededor de un control central. Su numeración empieza en el nº 3 (ya que los nº 1 y 2 se ubican en una sala independiente, la sala de emergencias). En ellos se atiende a los pacientes que precisan estar tumbados en camilla, ya sea por la gravedad del cuadro clínico o por las características del paciente. Los nº 3 y 9 disponen de puerta que permite mantener al ocupante relativamente aislado del exterior dependiendo del problema que le afecte.

En esta zona pueden estar monitorizados de forma no invasiva 10 pacientes. En el lateral derecho (el más cercano a la puerta de entrada) está uno de los carros de parada de los que dispone el servicio de urgencias. Además en cada box se dispone del material suficiente para la mayoría de las actuaciones. La medicación y materiales especiales se encuentran en el control. En éste se encuentra también el armario de estupefacientes, cerrado con llave que lleva siempre la enfermera asignada a los primeros boxes.

La sala de emergencias tiene capacidad para dos pacientes críticos simultáneos, está localizada junto a la clasificación. Los adjuntos de urgencias tanto médicos como quirúrgicos son los responsables de la primera respuesta, dependiendo del motivo de consulta. Un sistema de alarma interno con un código de colores identifica el grupo que debe actuar en primer lugar. (Amarillo: medicina, rojo y verde: cirugía/trauma)

El objetivo en esta sala es estabilizar y trasladar cuanto antes al paciente a otra ubicación dependiendo del problema (puede ser UCI, coronaria, REA/ quirófano o boxes de exploración médicos o quirúrgicos).

### **3.- Consultas para especialidades.**

Las consultas específicas, localizadas en el pasillo de comunicación entre el área médica y la quirúrgica están divididas en dos bloques: el de oftalmología y otorrinolaringología con una pequeña sala de espera propia y la consulta de psiquiatría con su sala de espera y consulta con doble entrada y una cama con contención para aquellos pacientes con patología psiquiátrica que la precisen.

Los pacientes encamados de psiquiatría con contención mecánica posteriormente serán vigilados en la sala de pacientes médicos.

La enfermera de psiquiatría es la del área quirúrgica.

### **4.- Área Quirúrgica.**

Consta de una sala de espera común para pacientes ambulantes y familiares, que comunica, a su vez con el acceso a radiodiagnóstico y observación.

Una consulta para problemas quirúrgicos, una sala de curas adyacente, una consulta para problemas traumatológicos con una sala de yesos y el control de enfermería y sala para pacientes que precisan camilla (diseñada para cuatro pacientes) constituyen los espacios asistenciales en este área. Además de los despachos médicos, sala de estar y de reuniones.

En el control se encuentra otro de los carros de paradas del servicio.

El quirófano de urgencias está localizado en la planta 4º del hospital, aunque en ocasiones dependiendo del procedimiento a seguir y del momento del día puede intervenir de forma urgente en otros quirófanos, sobre todo en el caso de cirugía cardíaca y neurocirugía.

### **5.- Área de observación.**

Capacidad para 20 camas con 12 en funcionamiento. Control de enfermería, almacén de lencería y farmacia propios. Con una o dos enfermeras y auxiliares dependiendo de si se abre o no la totalidad de



camas y un celador. Los pacientes observados lo están a cargo de un servicio y es el médico de guardia del mismo el responsable de su atención. No así los pacientes asignados a urgencias o a medicina interna, quienes por acuerdo entre ambos servicios, son atendidos por los médicos de urgencias durante la mañana y el internista de guardia durante las tardes, noches y fines de semana.

En esta área se dispone de dos boxes de aislamiento y se localiza otro carro de paradas.

#### **6.- Área de radiodiagnóstico.**

Integrada en la estructura física de urgencias, dispone de dos salas de radiología convencional, una sala de ecografía y un TAC. Al cargo del servicio de radiodiagnóstico.

#### **7.- Laboratorio de Urgencias**

Ubicado en la segunda planta del hospital, relacionado directamente con el área de urgencias a través de tubo neumático con recepción de resultados a través de procedimiento informático.

#### **8.- Otras dependencias del Servicio de Urgencias:**

- Salas de estar y de trabajo comunes.
- Despachos de médicos, supervisora y administrativo de urgencias.
- Sala de reuniones.
- Almacén.
- Salas de espera.
- Sala de información a pacientes.
- Sala de duelo de observación.
- Zonas de descanso de médicos: en la planta undécima y menos uno.

## **ESTRUCTURA FUNCIONAL**

### **Generalidades:**

El Servicio de Urgencias atiende las demandas de asistencia urgente de pacientes externos. No actúa en la vía pública ni en domicilio, puesto que éstos escenarios son competencia de los equipos de extrahospitalaria (SAMUR y SUMMA 112), salvo situaciones muy concretas de emergencia vital en el perímetro del hospital.

Recibe, clasifica, asigna prioridades, distribuye tareas y completa el proceso asistencial de quienes demandan asistencia urgente dentro del grupo de pacientes que le han sido asignados.

Algunas especialidades se consideran de primera llamada, esto es, asignación directa desde triaje: Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Cirugía Máxilofacial, Cirugía General y Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología. Otras lo son por ser referencia para otros Hospitales de la CAM (Neurocirugía, Hemodinámica, Radiología Intervencionista...etc.) y por lo tanto reciben directamente pacientes derivados desde otros centros en donde ya han sido atendidos por un especialista primario.

En todos los casos se han establecido acuerdos entre las diferentes especialidades y el servicio de Urgencias para determinar qué valoraciones son necesarias por parte del Servicio de Urgencias y cuáles lo son de la especialidad concreta.

La asignación de servicio responsable es competencia del médico de urgencias y el receptor puede ingresar, observar, dar de alta o transferir a otro especialista al paciente. Para que estas decisiones no produzcan demoras indebidas deben efectuarse en un segmento temporal que no debe superar los sesenta minutos.

### **Quedan excluidas de la cartera de servicio de urgencias:**

- Peticiones de interconsulta urgente de un especialista a otro.
- Derivaciones del Centro de Especialidades al servicio correspondiente del Hospital.
- Derivaciones de Primaria a un especialista.

-Realización de pruebas diagnósticas urgentes solicitadas desde cualquier nivel asistencial. (radiodiagnóstico, análisis, preoperatorio, coagulación...)

- Petición de ingreso urgente.

- Realización de transfusión en pacientes con anemia crónica (derivación y programación a UMA), salvo que la situación clínica aconseje transfusión urgente que no pueda realizarse en UMA.

- Administración de medicación no indicada por los médicos de urgencias/ especialistas de guardia.

- Vigilancia de pacientes en espera de ambulancia, familiares o alta.

- En general aquellas situaciones que no tengan relación directa con una situación urgente que requiera intervención inmediata y que suponga "obviar" los circuitos normales del Hospital.

### **Definición del proceso asistencial.**

En el proceso asistencial urgente se distinguen característicamente varias actuaciones secuenciales bien diferenciadas:

1.- Recepción del paciente y clasificación atendiendo al motivo de consulta y nivel de prioridad.

2.- Activación del recurso asistencial idóneo con carácter de mayor eficiencia.

3.- Estabilización del paciente si hay necesidad de ello. Aplicación de las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias.

3.- Resolución y alta si no existe urgencia objetiva.

4.- Traslado o transferencia definitiva del paciente al nivel asistencial idóneo.

## NORMAS GENERALES DE ACTUACION

El enfermo al llegar a urgencias es recibido por un celador quien lo dirige al punto de Admisión si su situación lo permite o a la clasificación directamente mientras un familiar suministra los datos administrativos. El familiar pasa después a la sala de espera hasta ser avisado.

Es imprescindible la activación en el sistema informático del paciente para iniciar el proceso asistencial.

En el caso de pacientes críticos pueden ocurrir diferentes situaciones:

1.- Llega con familiar: Mientras es atendido su familiar realiza el trámite administrativo.

2.- No tiene familiar pero viene con un equipo de extrahospitalaria. Uno de los miembros del equipo externo facilita la información de la que dispone. Si se conoce la identidad se abre la historia con esta identificación. Si no se conoce se abre historia con un nº de episodio y los términos desconocido/ desconocido.

3.- Si lo han traído personas ajenas al ámbito sanitario se procede igual.

En la clasificación se encuentran una enfermera y un médico residente. Reciben al paciente y le interrogan acerca del motivo de consulta, intentando convertir lo que el paciente expresa en uno de los 250 motivos que permiten la entrada al programa estructurado de clasificación o triaje.

Para poder asignar al paciente una prioridad y una ubicación es preciso seguir las preguntas que aparecen en la pantalla.

En la clasificación no se realiza historia clínica ni se explora al paciente salvo la toma de constantes: presión arterial, pulso, temperatura, saturación de O<sub>2</sub> y frecuencia respiratoria dependiendo de las que solicite el sistema (ya que no hay que hacer todo a todos).

Si existen dudas ante lo que el paciente refiere se cuenta con un adjunto que actúa de soporte al triaje.

El programa asigna un lugar de atención y una prioridad para la misma. El clasificador avisa a aquellos especialistas que actúan como primera llamada, y no están en el servicio, que tiene un paciente en espera. La historia electrónica permite a dicho especialista conocer los datos del triaje desde cualquier punto del hospital, sólo necesita el nº de historia.

Los pacientes ambulantes son acompañados por el celador a las salas de las diferentes áreas, donde esperan en compañía de su familia, hasta que son llamados para su atención. El tiempo máximo de espera lo marca la prioridad asignada en el sistema de triaje. Si se produce un cambio en la situación del paciente siempre es posible efectuar una reclasificación.

Los pacientes que llegan en ambulancia se distribuyen en dos grupos:

1.- Los que llegan en UVI móvil. Estos se consideran ya atendidos, y se incorporan al sistema de triaje bajo dicho epígrafe. Su ubicación dependerá del circuito asociado al diagnóstico (cardiopatía isquémica, código ictus, parada recuperada...) y de la gravedad del cuadro. A veces suben directamente a la Unidad de cuidados críticos o a la Unidad coronaria debiéndose activar igualmente al paciente en el sistema, pero sin escribir historia en urgencias.

2.- Los que llegan en ambulancia convencional. Se aplica el sistema de triaje de forma habitual.

Todos los médicos y enfermeras que atienden al paciente dejan reflejada su actuación por escrito en la historia clínica, sea ésta en papel o electrónica. En las diferentes áreas en las que se atiende a pacientes ambulantes la totalidad de las historias se realizarán en soporte electrónico. El soporte papel queda restringido a casos puntuales por avería o complejidad de intervención.

En el directorio de documentos del sistema puede accederse al manual de uso de la historia electrónica y al manual del sistema de triaje para obtener una información más detallada.

C:/Nostradamus/directorio de documentos/direccion medica/urgencias/

De la evaluación del paciente se derivan básicamente tres situaciones: puede ser dado de alta, es necesario ingresarle o no se puede tomar aún una decisión y se decide observar.

Estas decisiones las toma directamente el médico de urgencias o cualquier otro especialista de guardia que haya sido requerido por él para evaluar al enfermo. Todas las peticiones de consulta deben quedar consignadas en la historia, lo mismo que las respuestas a las mismas.

Aunque el médico de urgencias tiene potestad absoluta para ubicar al paciente en el nivel asistencial que considere más adecuado y efectuar el ingreso o la derivación a consultas externas, por cortesía hacia el resto de facultativos de guardia se les avisa antes de proceder a ello.

En el caso de las derivaciones a consultas externas debe figurar el nombre del especialista o del adjunto de urgencias que la ha indicado y siempre debe precisarse que es necesario solicitar cita.

Existen acuerdos concretos con cada servicio acerca de los circuitos de pacientes. Los correspondientes a Psiquiatría, Traumatología, Onco Médica y Cuidados Paliativos están disponibles en K:/urgencias/acuerdo entre servicios. El resto disponible en papel, se encuentra en las estanterías del Servicio.

El paciente sale del servicio de Urgencias con un informe de la asistencia recibida. En dicho informe debe quedar recogido de forma clara el proceso que se ha seguido y debe emitirse una impresión diagnóstica y unas recomendaciones terapéuticas si fueran necesarias. Si se realiza a mano, por avería del sistema electrónico, debe figurar la secuencia horaria ( recepción, peticiones, consultas, toma de decisiones..,etc.). Este informe se cierra en el alta a domicilio y en el paso a hospitalización, no se cierra informe cuando el paciente pasa a observación o a otro área de la urgencia. Los originales son para el paciente si se va de alta o para el control de enfermería caso de ingreso en hospitalización. Admisión recibe una copia de toda la documentación escrita a mano para su posterior digitalización.

## DISTRIBUCION DE PUESTOS DE TRABAJO Y FUNCIONES

El Servicio de Urgencias atiende la denominada urgencia externa, es decir los pacientes que acuden al servicio por un proceso urgente. No se ocupa de la urgencia interna que son los problemas urgentes que se producen en los pacientes ingresados en las plantas de hospitalización. Para ellos cada servicio tiene distribuida la atención continuada y existe un equipo de guardia.

La parada cardiorrespiratoria que se produce en las dependencias de urgencias la atiende el servicio de urgencias y la que ocurre en el resto de dependencias del hospital (ya sean pacientes o visitantes) la guardia de anestesia.

### **La plantilla del servicio de urgencias está formada por:**

1 Jefe de Servicio/Coordinador de Urgencias

1 jefe de Sección

Médicos Adjuntos que tienen la categoría de Médicos de Urgencia Hospitalaria y se encargan principalmente del área Médica de Urgencias aunque también se han incorporado Cirujanos al equipo.

1 Supervisora de Urgencias

Enfermeras de Urgencias

Auxiliares

Celadores

Personal Administrativo

En el área Quirúrgica son los diferentes equipos de guardia quienes se reparten la atención a los pacientes que les han sido asignados. Son primera llamada: Cirugía General y Aparato Digestivo, Traumatología, ORL, OJOS, Cirugía Maxilofacial y Psiquiatría.

El resto de especialidades acuden avisados por el médico de urgencias o el cirujano general, salvo que el paciente llegue derivado de otro centro para la especialidad en la que nuestro Hospital es referencia del mismo. Ejemplo: Neurocirugía y Hospital del Henares, que recibe el aviso desde clasificación.

**Las funciones de los médicos en el servicio de urgencias sean staff del mismo o formen parte de los diferentes equipos de guardia son,** además de las recogidas en el Real Decreto 866/2001, publicado en el B.O.E. N° 178/2001 de 6 de Agosto las siguientes:

Organizar, dirigir, enseñar y ayudar a los médicos residentes en las actividades asistenciales, procurando que se informe puntualmente a los familiares, que se obtengan las autorizaciones y consentimientos en las situaciones que así lo precisen, que se rellene la documentación precisa, supervisar los ingresos y asignar servicios para el mismo, supervisar altas, velar por la calidad asistencial y la correcta confección del informe clínico, coordinarse en la actividad asistencial con otras especialidades y responder las interconsultas dejando constancia escrita de su intervención.

Es responsabilidad común a todos los miembros del equipo (personal sanitario o no) procurar agilizar el proceso asistencial y evitar demoras y esperas innecesarias.



## LOS MEDICOS RESIDENTES

La clara vocación docente del Hospital se traduce en la incorporación anual de un importante número de médicos que lo eligen como el centro para realizar su residencia.

Dado que el número de personas es ligeramente variable de año en año, para cada promoción se establece cuántos puestos de trabajo les corresponden tanto en las rotaciones programadas como en la guardia, teniendo en cuenta que el número de guardias establecido para cumplir los objetivos docentes y laborales es entre 4 y 6 (media 5) al mes.

La filosofía del centro es de “responsabilidad creciente y supervisión decreciente” en función de las características de cada uno, mientras se desarrollan las habilidades propias del ejercicio de la Medicina y de la especialidad correspondiente.

En concreto en el área de urgencias de Medicina los médicos residentes, sea cual sea el año de residencia actual, si han tenido experiencia clínica de dos o mas años, y no digamos si ya están en posesión del título de otra especialidad, actuarán de forma independiente, puesto que esos son los requisitos para acceder a la categoría de médico de urgencia hospitalaria. Aunque siempre cuentan con el apoyo de los médicos de staff.

Para las actuaciones concretas de cada especialidad la supervisión la realiza el staff de dicha especialidad.

De forma general en el servicio de urgencias todos **los médicos residentes de primer año** son iguales y se distribuyen bien en la zona médica, bien en la quirúrgica o bien en ambas, dependiendo del tipo de especialidad, tanto para las rotaciones como para las guardias.

Sus funciones son:

- Realizar la historia clínica y la exploración física de los pacientes que le son asignados.

- Emitir una valoración inicial y planificar la necesidad de pruebas diagnósticas que consultará con el residente mayor o el adjunto al que haya sido adscrito.
- Complimentar la historia electrónica y verificar que toda la información ha quedado reflejada correctamente.
- Solicitar las pruebas diagnosticas que le indiquen sus residentes mayores o el adjunto, informando de ello al paciente y familiares.
- Complimentar certificados, partes judiciales y documentación asociada siguiendo indicaciones de los residentes mayores/ adjunto.
- Agilizar el proceso asistencial
- Asegurarse de que paciente y familiares han recibido información correcta e inteligible del proceso.
- En general seguirán las instrucciones recibidas del staff de urgencias y del resto de especialidades para la prescripción de tratamientos o la realización de curas menores.

**Los médicos residentes de segundo año** se reparten igualmente entre las áreas médica, quirúrgica o ambas tanto para las rotaciones como para las guardias, aunque en éstas comienzan ya a combinar las guardias en el servicio de urgencias con las guardias de su especialidad, en proporción variable según la misma.

Sus funciones son:

Las mismas que las del residente de primer año pero en este caso pueden ya decidir sobre la petición de determinadas exploraciones complementarias, prescribir tratamientos y ayudar a los residentes de primer año en la correcta cumplimentación de la documentación. Proponen ingresos y altas y pueden consultar directamente con otros especialistas.

**Los residentes de tercer año en adelante** se dividen entre los que pasan a hacer guardias de su especialidad, aunque si lo desean pueden mantener guardias en el servicio de urgencias, y los que las realizan en el servicio de

urgencias y mantienen rotaciones en el mismo (fundamentalmente Medicina Interna y Familia pero también Oncología Médica, Raadioterápica y Endocrinología).

Sus funciones son las mismas que los residentes de primer y segundo año y además actuar con las funciones propias de los médicos de urgencia hospitalaria. Es muy importante su labor ayudando a los residentes de años inferiores en la realización de las diferentes tareas. Prescriben tratamientos y realizan ingresos y altas de forma independiente, aunque siempre cuentan con el apoyo del staff en los casos en los que tengan dudas.

**Los residentes de las diferentes especialidades** tienen las mismas funciones que los anteriores y además: atienden a los enfermos de su especialidad en los diferentes espacios del servicio de urgencias bien de forma directa o bien a solicitud de los residentes que allí se encuentran. Controlan la evolución de los pacientes a su cargo decidiendo altas e ingresos bajo la supervisión de su correspondiente staff. Atienden las urgencias internas de los pacientes de su especialidad o de otros servicios de los que le llegue interconsulta.

En las actuaciones directamente relacionadas con el servicio de urgencias es el staff de urgencias quien establece las pautas de actuación y la distribución del trabajo.

En las actuaciones relacionadas con su especialidad dependen del staff de la guardia correspondiente.

En el caso de los residentes quirúrgicos y de traumatología los residentes mayores intervienen en la atención al paciente crítico junto a su respectivos staff, al de urgencias, al intensivista o al anestesista dependiendo del problema concreto y participan en la actividad del quirófano según decisión de los médicos de plantilla.

**Es responsabilidad común a todos los miembros del equipo** (personal sanitario o no) procurar agilizar el proceso asistencial y evitar demoras y esperas innecesarias. Informar a familiares y resto del personal del equipo sobre las actuaciones decididas en función de sus atribuciones y nivel de responsabilidad.

Todos los trabajadores, relacionados o no con el área de urgencias, tienen la obligación de velar por la seguridad de los pacientes y acompañantes, suministrar información adecuada a su nivel de responsabilidad (en unos casos será clínica y en otros meramente general sobre el funcionamiento del centro), velar por el cumplimiento de las normas de funcionamiento del área de urgencias, preservar la confidencialidad y cuidar de forma exquisita la protección de datos de carácter personal (con especial atención a los protocolos establecidos en casos de violencia de género), sin que ello produzca sufrimiento innecesario en las personas que intentan localizar a un familiar enfermo o herido.

El personal que trabaja en el área de Urgencias deberá estar reglamentariamente uniformado e identificado. En todo momento se guardará la compostura que las mínimas reglas de educación exigen en relación con hábitos y actitudes respecto a enfermos, acompañantes y compañeros de trabajo; y, a la inversa, se exigirán las mismas consideraciones hacia el personal del Servicio por parte de enfermos y acompañantes.

Las personas que acuden al Servicio de Urgencias pueden abandonarlo bajo su responsabilidad cuando consideren oportuno. El Término “fuga” queda restringido a pacientes con orden judicial de ingreso que abandonan el centro sin conocimiento del personal. El grueso de pacientes entra y sale libremente según consideren y se registrará en la historia bajo el epígrafe “se marcha” y la hora si es conocida.

Pueden solicitar en Admisión un justificante en el que sólo constara la hora de llegada y la hora de salida del centro sin que se certifique ni afirme que la persona permaneció todo el tiempo en las dependencias de Urgencias, ya que éste no es verificable.

Para firmar un alta voluntaria es necesaria una valoración clínica y un desacuerdo entre las indicaciones del facultativo y el paciente.

Cuando se solicita el alta voluntaria se entregará al paciente un informe con la información disponible hasta el momento dejando constancia de cual es la recomendación efectuada por el facultativo que le atendió. (EJ: se propone ingreso y lo rehúsa; se propone tratamiento quirúrgico y lo rechaza...etc)

Los familiares y acompañantes reciben información siempre y cuando así lo haya manifestado el paciente, con la consideración de minimizar la angustia de los allegados en la manera que sea posible sin romper el obligado secreto.

## SITUACIONES CONCRETAS

### **A.- Clasificación y triaje:**

Se realiza de forma conjunta por una enfermera y un médico residente de primer año.

Las dudas que se les planteen las intenta resolver el Adjunto de urgencias de apoyo al triaje, quien también activa circuitos especiales y siempre debe ser consultado antes de aceptar pacientes cuando llaman desde el centro Coordinador del SUMMA o SAMUR.

Todos los médicos residentes de primer año deben rotar en algún momento por ese puesto para conocer las peculiaridades del programa, aunque son mayoritariamente los residentes que rotan y realizan guardias en el área de Medicina los que se ocupan de este puesto.

Es imprescindible aplicar la utilización del sistema electrónico ya que es el punto inicial para la historia clínica electrónica y el sistema de gestión electrónica del Servicio de Urgencias, tanto durante el día como durante la noche cuando por establecerse turnos de descanso no hay un médico asignado directamente a la clasificación y se turnan para recibir a los pacientes.

La secuencia de preguntas estructuradas asigna una prioridad representada por números del 1 al 6 y colores (rojo, naranja, amarillo, verde, azul y negro). Cada uno tiene un tiempo de espera máximo para la siguiente atención. El nº 6/ color negro recoge situaciones que no corresponden la servicio de urgencias y directamente saca al paciente del programa (venía a pedir cita y no lo explicó bien en admisión, quería preguntar por un especialista concreto para hacerle una visita de cortesía...etc.)

El objetivo es identificar a los pacientes de prioridad 3, ya que los críticos y los banales resultan obvios, pero es importante separar a pacientes con problemas aparentemente sencillos que esconden problemas graves.

La distribución por especialidades se recoge en el documento de clasificación que puede consultarse en el directorio de documentos.

En la pantalla interior aparecen en orden secuencial los pacientes que han sido clasificados, su motivo y el color asignado, lo que permite a un adjunto o médico residente mayor distribuir a estos pacientes y agilizar su atención.

1.- Problemas pediátricos: Menores de 15 años son derivados al Hospital Niño Jesús si la situación clínica lo permite. Desde Admisión se avisa al médico clasificador y al staff de apoyo al triaje quienes deciden si es o no factible el traslado.

Sí se atiende durante la guardia la urgencia oftalmológica, excepto en fin de semana en el que se deriva a la Paz (dado que los acuerdos de zonificación en este caso concreto son variables es preferible consultar con el oftalmólogo de guardia y valorar el problema que presenta el niño).

2.- Problemas de Obstetricia y Ginecología: Se derivan al Hospital Universitario Gregorio Marañón tras verificar la situación clínica de la paciente, procediendo de forma similar a la anteriormente mencionada.

La gestante con problemas médicos no relacionados con el embarazo es valorada en el servicio de urgencias igual que el resto de pacientes. La decisión de ingreso en nuestro centro o traslado al Gregorio Marañón la tomará el staff de la especialidad correspondiente.

3.- Los casos de violencia sexual se procede según el protocolo que puede consultarse en directorio de documentos. Básicamente consiste en activar a la unidad específica de la policía y derivar a la paciente al Hospital de La Paz. En horario de mañana la trabajadora social de urgencias actúa como gestora de casos en éstos y en los de violencia doméstica. (teléfono 8544)

4.- No existe urgencia de Dermatología. Si el problema es grave es atendido en el servicio de urgencias. Si no lo es se deriva para solicitud de cita en el centro de especialidades. En caso de duda se pregunta al staff de apoyo al triaje.

## **B.- Equipos de emergencia:**

Desde el desarrollo de la Medicina de urgencias extrahospitalaria la mayoría de los pacientes críticos llegan al hospital ya atendidos por un equipo médico.

Según la situación del paciente se realiza la transferencia en la sala de emergencias o en los boxes de exploración.

Pero de vez en cuando llegan pacientes críticos cuya atención debe ser inmediata, en estos casos:

El médico o enfermera clasificador activa la alarma que avisa a los diferentes equipos de emergencia: médico, quirúrgico/traumatológico.

El equipo básico está formado por:

- Dos adjuntos de urgencias
- Un residente mayor del área médica
- El residente que estaba atendiendo al paciente si éste estaba ya en la urgencia.
- Dos enfermeras de Urgencias
- Una auxiliar
- Un celador

El resto de médicos y enfermeras pueden permanecer en la sala, en silencio, y sin estorbar a los movimientos del equipo de atención directa. Cada vez que se les requiera algo por parte del director de la parada lo ejecutarán y confirmarán en voz alta lo que han hecho. (Avisar a familiares, avisar a radiodiagnóstico, cumplimentar peticiones de analíticas o pruebas cruzadas, o activar la historia electrónica para disponer de la información previa del paciente).

En el caso del politrauma el equipo es algo diferente:

- Médico de intensivos
- Cirujano General



- Traumatólogo de guardia
- Médico de Urgencias
- Dos enfermeras
- Una auxiliar
- Un celador

El director de la parada debe ser el intensivista de guardia quien recibirá la información del adjunto de urgencias o del cirujano general que han actuado como primer receptor del paciente y solicitará la intervención de los especialistas que considere necesarios.

En todos los casos la actuación debe quedar reflejada por escrito en la historia electrónica y debe mantenerse informada de forma eficaz a la familia. Sería deseable que se estableciesen dos niveles de información:

1.- Nivel general que pueden suministrar tanto los informadores como el residente clasificador: el paciente se encuentra en el hospital y está siendo atendido en este momento.

2.- Nivel específico: que corre a cargo del staff de urgencias, el intensivista o el equipo quirúrgico.

## C.- CADÁVERES

Cuando un paciente fallece en el servicio de Urgencias se procede igual que si estuviese ingresado en una planta:

- 1.- Avisar a la familia.
- 2.- Hacer el parte interno de defunción para su traslado al mortuario. No hacer el traslado antes de que lo vea su familia, siempre que la demora sea por un tiempo prudencial.
- 3.- Cuidados postmortem (amortajar etc.) por parte del personal encargado.
- 4.- Realizar el certificado de defunción. Si no se conoce la causa del fallecimiento solicitar autopsia clínica o judicial previamente.

Cuando un paciente entra ya cadáver en urgencia o en situación preagónica y fallece a los pocos minutos de llegar, hay que proceder de la forma siguiente:

- 1.- Informar a la familia.
- 2.- Comunicárselo al Sr. Juez de guardia confeccionando el Parte Judicial correspondiente, en el que se indica que el enfermo ha ingresado cadáver sin poder determinar la causa de la muerte.
- 3.- Confeccionar el parte de defunción del hospital para trasladar al difunto al depósito hasta que lleguen a recogerlo del Instituto Anatómico Forense.
- 4.- No hay inconveniente en realizar el certificado de defunción si la causa de la muerte es evidente (enfermo terminal con patología conocida que es traído desde su domicilio, infartos agudos etc.) y no traumática, valorando en todo caso la realización de autopsia clínica si el profesional y/o la familia lo estiman oportuno.
- 5.- Dejar constancia de todo en la historia clínica.
- 6.- **IMPORTANTE:** Si hay signos de muerte violenta.
  - Avisar al Jefe de Hospital.

- Retirar los objetos, ropas etc. y guardarlos, intentando no modificar el estado salvo necesidad de actuación para realizar la atención médica.

- Hacer el Parte Judicial y mandarlo urgentemente al Juzgado.

- Cuando vengan a por el cadáver entregar a la policía los objetos del difunto.

- Anotar en el informe clínico las lesiones encontradas y todo lo relativo al caso.

#### **D.- PETICION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Como norma general antes de solicitar una prueba es necesario consultarlo con un residente mayor o el adjunto correspondiente. No todas las pruebas posibles están disponibles en el hospital y sobre todo no todas pueden realizarse de forma urgente.

Cada catálogo de pruebas diagnósticas tiene su propio circuito y su volante específico, aunque ya están confluyendo la mayoría en la petición electrónica y la devolución de resultados por este mismo mecanismo, pero aún conviven documentos en papel.

Es importante limitar las determinaciones a aquellas cuyo resultado va a ser relevante para el diagnóstico y la actitud terapéutica posterior, rellenar siempre de forma adecuada la petición y obtener del paciente el consentimiento por escrito en el caso de petición de hemoderivados para transfundir, en la realización de pruebas de imagen con contraste y en general en las que resultan invasivas, recordando que en situación de gravedad puede obviarse reflejándolo en la historia clínica.

#### **E.- PETICION DE INTERCONSULTAS Y SISTEMA BUSCAPERSONAS**

Pueden hacerse a través de la historia electrónica o telefónicamente por el sistema de buscapersonas que ha sido sustituido por teléfonos móviles a los que se puede llamar desde cualquier teléfono del hospital. Todos tiene un nº de marcación corto (para llamadas internas) y uno largo para llamadas desde fuera del hospital. En los controles está disponible un listado con todos los números.

En caso de dudas puede llamarse a centralita (91-5202200 desde el exterior, 10514 desde el interior).

Con este sistema se localiza también al personal no sanitario: trabajador social, informáticos, mantenimiento, limpieza, portátil de rayos....,etc.

## **F.- TRANSPORTE SANITARIO**

Para el desplazamiento desde la Urgencia a otro centro o al domicilio de los enfermos que lo precisen, disponemos de un servicio de ambulancias concertadas y de las UVI móviles del Centro Coordinador de Urgencias 112.

### **1º.- UVI móvil:**

Si, por falta de cama, un enfermo grave (infarto, politrauma etc.) tiene que ser trasladado a otro centro, hay que gestionarlo con el Centro Coordinador de Urgencias por parte del adjunto/residente mayor/especialista encargado del enfermo. No se realizarán traslados de estos enfermos, sin estar previamente estabilizados en el momento de su partida y sin el consentimiento del centro receptor.

### **2º.- Ambulancias:**

Cuando verdaderamente un enfermo necesite ser trasladado en ambulancia a su domicilio u otro centro, hay que cumplimentar el volante de solicitud y enviarlo a Admisión, que lo tramitará.

Si el domicilio del paciente está fuera de Madrid o de la zona de influencia de nuestra Área, es necesaria la autorización del Jefe de Hospital.

Es muy importante consignar en el volante si el enfermo necesita oxígeno, si precisa ayuda para su movilización o va acompañado de algún familiar. En el volante deben figurar los datos del médico que prescribe con código CIAS o nº de colegiado.

### **Situaciones especiales:**

- 1.- Enfermos psiquiátricos. Solicitar el traslado a las ambulancias Municipales, SAMUR, o policía municipal. 112.
- 2.- Enfermos de Sociedades médicas y de ISFAS solicitarlo a su Sociedad. La familia tiene que realizar la gestión, aunque en Admisión pueden ayudarle o realizarla si el paciente no tiene familiares.



**LEYENDA**

- |   |                        |   |                             |
|---|------------------------|---|-----------------------------|
|  | INFORMACIÓN            |  | EXPLORACIÓN                 |
|  | ADMISIÓN               |  | SALA DE CURAS               |
|  | ALMACENES              |  | SALA DE YESOS               |
|  | DORMITORIOS RESIDENTES |  | CONSULTAS                   |
|  | EMERGENCIAS            |  | CONSULTAS DE ENFERMERÍA     |
|  | SALAS DE ESPERA        |  | RX DE URGENCIAS             |
|  | ZONAS ADMINISTRATIVAS  |  | SALA DE ALTAS HOSPITALARIAS |
|  | OBSERVACIÓN            |  | BASE DEL SUMA               |
|  | TRAJE                  |  | MECÁNICA                    |

## Anexo I

### MODALIDADES DE GUARDIA:

**Presencia física:** Implica permanecer en el hospital fácilmente localizable durante las horas acordadas.

. La guardia de los residentes comienza a las 8 AM hasta las 8 AM del día siguiente. Para cumplir mejor con los programas docentes se agrupan todas las horas correspondientes a los periodos de guardia (unas 60 al año durante el primer y segundo año de residencia) en forma de rotaciones de mañana en el servicio de Urgencias ya sea en el área médica, ya en la quirúrgica, ya en las dos, dependiendo de la especialidad.

Las modalidades horarias quedan:

- 17 horas desde las 15 a las 8AM
- 24 horas: de 9 AM a 9 AM los sábados, domingos y festivos.
- 12 horas: los residentes de neurofisiología en la unidad de sueño.
- 7 horas: de 15 a 22. Determinadas especialidades según programa de formación (ej: Microbiología, Farmacología Clínica) y Los residentes de Medicina familiar y Comunitaria que acompañan a Oftalmología, Otorrinolaringología y Psiquiatría.
- 14 horas: el mismo grupo el sábado o Domingo.

Estas diferentes modalidades son las que reciben retribución en función del número de horas mencionadas. No se retribuye la llamada “guardia de acompañante o de mochila” en la que un residente de un año inferior acompaña a un residente de un año superior de su especialidad para aprender cómo es la guardia correspondiente. Tampoco se admite que sean permanencias de más de siete horas. Los residentes pueden quedarse con sus residentes mayores durante las tardes que deseen pero este periodo de tiempo no se considera guardia ni será retribuido.

El número mínimo de guardias que debe realizar un residente es de 4 y el máximo 6, un promedio de 5 guardias al mes, que se pueden calcular en periodos de 3 o 6 meses.

En determinadas especialidades y en función de las habilidades adquiridas por los residentes a partir del tercer año de residencia el residente puede realizar la guardia con el adjunto localizado.

De igual manera en algunas especialidades con escaso número de residentes éstos realizarán guardias en función del año de residencia aunque no puedan completar un calendario mensual completo. (Ej: sólo existe un residente que realiza 6 guardias al mes de su especialidad y por lo tanto sólo aparece en 6 días del listado)

A la inversa en algún momento es necesario duplicar un puesto para que todos los residentes de ese año y especialidad realicen 4 guardias.



### **Listado de guardias:**

Cada servicio/Unidad designada por la Dirección para la realización de guardias confeccionará un listado mensual con las guardias de su Servicio remitiéndolo al Coordinador de Urgencias. Hay que tener en cuenta que los servicios con actividad de consultas externas deben entregar sus listados trimestrales de guardias en Admisión con un mes de antelación al inicio del trimestre, además de hacerlo en la secretaría de Urgencias. Para los servicios sin actividad de consulta el límite es de diez días antes del inicio del mes, antes del día 20 del mes anterior, aunque sería deseable que se entregasen también listados trimestrales

En ese listado firmado por el Jefe de Servicio/Unidad se hará constar el nombre del/los facultativo/s que está de guardia y su modalidad, así como quien o quienes se encargan de las urgencias correspondientes a su especialidad durante la jornada laboral normal y su localización.

Cada servicio establece si es la misma persona que luego entrara de guardia, o si asigna a un miembro concreto esta labor durante la jornada ordinaria. En cualquier caso debe ser fácilmente identificable y tener organizadas las actividades de manera que al ser requerido pueda personarse de forma inmediata.

Cuando la guardia la realicen facultativos de distintos servicios o especialidades será el Coordinador de Urgencias o persona en quién delegue el encargado de la confección del listado (ej: Jefes de Hospital).

Con los listados de guardias de los diferentes Servicios/Unidades y residentes, la secretaría de Urgencias confeccionará el listado diario de los médicos de guardia, haciendo constar su modalidad. Este listado se distribuirá en la Dirección Médica, Jefes de Hospital, Admisión de Urgencias, centralita telefónica y aquellos puntos en los que pudiese resultar de interés

Una vez confeccionado el listado los posibles cambios deben solicitarse por escrito o informarse al Jefe de Hospital. De no ser así el responsable de la actuación durante la guardia será la persona que inicialmente figuraba en la misma.

El listado de guardia será firmado diariamente por la Dirección Médica y Visado por la Dirección Gerencia.

**Hoja de firmas:**

La firma implica responsabilidad legal y el cobro de esa jornada. Tiene que realizarse en el mismo día de la guardia. (Hasta ahora se había permitido la firma demorada pero ésta ya no será admitida). La hoja permanecerá durante la guardia en el mostrador de Admisión de urgencias. Debería estar firmada en su totalidad a las 16 h. Al final del día el Jefe de Hospital la firmará dando el visto bueno a los posibles cambios por imprevistos que se hubiesen producido.

**Los cambios de guardia:**

Se pueden efectuar sin ningún problema siempre y cuando se comuniquen con anterioridad a la edición del listado de guardias en la secretaría.

Si por causas impredecibles se producen en el mismo día de la guardia se notificará al Jefe de Hospital que es quien autoriza el cambio de guardia y registra la incidencia.

Estos cambios no afectarán en ningún caso a la programación de consultas que debe respetarse y resolverse por el interesado o su servicio.

La guardia se libra, pero ese tiempo no cuenta como tiempo trabajado en el cómputo de la jornada ordinaria anual.

**Bajas:**

Los sucesos imprevistos que impiden la realización de una guardia deben comunicarse inmediatamente al representante del colectivo para la sustitución bien de forma voluntaria o bien a partir de un listado preestablecido. Esta guardia se devuelve en el menor tiempo posible. Si el problema supone baja prolongada, obliga a la redefinición del listado de guardias. La ausencia durante la guardia será comunicada a la Comisión de Docencia y a la Dirección del Centro.

**Horario:**

La jornada de mañana se inicia a las 8 horas y concluye a las 15 horas. A esa hora comienza la guardia hasta las 8 horas del día siguiente. Sábados, domingos y festivos la guardia se inicia a las 9 horas y termina a las 9 horas del día siguiente o hasta la llegada del relevo.

Está absolutamente prohibido abandonar el hospital durante la guardia. Sólo cuando ha llegado el relevo se da por finalizada la misma. Si se produce un incidente que obliga a marcharse debe notificarse al Jefe de Hospital. La Dirección abrirá expediente informativo a quienes abandonen la guardia sin autorización.

#### **Turnos de comida y cena:**

La guardia se inicia a las 15 horas con la comida finalizada. Para la cena se realizan turnos en función de la demanda asistencial y la demora, bajo la supervisión directa de los médicos adjuntos de urgencias o de los adjuntos de la especialidad correspondiente.

#### **Turnos de descanso:**

Durante la noche se realizarán turnos de descanso dependiendo de las demandas asistenciales. La guardia se libra al día siguiente. Quienes rotan en urgencias deben distribuirse sus guardias y libranzas de forma que siempre queden cubiertos los puestos de trabajo prefijados. Esto supone especial atención a los cambios de guardia y peticiones de actividades extra.