

# MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN URGENTE ES POSIBLE

IRUNE GARCIA ANDRES

ANGELA GARCIA ANDRES

DAVID LOPEZ ARISTREGUI



Acréditi Formación s.l.  
C/Dionisio Guardiola, nº 59 C.P. 02006 Albacete  
e-mail: [editorial@acreditiformacion.com](mailto:editorial@acreditiformacion.com)  
[www.acreditiformacion.com](http://www.acreditiformacion.com)  
[www.publicacionescientificas.es](http://www.publicacionescientificas.es)

Reservados todos los derechos

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, por cualquier medio, electrónico o mecánico, ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información sin el permiso por escrito de la Editorial.

El contenido de este libro  
es responsabilidad exclusiva de los autores.  
La editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

ISBN: 978-84-17682-12-5

## INDICE

Resumen/abstract.....	4
Palabras clave/keywords.....	7
Introducción.....	9
Objetivos.....	15
Análisis estratégico.....	17
• Análisis interno.....	17
• Análisis externo.....	48
Matriz Dafo.....	55
Propuesta de intervención.....	56
• Identificación de problemas.....	56
• Priorización de problemas.....	58
• Organización del almacén.....	74
• Organización de los bolsos de urgencias...81	

• Desconocimiento del funcionamiento del centro.....	88
Bibliografía.....	91
• Bibliografía referenciada.....	91
• Bibliografía consultada.....	100
Repercusiones 1.....	106
repercusiones 2.....	108

## RESUMEN

El servicio de urgencias rurales presta atención sanitaria de carácter urgente. Esta atención es demandada por la población de la zona, que previamente ha llamado al centro coordinador del 112 y es éste quien avisa al equipo sanitario para hacer frente a la demanda.

La atención sanitaria abarca a muchos procesos de salud, y diferentes grados de gravedad. Esta atención puede ser en el centro de salud, domicilio del paciente o vía pública. Esta atención al tener principalmente carácter urgente resulta imprescindible una buena organización que mejore la calidad de la atención a los pacientes.

El análisis estratégico interno y externo del servicio de urgencias rurales permite identificar áreas susceptibles de mejora.

En este trabajo, tras realizar el análisis estratégico y realizar un método de priorización de problemas, se

realizan propuestas de mejora para diversas áreas como la organización del almacén, organización de los maletines de urgencias y acogida a nuevos profesionales al servicio.

## ABSTRACT

The rural health emergency gives medical attention to a populated area. This attention is requested by the population of that area, that it has contacted previously to the coordinated center in duty 112, and it is the one who informs to the medical team, who is taking the responsibility of the duties.

The health care contemplates many health procedures, and with different levels of emergency. Health care can take place in the medical center, patient's place or in the Street. Health care attention is normally an emergency grade which

demands a high level of organization which improves the quality of the patient's care attention.

The strategic analysis internal and external of the emergency rural health care enables to identify areas susceptible for improvement.

Performing of strategic analysis and carry out a method of prioritizing problems, we propose different methods of improvement for several areas as warehousing management organization, emergency briefcase organization and welcoming to the new professional.

## PALABRAS CLAVE - KEYWORDS

Las palabras claves han sido seleccionadas a través de los descriptores en ciencias de la salud.

<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

## PALABRAS CLAVE

Enfermería rural.

Servicios médicos de urgencia.

Planificación estratégica.

Atención primaria de salud.

Equipamiento.

## KEYWORDS

Rural nursing.

Emergency medical services

Strategic planning.

Primary health care.

Equipment.

## INTRODUCCIÓN

La urgencia extrahospitalaria de acuerdo con lo recogido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) se define como la asistencia prestada para satisfacer demandas de salud de carácter urgente fuera del horario habitual del centro de salud, siendo atendidas por los profesionales del equipo de atención primaria (EAP) o por otros profesionales dedicados exclusivamente a las atenciones urgentes. Este equipo de trabajadores de dedicación exclusiva recibe diferentes denominaciones, entre ellas Servicio de Urgencia Rural (SUR) o Puntos de Atención Continuada (PAC)<sup>1</sup>. En el año 2014, el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el ámbito extrahospitalario se ocupó de atender aproximadamente 26,6 millones de urgencias. De estos datos se puede extraer una frecuencia de

actuaciones que supone 0,58 consultas urgentes por habitante y año<sup>2</sup>.

En la Comunidad en la que se desarrolla este trabajo la prestación de la asistencia a la urgencia antiguamente estaba vinculada al ámbito hospitalario hasta la aprobación y entrada en vigor del Plan de Urgencias de la Comunidad en el año 1997.<sup>3</sup> A partir de ese momento, con el objetivo de favorecer la atención a toda la población y teniendo en cuenta la dispersión geográfica de la Comunidad que nos ocupa se han ido desarrollando diferentes servicios de atención a la urgencia desde el ámbito extrahospitalario. Así, actualmente se ha conseguido ofrecer atención a la urgencia desde el mismo punto y/o lugar en el que ocurre el incidente. Para ello, se cuenta con el personal de los centros de salud, así como de los servicios de urgencias extrahospitalarias y/o Servicios de Urgencias Rurales (SUR). Del mismo modo se dispone de la red de ambulancias medicalizadas de

la comunidad (Soporte Vital Avanzado, SVA) que presta asistencia especializada en el lugar donde ocurra el siniestro; además a estas ambulancias se suma la red de ambulancias convencionales (Soporte Vital Básico, SVB), que en un momento dado con dotación del personal del SUR (médico y enfermera) pueden ser medicalizadas. Esto ha supuesto para la población un aumento de la supervivencia y calidad de vida.

En el año 2008 se creó el Servicio de Urgencias Rurales (SUR) mejorando las condiciones laborales del personal implicado y mejorando la atención sanitaria en dichas zonas rurales<sup>4</sup>

Esta comunidad cuenta con 47 PAC o SUR. Los equipos de los SUR de la comunidad están formados por una Unidad Básica de Atención (UBA), es decir, un médico y una enfermera. El horario de funcionamiento de estos equipos es en días laborales de 15,20 horas hasta las 8 horas del

día siguiente y de manera continuada (24 horas) durante los fines de semana y días festivos.

El objetivo fundamental de este servicio es atender la demanda de salud continuada y urgente de la población rural de la Comunidad, ya sea en el centro de salud, en el domicilio o en la vía pública. El personal sanitario que trabaja en los SUR se encuentra de presencia física y/o localizada en el centro sanitario que se determine, generalmente respetando las isocronas de cada zona básica, sin perjuicio de los desplazamientos que sean precisos cuando la situación así lo requiera, según el criterio del centro de Emergencias 112-SOS.

El paciente cuando tiene una necesidad de urgencia debe ponerse en contacto con el número 112 (el número de teléfono 112 se acordó en la decisión del Consejo de 29 de julio de 1991, relativa a la creación de un número de llamada de urgencia

único europeo<sup>5</sup>, para facilitar el acceso a los servicios de Urgencias como un número universal), le atenderá un operador que según la demanda le pasará telefónicamente con el médico coordinador y éste decidirá la atención y/o desplazamiento del equipo de Urgencias Rural

Los profesionales sanitarios de la zona se desplazarán hasta el lugar del incidente mediante sus coches particulares. En esta Comunidad en el año 2014 los Puntos de Atención Continuada Rurales atendieron 223.203 consultas urgentes<sup>6</sup>

Este servicio de atención a la urgencia rural tiene la característica de ser un servicio no programado y de atención inmediata a la población de la zona por lo que para garantizar una adecuada y segura atención al paciente cualquier área puede ser susceptible de mejora para la atención correcta al paciente, especialmente en las situaciones de urgencia vital.

El principal objetivo en este servicio es ofrecer una atención de calidad y en algunas situaciones eso requiere que la atención sea inmediata o inminente. Para ganar tiempo y garantizar una atención urgente es necesaria una buena organización de cada zona y equipo SUR. Con ello podremos realizar atenciones con una demora menor.

La motivación para realizar este proyecto está enraizada en mi trabajo, ya que actualmente desarrollo mi actividad profesional como enfermera en un equipo SUR. En mi opinión en el SUR donde trabajo sería necesaria la elaboración de un plan de mejora cuyos resultados se puedan aplicar a la práctica profesional. Ese va a ser el fundamento de este trabajo.

## OBJETIVOS

- Principal
  - Elaborar un análisis de la situación del servicio, realizando medidas correctoras para mejorar la calidad del servicio.
- Específicos:
  - Recoger información del servicio y de otros servicios para poder realizar un análisis de la situación identificando debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del servicio en cuestión.
  - Revisar las recomendaciones existentes sobre los equipos de urgencias rurales/extrahospitalarias.
  - Analizar propuestas de mejora de la calidad del servicio guiándonos por

la evidencia disponible en bases de datos sobre atención a la urgencia en el ámbito rural/extrahospitalario.

## ANÁLISIS ESTRATÉGICO:

### ANÁLISIS INTERNO

---

#### EQUIPO PROFESIONAL

El equipo en el que se basa este trabajo está formado por:

- 6 médicos SUR. Para atender las urgencias que puedan surgir los días laborales horario de 15,20 a 8 am del día siguiente, y 24 horas los sábados, domingos y festivos.
- 6 enfermeras SUR. Para atender las urgencias que puedan surgir los días laborales horario de 15,20 a 8 am del día siguiente y 24 horas los sábados domingos y festivos.
- 5 médicos de AP. Para atender las urgencias que puedan surgir en horario laboral de 8 am a 15.20 horas. Algunos días laborales

realizan la jornada del equipo SUR únicamente de 15,20 a 20 horas.

- 5 enfermeras de AP. Para atender las urgencias que puedan surgir en horario laboral de 8 am a 15.20 horas. Algunos días laborales realizan la jornada del equipo SUR únicamente de 15,20 a 20 horas.

De los 12 profesionales que atienden la mayoría del tiempo las urgencias extrahospitalarias, 7 son fijos y 5 eventuales. La tasa de eventualidad en este servicio se sitúa en un 41,6% sin contar al personal que realiza sustituciones puntuales (p. ej. bajas laborales y vacaciones).

El equipo no dispone de una guía de acogida para nuevos trabajadores, con esta tasa de eventualidad sería conveniente la elaboración de una guía de este tipo.

De los 7 trabajadores fijos, 5 personas llevan más de 5 años en el mismo servicio y los 5 eventuales

llevan alrededor de un año trabajando en este equipo SUR.

Los profesionales manifiestan tener un interés por determinar algún cambio de organización del servicio, por mantener una formación adecuada a sus necesidades laborales y con ello mejorar la calidad de atención prestada al paciente.

Como se ha mencionado anteriormente, los equipos del SUR para atender las urgencias están formados por un médico y una enfermera, generando una debilidad del equipo por no poder coincidir en horario laboral con el resto de profesionales.

Así, para recoger opiniones acerca del servicio se envía un email al personal para que identifiquen problemas en el servicio. De 12 personas responden 11 al email, extrayendo a modo de conclusión los siguientes problemas:

- a.** Caducidad del material del almacén.

- b.** Incorporación continua de nuevo personal enfermero que desconoce el funcionamiento del Centro.
- c.** Falta de revisión periódica y organización del maletín de urgencias.
- d.** Desconocer la H<sup>a</sup> clínica del paciente.
- e.** Escasa comunicación entre profesionales.

Según el estudio de Hayward MD, Regan L, Glasheen J, Burns B <sup>7</sup> es importante la opinión consensuada del equipo para establecer los materiales/medicamentos del bolso de urgencias.

Al analizar el funcionamiento de las urgencias rurales se plantea la escasez de recursos humanos ya que como hemos señalado, las UBA están formadas por un médico y una enfermera, por lo que dos avisos urgentes reales simultáneamente no

podrán ser atendidos, al ser físicamente imposible. Esto supone la necesidad de la priorización. Esta priorización se realizará entre el centro coordinador del 112 y el equipo SUR.

---

#### LUGAR Y EQUIPAMIENTO DE TRABAJO

El equipo SUR en el que se va a centrar este trabajo se encuentra en una zona básica de atención que cuenta con una población de 4350 habitantes y una extensión de unos 303,8 km<sup>2</sup>. Por ello posee dos puntos de atención continuada, con una UBA cada uno. El equipo sanitario en el que se basa este trabajo, realiza guardias indistintamente en los 2 puntos de atención continuada.

Dispone de dos centros por las características paisajísticas, debido a la existencia de una sierra que hace que las poblaciones colindantes de ambos lados de ésta, queden incomunicadas. El equipo al rotar por los dos centros, dificulta el conocimiento del paciente y del lugar de atención. Es importante

conocer las calles de los pueblos y pacientes porque así la atención sanitaria se hará con más inmediatez y con mayor calidad. Así si los profesionales sólo realizaran guardias en un punto de atención conocerían más esa población.

En cuanto al lugar de trabajo, tiene diferentes puntos de atención, bien sea el centro de salud, un domicilio y/o la vía pública. El tiempo de desplazamiento será decisivo en la evolución del paciente.

Como se ha mencionado, esta zona básica de atención está formada por 2 UBA, cada una en un punto de atención (centro de salud).

El centro de salud 1 está situado en el centro de la localidad. Cuenta con un área de recepción o área administrativa, consulta de enfermería, consulta de medicina, almacén, biblioteca, despacho de la

trabajadora social, aseos, cocina y cuarto de la limpieza.

En la consulta de enfermería se puede encontrar: camilla, biombo, carro con el ECG y Desfibrilador Externo Semiautomático (DESA), un pequeño botiquín para el desarrollo de las técnicas más comunes, nevera para la conservación de vacunas y alguna medicación, lavabo, ordenador e impresora.

La consulta de medicina cuenta con una camilla, biombo, estantería con material diagnóstico (pusioxímetro, fonendo, aparato de la tensión...), ordenador e impresora.

En el almacén hay estanterías con el material y medicación y también cuenta con un armario donde se almacenan los bolsos que se utilizan para la atención sanitaria fuera del centro de salud, 2 cubos de basura (plástico y papel), sábanas, cubo de ropa sucia y una silla de ruedas. El material está organizado por sistemas (sistema musculoesquelético, respiratorio, circulatorio...).

En cuanto a la estantería de medicación encontramos que la medicación se encuentra en cajetines abiertos poniendo el nombre de la medicación que se encuentra en su interior. No dispone de un método de almacenaje en cuanto a la caducidad, por lo que en un mismo cajetín se encuentran medicaciones con diferentes caducidades e incluso encontrar medicación o material caducado. No se diferencia el almacenaje de la medicación fotosensible, encontrándose muchas ampollas que no tienen un cristal topacio sin protección para la luz. No se siguen las recomendaciones de la comisión de farmacia de la dirección de Atención Primaria del Servicio de Salud de la Comunidad en cuanto a la conservación de medicamentos fotosensibles<sup>9</sup>



24

**Los cajetines dónde se guarda la mediación. Entre ella la fotosensible que no está protegida de la luz.**

En el centro de salud 2, es un centro muy pequeño, donde se encuentra una consulta de medicina con las mismas dotaciones que en el centro 1, una consulta de enfermería con las mismas características que las del centro 1 y aseos. Este centro de salud carece de un almacén, por lo que continuamente hay que estar pidiendo material y en ocasiones no se dispone de material para reponer el bolso sanitario cuando se realiza una intervención.

Como ya se ha explicado anteriormente en la introducción, el personal sanitario puede atender la demanda de atención sanitaria en el centro de salud, en el domicilio del paciente o en la vía pública. El criterio del lugar de atención a la urgencia está a expensas del centro coordinador del 112 quienes van a determinar si el paciente puede acercarse o no al centro salud. El paciente llama al centro coordinador de emergencias (CCE) ante una situación o necesidad de urgencia y es el 112 quien moviliza al equipo al lugar de atención cuando lo crea conveniente. El 112 informa de los datos de

filiación (nombre, apellidos, dirección...) y del estado del paciente. El equipo antes de una actuación sanitaria consulta la historia del paciente en el ordenador para valorar alergias, antecedentes, situación actual del paciente. Esto se realiza siempre que el tipo de urgencia lo permita, en patología tiempo dependiente no siempre es posible.

Si el equipo se encuentra fuera del centro de salud y recibe un nuevo aviso, el equipo no puede acceder a la historia del paciente porque no disponen de un ordenador portátil con acceso a la historia clínica del paciente.

Cuando la UBA necesita desplazarse fuera del centro de salud para realizar la atención a la urgencia, utiliza su coche particular. Además el equipo sanitario no posee un aparato de GPS, lo que dificulta la llegada de los profesionales al punto de atención correspondiente. Si a esto se añade una

deficiente señalización en zona rural en relación al nombre de la vía y número de la vivienda en la mayoría de los pueblos de la zona, esto retrasa la llegada del equipo al lugar de atención.

Para realizar una atención fuera del centro de salud, el médico y la enfermera del SUR precisan llevar el material necesario para garantizar una adecuada asistencia. El personal normalmente está equipado y lleva 2 bolsos con material y medicación, además del bolso que contiene la bombona de oxígeno, el aparato de electrocardiogramas y el desfibrilador semiautomático (DESA).

A todo este material se le añade el pulsioxímetro que deben coger de consulta, y el material que puede llevar cada médico particular, por ejemplo, el sello, recetas, fonendoscopio particular...



**Aparato de ECG que cuando hay que salir fuera del centro se mete en su maletín (izq.)**

---

## BOLSO 1



El bolso de enfermería dispone de varios compartimentos. En el interior del bolso,

encontramos diferentes compartimentos donde se reparte el material y mediación que se lleva para garantizar la atención. A continuación se muestra la relación de material que hay en cada uno de esos compartimentos:

1. El compartimento o estuche relacionado con la medicación parenteral. Lleva incluido un protector térmico y solar para una mejor conservación de los medicamentos:

Actocortina 1000 1 vial	Flumacenil 2 viales
Adolonta 100 2 viales	Fortecortin 2 viales
Adrenalina 3 viales	Haloperidol 2 viales
Akineton 1 vial	Ketorolaco 2 viales
Atropina 3 viales	Konaktion pediátrico 2 viales
Benerva 1 vial	Naloxona 2 viales
Buscapina 2 viales	Nolotil 1 vial
Buscapina compositum 1 vial	Primperan 2 viales
Dexclorfeniramina 2 viales	Seguril 2 viales
Diazepam 10 mg 1 vial	Sinogan 1 vial
Digoxina 2 viales	Trangorex 2 viales
Dogmatil 2 1 vial	Voltaren 2 viales

2. Este compartimento es un estuche con la cara superior transparente, lo que permite visualizar el material de su interior.

Contiene:

Glucocemin 50% 2 viales	Ranitidina iv 1 vial
Midazolam 1vial	Tranxilium 50 1 vial
Morfina parenteral 2 viales	Trinispray 1 spray
Nolotil iv 2 viales	Urbason 20 2 viales
Paracetamol iv 1 vial	Urbason 40 2 viales

3. Este estuche tiene similares características que el 2, anteriormente descrito, con diferencia en el contenido:

Adrenalina precargada 3 jeringas  
Stesolid rectal 10 mg 1 microenema  
Stesolid rectal 5 mg 1 microenema

4. Este estuche tiene las mismas características que el 2 y 3, conteniendo:

Trinispray 1 spray

Medicación para aerosolterapia

- atrovent 250 2 viales
- atrovent 500 2 viales
- plumbicort 3 viales
- ventolin 10 ml 1 vial

Mediación oral

- amoxicilina 1 g via oral 2 sobres
- amoxicilina 500 mg via oral 1 sobre
- aspirina 500 mg 1 comprimido
- captopril 25 mg 3 comprimidos
- diazepam 10 mg 3 comprimidos
- diazepam 5 mg 1 comprimido
- febrectal 650 mg 4 comprimidos
- ibuprofeno 600 2 comprimidos
- nolotil 675 mg 2 capsulas
- trankimazin 0,5 mg 2 comprimidos

5. Compartimento que las mismas características que los anteriores excepto el 1

Agujas	Jeringas 5 ml 3
Algodón precortado	Jeringas insulina 7
Jeringas 2 ml 2	Pinzas sin dientes 1

6. Estuche con las mismas características que los anteriores excepto el 1

Epistaxol 1
Merocel 2 tiras
Tira taponamiento esteril 1

7. Compartimento con las mismas características que los anteriores excepto el 1

Agujas insulina 2 agujas

Betadine 5 ml 2 envases

Bisturí 4 hojas

Cuchilla 1

Dermabond 2 tubos

Pinzas con dientes 1

Pinzas sin dientes, pinzas de clampar, tijeras en envase estéril

Puntos de papel

Scandinibsa 3 viales

Seda 6/0 – 5/0 – 4/0 – 3/0 – 2/0 - 0

8. Estuche con las mismas características que los anteriores excepto el 1

Compresor 1

Vacutainer 2 agujas

Esparadrado de papel 1

Venda de Crepe 5 cm x 4 m 1

Tubos analítica

Venoject adaptador 6

9. Estuche con las mismas características que los anteriores excepto el 1

Betadine 5 ml 1 envase

Compresor 1

Cosmopor 7,5 cm x 5 cm 2 apósitos

Esparadrapo papel 1

Catéter mariposa 5 palomitas

Suero fisiológico 10 ml 2 envases

Tapones via intravenosa 2

Venda de algodón 10 cm x 2.7 m 1

Vías: 16 G, 18 G, 20 G, 22G, 24 G

10. Estuche que las mismas características que los anteriores excepto el 1

Alargaderas con llave de 3 vías 4

Sistemas de suero 2

Tubo de guedel n °3 3

Tubo de guedel n°5 1

Venda de algodón 10x 4 m 1

11. Estuche para el glucómetro.
12. Estuche con esfigmomanómetro y fonendoscopio para toma de constantes.
13. Contenedor de agujas, que garantiza la seguridad y el poder desechar el material cortante.

En la parte delantera se encuentra el siguiente material:

Alargadera con llave de 3 vías

Boligrafo

Campo estéril sin fenestrar

Dosiflow

Férula de mano

Linterna

Papel

Pinzas con dientes estéril 2 paquetes

Pinzas sin dientes estéril 2 paquetes

Suero Fisiológico 100 ml 1 bolsa

Suero Fisiológico 500 ml 1 bolsa

Suero glucosado 5% 500 ml 1 bolsa

Termómetro

Tijera clamp

Tijeras

La solapa de la parte delantera tiene una cremallera que almacena lo siguiente:

Campo estéril sin fenestrar 1

Vaselina 1

Venda de crepe grande 1

Bote de orina 1

Guantes desechables

Esparadrapo de papel

Guantes estéril latex talla M 2 paquetes

Guantes estéril latex talla S 2 paquetes

## BOLSO BOMBONA DE OXIGENO



Agujas de cargar medicación

Atrovent 250 2 viales

Atrovent 500 2 viales

Bala de oxígeno

Gafas nasales adulto

Jeringas 5 ml

Mascarilla de nebulización adulta y pediátrica

Mascarilla reservorio adulto

Mascarilla Venturi adulto y pediátrica

Plumbicort 4 viales

Suero Fisiológico 10 ml 2 envases

Ventolin con fecha de apertura 1 vial

---

## BOLSO 2



En el bolsillo delantero se guarda:

- Chalecos y guantes

En el interior de la maleta se encuentran:

- Ambu 1
- Collarín rígido adulto y pediátrico
- Dosi flow 1
- Hojas de laringoscopio de diferentes tamaños
- Laringoscopio
- Mascarilla ambu s-m-l
- Mascarilla laríngea 1
- Mascarilla reservorio adulto 1
- Mascarilla Venturi adulto y pediátrica
- Nebulización adulto y pediátrica
- Paracetamol iv 1
- Sistema de suero 1
- Suero Fisiológico 100 ml 1 botella
- Suero Fisiológico 500 ml 1 bolsa

- Suero glucosado 5% 250 ml 1 bolsa
- Tijeras 1
- Tubos endotraqueales nº 5.5, 6, 6.5, 7,7.5, 8
- Manta de medicación

Actocortina 1000 1 vial	Ketorolaco 2 ampollas
Adolonta 2 viales viales	Konakion pediátrico iv 2
Adrenalina 3 viales	Midazolam iv 1 vial
Adrenalina precargada 1 jeringa	Morfina e/v 2 viales
Akineton 1 vial	Naloxona e/v 2 viales
Aspirina 500 vo 3 comprimidos	Ketorolaco 2 viales
Atropina 3 viales viales	Konakion pediátrico 2
Benerva 2 viales	Nolotil e/v 1 vial
Buscapina 2 viales	Primperan e/v 2 viales
Buscapina compositum 2 viales	Ranitidina e/v 1 vial
Capoten 25 mg vo 3 comprimidos	Seguril e/v 1 vial
Dexclorfeniramina e/v 1 vial	Sinogan e/v 1 vial

Diazepam 10 mg e/v 2 viales microenema	Stesolid 5 mg 1
Digoxina e/v 3 viales microenema	Stesolid 10 mg 1
Dogmatil e/v 2 viales	Trangorex e/v 1 vial
Febrectal 4 comprimidos	Tranxilium 50 e/v 1 vial
Flumazenil 2 viales	Trinispray 1 spray
Fortecortín 2 viales viales	Urbason 20 mg e/v 2
Glucocemin 50% 1 vial viales	Urbason 40 mg e/v 2
Haloperidol ev 2 viales	Voltarén e/v 2 viales

En el bolsillo interior grande:

- Compartimento azul 1:

Suero Fisiológico 500 ml 2 bolsas

Suero Fisiológico 100 ml 1 bolsa

Suero Glucosado 5% 250 ml 1

- Compartimento azul 2:

Alargadera con llave de 3 vías 1	Esparradro de papel 1
Apósitos transparentes 3	Llave de 3 vías 1
Catéter mariposa sc 2	Sistema de sueros 3
Compresores 2	Tapón para via 1
Dosiflow 1	Vías 16G, 18G, 20 G, 22 G

- Compartimento amarillo

Adrenalina precargada 2 jeringas  
Agujas musculares, intravenosas, subcutáneas  
Gasas  
Jeringas 20 ml, 10 ml, 5 ml y 2 ml  
Stesolid 10 mg y 5 mg 1 microenema de cada



- Estuche verde:

Betadine 10 ml 2 unidades

Bolsa de orina 2000 ml 1 unidad

Campo esteril fenestrado 1 unidad

Cosmopor de varios tamaños pequeños

Guantes desechables

Guantes estériles de latex s-m-l

Jeringa 50 ml cono ancho 1

Lubricantes urológicos 2 monodosis

Mepitel 2 unidades

Sonda vesical 18 y 20 Fr

Spongostan 1 unidad

Venda de algodón 10 cm x 2.7 m 3 unidades

Venda de crepe 10 cm x 4 m 1 unidad

- bolsillo pequeño
  - Manta térmica
- Bolsillo transparente:
  - Algoritmo SVA de ritmo desfibrilable y no desfibrilable
  - Tubos de guedel: 0,1,2,3,4,5

Como se puede observar los medios diagnósticos y materiales son limitados. Se dispone de muchos menos medios diagnósticos que en el medio hospitalario. Esto es una característica del servicio, encontrándose esta amenaza en el resto de los equipos de urgencias rurales de la Comunidad.

No existe un buen sistema de revisión del bolso, debido a que no se registra el material que hay y no queda constancia de su revisión. Por lo que en algunas atenciones no se encuentra el material deseado, con el consiguiente riesgo que esto puede ocasionar para la adecuada atención del paciente.

Algunos medicamentos y materiales sanitarios útiles para la atención urgente en maletines o mochilas del médico y enfermera, recomendados por la comisión de farmacia de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea<sup>9</sup>(anexo 3), no se encuentran en los bolsos de atención sanitaria de la zona básica de estudio. Como por ejemplo: pinzas de magic, silkospray, material de cricotirotomía, llaves del centro de salud, planos de la zona, entre otros. Pero se observa que el listado de medicación recomendado por Osakidetza<sup>10</sup> para el maletín del médico de atención primaria, los medicamentos recomendados están incluidos en los bolsos del equipo SUR.

## ANÁLISIS EXTERNO

---

### CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Como se ha mencionado anteriormente se encuentra en una zona básica de atención que cuenta con una población de 4350 habitantes

Se observa que durante el periodo estival, esta población aumenta considerablemente debido a la oferta turística incrementándose en unos 2500 habitantes más.

Del total de habitantes de la zona el 13,08% de la población es menor de 17 años, el 58,94% se encuentra entre los 18 y 64 años y el 27,98% representa a una población mayor de 65 años. Podemos resaltar que entre la población mayor de 65 años un 41,17% son mayores de 80 años<sup>8</sup>. Así que la población del área de estudio es una población envejecida, lo que conlleva a una mayor frecuencia de pluripatologías y patologías crónicas.

---

#### CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO

Como se ha mencionado cuenta con una extensión de unos 304 Km<sup>2</sup>, la zona de atención es un área montañosa, siendo un atractivo turístico para los deportes de montaña como senderismo, escalada, vuelo en parapente y ciclismo. Podemos destacar

que en la zona de estudio discurren carreteras de montaña, siendo la carretera estrecha con muchas curvas, pero poco transitada y también discurre una carretera nacional que al contrario de la otra es una carretera con arcones amplios, con visibilidad pero bastante transitada. Con todo esto se puede esperar accidentes por la práctica deportiva y accidentes de tráfico entre otros.

Debido a las características paisajísticas posee 2 puntos de atención que permite mejorar la accesibilidad a la atención de población de los 50 municipios que se atienden y abarca la zona, y la dispersión que supone a la hora de realizar la atención domiciliaria en los mismos.

---

#### CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Las atenciones sanitarias que se realizan abarcan un gran abanico, desde enfermedades agudas como una gastroenteritis, un cólico nefrítico... hasta otras crónicas que se han descompensado, personas

mayores pluripatológicas con alguna patología crónica, tales como insuficiencia cardiaca, déficit cognitivo... y también la atención de cuidados paliativos a pacientes en fase terminal. En cuanto a gravedad de la patología también hay un amplio margen, pudiendo ir desde una infección de orina hasta la atención de una patología tiempo dependiente como es la parada cardiorrespiratoria, ICTUS, accidente de tráfico... En cuanto a la atención de casos graves, en esta zona tiene baja incidencia, lo que conlleva para el personal una pérdida de habilidades en el manejo de este tipo de atenciones.

Otra amenaza para el equipo de trabajo son las atenciones sanitarias demandadas por el paciente cuando no sabe gestionar su propia salud y no conoce los criterios de llamada al servicio de urgencias. Puede ocurrir que el equipo se desplace hasta el domicilio de un paciente que no requiera atención por parte del SUR y concurra con un aviso

urgente en otro pueblo o lugar y debido a esto, el médico y la enfermera lleguen con más demora.

---

#### REGULACIÓN LEGISLATIVA O DOCUMENTOS QUE APOYAN EL TRABAJO EN LOS EQUIPOS SUR

En cuanto a las guías de acogida para nuevos profesionales en el equipo SUR, el “Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios”<sup>11</sup> viene apoyando la importancia de una guía de acogida a personal de nueva incorporación explicándoles el área de trabajo, protocolos y procedimientos más importantes en la unidad.

La guía de bioseguridad para los profesionales sanitarios<sup>12</sup> resalta la importancia de que forme parte una formación en bioseguridad en los planes de acogida.

El marco estratégico para la mejora de atención Primaria en España 2007-2012<sup>13</sup>, la guía de medicamentos para los Centros de Atención Primaria de la Comunidad<sup>9</sup> en la que se encuentre el equipo de estudio, la guía de buena práctica clínica en urgencias en el centro de salud rural<sup>14</sup> entre otras, sirven como referencia para realizar una buena organización del material y una buena praxis por parte del equipo SUR.

El marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012<sup>13</sup> detalla estrategias para la mejora de Atención Primaria, entre otras señala potenciar la calidad de atención en los equipos de Atención Primaria, incluyendo los equipos de urgencias rurales. Describe los problemas de salud susceptibles de atención por parte del equipo SUR y realiza una propuesta de equipamiento básico para este equipo.

La guía de medicamentos para los centros de Atención Primaria<sup>9</sup> realizada por el servicio de

Salud de la Comunidad en la que se centra este trabajo, hace referencia a los materiales y medicamentos necesarios en los maletines de urgencias rurales. Muestra el listado de fármacos fotosensibles y una batería de preguntas respecto al almacén para asegurar una buena organización del mismo.

La guía de buena práctica clínica en urgencias en el centro de salud rural<sup>14</sup> contiene recomendaciones de actuación según problemas de salud.

## MATRIZ DAFO

### *Debilidades*

- Características de la atención urgente
- Servicio no programado.
- Imposibilidad de acceso al historial del paciente fuera del centro de salud.
- Organización deficiente del material y medicación.
- Escasos recursos humanos: un médico y enfermera. Se verán desbordados en el caso de dos urgencias reales simultáneas
- Escasos medios diagnósticos
- Gran porcentaje de personal eventual
- No disponer de una guía de acogida

### *Amenazas*

- Gran dispersión geográfica.
- Avisos no urgentes a domicilio.
- Desconocimiento de los pacientes
- Dos puntos de atención continuada.
- Diferentes lugares de atención: en el centro de salud, domicilio, vía pública
- No coincidir en horario laboral con el resto del equipo
- Baja incidencia de casos graves: pérdida de habilidades y conocimientos en atención a la urgencia vital.
- Variedad de procesos diferentes

### *Fortalezas*

- Compromiso de los profesionales con los objetivos de mejora.
- Equipo motivado para mejorar el servicio.

### *Oportunidades*

- Fluida coordinación con el 112.
- Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón en el que aconsejan guías de acogida
- Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012
- Guía de medicamentos para los Centros de Atención Primaria de la Comunidad

## PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

### IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

Después de realizar el análisis estratégico del equipo de urgencias rural, se extraen los siguientes problemas:

- Elevada tasa de eventualidad de los profesionales del equipo y no disponer de una guía de acogida para nuevos trabajadores, siendo la tasa de eventualidad tan alta sería necesario una.
- Escasa comunicación entre los profesionales debido a que no se coincide en horario laboral con el resto del equipo. Esta característica es propia de los SUR en general, no solo de la zona de estudio.
- Organización del personal: los turnos del personal están organizados de forma que los

profesionales rotan por los dos puntos de atención continuada. Ello conlleva a conocer dos zonas y dos cupos de población.

- No tener acceso a la historia clínica del paciente fuera del centro de salud.
- Organización del almacén: en el centro de salud 1, en el almacén se encuentra medicación fotosensible sin las medidas de protección necesarias. En ocasiones la medicación o material deseado se encuentra caducado. El centro de salud 2 no dispone de almacén con la consiguiente deficiencia de material.
- Organización de los bolsos que el personal lleva consigo cuando la actuación sanitaria es fuera del centro de salud.
- Necesidad de una formación continuada para adquirir destrezas en situaciones

vitales graves debido a la pérdida de habilidades en dichas actuaciones por la baja incidencia de casos.

#### MÉTODO DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Con este listado de problemas es necesario realizar un método de priorización. El método de priorización en el que se basa este trabajo es un método basado en el estudio de Saturno.<sup>15</sup>

El método de priorización se basa en los siguientes criterios:

1) Fácil de medir.

3= los datos están en el centro y son fáciles de medir.

2= los datos están en el centro pero no son fáciles de recoger.

1= los datos están disponibles fuera del Centro

0= no existen datos.

## 2) Usuarios afectados

3= Afecta a la totalidad de los usuarios del servicio.

2= Afecta a un gran número de ellos.

1= Sólo afecta a una pequeña parte de los usuarios.

0= Prácticamente a casi nadie.

## 3) Riesgo para la salud

3= Riesgo elevado, el problema es muy grave en los casos afectados.

2= Riesgo medio, pero importante cuando afecta.

1= Riesgo bajo, pocos casos y poco importantes.

0= Riesgo casi nulo.

4) Coste de la solución.

3= no supone ningún coste.

2= Coste pequeño, fácilmente asumible por el equipo.

1= Coste importante, no puede ser asumido por el equipo sin un presupuesto adicional.

0= Su coste es tan elevado que se necesita un presupuesto especial a nivel autonómico.

5) Influencia externa.

3= la solución depende sólo del equipo.

2= solución depende del equipo y de la Dirección

1= la solución depende del equipo y de la Dirección y de otros niveles.

0= Se necesita una planificación específica a nivel general.

---

#### PUNTUACIÓN SEGÚN EL MÉTODO DE PRIORIZACIÓN

1. Gran tasa de eventualidad de los profesionales y no disponer de una guía de acogida
  - a. Según el criterio “fácil de medir” este problema recibe la puntuación de 3 porque los datos del problema los conseguimos del centro y son fáciles de medir.
  - b. Según el criterio de “usuarios afectados” este problema no afecta a

un gran número de usuarios pero podrá afectar a una pequeña parte de ellos. Así que la puntuación dada es un 1

- c. Según el criterio “riesgo para la salud” este problema tiene un riesgo bajo, pocos casos. Puntuación asignada 1. Puede ser que el personal se encuentre en situaciones que desconozca el funcionamiento del centro en cuanto a organización de bolsos, desplazamientos, contraseñas...
- d. Según el criterio “coste de la solución” no supone ningún coste, se corresponde con la puntuación 3
- e. Según el criterio “influencia externa” la solución puede ser

abordada por el equipo. Puntuación  
3

2. Escasa comunicación entre los profesionales
  - a. Según el criterio “fácil de medir” este problema recibe la puntuación de 3 porque los datos del problema los conseguimos del centro y son fáciles de medir.
  - b. Según el criterio de “usuarios afectados” este problema no afecta prácticamente a nadie. Así que la puntuación dada es un 0.
  - c. Según el criterio “riesgo para la salud” este problema tiene un riesgo casi nulo. La población se podrá beneficiar de una buena comunicación entre puntuación 0. profesionales en cuanto a la

realización de protocolos, guías de actuación...

- d. Según el criterio “coste de la solución” supondrá algún coste, asumible por el equipo, puntuación 2. Si se hacen reuniones de equipo fuera de horario laboral, esas horas están compensadas por vacaciones.
- e. Según el criterio “influencia externa” la solución puede ser abordada por el equipo. Puntuación 3

3. Organización del personal: los turnos del personal están organizados de forma que los profesionales rotan por los dos puntos de atención continuada. Ello conlleva a conocer dos zonas y dos cupos de población.

- a. Según el criterio “fácil de medir” este problema recibe la puntuación de 3 porque los datos del problema los conseguimos del centro y son fáciles de medir.
- b. Según el criterio de “usuarios afectados” este problema afecta a un gran número de ellos. Puntuación 2. Si el personal estuviera en un solo centro podrían llevar una mejor atención continuada de ese paciente
- c. Según el criterio “riesgo para la salud” este problema tiene un riesgo bajo, sí que afecta a gran parte de población pero en cuanto al riesgo es bajo. Puntuación 1
- d. Según el criterio “coste de la solución” no supone ningún coste, se corresponde con la puntuación 3

- e. Según el criterio “influencia externa” la solución no depende sólo del equipo. Puntuación 1.
4. No tener acceso a la historia clínica del paciente fuera del centro de salud.
- a. Según el criterio “fácil de medir” este problema recibe la puntuación de 3 porque los datos del problema los conseguimos del centro y son fáciles de medir.
  - b. Según el criterio de “usuarios afectados” este problema afecta a una pequeña parte de la población. Puntuación 1. Normalmente el equipo se encuentra en el centro de salud cuando recibe un aviso a domicilio
  - c. Según el criterio “riesgo para la salud” este problema tiene un riesgo

medio, pero importante cuando afecta. Puntuación 2. El no tener acceso a la Hª Clínica del paciente hace que se desconozcan datos importantes del paciente como los antecedentes, alergias...

- d. Según el criterio “coste de la solución” sí que supone coste pequeño, fácilmente asumible por el equipo. Puntuación 2. El equipo necesitará tablets u ordenador portátil.
- e. Según el criterio “influencia externa” la solución debe ser abordada por el equipo, dirección y otros niveles. Puntuación 1. El equipo necesitará ayuda de dirección y de informáticos para la instalación de la HªC en el ordenador portátil.

## 5. Organización del almacén

- a. Según el criterio “fácil de medir” este problema recibe la puntuación de 3 porque los datos del problema los conseguimos del centro y son fáciles de medir.
- b. Según el criterio de “usuarios afectados” este problema afecta a un gran número de ellos. Puntuación 2. Puede que el personal no disponga en un momento del material/medicación indicado o que use un medicamento fotosensible que no estaba almacenado en condiciones específicas.
- c. Según el criterio “riesgo para la salud” este problema tiene un riesgo medio, pero importante cuando

afecta. Puntuación 2. El no disponer de un material indicado para una situación de urgencia puede tener consecuencias graves.

d. Según el criterio “coste de la solución” no supone ningún coste, se corresponde con la puntuación 3.

e. Según el criterio “influencia externa” la solución puede ser abordada por el equipo. Puntuación 3.

6. Organización de los bolsos que el personal lleva consigo cuando la actuación sanitaria es fuera del centro de salud.

a. Según el criterio “fácil de medir” este problema recibe la puntuación de 3 porque los datos del problema los conseguimos del centro y son fáciles de medir.

- b. Según el criterio de “usuarios afectados” este problema no afecta a un gran número de usuarios pero podrá afectar a una pequeña parte de ellos. Así que la puntuación dada es un 1. Los pacientes afectados son los atendidos fuera del centro de salud y el equipo no dispone del material/medicación indicado.
- c. Según el criterio “riesgo para la salud” este problema tiene un riesgo medio, pero importante cuando afecta. Puntuación 2. Cuando afecta en una situación de urgencia la consecuencia puede ser grave
- d. Según el criterio “coste de la solución” no supone ningún coste, se corresponde con la puntuación 3

e. Según el criterio “influencia externa” la solución puede ser abordada por el equipo. Puntuación 3

7. Formación continuada para adquirir destrezas en situaciones vitales graves debido a la pérdida de habilidades en estas actuaciones por la baja incidencia de casos.

a. Según el criterio “fácil de medir” este problema recibe la puntuación de 3 porque los datos del problema los conseguimos del centro y son fáciles de medir.

b. Según el criterio de “usuarios afectados” este problema afecta a una pequeña parte de los usuarios. Puntuación 1

c. Según el criterio “riesgo para la salud” este problema tiene un riesgo

medio, pero importante cuando afecta. Puntuación 2.

- d. Según el criterio “coste de la solución” el equipo necesitaría un presupuesto adicional. Puntuación 1
- e. Según el criterio “influencia externa” la solución depende del equipo y de la Dirección. Puntuación 2

	<b>FÁCIL DE MEDIR</b>	<b>USUARIOS AFECTADOS</b>	<b>RIESGO PARA LA SALUD</b>	<b>COSTE DE LA SOLUCIÓN</b>	<b>INFLUENCIA EXTERNA</b>
Organización del almacén	3	2	2	3	3
Incorporación continua personal que desconoce el funcionamiento del centro. No disponer de una guía de acogida	3	1	1	3	3
Organización de los bolsos de urgencias	3	1	2	3	3
No acceder a la Hª del paciente fuera del centro de salud	3	1	2	2	1
Organización del personal: rotar por los dos centros de salud	3	2	1	3	1
Escasa comunicación entre los profesionales	3	0	0	2	3
Formación continuada en urgencias	3	1	2	1	2

---

## PROBLEMAS PRIORIZADOS

Según este método de priorización los tres problemas con mayor puntuación son:

1. Organización del almacén (13/15)
2. Organización de los bolsos de Urgencias (12/15)
3. Desconocimiento del funcionamiento del centro por parte del personal de nueva incorporación (11/15)

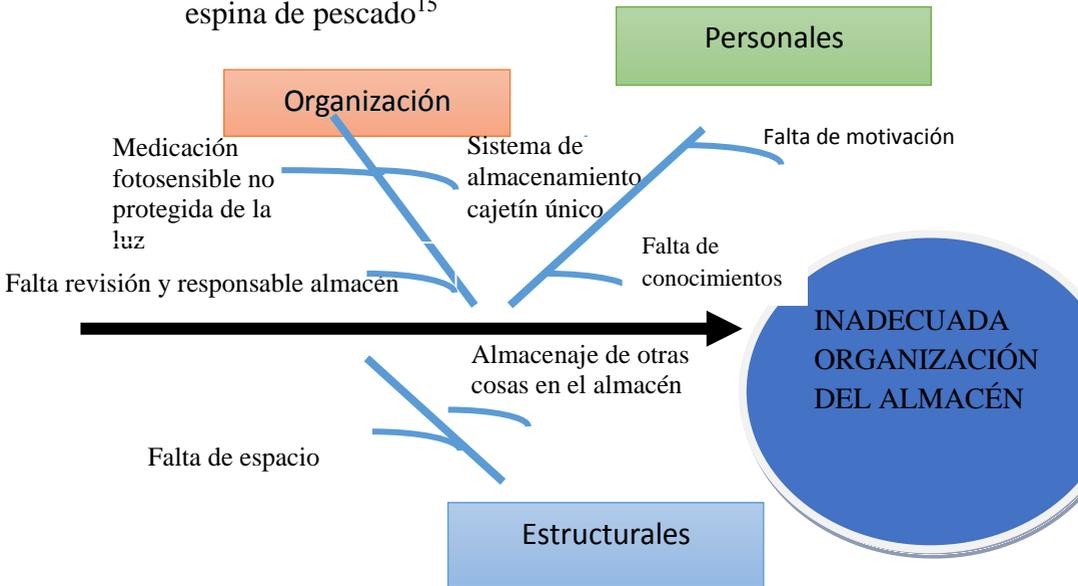
### ORGANIZACIÓN DEL ALMACÉN

En el estudio de Gens, Palacios, Hernández y Gallego<sup>16</sup> (2009), siguiendo las directrices de la JACHO para una asistencia sanitaria de calidad, es importante: disponer de un sistema de revisión del almacén y una adecuada conservación de los medicamentos entre otros.

---

## ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL PROBLEMA

Los resultados quedan definidos en forma de diagrama de causa – efecto, también llamado espina de pescado<sup>15</sup>



---

## PLANTEAMIENTO DE PROPUESTAS DE MEJORA

- Medidas de tipo educativo:

- Colocación del listado de medicación fotosensible en el almacén. Para que todos los profesionales tengan conocimiento de ella. (Anexo 4).
- Medidas de tipo organizativo:
  - Los medicamentos que aparecen en el anterior listado deberán conservarse en su envase original o en cajetines opacos. Se pueden proteger los cajetines que guardan esta medicación con cartón o papel de aluminio.
  - Asignación de responsable del almacén de manera rotada.
  - Sistema de doble cajetín: con este sistema, los medicamentos que tienen una fecha posterior se

guardan en la parte más interior del cajetín.

- Sistema informatizado para control de existencias del botiquín. Se anota lo que se gasta, así se conoce que medicamentos son los más utilizados y se puede obtener una previsión de stock. Tanto para evitar la caducidad de los medicamentos y materiales menos utilizados, como para evitar la inexistencia de los más utilizados. (anexo 5)
- El primer sábado de cada mes se revisarán las caducidades de los materiales/medicamentos del almacén.

- Medidas de tipo estructurales

- Se asignará un espacio para las basuras y ropa sucia diferente al almacén

---

## EVALUACIÓN

Se establecen los siguientes criterios para su posterior evaluación:

- Criterio 1: El documento en el sistema informatizado del almacén deberá estar completo todos los meses, anotando en todo momento lo que se retira y lo que queda.
  - Indicador: n° de veces que se anota lo que se retira y queda en almacén.
  - Estándar: 90%.
- Criterio 2: La medicación fotosensible deberá estar protegida de la luz.
  - Indicador: n° de veces que la medicación fotosensible está conservada adecuadamente.

- Estándar: siempre.
- Criterio 3: Revisión sistemática del almacén el primer sábado de cada mes
  - Indicador: nº de meses que se revisa el almacén / meses del año.
  - Estándar: 100%

### **Diseño de la evaluación**

- Criterio 1: en el ordenador se creará una carpeta con una hoja dónde se anote lo que se va retirando del almacén y lo que queda. (anexo 5). A los 3 meses se valorará el grado de cumplimiento del criterio establecido y si se llega al estándar fijado.
- Criterio 2: Se colocará una hoja en la pared del almacén con el listado de medicación fotosensible. Este listado estará a la vista de

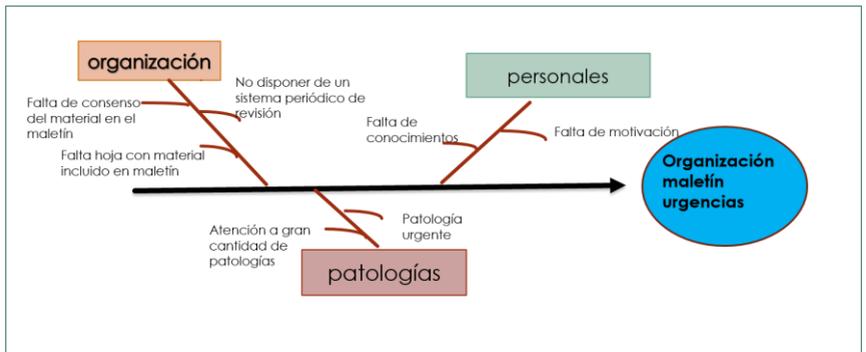
todos los que entren en el almacén. Esta medicación deberá estar preservada de la luz. Si algún profesional encuentra alguna medicación fotosensible desprotegida de la luz lo anotará en el documento creado para ello. (Anexo 6). A los 3 meses se valorará el grado de cumplimiento del criterio establecido y si se llega al estándar fijado.

- Criterio 3: Se realizará la revisión del almacén por los profesionales que estén de guardia. Si se encuentra alguna incidencia a la hora de revisar medicación/material del almacén lo anotará en el documento creado para ello. Y deberá firmar la persona que realiza la revisión. (Anexo 6). A los 3 meses se valorará el grado de cumplimiento del criterio establecido y si se llega al estándar fijado.

## ORGANIZACIÓN DE LOS BOLSOS DE URGENCIAS

### ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DEL PROBLEMA.

Los resultados quedan definidos en forma de diagrama de causa – efecto, también llamado espina de pescado<sup>15</sup>.



### PLANTEAMIENTO DE PROPUESTAS DE MEJORA

Según la bibliografía consultada un maletín de urgencias tiene que estar adaptado a la zona de

atención (tipos de pacientes, patología más frecuente, distancia a un hospital...) y debe estar bien organizado con el material recomendado para la atención a patología urgente.

- Medidas de tipo educativo.
  - Realización de un curso de “Atención sanitaria a Patología Urgente” tanto para médicos como para enfermeras, donde se expongan las patologías más frecuentes y más urgentes para conocer el material/mediación necesaria para el tratamiento de las mismas.
- Medidas de tipo organizativo.
  - Se organizará el maletín de urgencias que tiene estuches de colores facilitando la identificación del material.<sup>17</sup>
    - Rojo: sistema circulatorio.
    - Azul: sistema respiratorio.
    - Verde: otros sistemas

- Amarillo: dosificaciones infantiles
- Se creará un listado con la medicación/material recomendado (anexo 7)
- Se establece como norma general, reponer el maletín después de cada atención.
- Se establecerá un sistema de revisión del maletín. Asignando un responsable mensual de forma rotatoria. Anotando la persona que lo revisa, la fecha y las incidencias encontradas.
  - Revisando diariamente:
    - el estado del DESA: encendido, parches y cables.
    - bala de oxígeno y caudalímetro.

- ECG: encendido, electrodos, papel de registro
- Medicación que aparece en el listado anteriormente dicho.
- Material vía aérea (bolso azul)
- Material sistema circulatorio (bolso rojo)
- Material otros sistemas (bolsa verde)
- Material pediátrico (bolso amarillo)
- Revisando mensualmente:
  - Caducidades del material y medicación con fecha de caducidad.

- Medidas motivacionales:
  - Participación del personal en cursos relacionados con “urgencias”.
  - Realizar reuniones de equipo cada 3 meses, asignando un responsable de forma rotatoria.

---

#### EVALUACIÓN

Se establecen los siguientes criterios para su posterior evaluación.

- Criterio 1: El material/medicación del maletín de urgencias debe estar completo y en correcto estado para su uso.
  - Indicador: n° de veces que el material esté disponible en perfecto estado.
  - Estándar: siempre.

- Criterio 2: La hoja de revisión del maletín deberá estar completa todos los días y firmada por la persona que ha realizado la revisión.
  - Indicador: días que se ha registrado la revisión / días del mes
  - Estándar: 100%

### **Diseño de la evaluación**

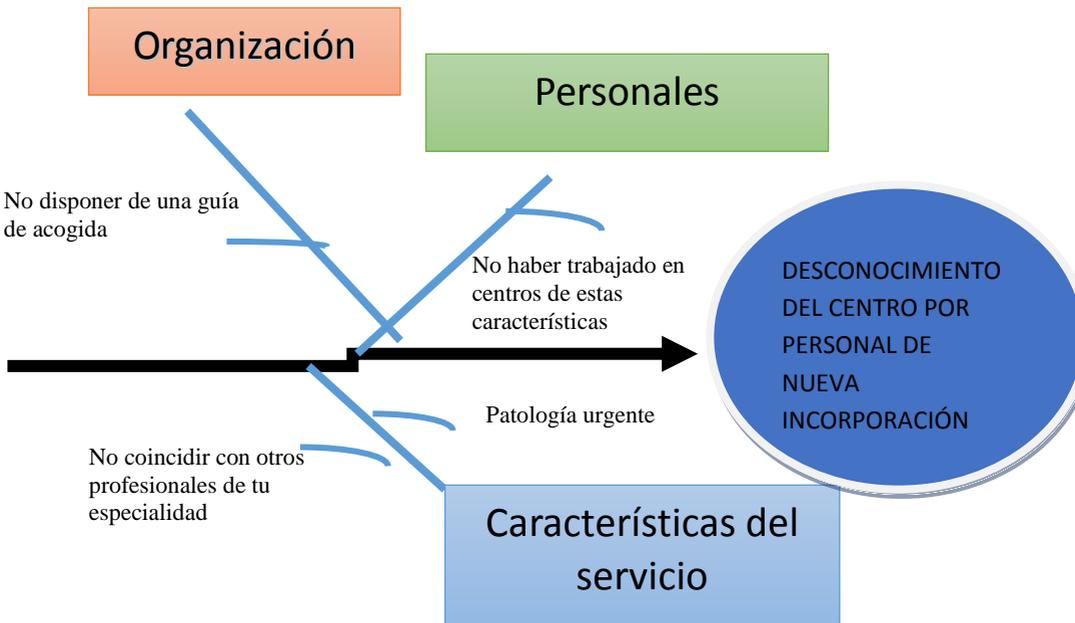
- Criterio 1: se creará una carpeta en el ordenador donde se anoten las incidencias del maletín. Especificando el día y el tipo de incidencia (falta de material, material caducado...). A los 3 meses se valorará el grado de cumplimiento del criterio establecido y si se llega al estándar fijado.
- Criterio 2: la evaluación se realizará también a los 3 meses después de su inicio. Después se realizará evaluaciones

mensuales para ver si se han realizado tales revisiones y para comprobar las incidencias encontradas. Se deberá llegar al estándar fijado. Se pondrá la hoja de revisión en el espacio físico donde se encuentre el maletín.

## DESCONOCIMIENTO DEL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO POR PARTE DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

### ANÁLISIS DE LAS CAUSA DEL PROBLEMA

Los resultados quedan definidos en forma de diagrama de causa – efecto, también llamado espina de pescado<sup>15</sup>.



---

## PLANTEAMIENTO DE PROPUESTAS DE MEJORA

- Medidas de tipo educativo: al personal de nueva incorporación se le invitará a que antes de su fecha de incorporación conozca el centro. El personal que esté de guardia en ese momento, le enseñará el centro y la aplicación informática que los profesionales utilizan en la práctica diaria.
- Medidas de tipo organizativo: se creará una guía de acogida dónde se recojan los aspectos más importantes del trabajo en este servicio. (Anexo 8)

---

## EVALUACIÓN

Se establecen los siguientes criterios para su posterior evaluación.

- Criterio 1: los profesionales de nueva incorporación recibirán una guía de acogida

- Indicador: profesionales que reciben la guía / profesionales de nueva incorporación al servicio.
- Estándar: 100%

### **Diseño de la evaluación**

- Criterio 1: Se entregará una guía de acogida a los profesionales de nueva incorporación. Esta entrega quedará registrada en el ordenador. Se le pasará una encuesta de satisfacción dónde se recoja el grado de satisfacción y sugerencias para mejorarla. (Anexo 9). A los 3 meses se valorará su grado de cumplimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

### BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). *Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) del Sistema Nacional de Salud. Definición de variables principales*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI); 2013.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). *Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) del Sistema Nacional de Salud. Actividad Urgente Extrahospitalaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI); 2014.

3. Decreto Foral 343/1997, de 24 de noviembre, por el que se regula la asistencia sanitaria extrahospitalaria en el ámbito de la Comunidad Foral de Navarra. *Boletín Oficial de Navarra*, nº 150, de 15 de diciembre de 1997.
4. Ley foral 2/2013, de 14 de febrero, sobre atención sanitaria, continuada y urgente. *Boletín Oficial de Navarra*, nº 38, de 25 de febrero de 2013.
5. Real decreto 903/1997 de 16 de junio por el que se regula el acceso mediante redes de telecomunicaciones al servicio de atención de llamadas de urgencia a través del número telefónico 112. *Boletín Oficial del Estado*, nº 153, de 27 de junio de 1997
6. Gobierno de Navarra. Estadística. Departamento de Salud. Plan 2011-2016.

*Actividad de los Servicios de Urgencia Extrahospitalaria.* 2014. Disponible en: [http://www.navarra.es/home\\_es/Gobierno+de+Navarra/Estadistica/Clasificacion+por+Departamentos](http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Estadistica/Clasificacion+por+Departamentos). (último acceso 12 de diciembre 2015)

7. Hayward MD, Regan L, Glasheen J, Burns B. Review of therapeutic agents employed by an Australian aeromedical prehospital and retrieval service. *Emergency Medicine Australasia.* 2016; 28(3):329-334.
  
8. Gobierno de Navarra. Departamento de Políticas Sociales. *Datos demográficos de Navarra por zonas básicas y áreas sociales.* 2014. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/32745421-785E-41B1-89EE-135E67249C59/306512/DatosdemograficosdeN>

[avarraporzonasbasicasyareassoc.pdf](#) (último acceso el 18 de diciembre 2015)

9. Comisiones de Farmacia. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea. *Guía de medicamentos para los centros de Atención Primaria de Navarra. 3ª edición*. Pamplona: Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea; 2004.
  
10. Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. Medicamentos para el maletín del médico de Atención Primaria. *Infac, Información Farmacoterapéutica de la Comarca*. 2001; 9(4): 21-26.
  
11. Resolución de 22 de diciembre de 2008, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la

Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, nº 19, de 22 de enero de 2009.

12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). *Guía de bioseguridad para los profesionales sanitarios*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Centro de publicaciones; 2014.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007 - 2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones; 2007.
14. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Guía de buena práctica clínica en*

*urgencias en el centro de salud rural*. Madrid: OMC e IMC; 2011.

15. Saturno, P.J. Actividades básicas para la mejora continua: métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
  
16. Gens M, Palacios L, Hernández N, Gallego F. ¿Cómo cumplimos los estándares de calidad de la atención urgente? *Atención Primaria*. 2009;41(1):45-47
  
17. Real decreto 619/1998, de 17 de abril, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. *Boletín Oficial del Estado*, n<sup>o</sup> 101, de 28 de abril de 1998.

18. European Resuscitation Council (ERC). *Recomendaciones para la resucitación. Consejo Europeo de Resucitación. Resumen ejecutivo de las guías 2015 de la ERC*. Madrid: Consejo español de resucitación cardiopulmonar; 2015. Disponible en: <http://www.cercp.org/images/stories/recursos/Documentos/Recomendaciones ERC 2015 Resumen ejecutivo.pdf> (último acceso 23 de mayo 2016)
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). *Protocolo clínico terapéuticos en urgencias extrahospitalarias*. Madrid: Colección Editorial de Publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA); 2013.

20. Larrubia Muñoz O, Taravilla Cerdán B. Medicamentos de urgencia en atención primaria. *Jano: Medicina y humanidades*. 2009;(1751):21-24. Disponible en: [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1751/21/00210024\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1751/21/00210024_LR.pdf) (último acceso el 3 de marzo de 2016)
21. Tous, M.C., Casas, A.R. y Cánaves, J.L. Los maletines de emergencias de los centros de salud de un área sanitaria. *Emergencias. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2006; 18(5): 269-274.
22. Ramírez Limón E, García Casas MC. Material necesario para atender a pacientes terminales a domicilio. *Jano: Medicina y humanidades*. 2006;(1625):39. Disponible en:

<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1625/39/1v0n1625a13094478pdf001.pdf> (último acceso el 27 de febrero 2016)

23. Grupo de urgencias de la Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria (SEMFYC). *Organización de la atención urgente en los equipos de atención primaria*. Barcelona: SEMFYC; 2005.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Acebedo J, Alonso MM, Álvarez C, Barbero C, Barbudo C, Barneto C et al. *Actuación de enfermería en urgencias y emergencias*. Madrid: Arán ediciones y Escuela Internacional de Ciencias de la Salud (ECS); 2010
  
- Álvarez A, Álvarez J, Álvarez J, Barreiro M. *Los servicios de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias en España*. Madrid: MENSOR; 2011.  
Disponible en:  
[http://www.epes.es/anexos/publicacion/Monografia\\_SEM/Los\\_SEM\\_en\\_Espana.pdf](http://www.epes.es/anexos/publicacion/Monografia_SEM/Los_SEM_en_Espana.pdf)  
(último acceso 3 abril 2016)

- Arroyo MP, Baos V, Bayón A, Catalán C, Hernández MA, Orueta R, et al. *Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria (SEMYC); 2012
  
- Borrel Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). *Atención Primaria*. 2012; 44(7):417-424.
  
- Casajuana J, Clavería A, Domínguez M, Garnelo L, Gervas J, Maíz C et al. *Propuestas de transformación de la atención primaria en Galicia*. Santiago de Compostela: Servicio Gallego de Salud y FEGAS; 2009.

- Castilla L, Serrano L, Alpanseque L, Fernández MCH, Jimenez MD. Atención prehospitalaria del ictus agudo: ¿hemos mejorado realmente? *Revista de neurología* 2013; 56(4): 255-256.
  
- De la Fuente Rodríguez, JM, Ignacio García E, Rodríguez Aguado OO, Benitez Ruiz G, Sánchez Salado J, Chagas Fernández R. La seguridad en los cuidados de los pacientes en las emergencias extrahospitalarias. *Revista de Calidad Asistencial*. 2013; 28(2): 117-123.
  
- Fernández Leronés MJ, De la Fuente Rodríguez A. Evaluación de riesgos laborales para el personal sanitario de los servicios de urgencias de atención primaria. *Emergencias* 2010; 22(6): 445-450.

- García FM, Fernández AI, Díaz A. La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria* 2012; 26:134-141.
  
- Iglesias-Llaca F, Suárez-Gil P, Viña-Soria L, García-Castro A, Castro-Delgado R, Álvarez AF, et al. Supervivencia de las paradas cardíacas extrahospitalarias atendidas por una unidad de vigilancia intensiva móvil de Asturias en 2010. *Medicina Intensiva* 2013; 37(9): 575-583.
  
- Mora R, Navarro C, Loro N, Sancho MT, Sancho MJ, Folgado J, et al. Enfermería:

fármacos más utilizados en urgencias hospitalarias. *Enfermería Global*. 2007; (11). Disponible en: [www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal) (último acceso 24 de febrero 2016)

- Perez I, Guillén F. Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias en Navarra: Razones que las motivan. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2009; 32 (3): 371-384.
  
- Raatiniemi L, Steinvik T, Liisanantti J, Ohtonen P, Martikainen M, Alahuhta S, et al. Fatal injuries in rural and urban areas in northern Finland: a 5-year retrospective study. *Acta Anaesthesiol Scandinavica*. 2016; 60: 668-676.

- Santamarta M, Álvarez PM, Ramos D. Técnicas importantes en el domicilio: el maletín domiciliario, la vía subcutánea y la paracentesis evacuadora. *AMF*.2014; 10 (5): 294-300.

Cuando escuchaba el término de calidad, me parecía un tema difícil, aburrido y que tenía que ser gestionado por expertos en la materia. Pero al leer este trabajo me parece que es sencillo mejorar la calidad de los servicios en los que desempeñamos nuestro trabajo.

He aprendido como realizar un análisis de la situación para encontrar problemas que dificultan la labor asistencial. En concreto he descubierto:

- Pautas a seguir para el análisis situacional, que variables puedo medir para encontrar puntos susceptibles de mejora. Me ayuda mucho el contar con una guía para seguir un orden.

- Cómo priorizar los problemas a abordar, cuando los recursos son limitados y no podemos actuar en todos los problemas este sistema de priorización es muy interesante.
- Otra forma de evaluar las medidas correctoras.

Estos conocimientos que me aporta esta publicación son aplicables a mi trabajo diario.

En ocasiones hay aspectos que son mejorables y con esta guía puedo realizar un análisis más metódico y elegir qué problema es más conveniente solucionar con el método de priorización.

Los recursos son limitados y a veces hay que elegir el problema que se cree más factible, y este método facilita mucho la elección.

El tema de la calidad hoy en día tiene mucha importancia. Es interesante formarse en la práctica asistencial pero también es muy importante conocer cómo podemos mejorar la calidad de ésta.

Antes de leer esta publicación tenía nociones de cómo realizar un análisis de la situación pero ahora tengo ejemplos y puntos a seguir que me facilitan esta práctica.

Lo más interesante me ha parecido el método de priorización de problemas. Cuando analizamos una situación nos podemos encontrar con varios problemas susceptibles de mejora y es muy interesante conocer como priorizarlos.

Este tema es muy práctico en mi actividad diaria, me facilita mucho el analizar la situación laboral y me ayuda a elegir qué temas son más importantes mejorar gracias al método de priorización.

---

