



Encuesta MIR 2017

Y... ¿cómo es tu Hospital?

3. Guardias en los servicios de Urgencia

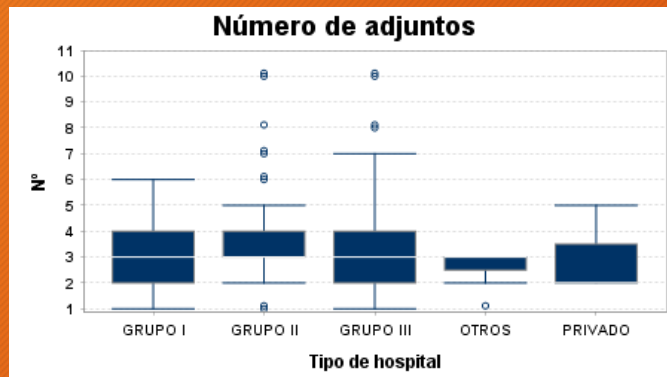


AMYTS
Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid

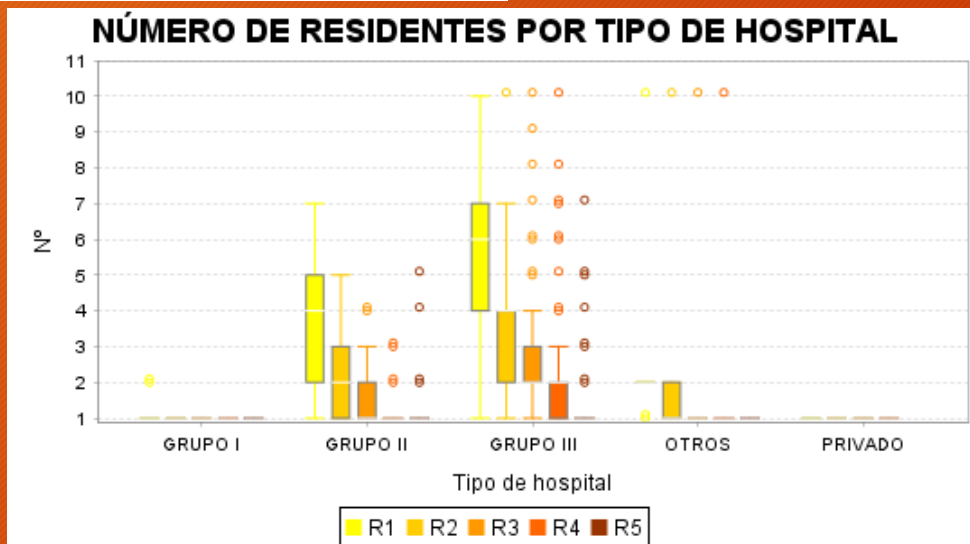


con la colaboración de

Guardias en Urgencias(I): dotación media



Comenzando con el análisis específico de las guardias realizadas en los servicios de Urgencia Hospitalaria, quisimos conocer cuál era la dotación media de profesionales médicos con que se contaba. El número de adjuntos parece mantenerse bastante constante (en torno a 3) independientemente del tipo y dimensión del hospital, encontrándose importantes variaciones en lo que corresponde a la dotación de residentes. Donde esta última es valorable (hospitales de segundo y tercer nivel), se observa el incremento del número total de residentes, principalmente de los de menor antigüedad, según se incrementa el tamaño del hospital.



Guardias en Urgencias(I): dotación media -y 2-



HOSPITALES GRUPO 2

	Adjuntos	R1	R2	R3	R4	R5
Sin respuesta	50	57	70	80	83	144
1	7	29	47	76	106	61
2	28	24	53	38	18	4
3	55	18	35	15	4	
4	39	40	5	2		1
5	16	38	1			1
6	8	3				
7	5	2				
8	1					
9						
10	2					
n	161	154	141	131	128	67
Media	3,57	3,33	2	1,56	1,2	1,16
Mediana	3	4	2	1	1	1
Moda	{3}	{4}	{2}	{1}	{1}	{1}

HOSPITALES GRUPO 3

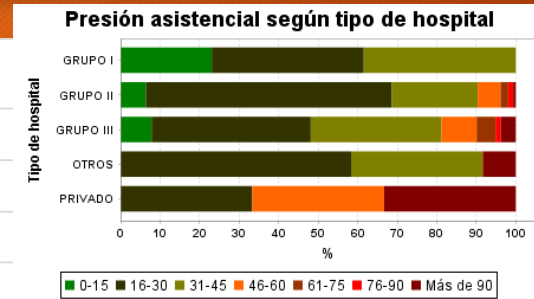
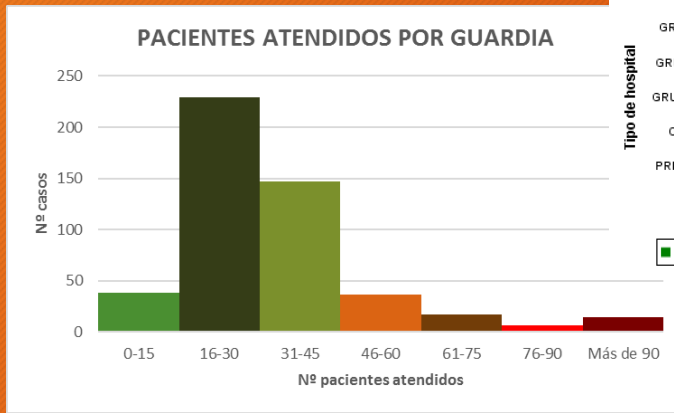
	Adjuntos	R1	R2	R3	R4	R5
Sin respuesta	171	185	205	210	211	301
1	26	46	60	57	88	128
2	101	15	32	74	122	30
3	45	7	33	81	29	4
4	68	20	88	34	10	1
5	9	30	17	5	1	2
6	25	88	27	2	2	
7	9	23	4	1	2	1
8	8	50		1	1	
9		1		1		
10	5	2	1	1	1	
n	296	282	262	257	256	166
Media	3,4	5,12	3,28	2,55	1,98	1,33
Mediana	3	6	4	2	2	1
Moda	{2}	{6}	{4}	{3}	{2}	{1}

Comenzando con el análisis específico de las guardias realizadas en los servicios de Urgencia Hospitalaria, quisimos conocer cuál era la dotación media de profesionales médicos con que se contaba. El número de adjuntos parece mantenerse bastante constante (en torno a 3) independientemente del tipo y dimensión del hospital, encontrándose importantes variaciones en lo que corresponde a la dotación de residentes. Donde esta última es valorable (hospitales de segundo y tercer nivel), se observa el incremento del número total de residentes, principalmente de los de menor antigüedad, según se incrementa el tamaño del hospital.

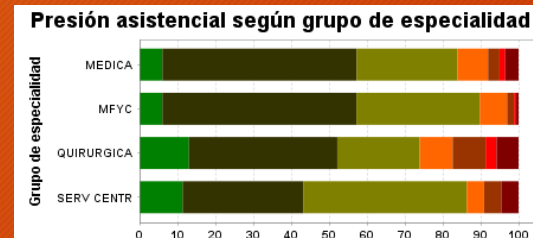
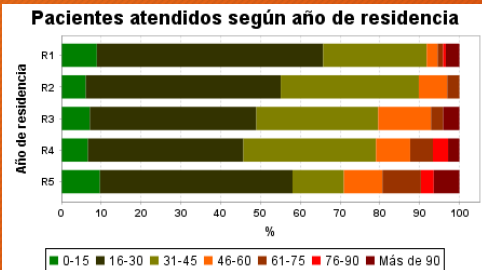
Con más detalle, mostramos las tablas de los hospitales de nivel II y III, que tienen mayor número de respuestas. Se observa (destacado sobre fondo naranja) dónde se concentra el mayor número de respuestas, aunque aparecen otros máximos relativos que apuntan a una cierta diversidad en la dotación de plantillas entre diferentes hospitales del mismo grupo.

Desde este punto de vista, más rico que el ofrecido por los diagramas de cajas, el equipo médico de guardia estaría formado por tres adjuntos, cuatro R1, dos R2, un R3, un R4 y posiblemente un R5 en los hospitales de tamaño medio, y por dos adjuntos (aunque aparece otro pico en 4 adjuntos), seis R1, cuatro R2 (con gran dispersión), tres R3, dos R4 y un R5 en los hospitales de mayor tamaño (nivel III).

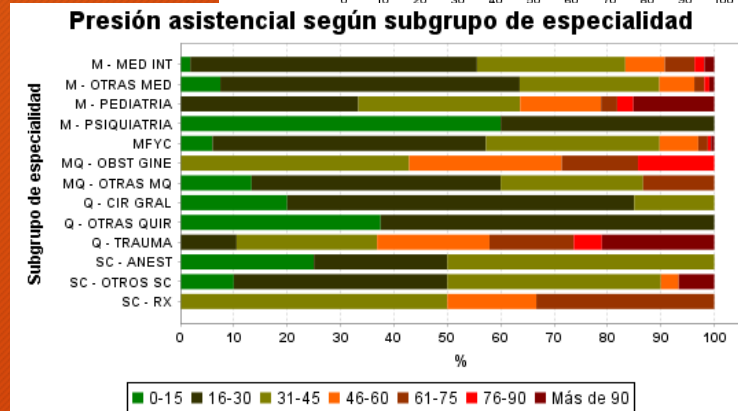
Guardias en Urgencias(III): presión asistencial



En cuanto al número de pacientes atendidos por cada residente de guardia en urgencias, la mayor parte de las respuestas se concentran en los tramos entre 16 y 30, y entre 31 y 45; pero hay residentes que pueden ver más de 90 pacientes en una sola guardia.



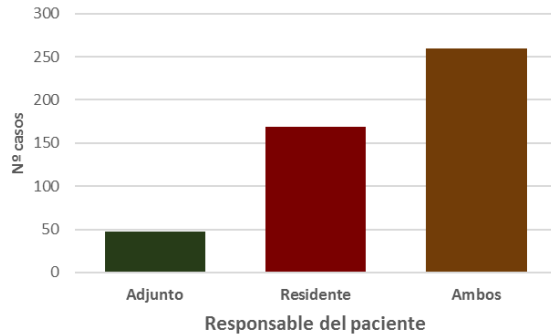
Según el tipo de hospital, la presión soportada parece ser menor en hospitales de pequeño tamaño y mayor en los de carácter privado, aunque en ambos casos hay que ser cautos por el escaso número de respuestas obtenidas. Por especialidades, parece ser mayor el número de pacientes atendidos en servicios centrales, pero sobre todo en los subgrupos de Pediatría, Ginecología y Traumatología. Por año de residencia no parece haber grandes diferencias, salvo un cierto desplazamiento hacia presiones más elevadas según se incrementa la antigüedad del residente.



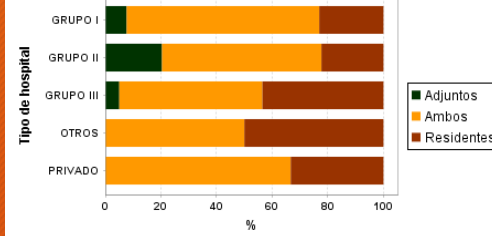


Guardias en Urgencias(IV): responsabilidad sobre el paciente -1-

RESPONSABILIDAD SOBRE EL PACIENTE EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN

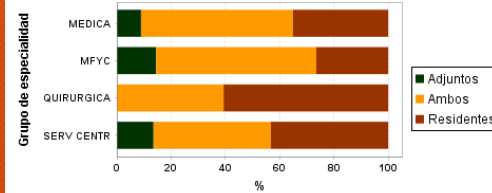


Responsabilidad según tipo de hospital



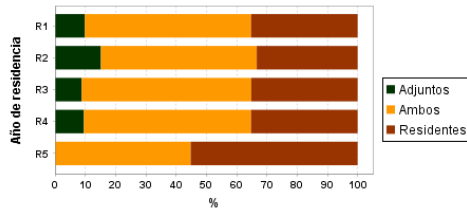
Preguntados sobre quién detenta la responsabilidad del paciente que ingresa en el área de observación de urgencias, los residentes refieren que en más de la mitad de los casos dicha responsabilidad es compartida entre adjuntos y residentes, mientras que sería sólo del residente en un tercio de los casos, y en escasas ocasiones el paciente estaría bajo responsabilidad directa del adjunto.

Responsabilidad sobre el paciente por grupo de especialidad



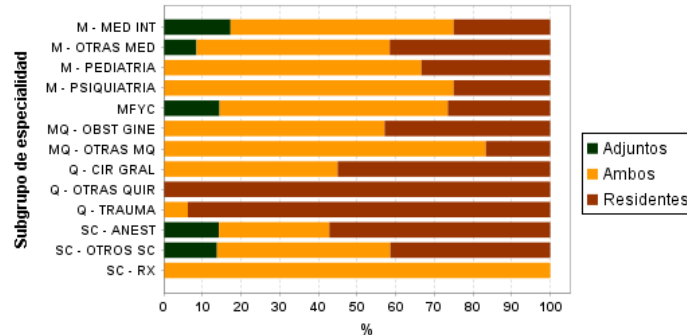
Por hospitales, parece existir una menor implicación de los adjuntos y, consiguientemente, mayor de los residentes en los grandes hospitales y (siempre teniendo presente el escaso tamaño de la muestra en estos casos) en los hospitales privados y específicos.

Responsabilidad por año de residencia



Por grupo de especialidad, la responsabilidad sobre el paciente descansa en mayor grado aún en las especialidades quirúrgicas. No se observa una clara diferencia entre las respuestas clasificadas según año de residencia (a excepción de R5, con el posible sesgo de que aquí se concentran las especialidades quirúrgicas), contra lo que podría esperarse. Éste podría ser un indicador de la excesiva transferencia de responsabilidad percibida por los residentes de los primeros años.

Responsabilidad por subgrupo de especialidad



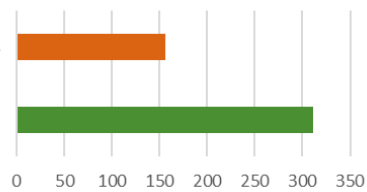
22. Cuando un paciente cambia de área a la observación, ¿sigues siendo tú el responsable o pasa a control de otro equipo?

Guardias en Urgencias(V): responsabilidad sobre el paciente -2-

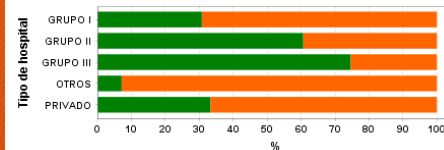


AL PASAR EL PACIENTE AL ÁREA DE OBSERVACIÓN...

Sigue bajo mi vigilancia y cuidados
 Pasa al equipo de observación

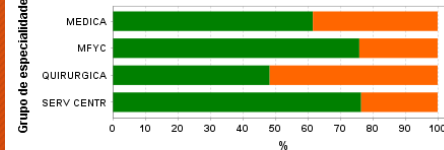


Responsabilidad tras la transferencia, por tipo de hospital

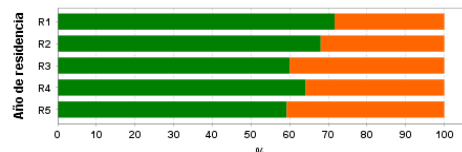


■ El control del paciente pasa al equipo del área de observación
■ Sigue bajo mi vigilancia y cuidados

Responsabilidad tras la transferencia, por grupo de especialidad

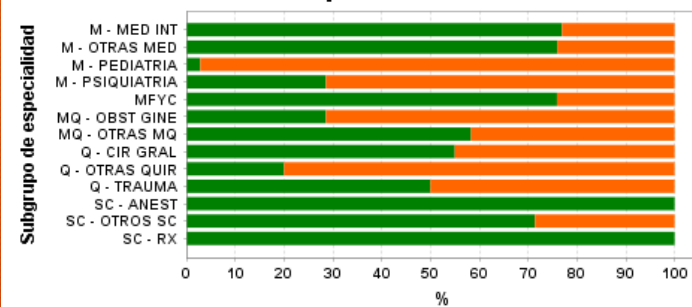


Responsabilidad tras la transferencia, por año de residencia



■ El control del paciente pasa al equipo del área de observación
■ Sigue bajo mi vigilancia y cuidados

Responsabilidad tras la transferencia, por subgrupo de especialidad



■ El control del paciente pasa al equipo del área de observación
■ Sigue bajo mi vigilancia y cuidados

En el momento en que el paciente es derivado al área de observación de la urgencia, en dos tercios de los casos la responsabilidad también se transfiere al equipo específico de esta área, mientras que en el tercio restante la mantiene el médico que indicó dicha derivación.

Existe una clara tendencia ascendente hacia la responsabilización por parte de equipos específicos para el área de observación, que también es más frecuentemente percibida entre los residentes de MFyC y especialidades médicas y de servicios centrales. La tendencia es tan sólo ligeramente descendente según se incrementa la antigüedad como residente.

22. Cuando un paciente cambia de área a la observación, ¿sigues siendo tú el responsable o pasa a control de otro equipo?

Guardias en Urgencias(VI): pregunta abierta



con la colaboración de



23. Aquí puedes comentar alguna cosa que no hayamos preguntado y te parezca importante en esta sección

En las respuestas a la pregunta abierta final de esta sección, aparecen comentarios variados que sugieren:

- la ausencia de adjunto en algunas urgencias específicas de especialidad,
- una composición por residentes dividida en bloques -por ejemplo, R1 y todos los demás (pudiendo ser el R mayor un R3)-,
- reducción del número de adjuntos en fin de semana o en turno de tarde -quedando, por ejemplo, el área de observación bajo la responsabilidad exclusiva de residentes-,
- variaciones en la presión asistencial según el área de la urgencia de que se trate (ambulantes/rápidos -asignados en algunos casos a R1-, camas, observación...),
- ausencia física de los adjuntos en la noche,
- dificultades para la respuesta debido a la existencia de distintos ámbitos en la urgencia o a la superposición entre “encamados”/“diagnóstico y tratamiento” y “observación”,
- la ausencia de responsabilidad asistencial directa por parte de los adjuntos en algunos casos,
- la previsión -en algún hospital que recientemente ha comenzado a tener docencia de residentes- de que se reduzca el número de adjuntos una vez se incorporen con regularidad los residentes a la urgencia.