

**DOSSIER  
SOBRE LOS FALLOS  
E INCIDENCIAS  
EN URGENCIAS DEL  
CHN**

## INTRODUCCIÓN

El siguiente documento se ha redactado con el propósito de desvelar el deficiente funcionamiento del Servicio Unificado de Urgencias Generales del CHN desde el punto de vista de los trabajadores de todos los estamentos que lo integran, con el único ánimo de mejorar la calidad asistencial de la unidad. Algo que, en estos momentos, desde nuestra perspectiva profesional está lejos de alcanzar su nivel óptimo y con el convencimiento de que el margen de mejora es incuestionable.

Somos un grupo de trabajadores que nos reunimos periódicamente en nuestro tiempo libre para intentar solventar toda esta problemática, nos agrupamos todos los estamentos y tenemos el apoyo de -prácticamente- todos los compañeros, dando igual su tendencia política o sindical: Cada acción que acometemos, desde noviembre hasta ahora, se pone en su conocimiento, se les pide el consentimiento y sugerencias, hasta ahora el apoyo ha sido total. No son los problemas laborales los que han provocado que formemos este grupo ni escribamos este dossier.

Vamos a intentar que ustedes se pongan en la piel del paciente, de sus familiares y de los trabajadores. No nos vamos a centrar en los primeros días de arranque de esta Urgencia, ya han pasado 140 días y a pesar de lo dicho por Dirección (“se están mejorando los tiempos”), hemos sido los trabajadores quienes nos hemos organizado con el propósito de mejorar -realmente- la situación de partida, que ya se preveía caótica y peor que cualquier otro escenario anterior.

No ocurre lo mismo con la Dirección, a pesar del número cada vez más elevado de jefaturas, solo hemos recibido de ellos una evaluación cuyos datos son, cuando menos, cuestionables. Nosotros, a pesar de no tener ni acceso a la totalidad real de los datos ni tiempo para poder cotejarlos, tenemos documentadas referencias más reales.

Por medio de este informe nos disponemos a describir las carencias generales de cada área de trabajo a través de un recorrido por las diferentes zonas a las que accedería cualquier usuario según su sintomatología o la manera en que llega al servicio. De forma más pormenorizada, en los cinco anexos que lo completan, se detallaran carencias más concretas en términos de falta de recursos, fallos técnicos, calidad asistencial o carga de trabajo.

Así mismo, queremos poner en evidencia que las actuales insuficiencias del servicio, tanto a nivel estructural como asistencial, son el producto de una unificación erróneamente planificada que partía de una situación de precariedad, patente en el funcionamiento de los servicios anteriores en ambos hospitales. EL Plan Funcional diseñado, y pretendidamente puesto en marcha para el actual servicio, está siendo superado por la realidad del día a día, en la que la falta de organización, recursos y unificación de criterios demanda una profunda reestructuración.

A pesar de todas las dificultades que existen a día de hoy para desarrollar de forma adecuada la labor asistencial, nuestro trabajo nos gusta y se puede mejorar.

## **BREVE REPASO SOBRE LA HISTORIA RECIENTE DE LA URGENCIA**

Como la población navarra y sus demandas evolucionan, en 2003 se vio que el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra necesitaba una ampliación para poder hacer frente a las necesidades de la sociedad y se empezó a plantear el proyecto de reforma. En los años 2008-2009, en los despachos se estuvo discutiendo si lo más conveniente era ampliar el Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra o la unificación de ambas urgencias generales.

Desde Consejería de Salud, se decidió que únicamente se ampliaría la urgencia de Hospital de Navarra muy en contra de otras opiniones. Justo al final de la legislatura, cuando el proyecto arquitectónico ya estaba acabado y pagado (430.000€), cambio de opinión y dictaminó llevar a cabo la unificación de los dos Servicios de Urgencias Generales en un único espacio físico que todavía estaba por construir.

Como consecuencia de aquellas decisiones ha resultado que las instalaciones se han quedado pequeñas antes de su puesta en marcha y la ubicación del edificio dista de ser la más adecuada.

Para marzo de 2011, el edificio ya estaba construido con pequeñas modificaciones sobre el proyecto inicial con el fin de intentar conseguir algo más de espacio asistencial. Pero no fue hasta primeros de 2014 (3 años después) que la actual Dirección empezó a reflexionar cómo podía ponerse en marcha el nuevo Servicio.

Cuando, en un principio, se quería abrir en **mayo**, en **enero** se nos convocó a los trabajadores a una reunión para pedir nuestra participación en grupos de trabajo (eso sí, unos pocos grupos llevaban trabajando desde 2011) pero no se tomaron decisiones fundamentales para que esos grupos tuvieran referencias de las que partir hasta **junio** ya que, en la hoja de ruta de la Dirección, la puesta en marcha de la nueva urgencia iba después de la inauguración del Hospital de Día. En ese momento, comenzó un atribulado periplo en el que las propuestas que no encajaban en las premisas de la Dirección eran abortadas directamente.

Afortunadamente, se decidió posponer la apertura hasta octubre, ya que poner en marcha la unidad en mayo era una idea demasiado precipitada. Por otro lado se iba elaborando en los despachos el Plan Funcional. Un Plan Funcional muy genérico que ha resultado insuficiente para el desarrollo de la actividad laboral, teniendo que improvisar funciones y tareas. Además, se nos dio a conocer solo con una semana de antelación y la manera no fue la más adecuada, ya que simplemente fue colgado en la página Web del Servicio.

Como consecuencia del desarrollo de todos estos acontecimientos, y lo sucedido durante el año 2014, la apertura del nuevo Servicio de Urgencias ha

resultado precipitada y, en general, víctima más de la improvisación que de un concienzudo estudio sobre la envergadura de un proyecto tan importante para la sanidad navarra.

## ITINERARIO DE UN PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

### Área de Recepción, Admisión y Triage

#### *Acceso por puerta principal*

Lo habitual es que a esta zona lleguen los **pacientes a pie**, den sus datos en admisión y esperen a ser triados en una reducida e insuficiente fila de sillas que no es una sala en sí, sino un pasillo de espera sin delimitar ni señalar, que a veces está ocupado por acompañantes o personas que debieran estar en la sala de espera de la entrada, generando la consiguiente confusión.

La estructura del triaje imposibilita la visualización directa de los pacientes que esperan, lo que impide su correcta atención, dependiendo (en muchas ocasiones) del personal administrativo, que no tiene por qué saber valorar al paciente.

Que un paciente llegue a pie no quiere decir que no esté grave y, de hecho, a muchos de ellos se les sienta directamente en una **silla de ruedas**, si la hay, o si en ese momento hay un celador para poder hacerlo o ambas cosas. Finalmente los usuarios van entrando a las consultas de triaje 1 y 2 con un número de “*turno de la carnicería*”, que en picos de afluencia puede suponer una espera de más de media hora. Consultas que, por otro lado, se han demostrado indiscretas y poco ágiles dado su tamaño, mobiliario y distribución.

#### *Acceso de Ambulancias*

Al lado de los anteriores, llegan los pacientes de ambulancias. El primer reconocimiento se realiza en los triajes 3 y 4. En condiciones normales, este examen se haría dentro de unos parámetros de **intimidad y seguridad** más que aceptables. Sin embargo, en muchos momentos, las zonas de triaje, así como el pasillo de espera, están tan saturadas que el trabajo de los sanitarios se ve afectado por el tránsito de pacientes y acompañantes.

En ocasiones, quien acude en ambulancia presenta cuadros dramáticos que, habida cuenta del diseño del edificio y la falta de segregación de espacios, resultan a la vista de los demás un entretenimiento, si no un espectáculo.

El **control de los acompañantes** (uno por paciente) es a día de hoy complicado, ya que no se han puesto en marcha ni protocolos ni recursos para lograrlo, semejando el servicio más a un centro comercial con personas deambulando que a lo que es. Se impone la necesidad de establecer un método de control de acompañantes que todavía no se ha puesto en práctica.

Desde el área administrativa se reclama mayor **fluidez y coordinación** en la recogida de datos de los pacientes que llegan a la puerta de ambulancias desde SOS Navarra, a veces, hay demoras innecesarias en la identificación correcta del paciente.

Los pacientes y acompañantes que llegan a la urgencia por esta entrada, desde el mediodía hasta bien entrada la tarde, evidenciarán la falta de **recursos humanos suficientes** para ser atendidos con prontitud y, en algunos casos, que no hay siquiera camillas para poder triarlos, por lo que deben permanecer en las de las ambulancias hasta que quede alguna libre. Produciéndose **atascos innecesarios** y, en ocasiones, temerarios en la puerta misma de los triajes.

Por otra parte, se acusa **falta de formación** del nuevo personal para poder trabajar en los puestos de triaje, en consecuencia no realizan esta función; y de una formación continuada que demanda el personal más veterano. Se dan cambios de criterios y protocolos que no son comunicados adecuadamente. La estructura y disposición de los triajes se ha demostrado deficiente.

### ***Información***

Tras cinco meses desde la apertura del servicio, resulta evidente la necesidad de crear un punto reconocible de **información a pacientes y acompañantes**, a la entrada misma de las urgencias, que actúe como servicio de recepción, con el fin facilitar información precisa sobre el funcionamiento del servicio, advierta que **el número de acompañantes por paciente es de una sola persona**, facilite ubicaciones, pida información en los controles de enfermería, si es el caso, y actúe como un primer filtro para evitar aglomeraciones innecesarias en áreas de asistencia o admisión en perjuicio del buen funcionamiento del servicio.

Para ello es necesario que el **sistema informático de ubicación** de pacientes esté perfectamente **actualizado en todos los ordenadores**, que se cree un sencillo **protocolo de acogida** y que, obviamente, siempre haya una persona que esté disponible para realizar esta labor.

*Los pacientes, una vez valorados inicialmente pueden tener en Urgencias cuatro destinos diferentes:*

- Sala de reanimación
- Pruebas radiológicas
- Salas de espera
- Consultas: circuito de leves (Circuito A) o pacientes más graves (Circuito B)

## **REANIMACIÓN - REA**

Es la zona específica para la atención de **pacientes con gravedad máxima** y podemos afirmar que es el área de trabajo mejor diseñada y equipada.

Habitualmente acceden por la puerta de ambulancias, en ocasiones, ni siquiera pasan por el área de triaje y, en general, dada la importancia de las sintomatologías que acoge, se le dedica un esfuerzo especial a nivel de asistencia.

Pese a ello, hay que subrayar, que **todo funciona bien en detrimento de la calidad asistencial de otras áreas de urgencias**. Ya que, incluso desaconsejando los ratios Enfermería (DUE)/Auxiliares de Enfermería (TCAE) por paciente recomendados por el Ministerio de Sanidad, **no hay un equipo presencial suficiente** en REA y se reclama la atención del personal médico y de enfermería del circuito B, paralizando la atención de los pacientes asignados a dicho circuito, ya de por sí sobresaturado buena parte de la jornada y falto, igualmente, del personal necesario.

**Tampoco** se ha dado la **formación necesaria** al personal para el uso o ubicación de los recursos, o sobre el funcionamiento del aparataje. A priori, conocer las funciones básicas de un aparato no le capacita a una persona a dominarlo. Tampoco hay conocimiento sobre los recursos materiales que se disponen, ni listados elaborados para **pautas** de reposición y lugares donde tienen que almacenarse.

## SERVICIOS RADIOLÓGICOS

Existe una tendencia generalizada, pese a la contratación de un turno deslizado de celador por las tardes y un refuerzo a mediodía, a que se produzcan **atascos de pacientes** en la sala de espera de rayos. Curiosamente, ante una misma demanda de pruebas radiológicas, incluso superior en ocasiones, hay un equipo menos de radiodiagnóstico que en la situación previa a la unificación. En resumen, se ha pasado **de tres a dos aparatos**.

Por otra parte, la reorganización del servicio de radiología en el CHN ha hecho que **los equipos de urgencias no sean de uso exclusivo del servicio**, por lo que todas las necesidades que surgen en otras unidades hospitalarias son derivadas al escáner de Urgencias, en menoscabo de los pacientes de urgencias, que alargan su espera para recibir esta prueba.

En los momentos de acumulación de trabajo en la zona de pruebas del sótano, ecografías y escáner, se requiere la **presencia de un celador más**, pero no a cuenta de desplazar una persona del circuito B, ya que esto sólo consigue que el atasco se traslade a dicho circuito y el problema persista.

Tanto el celador del turno deslizado de las tardes como los que trabajan de 8:00 a 22:00 de lunes a viernes, no forman parte de la plantilla de urgencias, por lo que si surgen necesidades puntuales en otros servicios del Hospital, el celador del turno deslizado puede ser reclamado para atender dicha demanda.

Hay una **falla organizativa** importante en la cadena de comunicación entre facultativos/enfermería y técnicos de radiodiagnóstico. **No existe un**

**protocolo** para que los primeros sepan que ya está hecha la prueba y los TER no disponen de información sobre patologías y estado del paciente o a quien deben acudir en caso de empeoramiento de los síntomas. Se deben optimizar los recursos y aplicación de protocolos para no radiar innecesariamente al paciente.

Por otra parte, han sido **reiteradas las averías** desde el principio de la andadura de este nuevo servicio y que no han sido solventadas totalmente. Faltan protocolos de actuación en estos casos.

El **servicio técnico** de la casa comercial (FUJI) responde desde Barcelona. Tarda demasiado en contestar y aún más en acudir a Pamplona, con un horario limitado de atención. En Semana Santa, como en anteriores fechas festivas, no habrá servicio técnico en cinco días y no hay un plan “B” para estos casos.

## **SALA DE ESPERA POLIVALENTE**

Es la sala de espera de los pacientes que **preferentemente están en camilla**, aunque puede haber pacientes en silla de ruedas, dependiendo de criterios médicos. El personal sanitario responsable de estos pacientes desarrolla su actividad de modo habitual en el circuito B, atendiendo las consultas de exploración o bien en la REA si así se demanda.

Resulta a todas luces insuficiente que sólo **2 auxiliares de enfermería** asuman la responsabilidad de atención de hasta **60 pacientes**, ya que la  **saturación** de las salas se dispara de tal forma a partir del mediodía que está siendo necesario desdoblarse a diario los espacios de espera de las tres salas. Los pacientes pierden **intimidad**, pese a la instalación de unas cortinas que pueden llegar a evitar, en el mejor de los casos, el contacto visual, pero no los ruidos ni las conversaciones de los pacientes y acompañantes de al lado, **complicando**, aún más, **las labores asistenciales**.

Resulta llamativo que una de las **áreas asistenciales más saturadas y con más demanda del edificio cuente, en proporción, con la falta de personal y recursos más evidente del servicio**.

Es grave la falta de personal, su ubicación lejos de las salas en la mayoría de los casos, las distancias que hay que recorrer, la falta de recursos (lencería, p.ej) y baños asistidos. El “extravío” de pacientes por el deficitario funcionamiento de los sistemas de ubicación, **la imposibilidad de organizar el cuidado de los pacientes** a cuenta de todo lo anterior, mientras se atiende uno se desatiende otro. Todo ello, en demasiadas ocasiones, transmite una sensación de abandono al paciente que nunca antes se había dado de forma tan reiterada.

Nuevamente, existe un **alto trasiego de personas** ya que no se respeta la norma de un acompañante por paciente y el personal no tiene capacidad ni recursos para controlarlo, con ello se vuelve a dificultar el trabajo de los sanitarios, la garantía de intimidad y la seguridad del trabajo.

## **CONSULTAS: CIRCUITO DE LEVES (CIRCUITO A) PACIENTES MÁS GRAVES (CIRCUITO B)**

Las consultas se distribuyen en dos espacios definidos denominados circuitos. El **Circuito A** atiende, a priori, **pacientes que deambulan** o vienen en sillas de ruedas. Y el **Circuito B** se encargaría de pacientes con **sintomatologías más graves que habitualmente están en camilla** y, además, alberga el área quirúrgica.

Los circuitos de atención de los pacientes tendrían un rendimiento satisfactorio si no fuera porque en momentos de alta demanda, cualquier médico/enfermera/auxiliar o celador es reclamado en otro lugar de la urgencia (Médicos, DUEs y TCAEs preferentemente REA), aunque haya trabajo también en su propio circuito. Por ello se da la circunstancia de que algunas consultas quedan desatendidas por la **falta de personal** y la **atención se ralentiza** o incluso se paraliza.

Una vez más, se pone de manifiesto la **precariedad de los recursos**, tanto humanos como de infraestructura: Lencería, carros de reposición, lava bacinillas inapropiado, tomas de vacío, electrocardiógrafos, torres multiparámetros, sillas, camillas, etc.

Asimismo, el estrés que preside los momentos en los que se dan los mayores picos de trabajo hace muy **difícil la comunicación entre el personal para atender de forma sistemática las distintas necesidades que surgen con un paciente**. Cuando un médico decide un ingreso o una pauta de medicación, por ejemplo, puede que su enfermera esté en la REA atendiendo otro caso y no se entere adecuadamente.

Hay una **grave carencia de sillas de ruedas y camillas** en relación a la demanda que exigen habitualmente ambos circuitos, que se agrava cuando hay traslados o la REA está a pleno rendimiento. A ello hay que añadir, que un porcentaje demasiado elevado del **material** con que se cuenta está **en mal estado o es obsoleto**, requiere continuas reparaciones y una vez *reparado* es material incómodo para el paciente y para los celadores, quienes dependiendo del puesto en que estén ubicados recorren varios kilómetros diarios trasladando pacientes.

En los dos circuitos, incluyendo los controles adscritos a ambos, **el mobiliario no está diseñado adecuadamente y requiere continua reposición** de fungibles, casi una por turno. Lo mismo ocurre con los ampularios, de complicada reposición y que se vacían rápidamente. Además, hay que añadir que los almacenes están en la planta baja y sótano, haciendo la labor más dificultosa.

Las continuas **averías de la bala** de envío de muestras a laboratorio hacen que se tengan que **repetir las analíticas** (con las molestias y retrasos que ocasionan al paciente) o que un celador desatienda su puesto de trabajo para



trasladar las analíticas a LUNA, situada a unos 350 metros.

## OBSERVACIÓN

La sala de observación es **parte esencial en la cadena de atención de los pacientes** de cualquier especialidad entre el servicio de urgencia y las habitaciones de hospitalización.

Aún siendo así, el paciente, en esta nueva sala, no puede ser bien observado. Si que es cierto que las habitaciones son más cómodas, pero no tienen baño propio y hay falta de intimidad al no haber un acceso para acompañantes fuera del circuito asistencial.

Evidentemente, **no hubo un trabajo previo de información sobre la actividad** exacta que se desarrolla en esta área de trabajo, no se contó con los profesionales pertinentes y por ello las **carencias de todo tipo** vuelven a aparecer en este servicio. Personal, almacén, lencería, aparataje, etc.

**No se respetan los ratios** enfermera/paciente (1/6) y auxiliar/paciente (1/6 y 1/9 por la noche), que en esas cifras es claramente insuficiente. Las recomendaciones del Ministerio apuntan a unas presencias de 1/4 y 1/6.

Hace falta un auxiliar más a la mañana para las higienes y otro más para las noches (sólo hay 2), ya que hay mucho volumen de ingresos y altas.

**No hay celador propio**, que es necesario para todos los recados, higienes, movilizaciones y traslados que surjan en la unidad, recayendo la carga extra de trabajo en un celador del circuito B, el más penado por las actuales circunstancias.

Es un **espacio ergonómicamente inadecuado**. Se requiere evaluación por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

*Los pacientes, una vez atendidos en Urgencias pueden:*

- *Ingresar en Observación*
- *Ingresar en el Complejo Hospitalario*
- *Ser derivado a otro centro hospitalario o ser dado de alta*

## INGRESOS

Los ingresos no son un **proceso integrado en la dinámica diaria de urgencias** y de las plantas. Son un **problema**, una piedra en el camino y como tal se afrontan.

En un primer momento, cuando el médico decide el ingreso no está **protocolizado en los circuitos la comunicación con el resto de los responsables del paciente** y si ha fallado el sistema de petición de ingresos a través del programa informático, nadie se entera hasta que el médico reclama el ingreso para su paciente... **Tampoco se da información** por parte de los especialistas, principalmente **a la enfermera**, y, a veces, no se enteran si van a la unidad de ictus, a quirófano, si vuelven, etc....

Esta información es importante para que en admisión se le pueda buscar una cama con premura, para que auxiliares y enfermera se hagan cargo del paciente aunque la atención en urgencias haya finalizado y sólo le quede esperar a ingresar y para que podamos **informar correctamente a los familiares que preguntan por él** y les demos la ubicación correcta.

Cuando la petición llega a admisión se encuentra el proceso con otro obstáculo. La administrativa debe buscarle **una cama en su planta de referencia según el servicio del que dependa** el paciente en su ingreso. Si no hay sitio, hay una serie de criterios claramente definidos por dirección de admisión y consensuados presuntamente por los servicios médicos. Aparentemente este proceso no debería ser complicado pero la realidad nos habla de otra cosa.

El 1 de diciembre finalizó el convenio con la Clínica San Miguel, con el cierre de 40 camas a cargo de geriatría que el Servicio Navarro de Salud tenía ahí contratadas. En el Hospital sólo se disponía de 12 camas a cargo de este servicio. Con el fin del convenio, **el Complejo Hospitalario pasó de tener 52 a 40 camas** para el servicio de geriatría, albergadas todas ellas en el antiguo Hospital. Esto quiere decir, que **se han perdido 12 camas para el servicio y 28 pacientes que ingresaban en la Clínica San Miguel ahora los asume el Complejo Hospitalario**. Esto, junto con los procesos de unificación de servicios médicos y sus continuos cambios en los criterios de ingresos, el cierre de plantas permanente, el cierre de camas en supuestos periodos estivales (la enfermedad no se toma vacaciones), ha provocado que sea **un hecho cotidiano que no haya camas** y la administrativa busque cama para el paciente de urgencias donde pueda.

Pero la búsqueda de esta cama **a veces requiere de largos tiempos** y numerosas llamadas, barridos de plantas, recuento de camas, cuestionamiento de aislamientos, llamadas a las supervisoras del hospital, a los jefes de guardia, discusiones con el personal de enfermería de planta... para buscar una sola cama. **En una tarde se hacen una media de 35 a 40 ingresos**.

Los ingresos se realizan mediante el sistema de **“camas calientes”**. Esperamos a que se vaya un paciente y ya tenemos otro en urgencias esperando a ocuparla. No está asimismo protocolizado el alta de los primeros, a veces estos se quedan a comer, o tienen que esperar una ambulancia que los traslade durante la tarde, luego hay que limpiar la cama y la enfermera tiene que estar disponible para poder recibir al paciente. La consecuencia de todo esto es que **aún pueden pasar varias horas desde que la administrativa consigue una cama hasta que el paciente de urgencias puede ir a ella**.

En todo este periodo de urgencias, es el personal de urgencias el que tiene que seguir atendiendo al paciente, con lo que **se provoca un aumento de la carga del trabajo y una saturación del servicio y de sus espacios**.

En las plantas se prioriza el trabajo que ya tienen establecido y al que duras penas llegan en muchas de ellas, y en urgencias va surgiendo otro trabajo más prioritario que hacerse cargo del paciente ya resuelto que va a ingresar. El

**paciente, se puede quedar horas en tierra de nadie.** No se ha trabajado un proyecto conjunto que realice una visión integral de las plantas, de urgencias, del paciente... así que cada día cada uno vela por sus intereses y sus prioridades y lo paga la calidad asistencial del paciente.

**Esto no pasa con los ingresos urgentes: UCI, Unidad Coronaria, Unidad de Ictus... aquí se actúa de modo impecable.** Como se ha comentado en otro apartado, **a costa de utilizar personal sanitario de Circuito B, Celadores de triaje...** lo que supone que se dejen de atender pacientes en urgencias. Es en estos ingresos donde **el tiempo es oro**, y pueden llegar a realizarse en pocos minutos desde la entrada del paciente en urgencias. **Es importante tener en cuenta este dato, ya que también se incluyen estos ingresos para sacar la media general de tiempo de espera de todos los pacientes que ingresan dando así cuenta de una realidad falseada.**

Son frecuentes también los días en los que llegados a una situación límite se decide a mitad del día o a mitad de la tarde la **derivación de pacientes a otros centros** (San Miguel, Clínica Universitaria...). Cuando estas derivaciones se dan durante unos días es cuando generalmente se decide contratar algo de personal y abrir alguna cama más por un tiempo concreto. **Esto que debería ser algo excepcional se está convirtiendo en una dinámica cotidiana.** Señalar que para cuando se toman este tipo de decisiones hay pacientes en urgencias que llevan un escandaloso número de horas esperando cama, hasta el punto que una mañana amaneció el servicio con 8 pacientes "ingresados" en urgencias. Asimismo en todo momento, ha habido **pabellones cerrados en el Complejo Hospitalario**, sin que en ningún momento se haya planteado su apertura.

Finalmente, cuando ya podemos realizar el ingreso nos encontramos con otro obstáculo en **la tarea de los celadores.** Por una parte, al **no haber suficientes** celadores, cuando hay saturación de ingresos, estos vuelven a demorarse en demasía o, si van unos cuantos, queda el servicio de urgencias con una grave carencia de los mismos ya que van a hacer ingresos. Por otra parte, al **no haber un plan funcional que integre a todos en el proceso de atención hasta los aspectos más concretos**, no tienen los celadores un sistema por el que saber qué ingreso es más urgente o cuál no, por lo que conforme les llega a su mostrador, los van haciendo sin más criterio.

Al fin, cuando un paciente logra ser llevado a su planta por el celador pasan dos cosas. Que no hay un registro de la hora exacta de salida del mismo del servicio por lo que, **los tiempos de espera que se miden nunca son reales** y el personal de urgencias no acaba de controlar nunca del todo cuándo se ha ido el paciente. Además de esto, aún le espera un largo camino por túneles fríos, donde el celador no tiene cobertura telefónica en muchos tramos y se encuentra "vendido" si algo le sucediera al paciente o a algún acompañante.

# **PUNTUALIZACIONES AL INFORME “PRIMERA EVALUACION SERVICIO DE URGENCIAS CHN”**

Respecto al informe de valoración de los tres meses, las estadísticas están para decir lo que interesa. Señalar que los trabajadores no tenemos acceso a los datos, ni la capacidad ni el tiempo para realizar estudios similares.

## **1. DEMANDA Y ACTIVIDAD REGISTRADA:**

- Sólo tienen en cuenta los fríos números, promediando los pacientes fáciles de resolver con los graves o complicados.
- Las medias de tiempos de atención que salen de pacientes y medias de espera de pacientes que van a ingresar se miden con aquellos que son atendidos inmediatamente por su gravedad, con los derivados a otras especialidades a su llegada o con aquellos que, a ciertas horas -como las primeras de la mañana-, son atendidos rápidamente porque no hay saturación en el servicio. Por lo que hay que resaltar que estas medias no son reales para muchos pacientes que superan en horas estos valores. Así resulta que, si un paciente se va a los 20 minutos de ser visto, hay otro que se queda 7 horas.
- Siguiendo con el cuestionamiento de las medias que dicho informe menciona para los tiempos de atención de los pacientes, los tiempos medios de atención de las dos urgencias antiguas no coinciden con los valores que aparecen en ese informe. Sólo se han tomado los valores de la urgencia del Hospital, ya que eran los que acusaban mayores valores de espera de atención. Esto quiere decir que se utilizan los “peores” valores de atención de la antigua situación, como referente de comparación para decir en el mejor de los casos, que se han superado, lo cual no quiere decir que sean buenos... (VEASE ANEXO VI)

## **2. RECURSOS HUMANOS ASIGNADOS**

- No es cierto el incremento de plantilla que se describe, ya que la mayor parte de ese personal ya realizaba su labor en Urgencias, aunque no estaba adscrito a la unidad como tal.
- Los refuerzos que se han ido incorporando a las plantillas son personal “prestado” del Complejo Hospitalario y que tienen que irse del servicio si se requiere su trabajo en otras zonas del Hospital, así que no podemos contar con ellos como personal definitivo.
- No se nos ha aclarado el incremento de plantilla de 34 trabajadores
- A la hora de redactar ese informe, no había entrado en funcionamiento el refuerzo de celador en RX ni el Encargado de Celadores
- No es creíble el dato del 1,6% de refuerzo de plantilla ya que hemos contado con esos apoyos en innumerables ocasiones durante esos meses

- No desglosan el incremento presupuestario de 1.100.000 euros en personal.

### **REFUERZOS EN FUNCIÓN DE LA DEMANDA PUNTUAL**

- “Reorganizar los recursos propios” consiste en desvestir un santo para vestir otro. Aclarando que “las demandas puntuales” no duran minutos, sino varias horas.

### **REFUERZOS EN FUNCIÓN DE DIA DE LA SEMANA**

- Los médicos adjuntos ya estaban incluidos antes de la unificación
- El resto de personal pertenece al “equipo de refuerzo” del CHN por lo que:
  - No conoce adecuadamente el funcionamiento de urgencias
  - Deja de reforzar otros servicios necesarios en el CHN

## **3. OTROS RECURSOS ASIGNADOS**

- ¿Cómo se pueden gastar 7700€ en unas cortinas? (epígrafe “Inversión en adecuación sala polivalente”). Sólo dan intimidad visual, en el mejor de los casos, no auditiva ni olfativa
  - Se han desaprovechado espacios
  - Se ha disminuido el número de baños asistidos
  - El incremento de dos consultas asistenciales ha supuesto la pérdida de otros espacios que se habían presentado en la apertura como gran novedad: reservadas y sala de duelo.

## **4. PROBLEMAS O INCIDENCIAS TRABAJADAS**

### **RADIOLOGÍA**

- La respuesta técnica sigue siendo demasiado lenta. Se sabe que la empresa adjudicataria esta formando Ingenieros de Bilbao para que acudan a nuestro hospital. Se encontrarían más cerca que los actuales que vienen de Barcelona, sin embargo la respuesta de la empresa a cada llamada o a cada aviso se demora demasiado.
  - El protocolo de actuación que se menciona no está al alcance de los trabajadores, desconocemos la existencia de dicho protocolo.
  - Los problemas de las salas de rayos han mejorado pero aun no se han resuelto, además se le han sumado los problemas en el TAC. El problema con la Historia Clínica y los portátiles ha empeorado, llegando en ocasiones a tener que sacar a un paciente de la Reanimación para realizar una radiografía con los inconvenientes que esto conlleva tanto para el paciente como para la organización de la REA.

### **TUBO NEUMÁTICO**

- Se echa la culpa al deficiente manejo por parte del personal

cuando antes teníamos el mismo sistema y no fallaba tanto

### **TRAZABILIDAD**

- Es deficiente por los continuos fallos del sistema de ubicación y porque implica una constante interrupción en el flujo del paciente
- ¿Por qué no se ha implantado el sistema de radiofrecuencia?

### **PERCEPCIÓN DISTANCIAS**

- ¿Cómo puede ser que, estando más lejos de Hospital y realizando ingresos en Virgen, las distancias largas hayan disminuido?

### **PRIORIZAR ASIGNACIÓN DE PACIENES**

- No hay unidad de criterios para esa asignación

### **ADAPTACIÓN AL NUEVO SERVICIO**

- No se han elaborado listados de ubicación de materiales (se está empezando a hacer AHORA)
- Se han reorganizado aspectos funcionales (que ya se pidieron antes de la apertura)
- Se está trabajando ¿¿AHORA?? en la elaboración de protocolos unificados.
- Se ha “priorizado” la presencia de auxiliar en la sala de boxes. NO, SE LE HA DEJADO SOLO.
- La reorganización de médicos consiste en llevarlos de un sitio a otro
- Se solicitaron dos enfermeras - auxiliares para Reanimación.
- Agrupación de puestos: solo en uno y por decisión unilateral de los trabajadores. Hay otro puesto que queda desierto muchas veces
- La distribución del Circuito A se ha realizado en Marzo

### **DÉFICITS DE MEDIOS DE TRANSPORTE**

- Las 20 camillas para necesidades especiales son para eso, especiales, no siendo aptas para el uso habitual.
- Seguimos contando con camillas antiguas y en mal estado, que incluso Mantenimiento se niega a reparar.
- No contamos con elementos mecánicos de ayuda al transporte para los trayectos largos (con los que sí cuenta el servicio de archivos o el de cocinas) aconsejados por el Servicio de prevención de Riesgos Laborales
- No hay palos de gotero que aliviarían la carga de trabajo de varios celadores

### **REDISTRIBUCIÓN DE PRESENCIAS FÍSICAS**

- Ya lo han comentado en otro apartado ¿es para rellenar?

## PERMANENCIA DEL TURNO DESLIZADO

- Se justifica en base a la afluencia, pero el paciente no viene, compra la asistencia y se va. ¡El paciente se queda y hay que atenderlo todo el tiempo!
- Sería primordial mantener el turno de tarde en horario normal y añadir una persona más de noche porque hay trabajo suficiente.
- Durante las horas valle que no cubre ese turno, aparte de las labores asistenciales, se deben realizar los trabajos necesarios para mantener la Unidad en el punto óptimo de funcionamiento (reposición de material, limpieza, revisión y preparación del aparataje y espacios, reuniones de trabajo,...).

## FORMACIÓN

- Los datos no reflejan la realidad
- Los simulacros del nuevo funcionamiento de trabajo consistieron en pasear por la urgencia enseñándonos lo bonita que era y dónde se iban a poner los pacientes y en explicarnos un plan funcional abstracto la semana anterior a la apertura
- Los talleres de formación no abarcaban todas las necesidades formativas, ni mucho menos a la totalidad del personal.
- No han sido convocadas con la debida antelación, realizándose en periodo vacacional

## PARTICIPACION EN LA MEJORA

Respecto a las reuniones semanales para valorar el funcionamiento cotidiano del servicio, los trabajadores hemos aportado tantos puntos de mejora como los incluidos en este dossier. Como contrapartida, la respuesta obtenida fue un exiguo documento que recogía aproximadamente 15 puntos valorados de este modo: “pendiente priorización”, “pedido presupuesto”, “no justificado”, “no es viable”...

Estas vaguedades invitan a pensar que la Dirección no pretende crear un espacio participativo real en cuanto a la toma de medidas consensuadas que mejoren el servicio, pero si procurarse una excusa en la simple convocatoria de estas reuniones sin tener demasiado en cuenta lo que en éstas se proponga. El antecedente más cercano lo tenemos en las conclusiones extraídas por los grupos de trabajo estamentales previos a la unificación, aportaciones a las que, en general, se hizo caso omiso.

## 5. MEDIDAS PENDIENTES DE TRABAJAR E IMPLEMENTAR

- ¿Cómo es posible que se haya abierto el edificio sin tener todas esas medidas implantadas?

## **6. COMPARATIVAS CON OTROS HOSPITALES**

- En el informe se confirma muchas veces que los datos de malos, se van mejorando hasta alcanzar los valores de antes de la unificación, como si estos fueran los deseables de una atención de calidad...
- También se hacen comparaciones con los valores de atención de otros centros hospitalarios, cuando la atención sanitaria Navarra era pionera y estaba a la cabeza y no tenía comparación con otros centros... Ahora parece ser que necesitamos estar a la par de otros centros para valorar nuestra asistencia como buena...
- Se compara con otros centros, pero no de características comparables (el Hospital de Donostia, tiene similar número de camas pero, ni la estructura física ni la demanda asistencial son comparables)

### **GENERALIDADES**

- Las propuestas que se han realizado suponen por una parte un coste cero, y sin embargo, las direcciones se niegan por principio a cualquier tipo de iniciativa y suponen por otra parte una mejor gestión de los gastos. Hay propuestas que suponen pequeñas inversiones que se podrían quitar de otras partidas de gastos absurdas y sin sentido.
- Las mejoras de problemas e incidencias planteadas por el informe de dirección contrastan con la realidad planteada en nuestro dossier. Dirección ha presentado como grandes logros pequeñas mejoras sin trascendencia.
- No hay un planteamiento integral de atención al paciente que abarque el transporte sanitario, las plantas hospitalarias, las especialidades... hay numerosos problemas que podrían ser resueltos desde un enfoque global y desde unos planteamientos conjuntos de atención al paciente, que cuide de su salud de un modo digno.

**ESTE INFORME NO LO FIRMA NADIE**



# CONCLUSIONES FINALES

## Calidad de atención al paciente mermada:

- Los **tiempos de atención a pacientes** y, sobre todo, los **tiempos de resolución**, son **excesivos** debido al **escaso personal** relacionado con: **las cargas de trabajo**, el **aumento de las distancias**, la **deficiente organización** y la **dependencia de otros servicios ajenos a Urgencias**.
- El **seguimiento del paciente** después de la atención inicial en consultas es **dificultado** por la **carga asistencial**, el **aumento de las distancias** y la **necesidad de cubrir la emergencia** por el mismo personal.
- **Falta de intimidad** debido a fallos en la estructura física y al nulo control de los acompañantes.
- La Seguridad Clínica del paciente está en riesgo. Posible aumento de accidentes e incidentes.

## Insuficiente dotación de personal en todos los estamentos:

- Un médico adjunto más de 8 a 22
- Un equipo más de enfermera y dos auxiliares para atender reanimación
- Dos auxiliares para añadir a observación
- Un técnico de radiología para manejar convenientemente los aparatos
- Aumento de celadores en todos los turnos

## Falta de espacios:

- **Salas de espera** se quedan **pequeñas** durante muchas horas
- **Insuficientes baños asistidos**
- **Constantes problemas técnicos** tanto en los servicios de Radiología, Informática y Mantenimiento, como en el diferente aparataje utilizado

## Fallos de organización a nivel interno y con otros servicios:

- Las **evaluaciones semanales** se **realizan fuera de la jornada laboral**, en un **horario inadecuado**, siendo los diferentes estamentos sanitarios quienes tienen que **dedicar parte de su tiempo personal** en acudir a las reuniones (sin compensación alguna), dificultando la presencia, continuidad y seguimiento de las mismas. Tampoco hay comunicaciones inter-estamentales e invocar a la buena voluntad nunca resulta suficiente.
- **Muy escasa formación** al personal en cuanto a funcionamiento interno, protocolos y aparataje. **Faltan protocolos de actuación** y, los que existen, están sin actualizar u obsoletos

A todo ello, debemos añadir la **falta de voluntad** por parte de las jefaturas y la dirección del CHN en **solucionar de forma eficaz los evidentes problemas que sufre el servicio** y que son por todos conocidos.

**No ha habido**, al margen de grupos de trabajo estamentales cuyos informes

fueron desoídos sistemáticamente, **un acercamiento real y eficaz con los profesionales** que desarrollan su labor en el servicio de urgencias con el propósito de mejorar la calidad asistencial de la unidad.

Se ha apelado a **la buena voluntad de los trabajadores, se ha hablado de periodos de adaptación, de caos asumible**, pero no se ha llevado a cabo un profundo **análisis de los errores** y de su forma de solventarlos más allá de un informe sesgado e interesado, basado en datos cuando menos cuestionables, que no es otra cosa que papel mojado.

**No hay voluntad en reconocer** que este proyecto, desde su génesis en los despachos hasta su consecución, ha sido un **carísimo error** y que lejos de perseguir la mejora de la calidad asistencial en nuestra comunidad, espejo en el que hasta hace poco todos querían reflejarse, ha desandado un terreno importante en lo que a calidad sanitaria se refiere.

Creemos, no obstante, que hay soluciones prácticas que arreglarían el funcionamiento de la urgencia, que el margen de mejora es importante y que con poco esfuerzo, incluso económico, se puede reorganizar el servicio.

*Breve anotación al margen.-*

*Queremos señalar -aunque no sea el ámbito de este documento ni el del grupo de trabajo- la importancia que tienen dos aspectos fundamentales en los servicios de salud de una comunidad y que repercuten en el Servicio de Urgencias:*

*- Atención Primaria. Influye sobremanera en la masificación del Servicio de Urgencias. Son constantes las quejas de los usuarios que acuden a Urgencias porque no les dan cita en su centro de salud hasta tres y cuatro días después de solicitarla. Llegamos a la conclusión de que es más barato que el paciente espere 10 horas en Urgencias que el refuerzo de los equipos de A.P.*

*-Educación Sanitaria. Gran cantidad de usuarios del Servicio de Urgencias acuden a él, bien por tratarse de patologías banales que no precisan asistencia urgente, bien porque desconocen los recursos de los que disponen y a dónde deben acudir (112, centros de salud, urgencias extrahospitalarias)*

# ANEXOS

## ANEXO I

### *Listado de fallos técnicos o de material detectados en el actual servicio*

#### **FALLOS TÉCNICOS Y DE MATERIAL**

- Lencería: Falta de ropa. Faltan almohadas, mantas, camisones...
- Falta de camillas. Las actuales están muy dañadas y son insuficientes. Adquisición de nuevas camillas que sustituyan los modelos antiguos que resultan totalmente inadecuados para su utilización en traslados incluso dentro del propio servicio. Actualmente no existe un protocolo de limpieza periódica establecida para este material. <https://sosasunbidea.wordpress.com/2015/02/06/camilleando/>
- Falta de elementos mecánicos de ayuda al empuje de camillas tal como recomiendan desde informes de salud laboral con motivo de los desplazamientos hasta HVC y en función de la distancia y el peso.
- Fallos de elementos mecánicos y de mantenimiento:
  - Puertas automáticas que no se abren o cierran, dificultando el uso apropiado de las consultas (y el servicio de mantenimiento está en Irún)
  - Bloqueo en numerosas ocasiones de la puerta de acceso de ambulancias quedando abierta de modo permanente.
  - Lava bacinillas no apropiados para el material disponible (no encajan los gúitarros y las bacinillas que tenemos: se caen y no se limpian bien o atascan la puerta)
  - Mal funcionamiento de bala de analíticas (se pierden muestras, hay que llevarlas en mano...)
- Falta de material en distintas zonas. El aumento de las distancias hace necesario el aumento de material (ECG, torres multiparámetro, tomas de vacío, de aire...)
- Faltan libros de listados para conocer el material del que disponemos y cómo debe estar distribuido en cada puesto, estantería, armario, carro...
- Electrocardiogramas en mal estado (siempre hay alguno reparando)
- Falta de formación adecuada en el nuevo aparataje. No disponemos de “tutoriales” para conocer el manejo de los aparatos para su puesta en funcionamiento, limpieza, mantenimiento, esterilización si precisa, etc.
- Desagüe de sala de descontaminación que no desagua.
- Falta de palos de gotero de ruedas, los pacientes podrían ir andando a RX, sala de espera...
- Fallos en el sistema de localización de pacientes. Se pidió un sistema de radiofrecuencia pero, por coste, se implantó uno de código de barras mucho peor. (Problemas en la localización de pacientes, tanto para atenderlos como estando de alta en espera de ambulancia.

## **RADIOLOGÍA**

- Averías: Ambas salas de rayos han dado infinidad de problemas y/o averías. Si bien algunas de las averías han mejorado (no solventado totalmente) sigue habiendo problemas (y faltan protocolos de actuación bien definidos para casos de averías).
- Servicio técnico insuficiente: El servicio técnico de la casa comercial (FUJI) responde desde Barcelona. Tarda demasiado en contestar y aun más en acudir a Pamplona. Además el horario de contacto de dicho servicio es demasiado limitado para una urgencia de tal envergadura.
- Falta mando, falta otro detector para portátiles, las salas de rayos están diseñadas para trabajar con 2 TER en cada sala. No se puede sacar el rendimiento a la robotización del aparato ni a la velocidad de la radiología digital en las condiciones actuales.
- Las puertas del TAC no tienen la protección de radiación activada. (riesgo de irradiación si la puerta está entornada)
- Problemas estructurales en TAC y ECO. Los paneles de las paredes se caen.

## **OBSERVACIÓN**

- No se puede observar a los pacientes debido a la deficiente colocación de las puertas y estores que no se pueden levantar
- Armarios/cajoneras demasiado bajos, estamos continuamente agachados
- En uno de los puestos de control se recorre mucho espacio para entrar en las habitaciones
- Sólo disponemos de dos carros de lencería para poder hacer los aseos y altas de 18 posibles pacientes
- Habitaciones sin lavabo ni baño.
- La entrada a las habitaciones sólo es posible por la zona común. No se permitió la creación de un pasillo perimetral para que los familiares entrasen a las habitaciones

## **Fallos achacables a la modificación del proyecto original para adaptarlo a la Unificación**

- Insuficientes 2 baños asistidos (para personas que necesitan ayuda o no se pueden levantar) Antes contábamos con 3.
- Triajes 3 y 4 falta de intimidad, sólo separados por una cortina (otros pacientes pueden escuchar toda las preguntas que se le hacen al usuario contiguo)
- Triajes 1 y 2 no se puede observar a los usuarios en espera de ser triados, por lo que el orden de valoración no es el adecuado. Son consultas muy pequeñas o mal distribuidas, sin contar con nuestra opinión
- Zona de paso de pacientes a las camillas a la vista de todo el mundo.

## ANEXO II

### *Datos reales sobre la supuesta mejora de tiempos de atención*

#### TIEMPOS TRIAJE - ANAMNESIS. PRIORIDAD 2

Muestra sobre 1047 pacientes recogidos en el circuito B con prioridad 2 durante estos primeros meses (corroborado por la Dirección del CHN)

Franja horaria	Promedio en minutos	Pacientes	Horas del intervalo	Pacientes/hora
08:00 - 11:30	8	207	3,5	59
11:30 - 15:00	13	352	3,5	101
15:00 - 18:30	17	262	3,5	75
18:30 - 22:00	15	226	3,5	65

	< 15 minutos	15 - 20 minutos	20 - 30 minutos	> 30 minutos
08:00 -11:30	85 %	6 %	8 %	1%
11:30 -15:00	67 %	13 %	13 %	7 %
15:00 -18:30	58 %	13 %	13 %	15 %
18:30 -22:00	62 %	13 %	15%	10%

Comentario:

El sistema de triaje establecido en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra, así como en el resto de la red hospitalaria de la Comunidad Foral, **establece cinco niveles de prioridad**; desde la 1, que representa la urgencia vital de atención inmediata, hasta la 5, que puede demorar su asistencia hasta las 4 horas.

En las tablas anteriores, se recogen los detalles de la asistencia a los pacientes que acuden al servicio de urgencias como prioridad dos. Dicha prioridad, engloba diferentes patologías que son tiempo-dependientes, como disnea intensa, posible infarto y posible ictus, por poner algunos ejemplos.

En esta prioridad, está establecido que la atención de su enfermera de grupo de circuito B sea inmediata y la del médico menor de 15 minutos. Analizando ahora las cifras veremos que la realidad es bien distinta.

Además, los datos reales son todavía peores, ya que hay que matizar un par de circunstancias:

1. Ocurre en muchas ocasiones que los tiempos son todavía mayores, ya que la espera del paciente hasta ser triado por la enfermera no se cuantifica dentro de esos tiempos
2. Los médicos, a menudo entran previamente en la historia de ese paciente a priori grave para hacerse una idea de su situación; ver sus antecedentes, pruebas ya realizadas, constantes vitales, etc., siendo esa entrada inicial la que queda registrada, aunque no se le visita hasta que una consulta está disponible, un celador puede pasar a ese paciente a dicha consulta, y auxiliares y enfermeras realizan las diferentes extracciones analíticas, comienzan la administración de medicación, etc.

Dentro de los **Estándares de Calidad pactados con la Dirección del Complejo Hospitalario**, se establece que dicha prioridad debe ser atendida en **menos de 15 minutos por un facultativo médico en el 85 % de los casos**. Por otra parte, diferentes sociedades científicas, como por ejemplo la **Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)**, en base a parámetros internacionales establece la recomendación de que el **90% sean vistos por un médico en menos de 15 minutos**, y el **95 % antes de 20 minutos**. **Nada más lejos de la realidad como vemos.**

Dichas circunstancias, **no llegan a darse completamente ni tan siquiera a primera hora de la mañana**, cuando la afluencia de pacientes al servicio es mínima. A partir de esa primera franja horaria los tiempos se retrasan de manera importante, siendo **especialmente preocupantes los retrasos a partir de las 15 horas**, en que el 25 % de los pacientes tardan más de 30 minutos en ser atendidos, con el agravante de que además la afluencia de pacientes/hora a partir de esa hora es todavía menor.

Por otro lado, sin analizar en cifras la atención prestada a **otros pacientes con gravedades 3, 4 y 5**, comentar que **deben ser revalorados cada determinado período de tiempo** de espera para observar cualquier cambio clínico, actuación que tampoco se puede llevar a cabo por la elevada carga asistencial que se padece.

## ANEXO III

### *Muestreo sobre los tiempos de atención reales a los pacientes en un día*

#### HOJA EXCEL 24H 2/3 DE MARZO

Datos de explotación desde las 8:00 del lunes 2 de marzo hasta las misma hora del día 3

#### *Conclusiones de la recogida de datos*

Con intención de dar otra interpretación a las estadísticas se realizó una recogida de datos de lo acontecido un lunes, día de la semana que por lo general acude mayor número de personas para ser atendidos en nuestro Servicio de Urgencias.

Las conclusiones más llamativas que podemos deducir de estos datos son:

Si bien la Media de demora para el triaje es de 12 minutos, de 345 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias, **82 personas (es decir, 23,78%) tardaron más de 15 minutos en ser valoradas por un personal sanitario y de ellas 6 (1,7%) más de media hora.**

De las 345 personas que acudieron este día a urgencias a **138** se les asignó una **Prioridad 3**. A **55** de ellos no se les pudo atender antes de una hora, es decir sólo el **60,14%** de los pacientes fueron atendidos dentro de ese tiempo. La respuesta fractil recomendada por Dirección es del **90%** para pacientes con P3

Si bien la **media de estancia es de 3h y 42 minutos**, de 345 pacientes que se acudieron al Servicio de Urgencias, **52 personas (es decir, 15,07%) estuvieron más de 6h y de ellas 6 (1,7%) más de 10h**. En determinados casos desde la entrada de urgencias se deriva directamente a ciertas personas fuera del Servicio de Urgencias, por lo general a **consulta del especialista**. En los datos recogidos en este día supusieron el **0.5%** de los pacientes, los cuales tienen una **estancia media de 17 segundos**, que contribuyen a disminuir la estancia media de los pacientes totales. Por lo que no se pueden valorar de forma estadística en un estudio riguroso de tiempos de estancia o atención y pueden llevar a engaño.

Ese día fueron ingresados **56** pacientes, su estancia media en el Servicio de Urgencias fue de **6h y 6 minutos**, pero **2** de ellos estuvieron más de **10 horas** antes de ser ingresados en su habitación.

De **56** pacientes que ingresaron **8** personas tuvieron que esperar más de **40 minutos** a que un celador les pudiera trasladar, de ellos uno más de una hora y otro casi **5h**.

## ANEXO IV

Tabla comparativa de plantillas por estamento antes y después de la unificación del Servicio de Urgencias.

### HOJA EXCEL COMPARATIVA DE PLANTILLAS

#### *Conclusiones*

#### FACULTATIVOS

- Aumento de un adjunto en todos los turnos
- Aumento de un residente en el turno de noche
- El aumento de un adjunto en turno de mañana y tarde los lunes es una medida que se adoptó hace 1-2 años, no en la unificación

#### ENFERMERÍA

- Aumento de 1 en rango horario de 8-12h.
- Aumento de 2 de 24-8h.

Hace falta aclarar que desde **hacia mucho tiempo se había pedido aumento de plantilla en el turno de noche en Urgencias A** del Hospital de Navarra, ya que era claramente insuficiente.

Por otro lado puntualizar que anteriormente a la unificación había una enfermera del **servicio de endoscopias que ejercía sus funciones en Urgencias B**, Hospital Virgen del Camino que actualmente **ha pasado a formar parte de la plantilla de urgencias.**

#### TCAE

Hace falta puntualizar que anterior a la unificación había una auxiliar del **servicio de endoscopias que ejercía sus funciones en Urgencias B**. Actualmente **ha pasado a formar parte de la plantilla de urgencias.**

- Disminución de una presencia en rango horario de 8-09:45h
- Aumento de una presencia de 15-22h
- Aumento de 1 presencias de 22-24h

#### CELADORES

- Disminución de 2 presencias en rango horario de 8-15h.
- Aumento de 1 presencia de 15-17h
- Aumento de 2 presencia de 17-22h
- De 22-24h hay el mismo número de presencias pero hay que reseñar que 2 de los profesionales no desarrollan funciones en urgencias ya que están uno en quirófano de urgencias de A y otro en plantas.
- Disminución de 1 presencia de 24-8h por el mismo motivo.



Es necesario puntualizar que **el turno deslizado de 17-24h no pertenece al servicio de urgencias**, con lo que, si es demandado por otro servicio fuera de la unidad debe acudir abandonando la urgencia.

A partir de mediados de marzo, el **celador de plantas del Hospital Virgen del Camino** estará físicamente en las urgencias durante el **turno de noches**, pero su prioridad es atender las plantas de ese hospital, con lo que habrá **momentos en los que no se pueda contar con él**.

Esta forma de “solucionar” la escasez de plantilla viene siendo práctica habitual desde que abrió el servicio y es evidente que resulta insuficiente, ya que **no aumenta realmente la plantilla de celadores sino que aumenta las presencias en detrimento de otros servicios**, no llegando nunca a solucionar el verdadero problema.

Esta política de movilidad es el claro ejemplo de cómo **la unificación del servicio de urgencias altera el funcionamiento de todo el complejo hospitalario** en contra de la calidad asistencial.

## **ADMINISTRATIVAS**

Aumento de 1 presencia en turno de mañanas, tardes de fines de semana, festivos y tardes de verano (del 15 de junio a 15 de septiembre)

## **RADIOLOGÍA**

TER: Disminución 2 presencias de 8-09:40h. Disminución de una presencia de 09:40-15h. Aumento de 3 presencias de 22-24h. Aumento de 2 presencias de 24-8h

DUE: Aumento de 2 DUE de 8 a 15h. Disminución de 1 presencia de 15 a 22h. Disminución de 2 presencias de 22-8h

TCAE: Disminución de 2 presencias en rango horario de 15-22h

Con la reorganización de plantillas de distintos servicios cuestionamos la afirmación de que se ha aumentado en 23 profesionales para la apertura del nuevo servicio, más teniendo en cuenta que en determinados rangos horarios el resultado de la suma de los profesionales de los antiguos Servicios de Urgencia resulta **NEGATIVA**.

## ANEXO V

*Ejemplo de muestreo asistencial en fechas aleatorias de dos áreas del servicio recogidas por Auxiliares de Enfermería TCAE y Enfermería DUE*

### EJEMPLO DE MUESTREO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

#### TCAE

#### CONTROL CENTRAL

Datos recogidos durante tres días seguidos y en los tres turnos que muestran las actuaciones de TCAEs en cuatro campos, ya que en este estamento su trabajo no queda ni registrado ni reflejado en la Historia Clínica Informatizada, ni en ningún otro documento oficial.

- Actuaciones en el baño.
- Medicaciones y sueros.
- Asistencia a preguntas de familiares.
- Comidas.

Día 2 de marzo

	Baño	Medicación / sueros	Preguntas familiares	de	Comidas
Mañana	18	18	11		3
Tarde	35	24	34		
Noche	15	16	15		2

Día 3 de marzo

	Baño	Medicación/ sueros	Preguntas familiares	de	Comidas
Mañana	21	13	23		1
Tarde	26	22	26		
Noche	11	12	13		

Día 4 de marzo

	Baño	Medicación/ sueros	Preguntas familiares	de	Comidas
Mañana	7	5	9		
Tarde	21	11	19		
Noche	12	9	6		1

Estos datos son orientativos porque muchas veces los enfermos y familiares

demandan su atención mientras se resuelven otras actuaciones.  
Entre medio, puede atenderse el envío de analíticas a través de la bala o las diferentes reposiciones que exige la jornada: farmacia, lencería, almacén...

**DUE**

**CIRCUITO A Y B**

FECHA	TURNO	Nº PACIENTES	KMS RECORRIDOS	PACIENTES POR TURNO
27/02	T	11+1*	2,67	112
28/02	T	6+1*	2,72	110
01/03	T	10	2,89	117
03/03	N	15	3,50	62
05/03	M	12	1,78	113
06/03	M	12	2,25	137
08/03	N	15+1*	2,96	56

\*Este sumatorio señala los pacientes que fueron atendidos en la REA

## ANEXO VI

*Datos extraídos del cuadro de mandos 2013 del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra*

### ANALISIS DE DATOS 2013/2014

Los datos del 2013 son el resultado de la media aritmética de los pacientes de los servicios de urgencias del CHA y CHB.

Los datos de 2014 son datos de la primera evaluación del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra.

### COMPARACION DATOS 2013-2014

	2013	2014
Pacientes por día	307	298
Ingresos en Observación	11.6	13
Ingresos en Hospitalización	43.22	51
Minutos de espera circuito A	46.4	55
Minutos de espera circuito B	18.7	21
Minutos resolución circuito A	168.5	220
Minutos resolución circuito B	277.35	339

### CONCLUSIONES:

- Número de pacientes similar
- Ingresan 9 pacientes más al día en el 2014: produce un aumento de las cargas de trabajo en todos los profesionales del servicio de urgencias.
- Los minutos de espera han subido en los dos circuitos, tanto de leves en 9 minutos, como en el de graves en 3 minutos. No parecen buenos datos en lo referente a la calidad y la satisfacción de los usuarios

- Los tiempos de resolución de los casos también han aumentado para los dos circuitos. 52 minutos para la resolución de pacientes leves y más de una hora para los pacientes graves.

