




Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

IMPLEMENTACIÓ DEL PROCÉS D'ATENCIÓ URGENT EN L'HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. RESULTATS DESPRÉS DE CINC ANYS

Antònia Segura Egea

TESI DOCTORAL UAB /2017



DIRECTORS

Dra. Anna Carreres Molas

Prof. Evarist Feliu Frasnado

Prof. Benjamí Oller Sales

Facultat de Medicina. Departament de Cirurgia

DEDICATÒRIA

A la meva família i als meus mestres per transmetre'm els valors, per ajudar-me i acompanyar-me en la vida.

També vull dedicar aquesta tesi a tots aquells metges i metgesses que, durant una part molt decisiva de la seva vida professional, han dedicat moltes hores a urgències. Persones amb ambicions i projectes molt diversos que durant un període de la seva vida han dormit o, millor dit, no han dormit a urgències, vencent les seves pors i entregant la seva força per atendre als pacients. A tots els residents.

I, finalment, a tots els professionals que es dediquen al món de les urgències.

AGRAÏMENTS

Voldria començar els agraïment pels directors de la tesi, les tres persones que m'han encoratjat, estimulat i conduït per dur a terme aquest treball.

La Dra. Carreres, que des de la meua arribada a l'hospital l'any 1990 ha compartit generosament els seus coneixements i la seva dedicació. M'ha ensenyat l'ofici de metge i m'ha fet partícip de la seva gran capacitat de treball, perseverança i visió de futur. Durant més de 25 anys hem treballat amb tot l'equip, transformant les urgències en un dels grans serveis de l'hospital. Aquesta tesi és una d'aquestes visions de futur i fruit de la seva insistència avui puc agrair-li el presentar el treball. Gràcies un cop més per la teua generositat Anna.

El Dr. Feliu, que amb la seva llarga experiència en el món de la recerca i de les "publicacions" m'ha encoratjat en tot moment i amb la seva paciència i generositat ha dedicat hores i hores a corregir fins els mes petits detalls d'aquests treball.

El Dr. Oller, que amb la seva experiència i coneixement del món universitari i el seu gran respecte per les persones que ens dediquem bàsicament a l'assistència clínica m'ha ajudat a poder fer una tesi que apropa els mons de la recerca i l'assistència.

Voldria agrair al Dr. Mòdol, company de feina, la seva ajuda i generositat per compartir el coneixements estadístics. Gràcies Josep Maria.

També vull agrair a la Dra. Lucas les hores dedicades a la lectura de la tesi, per les seves correccions i correccions, fins a trobar el mot adient.

I, finalment, vull donar les gràcies a tots els companys que cada dia aporten la seva millor versió per atendre a tots els pacients que consulten al servei d'urgències. Del treball de tots plegats s'ha pogut fer aquesta tesi.

MOTIVACIÓ

La meva motivació per fer aquesta tesi neix de la voluntat de contribuir a millorar els serveis d'urgències, de creure que aquests serveis poden satisfer la demanda urgent amb excel·lència si es propicien les condicions i estructures adequades i si s'afavoreix el desenvolupament professional dels que hi treballem.

Que l'experiència que s'aporta en aquest treball serveixi per millorar d'altres serveis d'urgències de diferents hospitals i encoratgi als professionals a desenvolupar en aquests serveis d'urgències, eminentment assistencials, les altres vessants de la nostra professió: la docència i la recerca.

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ	13
▪ Els serveis d'urgències hospitalaris	17
▪ Entorn en que es desenvolupa el projecte	19
– L'Institut Català de la Salut.....	19
– L'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.....	24
▪ El Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol	35
ANTECEDENTS I JUSTIFICACIÓ DEL PROJECTE	49
HIPÒTESI	59
OBJECTIUS	63
METODOLOGIA	67
▪ El Procés d'Atenció Urgent i la seva implementació a l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol	68
▪ Variables analitzades	77
1. Indicadors de procés.....	77
2. Enquestes de satisfacció dels usuaris.....	79
3. Font de dades.....	81
▪ Accions de millora	83
1. Accions sobre els fluxos d'entrada	84
2. Accions sobre el procés assistencial.....	87
2.1.- Accions de millora de la gestió i organització del Servei d'urgències	88
2.2.- Mesures per millorar la coordinació intrahospitalària.....	98
2.3.- Mesures de gestió hospitalària general.....	101
3. Accions per millorar la sortida d'urgències.....	102

4. Millores estructurals i d'equipament.....	105
5. Millores dels sistemes d'informació.....	106
▪ Mètodes estadístics	109

RESULTATS 111

1. Indicadors	113
1.1. Indicadors d'activitat.....	113
1.1.1. Nombre d'urgències ateses	113
1.1.2. Nombre d'urgències ateses per franja horària i per dia de la setmana.....	116
1.1.3. Percentatge d'urgències ateses per torn.....	122
1.1.4. Destinació dels pacients a l'alta	125
1.1.5. Percentatge d'urgències ingressades.....	127
1.1.6. Taxa de trasllats a altres centres.....	127
1.1.7. Pressió d'Urgències.....	128
1.2. Indicadors de qualitat.....	129
<i>De gestió</i>	
1.2.1. Temps mitjà de permanència a Urgències.....	129
1.2.2. Estadades superiors a 24 hores a Urgències.....	129
1.2.3. Readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta.....	130
1.2.4. Percentatge de readmissions que precisen ingrés.....	131
1.2.5. Percentatge de pacients no visitats.....	131
<i>Clínic</i>	
1.2.6. Taxa de mortalitat a Urgències.....	132
<i>De satisfacció</i>	
1.2.7. Nombre de reclamacions de l'àrea d'Urgències...	133

2. Enquestes de satisfacció dels usuaris	134
2.1. Enquestes de satisfacció del CatSalut.....	134
2.2. Enquestes internes de satisfacció d'Urgències.....	137
DISCUSSIÓ	143
CONCLUSIONS	153
BIBLIOGRAFIA.....	157
GLOSSARI D'ABREVIATURES.....	167
ANNEXOS.....	173

INTRODUCCIÓ

Els canvis epidemiològics, de morbi-mortalitat, tecnològics i de les necessitats i expectatives socials fan necessària la introducció d'innovacions en la gestió sanitària^{1,2,3,4}. Resulta imprescindible que en els models de gestió actuals s'introdueixi la gestió per processos^{5,6} (GP). La majoria d'organitzacions han pres consciència que el seu nivell d'eficiència global ve determinat pel nivell d'eficiència dels seus processos. La GP s'emmarca en l'àmbit de la gestió de qualitat global^{7,8}.

El *procés* es defineix com la seqüència d'activitats, organitzades de forma lògica, realitzades per diferents departaments o serveis de la institució, que afegixen valor, de forma progressiva, per aconseguir els resultats prèviament planificats.

L'organització dels centres sanitaris en compartiments estancs dificulta la fluïdesa de les activitats que conformen el procés assistencial. La GP suposa un canvi radical de l'organització, en la mesura que defineix la seqüència de les activitats de persones de diverses disciplines i departaments, aportant coordinació i integració^{9,10}. La implementació de la GP comporta la millora contínua de les activitats desenvolupades, la reducció de la variabilitat innecessària, l'eliminació de les ineficiències associades a la repetició de les activitats i l'optimització de la utilització de recursos^{5,6}.

Aquesta tesi recull el treball realitzat durant el període 2010- 2014, iniciant-se quan, d'acord amb l'objectiu estratègic de l'hospital d'organització per processos i amb l'acció prioritzada de millorar l'atenció urgent, es selecciona com a primer procés clau a definir el procés d'atenció urgent (PAU).

Les dades de l'Institut Català de la Salut i de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol reflectides en aquest treball (recursos humans, estructurals, activitat assistencial, docent i de recerca, entre d'altres) estan referides a l'any 2014, any final del període estudiat.

ELS SERVEIS D'URGÈNCIES HOSPITALARIS

Els Serveis d'Urgències Hospitalaris (SUH) són dispositius assistencials d'alt impacte per diverses raons:

Resultats en salut: L'atenció urgent és determinant en indicadors de salut de la població^{11,12}. Són molts els processos clínics que requereixen d'una adequada atenció urgent per tal d'obtenir uns resultats òptims. Les malalties cardiovasculars, infeccioses i els politraumatismes són algunes situacions que fan palesa la importància d'una atenció precoç i eficaç, la qual es presta, entre d'altres dispositius, en els SUH.

Activitat elevada: En els darrers dos anys, s'ha produït un increment en la demanda i la complexitat de l'atenció urgent, especialment als hospitals^{13,14,15}. Les dades proporcionades per *l'Enquesta de Salut de Catalunya 2013* mostren que els ciutadans de més de 14 anys que van sol·licitar atenció urgent durant l'any anterior van ser més de dos milions, un 31,8 % de la població total. Segons la mateixa enquesta, el 84,3 % d'aquestes consultes va tenir lloc en dispositius de la xarxa pública. Considerant totes les consultes, l'hospital públic és el primer dispositiu utilitzat pels usuaris de més de 14 anys (57,2%) i la xarxa d'atenció primària (AP) del CatSalut, amb el 27,1% de les visites, és el segon. En l'any 2013 els SUH de l'Institut Català de la Salut (ICS) atengueren un total de 696568 episodis, xifra que es situa a prop del 20% del total d'atencions urgents hospitalàries de tots els hospitals de Catalunya¹⁶. Aquesta elevada activitat suposa un repte en l'organització dels SUH de l'ICS.

Cartera de serveis àmplia: Els SUH tenen diferents nivells de complexitat, però l'anàlisi de les seves carteres de serveis de forma conjunta mostra que abasten tots els processos clínics i procediments propis de l'atenció urgent.

Impacte en l'activitat d'hospitalització: Els SUH tenen una importància capital en el context de l'activitat hospitalària, ja que entre un 50 i un 70 % dels ingressos hospitalaris es generen després d'un episodi urgent^{17,18}. D'altra banda, els SUH poden modular l'activitat d'hospitalització amb l'adequació del criteri d'ingrés, la utilització de les alternatives a l'hospitalització convencional i amb la resolució adequada dels problemes de salut^{19,20,21}.

Impacte en la satisfacció dels usuaris: Les urgències hospitalàries són el recurs més emprat i, per tant, el que té més impacte mediàtic. La satisfacció/insatisfacció dels ciutadans en relació als serveis assistencials en general està fortament condicionada per la qualitat tècnica i, sobretot, per la qualitat percebuda en les urgències hospitalàries²². A més, els SUH determinen en gran part la imatge que els ciutadans tenen dels hospitals.

Tot i que en general les valoracions per part dels usuaris (estudi PLAENSA) de l'atenció que es presta als SUH reflecteix una elevada satisfacció, hi ha un marge de millora fins a aconseguir resultats d'excel·lència. A la taula 1. es detallen els principals problemes identificats en els SUH ²³.

Taula 1. Principals problemes identificats en els SUH

1.	Demores en l'atenció
2.	Demanda no adequada i/o evitable
3.	Dèficit de sistematització de la classificació inicial de pacients
4.	Heterogeneïtat dels professionals
5.	Deficiències en l'organització interna
6.	Variabilitat en la pràctica assistencial
7.	Temps d'estada dels malalts massa llargs
8.	Dificultat de drenatge intern i extern
9.	Dificultat d'integració dels serveis d'urgències en la globalitat dels centres
10.	Deficiències en les infraestructures
11.	Dèficit de coordinació entre els diferents nivells assistencials
12.	Heterogeneïtat i deficiències dels sistemes d'informació
13.	Situació laboral precària dels professionals

ENTORN EN QUE ES DESENVOLUPA EL PROJECTE

L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

L'Institut Català de la Salut (ICS) és l'empresa pública de serveis de salut més gran de Catalunya, compta amb una plantilla que supera els 38.000 professionals i presta atenció sanitària a gairebé sis milions d'usuaris de tot el territori¹⁶.

L'ICS va néixer l'any 1983, com a entitat gestora dels serveis i prestacions propis de la Generalitat de Catalunya així com dels transferits de la Seguretat Social, mitjançant la Llei 12/1983, promulgada pel Parlament de Catalunya.

Amb la voluntat d'adaptar el marc normatiu i la naturalesa jurídica de l'ICS al model sanitari català, el Parlament de Catalunya aprova amb el consens de tots els grups parlamentaris la Llei de l'ICS (8/2007, de 30 de juliol)²⁴. Aquesta Llei transforma l'ICS en empresa pública i dona als seus centres i serveis més autonomia en la gestió econòmica i dels recursos. El Decret 13/2009, de 3 de febrer²⁵, pel qual s'aproven els Estatuts de l'ICS, regula la seva organització i el seu règim de funcionament. Aquesta transformació té com objectiu que l'ICS evolucioni i es configuri com una veritable empresa pública més àgil, descentralitzada, eficient, sostenible, competitiva, adaptable als canvis i propera a les necessitats assistencials de la població, disposant dels mateixos instruments de gestió que la resta d'empreses públiques del sector.

Com a entitat de referència dins el sistema públic de salut, l'objectiu de l'ICS és contribuir a la millora de la salut i de la qualitat de vida de les persones a través de la prestació d'uns serveis sanitaris innovadors i excel·lents, que abasten tant la promoció de la salut com la prevenció i el tractament de les malalties, des de les més prevalents fins a les més complexes.

Els valors de l'ICS són els següents: el ciutadà se situa en el centre del sistema, els professionals són l'eix central de l'organització, compromís amb la sostenibilitat econòmica i social, simplificació organitzativa, diàleg i transparència, atenció integral a les persones i integració activa, respectuosa i corresponsable en el sistema sanitari de Catalunya.

INTRODUCCIÓ

Actualment l'ICS gestiona¹⁶ vuit hospitals de referència dins la xarxa hospitalària d'utilització pública (Vall d'Hebron, Bellvitge, Germans Trias, Arnau de Vilanova de Lleida, Joan XXIII de Tarragona, Josep Trueta de Girona, Verge de la Cinta de Tortosa i Viladecans). Aquests centres compten amb un total de 142 quiròfans; 21 unitats de reanimació que disposen de 160 punts d'atenció; 6 unitats de cirurgia major ambulatoria (CMA); 24 sales de parts; 1.330 consultoris de consultes externes; 384 punts d'atenció d'hospital de dia; 405 boxs d'urgències, amb 688 punts d'atenció; 8 laboratoris clínics, 3 dels quals territorials i 1 d'urgències, que donen servei a l'atenció primària i hospitalària; 212 equipaments d'alta tecnologia, inclosos els gestionats per l'Institut de Diagnòstic per la Imatge i l'Institut Català d'Oncologia; un total de 3.541 llits disponibles i 3 unitats de salut internacional amb 4 punts d'atenció.

D'altra banda, l'ICS també gestiona 288 equips d'atenció primària, 4 dels quals amb gestió compartida amb altres proveïdors; 34 centres extrahospitalaris d'especialitats; 23 unitats territorials d'atenció continuada i urgències d'atenció primària (ACUT), que presten atenció en 21 centres d'urgències d'atenció primària (CUAP, 3 dels quals de gestió compartida), 129 punts d'atenció continuada (PAC) i 20 dispositius d'atenció urgent aïllats o de muntanya; 28 serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva; 2 serveis de laboratori clínic; 26 serveis de diagnòstic per la imatge, 13 dels quals gestionats per l'Institut de Diagnòstic per la Imatge; 19 unitats de rehabilitació extrahospitalària; 11 unitats del Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES), 7 unitats de salut mental –2 de les quals són d'atenció infantil i juvenil i 2 més d'atenció i seguiment de les drogodependències–; 3 unitats de salut laboral i 7 unitats de salut internacional.

La figura 1 resumeix l'activitat diària dels dispositius assistencials de l'ICS.



Figura1.
Activitat diària a l'ICS.
Any 2014

L'ICS desenvolupa una gran activitat científica a través dels set instituts de recerca integrats als centres hospitalaris i d'atenció primària (Vall d'Hebron Institut de Recerca-VHIR, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge-IDIBELL, Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol-IGTP, Institut de Recerca Biomèdica de Lleida-IRBLleida, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili-IISPV, Institut d'Investigació Biomèdica de Girona-IDIBGI i Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol-IDIAP Jordi Gol). Cal ressaltar que quatre d'aquests instituts –VHIR, IDIBELL, IGTP i IRB Lleida– estan acreditats per l'Institut de Salut Carlos III, des de l'any 2008.

A més, en el camp de la docència, l'ICS forma cada any en els seus centres més de 2.300 especialistes de 51 especialitats diferents en ciències de la salut i també forma a més de 4.500 alumnes de pregrau de medicina, infermeria, odontologia i altres ensenyaments.

El desenvolupament de la Llei de l'ICS²⁴ (8/2007) comporta modificacions dels òrgans de direcció i assessorament dels seus hospitals i, per tant dels de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTP). Amb la publicació del Decret 258/2007, de 27 de novembre²⁶, s'inicien canvis: s'estableixen noves normes organitzatives de l'ICS, es concreten les Direccions assistencials

INTRODUCCIÓ

adjuntes a la Gerència i, amb la creació de nou gerències territorials, es continua la descentralització.

A la figura 2, es mostra l'organigrama de l'ICS de l'any 2014 i a la figura 3, les noves gerències territorials.

Organigrama de l'Institut Català de la Salut

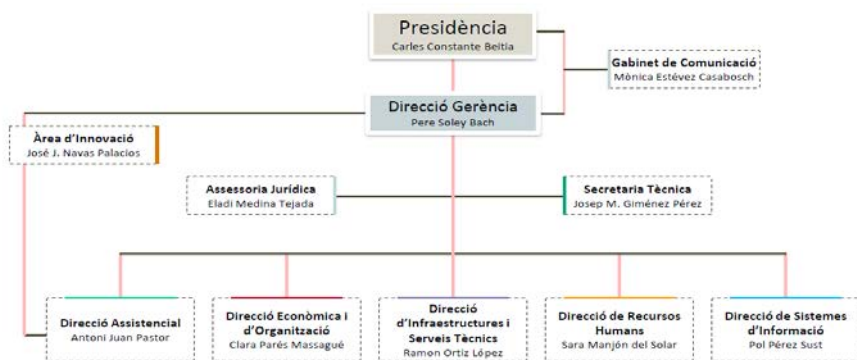


Figura 2. Nou Organigrama de l'ICS (any 2014).

Gerències territorials

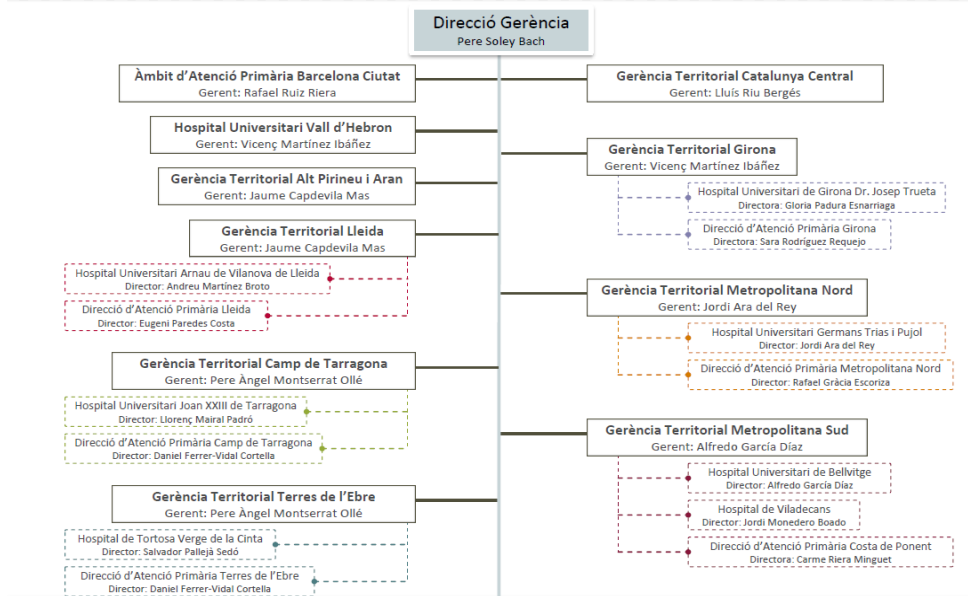


Figura 3. Les nou gerències territorials de l'ICS (any 2014).

A l'àrea Metropolitana Nord de Barcelona, l'ICS presta serveis d'atenció primària a prop d'1.400.000 ciutadans de 71 municipis del Vallès Occidental, el Vallès Oriental, el Barcelonès Nord i el Maresme. Alhora, gestiona l'HUGTP de Badalona, que és el centre de referència per a l'atenció d'alta complexitat dels 800.000 ciutadans del Barcelonès Nord i el Maresme i l'hospital general bàsic de més de 200.000 badalonins i veïns de diversos municipis de l'entorn²⁷.

L'atenció primària la duen a terme 66 equips i 37 unitats assistencials de suport, que treballen en un total de 84 CAP i 23 consultoris locals. Alguns d'aquests centres tenen com a hospital de referència l'HUGTP i la resta es coordinen amb els altres deu centres hospitalaris de referència del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) que hi ha en un àrea tan ampla com és la Metropolitana Nord.

A la figura 4, es pot veure el territori de la Gerència Territorial Metropolitana Nord (GTMN).

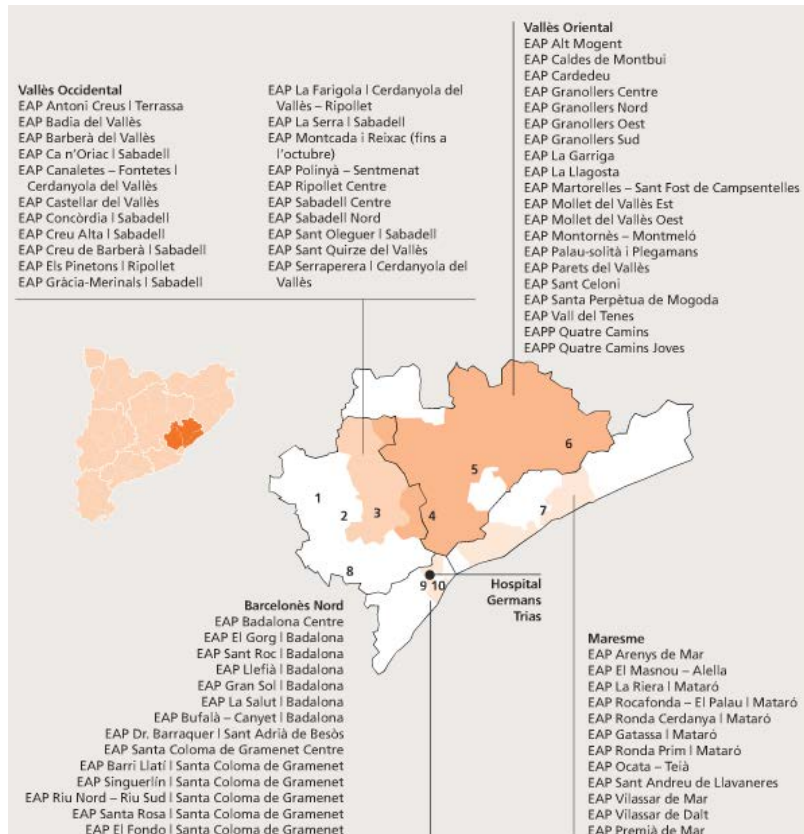


Figura 4. Gerència Territorial Metropolitana Nord i els seus Serveis d'Atenció Primària (SAP)

INTRODUCCIÓ

■ Atenció primària
Hospitals de referència del Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya:
Hospital Germans Trias
1. Hospital Mútua de Terrassa
2. Hospital de Terrassa
3. Hospital de Sabadell
4. Hospital de Mollet
5. Hospital General de Granollers
6. Hospital de Sant Celoni
7. Hospital de Mataró
8. Hospital General de Catalunya
9. Hospital de l'Esperit Sant
10. Hospital Municipal de Badalona

L'HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

L'Hospital Universitari Germans Trias és un centre públic gestionat per la Gerència Territorial Metropolitana Nord de l'ICS. Presta atenció sanitària d'alta complexitat a les 800.000 persones que viuen al Barcelonès Nord (Badalona, Santa Coloma de Gramenet i Sant Adrià de Besòs) i al Maresme, així com a alguns ciutadans d'altres territoris catalans en el cas de determinades malalties, en què l'hospital és referència per a fins a 1.200.000 habitants²⁸.

A la figura 5, es reflecteix l'àrea geogràfica d'atenció com a hospital de referència per a alta complexitat.



Figura 5. Hospital de referència per a alta complexitat

L'HUGTP actua com hospital de referència i d'alta tecnologia per a l'hospital Municipal de Badalona, l'hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet, l'hospital de Mataró i l'hospital de Sant Jaume de Calella.

Així mateix, l'HGUTP és hospital general bàsic per a les més de 200.000 persones assignades a les nou àrees bàsiques de salut (ABS) que pertanyen al SAP Badalona - Sant Adrià de Besòs i que viuen a uns barris concrets de Badalona, Sant Adrià de Besòs, el Masnou, Ocata, Alella i Teià.

A la figura 6, es representen les ABS per les que l' HUGTP és hospital general bàsic.



Figura 6. Àrees bàsiques de salut per les que l' HUGTP és hospital general bàsic

*L'ABS El Masnou inclou Alella

*L'ABS Ocata inclou Teià

L'HGTP es troba al Campus Can Ruti, un àrea biomèdica d'excel·lència en plena serralada de Marina de Badalona. A partir de la posada en marxa de l'hospital, l'abril de 1983, en aquesta zona s'ha anat teixint una xarxa assistencial, de recerca i de docència que avui és un punt de referència en l'àmbit de la salut i la biomedicina a Catalunya.

INTRODUCCIÓ

Les institucions que treballen a l'hospital i al Campus Can Ruti queden reflectides en la taula 2.

Taula 2. Institucions de l'hospital i Campus Can Ruti

■ Hospital Germans Trias
Institucions que treballen a l'hospital i al Campus Can Ruti:
- Banc de Sang i Teixits
- Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya
- Fundació Lluita contra la Sida
- Institut Català d'Oncologia
- Institut de Diagnòstic per la Imatge
- Institut Guttmann
- Institut Josep Carreras de Recerca contra la Leucèmia
- Institut de Medicina Preventiva i Personalitzada del Càncer
- Institut de Recerca de la Sida, IrsiCaixa
- Universitat Autònoma de Barcelona (Facultat de Medicina i de Ciències Biomèdiques)
- Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol (Institut Germans Trias)

L' HUGTP és, actualment, l'empresa més gran del Barcelonès Nord i el Maresme. En l'hospital hi treballen gairebé 2.500 persones, hi ha una trentena d'equipaments d'alta tecnologia i es gestiona un pressupost anual d'uns 200 milions d'euros.

El comportament dels professionals que treballen a l'hospital ha de regir-se per uns *valors*, coherents amb la missió del centre i amb els valors de l'ICS.

La missió del Germans Trias, com a centre de referència i d'alta tecnologia, és oferir atenció sanitària integral i de qualitat als ciutadans del seu entorn i dur a terme activitats de recerca i docència orientades a la millora de la pràctica clínica.

Així doncs, l' HUGTP és un hospital obert a la societat, proper als ciutadans, expert en el coneixement, compromès amb les persones i sostenible en la gestió dels seus recursos i de l'entorn.

D'altra banda, l' HUGTP ha considerat *la qualitat* com a part fonamental de la seva missió i, per tant, s'ha prioritzat com a línia

estratègica de l'hospital^{29,30}. La qualitat assistencial es defineix com l'assoliment d'una atenció sanitària excel·lent mitjançant un procés de millora contínua dels diversos aspectes relacionats. Com a eines de treball i avaluació s'utilitzen les del model d'excel·lència de l'EFQM (Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat) i es promou la certificació ISO 9001 en algunes àrees. Paral·lelament, s'ha anat implantant, progressivament, la metodologia de la *gestió per processos*, emmarcada en l'àmbit de la gestió de qualitat global.

L'organigrama de l' HUGTP, de l'any 2014, és el següent:

- Gerència Territorial Metropolitana Nord - Gerent territorial: Jordi Ara
 - Subgerència Territorial - Subgerent: ML Benito
 - Direcció de centre - Director: Jordi Ara
 - Direcció mèdica – Directora: Beatriu Bayés
 - Coordinador assistencial àrea mèdica: Agustín Urrutia
 - Coordinador assistencial àrea quirúrgica: Jordi Asencio
 - Direcció d'Infermeria - Directora: Núria Martí
 - Direcció econòmic-financera - Director: X. Vila
 - Direcció de Personal - Director: Joan Grau
 - Direcció de Serveis Generals - Director: Marc Jaumà
 - Direcció de Qualitat - Directora: Mònica Ballester
 - Direcció d'organització de sistemes - Director: Luis García Eroles
- Direcció Científica de l'Institut de Recerca - Director: Manel Puig
- Unitat Docent de la Facultat de Medicina (UAB) - Coordinador: Benjamí Oller Sales
- Coordinació de Docència Postgraduada hospitalària: José Antonio Blanco

Segons la *Memòria 2014* de la Gerència Territorial Metropolitana Nord²⁷, l' HUGTP disposa de 551 llits assignats i una estructura física que es resumeix en la taula 3.

INTRODUCCIÓ

Taula 3. Estructura física de l'HUGTP

Estructura	Número
Llits disponibles	551
Llits convencionals	451
Llits de crítics i semi crítics	88
Llits de nounats (bressols patològics)	12
Quiròfans	21
Unitat de reanimació/ punts d'atenció	1/12
Unitat de cirurgia major ambulatoria (CMA)	1
Punts d'atenció d'hospital de dia	71
Sales de part	3
Consultoris de consulta externa (inclosos els gabinets)	109
Boxs d'urgències /punts d'atenció urgent	71/102
Laboratori clínic	1

Els equipaments d'alta tecnologia hospitalària de l' HUGTP queden reflectits en la taula 4.

Taula 4. Equipaments d'alta tecnologia de l'HUGTP

Equipaments	Número
Tomografia computada (TC)	2
Ressonància magnètica	2
Gamma càmeres	2
Sales d'angiografia digital	2
Sala d'hemodinàmica	2
Sala d'electrofisiologia cardíaca	1
Acceleradors lineals	3
Arcs quirúrgics digitals portàtils	5
Ecògrafs 3D (gamma alta)/ intervencionista	4

Les àrees considerades d'excel·lència en l' HUGTP són: el programa de trasplantaments (renal, de còrnia, de progenitors hematopoètics i renopancreàtic), el programa de la sida, el de cardiologia amb la secció d'hemodinàmica i de cirurgia cardíaca, la direcció clínica de neurociències, el programa d'intervencionisme vascular, el d'atenció a la malaltia inflamatòria intestinal i els Serveis d'oncologia mèdica, oncologia radioteràpica, hematologia clínica i de laboratori i suport integral (cures pal·liatives, psicooncologia, nutrició oncològica, farmàcia oncològica i treball social), que pertanyen a l'Institut Català d'Oncologia (ICO).

Els procediments terciaris i d'alta complexitat realitzats durant l'any 2014 es resumeixen en la taula 5.

Taula 5. Procediments terciaris i d'alta complexitat

Trasplantaments de ronyó	58
Trasplantaments de pàncrees	3
Trasplantaments de progenitors hemopoètics	65
Trasplantaments de còrnia	72
Cirurgia cardíaca	598
Cirurgia del Parkinson i l'epilèpsia	14
Cateterismes cardíacs	2.602
Radiologia intervencionista	835
Cirurgia oncològica	329

Segons la reordenació de l'atenció especialitzada (RAE), l'atenció especialitzada extrahospitalària es realitza en dos centres, situats l'un a Badalona (Dr. Robert) i l'altre a S. Adrià de Besòs (Dr. Barraquer). Els facultatius de l' HUGTP atenen, en aquests centres, pacients de les especialitats d'al·lèrgologia, aparell digestiu, cardiologia, cirurgia general, cirurgia ortopèdica i traumatologia, dermatologia, endocrinologia i nutrició, neurologia, oftalmologia, otorinolaringologia, pneumologia, rehabilitació, reumatologia i urologia.

INTRODUCCIÓ

L'activitat de l'hospital en un dia de l'any 2014 queda resumida en la figura 7



Figura 7. Activitat d'un dia a l'HUGTP. Any 2014

A més del programa assistencial, tasca fonamental de la institució, l'hospital també desenvolupa una altra tasca cabdal, amb els programes docents i d'investigació.

El programa docent contempla la formació pregraduada, postgraduada i la formació continuada.

L'HUGTP, des de la seva posada en marxa, ha col·laborat en la docència de la Facultat de Medicina de la UAB³¹. Des del curs 2005 – 2006, la docència s'imparteix a l'edifici de la Facultat de Medicina i de Ciències Biomèdiques, situat al Campus Can Ruti. Aquesta docència de pregrau correspon al tercer cicle de la llicenciatura i al nou grau de Medicina. El número d'alumnes de llicenciatura matriculats el curs 2013 va ser de 300 alumnes. En aquest mateix edifici docent s'imparteixen la majoria dels cursos de formació continuada que organitza l'hospital per a tots els seus col·lectius.

D'altra banda, els professionals d'infermeria col·laboren en la formació pràctica dels alumnes de l'Escola d'Infermeres i Fisioterapeutes i de la de Dietètica de Santa Coloma de Gramenet.

En relació a la formació postgraduada, l'hospital està acreditat des de l'1 de gener del 1985 i es va reacreditar l'any 2008, amb una acreditació de tipus A. Hi ha 33 especialitats mèdiques acreditades i s'oferten 58 places anuals. La docència de postgrau de l'HUGTP contempla la formació de MIR (metges interns residents, de diferents especialitats), BIR (biòlegs interns residents), FIR (farmacèutics interns residents) i LLIR (llevadores internes residents).

L'Institut de Recerca Germans Trias i Pujol (IGTP) és un centre de recerca públic que forma part del campus biomèdic de Can Ruti. L'IGTP té com a objectiu principal incrementar el coneixement científic per aconseguir millor salut i atenció mèdica dels pacients i de la comunitat. L'any 2009, l'IGTP va ser acreditat com a Institut d'Investigació Sanitària, obtenint la certificació de qualitat de l'Instituto de Salud Carlos III.

La recerca de l'IGTP es desenvolupa en 8 grans àrees:

- Ciències de la conducta i abús de substàncies
- Immunologia i inflamació
- Malalties cardiovasculars i respiratòries
- Malalties infeccioses
- Malalties endocrines i del metabolisme, dels ossos i dels ronyons
- Malalties del fetge i de l'aparell digestiu
- Càncer
- Neurociències

INTRODUCCIÓ

L'IGTP proveeix i coordina els serveis transversals i plataformes que apleguen els investigadors, promou la qualitat i la innovació. Els investigadors de l'IGTP publiquen més de 500 articles cada any, la majoria en revistes internacionals amb alts factors d'impacte, col·laboren en l'elaboració i actualització dels protocols clínics i els seus estudis permeten la introducció de noves teràpies. També, registren patents i formen part d'empreses *spin-off*. Tota aquesta activitat té com objectiu final millorar tant la quantitat com la qualitat de vida dels ciutadans.

En la taula 6 es recull l'activitat de l'IGTP en l'any 2014.

Taula 6. Activitat científica de l'IGTP en l'any 2014

Hospital Germans Trias

Activitat de l'Institut Germans Trias

Investigadors principals	110
Investigadors ISIS	1
Col·laboradors 138, predoc 34, tècnics 36, enginyers i gestió 11	
Assaigs clínics actius	204
Assaigs clínics aprovats	104
Projectes de recerca actius	97
Nacionals	89
Internacionals	8
Contractes CIBER	4
Contractes R+D	23
RETICS	8
Grups de Recerca de Catalunya	
SGR consolidats	8
Nous emergents	2
Publicacions científiques indexades amb factor d'impacte	522
Publicacions	
1r quartil	307
2n quartil	134
Publicacions 1r decil	110
Factor d'impacte	2.431,95
FI 1r quartil	1.949,592
FI 1r decil	1.133,661
Factor d'impacte mitjà	4,66
Factor H	152
Índex de citació	30,05
Activitat docent	
Cursos formació	10
Tesis doctorals	18
Jornades científiques	2
Seminaris científics	23
Noves patents sol·licitades	6
Entrada de patents a fases nacionals	2

L' HUGTP té establerts diferents convenis de col·laboració amb altres proveïdors de serveis sanitaris, com els establerts amb les empreses públiques Banc de Sang i Teixits (BST), Institut Català d'Oncologia (ICO) i Institut de Diagnòstic per la Imatge (IDI).

EL SERVEI D'URGÈNCIES DE L'HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

El Servei d'Urgències de Germans Trias atén pacients adults i pediàtrics del Barcelonès Nord i el Maresme, l'àrea geogràfica en què l'hospital és referència. I, en el cas de malalties d'alta complexitat, atén pacients d'un territori més ample.

El Servei d'Urgències es va inaugurar el mes de juny de 1984. La seva apertura va donar un impuls definitiu al desenvolupament de l'hospital.

La missió del Servei d'urgències, en consonància amb la de l'HUGTP, és *oferir una atenció sanitària integral i de qualitat a la demanda d'atenció urgent, en funció de la seva gravetat i dur a terme activitats de docència i de recerca orientades a la millora de la pràctica clínica.*

1. OBJECTIUS

1.1. Objectius Assistencials

L'objectiu primordial del Servei d'urgències (SU) és proporcionar la millor assistència possible a tots els pacients que sol·licitin una atenció urgent.

Les demandes d'atenció immediata abasten situacions de complexitat diferents (des d'emergències amb risc vital fins a consultes per problemes banals o que no necessiten una atenció urgent) i es produeixen amb intensitat variable en diferents moments. Aquesta diversificació de situacions requereix també respostes diferents, de manera que cal dissenyar mecanismes per classificar aquesta demanda i establir circuits que permetin dirigir-la al recurs més adient segons la necessitat assistencial de la persona afectada.

Des de l'any 2009, en el SU del nostre centre es treballa amb la metodologia de *Gestió per processos (Procés d'atenció urgent)*.

INTRODUCCIÓ

Els aspectes claus del model assistencial són:

1. L'organització dels professionals i de la seva estructura jeràrquica.
2. El triatge estructurat com a eina de seguretat i de gestió de pacients.
3. La distribució de circuits, estructura i professionals per nivells de gravetat.
4. La valoració i orientació diagnòstica del pacient (sindròmica inicialment) i l'actitud terapèutica a seguir segons els protocols hospitalaris.
5. La informació al pacient i familiars referent al procés assistencial.
6. L'ús de les alternatives a la hospitalització convencional.
7. La qualitat, seguretat clínica i millora continua a partir de metodologia adaptada (procés d'atenció urgent).
8. La relació amb la comunitat.

1.2. Objectius Docents

L'activitat docent és un aspecte molt important dins l'activitat del servei, i inclou formació de grau, d'especialistes i formació específica dels professionals d'urgències.

Formació de grau: estudiants de Medicina

- *Crèdits de lliure elecció*: consisteix en una rotació pel servei d'Urgències en concepte d'activitat de lliure elecció. És una rotació bàsicament pràctica per les diferents seccions del servei, sota la tutoria d'un equip mèdic on hi ha, com a mínim, un adjunt o un resident sènior.
- *Assignatura d'Urgències*: És de lliure elecció, i s'imparteix a sisè curs. Té una durada semestral i els seus objectius principals són conèixer els diferents entorns assistencials en l'atenció urgent (extrahospitalària i intrahospitalària) i aconseguir la capacitat d'actuar amb rapidesa, ordre i efectivitat en les diferents situacions d'urgència/emergència. S'imparteix amb un contingut pràctic i teòric.

Formació de postgrau : Programa MIR

En l'actualitat no hi ha residents adscrits al SU, donat que l'especialitat no està reconeguda a l'Estat Espanyol. Així, en el SU reben formació, sobre atenció urgent fonamentalment, els residents de les especialitats clíniques (mèdiques i quirúrgiques) de l'hospital . Els residents augmenten la seva responsabilitat sobre els pacients, de forma progressiva, fins arribar al final del seu període de formació a poder atendre qualsevol tipus de situació urgent.

L'aprenentatge es basa, fonamentalment, en l'assistència diària, complementada amb el *Curs d'Urgències per a residents*, el *Manual d'urgències* i els *Seminaris* impartits al Servei.

Formació específica dels professionals d'Urgències

Per garantir una assistència de qualitat és imprescindible oferir una adequada formació. Els cursos de formació específica dels professionals d'urgències són, principalment, els cursos organitzats per les societats catalana i espanyola d'urgències i els del programa de Formació Continuada de l'hospital.

1.3. Objectius de recerca

Els SUH estan dissenyats com a serveis essencialment assistencials. Tot i això, recentment s'ha començat a desenvolupar la recerca en aquest àmbit. És imprescindible que es continuï en aquesta línia per aconseguir que als SHU es realitzi una investigació de qualitat, en especial en aspectes clínics i epidemiològics.

2. RECURSOS HUMANS DEL SU

El Servei d'urgències (SU) del HUGTP és un servei multidisciplinari, format per professionals de diversos estaments laborals (metges, infermers, zeladors, i administratius, entre d'altres). Malgrat tenir dependències jeràrquiques diferents, els professionals d'urgències estan funcionalment integrats en el model assistencial d'urgències, basat en la gestió per processos i són liderats per la Coordinadora i Cap de Servei d'urgències, responsable del procés d'atenció urgent.

INTRODUCCIÓ

2.1. Enumeració dels recursos humans (any 2014)

Facultatius

Cap de servei i Coordinadora d'urgències (1)

Facultatius d'urgències

Els facultatius adscrits al SU, a les diferents àrees de treball, en l'any 2014, es detallen en la taula número 7.

Taula 7. Facultatius adscrits a Urgències

		<i>Llocs de treball</i>	
Cap de Servei i Coordinació d'urgències		1	
Adjunts	Medicina	Nivell IV – V	2
		Nivell II – III	7
	Cirurgia	1	
	COT	2	
	Ginecologia	2	
	Pediatría	2	
	UO/UCE	3	
Total		20	

EQUIPS DE GUÀRDIA

Els equips de guàrdia estan compostats per metges adjunts del Servei d'urgències, metges adjunts i/o caps clínics de plantilla d'altres serveis hospitalaris, metges adjunts amb contracte per fer guàrdies i metges residents.

En la taula 8 es reflecteix la composició dels equips de guàrdia

Taula 8. Composició dels equips de guàrdia

Servei	FE presència física	MIR presència física	FE localitzable
Cirurgia general	2	2	1****
Medicina	2	9	
Traumatologia	2	2-3	
Pediatría	3	2-3	
Tocoginecologia	2	2	
Neurocirurgia	1	0-1	
Anestesiologia	3	2	
UCI I i II	3	2	
UCO/semicrítics	2	2	
Radiologia	1	1	
Rad vascular			1
Hematologia	1	1	1
Oncologia	1*		
Anàlisi clínic	1**	1	
Nefrologia	1**	1	
Neurologia	1	1	
Pneumologia	1	0-1	
Urologia		1	1
Cir cardíaca			2
Cir pediàtrica			1
Cir vascular		1	1
Cir plàstica/CMF			1
Cir Toràcica			1
Endoscòpia dig			1
Farmàcia			1
Microbiologia	1***		
Radioteràpia	1****		
Trasplantament			
Anestèsia			1
Urologia			2
Hemodinàmica			1
SEM	1		

* Presència física fins les 22 h.

** Localitzable a partir de les 22 h.

*** Laborables de 17 a 22 h., dissabtes, diumenges i festius de 9 a 22 h.

**** Laborables

***** En cap de setmana i festius

FE: Facultatiu especialista

MIR: Metge intern resident

UCI: Unitat de Cures intensives

UCO: Unitat Coronaria

SEM: Servei d'emergències mèdiques

Professionals d'infermeria

El personal d'infermeria és el més nombrós del servei i es distribueix en torns de matí, tarda i nit. La taula 9 detalla els professionals d'infermeria del SU, de l'any 2014.

Taula 9. Professionals d'infermeria adscrits a Urgències

Professionals	Llocs de treball
Adjunta de serveis especials	1
Supervisores	2
Infermeres	58
Auxiliars	32
Total	93

Zeladors

- Dotació: 19 zeladors, repartits en els diferents torns de treball.

Personal d'urgències - Unitat d'atenció a l'usuari (facilitadora)

- Dotació: 2 professionals (torns de matí i tarda).

Personal administratiu

- Coordinació d'urgències: 2 administratives (torns de matí i tarda).
- Admissió d'urgències: 2 administratius per torn de treball.

3. RECURSOS ESTRUCTURALS

El mes de març de l'any 2012 es van inaugurar les "noves urgències" de l'HUGTP per a l'atenció de les urgències generals d'adults i pediàtriques. En el disseny del pla funcional es van tenir en compte les recomanacions descrites en la bibliografia respecta als estàndards estructurals^{32,33,34}. Els espais del SU, de 4000 metres quadrats, estan situats a la planta baixa de l'hospital, amb fàcil accés des de l'exterior.

A l'entrada d'urgències, compartida per adults i nens, hi ha les següents zones comunes:

- **Àrea de recepció** de pacients
- **Àrea d'admissió d'urgències**
- **Sala d'espera general** amb capacitat per a 120 persones
- **Àrea de triatge**
El Servei d'Urgències s'organitza segons un sistema de triatge que permet fer una valoració clínica preliminar dels pacients i classificar-los en cinc nivells segons el grau d'urgència de cada cas, amb independència de l'ordre d'arribada. Aquest triatge inicial el du a terme infermeria en els dos despatxos de classificació, valorant la prioritat de l'atenció (assignació de nivell) i l'especialitat.

ÀREA GENERAL

- **Àrea de nivell IV-V**
Es disposa de 5 despatxos d'assistència (4 de consulta mèdica i 1 d'infermeria) per a pacients que, en principi, requereixen una atenció no complexa. En general, són pacients que "a priori" poden ser donats d'alta. A més, han de ser malalts amb baix grau de dependència.
- **Àrea de nivell II-III**, per a medicina / cirurgia
Consta de 36 boxes polivalents i 1 control d'infermeria.
- **Àrea de nivell II-III**, per a traumatologia i neurocirurgia
Consta de 6 boxes, 1 sales de guixos, i 1 control d'infermeria.

ÀREA DE PACIENTS CRÍTICS

- **Àrea de nivell I (sala d'atenció immediata)**
Punt d'assistència per a pacients en situació d'emergència.
Capacitat per a 2 pacients.
- **Àrea de semi crítics d'urgències (SUR)**
Punt d'assistència per a pacients en situació d'instabilitat clínica
Capacitat per a 2 pacients.
- **Box per a l'atenció de pacients politraumàtics**

UNITAT D'OBSERVACIÓ (UO) - UNITAT DE CURTA ESTADA D'URGÈNCIES (UCE)

Espai assistencial amb 18 llits (10 llits d'UO i 8 d'UCE), adscrits al Servei d'urgències amb la funció fonamental de donar suport a l'àrea d'urgències durant tot l'any. Aquestes àrees, depenent del propi servei, permeten millorar la gestió dels pacients, dels espais i dels recursos d'hospitalització (millora de l'adequació del criteri d'ingrés) tot garantint la seguretat clínica del pacient.

ÀREA DE PEDIATRIA

Consta de 8 boxes, 1 sala d'atenció immediata, un despatx mèdic d'atenció a nivells IV-V, una sala d'observació (capacitat per a 4 pacients) i 1 control d'infermeria.

ALTRES ÀREES D'ATENCIÓ URGENT

- Quiròfan de sèptics (1)
- Àrea de radiologia simple (1)
- Quiròfans d'urgències (2, situats a la primera planta)

ALTRES ÀREES D'URGÈNCIES/ÀREES DE SUPORT

- **Despatx d'informació de familiars**
- **Sala de dol**
- **Despatxos no assistencials**
 - Coordinació d'urgències i administratives (1)
 - Supervisora (1)
 - Sala de reunions i despatx de treball mèdic (1)

ÀREA GINECOLÒGICA - OBSTÈTRICA

L'àrea de ginecologia -obstetrícia es troba a la 1a planta de l'edifici maternal i disposa de tres boxes de visita, 4 de registre, 4 de dilatació, 3 sales de parts, 1 quiròfan per a cesàries i una sala de despertar.

En la taula 10 es recullen els espais del SU.

Taula 10. Espais d'urgències

Àrea	Capacitat
Entrada d'urgències	
Àrea de recepció de pacients	
Àrea d'admissió d'urgències	
Sala d'espera general, amb capacitat per a 120 persones	
Àrea de triatge 2 despatxos	
Àrea general	
Àrea de nivell IV-V	5
Àrea de nivell II-III, per a medicina / cirurgia	36
Àrea de traumatologia	6 +1
Unitat de curta estada d'urgències (UCE)	6
Unitat d'observació (UO)	12
Àrea de crítics	
Boxes d'atenció a malalts crítics	2- 4
Boxes d'atenció a malalts semicrítics	2
Boxes d'atenció a malalts politraumàtics	1
Àrea de pediatria	
Boxes de pediatria	12+1
Àrea obstètrica	
Boxes	11
Total capacitat atenció pacients	97

4. RESUM D'ACTIVITAT

4.1 Activitat assistencial

L'activitat assistencial del SU durant el període 2010-2014 queda reflectida en l'apartat de resultats d'aquesta tesi. En els dos últims anys s'ha observat un canvi de tendència en l'activitat assistencial del SU, respecte a períodes previs. Així, a partir de l'any 2013 s'ha registrat un increment del total d'urgències ateses. També s'ha produït un augment de la complexitat, com correspon a un hospital de referència i d'alta tecnologia com el nostre.

INTRODUCCIÓ

En la Memòria d'Urgències 2014 ([Annex 1](#)) i en la Memòria de nivell II-III ([Annex 2](#)) es detalla més extensament l'activitat assistencial del SU.

4.2. Activitat Docent

4.2.1. Curs d'urgències

Des de l'any 1992 el SU organitza, cada any, el *Curs d'actualització de l'atenció urgent en l'àmbit hospitalari*, activitat acreditada pel Consell Català de la Formació Mèdica Continuada – Comisió de Formació Continuada del Sistema Nacional de Salut amb **8,8** crèdits.

Els principals objectius d'aquest curs són actualitzar l'actuació i el tractament davant la malaltia aguda urgent, consensuar pautes homogènies d'atenció i potenciar el treball en equip dels diferents facultatius que intervenen en l'atenció del procés agut.

4.2.2. Sessions Clíniques del Servei

En l'àrea mèdica del Servei es duen a terme Sessions clíniques, amb una periodicitat setmanal.

En les sessions s'analitzen casos clínics atesos a Urgències i que tenen especial interès be per la seva forma de presentació, per la dificultat de diagnòstic diferencial, per l'evolució peculiar, o per tractar-se d'una malaltia poc freqüent. Després de la presentació i anàlisi del cas es fa una revisió i actualització dels temes tractats. A les sessions participen tots el facultatius de l'àrea mèdica i els residents que roten per Urgències. Així mateix hi ha sessions interdisciplinàries, presentades per facultatius d'altres serveis hospitalaris, que participen directa o indirectament en la resolució dels casos presentats. També, es duen a terme Sessions de radiologia de tòrax, amb una periodicitat mensual, amb la participació del Servei de radiologia.

Des de l'any 2014, les sessions estan acreditades pel Consell Català de la Formació Continuada de les Professions Sanitàries (CCFCPS) amb **3,8** crèdits.

4.2.3. Seminaris impartits al Servei

Per tal de consolidar els conceptes bàsics de les malalties més prevalents en l'atenció urgent (cardiopatia isquèmica, exacerbació de la MPOC, insuficiència cardíaca, entre d'altres) i aprofundir en la interpretació de les exploracions complementàries bàsiques (radiologia de tòrax, electrocardiograma...), l'any 2010 es van instaurar els seminaris formatius pels residents de primer i segon any que efectuen la seva rotació per urgències. Aquests seminaris, amb un enfocament eminentment pràctic, són impartits pels facultatius especialistes de l'àrea mèdica en franges horàries de matí (de 8h a 9h) i tarda (de 16h a 17h).

4.2.4. Formació rebuda

Per a que la millora contínua sigui una realitat cal que els professionals actualitzin els seus coneixements mitjançant una adequada formació continuada. En aquests sentit, els facultatius del SU han participat en cursos de formació relacionats, fonamentalment amb

- Cursos d'actualització de l'atenció a urgències i emergències
- Cursos de formació en Ecografia d'urgències
- Cursos de millora de la Informació i Comunicació per a professionals d'urgències
- Cursos de bioètica
- Cursos de gestió clínica

4.3. Producció científica i activitat Investigadora

4.3.1. Manual d'Urgències

El Manual d'Urgències va néixer, l'any 1993, com un recull de pautes d'actuació davant les malalties més prevalents en l'àmbit de l'atenció urgent. L'objectiu fonamental inicial va ser donar unes pautes homogènies per a l'assistència en el SU. El Manual es va anar actualitzant i millorant fins a arribar a l'any 2008, en que es va registrar com a llibre. Des de llavors, s'ha editat regularment cada 3 o 4 anys amb la revisió i actualització del temari. L'última versió editada, dins del període estudiat, és la del 2011 ([Annex 3](#)).

INTRODUCCIÓ

A principis de l'any 2014 s'ha iniciat el procés d'actualització del Manual, per tal de donar resposta als canvis de la demanda urgent que s'han viscut en els últims anys. Així mateix, s'ha reforçat la participació de les diferents especialitats hospitalàries en l'elaboració del Manual, per aconseguir que els protocols d'actuació descrits en el manual comptin amb el consens dels diferents serveis de l'hospital. D'aquesta manera, el Manual també contribueix a la millora de la coordinació interna, atès que incorpora a molts professionals en un mateix projecte.

4.3.2. Publicacions i Comunicacions a Congressos

Les publicacions i comunicacions a congressos del SU es recullen en la Memòria de producció científica 2014 del Servei d'urgències ([Annex 4](#)).

4.3.3. Assaigs clínics

En l'últim any s'ha iniciat un assaig clínic, reflectit en la taula 11.

Taula 11. Assaigs clínics

ASSAIGS CLÍNICS	INVESTIGADOR PRINCIPAL	COL·LABORADORS
Ensayo Clínico CR-LX030A2301 Estudio para evaluar la eficacia, seguridad y tolerabilidad de serelaxina en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda.	Dra. A. Carreres	Adjunts d'Urgències Servei de Cardiologia

4.4. Activitat Organitzativa

El SU du a terme de forma periòdica sessions organitzatives i informatives amb la finalitat de consensuar i planificar els objectius assistencials, docents i d'investigació. Així mateix, es realitza l'anàlisi periòdica del funcionament intern amb el seguiment de l'evolució dels indicadors del Procés d'Atenció Urgent.

4.5. Participació Institucional

Els membres del Servei participen en els següents òrgans institucionals:

Junta Facultativa, Junta Clínica, Comitè d'Urgències, Comissió de Docència, Comissió de Mortalitat, Comissió d'Infeccions, Comitè d'Ètica Assistencial (CEA), Comissió de Reanimació cardiopulmonar, Comissió de Farmàcia, Comissió de Documentació Clínica i Comissió de Qualitat assistencial.

ANTECEDENTS I JUSTIFICACIÓ DEL PROJECTE

Les estructures organitzatives empresarials s'han desenvolupat a partir de les tècniques de Taylor (segle XIX) que estan centrades en la definició i avaluació dels llocs de treball, emmarcats en un organigrama jeràrquic.

Els models actuals de gestió inclouen com a requisit la gestió dels processos^{5,8} (GP). Aquest model de gestió, àmpliament utilitzat en el sector industrial, remunta els seus orígens a mitjans del segle XX quan apareix en la seva forma primitiva de control de processos i es complementa posteriorment amb les modalitats de millora “reactiva” de processos (coneguda també com a millora contínua; 1960-1970) i millora “proactiva” de processos (anys 1980). La introducció de la GP en el sector sanitari es produeix en les dues últimes dècades del segle XX⁷.

La GP s'emmarca en l'àmbit de la gestió de qualitat global^{5,10}, entesa com una “estratègia de gestió de tota l'empresa que permet satisfer les necessitats i expectatives dels clients, dels treballadors, dels accionistes i de la societat en general, mitjançant la utilització eficient de tots els recursos de que disposa: persones, materials, tecnologies i sistemes productius, entre d'altres”.

Els models de gestió de qualitat global més utilitzats en el nostre àmbit són, d'una banda, les normes ISO i, de l'altra, el Model de la Fundació Europea per a la Gestió de Qualitat (European Foundation for Quality Management - EFQM).

El model EFQM està emmarcat en l'avançament de l'hospital cap a la cultura de la Gestió de Qualitat Total expressada en els següents conceptes:

- Orientació a resultats.
- Enfocament a l'usuari.
- Lideratge.
- Gestió per processos.
- Desenvolupament i implicació de tots els professionals.
- Aprenentatge continuo, capacitat d'innovació i millora.
- Desenvolupament d'associacions.
- Responsabilitat pública.

Així doncs, les millores per a l'organització es basen en la implantació d'un marc organitzatiu i funcional, basat en *el model EFQM*, model europeu d'excel·lència d'auto avaluació, en el que

ANTECEDENTS I JUSTIFICACIÓ DEL PROJECTE

a partir d'uns agents facilitadors (lideratge, política i estratègia del servei, gestió del personal, gestió de recursos i de processos), s'obtenen uns resultats relacionats amb la satisfacció del personal, la satisfacció dels pacients i l'impacte en la societat.

La GP és un dels pilars de la Gestió de la Qualitat i específicament del model EFQM^{7,8}.

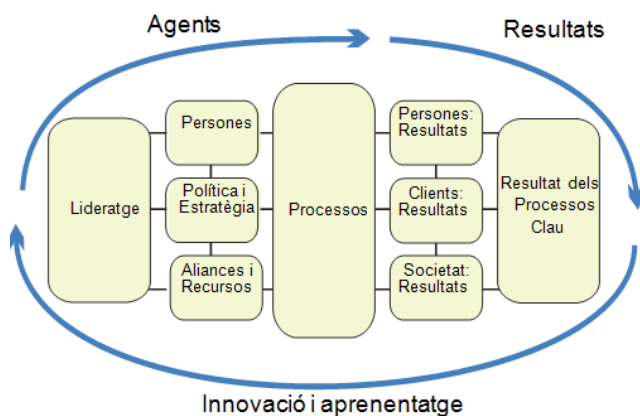


Figura 8. La Gestió per Processos en el model EFQM

La GP és una forma d'organització diferent de la clàssica organització funcional, en la que preval la visió del client sobre les activitats de l'organització. Els processos són gestionats de manera estructurada i sobre la seva millora es basa la de la pròpia organització^{6,10}.

En la GP es prioritza la visió horitzontal del discórrer dels fets i, per això, la coordinació de les actuacions realitzades pels diferents departaments o serveis té gran importància. Aquest fet diferencia la GP de la forma clàssica de gestió, on preval l'estructura vertical de l'organització que generalment pren al servei com cèl·lula fonamental de funcionament i referència. D'alguna manera, la forma clàssica està més orientada a la pròpia estructura de l'organització (verticalitat) i la GP ho està més al pacient, que percep els esdeveniments com un discórrer horitzontal entre els diferents serveis o compartiments de l'organització.

La taula 12 i la figura 9 reflecteixen les diferències entre la gestió tradicional i la gestió per processos.

Taula 12. Diferències entre la gestió tradicional i la gestió per processos

Gestió tradicional	Gestió per processos
Es centra només en processos de pràctica clínica	S'incorpora la gestió clínica basada en l'evidència
Te gran variabilitat	Disminueix la variabilitat
No contempla processos de gestió	Contempla processos de gestió, suport i logístics
No contempla la continuïtat assistencial	Contempla la integració assistencial entre nivells d'atenció
La responsabilitat és compartida per diversos professionals	La responsabilitat és única, del coordinador del procés
Preval l'organització vertical	Conviu l'organització vertical amb l'horitzontal
Avalua l'eficàcia de la pràctica clínica del procés	Se sotmet el procés a estandardització i control, el que permet avaluar l'efectivitat i l'eficiència
Millores de caràcter reactiu ocasional i a vegades gradual dels processos	Millores de caràcter proactiu permanent gradual i radical
Aprenentatge esporàdic dins de la mateixa organització	Aprenentatge sistemàtic dins i fora de l'organització i sector (Benchmarking)
(Mora Martínez JR)	



transversalitat

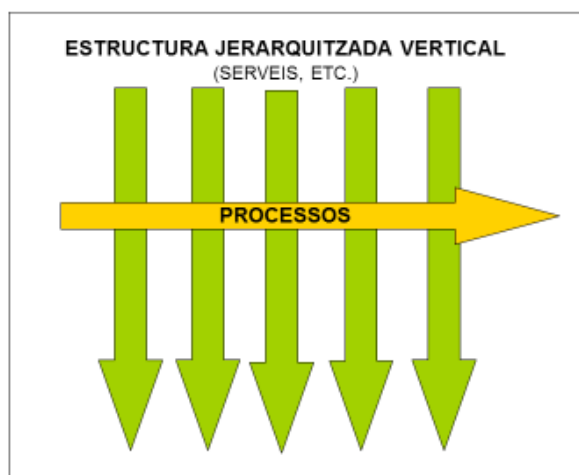


Figura 9. Diferències entre la gestió clàssica vertical i la gestió per processos

La GP és una filosofia capaç de canviar la visió de la gestió i de proporcionar unes eines útils per millorar i redissenyar el flux de treball per tal de fer-lo més eficient i adaptat a les necessitats dels clients^{5,7,8}.

TIPUS DE PROCESSOS

Els processos d'una organització s'identifiquen en un mapa de processos i es classifiquen en estratègics (de planificació), clau (lligats directament al servei prestat) i de suport (recolzen els processos clau).

Els *processos clau* de les institucions sanitàries són aquells que afecten de manera directa la prestació del servei assistencial i per tant a la satisfacció del client extern (pacient). Alguns exemples de processos clau són: hospitalització a planta, atenció a urgències o intervenció quirúrgica. Els *processos estratègics* són aquells que permeten desenvolupar i implantar l'estratègia de la Institució sanitària. Alguns exemples són: sistema de direcció, planificació estratègica, desenvolupament d'aliances estratègiques, gestió de les relacions amb el client. Per últim, els *processos de suport* són tots aquells que permeten el funcionament de la Institució sanitària i que tant mateix no són considerats clau per

a la mateixa. En general són els processos de gestió (pagament de nòmines, facturació, comptabilitat) i alguns altres com els processos d'auditories internes, gestió dels sistemes d'informació i manteniment.

DEFINICIÓ DE GP EN L'ÀMBIT SANITARI

El procés es defineix com la seqüència d'activitats, organitzades de forma lògica, seqüencial i ordenada, realitzades per diferents departaments o serveis de la institució sanitària, que van afegint valor, progressivament, per produir un resultat prèviament planificat i desitjat⁵.

Les activitats sanitàries són complexes, estan sotmeses freqüentment a una gran variabilitat i realitzades per persones amb formacions i criteris diferents que condicionen el desenvolupament de les accions amb les seves decisions. La GP facilita la disminució de la variabilitat individual i unifica els criteris d'actuació aportant coherència, harmonia i qualitat en les actuacions que es basen en l'evidència científica.

L'organització dels centres sanitaris en compartiments estancs dificulta la fluïdesa de les activitats que conformen el procés. La GP suposa un canvi radical de l'organització, en la mesura que defineix l'organització dels fluxos de treball per produir un servei en el qual participen persones de diverses disciplines i departaments, aportant coordinació i integració.

Així doncs, la implementació de la gestió per processos comporta:

- La millora continua de les activitats desenvolupades.
- La reducció de la variabilitat innecessària.
- L'eliminació de les ineficiències associades a la repetició de les activitats.
- L'optimització de la utilització de recursos.

D'altre banda, tots els processos han de tenir indicadors que permetin avaluar la seva evolució^{5,8}.

Un *indicador* és una eina que s'utilitza per valorar els impactes produïts per una determinada acció. Els indicadors són mesures verificables de canvi o resultat dissenyades per comptar amb un *estàndard* (valor numèric de referència, consensuat), utilitzat

ANTECEDENTS I JUSTIFICACIÓ DEL PROJECTE

com a referent per avaluar, estimar o demostrar el progrés respecte a fites establertes.

La valoració dels resultats derivats de determinades accions de millora es basa en un *sistema de monitorització*, en el qual els indicadors s'avaluen de forma periòdica. Es tracta d'un sistema basat en mesures quantitatives repetides que te com a finalitat última identificar problemes, situacions millorables o desviacions respecte als estàndards establerts i, d'aquesta manera, poder plantejar i posar en marxa mesures de millora.

En la figura 10 queda resumit el sistema d'avaluació mitjançant indicadors,

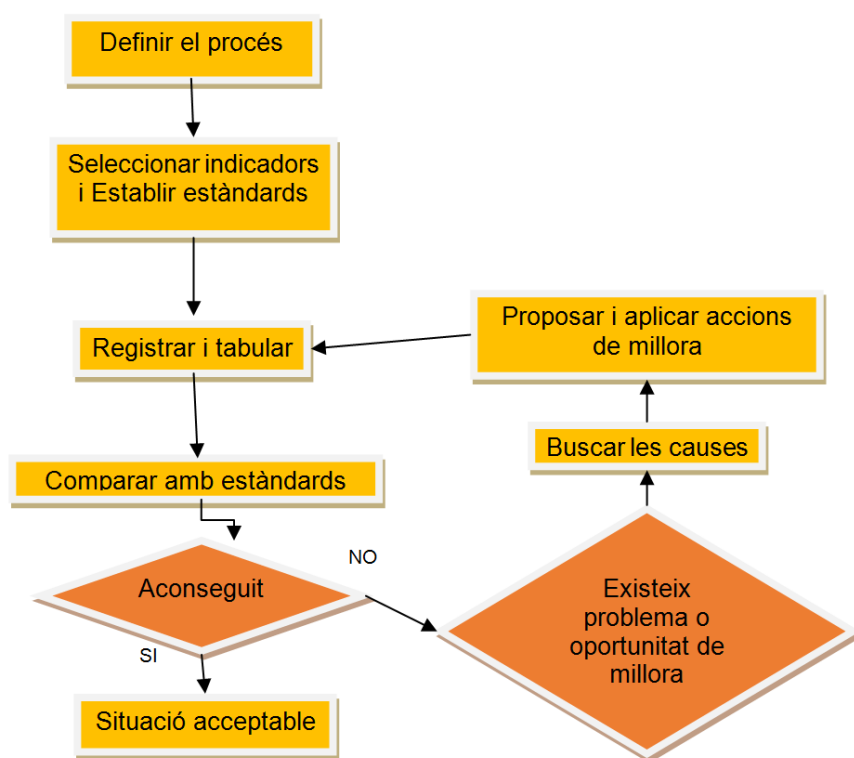


Figura 10. Sistema d'avaluació mitjançant indicadors

LA GP EN L'ÀMBIT D'URGÈNCIES DE L'HUGTP

En el Pla estratègic de l'hospital (2008-2010)³⁰, es planteja com a acció prioritària la implementació de la GP i la reorganització funcional de les àrees clau. La figura 11 representa el Mapa de Processos de l'hospital.

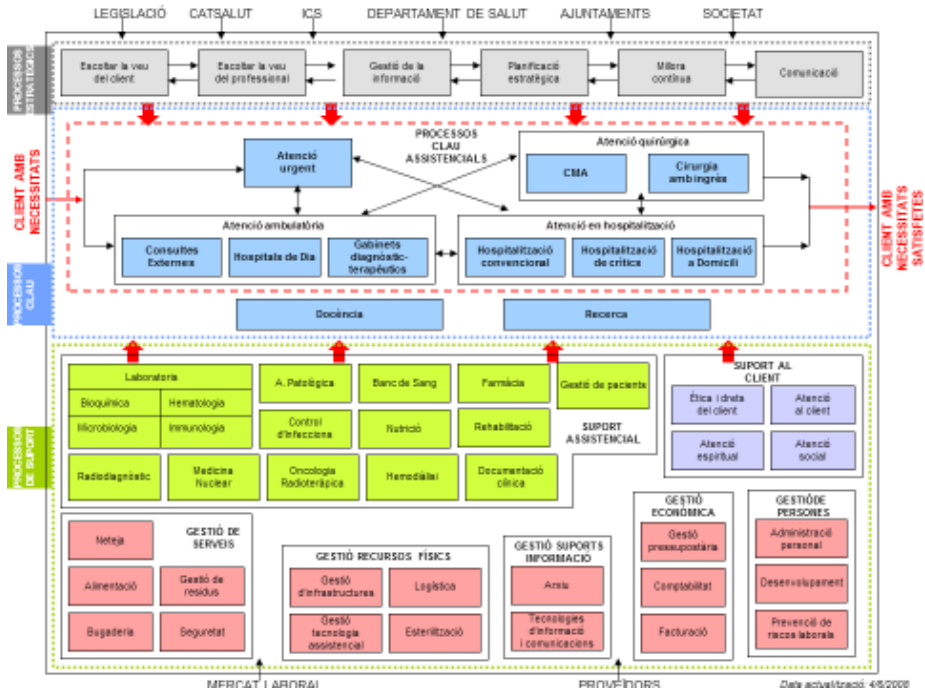


Figura 11. Mapa de processos de l'HUGTP

També, en el context d'augment de la demanda i de major exigència social pel que fa a la qualitat de l'assistència, l'hospital es proposa com a objectiu estratègic millorar l'atenció urgent.

Així, en relació al propòsit hospitalari d'organització per processos i d'acord amb l'acció prioritzada de millorar l'atenció urgent, es selecciona com a primer procés clau a definir el procés d'atenció urgent (PAU).

Els criteris considerats per seleccionar al servei d'urgències com a servei pilot per iniciar la GP han estat,

- Procés assistencial molt rellevant
- Variabilitat coneguda
- Impacte important en resultats
- Possibilitats de millora

HIPÒTESI

L'organització dels centres sanitaris en compartiments estancs dificulta la fluïdesa de les activitats que conformen el procés assistencial.

La Gestió per processos (GP) suposa un canvi radical de l'organització, en la mesura que defineix la seqüència de les activitats de persones de diverses disciplines i departaments, aportant coordinació i integració.

La implementació de la gestió per processos comporta:

- La millora continua de les activitats desenvolupades.
- La reducció de la variabilitat innecessària.
- L'eliminació de les ineficiències associades a la repetició de les activitats.
- L'optimització de la utilització de recursos.

Tenint en compte aquestes premisses,

Les hipòtesis plantejades en aquest treball són:

1. La implementació del Procés d'Atenció Urgent pot millorar el funcionament i l'eficàcia del Servei d'Urgències (SU) de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTP).
2. La millora del funcionament i l'eficàcia del SU de l'HUGTP pot augmentar la qualitat assistencial.
3. La millora del funcionament i l'eficàcia del SU de l'HUGTP pot augmentar la satisfacció dels pacients.

OBJECTIUS

Els objectius de la tesi són els següents:

- 1.- Descriure la implementació del Procés d'Atenció Urgent (PAU) en l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
- 2.- Descriure les accions de millora implantades per millorar el funcionament del Servei d'Urgències i, en conseqüència, incrementar la qualitat de l'atenció urgent i la satisfacció dels pacients atesos a urgències.
- 3.- Comparar la situació inicial (els resultats previs) amb els resultats obtinguts després de la implementació del procés i les accions de millora.

METODOLOGIA

EL PROCÉS D'ATENCIÓ URGENT I LA SEVA IMPLEMENTACIÓ A L'HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Per a dur a terme **la definició** del Procés d'Atenció Urgent (PAU) es va seguir el següent procediment de treball:

- Recopilació d'informació respecte a la situació de la GP i, en concret, del Procés d'Atenció Urgent a Catalunya i l'Estat Espanyol (recerca bibliogràfica)^{5,6,7,8,10}.
- Formació d'un grup de treball intern (equip de treball del procés) per tal de definir el *Procés d'atenció urgent per a adults*.

El grup de treball (GT) es va reunir periòdicament, durant tot l'any 2009, i va definir el *Procés d'atenció urgent per a adults*, concretament, els aspectes següents,

- Missió del procés: la raó de ser, per què serveix.
- Objectius del procés: què volem aconseguir.
- Descripció del procés.
- Activitats : diagrama de flux.
- Anàlisi dels riscos / problemes.
- Metodologia: redactar procediments.
- Indicadors de procés .

Les activitats del GT es recullen en la memòria de Gestió de procés de l'any 2009 ([Annex 5](#)).

METODOLOGIA

La figura 12 esquematitza el Mapa del Procés d'atenció urgent de l'hospital.

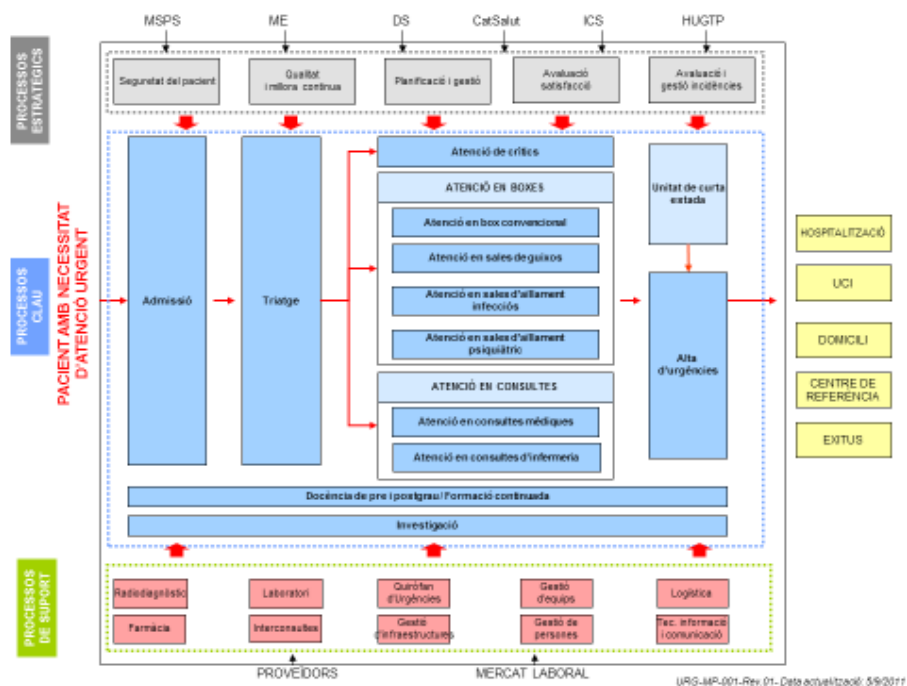


Figura 12. Mapa del Procés d'atenció urgent

DEFINICIÓ DEL PROCÉS D'ATENCIÓ URGENT

El **procés d'atenció urgent** és el conjunt d'actuacions, decisions, activitats i tasques encadenades de forma seqüencial i ordenada que es desenvolupen per obtenir un resultat que doni resposta a les necessitats del pacient en l'àrea d'urgències i generi un valor afegit.

Missió del procés

Oferir una atenció sanitària urgent, les 24 hores del dia i els 365 dies de l'any utilitzant de forma coordinada els recursos disponibles, orientada a la demanda, per tal de resoldre el problema de salut dels pacients que ens consulten, amb la màxima rapidesa possible i amb criteris d'eficàcia, eficiència, excel·lència, professionalitat i respecte cap a les persones.

Objectius del procés

1. Prioritzar adequadament les demandes d'atenció urgent disposant d'un sistema de classificació dels pacients homologat, comparable i amb nivells màxims de seguretat.
2. Millorar l'accessibilitat, adequar el temps d'espera en funció de la gravetat.
3. Proporcionar una assistència resolutiva, de qualitat i seguretat amb una mínima variabilitat clínica. Protocol·lització de l'atenció urgent.
4. Obtenir diagnòstics correctes en el termini de temps més curt possible (adequació de les exploracions complementaries, interconsultes).
5. Aplicar el tractament i les cures més adequades. Protocol·lització de l'atenció urgent.
6. Adequar el criteri d'ingrés. Agilitar el flux de pacients atesos cap a altres processos (hospitalització a crítics, a planta convencional...)
7. Aconseguir l'alta amb la millor situació possible, garantint la continuïtat assistencial.
8. Potenciar les alternatives a l'hospitalització convencional.
9. Oferir la màxima seguretat per als pacients, minimitzant els errors i les complicacions relacionades amb els procediments.
10. Aconseguir la màxima satisfacció dels pacients atesos (tracte, informació, temps d'espera).
11. Aconseguir uns fluxos d'entrada a urgències d'acord amb la política territorial de l'àrea.

Descripció del procés

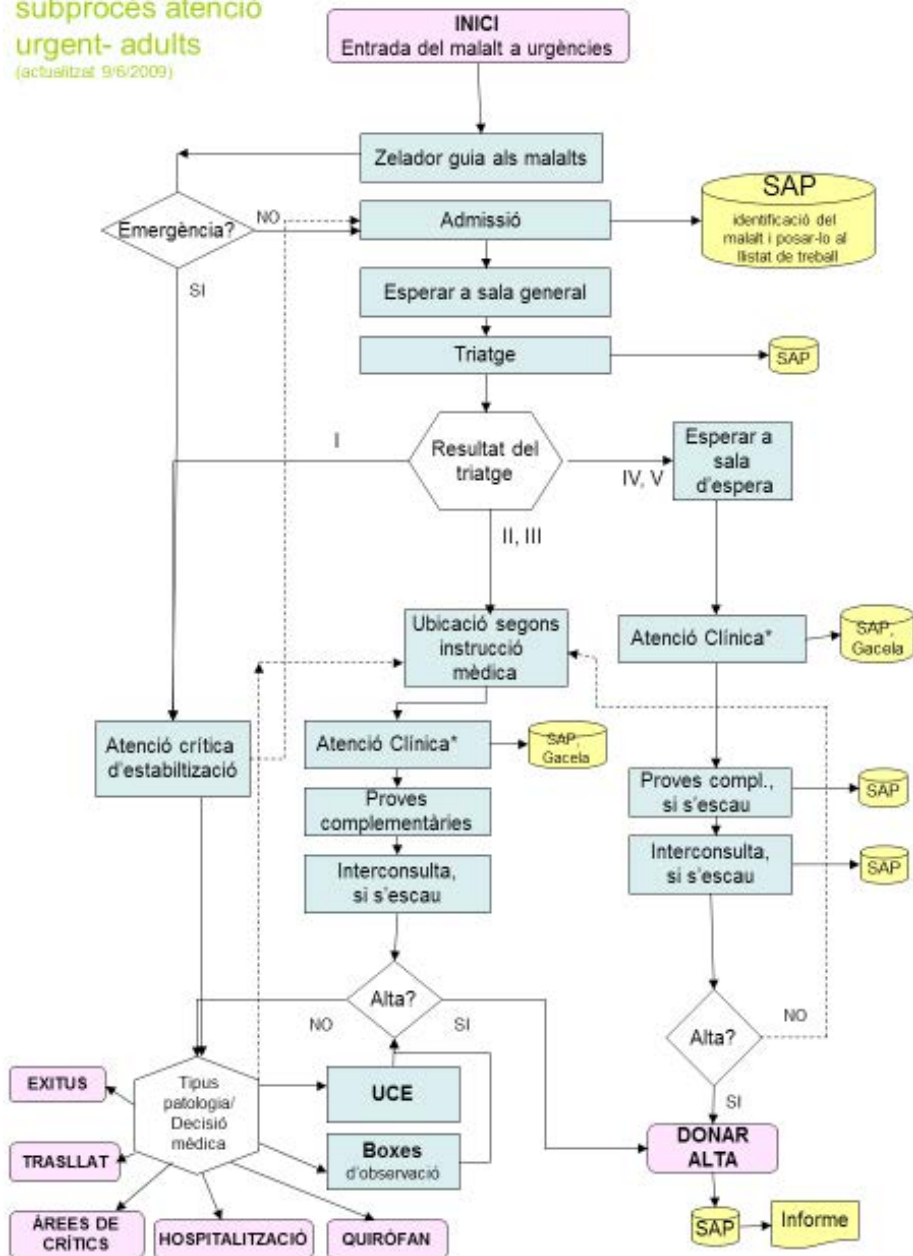
Les tres fases que componen el procés, des del seu inici, en el moment que es genera la demanda, fins al final, quan el pacient arriba a la seva destinació, són:

- *Entrada/ Accés*: integrat pel pacient i els diferents professionals que generen la demanda als serveis d'urgències hospitalaris.
- *Procés assistencial*: integrat per tots els elements estructurals i funcionals de l'hospital relacionats amb l'atenció urgent. En aquesta fase té lloc el procés assistencial que s'inicia en el moment que el pacient arriba a l'hospital i es perllonga fins que es dona d'alta clínica del servei d'urgències, independentment de la destinació que se li assigni.
- *Drenatge/ Sortida*: constituït per tots els elements estructurals i funcionals que intervenen després de l'alta clínica del servei d'urgències, ja sigui a l'àmbit hospitalari, sociosanitari, d'atenció primària o domiciliària.

Diagrama de flux

La figura 13 descriu el diagrama de flux del PAU

subprocés atenció
urgent- adults
(actualitzat 9/6/2009)



* Veure diagrames apart depenent de si el pacient és de trauma, cirurgia o medicina

Figura 13. Diagrama de flux del PAU

La descripció del procés queda reflectida en la memòria de Gestió de procés de l'any 2009 (Annex 5) i en la Memòria del Procés d'atenció urgent, actualitzada en el 2014 (Annex 6).

IMPLEMENTACIÓ DEL PROCÉS D'ATENCIÓ URGENT

La implementació del Procés d'Atenció Urgent, realitzada l'any 2010, va seguir l'esquema de funcionament de la GP, esquema PDCA (figura 14) :

- P (*plan*): planificar
- D (*do*): implantar les activitats proposades
- C (*check*): analitzar la situació, avaluar
- A (*act*): establir accions de millora per reajustar resultats

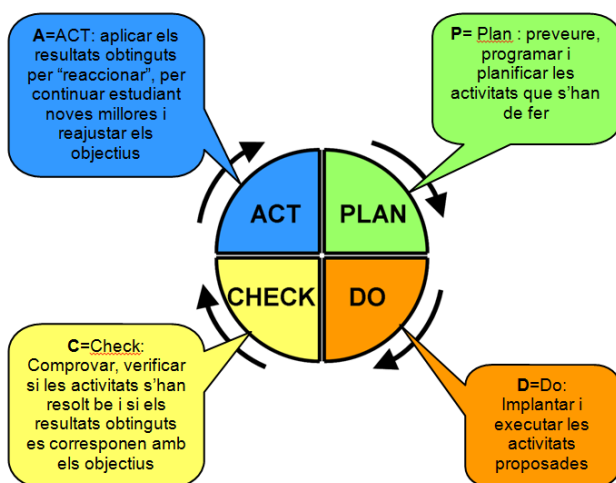


Figura 14. Esquema PDCA

Per a la planificació inicial del PAU el GT va dur a terme l'anàlisi dels punts forts i febles del SU, referits a l'any 2010.

Punts forts del SU

1. Els professionals: Professionalització del servei d'urgències. Personal qualificat, implicat, motivat i amb sentit de pertinença.
2. Recursos tecnològics avançats.
3. Assistència terciària consolidada.

4. Estratègia específica per a urgències (Estratègia interna i corporativa amb el Model d'atenció urgent hospitalària de l'ICS).
5. Lideratge reconegut en el territori.
6. Bona coordinació interna amb la resta de serveis hospitalaris.
7. Bons resultats en les enquestes de satisfacció dels usuaris.

Punts febles del SU

1. Manca de jerarquització del Servei. Manca de comandaments intermedis.
2. Estructura inadequada i espais insuficients per atendre la demanda en condicions òptimes.
3. Dificultat de drenatge dels pacients un cop finalitzada l'atenció estrictament urgent.
4. Indefinició del circuit d'atenció als pacients de nivell IV-V.
5. Determinats fluxos d'entrada a urgències (derivacions d'atenció primària, derivacions des de residències, des dels hospitals de l'entorn...).

Finalment, el GT va planificar i prioritzar les mesures a implementar. Aquestes mesures van contemplar les tres fases del PAU i van estar relacionades, fonamentalment, amb

- Accions sobre els fluxos d'entrada
- Accions sobre el procés assistencial
- Accions per millorar la sortida d'urgències
- Millores estructurals i d'equipament
- Millores dels sistemes d'informació

VARIABLES ANALITZADES

Per a la valoració dels resultats aconseguits amb la implementació del PAU, durant el període 2010 – 2014, es van analitzar els *Indicadors de procés* i les *Enquestes de satisfacció dels usuaris*.

1. INDICADORS DE PROCÉS

La selecció d'indicadors del PAU l'ha duta a terme el GT del procés. Els indicadors s'han seleccionat del total d'indicadors recomanats per als Serveis d'Urgències, per part d'entitats reconegudes com Societats científiques (Societat Catalana de Medicina d'Urgència i Emergència – SOCMUE-, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias – SEMES-), l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM) i la Fundació Avedis Donabedian (FAD)^{35,36,37,38,39}.

En la selecció dels indicadors s'han tingut en compte els criteris següents:

- Aspectes bàsics i rellevants de l'atenció.
- Activitat identificada com a problemàtica o de risc pel pacient.
- Existència de fonts d'informació vàlides i fiables.
- Possibilitat de generació automàtica de resultats (informatització).
- Indicadors definits com a *bàsics* per a l'avaluació dels SUH, per part de les Societats científiques.

A finals de l'any 2009 es va definir el primer *Quadern de comandament d'Urgències (QCU)*, recull dels indicadors seleccionats pel GT i aprovats pel Comitè d'urgències. Els indicadors de resultat proposats contempnen l'activitat assistencial desenvolupada (indicadors d'activitat) i el nivell de qualitat de l'assistència (indicadors clínics de qualitat).

Quadern de comandament d'Urgències (QCU)

Indicadors d'activitat

- Nombre d'urgències ateses
- Nombre d'urgències ateses per franja horària i per dia de la setmana
- Percentatge d'urgències ateses per torn
- Destinació dels pacients a l'alta
- Percentatge d'urgències ingressades
- Taxa de trasllats a altres centres
- Pressió d'Urgències

Indicadors de qualitat

De gestió

- Temps mitjà de permanència a Urgències
- Estadets superiors a 24 hores a Urgències
- Readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta
- Percentatge de readmissions que precisen ingrés
- Percentatge de pacients no visitats

Clínic

- Taxa de mortalitat a Urgències

De satisfacció

- Nombre de reclamacions i queixes de l'àrea d'Urgències

L'edició mensual d'aquest quadern és imprescindible per a l'anàlisi, seguiment i avaluació de l'activitat i qualitat de l'atenció urgent ([Annex 7](#)).

La descripció de cadascun dels indicadors seleccionats per a la monitorització del PAU es recull en l'[annex 8](#).

2. ENQUESTES DE SATISFACCIÓ DELS USUARIS

Les *enquestes de satisfacció dels usuaris* són indispensables en la valoració del Procés d'atenció urgent.

2.1.- Enquestes de satisfacció del CatSalut

L'any 2004 el CatSalut va iniciar el *Pla d'enquestes de satisfacció de persones usuàries dels diferents serveis sanitaris*, un projecte d'estudi planificat i sistemàtic sobre l'opinió i satisfacció dels seus assegurats en les diferents línies d'atenció assistencial.

La primera *Enquesta de satisfacció d'assegurats del CATSALUT (PLAENSA) per la línia de servei d'Atenció urgent hospitalària*, es du a terme l'any 2006 i s'ha repetit en els anys 2008, 2011 i 2013.

En aquestes enquestes, la satisfacció del servei rebut s'analitza des de la consideració de diverses dimensions, com són la informació, el tracte rebut dels professionals, l'accessibilitat als serveis, els elements de confort i els de naturalesa organitzativa del centre on s'ha rebut l'atenció sanitària urgent. Cada dimensió està representada en els qüestionaris, per una sèrie d'ítems (preguntes) rellevants. Les enquestes són telefòniques i es realitzen a més de 5.000 usuaris atesos en els Serveis d'urgències dels centres hospitalaris de Catalunya.

Per tal de simplificar i agilitar la lectura dels resultats descriptius d'aquestes enquestes, s'ha creat una dada estadística que s'anomena "**indicador positiu**" que agrupa les valoracions positives de cada pregunta. En la literatura sobre satisfacció^{22,40,41} es considera el 75 % com l'estàndard de referència per aquest indicador; és a dir, que s'espera que qualsevol resultat que integri les valoracions positives assoleixi com a mínim aquest valor del 75 %. Els resultats inferiors al 75% es consideren susceptibles de millora, els que es troben entre el 75% i el 90% es consideren positius i els superiors al 90% es valoren com d'excel·lència.

Els resultats d'aquestes enquestes s'expressen, habitualment, en forma de *Representació gràfica radial*.

En les enquestes de satisfacció hi ha dues preguntes que es consideren fonamentals i són les que valoren els resultats de satisfacció global i de fidelització al centre. El grau de satisfacció global s'avalua amb escala numèrica (de 0 a 10) i es dona com

a resultat la mitjana de les valoracions efectuades. La fidelització al centre s'avalua amb el percentatge de respostes d'indicador positiu a la pregunta de si "tornaria al mateix centre" ?.

Les enquestes del CatSalut tenen com a principals inconvenients que la mostra representativa de cada centre és petita i la seva periodicitat (bianual), però permeten la comparativa amb el global d'hospitals de Catalunya²².

2.2.- Enquestes internes de satisfacció d'Urgències

Com a mesura complementaria a les Enquestes de Satisfacció del CatSalut, a finals de l'any 2008, la Unitat d'atenció a l'usuari (UAU), la Direcció de Qualitat i el propi Servei d'urgències van dissenyar l'*Enquesta interna de satisfacció d'urgències* de l'hospital ([Annex 9](#)).

Les enquestes son realitzades via telefònica, per professionals de la UAU, a una mostra de pacients atesos a Urgències (amb una diferència màxima de 15 dies respecte al dia de l'alta del SU). La selecció dels pacients es fa de forma aleatòria per la Unitat d'Epidemiologia de l'hospital, amb una estratificació segons les diferents àrees d'atenció (nivell IV-V, nivell II-III medicoquirúrgic, àrea de traumatologia, àrea pediàtrica i àrea de ginecologia - obstetrícia). Les enquestes es realitzen en 12 talls anuals (un per mes) i s'analitzen 50 enquestes en cada tall, el que suposa un total teòric de 600 enquestes valorades per any. Cada mes s'avalua, alternativament, un torn d'entrada del pacient (matí, tarda i nit). S'exclouen els èxits, els pacients que ingressen i els que són traslladats a altres centres. L'explotació de resultats es realitza mensualment per part de la Unitat d'Epidemiologia de l'hospital.

Les enquestes internes, amb una mostra més gran i periodicitat mensual, permeten la comparació interna al llarg del temps. A més, l'enquesta inclou tots els requeriments essencials del model d'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda de Catalunya.

A partir del 2013, l'Hospital treballa de manera coordinada amb el CatSalut, realitzant les Enquestes internes en línia.

3. FONT DE DADES

Les fonts d'informació per a l'anàlisi de les variables seleccionades en aquest treball han estat les següents:

- Unitat d'epidemiologia de l'hospital. Indicadors d'activitat d'urgències
- SAP: Quadern de comandament d'Urgències (QCU) des de l'any 2009.
- Memòries del Servei d'Urgències.
- UAU: Anàlisi de les reclamacions i enquestes de satisfacció internes.
- Enquestes de satisfacció dels usuaris del CatSalut.

ACCIONS DE MILLORA

Les propostes de millora del procés sorgeixen de l'anàlisi duta a terme pel grup de treball del Procés d'atenció urgent i el Comitè d'urgències (identificació de punts crítics) i de l'avaluació dels resultats dels indicadors de procés i de les enquestes de satisfacció dels usuaris.

Les accions de millora proposades han pretès assolir els següents objectius generals:

- Prioritzar adequadament les demandes d'atenció urgent mitjançant un sistema de classificació dels pacients homologat i amb nivells màxims de seguretat.
- Proporcionar una assistència resolutiva, de qualitat i eficient, amb una mínima variabilitat clínica. Oferir la màxima seguretat per als pacients, minimitzant els errors i les complicacions relacionades amb els procediments.
- Garantir la coordinació intrahospitalària.
- Agilitar el flux dels pacients atesos cap a altres dispositius garantint la continuïtat assistencial entre els diferents àmbits d'atenció.
- Aconseguir la màxima satisfacció dels pacients atesos.
- Potenciar la formació i satisfacció dels professionals.

Les accions de millora contempnen les tres fases del procés d'atenció urgent i estan relacionades amb:

- Accions sobre els fluxos d'entrada
- Accions sobre el procés assistencial
 - Accions de millora de la gestió i organització del servei d'urgències
 - Mesures de gestió hospitalària general
 - Mesures per millorar la coordinació intrahospitalària

METODOLOGIA

- Mesures per millorar la sortida d'urgències
- Millores estructurals i d'equipament
- Millores dels sistemes d'informació

Les principals accions de millora proposades es detallen, de manera més explícita, en l'annex d'accions de millora ([Annex 10](#)) subdividit en les tres fases del PAU (millores a l'entrada, en el procés assistencial i en la sortida).

1. ACCIONS SOBRE ELS FLUXOS D'ENTRADA

Les principals accions per intentar adequar els fluxos d'entrada han estat les relacionades amb els diferents professionals que generen la demanda als serveis d'urgències hospitalaris. A continuació es detallen les mesures més rellevants.

1.1. Accions al HGTP

▪ *Accions relacionades amb altres serveis i unitats de l'hospital*

Durant el període 2010-2014 s'han realitzat reunions amb diferents serveis hospitalaris per treballar en la reconducció de la demanda interna inadequada (visites de "control" a urgències, derivació de pacients per a exploracions complementàries no urgents, ingressos "freds", tractaments no urgents...) cap el dispositiu assistencial adient. La creació d'hospitals de dia, de consultes preferents i de diagnòstic ràpid i l'agilització de la resolució de determinades proves complementàries ha contribuït, en gran manera, a regular els fluxos de pacients derivats a urgències des del propi hospital.

▪ *Elaboració del document "Definició d'àmbits de referència i terciarisme de l'hospital. Cartera de terciarisme i procediment de trasllat*

Disposar d'un document escrit que defineix els principals àmbits de terciarisme de l'hospital, segons els mapes d'assignació territorial del Catalunya, ha de permetre ordenar els fluxos de derivació i acceptació de malalts d'altres centres i aconseguir una uniformitat de criteri pels professionals i responsables de l'hospital ([Annex E. 1](#)).

- *Elaboració del Protocol i manual d'operacions de l'heliport*

Per a definir el circuit i les actuacions dels diferents professionals que intervenen en el trasllat amb helicòpter de pacients greus es va elaborar aquest protocol, detallat en l'[annex E. 2](#).

1.2. Accions en col·laboració amb altres hospitals de la zona

Els protocols de coordinació entre els Serveis d'Urgències dels hospitals de la nostra regió i l'HUGTP, l'hospital terciari receptor, són una eina per estandarditzar els criteris de derivació i circuits de trasllat. Amb la seva utilització es proporciona als malalts que acudeixen a cada centre hospitalari, els mitjans diagnòstics i de tractament més adequats al seu problema mèdic. Durant aquest període 2010-2014 s'han potenciat i millorat els circuits de derivació de pacients des dels altres hospitals de la zona al nostre centre. En concret s'han elaborat els següents protocols:

- Circuit de trasllat de pacients des de l'Hospital de l'Esperit Sant a l'HUGTP ([Annex E.3](#)).
- Protocol de coordinació pel trasllat de pacients del Servei d'Urgències de l'Hospital de Mataró a l'HUGTP ([Annex E. 4](#)).
- Protocol de coordinació entre l'HUGTP i la Fundació Institut de neurorehabilitació Guttmann ([Annex E. 5](#)).

1.3. Accions en col·laboració amb l'Atenció primària

Per tal d'augmentar la comunicació i la col·laboració entre els professionals d'Atenció Primària i hospitalària i amb l'objectiu fonamental de millorar la qualitat assistencial que oferim als nostres pacients, l'any 2008 es va crear el *Grup de treball multidisciplinari d'urgències de l'àrea de l'HUGTP- Badalona (GTMU-HUGTP)* format per representants (metges i infermeres) dels Centres d'Atenció Primària (CAP), del Servei Especial d'Urgències (SEU) i del HUGTP. Fruit de la tasca continuada d'aquest grup es van elaborar guies clíniques de dos tipus:

METODOLOGIA

- Guies de derivació a Urgències, on es consensuen els criteris de derivació urgent dels diferents processos i la manera de fer-la (“fórmula de derivació”)
- Guies de maneig ambulatori: guies pràctiques que recullen les actuacions i recomanacions consensuades dels especialistes hospitalaris i d’AP de la nostra àrea.

L’objectiu fonamental d’aquestes guies és minimitzar la variabilitat en la pràctica clínica i unificar actituds diagnòstiques i terapèutiques en els diferents punts d’atenció.

L’any 2010 es va dur a terme l’actualització i ampliació dels Protocols de derivació de pacients des de l’AP a urgències i del maneig ambulatori dels processos més rellevants ([Annex E. 6](#)).

1.4. Accions en col·laboració amb centres socio-sanitaris / residències

Els malalts geriàtrics amb molta comorbiditat, denominats també malalts fràgils, sovint són remesos als SU quan els processos que presenten podrien ser tractats a la pròpia institució on resideixen⁴².

Per adequar i coordinar les derivacions dels pacients, des dels centres socio-sanitaris i residències geriàtriques de la zona a Urgències, es van realitzar un seguit de reunions amb els referents de l’atenció primària, en concret de la SAP-Badalona, responsables de l’atenció “domiciliària” d’aquests pacients. En primer lloc es va dur a terme una anàlisi de les residències de l’entorn) i dels motius més freqüents de derivació al SU. Posteriorment es va proposar un projecte, en aquest àmbit, amb l’objectiu principal de millorar l’assistència de les persones institucionalitzades davant de processos aguts. Així doncs, es van consensuar criteris d’actuació davant dels principals processos de descompensació aguda, per tal de reduir el nombre de derivacions evitables a urgències dels pacients institucionalitzats.

1.5. Accions en col·laboració amb el transport sanitari

La distribució correcta dels fluxos de pacients des de l'inici de l'atenció depèn, en gran part, de l'actuació del transport sanitari. Per això s'han dut a terme reunions periòdiques, amb els responsables del transport sanitari per tal que, des d'un inici, el pacient s'adrexi al centre que li pertoca, atenent a un model d'atenció a les urgències de base territorial (seguint les directrius del CatSalut).

2. ACCIONS SOBRE EL PROCÉS ASSISTENCIAL

Les accions de millora relacionades amb el procés assistencial són les més nombroses ja que aquesta fase contempla tots els elements estructurals i funcionals de l'hospital relacionats amb l'atenció urgent (figura 15).

Aquestes accions s'han classificat en

- 2.1.- Accions de millora de la gestió i organització del SU
- 2.2.- Mesures per millorar la coordinació intrahospitalària
- 2.3.- Mesures de gestió hospitalària general



Figura 15. Accions de millora del procés assistencial

2.1.- Accions de millora de la gestió i organització del SU

Les mesures de gestió i organització interna són fonamentals pel bon funcionament del SU^{15,43,44,45}.

Les principals accions dutes a terme en aquest aspecte han estat en relació a:

- Organització dels professionals d'urgències
- Implantació del Sistema de triatge estructurat a càrrec de professionals d'infermeria
- Elaboració de Normes de funcionament i Procediments
- Elaboració i actualització periòdica de Protocols d'actuació i circuits
- Elaboració de Plans específics
- Millora de la comunicació i de la informació a pacients i familiars
- Potenciació de la formació i de la docència

2.1.1. Organització dels professionals d'urgències

En un mateix servei d'urgències coexisteixen metges i infermeres amb formació i perfils molt diferents: alguns amb una alta qualificació i experiència i d'altres, amb una experiència clínica mínima, en aquesta àrea. Aquest fet condiona una gran variabilitat en la pràctica clínica. L'organització dels professionals a urgències^{43,46,47,48} és un aspecte clau per proporcionar una assistència resolutiva, de qualitat i seguretat i eficient, amb una mínima variabilitat clínica.

Les principals accions de millora relacionades amb aquest aspecte, dutes a terme durant el període 2010-2014, es detallen seguidament.

▪ **Professionalització dels facultatius del SU**

En els últims anys els SUH de l'Estat Espanyol han tendit a organitzar-se a partir d'una plantilla que constitueix el propi SU i que es fa el càrrec del gruix de l'atenció urgent⁴⁶.

En l'HUGTP, l'any 2008 es va iniciar la professionalització dels facultatius del SU i es van igualar les seves condicions laborals a les de la resta de facultatius especialistes de l'hospital. Aquest fet va ser decisiu per poder constituir el Servei d'urgències com a tal i, d'aquesta manera, poder aconseguir una clara millora en l'organització i funcionament del servei.

▪ ***Adequació dels llocs de treball del propi SU***

L'equip de professionals del SU s'ha de dimensionar en funció de les necessitats assistencials. Per aquest motiu, des de l'any 2010 fins a l'any 2014 s'han anat adaptant els llocs de treball del SU del HUGTP, tal i com recull l'[annex PA1](#).

Com a nous llocs de treball, incorporats en aquest període, destaquem

- La incorporació dels professionals d'infermeria a la tasca de triatge, imprescindible per prioritzar adequadament les demandes d'atenció urgent.
- La creació de la figura de coordinador de l'àrea mèdica de nivell II-III (Annex PA 1.1) i
- La incorporació de la infermera gestora d'espais, responsable de la distribució i assignació dels espais d'atenció pels pacients classificats com a nivell II-III de gravetat. La seva funció contribueix, doncs, a garantir el temps d'inici d'assistència.

▪ ***Actualització de l'estructura de la guàrdia***

L'estructura de la guàrdia hospitalària també s'ha anat adequant, de manera consensuada amb les diferents especialitats i amb la Direcció de l'hospital, a les necessitats sorgides, tal i com recull l' [annex PA 2](#).

Com a conseqüència d'aquesta acció s'han incorporat diverses especialitats a la guàrdia (guàrdia de neurologia intervencionista, de pneumologia, d'oncologia, entre d'altres) que han permès reforçar la funció d'hospital terciari del HUGTP.

▪ ***Potenciació del Comitè d'Urgències***

El Comitè d'Urgències és l'òrgan de participació i assessorament del Servei d'urgències. El seu objectiu general és vetllar per la millora de la qualitat de l'atenció al pacient en l'àmbit d'urgències. Està compostat per representants dels diferents estaments impli-

METODOLOGIA

cats en l'atenció urgent: direcció assistencial, estructura directiva d'urgències, serveis medicoquirúrgics, àrea de serveis centrals i àrea de cures crítiques. Durant aquest període s'ha ampliat la composició del comitè amb representats d'altres unitats hospitalàries cabdals per aconseguir la millora de l'atenció urgent com són la Unitat d'atenció a l'usuari, la Unitat d'admissions, la Direcció de qualitat i la Unitat de Treball social. La potenciació del Comitè d'urgències augmenta la cohesió del treball a l'àmbit d'urgències i la dels seus professionals amb la resta de Serveis hospitalaris. Aquests fets comporten una millora en la qualitat de l'atenció i del contínuum assistencial del pacient.

Amb la implantació del PAU, el Comitè d'Urgències va proposar un Pla d'acció per a l'any 2010, amb els següents objectius:

- Assessorar i participar en l'elaboració de la Normativa d'Urgències.
- Impulsar i facilitar la coordinació entre els diferents equips que treballen a Urgències.
- Proposar i analitzar els indicadors clínics per a l'avaluació de la qualitat assistencial en l'àrea d'Urgències.
- Participar en l'avaluació de l'assistència i proposar accions de millora.
- Millorar la informació a Urgències.

L'[annex PA 3.1](#) recull les Memòries anuals del Comitè d'Urgències on es resumeixen les accions dutes a terme durant aquest període.

En el si del comitè d'urgències s'han analitzat, periòdicament, l'evolució dels indicadors del PAU ([Annex PA 3.2](#)) i de les reclamacions i queixes dels usuaris ([Annex PA 3.3](#)). L'anàlisi d'ambdós és un element decisiu a l'hora d'identificar els punts de millora i, en conseqüència, plantejar el pla d'acció de cada any.

▪ **Grup de treball del Procés d'atenció urgent**

El grup de treball intern, creat l'any 2010 per a la implantació del PAU, s'ha reunit periòdicament per tal de plantejar, anualment, les accions de millora del procés ([Annex PA 4](#)).

▪ **Sessions organitzatives del Servei**

Les sessions organitzatives del Servei s'han continuat, amb periodicitat setmanal, amb la finalitat de consensuar i planificar els objectius anuals d'urgències, (assistencials, docents i d'investigació), de fer participar a tot l'equip de les tasques que duïen a terme els diferents grups de treball i de realitzar l'anàlisi periòdica del funcionament intern. ([Annex PA 5](#)).

2.1.2. Implantació del Sistema de triatge a càrrec de professionals d'infermeria

L'objectiu fonamental del triatge és prioritzar adequadament les demandes d'atenció urgent en funció del nivell de gravetat, és a dir, que els pacients més greus s'identifiquin i s'atenguin abans que els menys greus^{49,50}.

Fins l'any 2013, aquesta funció la van realitzar els metges residents, sense escala validada i estandarditzada però sí amb els Protocols de classificació a urgències, desenvolupats pel propi servei per tal de disminuir la variabilitat clínica i augmentar la fiabilitat i seguretat del triatge ([Annex PA 6.1](#)).

El setembre de l'any 2013 es va implantar el sistema de triatge a càrrec del personal d'infermeria. Aquest triatge es basa en el Model de Triage Andorra (MAT), modificat i adaptat per la SEMES⁵¹, amb el suport del programa informàtic d'ajuda al triatge (PAT) i estructura l'escala de triatge en 5 nivells de prioritització, segons la gravetat que presenten els pacients:

- Nivell I : ressuscitació immediata
- Nivell II: emergència o molt urgent
- Nivell III urgència amb potencial risc vital
- Nivell IV urgència menor, potencialment complexa, sense risc vital
- Nivell V : no urgent

L'[annex PA 6.2](#) recull el procés de la implantació del triatge infermer al SU.

Cal ressaltar la creació del Comitè de Triage, que té com a principals funcions assessorar en el procés d'implantació del programa, recollir les incidències i proposar solucions.

La implantació d'un sistema de triatge estructurat ha permès la regulació de fluxos de la demanda en funció del nivell d'urgència i de la complexitat. Això ha suposat una mesura clau per a la millora de la qualitat i la seguretat de l'assistència als pacients.

2.1.3. Elaboració de Normes de funcionament i Procediments

▪ **Redacció de la Normativa de funcionament**

L'any 2011, es va actualitzar i completar la *Normativa de funcionament d'Urgències*, normativa que recull les directrius d'organització i funcionament del Servei així com la definició de funcions dels diferents professionals que intervenen en el procés d'atenció urgent ([Annex PA 7.1](#)). Aquesta Normativa va ser aprovada pel Comitè d'urgències i pel Comitè de Direcció de l'hospital, l'any 2011. L'any 2014 el comitè d'urgències n'ha iniciat la seva actualització.

Amb la posada en marxa de la nova Unitat d'observació, a finals de 2014, s'han redactat les Normes de funcionament d'aquesta unitat ([Annex PA 7.2](#)).

▪ **Elaboració de les Carteres de serveis**

Amb la finalització de les obres de les noves urgències es consolida el canvi organitzatiu del SU, basat en la diferenciació dels espais d'atenció urgent en funció dels nivells de gravetat dels pacients. En aquest context, es van definir les següents carteres de serveis quirúrgics ([Annex PA 8](#)):

- Cartera de serveis de Cirurgia general ([Annex PA 8.1](#))
- Cartera de serveis d'Urologia ([Annex PA 8.2](#))
- Cartera de serveis de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia ([Annex PA 8.3](#))

▪ **Elaboració dels Circuits assistencials a Urgències**

Amb l'objectiu de definir els passos a seguir amb els pacients que reben atenció a les diferents àrees del Servei d'urgències, l'any 2010 es van redactar els *Circuits assistencials a Urgències*. L'any 2012, amb l'apertura de les noves urgències, es van

actualitzar els circuits assistencials adaptant-los a la nova estructura del servei ([Annex PA 9.1](#)).

Amb la finalització de l'última fase de les noves urgències, l'any 2014, es reorganitzen els circuits assistencials de nivell IV-V ([Annex PA 9.2](#)).

▪ ***Elaboració de la Memòria anual del Servei***

La memòria del Servei d'urgències, registre de l'activitat assistencial, docent i de la producció científica del servei, s'ha elaborat anualment des de l'any 2009. ([Annex PA 10](#)).

▪ ***Procediment d'actuació davant els èxits a urgències***

Un dels punts crítics detectats en l'anàlisi realitzat pel GT del PAU va ser el circuit dels èxits a urgències. Per aquest motiu es va elaborar un pla d'acció de millora ([Annex PA 11.1](#)) del que se'n va derivar,

- L'elaboració del *Procediment d'actuació davant els èxits a urgències* que descriu els passos a seguir pel correcte compliment de la documentació necessària així com pel trasllat de pacients que han estat èxits a l'àrea d'Urgències ([Annex PA 11.2](#)).
- L'actualització del full d'Informació sobre els serveis funeraris - Morts certificables ([Annex PA 11.3](#)).
- L'elaboració del full d'Informació sobre els serveis funeraris - Morts judicials ([Annex PA 11.4](#)).

2.1.4. Elaboració de Protocols d'actuació i circuits

En els serveis d'urgències on els equips són multidisciplinaris i rotatoris i on cal prendre decisions importants, amb celeritat i mantenint al màxim la qualitat assistencial, la necessitat d'homogeneïtzar els criteris d'atenció és, sens dubte, prioritària^{52,53,54}. D'altra banda, una de les mesures amb més impacte sobre el funcionament global d'un hospital, i tasca específica del Servei d'urgències, és l'adequació del criteri d'ingrés.

Per això, professionals del Servei d'urgències, conjuntament amb els d'altres serveis hospitalaris, van elaborar una sèrie de pro-

tocols d'actuació consensuats, de manera que l'abordatge d'un mateix procés tingués una mínima variabilitat clínica. Alguns d'aquests protocols inclouen la derivació de pacients amb malalties que clàssicament requerien ingrés a circuits alternatius (consultes ràpides, consultes externes, hospitals de dia), tot i garantint sempre la seguretat clínica del pacient i la qualitat assistencial.

Els protocols i circuits elaborats els anys 2010 - 2014 es detallen en l' [annex PA 12](#). Els principals objectius d'aquests protocols són aconseguir la disminució de la variabilitat d'actuació, l'adequació del criteri d'ingrés i la millora de la seguretat clínica.

- *Per disminuir la variabilitat en l'actuació s'han elaborat,*
 - Protocol de tractament del dolor a Urgències ([Annex PA 12.1](#)).
 - Protocol de circuit d'ingrés ([Annex PA 12.2](#)).
 - Protocol de lumbàlgies ([Annex PA 12.3](#)).
 - Protocol d'atenció al pacient policontusionat ([Annex PA 12.4](#)).
 - Protocol d'optimització de la tècnica spect-ct de ventilació/perfusió pulmonar ([Annex PA 12.5](#)).
 - Protocol d'intervenció de la UFISS de Cures Pal·liatives a Urgències ([Annex PA 12.6](#)).
- *Per adequar el criteri d'ingrés s'han elaborat,*
 - Protocol d'atenció al pacient amb Malaltia tromboembòlica venosa (MTV) ([Annex PA 12.7](#)).
 - Protocol de tractament de les prostatitis ([Annex PA 12.8](#)).
- *Per millorar la seguretat clínica s'han elaborat,*
 - Circuit de dolor toràcic no traumàtic.
 - Comunicació dels efectes adversos a Urgències.
 - Protocol d'atenció al pacient amb agitació psicomotora ([Annex PA 12.9](#)).

2.1. 5. Elaboració de Plans específics

S'entén per Pla específic el conjunt de mesures organitzatives i estructurals addicionals que permeten una millor resposta davant de l'increment de la demanda d'atenció urgent per part de la població, en períodes determinats o en situacions concretes. Durant el període 2010-2014 s'ha dut a terme, anualment, l' *Actualització i Implementació del Pla d'hivern* ([Annex PA 13](#)) per aconseguir adequar i ampliar l'oferta assistencial, en funció de l'augment de la demanda que s'observa al període d'hivern.

2.1. 6. Millora de la comunicació i de la informació a pacients i familiars

▪ *Grup de treball d'Informació i Acollida a urgències*

Amb l'objectiu final de que el pacient i la seva família se sentin ben acollits, ben atesos i ben informats durant la seva estada als serveis d'urgències, l'any 2009 el Centre Corporatiu de l'ICS va proposar la creació d'un grup de treball: el GT d'Informació i Acollida a urgències. La tasca fonamental d'aquest grup de treball va ser dissenyar i redactar un Pla de comunicació i informació integral per als serveis d'urgències dels vuit hospitals de l'ICS, que cada centre havia d'adequar al seu àmbit ([Annex PA 14.1](#)).

En el nostre hospital es va crear, l'any 2010, el grup d'informació i acollida a urgències, format per la coordinadora i les supervisores d'infermeria d'urgències, metges i infermeres del SU, la Directora de Qualitat, el responsable de Comunicació, el Cap de la Unitat d'admissions i la Cap de la Unitat d'atenció a l'usuari. Des de la seva creació, el GT ha dut a terme reunions periòdiques per analitzar els punts febles de la informació i l'acollida al SU del HUGTP i ha proposat accions de millora. Com a principals accions realitzades, derivades de la tasca d'aquest GT destaquen:

- L'elaboració d' un *Tríptic informatiu de l'àrea d'urgències*, adaptat al nostre centre ([Annex PA 14.2](#)).
- La potenciació de la formació dels professionals d'urgències en habilitats comunicatives.
- L'elaboració del Protocol de comunicació i informació a les autoritats i serveis públics competents ([Annex PA 14.3](#)).

METODOLOGIA

- L'elaboració del Protocol de Filiació i avís als familiars dels pacients atesos a urgències ([Annex PA 14.4](#)).
- La potenciació de la figura de les facilitadores d'Urgències, ampliant el seu horari per tal de cobrir matins i tardes laborables.
- La col·locació de pantalles informatives sobre els temps d'espera per nivells a les sales d'espera d'urgències.

2.1. 7. Potenciació de la formació i de la docència

▪ **Sessions clíniques del Servei**

Durant el període 2010-2014 s'han continuat les Sessions clíniques de l'àrea mèdica, realitzades amb una periodicitat setmanal i en les que s'analitzen casos clínics i s'actualitzen els temes tractats. En aquestes sessions participen, de forma activa, tots el facultatius de l'àrea mèdica i els residents que roten pel Servei.

Des de l'any 2014, les sessions estan acreditades pel Consell Català de la Formació Continuada de les Professions Sanitàries (CCFCPS) amb una puntuació de 3,8 crèdits ([Annex PA 15.1](#)).

▪ **Planificació de la formació dels residents**

- Per tal de definir com es du a terme la supervisió de les activitats formatives i assistencials dels residents de totes les especialitats, l'any 2010 es va redactar i aplicar el procediment "Supervisió i responsabilitat progressiva de residents", amb la instauració de la tutela dels residents en funció de l'any de residència ([Annex PA 15.2](#)).
- Amb l'objectiu de millorar la formació dels residents de primer any que roten per Urgències es van establir, a partir de l'any 2010, seminaris teòric-pràctics dels processos més prevalents de l'àrea mèdica, impartits pels facultatius del Servei.

- **Organització i realització del Curs anual de residents**

El curs de residents es va organitzar, per primera vegada, l'any 1992, amb els objectius de donar pautes d'actuació homogènies en l'atenció urgent i facilitar la iniciació a les tasques de l'àrea d'urgències als residents de primer any. Des de llavors el curs, organitzat pel Servei d'Urgències, s'ha dut a terme anualment.

L'any 2009 el curs per a residents, es va consolidar com a curs d' "Actualització de l'atenció urgent en l'àmbit hospitalari" i va esdevenir Activitat acreditada pel Consell Català de Formació Mèdica Continuada (CCFMC) i per la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud amb **8,8 crèdits**, ([Annex PA 15.3](#)).

Durant el període 2010- 2014 s'ha seguit organitzant el curs per a residents, amb actualitzacions dels temes tractats. Així mateix, s'ha mantingut l'acreditació del CCFMC.

- **Manual d'urgències**

El Manual d'Urgències va néixer l'any 1993 i des de llavors, s'ha actualitzat en cada nova edició, cada tres o quatre anys. L'any 2010, es va crear un Comitè de redacció, responsable de revisar el temari del Manual i d'encarregar als diferents professionals de l'hospital la revisió dels temes de l'anterior edició, incorporant com a novetat que en l'elaboració dels capítols se seguissin els protocols d'actuació dels diferents serveis i s'adaptessin les seves directrius al Servei d'Urgències del nostre centre i d'altres hospitals. Així mateix es va demanar que els capítols tinguessin un plantejament eminentment pràctic, amb algorismes d'actuació que facilitessin la presa de decisions i ajudessin a unificar les pautes de l'assistència a Urgències. Amb aquests requeriments complets es va editar el Manual d'Urgències 2011.

El Manual és doncs una eina que afavoreix la formació contínua dels professionals d'Urgències i de la resta de l'hospital i potencia la coordinació interna, atès que en la seva elaboració participen professionals de diferents serveis.

▪ **Taller de comunicació i tractament de la informació en situacions complexes**

Participació de metges i infermeres d'urgències en un taller de 18h, dut a terme l'octubre de 2010. Els objectius del taller van ser:

- Millorar el maneig de les necessitats d'informació i comunicació de pacients i famílies en situacions complexes.
- Capacitar als professionals en habilitats de comunicació per a la resolució de problemes.
- Identificar situacions difícils en el procés de la informació.
- Treballar situacions diverses i complexes relacionades amb el procés de la informació en serveis d'urgències.

▪ **Curs d'ètica**

Professionals del SU van participar en l'edició 2010 del *Curs d'Ètica de l'hospital*, amb el tema *Morir a Urgències*. Així mateix un elevat nombre de professionals del Servei (metges i infermeres) van participar com alumnes del curs.

▪ **Curs d'Atenció urgent per a l'Atenció Primària**

L'any 2010 professionals del Servei d'urgències van impartir el *Curs d'Atenció urgent per a l'Atenció Primària*, activitat que va contribuir a potenciar la comunicació i la col·laboració entre els professionals d'AP i l'hospital.

2.2.- Mesures per millorar la coordinació intrahospitàlaria

2.2.1. Coordinació amb altres serveis assistencials

La coordinació amb la resta de serveis assistencials de l'hospital és imprescindible pel bon funcionament dels SU i per garantir la qualitat assistencial^{9,14}.

Les principals accions de millora dutes a terme en aquest aspecte, entre 2010 i 2014 ([Annex PA 16](#)), reflecteixen la tasca de diferents grups de treball creats per elaborar protocols consensuats

d'actuació a urgències. Aquests protocols proporcionen menys variabilitat clínica, més qualitat i més eficiència.

▪ **Grup de treball amb l'Institut Català d'Oncologia**

El Servei d'Urgències de l'HUGTP és el referent pels pacients oncohematològics que, per complicacions medicoquirúrgiques, requereixin atenció urgent, donat que l'Institut Català d'Oncologia (ICO) no compta amb Servei d'Urgències propi.

Aquest GT ha elaborat els següents circuits assistencials

- Circuit d'assistència dels malalts oncohematològics a urgències ([Annex PA 16.1](#)).
 - Circuit d'ingrés de malalts oncològics a planta des d'Urgències ([Annex PA 16.2](#)).
 - Protocol per establir els criteris d'ingrés/ trasllat de pacients oncohematològics ([Annex PA 16.3](#)).
- **Grup de treball per a la racionalització i prioritització de la demanda de TC cranials**
- Amb la participació de facultatius dels serveis de Radiologia, Neurologia, Neurocirurgia i Urgències es va elaborar el protocol
- Indicacions de la TC cranial d'urgències en el pacient adult no traumàtic ([Annex PA 16.4](#)).
- **Grups de treball per a la Coordinació de guàrdies d'especialitat**
- Elaboració de Protocols de consens d'actuació i de coordinació en l'atenció urgent
- Criteris d'ingrés de pacients en hemodiàlisi ([Annex PA 16.5](#))
 - Circuit pels pacients amb "fístula parada" ([Annex PA 16.6](#))
 - Com establir l'assignació d'ingrés dels pacients amb insuficiència renal aguda de tipus obstructiu ([Annex PA 16.7](#)).
 - Protocol d'atenció urgent a pacients d'urologia ([Annex PA 16.8](#)).
 - Protocol d'atenció al pacient mèdic-geriàtric amb malaltia cardiològica ([Annex PA 16.9](#)).

METODOLOGIA

- Procediment de guàrdies de Cirurgia Plàstica i Cirurgia Maxil·lofacial ([Annex PA 16.10](#)).
- Procediment de Guàrdies de Cirurgia Toràcica ([Annex PA 16.11](#)).

2.2.2. Coordinació amb els serveis centrals i de suport

▪ **Servei d'Anàlisis Clíniques**

Per tal d'incrementar l'eficiència, pel que fa referència a la sol·licitud des del Servei d'Urgències de determinats paràmetres analítics, el març de 2011, es va elaborar el *Protocol de Racionalització de la demanda d'analítica des d'Urgències* ([Annex PA 16.12](#)), que es va actualitzar l'any 2014.

▪ **Servei de Radiologia**

Per tal de millorar l'adequació de la sol·licitud de les proves radiològiques des d'urgències es va elaborar el *Protocol d'indicacions de la radiografia simple en l'estudi de la sinupatia aguda* ([Annex PA 16.13](#)).

▪ **Unitat d'admissions**

La interrelació entre el Servei d'urgències i la Unitat d'admissions és un element clau per garantir el bon funcionament d'urgències, especialment, a l'hora de facilitar el drenatge intern.

En col·laboració amb la Unitat d'admissions es van elaborar el *Protocol de circuit d'ingrés* i el *Procediment d'admissió a urgències* ([Annex PA 16.14](#)).

▪ **Unitat d'atenció a l'usuari (UAU)**

La relació entre el SU i la UAU és imprescindible. Una part considerable de les accions de millora del procés d'atenció urgent sorgeixen de l'avaluació dels resultats de l'*Enquesta de satisfacció d'urgències "interna"*, elaborada entre la Unitat d'atenció a l'usuari (UAU), la Direcció de Qualitat i el propi Servei d'urgències. La UAU en fa un seguiment acurat i en presenta els resultats al GT del PAU i al Comitè d'urgències trimestralment.

En col·laboració amb la UAU i la Unitat d'hoteleria del centre s'ha elaborat l'*Enquesta de qualitat del menjar* ([Annex PA 16.15](#)), amb l'objectiu de detectar punts de millora en aspectes del menjar

- **Unitat de treball social**

A requeriment dels professionals d'urgències, la Unitat de treball Social col·labora en les situacions conflictives que ho requereixen.

2.2.3. Coordinació amb Comissions hospitalàries

Una de les accions de millora de la documentació a urgències va sorgir de la col·laboració amb les Comissions de Documentació Clínica i de Mortalitat, ja que es va detectar que, en ocasions, no es disposava de l'epícrisi dels malalts que havien mort a Urgències. Per millorar aquest aspecte en concret, es va redactar el procediment de *Complimentació de l'informe d'epícrisi a urgències* ([Annex PA 16.16](#)).

2.3.- Mesures de gestió hospitalària general

Algunes intervencions concretes, com la implicació de la Direcció i el seguiment d'una determinada política d'ingressos, són clau i d'un enorme impacte en els serveis d'urgències hospitalàries^{18,55,56}.

2.3.1. Implicació de la Direcció del centre

La millora de l'atenció urgent ha estat un dels principals objectius estratègics de l'hospital i la implicació de la Direcció ha afavorit la implantació de les accions de millora proposades.

Entre les accions dutes a terme l'any 2010-14, amb la participació i co-lideratge de la Direcció de l'hospital, cal destacar:

- La fixació d'objectius corporatius (DPO) vinculats a aspectes qualitatius de l'atenció urgent (Acord de govern 2010).
- La prioritització de les propostes de millora del Procés d'atenció urgent.
- La implicació en l'elaboració i implementació del Pla d'hivern anual.

2.3.2. Seguiment de la Política d'ingressos

La política d'ingressos de l'hospital ha de contemplar, fonamentalment, la gestió centralitzada dels llits hospitalaris per part de la Unitat d'Admissions i la planificació tant dels ingressos com de les altes per tal d'escurçar el període d'espera per a l'hospitalització. Una política d'ingressos correcta és imprescindible pel bon funcionament tant del Servei d'urgències com de les plantes d'hospitalització.

Durant els anys 2010-2014 la Comissió Gestora de Llits ha seguit desenvolupant la seva tasca principal d'ajustar diàriament la necessitat i disponibilitat de llits d'hospitalització per tal de garantir un drenatge òptim de l'àrea d'urgències.

3. ACCIONS PER MILLORAR LA SORTIDA D'URGÈNCIES

3.1. Millora del procés d'hospitalització

Seguint el pla estratègic de la Direcció de l'hospital, durant el període estudiat s'ha dut a terme la implantació del *Procés d'hospitalització* que, entre d'altres, marca com a objectiu general l'assoliment d'un 60% de les altes hospitalàries abans de les 12 hores. Aquest fet és clau a l'hora d'agilitar la sortida d'urgències.

També s'ha implantat el "*Protocol de continuïtat entre processos claus assistencials a l'HUGTP*", fonamental per a la millora del contínuum assistencial dels pacients, un cop donats d'alta d'urgències ([Annex S.1](#)). Aquest protocol descriu les possibles situacions de pas d'un procés clau assistencial a un altre, el mecanisme que els activa, la funció dels diferents professionals en aquest pas i la documentació o registres que cal generar.

D'altra banda, i en col·laboració amb la Unitat d'admissions, l'any 2010 es va elaborar el *Protocol de circuit d'ingrés* ([Annex S.2](#)), que descriu els passos a seguir per efectuar l'ingrés de pacients des de l'àrea d'urgències.

3.2. Utilització de les alternatives a l'hospitalització convencional

- **Potenciació del seguiment dels circuits interns**

- *Derivació de pacients a les consultes preferents*

La derivació de pacients des d'urgències a les consultes preferents garanteix la seguretat clínica i afavoreix l'alta de manera precoç ja que permet dur a terme el seguiment clínic en un termini breu de temps. En aquest sentit, des d'urgències s'ha potenciat la derivació de malalts cap a les consultes de la Unitat de malalties infeccioses (UMI), la consulta preferent de Pneumologia i la consulta preferent d'UFFIS geriàtrica.

- *Potenciació de la derivació de pacients als Hospitals de dia*

L'HUGTP disposa de l'Hospital de dia polivalent i d'hospitals de dia específics (HD de pneumologia, d'endocrinologia...) als quals es deriven pacients donats d'alta des d'urgències. L'any 2013, es va crear el Circuit de derivació de pacients des d'urgències a l' Hospital de dia de malalties infeccioses, com a alternativa a l'hospitalització convencional, per al tractament i control de malalties infeccioses agudes.

- *Seguiment dels circuits hospitalaris de diagnòstic ràpid del càncer*

- **Optimització de la utilització de la Unitat d'hospitalització a domicili (UHAD)**

La UHAD és una de les alternatives a la hospitalització convencional que més s'ha imposat en els SUH en els últims anys^{20,57,58}. El fet de definir el *Perfil de pacient tributari d'ingrés en la Unitat d'hospitalització a domicili* des d'urgències ([Annex S.3](#)) ha permès augmentar el número de malalts presentats, com a candidats d'ingrés a la UHAD, amb una menor variabilitat clínica.

- **Implantació del circuit de subaguts**

L'any 2013, es va habilitar, en la nostra regió sanitària, un dispositiu específic per atendre malalts geriàtrics descompensats que, un cop visitats a urgències, precisaven d'ingrés hospitalari sense

METODOLOGIA

requerir d'alta tecnologia diagnòstica o terapèutica. Aquest dispositiu, denominat Unitat de subaguts, es va ubicar en el Centre Sociosanitari El Carme. Els principals objectius d'aquesta unitat són:

- Oferir un sistema d'atenció específica als pacients geriàtrics descompensats (pacients ancians, amb comorbiditat elevada i alta dependència) que precisen ingrés hospitalari.
- Reduir els ingressos, d'aquest grup de malalts, a l'hospital d'aguts.
- Oferir la possibilitat d'una recuperació funcional adient al pacient geriàtric que permeti el retorn a domicili en les mateixes o similars condicions.

Així doncs, per coordinar la derivació dels pacients tributaris d'ingrés en aquesta unitat, des del Servei d'Urgències, es va elaborar el *Protocol de trasllat de pacients a la Unitat de subaguts*, conjuntament amb el Servei de Geriatria i Cures Pal·liatives de Badalona Serveis Assistencials (BSA) ([Annex S.4](#)).

La implementació del circuit de subaguts ha afavorit el drenatge precoç de pacients ancians fràgils, des del Servei d'Urgències i ha esdevingut una alternativa eficaç i segura a l'hospitalització convencional.

La tasca de la facilitadora d'urgències ha resultat clau ja que proporciona una informació addicional, a pacients i familiars, que facilita l'acceptació del trasllat.

3.3. Redistribució de fluxos

La redistribució dels fluxos té com a objectiu que cada pacient sigui atès al seu hospital general bàsic corresponent, sempre que la malaltia que presenti ho permeti. Des del Servei d'Urgències s'ha tingut una actitud activa durant tot el període 2010-2014, de manera que els pacients amb criteri d'ingrés per malaltia no complexa, sense necessitats de "terciarisme", que pertanyen a una població i/o ABS a les que correspon un hospital general bàsic que no és l'HUGTP, s'han adreçat al centre correcte, des del mateix SU, seguint els circuits establerts i garantint sempre la seguretat clínica del pacient.

3.4. Coordinació Externa

La coordinació entre els diferents dispositius assistencials del territori és imprescindible per aconseguir la continuïtat assistencial del pacient i a l'hora un bon drenatge de l'àrea d'urgències^{59,60}. En aquest sentit, les principals accions dutes a terme, durant el període 2010-2014, han estat

- **Elaboració de protocols i circuits amb els hospitals de la zona**
 - o Circuit de trasllat de pacients amb requeriment d'ingrés a l'HES. ([Annex S.5](#)).
 - o Protocol de coordinació Hospital Universitari Germans Trias i Pujol - Fundació Institut Guttmann.

- **Reunions periòdiques amb els responsables del transport sanitari**

Per agilitar la gestió del transport sanitari a la sortida d'urgències (no urgent) es van realitzar una sèrie de reunions amb els responsables del transport sanitari, fruit de les quals es van consensuar unes sortides prioritzades per a determinats perfils de pacients (trasllat a altres centres, principalment) .

4. MILLORES ESTRUCTURALS I D'EQUIPAMENT

El projecte de les Noves Urgències, un dels de més envergadura de la història de l'hospital, va començar l'octubre del 2008 a la planta semisoterrani, reforçant-ne l'estructura bàsica i construint uns vestidors i una hostatgeria nous. Sense cap mena de dubte, aquest projecte va ser una de les principals accions de millora ([Annex 1](#)).

L'obertura de les noves urgències, el març de 2012, va suposar :

- Millores en la circulació i en els circuits tant de pacients com de professionals.
- Circuits assistencials diferenciats per nivell de gravetat, establert amb la classificació inicial del pacient: circuits ben definits per a l'atenció a pacients en situació

METODOLOGIA

d'emergència, amb prioritat II-III i pacients de nivell IV-V.

- Diferenciació del circuit d'atenció d'adults del circuit d'atenció pediàtrica.
- Més confort i intimitat de pacients i acompanyants.
- Més seguretat clínica gràcies a les noves àrees d'atenció i monitoratge (semi crítics d'urgències).
- Àrees de treball més còmodes i funcionals per als professionals.
- L'adjudicació dels nous equipaments de l'àrea d'urgències.
- Més capacitat resolutiva i per tant més qualitat de l'assistència.

L'any 2014 es va finalitzar el projecte de les Noves Urgències amb l'apertura de l'àrea que inclou la Unitat de Curta Estada i la Unitat d'Observació d'urgències.

5. MILLORES DELS SISTEMES D'INFORMACIÓ

Les principals accions realitzades en aquest àmbit, durant el període 2010 – 2014, han estat:

Reimplantació del projecte ARGOS

Entre el juliol i el novembre del 2010 es va dur a terme l'anomenada reimplantació del projecte ARGOS que ha representat la introducció de les millores que al llarg dels últims anys, amb l'experiència i l'evolució tecnològica, s'han implementat als altres hospitals de l'ICS. Paral·lelament, s'ha perfeccionat el funcionament del sistema d'aplicacions i processos assistencials (SAP assistencial). Els principals requeriments del Servei d'urgències han estat en relació amb:

- La implantació del sistema informatitzat de triatge: desenvolupar la compatibilitat entre SAP Assistencial i l'aplicació del MAT (Model Andorrà de Triage).
- Millores en la codificació dels pacients atesos a urgències.
- Requeriments per a la millora de la informació a urgències.

Millores del Quadern de comandament d'Urgències

En els anys 2010-2014 s'ha continuat millorant el Quadern de

comandament donat que l'anàlisi i avaluació d'aquest recull d'indicadors és imprescindible per demostrar el progrés respecte a fites establertes (estàndards) del procés d'atenció urgent^{61,62}.

METODES ESTADÍSTICS

S'ha realitzat una anàlisi descriptiva i retrospectiva (2010-2014) dels indicadors d'activitat i de qualitat seleccionats, tant de manera numèrica (indicant freqüències, percentatges, mitjanes i/o increment de canvi) com de manera gràfica (diagrames de barres o de línies).

L'anàlisi de les dades s'ha realitzat mitjançant el paquet estadístic SPSS v22. Les variables qualitatives s'expressen en percentatges i es van comparar mitjançant la prova de Xi al quadrat o el test exacte de Fisher. Les quantitatives es presenten amb la seva mitjana. Es va considerar com a valor significatiu una $p < 0,05$ bilateral.

Els resultats de l'anàlisi de les enquestes de satisfacció dels usuaris es mostren amb una representació gràfica radial.

RESULTATS

Evolució de les variables

L'anàlisi de l'evolució de les variables seleccionades en el present treball, durant el període 2010-2014, permet avaluar els resultats obtinguts després de la implementació del procés d'atenció urgent i les accions de millora descrites.

1. INDICADORS

1.1.- INDICADORS D'ACTIVITAT

1.1.1.- Nombre d'urgències ateses

La taula 13 recull l'evolució del total anual i de la mitjana diària de pacients atesos a Urgències des de l'any 2009 fins el 2014.

Taula 13. Nombre total anual i mitjana diària d'urgències ateses

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total d'urgències	110.405	104.328	101.241	99.745	99.915	104.118
Mitjana diària	302	286	277	272	274	285

Del 2009 al 2012 s'observa un descens progressiu del número d'urgències de fins un 9,7%. Els anys 2013 i 2014 s'inverteix la tendència i s'incrementa l'afluència de pacients un 4,4%. Globalment s'observa un descens del 5,7% del número d'urgències des del 2009 al 2014.

Les figures 16 i 17 reflecteixen l'evolució del nombre total i de la mitjana diària d'urgències ateses.

RESULTATS

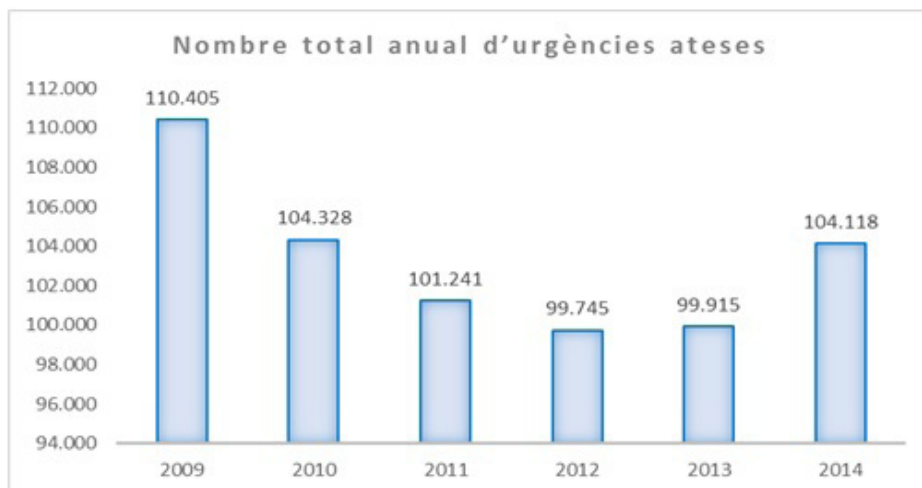


Figura 16: Evolució del nombre total anual d'urgències ateses

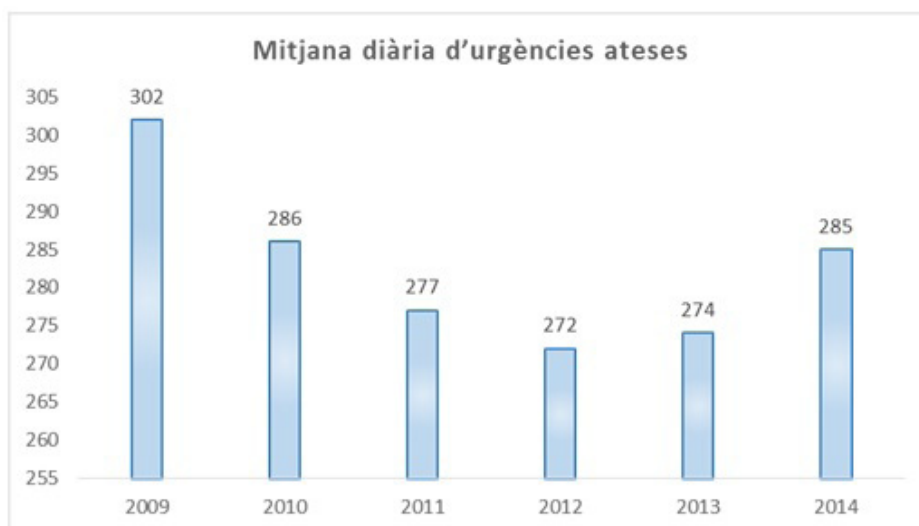


Figura 17: Evolució de la mitjana diària d'urgències ateses

Tanmateix, per fer una interpretació més acurada d'aquests resultats, a més de l'evolució del total de les urgències ateses i de la mitjana diària global, és important conèixer la distribució de la demanda per especialitats, tal i com recullen la taula 14 i la figura 18

Taula 14. Evolució de la mitjana diària d'urgències ateses per especialitat

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Variació 2009-2014
Medicina	86	91	74	74	77	83	- 3,5 %
Pediatría	85	75	72	68	66	65	- 30,8 %
COT *	51	45	53	52	53	59	+ 15,7 %
Cirurgia	18	16	20	20	20	20	+ 11,1 %
Obstetrícia	23	23	20	19	17	18	- 21,7 %
Ginecologia	18	17	17	16	17	16	- 11,1 %
Urologia	11	9	11	11	10	9	- 18,2 %
Cirurgia vascular	5	4	4	5	4	4	- 20 %
Neurologia	3	4	4	5	5	5	+ 66,7 %
Neurocirurgia	2	2	3	4	4	4	+ 100 %

*COT: Cirurgia ortopèdica i traumatologia

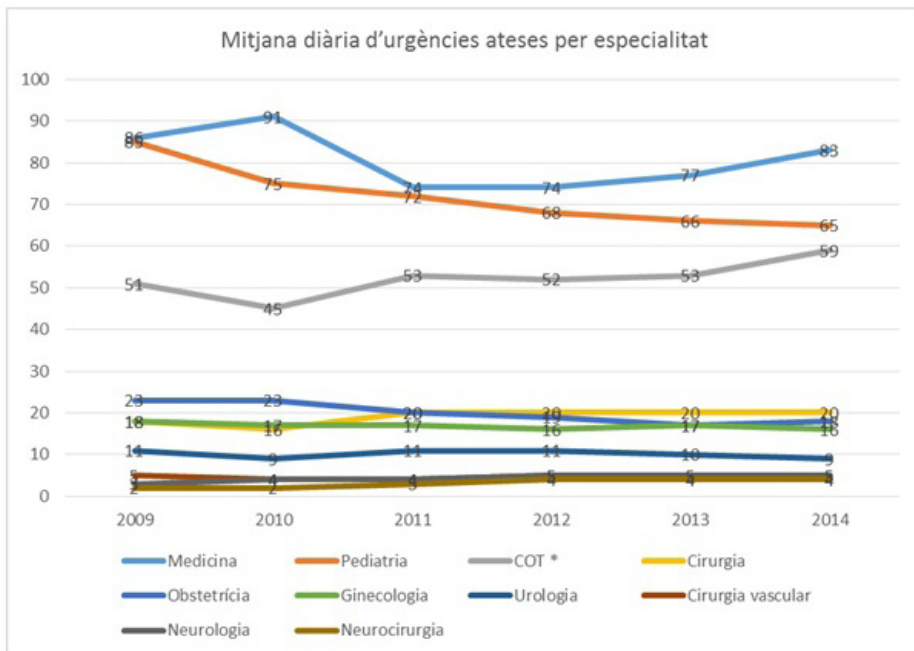


Figura 18: Evolució de la mitjana diària d'urgències ateses per especialitat

En l'anàlisi per especialitats s'observa un increment notable en el número d'urgències de Neurocirurgia (100%), Neurologia (66,7%), COT (15,7%) i Cirurgia (11,1%); un discret descens en les urgències de Medicina (3,5%) i un descens especialment marcat en les urgències pediàtriques (30,8%), obstètriques (21,7%), de Cirurgia vascular (20%), Urologia (18,2%) i Ginecologia (11,1%).

RESULTATS

1.1.2.- Nombre d'urgències ateses per franja horària i per dia de la setmana

Amb la instauració del Quadern de comandament d'Urgències l'any 2009, els indicadors es registren de manera diferenciada pels tres sub processos definits en el Procés d'atenció urgent: subprocés d'adults, pediàtric i maternal (inclou les urgències obstètriques i ginecològiques).

Per franja horària

La figura 19 mostra el nombre d'urgències ateses per franja horària per a cadascun dels sub processos des de 2009 fins a 2014.

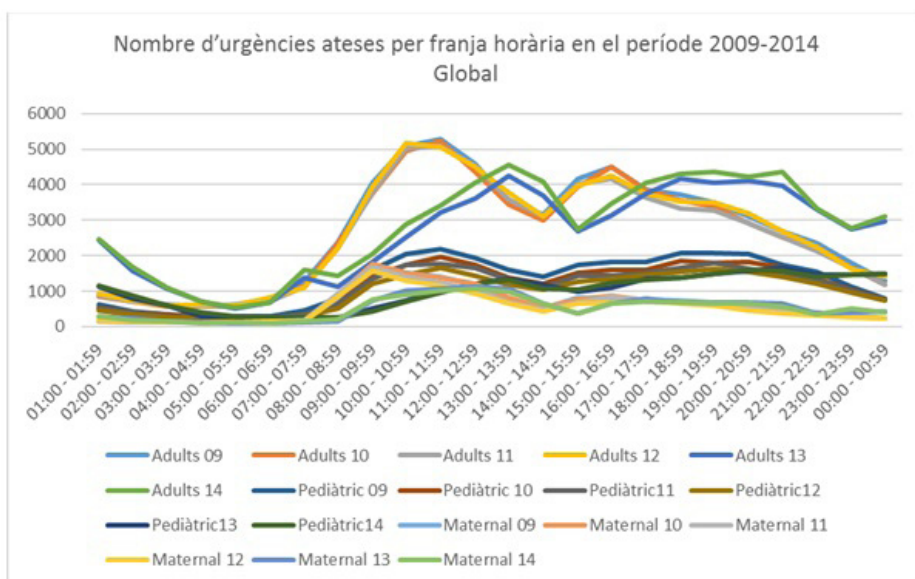


Figura 19: Nombre d'urgències ateses per franja horària en el període 2009-2014

En el subprocés d'adults, la distribució d'urgències ateses en funció de la franja horària des de 2009 fins a l'any 2012 té un comportament "bifàsic", ja que presenta dos pics diferenciats: el primer de 10 a 14 hores, més marcat, i el segon de 16 a 21 hores.

Els anys 2013-2014 la distribució horària de les urgències ateses presenta un canvi de comportament: es manté però menys marcat i més tardà el pic del matí (de 12 a 15 hores) i a partir de les 17 hores es produeix una demanda assistencial elevada, en forma de "meseta", fins més enllà de les 23 hores (figura 20).

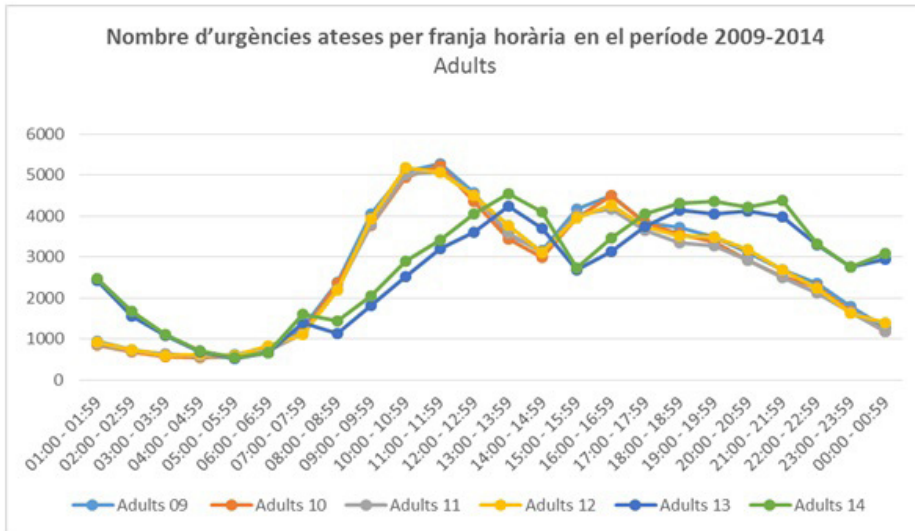


Figura 20: Nombre d'urgències ateses per franja horària en el període 2009-2014. Subprocés d'adults.

En el subprocés pediàtric, des de 2009 fins a 2012, també s'observa un comportament bifàsic però no tan marcat i el pic de l'horari de tarda es similar al del matí i, a diferència de l'observat als adults, es perllonga fins a les 23 hores.

En els dos últims anys (2013-2014) es produeix un canvi marcat en la distribució horària de la demanda observant-se un increment progressiu de l'afluència de pacients des de les 8h fins a les 22h amb un discret descens entre les 14h i les 16h (figura 21).

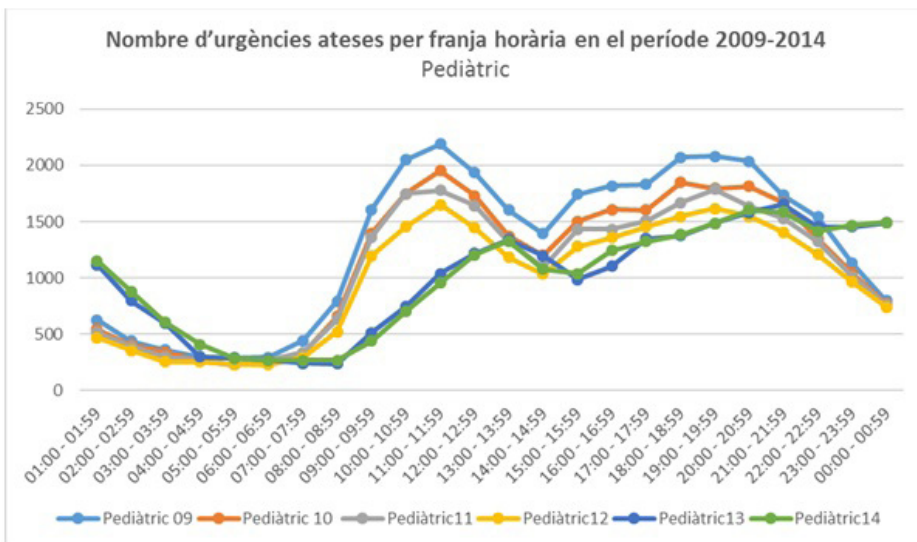


Figura 21: Nombre d'urgències ateses per franja horària en el període 2009-2014. Subprocés pediàtric.

RESULTATS

En el subprocés maternal, el número d'urgències ateses presenta un pic a primera hora del matí des de l'any 2009 fins el 2012. També en aquest subprocés s'observa una variació a partir dels anys 2013-2014: disminueix el pic matinal i es produeix un retard horari.

Aquest subprocés té un comportament horari diferent a l'observat als subprocessos d'adults i pediàtric, tal i com es reflecteix en la figura 22.

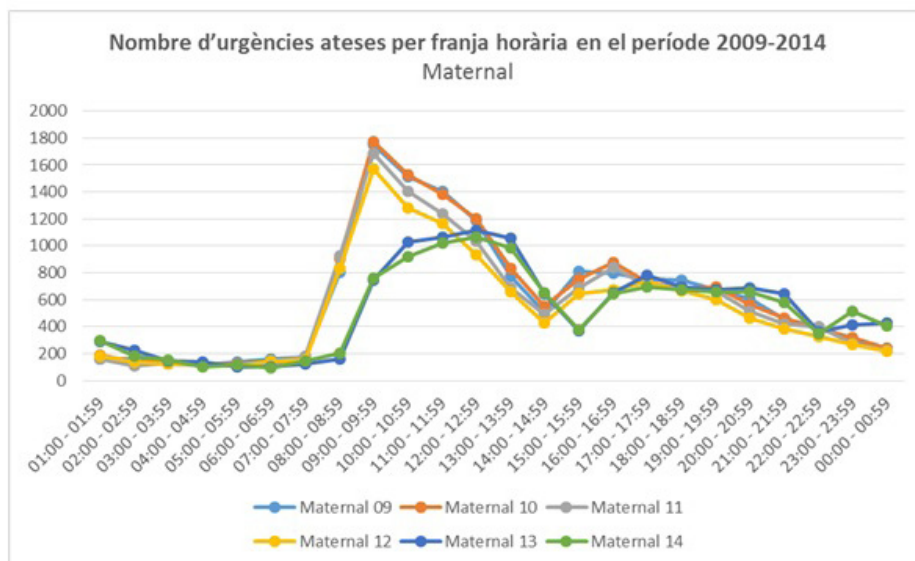


Figura 22: Nombre d'urgències ateses per franja horària en el període 2009-2014. Subprocés maternal.

Per dia de la setmana

El nombre d'urgències ateses en funció del dia de la setmana queda reflectit en la taula 15 i en la figura 23.

Taula 15. Urgències ateses per dia de la setmana. Global

Any	2009 (%)	2010	2011	2012	2013	2014	% Global (2010-2014)
Dilluns	16	16692	16199	15937	15542	16089	15,79
Dimarts	14,5	14600	15186	14332	14805	15144	14,54
Dimecres	14	14612	14173	13756	14015	14719	13,99
Dijous	14,5	15138	14184	13993	13917	14315	14,04
Divendres	14	15117	14164	14201	14162	14516	14,16
Dissabte	13	13563	13161	13335	13394	14320	13,34
Diumenge	14	14606	14174	14191	14080	15015	14,14

Globalment s'observa que dilluns és el dia en que s'atenen més urgències (15,79%) i dissabte el que menys (13,34%). Aquest patró es manté durant tot el període d'estudi.

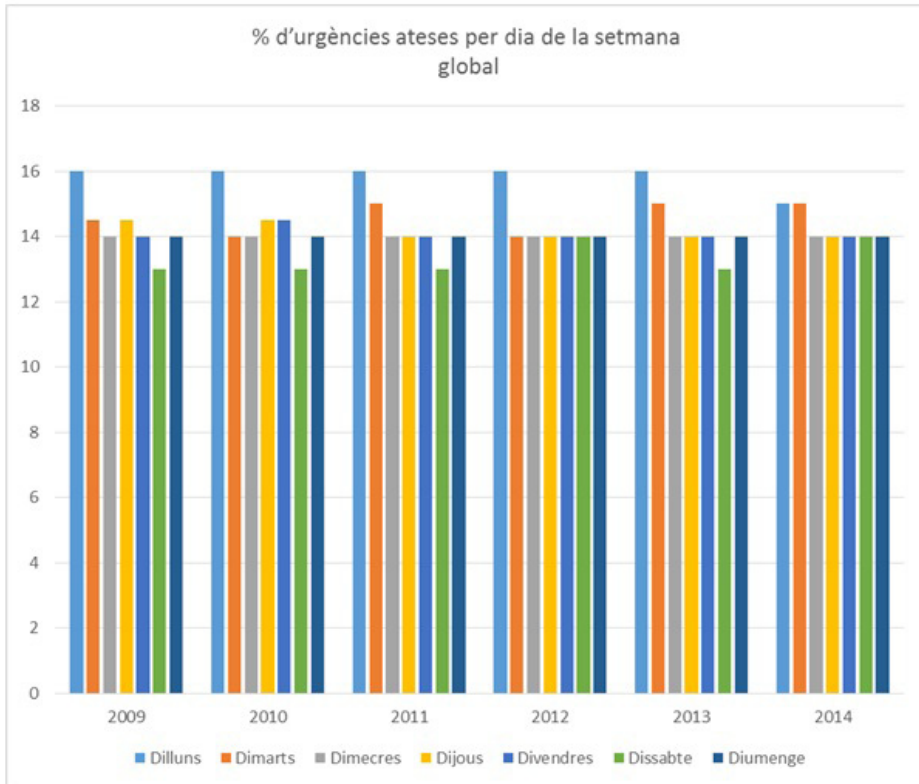


Figura 23: Percentatge d'urgències ateses per dia de la setmana. Global

Aquest indicador també presenta un comportament diferenciat per a cadascun dels subprocessos.

Taula 16. Percentatge d'urgències ateses per dia de la setmana. Subprocessos

	% Adults (2010-2014)	% Pediàtric (2010-2014)	% Maternal (2010-2014)
Dilluns	16,2	13,98	16,99
Dimarts	15,02	13,07	15,32
Dimecres	14,23	12,65	14,96
Dijous	14,31	12,58	15,74
Divendres	14,16	12,89	16,09
Dissabte	12,97	16,22	10,54
Diumenge	13,11	18,61	10,36

RESULTATS

En el subprocés d'adults (taula 16 i figura 24), s'observa que el dia de més demanda és el dilluns (16,2%). La resta de dies de la setmana presenta un percentatge d'urgències molt similar, excepte el cap de setmana (12,9% i 13,1%). Aquest comportament no ha canviat al llarg dels anys.

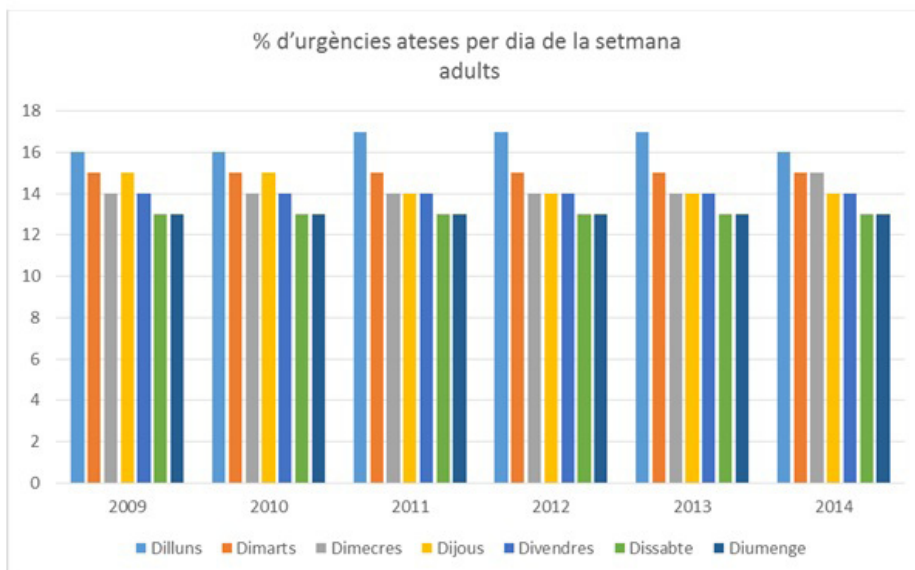


Figura 24: Percentatge d'urgències ateses per dia de la setmana. Subprocés adults

En el subprocés pediàtric, el comportament és molt diferent. Tal i com mostra la taula 16 i la figura 25 el dia de la setmana amb el registre d'urgències més elevat és el diumenge (18,61%), seguit del dissabte (16,22%). Així doncs, s'atenen més urgències pediàtriques durant el cap de setmana. Aquest patró s'ha mantingut durant tot el període d'estudi.

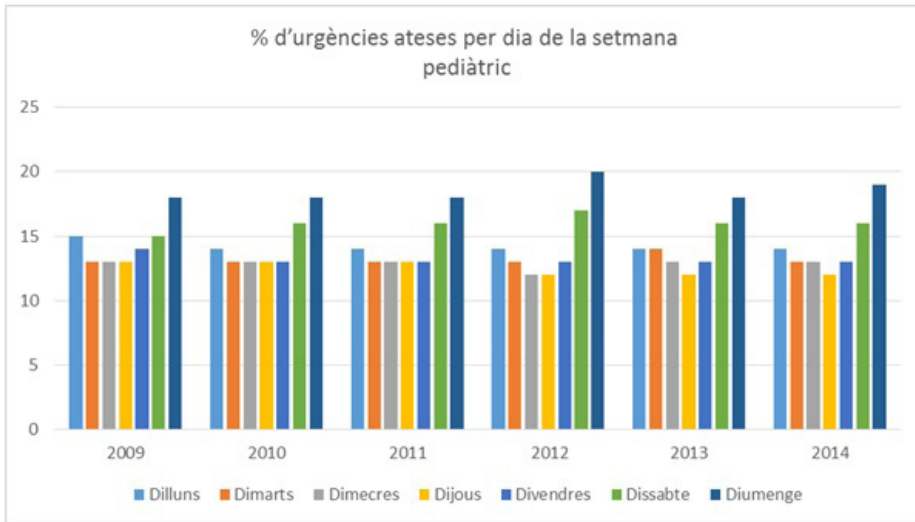


Figura 25: Percentatge d'urgències ateses per dia de la setmana. Subprocés pediàtric

En el subprocés maternal (taula 16 i figura 26), els dies de major nombre d'urgències són dilluns (16,99%) i divendres (16,09%). En canvi, s'observa una clara disminució d'urgències ateses durant el cap de setmana (dissabte 10,54% i diumenge 10,36%).

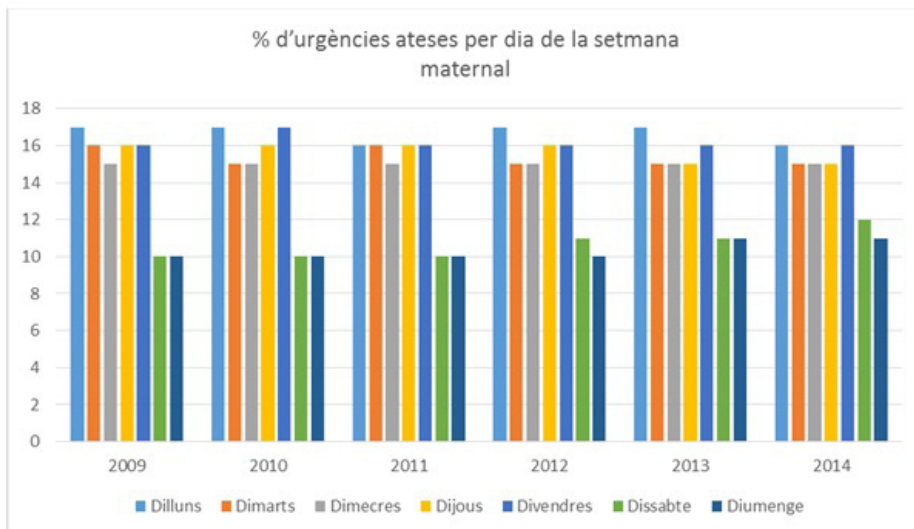


Figura 26: Percentatge d'urgències ateses per dia de la setmana. Subprocés maternal

RESULTATS

1.1.3.- Percentatge d'urgències ateses per torn

El percentatge de visites realitzades a l'àrea d'urgències distribuïdes segons el torn de treball durant els anys 2009-2014 queda reflectit en la taula 17. Es pot observar que, globalment, el torn de matí és el que atén major número d'urgències fins l'any 2012 (figura 27). A partir del 2013, hi ha una disminució significativa dels pacients atesos en torn de matí i un increment dels visitats a la nit (p < 0,01) i per primer cop l'any 2014 en el torn de tarda es visiten més pacients que al de matí.

Taula 17. Percentatge d'urgències ateses per torn. Global

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Torn matí	49461 (44,8%)	47261 (45,3%)	45761 (45,2%)	44885 (45%)	36371 (36,4%)	32167 (33%)
Torn tarda	42616 (38,6%)	39749 (38,1%)	38471 (38%)	37903 (38%)	35850 (35,8%)	41443 (40%)
Torn nit	18328 (16,6%)	17318 (16,6%)	17009 (16,8%)	16957 (17%)	27689 (27,7%)	28602 (27%)

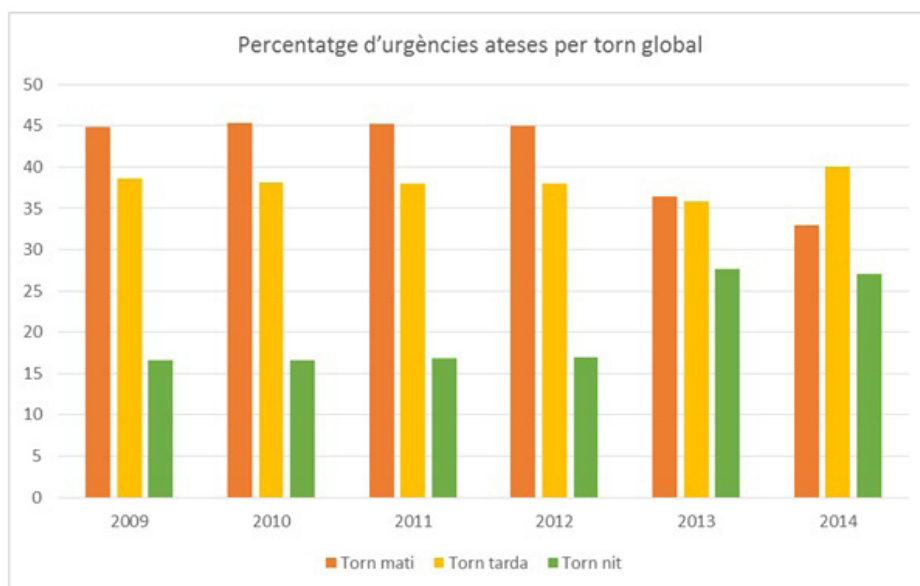


Figura 27: Percentatge d'urgències ateses per torn

Si s'analitzen els subprocessos descrits de manera separada, s'observen diferències de comportament.

En el subprocés d'adults, s'atenen més urgències durant el torn de matí (de 8h a 15 h) fins l'any 2012. En els dos últims anys, s'observa un increment significatiu ($p < 0,01$) del número d'urgències ateses al torn de nit. Aquesta distribució es mostra en la taula 18 i en la figura 28

Taula 18. Percentatge d'urgències ateses per torn.

Subprocés d'adults

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Torn matí	27754 (43%)	26680 (43%)	27634 (45%)	27232 (44%)	22921 (36,2%)	25236 (37%)
Torn tarda	25818 (40%)	24819 (40%)	23335 (38%)	24138 (39%)	23165 (36,5%)	24757 (36,5%)
Torn nit	10973 (17%)	10548 (17%)	10440 (17%)	10521 (17%)	17363 (27,3%)	17992 (26,5%)

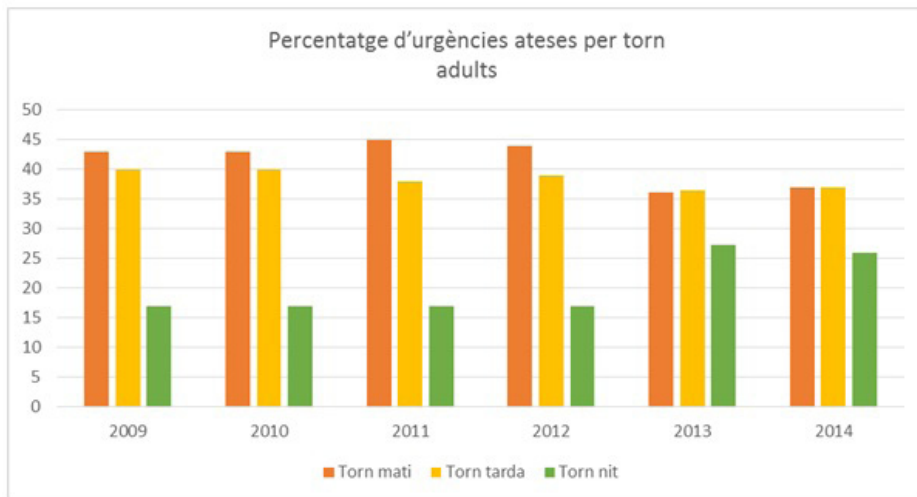


Figura 28: Percentatge d'urgències ateses per torn. Subprocés d'adults

En el subprocés pediàtric, en canvi, la demanda assistencial és més marcada en el torn de tarda (figura 29), durant tot el període estudiat. En els dos últims anys també s'observa una disminució de la demanda assistencial en el torn de matí i, en paral·lel, un increment de les urgències ateses en el torn de nit ($p < 0,01$) similar al que succeeix en el subprocés d'adults.

RESULTATS

**Taula 19. Percentatge d'urgències ateses per torn.
Subprocés pediàtric.**

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tom matí	11504 (37%)	10146 (37%)	9614 (37%)	8943 (36%)	6283 (26,3%)	5974 (25%)
Tom tarda	13370 (43%)	11791 (43%)	10914 (42%)	10682 (43%)	9537 (40%)	9656 (40,5%)
Tom nit	6219 (20%)	5484 (20%)	5457 (21%)	5217 (21%)	8005 (33,7%)	8249 (34,5%)

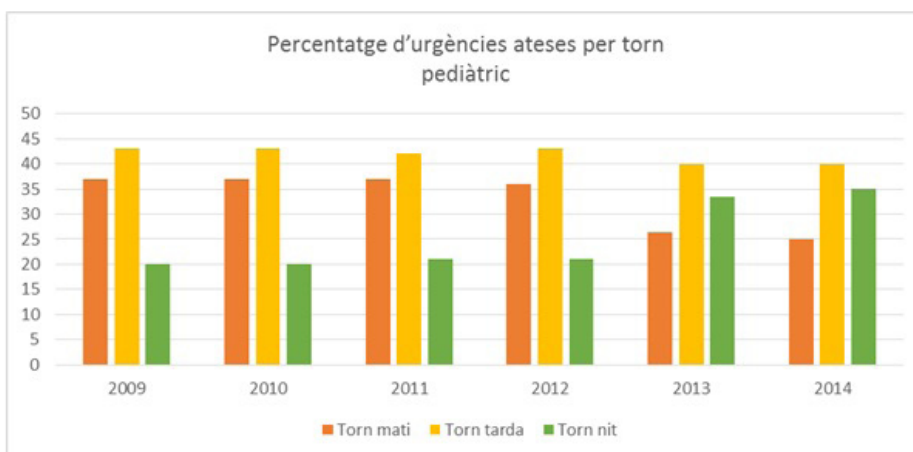


Figura 29: Percentatge d'urgències ateses per torn. Subprocés pediàtric

En el subprocés maternal, s'observa un clar predomini de l'atenció durant el torn de matí, seguit del torn de tarda i un percentatge força inferior de la demanda en el torn de nit (figura 30).

En els dos darrers anys s'observa també un increment significatiu de les urgències ateses en torn de nit ($p < 0,01$).

**Taula 20. Percentatge d'urgències ateses per torn.
Subprocés maternal**

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tom matí	7974 (54%)	8173 (55%)	7477 (54%)	7026 (54%)	5810 (46%)	5601 (46%)
Tom tarda	4873 (33%)	4755 (32%)	4569 (33%)	4164 (32%)	4505 (36%)	4287 (35%)
Tom nit	1920 (13%)	1932 (13%)	1801 (13%)	1822 (14%)	2321 (18%)	2361 (19%)

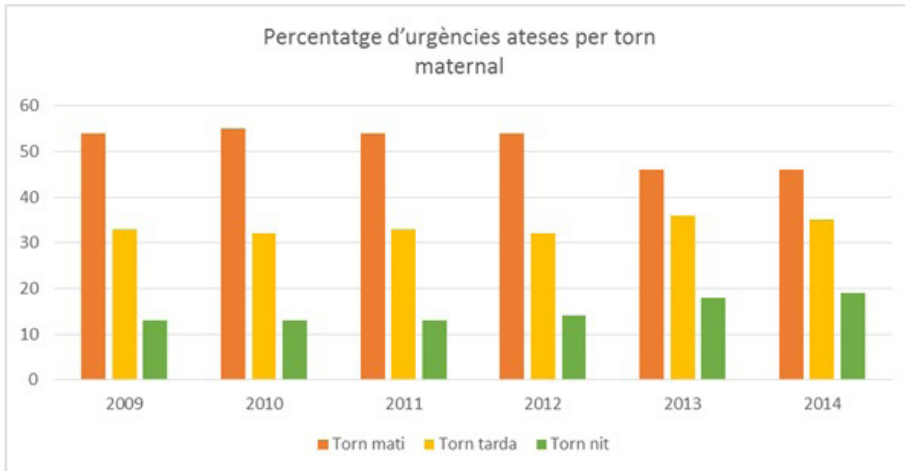


Figura 30: Percentatge d'urgències ateses per torn. Subprocés maternal

1.1.4.- Destinació dels pacients a l'alta

Les diferents destinacions dels pacients atesos a urgències, expressades en percentatge, es detallen en la taula 21.

Taula 21. Destinació dels pacients a l'alta (%)

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Alta a domicili	83,6	83,4	82,9	83	82,2	82,6
Alta voluntària	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1
Derivació a un altre centre	0,8	0,9	2,5	2,5	2,5	2,6
Èxitus	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
Fuga / abandonament del SU	1,3	1,1	0,8	0,9	1,3	1
Ingrés en sala d'hospitalització convencional	10,9	11,2	10,7	10,8	11,2	11,2
Ingrés en unitats especials	1,9	1,8	1,6	1,6	1,3	1,4
Remissió a l'Atenció Primària	1,2	1,3	1,1	0,9	1,1	1

Els pacients donats d'alta del SU durant el període analitzat presenten dues destinacions majoritàries: l'alta a domicili (superior al 80% tots els anys) i l'ingrés en sala d'hospitalització convencional (entre el 10-11%), tal i com recull la figura 31.

RESULTATS

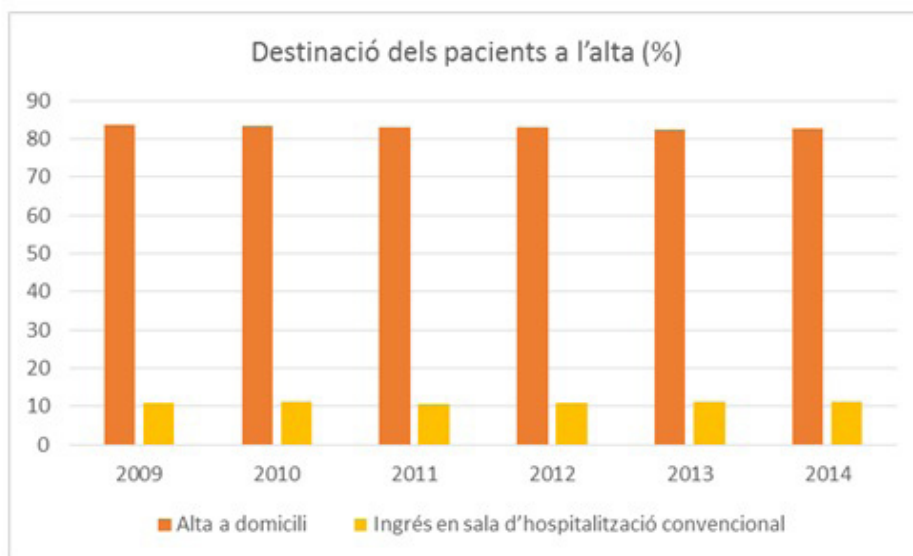


Figura 31: Destinacions més freqüents dels pacients a l'alta

La figura 32 recull la resta de destinacions que han tingut els pacients després de l'alta del SU.

Des de l'any 2010 i fins el 2014 existeix un increment significatiu en les derivacions a altres centres ($p < 0,01$), respecte a la resta de destinacions.

L'ingrés en unitats especials des d'urgències, presenta en els dos últims anys un comportament decreixent.

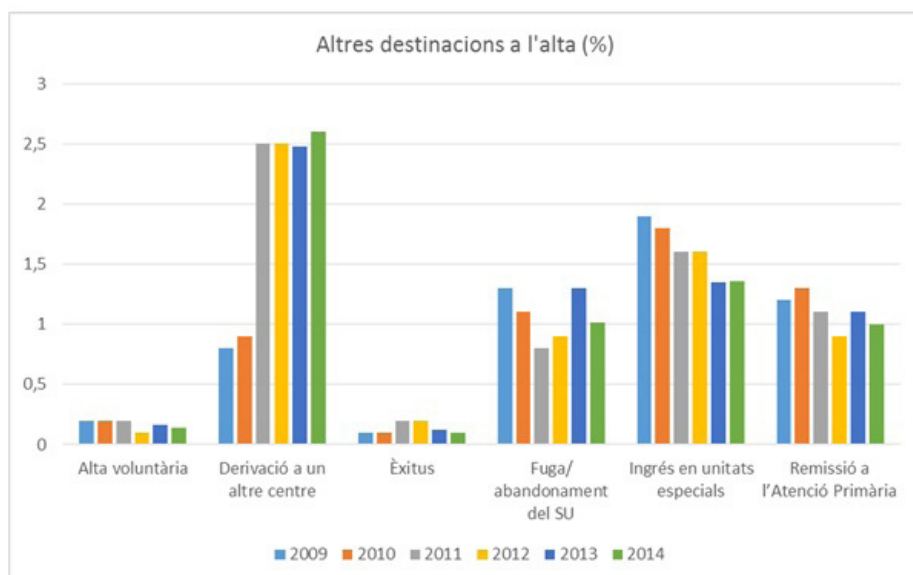


Figura 32: Altres destinacions dels pacients a l'alta

1.1.5.- Percentatge d'urgències ingressades

L'evolució del percentatge d'urgències ingressades des de 2009 fins a 2014 es mostra en la figura 33. Es pot observar que durant tots els anys el percentatge es situa entre el 11% i el 12% i no s'observa cap diferència entre els anys estudiats.

Taula 22. Evolució del percentatge d'urgències ingressades

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
% d'urgències ingressades	11,6	11,8	12,2	12,3	11,6	11,5

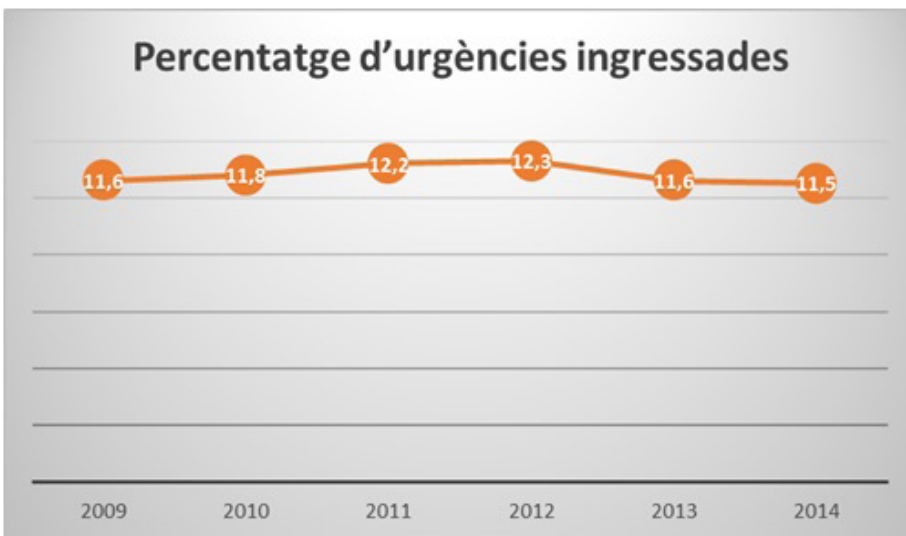


Figura 33: Percentatge d'urgències ingressades

1.1.6.- Taxa de trasllats a altres centres

El percentatge de pacients atesos al SU derivats a altres centres (trasllats a hospital general bàsic i/o a l'àrea sanitària corresponent i trasllats a centres concertats durant el Pla d'hivern, fonamentalment) queda reflectit en la taula 23 i en la figura 34. Es pot observar l'increment progressiu dels trasllats, de manera que la taxa de trasllats a altres centres és significativament més elevada els anys 2011-2014 en relació als anys 2009-2010 ($p < 0,01$).

Taula 23. Evolució de la taxa de trasllats a altres centres

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taxa de trasllats	0,8	0,8	2,1	2,6	2,5	2,6

RESULTATS



Figura 34: Taxa de trasllats a altres centres

$p < 0.0000001$

1.1.7.- Pressió d'Urgències

L'evolució de la pressió d'urgències des de 2009 fins a 2014 es mostra en la taula 24 i en la figura 35.

L'indicador presenta, al llarg dels anys, valors que oscil·len entre el 50 i el 55%, tal i com es recull en la taula 24.

Taula 24. Evolució de la Pressió d'urgències

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pressió d'urgències	53,24	51,92	54,79	53,11	53,79	54,70

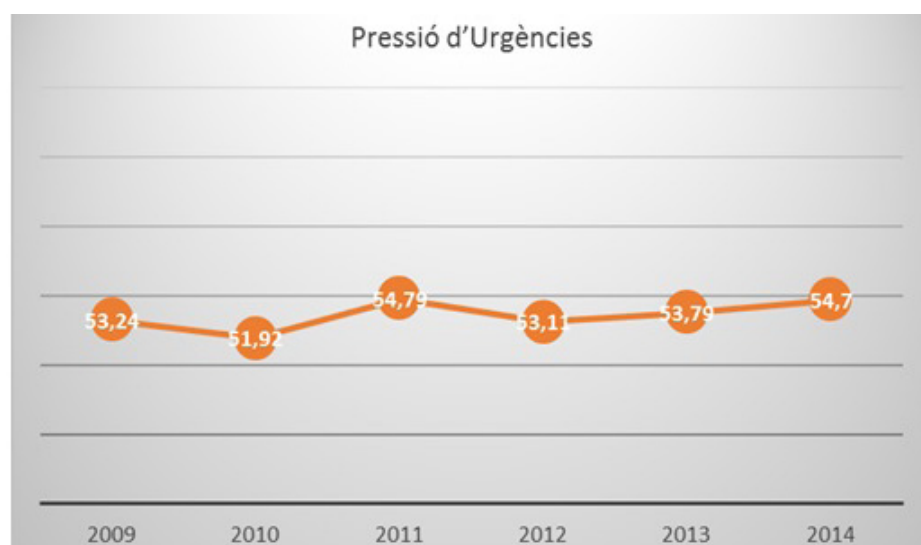


Figura 35: Evolució de la Pressió d'urgències

1.2.- INDICADORS DE QUALITAT

Indicadors de qualitat de gestió

1.2.1.- Temps mitjà de permanència a Urgències

L'evolució del temps de permanència, expressat en hores, dels pacients atesos al SU durant el període 2009-2014 es mostra en la figura 36. El temps mitjà de permanència a Urgències es situa al voltant de les 3:30 i les 4:30 hores (taula 25).

Taula 25. Temps mitjà de permanència a Urgències

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Temps mitjà de permanència	03:38	03:28	03:44	03:41	04:05	04:23

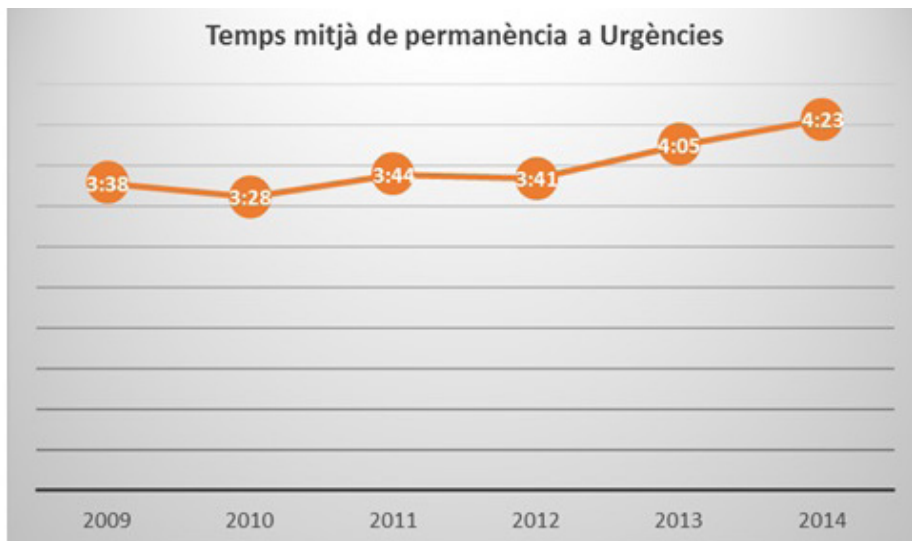


Figura 36: Evolució del Temps mitjà de permanència a Urgències

1.2.2.- Estadets superiors a 24 hores a Urgències

Aquest indicador no s'ha registrat de manera sistemàtica durant el període estudiat i per aquest motiu no ha estat inclòs en aquesta anàlisi.

RESULTATS

1.2.3.- Readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta

L'evolució del nombre de readmissions a Urgències (expressat en %), en el termini de les 72 hores després de l'alta del servei, es reflecteix en la taula 26 (evolució del percentatge global i dels percentatges de readmissions per a cadascun dels subprocessos de l'atenció urgent).

Durant el període 2009-2014 s'observa una reducció significativa del percentatge de readmissions a Urgències, tant en el còmput global, com en els subprocessos d'adults, pediàtric i maternal ($p < 0,01$).

En el subprocés d'adults, el percentatge de readmissions en menys de 72 hores es manté per sota de l'estàndard establert (inferior al 6,5%) durant tot el període.

Taula 26. Readmissions a Urgències (%)

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Global	7,92	7,96	7,90	8,05	7,02	6,76
Adults	4,77	4,56	4,76	5,37	4,50	4,41
Pediàtric	8,82	9,13	9,09	9,14	7,90	7,80
Maternal	20,26	20,3	19,74	18,70	17,90	17,60

La figura 37 mostra l'evolució de l'indicador tant global com per a cada subprocés durant el període 2009 -2014.

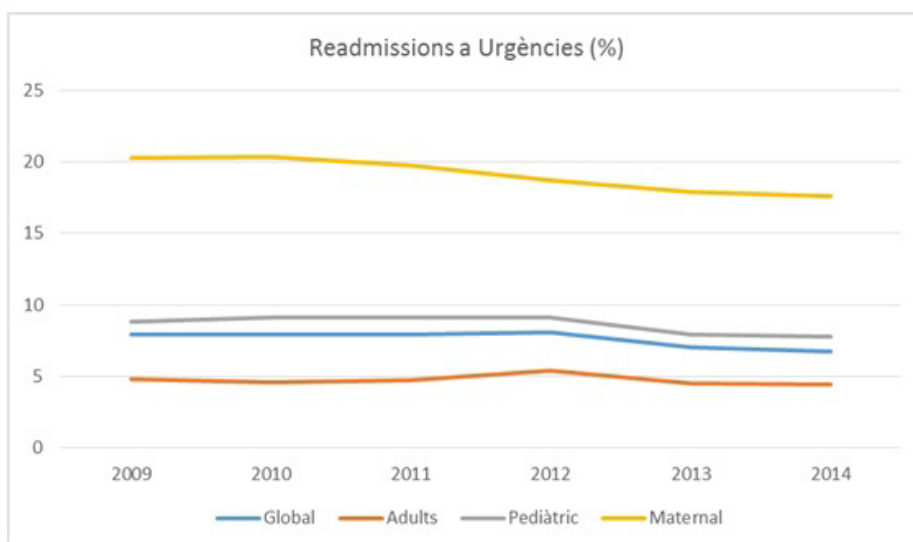


Figura 37: Readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta

1.2.4.- Percentatge de readmissions que precisen ingrés

Durant el període estudiat, aquest indicador no s'ha registrat de manera sistemàtica i per aquest motiu no ha estat inclòs en aquesta anàlisi.

1.2.5.- Percentatge de pacients no visitats

El percentatge de pacients que marxen del SU sense ser atesos es reflecteix en la taula 27 (percentatges per a cadascun dels sub processos de l'atenció urgent, durant el període 2009-2014).

S'observa una reducció significativa en el percentatge de pacients no visitats als sub processos d'adults (de l'1,5% a 0,8%, $p < 0,01$) i maternal (de l'1,8 a l'1%, $p < 0,01$). En el subprocés pediàtric el percentatge de no visitats s'ha mantingut estable i en uns marges molt baixos (0,4 vs 0,5%).

Taula 27. Percentatge de pacients no visitats per sub processos

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Adults	1,5	1,2	1,1	0,9	1	0,8
Pediàtric	0,4	0,3	0,5	0,4	0,6	0,5
Maternal	1,8	1,3	1,4	1,2	1	1

La figura 38 il·lustra l'evolució d'aquest indicador en el període 2009-2014, en cadascun dels sub processos.

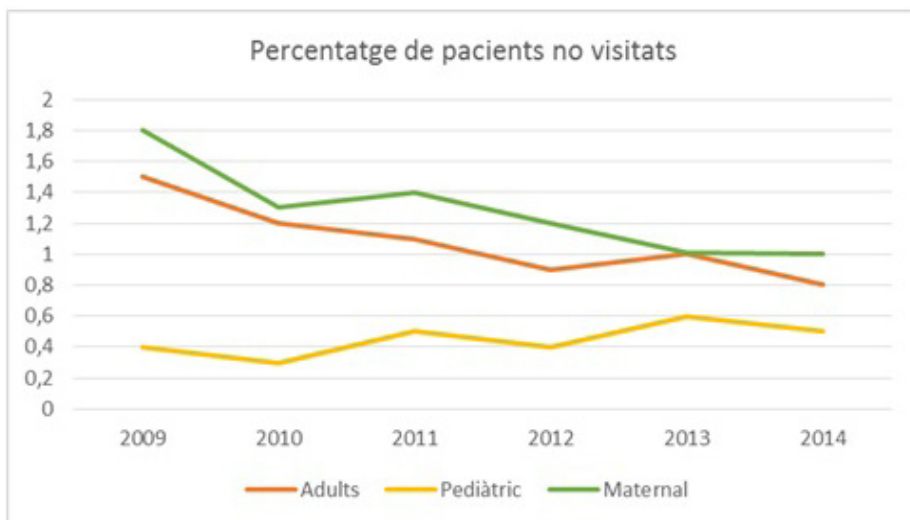


Figura 38: Percentatge de pacients no visitats per a cadascun dels sub processos

RESULTATS

Indicador clínic de qualitat

1.2.6.- Taxa de mortalitat a Urgències

L'evolució de la taxa de mortalitat durant el període 2009-2014 es mostra en la taula 28, on s'observa que els seus valors són similars durant tot el període analitzat, i sempre inferiors a l'estàndard de qualitat recomanat (0,20%).

Taula 28. Taxa de mortalitat a Urgències

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taxa de mortalitat	0,12	0,14	0,16	0,10	0,13	0,11



Figura 39: Taxa de mortalitat a Urgències

Indicador de qualitat de satisfacció

1.2.7.- Nombre de reclamacions de l'àrea d'Urgències

L'evolució del número de reclamacions rebudes al SU durant el període 2009-2014 queda reflectida en la taula 29, on s'observa una disminució significativa ($p < 0,01$) de les mateixes al llarg del període estudiat . En el període 2009-2011, el nombre de reclamacions va ser significativament superior al de les reclamacions rebudes durant el període 2012-2014 (0,12% vs 0,05%, $p < 0,01$).

Taula 29. Nombre de reclamacions de l'àrea d'Urgències

Any	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total d'urgències	110.405	104.328	101.241	99745	99915	104118
Total reclamacions n.º	142	103	123	44	41	57
% respecte al global d'urgències	0,12	0,09	0,12	0,04	0,04	0,05

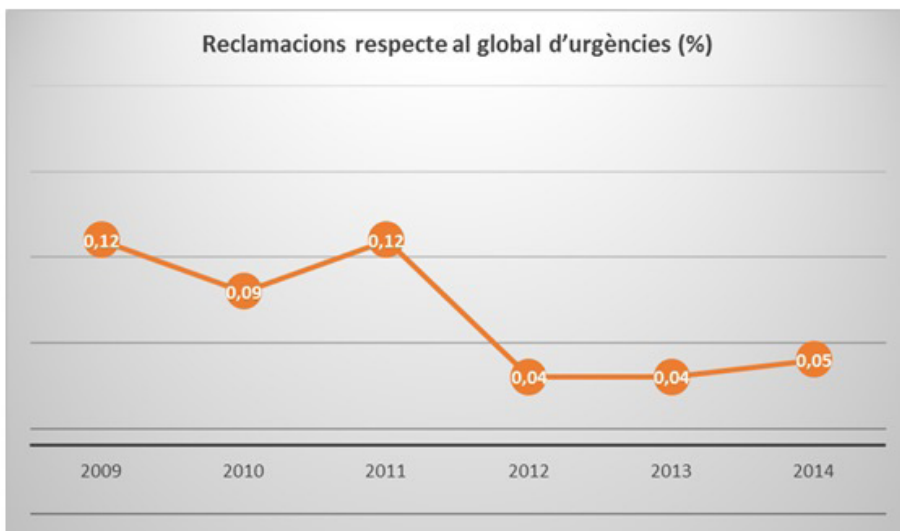


Figura 40: Evolució de les reclamacions a Urgències 2009-2014

2. ENQUESTES DE SATISFACCIÓ DELS USUARIS

2.1.- Enquestes de satisfacció del CatSalut

L'Enquesta de satisfacció d'assegurats del CATSALUT per la línia de servei d'Atenció urgent hospitalària es va dur a terme l'any 2006 per primera vegada i s'ha repetit en els anys 2008 , 2011 i 2013.

En la figura 41 es reflecteixen, en forma de representació gràfica radial, la comparació dels resultats de les enquestes 2011 i 2013 del CatSalut.

Les àrees prioritàries de millora (on el resultat obtingut de respostes positives és inferior al 75%) estan relacionades amb temes d'informació (permís per informar a familiars, explicacions davant de més gent), amb el temps total de permanència a urgències i amb temes estructurals (comodat en la sala d'espera, condicions del lloc d'atenció). En l'enquesta de l'any 2013 els resultats respecte a la satisfacció dels espais físics milloren (respostes positives entre el 75 i 90%).

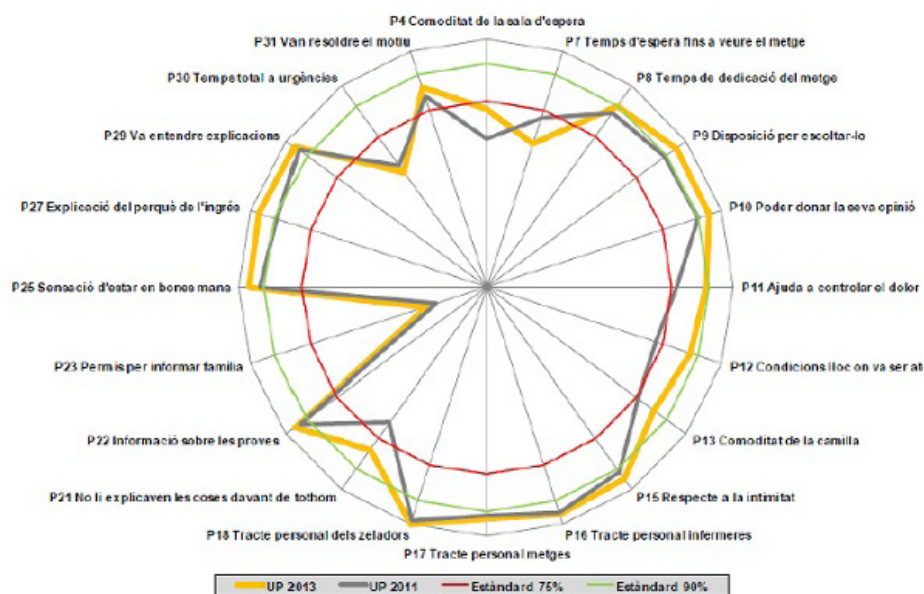


Figura 41: Representació gràfica radial dels resultats del centre 2011 vs 2013

En les enquestes de satisfacció hi ha dues preguntes que es consideren fonamentals i són les que valoren els resultats de satisfacció global i de fidelització al centre.

En aquestes enquestes, el grau de satisfacció global s'avalua amb escala numèrica (de 0 a 10) i es dona com a resultat la mitjana de les valoracions efectuades. La fidelització al centre s'avalua amb el percentatge de respostes d'indicador positiu a la pregunta "tornaria al mateix centre" ?.

Els resultats de satisfacció global i de fidelització al centre de les enquestes del CatSalut es recullen en la taula 30. En la mateixa taula també es reflecteixen els resultats globals dels SUH de Catalunya.

Taula 30. Valoració del Servei d'Urgències del centre segons CatSalut

	2008 HUGTP	2008 Catalunya	2011 HUGTP	2011 Catalunya	2013 HUGTP	2013 Catalunya
Satisfacció global	7,8	7,3	7,7	7,6	8,05	7,64
Tornaria al mateix centre ? (%)	94,8	80,2	91,5	82,8	97	83

Les valoracions atorgades a la pregunta que mesura la satisfacció global són superiors a 7 en els tres anys analitzats i entre el 2008 i el 2013, la valoració de la satisfacció global augmenta (7,8 i 8,05 respectivament) i es manté per sobre de la mitjana de Catalunya (figura 42).

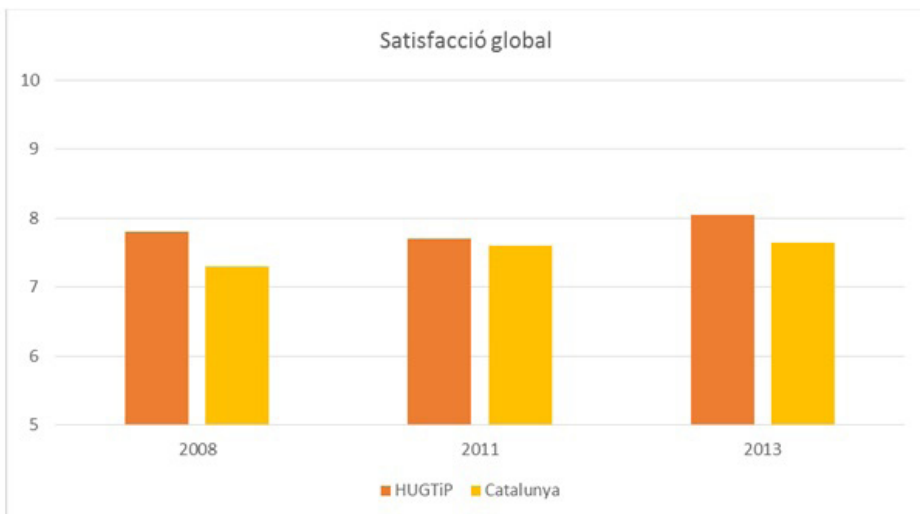


Figura 42: Evolució del grau de satisfacció global. Enquestes CatSalut

RESULTATS

El percentatge d'enquestats que afirmen que tornarien al mateix centre és superior al 90% en totes les enquestes efectuades i es manté més alt que la mitjana de Catalunya (figura 43). Cal ressaltar el resultat de les últimes enquestes realitzades, les de l'any 2013, on el percentatge de fidelització és del 97%, resultat d'excel·lència (>95%).

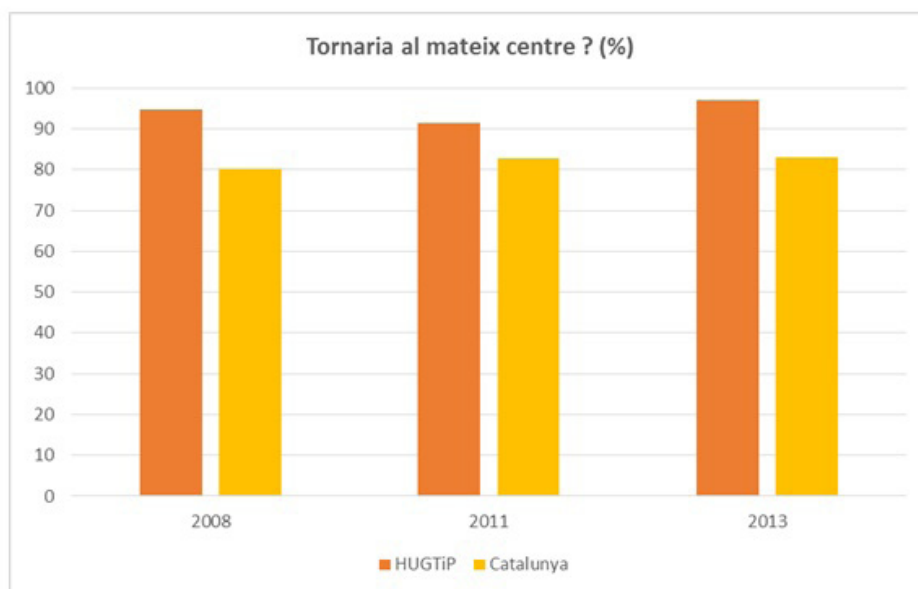


Figura 43: Evolució del grau de fidelització. Enquestes CatSalut

Els resultats obtinguts en les enquestes de satisfacció CatSalut de l'últim any (2013), respecte a les dues preguntes que es consideren fonamentals (grau de satisfacció global i de fidelització al centre), són els millors dels hospitals de l'ICS (taula 31) i es situen molt per sobre de la mitjana de Catalunya.

Taula 31. Resultat de les enquestes de CatSalut 2013

Indicadors de satisfacció en l'atenció urgent hospitalària

	Hospital Arnau de Vilanova	Hospital de Bellvitge	Hospital Germans Trias	Hospital Joan XXIII	Hospital Josep Trueta	Hospital Vall d'Hebron	Hospital Verge de la Cinta	Hospital de Viladecans
Grau de satisfacció global	7,48	7,98	8,05	7,52	7,51	7,54	7,70	7,79
Fidelitat (%)	80,6	91,3	97,0	85,1	82,0	85,6	84,7	85,0

2.2.- Enquestes internes de satisfacció d'Urgències

L'anàlisi de les enquestes internes de satisfacció d'Urgències, permet identificar les àrees de millora i també les àrees d'excel·lència del SU del HUGTP.

En la figura 44 es reflecteixen, en forma de representació gràfica radial, els resultats d'aquestes enquestes internes dels anys 2011 i 2012.

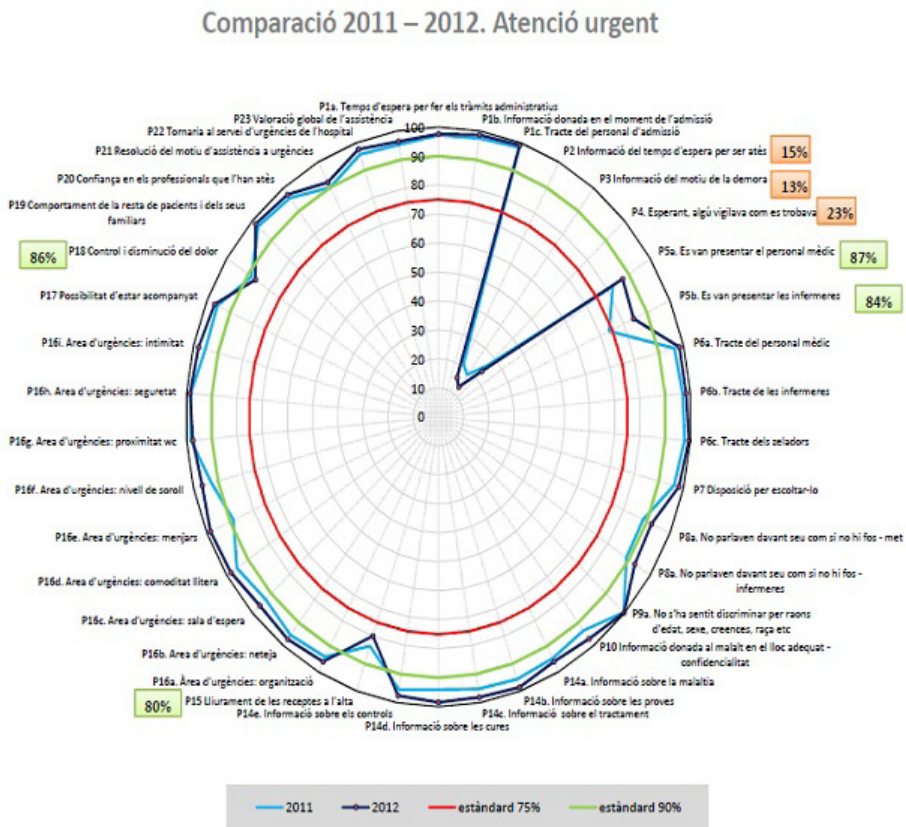


Figura 44: Representació gràfica radial dels resultats del SU del HUGTP 2011 vs 2012 (enquestes internes)

Les àrees prioritàries de millora (on el resultat obtingut de respostes positives és inferior al 75%) estan relacionades amb temes d'informació abans de ser atesos (temps d'espera fins veure el metge, informació sobre el motiu de la demora) i amb temes de seguretat clínica mentre els pacients romanen a la sala d'espera.

Altres àrees susceptibles de millora (on el resultat obtingut de respostes positives es troba entre el 75 i el 90%) es concentren

RESULTATS

en aspectes organitzatius i en l'adequació de la informació que es dóna en el SU.

Les àrees d'excel·lència (més del 90% de respostes positives a l'enunciat) són majoritàries i estan relacionades, fonamentalment, amb aspectes relatius a l'atenció rebuda, al tracte dels professionals i a la comunicació durant el procés assistencial.

En les enquestes internes realitzades fins l'any 2012, les dues preguntes que es consideren fonamentals, el grau de satisfacció global i la fidelització al centre, s'avaluen amb el percentatge de respostes d'indicador positiu a les preguntes:

- Quina valoració global faria de l'assistència rebuda a Urgències?
- Si pogués triar, tornaria a les Urgències d'aquest hospital?

La taula 32 i la figura 45 mostren el resultat del grau de satisfacció global en el període 2009-2012.

Taula 32. Valoració del Servei d'Urgències. Enquestes internes 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
	n: 177	n: 534	n: 539	n: 589
Grau de satisfacció global *	92,1%	95,2%	95,2%	96,3%

n: número de persones enquestades

Més del 90% de les persones enquestades atorguen valoracions positives a la pregunta que mesura la satisfacció global en tots els anys analitzats (nivell d'excel·lència) i des del 2009 fins el 2012, el grau de satisfacció global s'incrementa de forma significativa (92,1% vs 96,3%, $p < 0,01$).



Figura 45: Evolució del grau de satisfacció global. Enquestes internes 2010-2012

A partir de l'any 2013 l'Hospital treballa les enquestes internes de manera coordinada amb el CatSalut (enquestes internes en línia). És a partir de llavors que el grau de satisfacció global s'avalua amb escala numèrica (de 0 a 10) i es dona com a resultat la mitjana de les valoracions efectuades (taula 33 i figura 46).

Taula 33. Enquestes internes en línia. 2013- 2014

	2013	2014
	n: 293	n: 150
Grau de satisfacció global*	7,96	7,91

n: número de persones enquestades

* : avaluat amb escala numèrica.

Les valoracions atorgades a la pregunta que mesura la satisfacció global són superiors a 7,9 en tots els anys analitzats i es mantenen per sobre de la mitjana de Catalunya.



Figura 46: Evolució del grau de satisfacció global. Enquestes internes 2013-2014

El resultat obtingut respecte de la fidelització al centre (percentatge de respostes d'indicador positiu), en el període 2009-2014, es reflecteix en la taula 34 i la figura 47.

Taula 34. Resultats de fidelització al centre 2009-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	n: 177	n: 534	n: 539	n: 589	n: 293	n: 150
Tornaria al mateix centre ?	91,7%	95,4%	95,7%	97,6%	94,9%	96%

n: número de persones enquestades

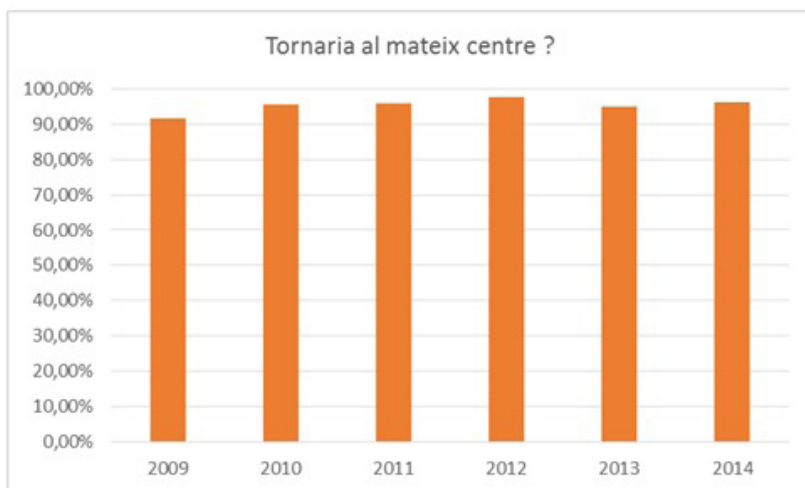


Figura 47: Evolució del % de respostes positives a "tornaria al mateix centre?". Enquestes internes

El percentatge d'enquestats que afirmen que tornarien al mateix centre és, a partir del 2010, superior al 95% (mitja de Catalunya 80,2%) i del 2009 al 2014 s'observa un augment de fidelització al centre, estadísticament significatiu, (91,7% vs 96%, $p < 0,05$).

DISCUSSION

El **nombre d'urgències ateses** en els SUH ha augmentat en els últims anys en l'Estat Espanyol, segons descriu la bibliografia^{13,19,63,64}. L'envelliment de la població, l'accessibilitat dels SUH, les expectatives (o confiança) en l'atenció hospitalària, la demora en l'atenció electiva i la cultura de la immediatesa, entre d'altres, són motius proposats per explicar aquest creixement^{13,63,64}. A Catalunya, s'observa un descens progressiu del nombre d'urgències ateses en els SUH de 2009 a 2012. Cal tenir en compte que l'any 2009 va ser l'any de l'epidèmia de la grip i que van augmentar les urgències en tots els centres. En els anys 2013-2014 s'objectiva un increment de la utilització dels SUH, amb un ritme de creixement situat al voltant del 4% anual en la majoria de centres^{15,17,19}.

L'evolució del nombre d'urgències ateses en el SU de l'HUGTP segueix la tendència de la majoria d'hospitals catalans, amb un descens progressiu del número d'urgències de l'any 2009 al 2012 i un canvi de tendència a partir de l'any 2013, en el que es registra un increment de l'afluència de pacients que es manté fins el 2014. Tot i així, en el nostre centre cal destacar que, globalment, s'observa un descens del 5,7% del número d'urgències ateses des del 2009 al 2014 i, malgrat el creixement de les urgències en els dos últims anys, la xifra d'urgències ateses l'any 2014 és menor a la de l'any 2010 (disminució d'un 0,20%). Aquest comportament es pot atribuir, en part, a les accions desenvolupades sobre els fluxos d'entrada amb la implementació del procés d'atenció urgent.

Tenint en compte que el 70 – 80% de les consultes als SUH són per iniciativa pròpia^{63,65} es discuteix la conveniència d'instaurar mesures per regular la demanda a l'entrada. Tanmateix, hi ha accions de millora que s'han demostrat eficaces a l'hora de disminuir la demanda inadequada^{19,23}, generada per l'ús inapropiat del SU, tant des del propi hospital com des d'altres àmbits (atenció primària, altres hospitals, residències, entre d'altres). En aquest sentit, cal destacar les accions de millora implantades en l'HUGTP, fonamentalment les relacionades amb la reconducció de la demanda interna inadequada cap el dispositiu assistencial adient. La potenciació de dispositius que faciliten l'assistència preferent (consultes de diagnòstic ràpid, hospitals de dia, entre d'altres) ha contribuït a regular els fluxos de pacients derivats a urgències des del propi hospital, evitant així l'ús indegut del SU.

DISCUSSIÓ

Així mateix, les accions desenvolupades en col·laboració amb l'AP (Protocols de derivació de pacients a urgències i guies de maneig ambulatori) i amb altres hospitals de la zona (protocols de coordinació de derivació de pacients) també han contribuït a la disminució de la demanda urgent hospitalària inadequada.

La distribució de la demanda assistencial per especialitats és variable segons cada centre, però en general hi ha un predomini de consultes mèdiques i traumatològiques, seguides de les pediàtriques, ginecològiques i quirúrgiques¹⁷. En el SU de l'HUGTP la mitjana diària d'urgències per especialitat situa a les consultes mèdiques en el primer lloc, seguides de les urgències pediàtriques i de les urgències de traumatologia.

En el cas de les urgències mèdiques dels SUH, en els últims anys s'ha observat un increment de dos perfils determinats de pacients: els pacients geriàtrics fràgils i els pacients oncològics. En el SU de l'HUGTP també s'ha objectivat aquest fet.

Els malalts geriàtrics que presenten pluripatologia, denominats també malalts *fràgils*, representen entre l'1 i el 1,5% de la població. Malgrat l'estratègia de millora prevista en el Pla de Salut de Catalunya 2011-2015⁶⁶ en l'atenció d'aquests pacients, els ancians fràgils són remesos als SUH per aguditzacions de processos crònics que molts cops no necessiten d'atenció urgent hospitalària⁴². Per poder revertir aquesta tendència, caldria reforçar l'atenció en el domicili o residència del pacient, evitant desplaçaments innecessaris als serveis d'urgències. Així mateix, caldria desplegar el Programa d'atenció als pacients institucionalitzats a les residències sociosanitàries del territori, lligat amb la gestió de cassos i coordinar les intervencions dels diversos dispositius, per tal d'evitar els ingressos i reingressos a centres hospitalaris d'aguts, sempre que no sigui necessari.

En el cas dels pacients oncològics, l'increment de la supervivència va associat, en molts casos, a la presentació de complicacions que difícilment es poden resoldre en l'àmbit de l'AP. Aquest fet, pot explicar la major freqüentació dels SUH per part d'aquests pacients i posa de manifest la manca de circuits específics d'atenció més adaptats a la seva idiosincràsia i a les seves necessitats.

En el SU de l'HUGTP s'observa també un increment en el número d'urgències de Neurologia i de Neurocirurgia, que es pot atribuir a l'increment del terciarisme del centre a partir de la implantació del Codi Ictus.

En el cas de les urgències pediàtriques, l'increment d'afluència descrit a la majoria de SUH pot estar relacionat amb la disminució del número de punts d'atenció pediàtrica en la xarxa de l'AP i amb la cultura de la immediatesa, que en el cas de pediatria és, a més, "hospitalcèntrica". Actualment per a la majoria dels pares, els SUH han perdut el sentit fonamental de la seva existència (l'atenció urgent als nens) i han esdevingut en una consulta de 24 h per atendre qualsevol tipus de dubte, a qualsevol hora i per descomptat, de manera ràpida i eficaç.

Nombre d'urgències ateses per franja horària. L'afluència als SUH no és uniforme al llarg del dia, segueix una corba de distribució horària prou típica, que es reproduïx amb petites variacions en la majoria dels centres hospitalaris^{4,17,19}. Durant el període nocturn hi ha una baixa afluència. A partir de les 8 hores, hi ha un increment progressiu fins a un primer pic cap a les 11-12 h, i un segon, menys marcat, cap a les 16-17 h, per després decreixer progressivament durant la tarda. L'observació d'aquest comportament "bifàsic", anomenat també distribució en "gepa de dromedari", indica que els horaris de consulta estan determinats, majoritàriament, no per la presentació clínica de la situació urgent, sinó per determinats ritmes socials, com són l'horari laboral i el dels àpats.

En el SU de l'HUGTP, el comportament de la distribució horària de les urgències pels subprocessos d'adults i pediàtric és semblant al descrit per a la majoria de centres, fins l'any 2012. En els anys 2013-2014, s'observa un canvi de comportament en ambdós subprocessos, amb una afluència mantinguda de 8 a 22h i un discret descens entre les 14 i les 16 hores. La distribució horària de les urgències maternals té un comportament diferent a la dels altres subprocessos, presentant un pic a primera hora del matí.

Aquesta variació de l'afluència de consultes urgents en relació a la distribució horària també es reflecteix en la distribució del **percentatge d'urgències ateses per torn** en el SU de l'HUGTP. Globalment, es pot observar que el torn de matí és el que atén major número d'urgències fins l'any 2012. A partir del 2013, hi

ha una disminució significativa dels pacients atesos en torn de matí i un increment dels visitats en torn de nit. Aquest comportament s'observa en els subprocessos d'adult i pediàtric i no en el subprocés maternal en el que s'objectiva un clar predomini de l'atenció durant el torn de matí.

Nombre d'urgències ateses per dia de la setmana. La distribució de les urgències ateses en els diferents dies de la setmana tampoc és regular i, tot i que varia segons els centres, hi ha dies d'una clara major aflluència, fonamentalment els dilluns^{15,17}. En el SU de l'HUGTP el dilluns també és el dia amb major nombre d'urgències ateses de manera global. Tanmateix, el subprocés pediàtric presenta un comportament molt diferent, amb una major aflluència en cap de setmana, essent el diumenge el dia de la setmana amb el registre d'urgències més elevat.

Aquesta aflluència variable de les urgències implica que s'hagin de planificar els recursos dels SUH amb una certa flexibilitat, per adaptar-los a les necessitats determinades pels fluxos d'entrada.

Destinació dels pacients a l'alta. Els pacients donats d'alta del SU de l'HUGTP, durant el període analitzat, presenten una destinació majoritària: al voltant del 82% dels pacients són donats d'alta a domicili. Aquest resultat és concordant amb el descrit en la majoria de referències bibliogràfiques^{17,67,68}. Com a tret diferencial, en el nostre treball s'observa, a partir de l'any 2010, un increment significatiu de la **Taxa de trasllats a altres centres**. Aquest fet es pot atribuir a les mesures implantades per millorar la sortida del SU, entre les que destaquem la implantació del circuit de derivació de pacients a la Unitat de subaguts i la protocolització dels circuits de derivació de pacients a altres hospitals de la nostra zona. Com en altres SUH, les accions encaminades a potenciar la coordinació externa han millorat el drenatge del SU^{42,59}.

D'altra banda, en el nostre centre, l'ingrés en unitats especials des d'urgències, presenta un comportament decreixent en els dos últims anys. Aquest fet es pot atribuir, almenys en part, a la implementació dels diferents codis (codi ictus, codi IAM, codi politrauma ...) que comporta l'ingrés directe dels pacients, des d'altres centres, a les unitats especials.

El **percentatge d'urgències ingressades** registrat en el nostre SU, des de 2010 fins a 2014, se situa en el límit inferior de l'estàndard

establert per als hospitals d'alta tecnologia (12-14%)³². En el manteniment del resultat d'aquest indicador han estat elements primordials les accions de millora relacionades amb l'adequació del criteri d'ingrés, la protocolització de circuits ambulatoris, l'augment de l'ús de les alternatives a l'hospitalització convencional i l'increment de la taxa de trasllat a altres centres.

Pressió d'Urgències. Els SUH són la porta d'entrada de molts pacients en la majoria dels centres. En l'estudi multicèntric de Montero et al⁶¹, la pressió d'urgències mitjana va ser del 61%. Això significa que més de la meitat dels pacients ingressats en els nostres hospitals provenen d'urgències. Aquesta pressió d'urgències estableix, en molts centres, una autèntica "competència" pels llits hospitalaris amb els ingressos programats, tant mèdics com quirúrgics. Per disminuir l'impacte que genera l'elevada pressió d'urgències en el funcionament dels centres, sobretot en l'activitat programada dels procediments quirúrgics, la majoria d'autors recomanen mantenir una pressió d'urgències al voltant del 50-55%^{17,56}, malgrat que actualment encara no hi ha consens per establir l'estàndard d'aquest indicador. En el nostre centre, la *pressió d'urgències* es manté inferior al 55% durant tot el període estudiat. Les mesures de gestió hospitalària global, fonamentalment la política d'ingressos, el manteniment del percentatge d'urgències ingressades i l'augment de la taxa de pacients traslladats a altres centres han contribuït, sens dubte, en el resultat d'aquest indicador.

El **temps mitjà de permanència a urgències** ha augmentat un 20% en el nostre hospital, durant el període 2009-2014. Aquest comportament s'ha observat en la majoria dels hospitals terciaris^{69,70} i hi ha autors que ho relacionen amb la disminució de les readmissions a urgències en menys de 72 hores després de l'alta⁷¹. En aquest context, l'estàndard recomanat per aquest indicador ha estat motiu de debat^{69,70}. Actualment, es recomana que cada centre estableixi el seu estàndard en funció del "històric" registrat al llarg dels anys⁷⁰. En el nostre treball, l'increment del *temps mitjà de permanència a urgències* pot estar relacionat amb diversos factors. D'una banda, amb l'increment de la utilització de circuits ambulatoris i amb l'augment de pacients traslladats a altres centres. En ambdós casos cal garantir la seguretat clínica, fet que sovint va lligat a un augment del temps d'evolució del pa-

cient abans de l'alta del SU⁵³. D'altra banda, amb les limitacions dels sistemes d'informació: en el nostre hospital, les estades dels pacients en l'àrea d'observació del SU es registren com estades a urgències. A més a més, el temps mitjà de permanència a urgències presenta un biaix ja que els pacients "pendents d'ingrés" es registren com hospitalitzats tot i que romanguin al SU. Tot això fa que aquest indicador no reflecteix ni l'estada real dels pacients ni l'ocupació del SU.

Cal considerar, també, que el temps mitjà de permanència global no mesura el temps de demora fins l'atenció del pacient. La detecció i mesura d'aquest temps és imprescindible per garantir la qualitat del procés, atenent a l'aforisme "el malalt de més risc és el que no s'ha visitat". Paral·lelament, per poder garantir el temps d'inici d'assistència, en concordança amb el nivell de gravetat, cal que el 95% dels pacients siguin classificats en un temps inferior als 10 minuts. Així doncs, resulta imprescindible incorporar els diferents temps del procés d'atenció urgent en el QCU, tal i com suggereixen Montero et al⁶¹.

El **percentatge de readmissions a urgències en menys de 72 hores després de l'alta** permet saber quants pacients tornen al SUH i també analitzar el motiu de reconsulta. Respecte al valor de referència d'aquest indicador hi ha una gran variabilitat en la bibliografia^{35,38,71}. L'any 2007, la SEMES va establir com a estàndard un percentatge inferior al 6,5% dels pacients atesos (incloent-t'hi les readmissions per qualsevol motiu).

En el SU de l'HUGTP aquest percentatge presenta una reducció significativa de 2009-2014, tant en les urgències globals, com en els subprocessos d'adults, pediàtric i maternal. Igual que en altres experiències^{18,61,71}, les accions implementades per a la reducció de circuits interns cap al dispositiu assistencial adequat, així com la implantació de dispositius que permeten un control precoç després de l'alta del SU, expliquen el resultat aconseguit. Tot i així, l'indicador està lleugerament per sobre de l'estàndard recomanat en el global del PAU, degut fonamentalment a l'elevat percentatge de readmissions del subprocés maternal, fet que requerirà plantejar noves accions de millora.

Percentatge de pacients no visitats. El percentatge de pacients que marxen del SU sense ser atesos es manté per sota

de l'estàndard establert (inferior al 2% de les urgències ateses) durant tot el període analitzat. Tot i això, cal ressaltar que en els subprocessos d'adults i maternal s'observa una reducció significativa en el percentatge de pacients no visitats, fet que es pot atribuir a les millores del SU, fonamentalment les relacionades amb la posta en marxa de les noves urgències, que van permetre la diferenciació dels circuits assistencials en funció del nivell de gravetat assignat amb el triatge inicial.

La taxa de mortalitat a Urgències. Tot i que l'atenció a pacients amb aturada cardiorespiratòria (ACR), politraumatisme, síndrome coronària aguda i malaltia cerebrovascular aguda, entre altres processos greus, comporta un cert índex de mortalitat primerenca a l'àrea d'urgències, la mortalitat global en els SUH és baixa. Si s'inclouen les consultes pediàtriques i traumatològiques, s'ha estimat que la *taxa de mortalitat a Urgències* ha de ser inferior al 0,20%^{72,73,74,75}. En el SU de l'HUGTP aquesta taxa és manté inferior a l'estàndard de qualitat recomanat durant tot el període analitzat. No obstant, també s'ha observat que en moltes de les defuncions de l'àrea mèdica, els pacients tenien greus malalties de base (neoplàsiques, cardíques o respiratòries) que feien la mort previsible en el moment de la consulta al SU. Malgrat que aquesta tendència es recull en la bibliografia^{17,76}, en aquests casos seria desitjable, tant pel pacient i els familiars com pel propi SU, que l'últim episodi es conduís de forma diferent. Un SUH no és probablement la millor opció per a aquestes situacions. En aquest context, es fa necessària la incorporació de la taxa de mortalitat evitable, com a indicador de qualitat.

Pel que respecta a l'*indicador de qualitat de satisfacció dels pacients*, s'observa una disminució estadísticament significativa en l'evolució del **percentatge de reclamacions rebudes al SU** durant el període 2009-2014. Les accions de millora respecte a mesures de gestió interna i organització en el SU s'han mostrat útils en aquest sentit, segons es descriu en la bibliografia^{11,12}. En el SU del nostre hospital, la potenciació de la figura de la facilitadora, amb l'ampliació del seu horari (de 8 a 22 h) en els dies laborables, ha estat un element clau per reduir el número de reclamacions del SU. De la mateixa manera, la implantació del Protocol d'informació a urgències i la formació dels professionals del SU en habilitats comunicatives han suposat la millora en la

DISCUSSIÓ

informació als pacients, fet que ha contribuït en gran mesura a la disminució de les reclamacions.

En els resultats de les **Enquestes de satisfacció del CatSalut** la valoració de la satisfacció global del SU de l'HUGTP augmenta progressivament i la fidelització aconsegueix un resultat d'excel·lència (97%) en l'última enquesta efectuada. Aquestes enquestes presenten dues limitacions importants: són bianuals i la mostra enquestada de cada hospital és petita^{22,77}. No obstant això, permeten la comparació amb la resta de SUH de Catalunya. En aquest sentit, cal ressaltar els resultats obtinguts pel SU de l'HUGTP en les enquestes de l'últim any (2013) que són els millors dels vuit hospitals de l'ICS i es situen molt per sobre de la mitjana de Catalunya.

Els resultats de les **Enquestes internes de satisfacció d'urgències**, en les dues preguntes fonamentals (satisfacció global i fidelització amb el centre), es mantenen en l'àrea d'excel·lència a partir de l'any 2010 i amb una tendència creixent de fidelització amb el SU del centre, estadísticament significativa. El valor afegit d'aquestes enquestes ve donat per la seva periodicitat (mensual) i per l'àmplia mostra de persones enquestades (600 enquestes/any). L'anàlisi d'aquestes enquestes ha permès identificar les àrees prioritàries de millora, en un termini de temps adequat i plantejar accions per millorar els resultats. Les accions que han contribuït a augmentar la satisfacció dels pacients amb el SU del nostre hospital són múltiples i diverses però considerem que han estat clau les millores estructurals, amb l'apertura de les noves urgències l'any 2012, la millora del funcionament intern del SU amb la implantació del PAU i la millora de la informació als pacients i familiars.

CONCLUSIONS

1.- La implementació del Procés d'Atenció Urgent ha millorat el funcionament i l'eficàcia del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol com ho demostra l'evolució dels resultats dels indicadors d'activitat següents:

- El nombre d'urgències ateses l'any 2014 és menor al de l'any 2010 (disminució d'un 0,20%).
- El percentatge d'urgències ingressades registrat en el SU es manté en el límit inferior de l'estàndard establert per als hospitals d'alta tecnologia, fet que ha estat fonamental en el manteniment de la pressió d'urgències per sota del 55%.
- La taxa de trasllats de pacients a altres centres presenta un increment significatiu fet que ha afavorit el drenatge del SU.

2.- L'aplicació de les accions de millora del Procés d'Atenció Urgent ha augmentat la qualitat assistencial, fet reflectit en l'evolució dels indicadors de qualitat:

- El percentatge de readmissions a urgències en menys de 72 hores després de l'alta presenta una reducció significativa, tant en les urgències globals com en els subprocessos d'adult, pediàtric i maternal ($p < 0,01$).
- El percentatge de pacients que marxen del Servei d'Urgències sense ser atesos es manté per sota de l'estàndard establert (inferior al 2% de les urgències ateses) i, a més, en els subprocessos d'adults i maternal s'ha reduït de manera significativa.
- La taxa de mortalitat es situa en un 0,11%, inferior a l'estàndard de qualitat recomanat ($< 0,20\%$).
- L'evolució del percentatge de reclamacions rebudes al Servei d'Urgències presenta una disminució significativa ($p < 0,01$). El número de reclamacions passa de 142, l'any 2009, a 57 l'any 2014 i el percentatge de reclamacions esdevé d'un 0,05%, molt per sota de l'estàndard establert (0,20%).

CONCLUSIONS

3.- La millora del funcionament del Servei d'Urgències, després de la implantació del Procés d'Atenció Urgent, ha augmentat la satisfacció dels pacients:

- Els resultats de les enquestes de satisfacció dels usuaris demostren que la satisfacció global i la fidelització amb el Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol aconsegueixen el nivell d'excel·lència i es situen molt per sobre de la mitjana de Catalunya.

BIBLIOGRAFIA

1. Empanan C. Reengineering health procedures. *Rev Calid Asist* 2009; 24: 237-238.
2. Fusté J, Argimon JM, De Peray JLI. Criterios de planificación según tipos de servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud pública: tendencias sobre desarrollo y adecuación de servicios e integración asistencial. *Med Clin (Barc)* 2008; 131: 36-41.
3. Department of Health. Transforming Emergency Care in England. London: Department of Health; 2004.
4. Moreno Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. *Emergencias*. 2008; 20:276-284.
5. Berlango Jiménez A, Jiménez Murillo L, López Pérez J, Calderón de la Barca Gázquez JM, Llamas Fuentes R, Torres Murillo J. Gestión por procesos en urgencias. *Todo Hospital* 2003; 198: 471-478.
6. Ruiz López P, Martínez Hernández J, Alcalde Escribano J. Gestión de procesos en el hospital Universitario 12 de Octubre. *Rev Adm Sanit* 2006; 4 (2): 233-249.
7. Ferrándiz Santos J, Rodríguez Balo A. El diseño de la calidad. La gestión por procesos. *JANO* 2004; 66: 69-72.
8. Costa Estany JM. Benchmarking de procesos. *Rev Calid Asist* 2008; 23:1-2.
9. Jiménez Murillo L, Ayuso Baptista F, Iglesias Vázquez JA. Transformación del modelo tradicional de sistema integral de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003; 15:4-6.
10. Alcaraz Martínez J, Lorenzo Martínez S, Fariñas Álvarez C, Fernández González B, Calvo Pérez A, González Pérez M. Benchmarking en el proceso de urgencias entre siete hospitales de diferentes comunidades autónomas. *Rev Calid Asist* 2011; 26: 285-291.
11. Carbonell Torregrosa MA, Girbés Borràs J, Calduch Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias* 2006; 18: 30-35.

BIBLIOGRAFIA

12. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en el servicio de urgencias. Comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med. Clin.* 2001; 116: 92-97.
13. Zaragoza Fernández M, Calvo Fernández C, Saad Saad T, Morán Portero FJ, San José Pizarro S, Hernández Arenillas P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2009; 21: 339-345.
14. Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*. 2011; 23:59-64.
15. Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez FJ. Estudio SUHCAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias* 2014; 26:35-40.
16. Memoria de l'Institut Català de la Salut 2014.
<http://www.gencat.cat/ics/>
17. Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(18):711-716.
18. Juan Pastor A, Enjamio E, Moya C, García Fortea C, Castellanos J, Pérez Mas JR, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias* 2010; 22:249-253.
19. Aranaz Andrés JM, Martínez Noguerras R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 615-618.
20. Jiménez S, Aguiló S, Antolín A, Coll-Vinent B, Miró O, Sánchez M. Hospitalización a domicilio directamente desde Urgencias: una alternativa eficiente a la hospitalización convencional. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137: 587-590.
21. Juan A, Salazar A, Alvarez A, Pérez JR, García L, Corbella X. Effectiveness and safety of an emergency department short-stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalisation. *Emerg Med J.* 2006; 23:833-837.
22. Aguado Blázquez H, Cerdà Calafat I, Argimón Pallàs JM, Murillo Fort C, Canela Soler J. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut- PLAENSA. Estrategias para incorporar la

- percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Med Clin (Barc)* 2011; 137: 55-59.
23. A. Carreres. Impacte de l'aplicació d'accions de millora en el Servei d'urgències d'un hospital terciari. Indicadors de resultats. Tesis doctoral per la UAB. Badalona, 2013.
<https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2013>.
 24. Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut.
 25. Decret 13/2009, de 3 de febrero. Estatuts de l'ICS.
 26. Decret 258/2007, de 27 de novembre pel qual s'estableixen, amb caràcter provisional fins que s'aprovin els estatuts i normes de desplegament de la Llei de l'ICS, normes organitzatives de l'ICS.
 27. Gerència territorial metropolitana nord. Memòria 2014. ICS.
 28. Memòria ICS-GTiP 2014.
<http://www.gencat.cat/ics/germanstrias/index.htm>
 29. HUGTP. Memòria de Qualitat 2009 - 2010.
 30. HUGTP. Pla estratègic 2008-2010.
 31. DOGC 1470/1991, de 22 de juliol, concert entre la Universitat Autònoma de Barcelona i l'Institut Català de la Salut.
 32. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. <http://www.msps.es>.
 33. Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, 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.
 34. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Estándares de acreditación para Servicios de Urgencias de hospitales. 2ª ed. Madrid: Grupo SANED; 2008.
 35. Clemente Rodríguez C, Aranda Cárdenas D, Puiggalí Ballart M, Puente Palacios I. Indicadores de calidad en urgencias. *Emergencias* 2011; 23:497-498.
 36. Department of Health. A&E Quality indicators. Implementation guidance. London: Department of Health; 2010.

BIBLIOGRAFIA

37. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomàs S. Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 2001 (BRO1/2001).
38. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Manual de indicadores de calidad para los Servicios de Urgencias de hospitales. 2ª ed. Madrid: SANED; 2009.
39. Jarrod M, Carretero J, Closa R, Allué X. La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. *Emergencias*. 2006; 18: 215-218.
40. Aguado H, Artigas M, Agustí E, Saura RM, Ribalta A, Suñol L. Pla d'enquestes de satisfacció dels assegurats de CatSalut. *Annals de Medicina* 2005; 88: 98-100.
41. González N, Quintana JM, Bilbao A, Escobar A, Aizpuru F, Thompson A et al. Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 465-472.
42. Dainty P, Elisabeth J. Timely discharge of older patients from hospital: Improving the process. *Clin Med* 2009; 9: 311-314.
43. Juan Pastor A. Las dificultades de organizar un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2013; 25: 81-82.
44. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias* 2008; 20: 48-53.
45. Proposta del Model d'atenció urgent a l'ICS. (Àmbit hospitalari, Visió a Territori). Institut Català de la Salut 2008.
46. Juan Pastor A, Manjón S. La jerarquización de los servicios de urgencias hospitalarios como condición necesaria para la mejora continua. *Emergencias* 2014; 26: 484-488.
47. Miró O, Sánchez M, Espinosa G, Coll-Vinent B, Bragulat E, Milla J. Analysis of patient flow in the emergency department and the effect of an extensive reorganization. *Emerg Med J*. 2003; 20: 143- 148.

48. Espinosa G, Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Effects of external and internal factors on emergency department overcrowding. *Ann Emerg Med.* 2002; 39:693-695.
49. Gómez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triaje estructurado. *Emergencias.* 2006; 18: 156-164.
50. Gómez Jiménez J, Boneu F, Becerra O, Albert E, Ferrando JB, Medina M. Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web_e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias* 2006; 18: 207-214.
51. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de triaje (SET). Madrid. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) 2004.
52. Sánchez M. Importancia de las vías clínicas en la práctica clínica diaria. *Emergencias.* 2008; 20:78-80.
53. Bañeres J. La seguridad en los servicios de urgencias. *Emergencias* 2010; 22:81-82.
54. Geary U, Kennedy U. Toma de decisiones clínicas en Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias.* 2010; 22:56-60.
55. Wertheimer B, Jacobs RE, Bailey M, Holstein S, Chatfield S, Ohta B et al. Discharge before noon: An achievable hospital goal. *J Hosp Med* 2014; 9: 210-214.
56. Salazar A. Gestión centralizada de los ingresos hospitalarios: modelo de priorización de las camas. *Emergencias.* 2008; 2:1-3.
57. Jiménez S, Antolín A, Aguiló S, Sánchez M. Hospitalización a domicilio directamente desde Urgencias: una opción posible y eficiente. *Med Clin (Barc).* 2010; 134: 88-89.
58. Salazar A, Estrada C, Porta R, Lolo M, Tomás S, Alvarez M. Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from emergency department. *Eur J Emerg Med.* 2009; 16:121-123.

BIBLIOGRAFIA

59. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: A systematic review. *Ann Intern Med* 2012; 18: 417-428.
60. García Bermejo P, Mínguez Platero J, Ruiz López JL, Millán Soria J, Trescoli Serrano C, Tarazona Ginés E. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. *Emergencias* 2008; 20: 8-14.
61. Montero-Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Quero Espinosa FB, Gracia García F, Roig García JJ. Gestión clínica de un servicio de urgencias hospitalario mediante un cuadro de mando asistencial específico. *Emergencias* 2012; 24:476-484.
62. Cabañas JG, Scholer MP, Tintinalli J. Informática en Medicina de Urgencias y Emergencias: Gestión de la información y aplicaciones en el siglo XXI. *Emergencias*. 2009; 21:354-361.
63. Pasarín MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit*. 2006; 20: 91-99.
64. Font I, Izquierdo A, Puiguriquer Ferrando J. Análisis de las consultas a un servicio de urgencias hospitalario según el origen de los pacientes. *Emergencias*. 2009; 21:262-268.
65. Aranaz JM, Martínez R, Gea MT, Rodrigo V, Antón P, Gómez F ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? *Gac Sanit* 2006; 20: 311-315.
66. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Departament de Salut.
67. Gómez Jiménez J, Becerra O, Boneu F, Burgués L, Pàmies S. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gac. Sanit*. 2006; 20: 40-46.
68. Landers SH. Why health care is going home? *N.Engl.J.Med*. 2010; 363: 1690-1691.
69. Mason S, Nicholl J, Locker T. Four hour emergency target: targets still lead care in emergency departments. *BMJ* 2010; 341-361.

70. Letham K, Gray A. El objetivo de las 4 horas (4-hour target) en los servicios de urgencias del National Health Service: un comentario crítico. *Emergencias* 2012; 24: 69-72.
71. Olsson M, Hansagi H. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *Emerg Med J* 2001; 18 (16): 430-434.
72. Mínguez Masó S, Supervía Caparrós A, Campodarve Botet I, Aguirre Tejedó A, Echarte Pazos JL, López Casanova MJ. Características de los fallecimientos producidos en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2008; 20:113-116.
73. Guttmann A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stuket TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario Canada. *BMJ*. 2011; 342:2983.
74. Rodríguez Maroto O, Llorente Alvarez S, Casanueva Gutiérrez M, Alvarez Alvarez B, Menéndez Somoano P, De la Riva Miranda G. Mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias. Características clínico epidemiológicas. *Emergencias*.2004; 16:17-22.
75. Sahuquillo Llamas JC, Tudela Hita P, Segura Egea A, Estrada Cuxart O. Anàlisis de la mortalidad en el Servicio de Urgencias de un Hospital General. *Emergencias* 2000; 12: 377.
76. Parra Caballero P, Curbelo García JJ, Gullón Ojesto A, Ruiz-Giménez Arrieta N, Suárez Fernández C, Del Arco Galán C. Mortalidad precoz en un hospital terciario: análisis de la calidad asistencial. *Emergencias*. 2011; 23:430-436.
77. Enquestes de satisfacció del Servei Català de la Salut 2013.

GLOSSARI D'ABREVIATURES

- AATM: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques
- ABS: Àrea bàsica de salut
- ACUT: Atenció continuada i urgent de base territorial en l'àmbit de l'atenció primària
- AMFE: Anàlisi modal de falles i efectes
- AP: Atenció primària
- BIR: Biòleg intern resident
- BST: Banc de sang i teixits
- CAE: Centres d'atenció especialitzada
- CAP: Centres d'atenció primària
- CatSalut: Servei Català de la Salut
- CCFMC: Consell Català de Formació Mèdica Continuada
- CCFCPS: Consell Català de la Formació Continuada de les Professions Sanitàries
- CEA: Comitè d'ètica assistencial
- CECOSAT: Central de Coordinació Sanitària de Tarragona
- COT: Cirurgia ortopèdica i traumatologia
- CUAP: Centre d'urgències d'atenció primària
- DM: Diabetis Mellitus
- DOGC: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
- DPO: Direcció per objectius
- EFQM: Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat
- FA: Fibril·lació auricular
- FAD: Fundació Avedis Donabedian
- FIR: Farmacèutic intern resident
- GT: Grup de treball
- GTMN: Gerència Territorial Metropolitana Nord
- GTMU-HUGTP: Grup de treball multidisciplinari d'urgències de l'àrea de l'HUGTP
- GTS: Govern Territorial de Salut

GLOSSARI D'ABREVIATURES

HC: Història clínica
HES: Hospital de l'Esperit Sant
HMB: Hospital Municipal de Badalona
HUGTP: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
IAM: Infart agut de miocardi
ICO: Institut Català d'Oncologia
ICS: Institut Català de la Salut
IDI: Institut de Diagnòstic per la Imatge
IDIBELL: Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge
IGTP: Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol
IRBLleida: Institut de Recerca Biomèdica de Lleida
ISO: Organització internacional per a l'estandardització
LLIR: Llevadora interna resident
LOSC: Llei d'ordenació sanitària de Catalunya
MIR: Metge intern resident
MPOC: Malaltia pulmonar obstructiva crònica
MTV: Malaltia tromboembòlica venosa
NHS: National Health Service
PADES: Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport
PAU: Procés d'atenció urgent
PIUC: Pla Integral d'Urgències de Catalunya
QCU: Quadern de comandament d'Urgències
R.D: Real decret
RAE: Reordenació de l'atenció especialitzada
RCA: Registre central d'assegurats
REA: Àrea de reanimació postquirúrgica
RRHH: Recursos humans
SAP: Serveis d'atenció primària

SAP: Sistemes, aplicacions i productes en processament de dades
SCA: Síndrome coronaria aguda
SCMU: Societat Catalana de Medicina d'Urgència
SCUB: Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona
SEM: Sistema d'Emergències Mèdiques
SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SEU: Servei Especial d'Urgències
SISCAT: Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya
SU: Servei d'Urgències
SUH: Serveis d'urgències hospitalaris
TC: Tomografia computeritzada
TVP: Trombosis venosa profunda
UAB: Universitat Autònoma de Barcelona
UAU: Unitat d'atenció a l'usuari
UCE: Unitat de curta estada
UCI: Unitat de cures intensives
UCO: Unitat coronaria
UCRI: Unitat de cures respiratòries intermèdies
UFFIS: Unitat Funcional de Geriatria
UHAD: Unitat d'hospitalització domiciliària
UMI: Unitat de malalties infeccioses
USU: Unitat de suport a urgències
VHIR: Vall d'Hebron Institut de Recerca
XHUP: Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública

ANNEXOS

Els annexos estan compostats per tota la documentació que s'esmenta en aquesta tesi i que es detallen seguidament:

- Annex 1. Memòria d'urgències 2014
- Annex 2. Memòria nivell II-III 2014
- Annex 3. Manual urgències 2011
- Annex 4. Producció científica i activitat Investigadora 2014
- Annex 5. Memòria de gestió de procés 2009
 - Annex 5.1 Memòria Urgències adults
 - Annex 5.2 Subprocés adults urgències 9-6-09
- Annex 6. Procés d'atenció urgent
 - Annex 6.1 Fitxa procés urgències adults Rev.04
 - Annex 6.2 Accions millora GT Procés 2014
 - Annex 6.3 Accions de millora URG 2014 UAU
- Annex 7. Indicadors Urgències adults
- Annex 8. Descripció dels indicadors del Procés
- Annex 9. Enquesta de satisfacció d'urgències
- Annex 10. Accions de millora
 - Accions de millora en Entrada
 - Annex E 1. Cartera de serveis terciarisme- urgències
 - Annex E 2. Protocol heliport
 - Annex E 3. Circuit trasllat pacients HES- HGTP
 - Annex E 4. Trasllat de pacients a hospital terciari
 - Annex E 5. Protocol HUGTP- I. Guttman
 - Annex E 6 . Protocols de derivació d'AP- SU
 - Accions de millora en Procés assistencial
 - Annex PA 1 Adequació dels llocs de treball SU
 - Annex PA 2. Mapa de guàrdies
 - Annex PA 3. Comitè d'Urgències
 - Annex PA 4. Grup de Treball procés. Accions de millora
 - Annex PA 5. Reunions organitzatives SU
 - Annex PA 6. Sistema de triatge
 - Annex PA 7. Normativa de funcionament
 - Annex PA 8. Cartera de serveis
 - Annex PA 9. Circuits assistencials
 - Annex PA 10. Recull Memòries Servei Urgències
 - Annex PA 11. Circuit d'èxitus
 - Annex PA 12. Protocols i circuits
 - Annex PA 13. Pla d'hivern
 - Annex PA 14. Comunicació i informació

ANNEXOS

- Annex PA 15. Formació i docència
- Annex PA 16. Coordinació intrahospitalaria
- Accions de millora en Sortida
 - Annex S 1. Continuitat entre processos clau
 - Annex S 2. Protocol de circuit d'ingrés
 - Annex S 3. Perfil per UHAD
 - Annex S 4. Utilitat d'una Unitat de Subaguts
 - Annex S 5. Circuit de trasllat HES-HUGTIPnov2010
- Milliores estructurals
 - Annex 1. Presentació Noves Urgències

Cal ressaltar els annexos que descriuen el Procés d'atenció urgent i la seva implementació a l'HUGTP (annexos 5 i 6, que s'adjunten) i fonamentalment l'annex 10 que descriu totes les accions de millora dutes a terme al SU de l'HUGTP. De l'annex 10 destaquem aquells que descriuen les accions de millora del procés assistencial (PA 4, que s'adjunta).

Donada l'extensió d'aquest apartat, el contingut de la resta d'annexos es presenta en format de CD (s'adjunta).

Annex 5. Memòria de gestió de procés 2009

· Subprocés:
·
Atenció urgent d'adults
·
· Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Responsable:

Anna Carreres

Elaborat per:

A. Carreres / M. Ballester

21/12/2009

Aprovat per:

Direcció de Qualitat

23/12/2009

Equip de treball del procés

Responsable del procés:

Anna Carreres (Coordinadora Urgències adults)

Dirigent del procés:

Oriol Estrada (Coordinador assistencial)

Equip inicial:

1. Anna Carreres (Coordinadora Urgències adults)
2. Antònia Segura (Facultativa d'Urgències)
3. Lluïsa Garcia (Supervisora d'Urgències)
4. Assumpta Ruiz (Adjunta d'Infermeria d'Urgències)
5. Lluís Argelés (Cap de la Unitat d'Admissions) [substituint des de 12/2009 a Carme Gimeno]
6. Irene Jiménez (Cap de la Unitat d'Atenció a l'Usuari)
7. Oriol Estrada (Coordinador Assistencial)
8. Jesús Ara (Zelador d'Urgències d'adults)
9. Montse Bret (Cap Unitat de Treball Social)

Incorporacions previstes en fases posteriors del treball:

- 1 facultatiu del servei de Cirurgia General i Digestiva
- 1 facultatiu del servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia
- 1 facultatiu de la Unitat de Curta Estada
- 1 facultatiu del servei d'Anestesiologia i Reanimació

Acompanyament

Els treballs del grup del procés d'Urgències d'adults s'han realitzat amb l'acompanyament del consultor Rajaram Govindarajan, expert en metodologia de gestió per processos, qualitat i seguretat clínica.

Activitats realitzades 2009

S'han celebrat reunions de l'equip de treball del procés en les següents dates: 4/5, 26/5, 30/6, 16/9, 28/9, 10/11 de 2009.

Anàlisi del procés:

Les tasques d'anàlisi del procés s'han centrat en:

- diagramació del procés
- inici de l'anàlisi de riscos del procés mitjançant la metodologia AMFE
- elaboració del diagrama 'vaca' de definició del procés
- revisió del pla funcional de les noves urgències

Seguiment del procés:

- definició dels indicadors de seguiment del procés
- sessió d'anàlisi d'indicadors
- establiment d'accions de millora

Accions de millora:

Comissió de gestió de llits:

- Continuació de les reunions de la comissió gestora de llits creada el 2008
- Revisió dels procediments de gestió de llits

Millora de la informació a Urgències:

- coordinació i participació en el grup de treball de l'ICS sobre Informació i acollida a Urgències. Coordinació de les reunions i de la metodologia de treball.
- elaboració del document final de conclusions (pendent de l'última reunió del grup de treball prevista pel gener 2010)

Implantació del programa de triatge andorrà:

- formació de 17 infermeres, que seran les formadores de totes les infermeres de triatge (formació online sobre la nova versió el PAT)
- sol·licitud d'instal·lació de l'aplicatiu (nova versió el PAT)
- redacció del document d'implantació del triatge
- creació d'un comitè de triatge
- adequació física dels espais de l'àrea d'Urgències per a poder realitzar el triatge amb les noves característiques
- inici previst: febrer 2010, si s'ha validat la integració entre la nova versió del PAT i SAP (actualment pendent de validació)

Altres millores derivades de l'anàlisi del procés:

S'han anat definit, al llarg de l'anàlisi del procés, una sèrie d'accions de millora destinades a incrementar la seguretat dels pacients i l'eficiència del procés.

Activitats pendents 2010

- Continuar el seguiment dels indicadors
- Continuar l'anàlisi AMFE
- Fer el seguiment de les accions de millora pendents
- Implantació efectiva del triatge
- Implantació de les recomanacions del document del grup de treball sobre Informació i acollida a Urgències


Incidències detectades durant el desenvolupament del procés

Dificultats per a l'anàlisi AMFE del procés
 Implantació del triatge: manca de validació de la integració versió nova del PAT i SAP. Manca de recurs d'infermeria assignat a la nova acció

Documents adjunts

- Diagrama de flux del procés
- Quadre d'indicadors de seguiment del procés
- Indicadors del procés disponibles a la intranet de l'Hospital Germans Trias i Pujol
- Procediments de gestió de llits i de la comissió gestora de llits
- Informe de la Direcció d'Infermeria sobre l'estat de la implantació del triatge andorrà

Annex 6. Memòria de gestió de procés 2014

 <p>Germans Trias i Pujol Hospital</p>	<p>GRUP DE TREBALL DEL PROCÉS D'ATENCIÓ URGENT</p>
<p>PROCÉS D'ATENCIÓ URGENT SUBPROCÉS: ADULTS</p>	
<p>TIPUS DOCUMENT: FITXA DE PROCÉS</p>	
<p>Elaborat per:</p>	<p>Mònica Ballester (Direcció de Qualitat) Anna Carreres (Coordinadora d'Urgències) Antònia Segura (Adjunt d'Urgències) Lluïsa Garcia (Adjunta d'infermeria d'Urgències)</p>
<p>Pàgina núm. 147 de 10</p>	

GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	4/5/2009	Edició del document	Grup de treball del procés	8/12/2009
02	28/9/2011	Actualització	Grup de treball del procés	Presentat Comitè Urg
03	21/10/2013	Actualització	Grup de treball del procés	Presentat Comitè Urg
04	27/01/2015	Actualització	Grup de treball del procés	Pendent presentació Comitè Dir.

DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

DESTINATARI
Membres de l'equip de treball del procés
Grup de Treball de Processos
Directora de Qualitat

PROCÉS D'ATENCIÓ URGENT

Ubicació del procés	
NOM DEL PROCÉS:	ATENCIÓ URGENT
RESPONSABLE DEL PROCÉS:	Anna Carreres (Coordinadora Urgències adults)
DIRECTIU DEL PROCÉS:	Oriol Estrada. Direcció Mèdica / Assumpta Ruiz. Adjunta Direcció d'Infermeria - Atenció urgent
TIPUS DE PROCÉS:	Clau- subprocés

Equip de treball del procés
<p><u>Nucli del procés:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anna Carreres Molas. Urgències - Antònia Segura Egea. Urgències - Lluïsa García Vidal. Urgències - Francesc Arasa. Urgències - Lluís Argelés Gilirribó. Admissions <p><u>Comitè d'Urgències:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anna Carreres Molas. Urgències 2. Antònia Segura Egea. Urgències 3. Núria Soriano Huerta. Urgències 4. Lluís Argelés Gilirribó. Admissions 5. Jordi Bechini Bernard. Radiologia 6. Montse Bret Garriga. Treball social 7. Friné Brossa Guerra. Pediatria 8. Antoni Curós Abadal. Cardiologia 9. Maica Ezpeleta Valls. Pediatria 10. Marc Fabra Radua. Medicina intensiva 11. Albert Font Pous. Oncologia mèdica. ICO 12. Amparo Galán Ortega. Bioquímica 13. Lluïsa García Vidal. Urgències 14. Ana Ma. García Moreno. Urgències pediatria 15. Miquel Iborra González. Cirurgia ortopèdica i traumatologia 16. Marisa Janeiro Amela. Anestesiologia i reanimació 17. Irene Jiménez López. Atenció a l'usuari 18. Miguel Angel Jiménez Calabria. Obstetrícia i ginecologia 19. Fuensanta Millá Santos. Hematologia. ICO 20. Dolors Roca Falip. Obstetrícia i ginecologia 21. Joan Romeu Fontanillas. VIH

Missió del procés

Oferir una atenció sanitària urgent, les 24 hores del dia i els 365 dies de l'any utilitzant de forma coordinada els recursos disponibles, orientada a la demanda, per tal de resoldre el problema de salut dels pacients que ens consulten, amb la màxima rapidesa possible i amb criteris d'eficàcia, eficiència, excel·lència, professionalitat i respecte cap a les persones.

Objectius del procés**OBJECTIUS GENERALS**

- Garantir una atenció sanitària i social integrada, adaptada a les necessitats dels pacients i dels seus familiars o cuidadors
- Assegurar que l'atenció, a més d'efectiva i eficient, estigui vinculada a la qualitat de vida de les persones i a la seva seguretat
- Reforçar la comunicació efectiva i de confiança entre professionals, pacients i famílies/cuidadors
- Potenciar la presa de decisions compartides i els pactes de compromís en el procés d'atenció entre professionals, pacients i famílies/cuidadors
- Garantir la continuïtat assistencial entre els diferents àmbits d'atenció

OBJECTIUS ESPECÍFICS

1. Prioritzar adequadament les demandes d'atenció urgent disposant d'un sistema de classificació dels pacients homologat, comparable i amb nivells màxims de seguretat
2. Accessibilitat: minimitzar els temps d'espera, en funció de la gravetat
3. Proporcionar una assistència resolutiva, de qualitat i seguretat amb una mínima variabilitat clínica. Protocol·lització de l'atenció urgent
4. Obtenir diagnòstics correctes en el termini de temps més curt possible (adequació de les exploracions complementaries, Inter consultes...)
5. Aplicar el tractament i les cures més adequades. Protocol·lització de l'atenció urgent
6. Adequar el criteri d'ingrés. Agilitar el flux de pacients atesos cap a altres processos (hospitalització...)
7. Aconseguir l'alta amb la millor situació possible, garantint la continuïtat assistencial
8. Potenciar les alternatives a l'hospitalització convencional
9. Oferir la màxima seguretat per als pacients, minimitzant els errors i les complicacions relacionades amb els procediments
10. Aconseguir la màxima satisfacció dels pacients atesos (tracte, informació, temps d'espera...)

11. Aconseguir uns fluxos d'entrada a urgències d'acord amb la política territorial de l'àrea

1. DESCRIPCIÓ DEL PROCÉS

Àmbit	
INICI DEL PROCÉS:	Arribada del pacient a Urgències
FINAL DEL PROCÉS:	Alta d'Urgències (amb diferents destinacions)

Entrades
<p>Pacient amb problema de salut que requereix atenció urgent</p> <p>Familiars i acompanyants</p> <p>Full de trasllat del SEM</p> <p>Full de derivació del metge d'atenció primària o d'un altre centre hospitalari o sociosanitari</p> <p>Documentació clínica d'episodis anteriors</p> <p>Material fungible del Servei d'Urgències</p> <p>Medicació del Servei d'Urgències</p> <p>Aparells de tecnologia assistencial del Servei d'Urgències</p>

Sortides

Pacient amb problema de salut urgent resolt o en situació estabilitzada
 Pacient i acompanyants informats sobre les actuacions a l'alta, amb pla terapèutic i instruccions (informe d'alta)
 Recepta electrònica
 Pacient reprogramat per noves visites, exploracions i/o procediments
 Pacient derivat al procés d'hospitalització: amb els tràmits d'ingrés realitzats i la informació clínica adequada
 Pacient derivat al procés d'atenció quirúrgica: amb els tràmits realitzats (ordre quirúrgica, sol·licitud de proves complementàries...) i preparació prequirúrgica realitzada
 Pacient traslladat a un altre centre: amb els tràmits realitzats, acceptació per part del centre receptor i la informació clínica adequada

SORTIDES NO DESITJADES

Mort del pacient
 Residus del procés (materials, residus biològics)

Activitats que afegixen valor

1. Admissió
2. Triatge
3. Atenció clínica
4. Proves complementàries
5. Interconsultes
6. Estada/ cures a UCE
7. Estada/ cures a boxes d'observació
8. Alta

Punts de control

- Procedència dels malalts
- Admissió
- Triatge
- Espera en sala d'espera
- Ubicació segons instrucció mèdica

- Atenció mèdica
- Atenció infermera
- Proves complementàries
- Interconsultes
- Estada/ cures a UCE
- Estada/ cures a boxes d'observació
- Alta
- Traslats a altres centres
- Èxits
- Ingrés hospitalari (unitats d'hospitalització convencional o de crítics)
- Cirurgia urgent

Documents guia (metodologia)

1. DC-NF-004. Normativa de funcionament de les Urgències
2. Manual d'Urgències (intranet)
3. Protocols mèdics (intranet)
4. Protocols i plans de cures d'infermeria (intranet)
5. Protocol de coordinació pel trasllat de pacients del servei d'urgències de l'hospital de Mataró a hospital terciari
6. Definició d'àmbits de referència i terciarisme de l'hospital. Cartera de serveis i procediment de trasllat
7. Pla d'hivern 2014-2015 de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
8. Procediment d'actuació davant els èxits a urgències

Recursos

HUMANS

- Metges especialistes (del Servei d'Urgències, d'altres serveis- guàrdies)
- Residents de diverses especialitats
- Infermeres del Servei d'Urgències
- Auxiliars d'infermeria del Servei d'Urgències
- Facilitadores d'Urgències
- Zeladors assignats al Servei d'Urgències
- Personal de neteja (empresa externa)
- Administratius de la Unitat d'Admissions assignats al del Servei d'Urgències

MATERIALS

ANNEXOS

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Material fungible del Servei d'Urgències- Medicació del Servei d'Urgències- Aparells de tecnologia assistencial del Servei d'Urgències- Ordinadors i PC tablets- Mobiliari del Servei d'Urgències |
|---|

Registres
1. Història clínica electrònica: SAP, Silicon
2. Registres d'infermeria (en paper)

2. INDICADORS DEL PROCÈS

Els indicadors del procés d'atenció urgent es troben a:

- Quadern de comandament d'Urgències (QCU)
- BO (Business Object) ([hipervincle a BO](#))
- BI (Business Intelligence) de SAP
- Informe 'Urgències al minut'
- Quadre de comandament de les cures infermeres

Quadern de comandament d'Urgències (QCU)

Indicadors d'activitat / assistencials bàsics

- Nombre d'urgències ateses
- Nombre d'urgències ateses per franja horària i per dia de la setmana
- Percentatge d'urgències ateses per torn
- Destinació dels pacients a l'alta
- Percentatge d'urgències ingressades
- Taxa de trasllats a altres centres
- Pressió d'Urgències

Indicadors de qualitat

De gestió

- Temps mitjà de permanència a Urgències
- Estadets superiors a 24 hores a Urgències
- Readmissions a Urgències en menys de 72 hores després de l'alta
- Percentatge de readmissions que precisen ingrés
- Percentatge de pacients no visitats

Clínic

- Taxa de mortalitat a Urgències

De satisfacció

- Nombre de reclamacions i queixes de l'àrea d'Urgències

3. DIAGRAMA DE FLUX DEL PROCÉS

Diagrama de flux [adults_urgencies_9-6-09def.ppt](#) ([hipervincle al Powerpoint](#))

4. MILLORA DEL PROCÉS

Pla de millora del procés

4.1. Accions de millora proposades a partir de l'anàlisi del procés d'atenció urgent per part del grup de treball

En l'annex 4.1. Es recull tota la documentació referent a les accions de millora plantejades pel grup de treball i el comitè d'urgències.

[accions millora GT Procés 2014.xlsx](#) (hipervincle)

Nº	ACCIONS DE MILLORA	RESPONSABLE	DATA ACCIÓ	DATA LIMIT	ESTAT
1	Millorar l'assistència dels èxits a urgències. <i>Definir el procediment d'actuació davant dels èxits a Urgències.</i> Millorar la complimentació de l'informe d'epicrisi a Urgències	Grup de treball/Anna Carreres	30/05/2014	jul-2014	Fet
2	Accions de millora sobre els fluxos d'entrada. Definir la Cartera de terciarisme. Circuit de trasllat a Urgències	Direcció mèdica/Anna Carreres	1er semestre		Fet
3	Definir la cartera de servei de les Guàrdies de Cirurgia Toràcica i Cirurgia plàstica	Direcció mèdica/Anna Carreres	1er i 2on semestre		Fet
4	Millorar la coordinació externa. <i>Protocols de coordinació pel trasllat de pacients des d'urgències dels hospitals comarcals a hospital terciari (HUGTIP)</i>	Direcció mèdica/Anna Carreres	1er semestre		Fet
5	Millora de la gestió i l'organització interna del Servei d'Urgències. <i>Reorganització assistencial del Nivell IV-V del Servei d'Urgències</i>	Direcció mèdica/Direcció d'infermeria/Anna Carreres	01/03/2014		Fet
6	Millora de la gestió i l'organització interna del Servei d'Urgències. <i>Implantació de la Unitat d'observació (UO). Normativa de funcionament</i>	Direcció mèdica/Direcció d'infermeria/Anna Carreres	01/11/2014	Final d'any	Fet
7	Mesures de gestió interna i hospitalària general. <i>Actualitzar el Pla d'hivern del centre</i>	Direcció mèdica/Anna Carreres	01/10/2014		Fet
8	Millores de la coordinació interna. <i>Consensuar i adequar el criteri d'ingrés hospitalari des d'urgències amb diferents serveis</i>	Direcció mèdica/Serveis hospitalaris/Anna Carreres	1er i 2on semestre		Fet
9	Millora de l'organització interna del Servei d'Urgències. Disminuir la variabilitat clínica i augmentar la seguretat de l'atenció urgent. <i>Continuar l'elaboració de protocols assistencials</i>	Anna Carreres/Serveis hospitalaris	1er i 2on semestre		Fet
10	Potenciació de la formació. <i>Actualitzar el Manual d'Urgències</i>	Anna Carreres/Serveis hospitalaris	2on semestre	Final d'any	Fet
11	Elaborar el Pla de catàstrofes Externes	Monica Ballester/ Anna Carreres			Pendent

4.2. Accions de millora resultants de l'anàlisi de les Enquestes de satisfacció dels usuaris

En l'annex 4.2. Es recullen les accions de millora proposades a partir de l'anàlisi del resultat de les enquestes de satisfacció dels usuaris (enquestes internes del centre i externes- CatSalut)

[accions de millora URG 2014 UAU \(2\) - còpia.xlsx](#)

Àrea prioritària de millora < 75%	GTIP Plaensa 2013 (n100)	Catalunya	Accions de millora	Responsable	Estat
		2013			
P4. Comoditat sala d'espera	71,80%	68,9%	Inauguració fase III projecte d'Urgències	--	Finalitzada
P5. Informació temps d'espera	40,00%	34,6%	Col·locar pantalles informatives sobre els temps d'espera per nivells a les sales d'espera	Comunicació / Direcció d'Infermeria-compres	En curs
P6. Esperant, algú vigilava com es trobava	14,10%	14,5%	Potenciar la figura de les facilitadores d'Urgències, ampliant la cobertura als horaris actualment no coberts	Direcció de Centre	Pendent
			Alertes a les pantalles informatives, "mentre roman a la sala d'espera, aviseu en cas de necessitat"	Comunicació / Coordinació d'Urgències	En curs
P7. Temps d'espera fins veure el metge	60,50%	62,1%	Definir les carteres de serveis per especialitats als nivells 4-5	Coordinació d'Urgències	Finalitzada
			Revisió dels criteris de temps d'assistència en SAP	DOSI / Coordinació d'Urgències	En curs

ANNEXOS

P25. Permis per informar a familiars	25,80%	25,1%	Elaborar i difondre un document per als professionals sobre el principi d'autonomia i els drets dels malalts. Posterior difusió i implantació	Comitè d'Ètica Assistencial/ Coordinació d'Urgències	Pendent
P30. Temps total a urgències	57,00%	61,6%	Elaborar nota informativa sobre el principi d'autonomia, per el personal sanitari. Reduir el temps de les interconsultes en aquelles especialitats on aquest és més elevat	Coordinació d'Urgències	En curs
			Reduir el temps per ser ingressats/ trasllat a centre de referència o subaguts	Coordinació d'Urgències/ Admissions/ Dir. Mèdica	En curs

Àrea prioritària de millora 75-90%	GTIP Plaensa 2013 (n100)	Catalunya 2013	Accions de millora	Responsable	Estat
P10. Ajudar a controlar el dolor	89,00%	84,9%	Designar una infermera referent del dolor a Urgències	Direcció d'Infermeria	
P13. Condicions lloc on va estar atès	86,90%	83,0%	Disposar i estudiar mensualment les dades d'avaluació del dolor (EVA) i realitzar accions correctores Actualitzar protocol de control del dolor a urgències Evitar el doblar sistemàtic dels boxes	Direcció d'Infermeria-Qualitat Coordinació d'Urgències / Clínica del Dolor	En curs
			d'urgències, amb l'obertura de la Unitat de Curta Estada / Unitat d'Observació	Coordinació d'Urgències/ Dir. Mèdica/ Dir. d'Infermeria-compres	En curs

P14. Comoditat de la camilla	84,00%	81,3%	Disposar de mampares o cortines per preservar la intimitat en cas de doblament de boxes	Direcció d'Infermeria-Compres	Pendent
			Assegurar el manteniment adequat de les lliteres a Urgències	Direcció de Serveis Generals / Supervisor Àrea Urgències	En curs
P19. No li explicaven les coses davant de tothom	80,60%	77,3%	Elaborar i difondre un document per als professionals sobre el principi d'autonomia i els drets dels malalts. Posterior difusió i implantació	Comitè d'Ètica Assistencial/ Coordinació d'Urgències	Pendent
			Elaborar nota informativa sobre el principi d'autonomia, per el personal sanitari.	Coordinació d'Urgències	En curs
P32. Van resoldre el motiu	84,50%	84,3%	Avaluar aquest indicador per serveis i proposar les mesures correctores adequades	Coordinació d'Urgències/ Dir. Qualitat / UAU	En curs
P 26. Organització servei urgències	79,80%	78,30%	Consolidar els nous circuits d'atenció a Urgències	Coordinació d'Urgències/ Coordinació assistencial	En curs
			Col·locar cartells/ televisors a les sales d'espera informant del funcionament de les Urgències	Comunicació	Pendent

