

GRUPO DE TRABAJO:
ESTRUCTURA DE UN SERVICIO DE
URGENCIAS HOSPITALARIAS



Componentes del grupo:

- Dr. José Luis Arroyo Muñoz. Coordinador S.U.H. Complejo A. Burgos.
- Dr. Rafael Borrás Beato. Coordinador S.U.H. Complejo A. Salamanca.
- Dr. Gregorio Fernández Fernández. Coordinador S.U.H.del Bierzo (Ponferrada-León).
- Dr. Joaquín Fernández de Valderrama . Coordinador S.U.H. Santiago Apostol. Miranda de Ebro (Burgos).
- D. Roberto Martínez Martín. Supervisor de Urgencias Complejo A. Palencia.
- Dra. Margarita Santiago Guervós. Coordinadora S.U.H. Complejo A. Ávila.
- Dña. Belén Alonso Fdez. Técnico Servicio de Gestión de Pacientes D.T, Atención Especializada, D.G Asistencia Sanitaria ,Gerencia Regional de Salud.
- Dña. Ana González. Técnico Servicio de Gestión de Pacientes, D.T. Atención Especializada, D.G. Asistencia Sanitaria, Gerencia Regional de Salud.
- Dra. Charo Vilorio Weruaga. Responsable Servicio de Emergencias,D.T. Coordinación Asistencial e Inspección, D.G. Desarrollo Sanitario, Gerencia Regional de Salud.



ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	4
2. ESTRUCTURA FÍSICA	5
2.1 Accesos de vehículos y de peatones	5
2.2 Área de recepción	5
2.3 Área de admisión	6
2.4 Sala de espera de familiares	6
2.5 Área de clasificación de pacientes	6
2.6 Área asistencial médico-quirúrgica	7
2.6.1 Sala de críticos/emergencias	7
2.6.2 Área de consultas/boxes	7
2.7 Área de observación	8
2.8 Área asistencial de traumatología y cirugía menor	9
2.8.1 Consulta de traumatología	9
2.8.2 Sala de curas y cirugía menor	9
2.9 Sala de yesos	10
2.10 Áreas auxiliares	10
2.10.1 Sala de trabajo del personal	10
2.10.2 Sala de descanso del personal	10
2.10.3 Baño asistido	10
2.11 Servicios centrales o generales	10
2.11.1 Laboratorios	10
2.11.2 Radiología	10
2.12 Otros	11
3. EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL	12
3.1 Mobiliario general	12
3.2 Mobiliario clínico	13
3.3. Instrumental clínico	13
4. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL	17
4.1 Programa funcional	17
4.2 Área de Admisión	17
4.3 Clasificación de pacientes	17
4.4 Área de observación	18
4.5 Área de consultas / boxes	20
4.6 Sala de críticos	21
4.7 Salas de aislamiento	21
4.8 Procesos clínicos	21
4.9 Informe clínico	21
4.10 Alta	21
4.11 Consentimiento informado y otros documentos médico-legales	22
4.12 Procedimientos quirúrgicos y otras técnicas diagnósticas o terapéuticas agresivas	23
4.13 Enfermería	24
4.14 Plan de catástrofes y simulacros	25



1. INTRODUCCIÓN

SACYL dispone actualmente de 14 Complejos Asistenciales y Hospitales, con 15 Servicios de Urgencias Hospitalarias (en adelante S.U.H.), donde se presta atención a las situaciones de urgencias/ emergencias, entendiéndose por atención el conjunto de actividades de organización, prevención, asistencia, formación e investigación.

Desde este documento se pretende unificar unos criterios en cuanto a la definición y denominación de la estructura básica de los servicios de urgencias. Definiendo de igual modo el equipamiento necesario para prestar dicha asistencia en unas condiciones de calidad.

Se definirán en este documento los recursos de un S.U.H. en los apartados siguientes: Estructurales, Materiales y Recursos Humanos.

Finalmente cada servicio debe adaptarse a su espacio físico y sus características particulares, no pretendiendo desde este grupo definir como debe ser cada Servicio, aunque sería deseable que la denominación de las salas sí fuera la misma en todos los Servicios.



2. ESTRUCTURA FÍSICA

El S.U.H deberá contar con las instalaciones generales que sean necesarias para el desarrollo de su actividad, en relación a la atención de Urgencias y Emergencias.

2.1 Accesos de vehículos y de peatones

La accesibilidad al sistema sanitario es una de las características básicas de cualquier sistema de salud y la accesibilidad física forma parte de ella, por tanto, ésta debe estar garantizada, muy especialmente para permitir que las UMEs (Unidades Móviles de Emergencias) puedan llegar hasta la misma puerta sin dificultad alguna, por lo que debe garantizarse una altura mínima de al menos 50 cm más alta que las UMEs homologadas más altas. Se debe garantizar que puedan parar dos vehículos simultáneamente si fuera necesario.

2.1.1 Los accesos de vehículos y de peatones **es conveniente** que sean independientes y que estén claramente señalizados e iluminados. Accesos de fácil entrada, sin rampas, diferenciado del resto del hospital y perfectamente señalizado.

2.1.2 Las rutas de entrada y salida de vehículos **es conveniente** que sean unidireccionales, evitando el cruce de aquellos. En los casos en que esto no sea posible, **deben** disponer del espacio suficiente, para realizar el giro de los vehículos sin utilizar la marcha atrás.

2.1.3 La zona de recepción de vehículos y de descarga de pacientes **debe** estar cubierta y suficientemente iluminada. **Es conveniente** que tenga una altura mínima de cuatro metros y cierre de puertas de entrada y salida por mecanismo de fotosensibilidad.

2.2 Área de recepción

2.2.1 Adyacente a la entrada **debe** haber un almacén de sillas de rueda y camillas en número suficiente para la atención a los picos de demanda asistencial.

2.2.2 El área de recepción **es conveniente** que tenga acceso directo a áreas específicas como psiquiatría, pediatría, observación, traumatología y críticos.

2.2.3 El área de recepción **es conveniente** que cuente con personal de seguridad adscrito al mismo.

2.2.4 En este área **es conveniente que** exista un punto de información a usuarios y familiares, y un área de apoyo a familiares (para situaciones especiales).

2.2.5 En este área **debe** existir un puesto de celadores.

2.3 Área de admisión

2.3.1 **Debe** estar ubicada de forma que permita la visión de la zona de entrada y acceso.
Debe tener un fácil acceso para minusválidos.

2.3.2 **Debe** estar ubicada de forma que permita la privacidad para información confidencial.

2.3.3 **Debe** contar con un mínimo de 3'5 m² por cada puesto.

2.4 Sala de espera de familiares

2.4.1 **Es conveniente** que esté situada próxima al vestíbulo y fuera de la zona asistencial.

2.4.2 **Debe** estar provista, al menos, de teléfono, aseos, fuente de agua, máquina de bebidas y megafonía.

2.4.3 **Es conveniente** que tenga el espacio necesario para una espera confortable.

2.5 Área de clasificación de pacientes

El área de clasificación de pacientes tiene como misión establecer el orden de prioridad en la asistencia, con el fin de atender, en el menor tiempo posible al que más lo necesite. En base a esto el área **debe** :

2.5.1 Estar ubicada de forma que permita la visión de la zona de entrada y sala de espera y cerca de la sala de críticos.

2.5.2 Estar ubicada de forma que permita la privacidad para un breve examen clínico y/o información confidencial.

2.5.3 Contar con un espacio no inferior a 8 m².



2.5.4 Es **conveniente** que permita el trabajo simultáneo de dos profesionales en situación de pico de demanda asistencial.

2.6 Área asistencial médico-quirúrgica

2.6.1 Sala de críticos/emergencias

- El Servicio **debe** disponer de una sala destinada a pacientes cuya situación vital no permita demora en la asistencia. Dotada con medios de Soporte Vital Avanzado y fácil acceso desde el exterior y la sala de clasificación de pacientes. Espacio mínimo 25 m². Capacidad mínima para dos pacientes.
- Sería conveniente que exista un sistema acústico de alarma, que ponga inmediatamente en marcha el dispositivo asistencia para la atención inmediata de esta área.
- Sería conveniente disponer de carril radiológico y protección en las paredes.

2.6.2 Área de consultas/boxes

Consulta: área en la que se presta asistencia a pacientes ambulantes que inicialmente no se prevé que precisen estar encamados. Se entiende como consulta el espacio dotado de mesa, silla y camilla de exploración (resto del material se define más adelante).

Box: prestaría asistencia a pacientes que no cumplen el criterio anterior por incapacidad física o patología. Se entiende como box el espacio dotado de cama o camilla en el que poder prestar asistencia al paciente, sería aconsejable un tiempo de estancia no superior a 4 horas.

2.6.2.1 Consultas médicas.

- **Debe** contar con un box / consulta por cada 4.000 visitas año.
- Por cada 50.000 asistencias/año **debe** existir una **consulta rápida** destinada a la patología leve.
- La superficie del espacio físico mínima por consulta **debe** ser de 8-10 m² del box 10-12 m².



**Gerencia Regional de Salud
Dirección General de Desarrollo Sanitario
S. de Emergencias**

- El Servicio **es conveniente** tener identificadas las consultas para la asistencia a pacientes de especialidades: psiquiatría y problemas sociales, traumatología, pediatría, obstetricia y ginecología, otorrinolaringología y oftalmología e interconsultas.
- El Servicio **es conveniente** que disponga de una sala de espera de pacientes por cada área específica de consulta: traumatología, pediatría, ginecología, generales y otros.
- Las salas de espera de pacientes **sería conveniente** que estuviesen situadas próximas a las consultas destinadas a cada área específica, entre éstas y la recepción, excepto las de banales que pueden coincidir con la sala de espera de familiares.

2.6.2.2 Consultas de enfermería.

Sería conveniente tener un número suficiente, en función de los niveles asistenciales, con áreas para cuidados enfermeros de 8 m² cada uno, como mínimo.

Las consultas de enfermería pueden coincidir con las consultas médicas a excepción de la sala de curas y suturas.

2.6.2.3 Sala de información a familiares

Sería conveniente disponer de una sala específica destinada a la información a familiares.

2.7 Área de observación

Área en la que se encuentran pacientes cuya patología sea dudosa, pacientes en espera de evolución y/o tratamiento o pacientes en espera de cama en planta. La estancia en esta área no debe superar las 24 horas.

2.7.1 Observación de camas.

- **Deberá** tener capacidad para atender al 10% de la demanda urgente diaria, con un espacio mínimo por cama de 10-12 m².



- **Es conveniente** que sea equivalente a la proporción habitual de ingresos del hospital.
- En su organización **es conveniente** que favorezca tanto la intimidad de los pacientes como el trabajo de los profesionales.
- **Sería conveniente** tener un control central que permita la visualización de todos los pacientes.
- Del total de camas, el 20% **deberán** estar dotadas para la asistencia a pacientes graves o que requieran monitorización.
- **Deberá** tener tomas de oxígeno, de vacío y aire medicinal, monitores, tensiómetros de pared, bombas de infusión de medicamentos y fungibles, y toda la infraestructura necesaria para la atención a pacientes que requieran vigilancia.
- En esta área puede contemplarse un espacio físico separado: sala de aislamiento.

2.7.2 Sala de sillones.

- **Deberá** estar en vecindad con la sala de camas y con capacidad para atender al 5-10% de la demanda asistencial diaria.
- **Deberá** tener tomas de oxígeno, de vacío y aire medicinal, tensiómetros de pared, bombas de infusión de medicamentos y fungibles, y toda la infraestructura necesaria para la atención a pacientes que requieran tratamientos cortos.

2.8 Área asistencial de traumatología y cirugía menor

2.8.1 Consulta de traumatología

Su descripción queda englobada en lo descrito anteriormente como consultas médicas.

2.8.2 Sala de curas y cirugía menor

El Servicio **debe** disponer de una sala destinada a la realización de curas y suturas. Deberá disponer de la infraestructura necesaria para realizar cirugía “limpia” y cirugía “sucias”.

2.9 Sala de yesos

El Servicio **debe** disponer de una sala de yesos que estará próxima a la de radiodiagnóstico y contará con todo el equipamiento necesario (fregaderos, férulas, vendas, yesos, etc.).

2.10 Áreas auxiliares

2.10.1 Sala de trabajo del personal

El Servicio **debe** disponer de una sala de trabajo para el personal, así como los despachos necesarios.

2.10.2 Sala de descanso del personal

El Servicio **debe** disponer de, al menos, una sala de descanso de personal con el espacio adecuado.

2.10.3 Baño asistido

El Servicio **debe** disponer de una habitación con ducha para limpieza y descontaminación de personas y material de asistencia y transporte.

2.11 Servicios centrales o generales

2.11.1 Laboratorios

El Servicio **debe** disponer durante las 24 horas del día de: hemograma, iones, urea, creatinina, glucemia, enzimas, sedimento y bioquímica de orina, gasometría arterial, coagulación, pruebas cruzadas, test de embarazo, determinaciones microbiológicas y de tóxicos en sangre y orina: salicilatos, paracetamol, barbitúricos y otros. **Debería** disponer de medios de transporte de muestras adecuados (tubos neumáticos, por ejemplo), así como un terminal de ordenador que comunique los resultados desde el laboratorio central.

2.11.2 Radiología

Los Servicios con un volumen total de asistencias/año superior a los 50.000 pacientes deberían tener una zona de radiología exclusiva para pacientes urgentes con sala de espera para aquellos que su estado lo permita (pacientes ambulatorios y urgentes no emergentes).



Esta zona deberá incluir una sala de informes diseñada a tal efecto. Para el resto de S.U.H. que no cumplan las condiciones reseñadas al principio, será suficiente con una zona para la práctica de estas exploraciones en sus cercanías, sin ser necesario contar con sala específica de informes.

2.12 Otros

- El Servicio debería disponer de una secretaría administrativa, al menos en turno de mañana.
- El Servicio dispondrá de un servicio que garantice la limpieza las 24 horas al día.
- Sería conveniente que el Servicio disponga de personal de seguridad.
- Todas las áreas funcionales y salas de exploración deben estar perfectamente señalizadas.
- Climatización adecuada en todo el Servicio.
- Sistema de megafonía con las diferentes salas del Servicio.
- Sistema de comunicación con el resto del Hospital, bien por teléfono interno o el que se establezca en cada Hospital.



3. EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL

El S.U.H. debe contar con medios tecnológicos que garanticen la calidad del servicio prestado al usuario. Estos medios deben de estar en continua revisión y actualización.

Todas las Áreas de Urgencias **deben** disponer de mobiliario general, así como del mobiliario clínico necesario que permita llevar a cabo una asistencia sanitaria urgente adecuada.

El Servicio es conveniente que esté dotado de un sistema informático diseñado de tal forma que permita el seguimiento del paciente y la continuidad de cuidados tanto en hospitalización como en Atención Primaria y que permita la obtención de datos estadísticos y el almacenamiento de información que puedan utilizarse para el control de calidad y la realización de estadísticas para investigación.

3.1 Mobiliario general

- El área de admisión deberá disponer al menos de una mesa y un sillón regulable por cada puesto de trabajo, sistema informático y armarios o estanterías para el material administrativo.
- Las salas de espera deberían estar dotadas de sillas y/o sillones y mobiliario construido de material duradero y no absorbible.
- La zona de clasificación de pacientes debe tener al menos un sillón regulable, dos sillas, una mesa, armario o estantería y algún elemento que proporcione privacidad.
- Todas las consultas, deben estar dotadas al menos de un sillón regulable, dos sillas, una mesa, lavabo, estanterías y armarios.
- En la sala de críticos debería haber un frigorífico.
- El Servicio debe disponer de una sala de trabajo para el personal. Debería incluir biblioteca, mesa de reuniones, sillas en número suficiente y equipo informático.
- El Servicio debería disponer de, al menos, una sala de descanso de personal, con el equipamiento hostelero necesario (mesas, sillas, sillones, televisión, aseo, frigorífico, microondas, fregadero, teléfono y otros elementos).
- Deben existir almacenes en las mismas dependencias del Servicio dotados adecuadamente.



- La sala de observación de camas debe estar dotada de: mesa y sillas en número suficiente, estanterías, armarios y archivadores para el material, frigorífico, fregadero, lavabo y mostrador para la preparación de la medicación.

3.2 Mobiliario clínico

- El área de recepción debe contar con sillas y camillas en número suficiente para atender a picos de demanda asistencial.
- Cada uno de los boxes y el área de clasificación de pacientes deben tener, al menos, una camilla de transporte y si no existe posibilidad de acceso inmediato a la sala de críticos, deben disponer de un carro de paradas compartido por ambas áreas.
- Cada una de las consultas (incluida la sala de yesos) debe contar, al menos, con una camilla de exploración y/o transporte y un foco de luz. La sala de curas y suturas debería tener además un foco de luz fría.
- La sala de observación de camas debe estar dotada de camas móviles y articuladas, elementos que proporcionen privacidad (cortinas, biombos separadores) y al menos un carro de paradas.
- La sala de observación de sillones debe estar dotada de sillones reclinables hasta la posición Trendelenburg y elementos que proporcionen privacidad (cortinas, biombos separadores) y, al menos, un carro de paradas (si lo permiten las distancias puede ser de uso compartido con Observación de Camas).
- La sala de críticos debe estar dotada, al menos, de una camilla móvil y articulada con sistemas de freno, que debería ser radiotransparente, y/ o una camilla de exploración fija o móvil además de un carro de paradas.
- La consulta de traumatología debe disponer además del mobiliario clínico propio de consultas de una camilla fija preparada para la tracción y reducción de fracturas.

3.3. Instrumental clínico

- La clasificación de pacientes debe tener, al menos, guantes de exploración, medidor de glucemia capilar, electrocardiógrafo, esfigmomanómetro, pulsioxímetro y termómetro.
- Las *consultas/boxes* deben tener esfigmomanómetro, termómetro, guantes de exploración, gafas de protección ocular, mascarillas, sistemas de administración de



oxígeno, aire medicinal, vacío y aspirador de vacío, negatoscopio, soporte de suero. Estarán fácilmente accesibles otoscopio, oftalmoscopio, peak-flow, pulsioxímetro, electrocardiógrafo, balanza y tallímetro, monitor desfibrilador y respirador manual tipo ambú.

- El *área de observación camas* debe estar dotada de negatoscopios, monitorización con sistemas de alarma (Saturación de oxígeno-SpO₂-, Tensión Arterial-TA-, frecuencia cardíaca y respiratoria), sistema de administración de oxígeno, aire medicinal, vacío y aspiración de vacío, electrocardiógrafo, monitor-desfibrilador con marcapasos externo, carro de parada, dispositivos de ventilación mecánica, bombas de perfusión continua. También, debería disponer de capnografía.
- La *sala de observación sillones* debe estar dotada de negatoscopio, fuente de oxígeno, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, pulsioxímetro, soportes de sueros. Debería tener electrocardiógrafo, monitor desfibrilador (compartido con la anterior sala) y bomba de perfusión.
- La *sala de críticos*.

Debe estar dotada de:

- Monitorización con sistemas de alarma (SpO₂, TA, frecuencia cardíaca y respiratoria), y capnografía.
- Monitor – desfibrilador.
- Electrocardiógrafo.
- Marcapasos externo.
- Fuente de O₂(oxígeno)-
- Aire medicinal.
- Vacío y sistema de aspiración de vacío.
- Aparato de ventilación mecánica.
- Material para RCP (Reanimación Cardio-Pulmonar) y mantenimiento respiratorio (respirador volumétrico de transporte con funcionamiento a la red y batería).
- Balón resucitador autohinchable tipo ambú con juego de mascarillas y sistema de válvula espiratoria. Debe contar con posibilidad de adaptación a bolsa reservorio.
- Caudalímetros con humidificador que permitan un flujo de O₂ de 15 l/min.
- Equipo de intubación (laringoscopio de adulto con juego de palas curvas y rectas de distintos tamaños, juego de bombillas de repuesto, pinzas de Maggil (adulto y pediátrica) fiadores o guías, tubos de Guedel de distintos tamaños, tubos endotraqueales y mascarillas laríngeas.
- Equipo de intubación difícil.
- Botellas de oxígeno portátiles con tomas para respirador de transporte.



- Equipo de drenaje pleural y de pericardiocentesis.
 - Equipo de cricotirotomía.
 - Equipo de vías centrales.
 - Abrebocas.
 - Fonendoscopio adulto y pediátrico.
 - Otoscopio y oftalmoscopio.
 - Esfigmomanómetro con manguitos de distintos tamaños.
 - Bombas de perfusión continua con capacidad para dos perfusiones simultáneas.
 - Manta para hipotermias y sistema de calentamiento de sueros.
 - Medidor de glucemia capilar.
 - Set de curas.
 - Negatoscopio.
 - Camilla de palas.
 - Collarines cervicales de distintos tamaños.
-
- La *sala de yesos* debe tener motor para cortar escayola, tijeras de yeso, cizalla, pinzas de pato, cortafriós, tijeras, negatoscopio, esfigmomanómetro, férulas de inmovilización tipo Braun.
 - La *consulta de traumatología* debe tener fuente de O₂, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, esfigmomanómetro, negatoscopio, férulas de inmovilización tipo Braun, estribos de diferentes tamaños, pesas y sistemas de polea, sistemas de tracción percutánea, collarines cervicales de distintos tamaños. Deberá tener fácilmente accesible carro de parada.
 - La *sala de curas y cirugía menor* debe estar dotada de fuente de O₂, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, esfigmomanómetro, set de curas.
 - La *consulta de ORL (Otorrinolaringología)* debe tener fuente de O₂, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, esfigmomanómetro, negatoscopio, fotóforo de luz fría y fuente de luz 250W, fibrolaringoscopio flexible y rígido, lámpara de techo articulada, microscopio de exploración otológica, bisturí eléctrico convencional, autoclave de esterilización, otoscopio de pared, sillón de exploración abatible, silla respaldo y regulable en altura.
 - La *consulta de oftalmología* contará con fuente de O₂, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, esfigmomanómetro, negatoscopio, lámpara de hendidura, oftalmoscopio de pared, lente “superfield”, lente de tres espejos, lente esférica de +28 y +20 dioptrías, fresa eléctrica con batería.



- La *consulta de pediatría* debe tener monitorización con sistemas de alarma (SpO_2 , presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), electrocardiógrafo, fuente de O_2 , aire medicinal, vacío y sistema de aspiración de vacío, aparato de ventilación mecánica, bandeja especial de RCP y mantenimiento respiratorio (respirador volumétrico de transporte con funcionamiento a la red y batería), balón resucitador autohinchable tipo ambú con juego de mascarillas y sistema de válvula espiratoria. Debe contar con posibilidad de adaptación a bolsa reservorio. Caudalímetros con humidificador que permitan un flujo de O_2 de 15 l/min, esfigmomanómetro, equipo de intubación (laringoscopio pediátrico con juego de palas curvas y rectas de distintos tamaños, juego de bombillas de repuesto, pinzas de Maggil (pediátrica), fiadores o guías, tubos endotraqueales y mascarillas laríngeas, cánulas de Guedel de distintos tamaños, botellas de oxígeno portátiles con tomas para respirador de transporte. Balanza pediátrica y tallímetro.
- La *consulta de ginecología*:
 - Sala con baño o cercana a uno, con doble espacio mediante separación fija o móvil que diferencie zona de entrevista y zona de exploración.
 - Mesa y sillas (3).
 - Lámpara.
 - Camilla de exploración ginecológica.
 - Esfigmomanómetro, fonendoscopio.
 - Material de exploración: espéculos (multípara y virginal), valvas. vaselina/lubricante, guantes y sábanas.
 - Material para biopsia endometrial: pinzas de cuello (pinzas de Pozzi). histerómetro, cánulas de biopsia (ej: cánulas de Cournier).
 - Cardiotocógrafos.
 - Sala de ecografía con camilla de ecografía y Ecógrafo.
 - Detector de latidos fetales (Sonicaid).



4. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

4.1 Programa funcional

Debe existir un Plan Funcional escrito que incluya, al menos, la misión, cartera de servicios, una descripción general de la estructura, organización y funcionamiento del Servicio, procedimientos, protocolos, vías o guías clínicas disponibles, responsabilidades de cada profesional y tareas a realizar en cada turno.

Debemos distinguir dos áreas bien diferenciadas dentro de la estructura del Servicio:

- Área no asistencial: admisión, clasificación y sala de espera.
- Área asistencial: área de consultas/boxes y área de observación.

4.2 Área de Admisión

El Servicio debe disponer de un departamento de admisión de pacientes, con actividad de 24 horas, donde se registren al menos los datos de filiación, hora de llegada del paciente, diagnóstico al alta, destino del alta, médico que da el alta, número de orden o de historia clínica que permita identificar el episodio asistencial y hora del alta.

4.3 Clasificación de pacientes

En los S.U.H. los pacientes requieren una asistencia inmediata. Pese a que es un hecho constatado que no todos los pacientes que solicitan asistencia presentan una patología que deba ser atendida al momento, sí que es imprescindible estar capacitado para identificar aquellas emergencias que se presenten en el hospital. La actividad de clasificación, es aceptada como una actividad de riesgo, por lo tanto se considera una actuación que sólo puede ser realizada por personal con capacitación específica. Los S.U.H. deben disponer de un sistema de clasificación con personal sanitario (médicos o enfermeros), capacitado para la valoración de la gravedad o potencial gravedad de un caso. Esta disponibilidad para la clasificación no debe excluir a los Servicios en los que por su frecuentación escasa la demanda pueda ser organizada de una manera sencilla. Estos Servicios deberán también poseer la capacidad de valorar inmediatamente por personal sanitario, la gravedad de todo paciente que solicite asistencia. Esta capacidad no debería perderse en ningún momento en que el servicio preste asistencia. Las clasificaciones de la patología en los servicios de urgencias se realizan de muy diferente manera, existiendo gran cantidad de publicaciones científicas en las que ésta se agrupa en dos, tres, cuatro o cinco grados. Por lo tanto, para evitar la confusión en esta importante actividad, debe existir un documento escrito en el servicio que refleje claramente los criterios de clasificación de los pacientes.



El Servicio debe disponer de un sistema de clasificación de pacientes:

- La actividad no debería mantenerse durante 24 horas, pero al menos debe haber un responsable de la clasificación durante 24 horas que detecte cambios en la afluencia de pacientes que hagan necesaria la clasificación de los pacientes.
- Los profesionales que realizan la clasificación de pacientes deben ser médicos o enfermeros/as. En este segundo caso, debe haber designado un médico para la resolución de dudas o conflictos.
- El Servicio debe disponer de un documento que describa claramente los criterios de clasificación de pacientes en función de gravedad - prioridad y área asistencial asignada.
- El proceso de clasificación debe recoger al menos: motivo de consulta, valoración de constantes vitales a criterio del facultativo y según protocolo escrito, nivel de prioridad según escala y destino inmediato del paciente.
- Una vez clasificado el paciente, se le deberá asignar nominalmente o por otro sistema un médico responsable de su asistencia.

4.4 Área de observación

4.4.1 Área de observación de camas

El Servicio debe disponer de un documento que describa el funcionamiento de esta área, perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital.

Deben estar claramente definidos y escritos los criterios de ingreso, derivación y alta en el área de observación.

- Cualquier patología en la que se prevea una estancia hospitalaria inferior a las 24 horas.
- Cuando exista duda diagnóstica o terapéutica.
- Cuando se precise exclusivamente la administración de un tratamiento cuya duración no supere las 24 horas.
- Cuando exista una patología semicrítica hasta que se compense.
- Cuando se trate de una patología crítica y no haya camas en la UCI.
- Cualquier paciente que requiera sueroterapia, administración de medicación intravenosa u oxigenoterapia se ingresará en la sala de sillones hasta la decisión del destino definitivo.



- El tiempo máximo de estancia en esta área no debe superar las 24 horas.
- El Servicio debe garantizar que en todo momento los pacientes en Observación tienen un médico asignado como responsable.

Las patologías que ingresarán preferentemente en la zona de camas del área de observación, a modo orientativo, son las siguientes:

- TCE (Traumatismo Cráneo-Encefálico) con pérdida de conciencia.
- Sospecha de HDA (Hemorragia Digestiva Alta) y HDA sin afectación hemodinámica.
- Edema Agudo de Pulmón sin criterios de ingreso en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).
- Cetoacidosis diabética.
- Coma hiperosmolar.
- Hiperglucemia con cetonuria de +++.
- Hipoglucemia con afectación del sistema nervioso central y/o por ADO.
- Trastornos hidroelectrolíticos severos.
- Transfusión de más de 3 concentrados de hematíes.
- Gastroenteritis aguda con criterios de ingreso.
- Angina de pecho inestable que no precise estudio/reevaluación cardiológica y sin criterios de ingreso en UCI.
- Taqui/bradiarritmias que precisen de forma urgente control de la frecuencia ventricular y/o reversión a ritmo sinusal, sin criterios de inestabilidad hemodinámica severa, que no hayan respondido al tratamiento inicial en la consulta de críticos.
- ACV con afectación del estado general (vómitos, alteración nivel de conciencia...).
- Pielonefritis agudas.
- TEP (Tromboembolismo Pulmonar) sospecha para su confirmación.
- Sospecha de meningitis o hemorragia subaracnoidea.
- EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) con hipercapnia sintomática sin criterios de UCI.
- Ascitis a tensión.
- Intoxicación medicamentosa sin criterios de ingreso en UCI.
- Síndrome vestibular periférico que no ceda al tratamiento inicial.
- Crisis convulsivas en período poscrítico.

4.4.2 Área de observación de sillones.

El Servicio debe disponer de un documento que describa el funcionamiento de esta área, perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital.

Deben estar claramente definidos y escritos los criterios de ingreso en esta área de observación.



Las patologías que ingresarán preferentemente en la zona de sillones del área de observación, a modo orientativo, son las siguientes:

- EPOC reagudizado sin hipercapnia sintomática.
 - Crisis de broncoespasmo grados I, II y III con respuesta farmacológica adecuada.
 - Neumonías con taquipnea, sin insuficiencia respiratoria y sin factores de riesgo.
 - Cólico renoureteral resistente a tratamiento.
 - Hiperglucemia con cetonuria + ó ++.
 - Jaquecas.
 - Brote ulceroso.
 - Hematuria.
 - Cólico biliar simple.
 - Síndrome emético sin alteraciones hidroelectrolíticas severas.
 - Transfusiones de 1, 2 ó 3 concentrados de hematíes.
 - Sospecha de trombosis venosa profunda hasta su confirmación.
 - Insuficiencia cardíaca leve o moderada.
- El tiempo máximo de estancia en esta área no debe superar las 8 horas.

4.5 Área de consultas / boxes

El Servicio debe disponer de un documento que describa el funcionamiento de esta área, perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital.

El tiempo máximo de estancia en estas salas no debe superar las 4 horas.

4.5.1 Consultas médicas.

El número de consultas necesarias en esta área se calculará según los estándares de la ACEP. Debe existir una consulta rápida (fast-track de los anglosajones) que atienda la patología leve o fácilmente protocolizable, permitiendo la utilización de una vía separada para estos pacientes en el Servicio de Urgencias. Esta consulta se acepta hoy en día como una herramienta de trabajo que descongestiona el servicio mejorando su eficiencia. Debería existir una consulta de este tipo por cada 50.000 asistencias/año o bien cuando por afluencias de tipo estacional, existan periodos en los que se atiendan más de 120 pacientes /día.

El S.U.H. debería tener identificadas las consultas para la asistencia a pacientes de especialidades con objeto de ubicar con facilidad a los enfermos desde la zona de clasificación. Así mismo, en las diferentes consultas se debería vigilar, que dispongan del material específico requerido en cada una de ellas.



4.6 Sala de críticos

El Servicio debe disponer de un documento que describa el funcionamiento de esta área, perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital.

Deben estar claramente definidos y escritos los criterios de uso de esta sala.

El Servicio debe garantizar que en todo momento la sala de críticos tiene un médico y dos enfermeros asignados como responsables para la asistencia de los procesos propios de esta área.

4.7 Salas de aislamiento

El Servicio debe disponer al menos de una sala de aislamiento y un documento que describa los criterios de uso.

4.8 Procesos clínicos

El Servicio deberá disponer de protocolos, procedimientos específicos, vías o guías de práctica clínica, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y en un número suficiente que garanticen que los procesos clínicos más frecuentes (80% del total) y más críticos se ejecutan con un nivel de calidad asistencial acorde con la evidencia científica disponible en el momento presente.

4.9 Informe clínico

El Servicio deberá cumplimentar un informe clínico donde se recoja al menos los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, anamnesis, datos de la exploración física, resultados de las pruebas complementarias, juicio clínico, diagnóstico, tratamiento y destino al alta.

El informe clínico y la documentación resultante de las exploraciones complementarias deberían archivar y estar disponibles para su revisión y uso según normativa vigente.

4.10 Alta

A todos los pacientes asistidos se les debe proporcionar un informe de alta que se elaborará según la norma que la regula (Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1.984. BOE de 14 de septiembre de 1.984).



4.11 Consentimiento informado y otros documentos médico-legales

4.11.1 Consentimiento informado (C.I.): La Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, Título IV, Artículos 33 y 34 hacen referencia al contenido mínimo del documento, así como a la necesidad de que el documento sea específico para cada supuesto.

Contempla la necesidad de recabar el consentimiento por escrito del paciente, o de quien deba sustituir su decisión, antes de realizar intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, procedimientos sanitarios que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente o del feto, si fuera el caso de una mujer embarazada.

En los S.U.H. la información verbal sobre alternativas, riesgos y beneficios generales de la prueba o exploración solicitada se realizará por el Facultativo de Urgencias. La solicitud de la firma del Consentimiento Informado correrá a cargo del Especialista responsable de su realización.

El documento debe contener como mínimo:

- Identificación del centro, servicio o establecimiento.
- Identificación del médico.
- Identificación del paciente y, en su caso, del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho que presta el consentimiento.
- Identificación y descripción del procedimiento, finalidad, naturaleza, alternativas existentes, contraindicaciones, consecuencias relevantes o de importancia que deriven con seguridad de su realización y de su no realización, riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente y riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- Declaración de quien presta el consentimiento de que ha comprendido adecuadamente la información, conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin expresión de la causa de revocación y ha recibido una copia del documento.
- Consentimiento prestado por el paciente o, en su caso, por su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho.
- Lugar y fecha.
- Firmas del médico y de la persona que presta el consentimiento.

Así pues en virtud de las exploraciones agresivas -diagnósticas y terapéuticas- realizadas desde Urgencias, según cartera de servicios y de la gravedad de caso, se solicitarán los diferentes C.I.

Entre otros en los S.U.H se debería contar con:

- ***Transfusiones de sangre y derivados.***
- ***Cardioversiones regladas.***
- ***Endoscopias.***
- ***Exploraciones radiológicas con contraste.***

Entendiendo que en la mayor parte de los casos la urgencia de la prestación volverá a ser un eximente.

Si es preciso se irán incorporando progresivamente otros documentos.

4.11.2 Otros documentos médico-legales: El S.U.H. deberá garantizar la existencia de aquellos documentos médico-legales de obligada cumplimentación. Los principales son:

- a) El ***parte de lesiones y accidentes*** por el que el médico comunica a la autoridad judicial la asistencia a un lesionado.
- b) La ***historia clínica***.

4.12 Procedimientos quirúrgicos y otras técnicas diagnósticas o terapéuticas agresivas

El Servicio deberá disponer de procedimientos escritos que describan el modo de practicarlos: abordaje de vías centrales, colocación de tubo torácico, punción lavado – peritoneal, punción pericárdica y otros.

4.12.1 Complicaciones médico-quirúrgicas

El Servicio deberá disponer de procedimientos escritos de actuación ante las complicaciones más frecuentes, más graves o previsibles, consensuados, al menos, por el equipo del propio hospital y especificar aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general.

Las patologías y maniobras con mayor riesgo de complicaciones médico-quirúrgicas en urgencias/emergencias son:

- a) Complicaciones en RCP.
- b) Manejo del politraumatizado.



- c) Manipulaciones de fracturas.
- d) Manejo de los diferentes tipos de shock.
- e) Neumotorax yatrógeno.
- f) Falsas vías, Cateterismos y Monitorización invasiva.
- g) Pacientes postquirúrgicos.
- h) Inducción y despertar de la anestesia general.
- i) Anestesia loco-regionales.
- j) Pacientes anticoagulados.
- k) Fibrinólisis.
- l) Hemodiálisis.
- m) Quemados.

4.12.2 Procedimientos de anestesia.

El Servicio deberá disponer de procedimientos escritos que describan el modo de practicar los procedimientos anestésicos, consensuados al menos por el equipo del propio hospital:

- Intubación oro y nasotraqueal, protocolo de sedo.
- Relajación, uso de hipnóticos y otros.

4.13 Enfermería

El Servicio deberá disponer de un manual de cuidados de enfermería, consensuado, al menos, por el equipo del propio hospital y especificar aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general.

En Urgencias existen numerosos procedimientos y técnicas diagnósticas o terapéuticas específicas de esta área:

- a) Sondaje nasogástrico: Indicaciones, técnicas, complicaciones y su solución.
- b) Lavado gástrico.
- c) Sondaje vesical.
- d) Accesos arterial y venoso, periféricos y centrales.
- e) Analíticas: Diagramas de flujo.
- f) Radiología.
- g) Información a familiares.
- h) Vendajes, inmovilizaciones.
- i) Distribución por urgencias.
- j) Soporte vital.
- k) Clasificación.
- l) Registros de enfermería.



**Gerencia Regional de Salud
Dirección General de Desarrollo Sanitario
S. de Emergencias**

- m) Accidentes en medio acuático.
- n) Quemados.
- o) Politraumatizados.
- p) Intoxicaciones.
- q) Convulsiones, etc.

4.14 Plan de catástrofes y simulacros

El Servicio deberá acreditar la existencia escrita de un Plan de Actuación ante situaciones de catástrofes internas y externas, incluido en el Plan global del Hospital, conocido y participado por los profesionales del Servicio de Urgencias, consensado con (o al menos conocido por) otros Servicios de Urgencias y Emergencias y Entidades que puedan participar en la organización de la atención a la población en situaciones de catástrofes.

El Servicio debería efectuar al menos cada dos años un simulacro sobre catástrofes internas y externas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Montero Pérez F.J., Calderón de la Barca Gázquez J.M, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (III): Recursos materiales y humanos. Perfil profesional del médico de Urgencias. *Emergencias*, 2000; 12:248-258.
2. Montero Pérez F.J., Calderón de la Barca Gázquez J.M, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (I): Descripción general y análisis de la estructura física y funcional. *Emergencias*, 2000; 12:226-236.
3. Llorente Álvarez S, Fuente García F.J., Alonso Fernández M, Arcos González P.I. Aplicaciones de la simulación en la gestión de un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Emergencias* 2001; 13:90-96.
4. López Andujar L, Torres Roldán Ch, Fernández de Valderrama J, Tejedor M, Aljama M. Estándares de acreditación. Urgencias Hospitalarias. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.