

- (iii) Demonstrate organizational ability and communication skills required to arrange clinical meetings including case conferences, clinical audit and risk assessment.
- (iv) Communicate with primary and community care professionals and adult services.
- (v) Ability to respond effectively to clinical complaints.

A.1.G **Continuing Education**

- (i) Use computer-based literature searches and current paediatric rheumatological and allied journals to keep abreast of new developments in this rapidly changing field of medicine.
- (ii) Interpret results and conclusions presented in clinical research papers.
- (iii) Demonstrate competence at oral presentation of case and research material.
- (iv) Participate in clinical audit projects in paediatric rheumatology.
- (v) Be able to present data in national and international speciality meetings.
- (vi) Maintain an up to date training record/educational portfolio of learning events.
- (vii) Maintain paediatric rheumatology clinical competence, and be prepared to demonstrate that competence in a revalidation process.

A.2 **SKILLS**

A.2.A **Clinical Skills**

- (i) Obtain a rheumatological history from a child and parents or carer, taking into account the child's developmental stage and growth.
- (ii) Perform a caring yet meticulous clinical examination of a child with suspected rheumatic or musculoskeletal disorder.
- (iii) Assess and quantify the physical function of a child with rheumatic disease
- (iv) Assess clinical features and function of all potential target organs: kidneys, lung, CNS, heart, blood vessels, eyes, skin, muscle, bone and joints, when necessary in collaboration with other (sub)specialists.



- (v) Be able to use disease specific functional scores, outcome variables, disease activity and damage scores.
- (vi) Assess pain in children and being aware of the relevant tools for pain assessment.
- (viii) Assess family interactions and their impact on clinical symptoms and signs.

A.2.B **Communication Skills**

- (i) Communicate with children of all ages and their parents, placing emphasis on counseling skills, the explanation of the disease to the child and provision of appropriate disease education.
- (ii) Communicate and empathize with parents/care givers of affected children in the emergency situation: employ appropriate counseling skills.
- (iii) Communicate risks and benefits of drug treatment as well as prognosis to children and their parents.

A.2.C **Technical Skills**

- (i) Have experience of injection of the ankle, sub-talar joints, knee, hip, wrist, small joints of fingers and toes, elbow, shoulder and TMJ.
- (ii) Have experience of the arthrocentesis of hip and sub-talar joints under ultrasound or other radiographic control.
- (iii) Have experience of injections of tendon sheaths.

A.3 **ATTITUDES**

A.3.A **Leadership**

- (i) The trainee should demonstrate qualities of leadership and sensitivity to the team approach in the practice of medicine.
- (ii) The trainee should demonstrate sound clinical judgement

A.3.B **Communication**

- (i) Effective and appropriate approach to parents, colleagues, GP and community healthcare staff, research and laboratory staff and managers.



A.3.C **Education**

- (i) Commitment to continuing self-education, continual professional development and maintenance of competence.
- (ii) Ability to teach paediatric rheumatology to doctors in training and professionals allied to medicine.

A.3.D **Support**

- (i) Supportive and sympathetic approach to handling families which can be maintained under difficult circumstances.
- (ii) Understand a positive approach to the supervision of junior medical staff.
- (iii) Recognition and coping with stress in self and others.

A.3.E **Academic / Research**

- (i) Supportive of / active in research.
- (ii) Collaborative attitude to local and (inter)national colleagues.
- (iii) Ensure implementation of research governance principles.

A.3.F **Managerial**

- (i) Interest in the overall organization of departmental activities.
- (ii) Understanding the approach to local management structure.
- (iii) Constructive attitude to the process of decision making.
- (iv) Acceptance of shared responsibility for use of resources.
- (v) Ensure implementation of clinical governance principles.

A.3.G **Ethical issues**

- (i) Understanding the ethics of research in children.
- (ii) Understanding the process of informed consent.
- (iii) Knowledge of issues covering ethics and consent for clinical trials.
- (iv) Understand the implications of Good Clinical Practice (GCP) for research



B TRAINING PROGRAMME FOR PAEDIATRIC RHEUMATOLOGY

Entry criteria

A minimum of 3 years of basic training in general paediatrics (common trunk paediatrics) is required and the respective competences must be acquired by all candidates before entering the specialist training programme for paediatric rheumatology.

Structure of the Training Programme

The training programme is structured in modules. Simultaneous training in different modules is the rule. Completion of the training can consist of modules acquired in several different training centres, which could be paediatric tertiary/academic centres, adult rheumatology departments or immunology departments. It is essential that the trainee is exposed to the broad spectrum of paediatric rheumatic disease, ranging from illness presenting at the community / district general hospital level, through to quaternary referrals to paediatric rheumatology centres.

It is expected that a trainee will have experience in the whole of the syllabus as outlined above, and it is likely that training at more than 1 centre will be needed to achieve this experience. A trainee needs to be trained by at least two trainers. There are modules that are designated as “obligatory” and those that are “desirable”.

It is clear that the evaluation process is key, both of the training centre and the training record. In each module relevant parts of the syllabus as outline in section 1 should be fulfilled in the training programme. The entire period of training is a minimum of 2 years full time or equivalent part time. It may be longer for those trainees that are unable to complete the syllabus within 1 or 2 centres.

Obligatory Modules

Modules 1-4 deal with the different disease groups presenting with musculoskeletal and/or systemic inflammatory symptoms in childhood and adolescence. The aim of modules 1-4 is to acquire expertise in the knowledge of the presentation of those diseases, of aetiology, clinical features, complications, disease management and treatment, pain management and treatment, evaluation of laboratory and diagnostic imaging results in the clinical context, differential diagnosis, the impact on growth and development, and giving adequate information and instructions to parents and patients. Interpretation of imaging results of relevance to the musculoskeletal system in childhood is required. The trainees should also understand the histopathological abnormalities of synovium, muscle, bone and skin and kidney. The focus should not lie on a certain number of cases seen but on gaining knowledge about the diversity and variation of the disease spectrum.



1. **Juvenile Idiopathic Arthritis**
In-patient and outpatient care of patients with juvenile idiopathic arthritis
2. **Rare systemic inflammatory diseases**
In-patient and outpatient care of the multisystem inflammatory connective tissue disorders (including SLE, juvenile dermatomyositis, juvenile scleroderma and paediatric vasculitis and autoinflammatory diseases).
3. **Non-inflammatory Musculoskeletal Disorders**
Clinical diagnosis and management of non-inflammatory musculoskeletal disorders of childhood and adolescence as specified in the syllabus.
4. **Emergencies Presenting with Musculoskeletal Symptoms**
Differential diagnosis, investigation and practical inpatient and outpatient management of rheumatological emergencies in children. This includes diseases where the child is systemically unwell such as acute arthritis, SLE, dermatomyositis, vasculitis and other conditions presenting with rheumatological symptoms such as leukaemia, malignancies, non-accidental injuries and macrophage activation syndromes.
5. **Practical skills in Paediatric Rheumatology**
Expertise in aspiration and injection of knee, wrist and ankle joints and tendon sheaths. Experience with aspiration and injection of subtalar, hip, small joints of fingers, elbow, shoulder and TMJ as well as experience of joint aspiration under imaging control is desirable.
6. **Immunology**
The trainee should gain thorough knowledge in basic immunology with a special focus on immunopathology of pediatric rheumatic diseases, the pathways of inflammation as well as the immunologic and genetic basis of inheritable autoinflammatory diseases.
7. **Multidisciplinary approach to management and treatment of paediatric rheumatic diseases**
The trainee should understand the necessity for team working and the roles of the individual team members. The trainee should know how to perform clinical and functional assessment and the tools available for assessment in children. The trainee should have an appreciation of chronic and psychogenic pain as well as the management using a multi-disciplinary team approach. The trainee should show the ability to collaborate in a multidisciplinary team involving allied health professionals as well as other medical specialties.
8. **The Pharmacology of drugs used for children and adolescents with rheumatic disease**
The trainee needs to acquire expertise understanding of all drugs used in the treatment of children with rheumatic diseases including mechanism of action, pharmacokinetics, drug interaction and side effects. This includes non-steroidal anti-inflammatory drugs, disease modifying agents, corticosteroids, cytotoxic drugs, biologicals and new and experimental approaches. The



trainee also needs to have a good understanding of drugs used in adult rheumatology as these often impact on the treatment of rheumatic diseases in children.

9. *Teaching experience*

The trainee will learn to structure, prepare and present lectures to audiences within the hospital, as well as national/international meetings. The trainee will also have experience in bedside and small-group teaching of junior doctors, medical students and professions allied to medicine, as well as parent and patient education.

10. *Research experience*

The trainee should have experience in extracting and synthesising information from published literature and participating in research projects and audits. The trainee should understand the ethics of research in children and gain experience in application to local ethics committees for clinical trials. The trainee should understand and carry out the process of informed consent for clinical research. One publication in a peer-reviewed journal and one oral or poster presentation at a national or international meeting is recommended.

11. *Adolescent and young adult care and transition*

The trainee will have experience in working with adult rheumatologists to provide transitional care for patients with chronic paediatric rheumatic diseases. The trainee should be aware of the critical importance of the transition process for the long term outcome of patients with childhood or adolescence onset rheumatic diseases. Awareness and management of diseases associated with adolescence are required

Desirable or Optional Modules

1. *Paediatric Intensive Care*

Critically ill children with paediatric rheumatic diseases including the multisystem diseases, often require periods of intensive therapy and care. Skills and knowledge gained in conjunction with other specialties as well as paediatric intensive care is desirable.

2. *Managerial skills*

Interest and experience in the overall organisation of departmental activities, management structures as well as a constructive attitude to the process of decision making are desirable. Experience in clinical governance is desirable.

3. *Academic/Research*

The trainee will initiate, in discussion with mentors, research projects leading to a higher degree. This could be in an adult centre or unit carrying out basic science research. Experience in research governance is desirable.

4. *Practical skills*

The trainee may further develop skills in techniques such as injection of joints



under U/S or MR screening, in skin or muscle biopsy, according to the geographical area of training and the needs of the local health service.

5. ***Training in adult rheumatology***

A period of training in adult rheumatology is required in areas where the diseases are present in adulthood as well as in childhood e.g., spondyloarthropathies, SLE. Attendances in adult specialist clinics are needed to increase the number of patients seen and to develop specialist skills.

For trainees (in general paediatrics and adult rheumatology) who wish to develop a special interest in paediatric rheumatology, without becoming a specialist paediatric rheumatologist, the suggested competences required to fulfil the “special interest” syllabus are yet to be defined. Achievement of appropriate competence according to the syllabus is the most relevant outcome of this learning process.

For medical professionals who wish to develop a special interest in paediatric rheumatology the following modules are of importance:

- Module 1: Juvenile Idiopathic Arthritis
- Module 3: Non-inflammatory Musculoskeletal Disorders
- Module 4: Emergencies in Children Presenting with Musculoskeletal Symptoms
- Module 8: Pharmacology
- Module 11: Adolescent and young adult care and transition

The level of competence required will be lower than for specialist pediatric rheumatologists



APPENDIX A

RHEUMATIC DISEASES OF CHILDHOOD

Inflammatory Rheumatic Diseases of Childhood

Juvenile Arthritis

Juvenile Idiopathic Arthritis

Arthritis associated with infection

- Septic arthritis, osteomyelitis
- Reactive arthritis
- Acute rheumatic fever
- Post-enteric / GU infection
- Irritable hip / transient synovitis

Arthritis associated with IBD

Connective Tissue Disorders

- Systemic Lupus Erythematosus
- Juvenile Dermatomyositis
- Scleroderma
 - Systemic sclerosis
 - Localised scleroderma
 - Eosinophilic fasciitis

MCTD / Overlap Syndromes

Primary Vasculitis

- Polyarteritis Nodosa
- Kawasaki disease
- Microscopic Polyarteritis Nodosa
- Henoch-Schonlein purpura
- Hypersensitivity vasculitis
- Allergic granulomatosis
- Wegener's granulomatosis
- Takayasu's arteritis
- Behcet's disease
- Isolated CNS vasculitis,
- Cogan syndrome
- Other

Familial Autoinflammatory diseases / Periodic Fever Syndromes

- Familial Mediterranean Fever
- TRAPS
- PFAPA
- CINCA / NOMID
- Blau Syndrome
- Hyper-IgD Syndrome
- Familial Cold Associated Urticaria Syndrome
- Muckle Wells Syndrome
- PAPA
- Other

Immunodeficiencies associated with Arthritis and CTD

- Complement Component Deficiencies
- Antibody Deficiency Syndromes
- Cell-mediated Deficiencies

Non-inflammatory Disorders

Idiopathic Pain Syndromes

- Reflex sympathetic dystrophy and localised pain
- Growing pains
- Fibromyalgia and diffuse pain
- Acute Transient Osteoporosis
- Erythromelalgia

Overuse Syndromes

- Chondromalacia Patellae
- Plica Syndromes
- Stress Fractures
- Shin Splints
- Tennis Elbow, Tenosynovitis

Trauma associated syndromes

- Slipped Upper Femoral Epiphysis
- Osteochondritis Dissecans
- Traumatic Arthritis, Non-accidental Trauma
- Congenital Indifference to Pain
- Frostbite Arthropathy

Pain Syndromes affecting back, chest or neck

- Spondylitis and Spondylololsthesis
- Invertebral disc herniation
- Slipping rib and Costochondritis
- Torticollis
- Discitis
- Scheuermann's Disease

Skeletal Dysplasias

- Generalised
- Epiphyseal dysplasias
- Osteochondroses

- Legg-Calve-Perthes Disease
- Osgood Schlatter Disease
- Thiemann's Disease, Kohler's Disease
- Freiberg's Disease

Heritable Disorders of Connective Tissue

- Benign Hypermobility Syndromes
- Osteogenesis Imperfecta
- Ehlers-Danlos Syndromes
- Cutis Laxa
- Pseudoxanthoma Elasticum
- Marfan's Syndrome

Storage Diseases

- Mucopolysaccharidoses
- Mucopolipidoses
- Sphingolipidoses

Metabolic Diseases

- Osteoporosis
- Rickets
- Scurvy
- Hypervitaminosis A
- Gout
- Ochronosis
- Kashin-Beck disease
- Mseleni disease
- Fluorosis
- Amyloidosis

Systemic Diseases with Musculoskeletal Manifestations

- Haemoglobinopathies
- Haemophilia and other bleeding diatheses
- Diabetes Mellitus and other endocrine disease
- Hyperlipoproteinemias
- Pseudohypoparathyroidism
- Secondary Hypertrophic Osteoarthropathy
- CF Arthritis
- Sarcoidosis
- Chromosomal disorders

Hyperostosis

- Infantile Cortical Hyperostosis (Caffey's Disease)
- Other

Neoplasia

- Leukaemia/lymphoma
- Neuroblastoma
- Primary Neoplasia of musculoskeletal system



ANEXO E14-2

.....

MINIMUM CRITERIA FOR PAEDIATRIC RHEUMATOLOGY TRAINING SERVICES PAEDIATRIC RHEUMATOLOGY EUROPEAN SOCIETY

1. The paediatric rheumatology clinical service must be consultant-led, with sufficient consultant staff to ensure constant supervision/back-up for the fellow.
2. Paediatric rheumatology consultant supervising staff need to be active members of PReS (fulfilling CME requirements) and registered as a specialist with their national medical society.
3. Centres may be recognized for a part of the training programme if they do not offer training in all obligatory training modules.
4. A training service can consist in a single institution or can comprise a network of collaborating paediatric rheumatology centres, provided the centres involved have set up a joint training programme and each of them fulfils criteria 1 and 2.
5. Paediatric rheumatology clinical and training services need to meet the following minimum standards of clinical staffing and a level of clinical activity to enable the trainee to fulfil at least half of the paediatric rheumatology obligatory modules over a 12 months period:
 - a. New patient paediatric rheumatology referrals and/or in house consults: 200 per year, with appropriate case mix including both inflammatory and non-inflammatory rheumatic diseases.
 - b. Several designated paediatric rheumatology outpatient clinics per week.
 - c. Ready access to an experienced multidisciplinary paediatric rheumatology team (e.g. physiotherapist, occupational therapist, psychologist, social worker, dietician, specialized nurse).
 - d. Each training service (see criterium 4) requires a minimum of 2 (fulltime) consultant positions (or a corresponding number of part time positions). The number of (first and second year) fellows trained at a training service may not exceed 2 (fulltime) fellows per consultant.
6. The Paediatric Rheumatology training service needs to be based within tertiary referral paediatric health care environments with access to inpatient beds, paediatric rehabilitation, general paediatric and other paediatric subspecialty services including radiology/imaging, laboratory support, orthopaedics, ophthalmology, dentistry, nephrology, and paediatric intensive care facilities.
7. There should be ready access to an adolescent rheumatology and transitional care programme run in conjunction with adult rheumatology consultants.
8. There should be a clearly written and up-to-date educational prospectus that includes both a timetable of the trainee's clinical duties and timetable of the available educational opportunities.
9. Every trainee should have a named educational supervisor. This supervisor should meet the trainee at the beginning of the post to agree at least 3 educational objectives. These should be based on the relevant curriculum. Thereafter the trainee and supervisor should meet at least at 3-monthly intervals to review both progress in general and with respect to the written educational objectives.
10. There should be an induction programme within the department for new trainees that includes an introduction to the unit and a handbook or equivalent where relevant.
11. There should be a programme of at least 3 hours per week (on average) of timetabled education. There should be at least 1 hour per week provided specifically for trainees. Each trainee should be able to attend at least 70% of the educational programme.
12. Each trainee should take part in at least two consultant-led clinics per week. There should be a defined, consultant-supervised, method for reviewing patients seen. Trainees should be involved with at least 3 new referrals/in house consults per week (on average), including formulation of appropriate management plans and the opportunity to discuss problems with the consultant.
13. Each trainee should have a desk, easy access to a computer with Medline and other important databases and a well-stocked library with an attendant librarian.
14. Education should be provided in non-clinical aspects of being a consultant.
15. All trainees should be involved in teaching and should receive guidance on how to teach.
16. Each trainee should take part in at least one audit project/ethics committee submission during his training.
17. Each trainee should receive training in the critical appraisal of research findings and evidence based medicine.
18. There should be no problems with obtaining appropriate study leave.
19. At some time during higher specialist training, there should be at least one opportunity for appropriately supervised research, compliant with the requirements of research governance, with a reasonable amount of protected time to enable the research to be completed.

Final version.
June 2009.



ANEXO E14-3

**CHECKLIST FOR CENTRES CONTRIBUTING TO HIGHER SPECIALIST TRAINING IN
PAEDIATRIC RHEUMATOLOGY:**

NAME OF CENTRE: _____ **ADDRESS:** _____
DATE OF COMPLETING CHECKLIST: _____ **TEL:** _____ **FAX:** _____
CONTACT PERSON: _____ **EMAIL:** _____

The Paediatric Rheumatology Service:

Is based in a (tick ONE box):

Tertiary referral paediatric hospital

Tertiary referral general hospital

District general hospital

Other (specify)

Covers an approximate total population of (tick ONE box):

Less than 500,000

500,000 – 3,000,000

3,000,000 – 5,000,000

More than 5,000,000

Receives approximately how many paediatric rheumatology new referrals annually (tick ONE box):

Less than 100

100 – 250

250 – 500

More than 500

Sees approximately WHAT PERCENTAGE of new paediatric referrals are (answer EACH box):

Juvenile Idiopathic Arthritis

Inflammatory connective tissue diseases (SLE, JDMS, Scleroderma, Vasculitis)

Non-inflammatory musculoskeletal disorders

Sees approximately HOW MANY paediatric rheumatology emergencies per year:
(including septic arthritis, non-accidental injury, acute leukaemia, emergency presentation of SLE, JDMS, JIA, vasculitis etc)

Sees approximately how many follow up outpatient reviews of the following groups per year (answer EACH box):

Juvenile Idiopathic Arthritis

SLE

JDMS

Scleroderma

Vasculitis

Non-inflammatory musculoskeletal disorders

Has outpatient clinics specifically for paediatric rheumatology patients (tick one box):

Less than once per week

1-2 per week

3-5 per week

More than 5 per week

Has combined clinics (with another specialty consultant) in (tick AS MANY AS APPLY):

SLE

Scleroderma

Rheumatologic orthopaedics

Arthroplasty

Hand function

Uveitis

Other (specify)

Has a day case facility for short term paediatric rheumatology admissions (tick box if YES):

Has designated operating theatre time for joint injections how often (tick ONE box):

Less than monthly (specify)

Monthly to fortnightly

Weekly

More often than weekly (specify)



Has inpatient beds for paediatric rheumatology patients on a (tick ONE box):

- Designated paed. rheumatology ward
- General paediatric ward
- Adult rheumatology ward
- Other (specify)

Has which relevant paediatric specialties in house (tick AS MANY BOXES AS APPLY):

- Ophthalmology
- Dermatology
- Orthopaedics
- Nephrology
- Cardiology
- Psychology
- Rehabilitation
- Radiology
- Paediatric ICU
- Paediatric Lab. Specialties (specify)

Other specialties (specify)

Any other comments or description of the paediatric rheumatology service should be written here:

Has hydrotherapy facilities (tick ONE box):

- On site, paediatric patients only
- On site, general use
- Off site, paediatric patients only
- Off site, general use
- No hydrotherapy facilities

Participates in adolescent rheumatology and transitional outpatient clinics (tick ONE box):

- Less than every two months
- 1-2 monthly
- More frequently than monthly

Has close and current links with (tick AS MANY BOXES AS APPLY):

- a university-based paed. department
- a university-based rheum. department
- PRINTO
- BPRG
- BSR
- Regional Group

Currently holds how many externally funded, peer-reviewed grants for research projects in paediatric rheumatology (tick ONE box):

- Less than one
- 1-2
- 3-5
- More than 5



The Paediatric Rheumatology Staff:

How many full-time equivalent (FTE) paediatric rheumatology staff in each of the following (answer in EACH box . NB: half time = 0.5 FTE):

- Consultants
- Specialist liaison nurses
- Other nurses
- Physiotherapists
- Occupational Therapists
- Child&Adol Psychiatrists/Psychologists
- Social Workers
- Orthotists / chiropodists

The Paediatric Rheumatology Training Post:

Does the post have (tick IF YES):

- Designated office space and desk
- Access to secretarial time
- Designated PC for the trainees use
- Access to on-site medical library
- Access to current paed rheum texts
- Access to current relevant journals
 - Arthritis and Rheumatism
 - Rheumatology
 - Annals of Rheumatic Disease
 - Journal of Rheumatology
- Access to computer literature searching
- Ability to offer higher degree training

Does the post participate in (tick IF YES):

- ◇ At least one teaching ward round with the consultant per week
- ◇ At least one trainee-led ward round per week
- ◇ At least 2 Outpatient clinics per week with opportunity for case presentation and discussion with the consultant
- ◇ At least monthly supervised joint injection sessions
- ◇ At least 3 hours per week timetabled relevant education sessions
- National paed. rheum. meetings
- International paed. rheum. meetings
- Training in teaching skills

- Training in management skills
- Training in critical appraisal of data
- At least one audit project per year
- At least monthly 1:1 meetings with consultant supervisor
- At least weekly academic paediatric meetings
- At least weekly academic rheumatology Meetings
- Other meetings (specify)

How many OTHER junior medical staff are undertaking paediatric rheumatology training in the centre (specify)

Give estimates on HOW LONG it would take the paediatric rheumatology trainee to achieve the following goals (specify approximate NUMBER OF MONTHS in EACH box):

- ◇ Full clinical assessment of 50 new patients across all JIA disease groups
- ◇ 200 JIA patients in follow up care spread across all groups
- ◇ 40 JIA patients followed for one year
- ◇ 10 new patients spread across: SLE, scleroderma, dermatomyositis, and vasculitis
- ◇ 20 patients spread across the above groups in continuous follow up care for at least 1 year
- ◇ 100 new patients spread across all conditions listed in the syllabus under “non-inflammatory disorders”
- ◇ 5 patients with heritable disorders
- ◇ 20 rheumatological emergencies in children (at least 1 from each group)
- ◇ 50 joint injections, to include experience with aspiration and injection of subtalar, ankle, knee, hip, small joints of fingers, wrist, elbow, shoulder and TMJ



**TRAINING CENTRE ACCREDITATION:
PAEDIATRIC RHEUMATOLOGY TRAINEE QUESTIONNAIRE**

NAME OF TRAINEE:

TRAINEE CONTACT ADDRESS:

NAME OF TUTOR:

TEL:

FAX:

EMAIL:

NAME OF CENTRE:

DATE OF COMPLETING CHECKLIST

Do you have (tick IF YES):

- Designated office space and desk
- Designated PC for your use
- Access to secretarial time
- Access to on-site medical library
- Access to current paed rheum texts
- Access to current relevant journals
 - Arthritis and Rheumatism
 - Rheumatology
 - Annals of Rheumatic Disease
 - Journal of Rheumatology
- Access to computer literature searching

Do you participate in (tick IF YES):

- ◇ At least one teaching ward round with the consultant per week
- ◇ At least ward round per week led by yourself
- ◇ At least 2 outpatient clinics per week with opportunity for case presentation and discussion with the consultant
- ◇ At least monthly supervised joint injection sessions
- ◇ At least 3 hours per week timetabled relevant education sessions
- ◇ National paed. rheum. meetings
- ◇ International paed. rheum. meetings
- ◇ Training in teaching skills
- ◇ Training in management skills
- ◇ Training in critical appraisal of data
- ◇ At least one audit project per year
- ◇ At least monthly 1:1 meetings with your consultant supervisor
- ◇ At least weekly academic paediatric meetings

Do you participate in (tick IF YES) (continued):

At least weekly academic rheumatology meetings

How many OTHER junior medical staff are undertaking paediatric rheumatology training in the centre (specify)

Give estimates on HOW MUCH LONGER it is likely to take you to achieve the following goals, based on the numbers of patients in your training record (specify approximate NUMBER OF MONTHS in EACH box):

- ◇ Full clinical assessment of 50 new patients across all JIA disease groups
- ◇ 200 JIA patients in follow up care spread across all groups
- ◇ 40 JIA patients followed for one year
- ◇ 10 new patients spread across: SLE, scleroderma, dermatomyositis, and vasculitis
- ◇ 20 patients spread across the above groups in continuous follow up care for at least 1 year
- ◇ 100 new patients spread across all conditions listed in the syllabus under “non-inflammatory disorders”
- ◇ 5 patients with heritable disorders
- ◇ 20 rheumatological emergencies in children (at least 1 from each group)
- ◇ 50 joint injections, to include experience with aspiration and injection of subtalar, ankle, knee, hip, small joints of fingers, wrist, elbow, shoulder and TMJ



EUROPEAN TRAINING CENTRE VISITATION PROGRAM FOR TERTIARY CARE PAEDIATRIC SPECIALITIES

Background:

In the last decade, CESP (Confederation of European Specialists in Paediatrics), i.e. the Paediatric section of UEMS (Union of European Medical Specialists), has responded to the development of various Paediatric tertiary care specialities in Europe by setting up a spectrum of subsections. Via these subsections, CESP liaises with those scientific societies, formations or groups that represent tertiary care Paediatric specialities on a European level.

Within the framework of this co-operation, various tertiary care specialities have produced their European training syllabus (usually structured in modules), which have been published, are available on the web, and serve as guidelines for the development of national training programs. In addition, some tertiary care groups have produced a European list of training centres. Such lists define the training capacities of a centre by the training modules this specific centre can offer. Thus, they serve as important tools for orientation and information of potential trainees. Furthermore, it is hoped that this will stimulate the development of better-structured training centres in various countries and locations. The inherent weakness of such lists lies in the fact that they rely exclusively on self-reporting; there is the risk that some of the contributing centres might have overestimated their own training programs in terms of facilities, procedures, spectrum of patients and available expertise.

In order to produce more objective evidence of training capacity, UEMS has recommended that a centre visitation program is set up. Different sections of UEMS



face widely differing logistical challenges with this recommendation. This particularly pertains to the Paediatric section, which has to consider different problems and structures for primary, secondary and tertiary care Paediatrics. As tertiary care Paediatric specialities do have the logistical advantage of established European formations, structures and networks, it appears reasonable to aim at first establishing training centre visitation programs for the various tertiary care subsections of CESP. The information and experience gained and accumulated in such a pilot project might subsequently facilitate the establishment of European centre visitation programs for primary and secondary care Paediatrics.

Based on a decision of CESP and the European Board of Paediatrics taken at the end of the year 2001, various logistical details of such a European training centre visitation program for tertiary care Paediatric specialities were discussed in the tertiary care group of CESP throughout the year 2002. The following outline summarises the result of these discussions and intends to serve as a basis for setting up visitation programs in the various tertiary care subsections.

Benefits for centre:

A centre may gain from a visitation by having acquired a special quality label for its specialised training program, by thereby holding a prominent place in a training centre list, by thereby increasing its attractiveness for trainees, and, thus, by generally having a high visibility and profile. Furthermore, recommendations for changes, improvements and amendments in the centre visitation report may be helpful in negotiations with administrators and politicians.

Responsibilities:

For each tertiary care subsection of CESP, the visitation program results from cooperation between CESP (more specifically the European Board of Paediatrics) and the respective European Paediatric subspecialty society(ies).

In order to ensure the necessary homogeneity of standards and execution between the various subsections of CESP, it is mandatory that all subsections strictly adhere



to the same protocol as outlined below. A further element of comparability and homogeneity is introduced by a centralised administration of this program in the form of a central CESP secretariat. It follows that CESP is responsible for the structure of the program and for its centralised administration. Furthermore, CESP will monitor the development and the running of the program in its various subsections via its tertiary care group. In response to first practical experiences gained, the various visitation programs will require modification and fine-tuning. Thus, CESP will be responsible for a continuous audit of the visitation program. Evolving problems and conflicts will ultimately also have to be solved and settled by CESP upon specific appeal.

The Paediatric speciality societies contribute to this program by supplying the manpower for these visitations; furthermore, they are responsible for establishing the prerequisites, i.e. training syllabus and basic list of (as yet unvisited) centres.

The liaison officer between the respective Paediatric speciality society and CESP (i.e. the respective subsection representative in CESP and the European Board of Paediatrics) carries the responsibility to coordinate between CESP and the society; in addition, she/he has to initiate the program for this specific subsection and to monitor its progress. Furthermore, they have to report on their subsection's visitation activities to CESP (vide infra).

The chairman of the European Board of Paediatrics supervises the entire visitation program by a system of reports; he/she is assisted in this supervision by the tertiary care group coordinator. The various visitation task forces report to the liaison officers and these forward a summarised report of their subsection's visitation activities to the tertiary care group coordinator and to the chairman of the board once a year. The two latter members of the CESP Executive Committee report to CESP and UEMS once a year. In case of problems or conflict, the liaison officers report to the tertiary care coordinator and the chairman of the board immediately and consult with these.



Central secretariat:

Various administrative tasks of the visitation program require the continued availability and activity of a coordinating central secretariat. This secretariat will receive requests for visitations, will coordinate the date of visitation between centre and visitation task force, will budget the visitation costs, receive and file the visitation reports, collect visitation fees, reimburse travel expenses, pay honoraria, and, finally, forward centre accreditations. Documentation of each tertiary care visitation program should also be filed in the central secretariat.

Costs for the secretariat stem from the wages of a part- or full-time employee, various communication expenses, and rent of office and filing space. Considering the possibility of several centre visitation programs (one for each subsection of CESP) running in parallel in different dimension and intensity, it is presently difficult to make an educated guess on the necessary future dimension of this secretariat. It is to be expected that these administrative activities will initially develop hesitantly, and, then, gradually pick up speed and dimension. It will be mandatory to recruit an administrative talent who is willing to build the secretariat and the various visitation programs within the frame of an initial part-time employment, but, subsequently, has sufficient motivation and capacities to increase her/his daily activities in response to the growth of the program.

The budget for running this secretariat will have to stem from the visitation fees paid by the visiting centres. Details of these visitation fees are discussed later in this document. The financial aspects of the visitation programs and of the various secretarial activities will be subject to the fiscal laws of the country in which this secretariat will be located. When considered from the present situation of CESP, it appears feasible to recommend this secretariat being located in Brussels.

Visitation task force:

The visitation task force should consist of international and national (local) members.

The international members should be internationally acknowledged experts, with considerable clinical and administrative experience plus a personal tradition of research and publication in this paediatric speciality. Another prerequisite for being



one of the international visitation task force members is a high degree of familiarity with the syllabus, the rules regulating the visitation program, as well as the structure and operation of CESP and the European Board of Paediatrics. At the initiation of the visitation program, these prerequisites are only met by the liaison officer (i.e. the subsection representative in CESP). It follows that this liaison officer should chair the visitation task force for at least the first set of visitations. In doing so, she/he is responsible of instructing and training the other international member of the visitation task force. Once this person has acquired sufficient insight and experience, she/he may chair further visitations and commence to train other colleagues in conducting visitations. This system of “apprenticeships” will eventually create enough experienced manpower for effectively distributing the time burden and effort of a fully developed and active visitation program. The liaison officer, however, has the continued responsibility to supervise the program even after withdrawing her/himself from the active visitation task force teams. The nomination of international visitation task force members is within the responsibilities of the relevant Paediatric specialist society. In the case of conflicts of interest, the Executive Committee of CESP will act as an appeal body.

Several tertiary care subsections of CESP, in cooperation with the respective Paediatric specialist society, have set up training committees. The structure and composition of these committees is the responsibility of the respective subsection and subspecialist society. From time to time, it may be necessary for these committees to coopt national delegates for specific purposes. These committees have some practical implications for the visitation task force as the latter should include the national delegate of the country where the visitation takes place. This national delegate will assist the international members of the visitation task force by translating (if necessary) and by informing them about national and local administrative and legal specificities.



362

Under some circumstances, centre visitations on a European level may create irritation with local and national bodies that see training as part of their own spectrum of responsibilities. To avoid such potential conflict, two approaches are feasible 1) to include into the task force a representative nominated by the national Paediatric society or authorised body 2) where there is a well-established national visitation

program that the outcome of the national visitation is endorsed by CESP if it is clear that European standards are met.

Centre visitation should not only focus on teachers, facilities, numbers of patients and procedures, but also (and most importantly) on trainees. Besides structuring the visitation protocol accordingly (vide infra), one representative of a junior doctors' association, if existing on a national level, should also be member of the task force.

In summary the centre visitation task force thus consists of the following members:

1. Task force chair: initially the liaison officer, later another internationally acknowledged expert, well familiar with the program and experienced in visitations.
2. Second international task force member: another internationally acknowledged expert nominated by the respective society, assisting the task force chair and training to develop into a task force chair her/himself.
3. National training delegate: the respective national delegate from the standing training committee of this CESP subsection.
4. National paediatric society representative: nominated by the national paediatric society; experienced in training issues and fluent in English.
5. Representative of junior doctors' formation: this member of the task force is desirable but not obligatory; her/his recruitment into the task force is recommended for visitations in countries where junior doctors are represented by a formal organisation.

This list defines a standard task force; in special cases, additional task force members may be required.



Documentation:

Running a training centre visitation program will require a standardised approach to the pre-visit information of the visitation task force, to the evaluation of the centre itself and to the accreditation process. This will require pre-visit questionnaires, visitation reports and certificates. While these forms will initially be produced in a conventional way, sent around and returned by mail, it should be one of the first tasks of the administrative secretariat to transfer this whole process into a web-based system of interaction between centre, visitation task force and central secretariat. The following items are required:

1. Centre assessment questionnaire: this questionnaire will be filled out by the centre well before the visitation and will thus preinform the members of the visitation task force about structure, size, training capacities, clinical and research activities of the centre to be visited. With a strict focus on training, it should be as brief and concise as possible; its main intention is to evaluate which training modules can be provided by the centre. To a certain extent, it will have to be specific for each CESP subsection. It follows that a generally applicable first part of this questionnaire will have to be drafted by the tertiary care group of CESP, while the specificities will have to be amended by each subsection.
2. Centre visitation report: each centre visitation will ultimately have to result in a report which should also be sufficiently standardised for facilitating comparisons within but also across subsections. The central part of this report should be the list of those training modules a centre can provide. Furthermore, this report should identify those areas where changes and improvements appear as both feasible and possible. Date of the visitation and members of the visitation task force should be clearly given and the report should be signed by each task force member. This report should be finalised and available within 60 days of the visit.
3. Centre visitation certificate: this one-sheet certificate should be standardised in an attractive format and layout, signed by all members of the visitation task force and carrying the logos of UEMS, CESP, and maybe also the one of the scientific society representing this subsection. It should be suitable for being prominently displayed in the premises of the visited centre.



4. Travel expenses reimbursement form: should follow standard format; to be filled out by each visitation task force member claiming reimbursement of the travel expenses. Should be accompanied by original invoices.
5. Training centre list: several subsections of CESP have already produced (or are presently producing) training centre lists. Most of these lists presently rely on self-reporting of the included centres. Once the visitation program has commenced for this subsection, these centre lists have to be modified in the sense that the visited (objectively assessed) centres are displayed more prominently, i.e. can be distinguished easily from those relying on self-reporting alone.

Financial aspects:

A centre visitation program as described will be expensive. Costs will arise from running the central secretariat, from reimbursing administrative work of the secretariats of the task force members, from communication between secretariat, task force members and centres, from travel expenses of task force members, from the hotel accommodation of the task force and from honoraria to be paid to the task force members.

Such honoraria will be mandatory as it appears unrealistic to expect voluntary sacrifice of effort and time by prominent, internationally acknowledged experts, whose professional lives are usually characterised by a wide spectrum of demanding clinical and academics responsibilities. Such honoraria pose specific questions in regard to the employment of the task force members. If the visitation occurs in a work-free time period (i.e. the task force member takes leave for participation in the visitation), she/he may claim the entire honorarium. However, if she/he is on leave granted by the employer specifically for the participation in the visitation, part of the honorarium should go to the employer.

With honoraria in the estimated dimension of € 1.000,- for international and of € 500,- for national members of the visitation task force, current European airfare prices and hotel accommodation costs, plus an estimated contribution in the dimension of € 700,- to the central secretariat and € 200,- to the other secretariats, the total costs



of a centre visitation will amount to a sum of roughly 6.000,- to 7.000,- Euros. At present, these costs are rough estimates; they might have to be adapted as the program develops.

The entire costs of a visitation are carried by the visited centre, which may recruit sponsorship from various sources. In special cases, the costs for a visitation may be lower because of the visitation task force or individual task force members performing the visitation for a smaller honorarium or none at all. Such decisions are entirely at the discretion of the task force members concerned.

The visitation:

A visitation will follow a somewhat standardised protocol as follows:

- Centre contacts central secretariat with request for visitation.
- Central secretariat arranges date of visitation according to availability of visitation task force members as well as availability of permanent staff and trainees of centre.
- Visitation task force members make reservations for travel and inform central secretariat about costs. Alternatively, the central secretariat may make travel arrangements for task force members.
- Central secretariat budgets entire visitation and informs centre about total budget (hotel accommodation costs might be included in the budget or, alternatively, hotel rooms might be booked and paid directly by the centre).
- Central secretariat receives the prepayment for the visitation by the centre.
- Central secretariat informs task force members about received payment, and task force members buy and prepay their travel. Central secretariat acknowledges receipt of prepayment to centre and mails (or opens web-access to) centre assessment questionnaire.
- Centre fills in assessment questionnaire and returns to central secretariat.



- Central secretariat receives completed centre assessment questionnaire and mails (or forwards) it to members of visitation task force no later than four weeks in advance of visitation date.
- Visitation task force members travel to location of visitation arriving in afternoon/early evening of the day before visitation. Evening is used for prediscussing the visitation.
- Visitation commences in the morning of the visitation day by meeting training centre director and visiting premises and facilities.
- Visitation continuous by discussing data in questionnaire and training program of centre with training centre director and permanent staff of training centre.
- Visitation continuous by discussing training program with present and/or past (can be invited to attend) trainees of centre.
- Visitation task force meets after visitation to discuss impressions and to draft essential parts of centre visitation report.
- Task force members leave centre on the evening of the visitation day or on the following day.
- Task force chair or second international task force member draft visitation report and send draft to other members of visitation task force within one week after visitation.
- Centre visitation report is finalised according to comments and amendments of visitation task force members and forwarded to central secretariat.
- Central secretariat receives travel expenses reimbursement requests of task force members.
- Central secretariat forwards travel expenses reimbursement plus honorarium to each visitation task force member.
- Central secretariat sends finalised centre visitation report and centre visitation certificate to members of task force for signature.
- After having received back the signed centre visitation report and certificate, central secretariat sends these to centre.
- Liaison officer (or anybody else responsible for training centre list) is informed by visitation task force chair (if not member of the visitation task force



her/himself) about result of visitation. She/he changes training centre list accordingly.

Outcome of visitation:

A centre is accredited for training in modules of the respective syllabus that the visitation team deem appropriate for a period of five years, following which further follow-up visitation is required.

Provisional accreditation may be granted in particular modules, provided that minor deficiencies in process or facility are corrected. Once evidence of change is presented, definitive accreditation will be granted. Assessment of these changes may or may not require a further visit.

Accreditation may be refused if there are substantial defects in training opportunities, facilities, or competence. In such cases, further visitation would be required when these deficiencies are corrected before accreditation could be granted.

A centre has the right to appeal against the decision of the visitation team to the Executive Committee of CESP. In such cases, the centre would be expected to provide substantial evidence to support their appeal, and this would be evaluated by CESP and the appropriate subspeciality society.

Interaction with national centre visitation programs:

This is a complex and, to some extent, also a controversial issue. In countries, where a national training program, roughly compatible with the European program in terms of dimension and content, exists, centres will be visited and assessed within the frame of a national centre visitation program. Additional visitations by an international task force of CESP are redundant where the national program is compatible to and of the European standard. It follows that the described international visitation program of CESP is of more interest to centres in countries where a national visitation program is not available.



On the other side, some centres in countries with a national program might develop interest in acquiring international on top of national accreditation. It might be feasible to satisfy such special demands by maintaining availability of the international visitation program even for countries with established and running national programs. In such cases, the international visitation will usually follow the national one. If it is deemed necessary, the results of the national visitation should be available to the visitation task force members well in advance.

In addition to clearly identifying those centres that have been visited by the international program of CESP, the training centre list collected and maintained by each subsection, should also designate those centres visited within the frame of a national program, provided the latter is compatible with the standards of the international program.

The present document:

This document outlines the starting point of the CESP tertiary care centre visitation program. Once this program has commenced in the various CESP tertiary care subsections, it will be subject to continuous audit and revision. It follows that the rules and procedures outlined in this document have to be considered as a preliminary position which will be refined and developed as experience is gained.

May 2003

Max Zach
Peter Milla





European Academy of Paediatrics
U.E.M.S. Section of Paediatrics
Formerly- CESP (Confederation of European Specialists in Paediatrics)



Academie Européenne de Pédiatrie
Section de Pédiatrie de l' U.E.M.S.
(CESP)

Avenue de la Couronne, 20 B- 1050 Brussels, Belgium

Tel : 32-2-649 21 47

Fax : 32-2-649 26 90

FROM: Prof.Dr.Maximilian Zach
President of European Academy of Paediatrics/UEMS Section of Paediatrics

TO: **Prof.Dr.José Antonio P. Da Silva**
President, European Board of Rheumatology

March, 2nd, 2009

Dear Professor Da Silva,

thank you for your email and for the honest and constructive discussion on February 21st in Brussels; it was a pleasure to speak to you. I learned from our discussion and from your email that those European rheumatologists who did not have a basic paediatric training but do have a long tradition in practising Paediatric Rheumatology feel alienated by the revised syllabus for Paediatric Rheumatology produced by PRES and endorsed by our Section. However, let me assure you that those colleagues and their clinical competence have our full respect. Consequently, I welcome this opportunity to explain our position on this issue; I am confident that we can find an acceptable solution and thereby lay the foundation for further fruitful cooperation between our Sections. From a procedural perspective, I would also like to point out that Prof.Hans Bijlsma, as representative of EULAR, participated in the PRES discussions that led to the revision of the syllabus; he supported the decision in favour of a basic paediatric training.

Our basic position on this issue:

It is an equally trivial and important fact that even in tertiary care paediatric subspecialties (like Paediatric Rheumatology) we always treat sick children and not just disordered organ systems. There is only one way to make sure that coexisting or collateral disease in other organ systems is not overlooked or neglected and this is to provide for a solid training in general paediatrics (common trunk) before subspecialising. Paediatrics is nothing more than the "Internal Medicine" of the first two decades of life, i.e. of the phase of growth and development characterized by continuous physical, mental, emotional as well as biochemical



changes. I am sure that you would be seriously concerned about doctors practising Adult Rheumatology without any solid training in Internal Medicine. Therefore, we too must insist on the principle of a basic paediatric training for anyone practising any tertiary care paediatric subspecialty. This principle is maintained through the entire spectrum of our subsections (divisions) and is not only expressed in the Paediatric Rheumatology syllabus but in all other subspecialty syllabi as well.

Limitations to, and exceptions from, the above principle:

Paediatric subspecialties have developed autonomously throughout the last three decades in Europe with the development of experts and centres occurring more on the basis of personal interest, ambition and initiative than on established training programs. Our full and unlimited respect and gratitude goes out to those pioneers in the various (paediatric) subspecialty fields, disregarding whether they have come from an adult or a paediatric background. It is now our difficult job to introduce some order into this scenery of tertiary care paediatric subspecialties and the syllabi produced represent the first step in that direction. They are intended to regulate and standardise the training in tertiary care paediatric subspecialties stating from now, i.e. they are directed towards correcting future trends. By no means are they intended to discredit anyone who has a clinical and scientific tradition in the field but whose personal career differs in one way or another from these concepts and principles which are now more clearly defined. This means that anyone who has a substantial personal tradition of clinical practice and/or scientific achievement in Paediatric Rheumatology will continue to be considered competent in this field, disregarding whether or not his/her personal career complies with the above outlined new training concepts. Also, everybody who already carries the title “Paediatric Rheumatologist” will of course continue to do so. We believe that those colleagues with an adult Internal Medicine background, who are currently practising Paediatric Rheumatology, will frequently have realised in their daily practice that a solid training in basic paediatrics would be helpful; consequently, we trust that those colleagues can and will support the above principle for the future, as it does not discredit their personal standing, position, achievements and merits.

Official qualification:

The UEMS Section of Paediatrics (European Academy of Paediatrics = or EAP) intends to develop European exams for various paediatric subspecialties. For this development it will cooperate with the respective European paediatric tertiary care specialty societies (in the case of Paediatric Rheumatology with PRES). For the long term, we will only admit to those examinations, candidates who have a basic paediatric training (common trunk). However, realising that such new training programs need time to be established and that it would be unfair to ask for training qualifications that were previously non-existent from people who are already established or currently training in the field, we intend to have an initial transitory phase of five years during which people can take this exam, even though they may not possess the required training pre-requisites of the syllabus and still obtain a European quality recognition. This means that those colleagues who are currently training in or practising Paediatric Rheumatology but have an adult medicine background would have a window of opportunity to obtain this new qualification, provided they are interested in it.

Conclusion:

I sincerely hope that this clarifies the picture in a way that is satisfactory for both Sections. I also believe that it is extremely important that UEMS sections like the one on Rheumatology and the one on Paediatrics, cooperate constructively and with the highest possible amount of reciprocal respect. After all we have to provide a continuum for patients with chronic disease



from paediatric to adult care. Responsible for the details of such a cooperation would be our subsection representative who is delegated into the EAP from PRES; this is Dr. Traudel Saurenmann from Zurich in Switzerland (Traudel.Saurenmann@kispi.uzh.ch). A more formal cooperation between our two sections would have to be reflected in an equally more formal cooperation between PRES and EULAR.

Do not hesitate to contact me if anything has remained unclear or if you feel that this issue needs further discussion.

Sincerest regards



Prof. Dr. Maximilian Zach
(President of EAP/UEMS-SP)



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



Indicadores Pediátricos

para medir los criterios
de Calidad de la
atención sanitaria

Avalado



Coordinador: C. Luaces,
Hospital Sant Joan de Déu,
Esplugues, Barcelona

Participantes: J. Benito (Hospital de Cruces, Vizcaya),
F. Ferrés (Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca),
M. González (Hospital Bejarano, Valencia),
V. Sebastián (Instituto Valenciano de Pediatría, Valencia).

gsk
GlaxoSmithKline



Este documento es una adaptación al ámbito pediátrico de la publicación:
Feilsart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomas S. Serveis d'ur-
gències: indicadors per mesurar els criteris de l'atenció sanitària. Bar-
celona: Agència d'Avaluació de tecnologia i recerca mèdiques. Servei Català de la Salut.
Departament de Sanitat i Seguretat social. Generalitat de Catalunya. Juny 2001.





SERVICIOS DE URGENCIA
INDICADORES PEDIÁTRICOS PARA MEDIR
LOS CRITERIOS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA (SEUP)

GRUPO DE TRABAJO DE INDICADORES DE CALIDAD

Coordinador

C. Luaces.
*Hospital Sant Joan de Déu,
Esplugues, Barcelona.*

Participantes

J. Benito.
Hospital de Cruces, Vizcaya.

F. Ferrés.
Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

A. González.
Hospital de Basurto, Vizcaya.

V. Sebastián.
Instituto Valenciano de Pediatría, Valencia.



INTRODUCCIÓN

La OMS define como urgencia “ la aparición fortuita en cualquier sitio de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad de atención por parte del sujeto o su familia”. A partir de este concepto la demanda a los servicios de urgencias hospitalarias ha experimentado un incremento muy importante . Este hecho ha provocado que, en ocasiones, el proceso asistencial en las áreas de urgencias, se realice con unos déficits funcionales y/o estructurales y que los profesionales que trabajan en urgencias se vean sometidos a una enorme presión que incide también en forma negativa en el mencionado proceso asistencial. Además, es evidente que entre los diferentes servicios de urgencias encargados de atender esta demanda existe una gran variabilidad tanto en su estructura como en su organización, actividad y gestión.

Ante este panorama, surge por un lado, la necesidad de tomar medidas encaminadas a mejorar la estructura de los Servicios de Urgencia y el nivel de conocimientos de los profesionales que trabajan en urgencias y por otro, que es necesario poder medir y, sobre todo, comparar la actividad que desarrollan los servicios de urgencias.

Todo lo anterior, aboca en el concepto de la denominada calidad asistencial. La OMS define una atención de calidad como “La que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” .

La evaluación de la calidad de la asistencia que se presta en los servicios de urgencias requiere herramientas que contemplen sus aspectos más importantes y permitan su monitorización. La evaluación por indicadores es un instrumento que se ha demostrado útil para esta finalidad. Un indicador de calidad es una medida cuantitativa que puede utilizarse como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes en la práctica asistencial.

5

INTRODUCCIÓN

En nuestro entorno, ya existen excelentes iniciativas en el campo de la elaboración y aplicación de Indicadores de Calidad en los servicios de Urgencias de adultos ; hay propuestas del Grupo de Trabajo de SEMES-Insalud², del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias³ y del grupo de Trabajo de la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias en colaboración con la Fundación A vedis-Donabedian (SCME-FAD)⁴. Esta última propuesta, se ha realizado con la financiación de la Agencia de Evaluación de tecnología médica (AA TM) y tiene como objetivo definir unos indicadores de calidad en los servicios de urgencias. Con este trabajo, se ha diseñado un sistema de monitorización para la medida y evaluación periódica de los Servicios de Urgencias mediante indicadores. Una vez definidos estos indicadores es se podrá establecer un sistema de evaluación.

Por todo ello, la SEUP considera de máximo interés el establecer unos indicadores útiles para los Servicios de urgencias pediátricos y por ello, se constituye el Grupo de Trabajo de Indicadores Pediátricos (GTIC) que a partir del documento de la SCME-FAD, la revisión bibliográfica, la experiencia de otros grupos y aportación propia se plantea elaborar una propuesta en este ámbito.

6





OBJETIVOS

1. Revisar el documento elaborado por la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCME) y la Fundació A vedis Donabedian (FAD)⁴ en el que se establecen indicadores de calidad para los Servicios de Urgencias con el fin de incorporar su metodología y adaptar aquellos indicadores que puedan aplicarse a las urgencias pediátricas.
2. Incorporar nuevos indicadores que a juicio de expertos en Urgencias pediátricas y basados en la revisión de las fuentes adecuadas, sean de interés en la práctica habitual.
3. Consensuar el listado definitivo de Indicador es aplicables a las urgencias pediátricas y definir aquellos que serán considerados básicos.
4. Redactar finalmente un documento, avalado por la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas que sirva, en el ámbito de la asistencia urgente, como referencia de calidad asistencial.

MATERIAL Y METODOS

Por consenso entre los integrantes del GTIC se elige el documento publicado por la SCME-FAD para adultos como punto de partida a partir del cual se trabajará para conseguir el documento aplicable en el ámbito pediátrico.

En una primera fase, se distribuye entre los integrantes del GTIP parte del documento de la SCME-FAD en el que ya se han excluido aquellos indicadores que son aplicables únicamente en adultos. Cada miembro realiza su propuesta de adaptación pediátrica de indicadores, sugiere nuevos indicadores y finalmente selecciona, de entre todos, un grupo de indicadores denominado básico. Se consideran indicador es básicos aquellos cuya monitorización es especialmente recomendable en cualquier punto con asistencia pediátrica urgente.

Las modificaciones y nuevas propuestas se realizan a partir de la revisión de la literatura pediátrica y / o de la opinión de consenso del grupo de trabajo. Todos los miembros evalúan y opinan sobre las propuestas del resto del GTIC. El trabajo de intercambio de propuestas e información se realiza, dada la distinta procedencia geográfica de los miembros del GTIC, a través del correo electrónico. En una reunión final con todos los miembros del grupo presentes, se discuten todas las modificaciones, incorporaciones y se redacta el contenido definitivo de cada indicador.

La Metodología y definiciones utilizadas para crear y / o modificar cada indicador es la misma que ha utilizado el Grupo de trabajo de Definición de Indicadores y que se describe en el documento de la SCME-FAD⁴. A continuación y con el objeto de facilitar la comprensión e interpretación de los Indicadores, se describen los aspectos más relevantes de la metodología y definiciones⁴.

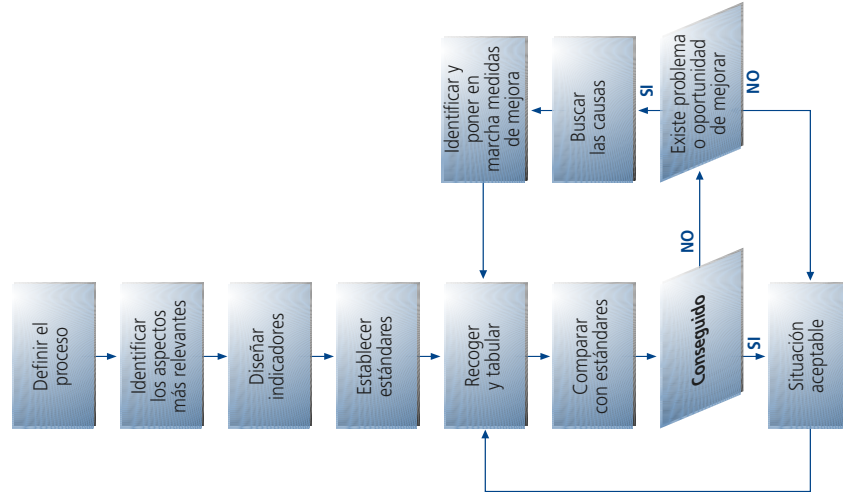
1. CARACTERÍSTICAS DE UN INDICADOR DE CALIDAD

Validez: capacidad para identificar situaciones en las que se puede mejorar la calidad de la asistencia.

Sensibilidad: capacidad para detectar todos los casos en los que se produce una situación o problema real de calidad.

Especificidad: capacidad para detectar aquellos casos en los que existen problemas de calidad.

2. PASOS A SEGUIR PARA DISEÑAR UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE INDICADORES (a)



(a) adaptado de: Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomas S, Senesís, d'urgències i indicadors per mesurar els criteris de l'atenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de tecnologia i recerca mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de sanitat i Seguretat social. Generalitat de Catalunya. Juny 2001.





2.1 Definición del proceso: consiste en especificar el ámbito de asistencia que se va a someter a monitorización. Deben definirse las actividades profesionales, estructuras y circuitos que intervienen en el proceso.

2.2 Identificar los aspectos mas relevantes: se trata de priorizar los aspectos mas importantes con el proceso definido. Se pueden utilizar diferentes criterios de prioridad como el número de clientes afectados, riesgo de actividad para el paciente o actividad identificada previamente como problemática.

2.3 Diseño de los Indicadores de Calidad (a)

Dimensión	Nombre del Indicador
Justificación	Aspecto revelante de la asistencia que se valora Utilidad del indicador como medida de calidad. Se relaciona con la validez (¿o qué medimos, tiene sentido?)
Fórmula	Expresión matemática
Explicación de términos	Definición de términos del indicador que puedan ser ambiguos
Población	Definición clara de la unidad del estudio
Tipo	Estructura, proceso o resultado
Fuente de datos	Secuencia de obtención de datos
Estándar	Nivel deseable de cumplimiento de criterio
Comentarios	Reflexión sobre la validez del indicador. Identificar posibles factores de confusión

Definiciones

Dimensión: característica o atributo de la atención asistencial para que esta sea considerada de calidad.

Efectividad: grado en que la asistencia al paciente se lleva a término de forma correcta según el estado actual del conocimiento científico.

Eficacia: nivel en que la asistencia al paciente consigue el efecto deseado con el mínimo esfuerzo y con el mínimo coste según el estado actual del conocimiento científico.

Riesgo: grado de repercusión en términos de mortalidad o morbilidad que supone la presencia del proceso.

Accesibilidad: facilidad que tienen los pacientes para conseguir la atención que necesitan, en el momento y lugar precisos.

Adecuación: grado en que el cuidado recibido es apropiado a las necesidades del paciente.

Continuidad: grado en el que la atención requerida por los pacientes coordinada entre los profesionales a través de la organización y a lo largo del tiempo.

Satisfacción: grado en que el cuidado y la atención recibido es apropiado a las expectativas del paciente y/o sus familiares.

Justificación: utilidad del indicador como medida de calidad.

Fórmula: expresión matemática que r e flejará el r resultado de la medida. Habitualmente se expresa en forma de porcentaje, pero también puede referirse como media o valor absoluto.

Explicación de términos: definición de aquellos aspectos del indicador que pueden ser ambiguos o sujetos a diferentes interpretaciones. Por ejemplo, si se especifica "V aloración hemodinámica", debe explicarse de forma clara que incluye dicha valoración.

Población: descripción de la Unidad de estudio que será objeto de la medida. No siempre es necesario medir sobre la totalidad de la población definida. En estos casos se recorre a la revisión de una muestra.

Tipo: se refiere a la clasificación de indicador es según la orientación de la evaluación. Se identifican como de estructura, proceso o resultado

Estructura: elementos necesarios para la atención, tanto en lo que hace referencia a recursos humano, tecnologías o protocolos.

Proceso: forma en la que se desarrolla la atención.

Resultado: consecuencias de la atención.

Fuente de datos: define cual será el origen de la información y la secuencia de obtención de datos necesarios para poder cuantificar el indicador .

Estándar: refleja el nivel deseado de cumplimiento del indicador . Dada la variabilidad de datos que puede ofrecer la literatura este dato puede ser orientativo.

Comentarios: aquí se incluyen reflexiones sobre la validez del indicador o se ponen de manifiesto posibles factores de confusión.

2.4 Inicio de las actividades sistemáticas de medida: se trata de la recogida y tabulación repetida de resultados.

2.5 Comparación con estándares previos: la comparación se establecerá con el estándar de referencia y también con los resultados anteriores del indicador

2.6 Interpretación de resultados: en el caso de que el resultado de la comparación con el estándar evidencie un resultado subestándar o una regresión respecto a anteriores determinaciones, debe considerarse como un signo de alarma.

**3. ASPECTOS RELEVANTES SOBRE LOS QUE SE DEBEN
DISEÑAR LOS INDICADORES**

Patologías atendidas en urgencias
Tipo de actividad realizada
Áreas o espacios donde se realiza dicha actividad.

La selección de los aspectos más relevantes se efectúa a partir de los siguientes criterios:

Riesgo: grado de repercusión en términos de mortalidad o morbilidad que supone la presencia del proceso.
Prevalencia: frecuencia de presentación del proceso.
Variabilidad: grado de variabilidad de la práctica clínica actual en cuanto al proceso diagnóstico y / o terapéutico.

Resultados

El documento final consta de 89 indicadores; se mantienen intactos aquellos del documento original de la SCME-F AD aplicables directamente en la población pediátrica. Se r. realiza una adaptación pediátrica (señalados con las siglas **AP**; Adaptación pediátrica) a un total de 18 indicadores; la mayor parte, un total de hasta 10, en el apartado de actividades y concretamente en el apartado de Adecuación diagnóstico - terapéutica.

Se consensuan un total de 20 nuevos indicadores (señalados con las siglas **IFE**; Indicador pediátrico específico) y finalmente se proponen 12 como integrantes del grupo básico de aplicación especialmente r ecomendable.

En la siguiente tabla se enuncian todos los indicadores incluidos y en negrita se destacan aquellos considerados como básicos. A continuación se exponen en detalle los ochenta y nueve indicadores que componen el documento final.

13

14





RELACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

PATOLOGÍAS

- Digestivo**
1. Pruebas de coagulación en el dolor abdominal 20
 2. Demora en el diagnóstico y tratamiento de la invaginación intestinal 21
 3. Uso de la rehidratación endovenosa en pacientes deshidratados con gastroenteritis aguda 22
- Endocrino**
4. Seguridad en el tratamiento de la cetoacidosis diabética 23
 5. Glucemia capilar precoz en el coma hipoglucémico 24

Genito-Urinario

6. Demora en la intervención por torsión testicular 25

Infecciones

7. Demora en el inicio del tratamiento antibiótico 26
8. Tratamiento antibiótico en el síndrome febril de origen viral 27
9. Gastroenteritis tratadas con antibióticos 28
10. Diagnóstico de infección de orina en pacientes pediátricos no continentales 29
11. Urocultivo en infecciones urinarias 30
12. Manejo ambulatorio de la sospecha de Meningitis vírica 31

Neurología

13. Determinación de la TA en las cefaleas 32
14. Hospitalización de pacientes diagnosticados de convulsión febril típica 33

ORL / Oftalmología

15. Valoración hemodinámica de las epistaxis 34

Neumología

16. Valoración de la severidad de la bronquiolitis 35
17. Valoración de la gravedad de la crisis asmática 36
18. Registros clínicos en la neumonía comunitaria 37

15

RELACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

19. Valoración del peak-flow en asmáticos 38
20. Tiempos de demora en atender al paciente con disnea grave 39
21. Determinación de la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria en pacientes con dificultad respiratoria 40
22. Tratamiento conservador en el neumotórax espontáneo 41

Psiquiatría

23. Valoración psiquiátrica en los intentos de autolisis 42
24. Valoración neurológica en el enolismo agudo 43
25. Número de fugas de enfermos psiquiátricos 44

Traumatología / Muscosquelética

26. Cobertura antibiótica en las fracturas abiertas 45
27. Riesgo de infección en fracturas abiertas: demora en el tratamiento quirúrgico 46
28. Registro de la Escala de Coma de Glasgow en pacientes con TCE 47
29. Radiografías de cráneo en pediatría 48
30. Utilización del TAC en el TCE 50
31. Demora en la realización del TAC en pacientes con TCE epidural o subdural al centro neuroquirúrgico 51
32. Demora en el traslado de pacientes con hematoma epidural o subdural en pacientes con hematoma epidural o subdural 52
33. Demora craneotomía en pacientes con hematoma epidural o subdural 53
34. Radiología cervical en traumatismos cervicales 54
35. Control y supervisión en pacientes politraumáticos 55
36. Demora en el tratamiento de las lesiones medulares 56
37. Tratamiento de las heridas no complicadas 57
38. Demora en la práctica de la ECO abdominal o de la punción lavado peritoneal en traumatismos abdominales 58

ACTIVIDADES**Clasificación (TRIAGE)**

39. Existencia de una sistemática de clasificación o TRIAGE de pacientes 59

16

RELACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

Adecuación diagnóstico / terapéutica	
40. Tiempo de respuesta de consultores	60
41. Peticiones de radiología	61
42. Constancia del estado vacunal antitetánico	62
43. Hemocultivos contaminados	63
44. Correlación diagnóstica entre urgencias y alta hospitalaria	64
45. Readmisiones a las 72h	65
46. Readmisión con ingreso	66
47. Demora en la primera asistencia facultativa	67
48. Tasa de hospitalización global	68
49. Evaluación de la mortalidad	69
50. Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias	70
51. Determinación de constantes básicas	71
52. Utilización de sedoanalgesia en procedimientos	72
53. Utilización de anestesia tópica en procedimientos dolorosos	74
54. Hospitalización de pacientes con laringitis	75
55. Evacuación gástrica en intoxicaciones	76
56. Tratamiento de la crisis asmática con dispositivo MDI y cámara espaciadora	77
Identificación de situaciones de riesgo	
57. Profilaxis quirúrgica antibiótica	79
58. Aplicación de medidas de prevención en pacientes de riesgo infecto-contagioso respiratorio	80
59. Caídas de pacientes	81
60. Seguimiento de las contenciones	82
Información (pacientes y familiares)	
61. Información a los pacientes	83
62. Reclamaciones por desinformación	84
63. Consentimiento informado	85
64. Encuesta de satisfacción al usuario	88
Traslados (internos y externos)	
65. Adecuación del transporte intrahospitalario	89

17

RELACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

Documentación (Hª clínica, protocolos...)	
66. Cumplimentación del informe de asistencia	90
67. Epicrisis en los exítus en urgencias	91
68. Protocolos de riesgo vital	93
69. Existencia de protocolos clínicos	95
70. Existencia de protocolos de detección de situaciones de riesgo social: maltrato infantil	96
71. Codificación de diagnóstico	97
72. Codificación de motivos de consulta	98
Docencia	
73. Sesiones clínicas del servicio de urgencias	99
74. Formación continuada	100
Investigación	
75. Publicaciones científicas del servicio de urgencias	101
76. Actividades de investigación	102
ÁREAS DE TRABAJO	
Admisiones	
77. Enfermos no visitados	103
78. Tiempos de demora de ingreso	104
Áreas de atención	
79. Personas atendidas fuera de box	105
80. Estancias superiores a 24h en el servicio de urgencias	106
Quirófanos	
81. Tiempo de demora en intervenciones quirúrgicas urgentes	107
Reanimación / resucitación	
82. Revisión de material y aparatos de la sala de reanimación y carro de paradas	108

18





PATOLOGÍAS DIGESTIVO

RELACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD

Salas de radiología

83. Tiempo de demora en la radiología simple 109

84. Adecuación salas de RX en urgencias 110

Laboratorio

85. Tiempo de respuesta de las analíticas 111

86. Rechazo de la analítica solicitada 112

Áreas de servicio (almacen, farmacia...)

87. Rotura de stock de la farmacia de urgencias 113

88. Correspondencia de mórficos 114

89. Lencería en mal estado 115

1. Pruebas de coagulación en el dolor abdominal

Dimensión	Eficiencia.
Justificación	La petición de analítica ha de estar orientada en los supuestos diagnósticos más probables en cada caso evitando las baterías de rutina que comportan sobrecarga de trabajo en el laboratorio y urgencias, disminución de la agudeza diagnóstica y demoras.
Formula	Nº de pacientes con diagnóstico de dolor abdominal y datos de alta con pruebas de coagulación realizadas. x 100 Nº de pacientes con diagnóstico de dolor abdominal y datos de alta.
Explicación de los términos	• Pruebas de coagulación: tiempos de cefalina, Quick y fibrinogeno. Las plaquetas se determinan automáticamente al determinar el hemograma.
Población	Todos los pacientes dados de alta de urgencias con diagnóstico de dolor abdominal, durante el periodo revisado. Criterios de exclusión: - Pacientes con coagulopatía de base. - Pacientes con tratamiento anticoagulante. - Altas por ingreso, traslados o éxitus.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	5%.
Comentarios	

2. Demora del diagnóstico y tratamiento de la invaginación intestinal

Dimensión	Riesgo. Efectividad.
Justificación	El diagnóstico y tratamiento precoz de la invaginación favorece su resolución por enema y evita la necrosis intestinal.
Fórmula	Nº de pacientes diagnosticados al alta de invaginación que desde el ingreso al tratamiento pasan más de tres horas ----- x 100 Nº de pacientes diagnosticados de invaginación intestinal.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso: entrada del paciente al box de urgencias. • Tratamiento: realización de enema terapéutico.
Población	Todos los pacientes diagnosticados de invaginación intestinal durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	< 5%.
Comentarios	

21

3. Uso de la rehidratación endovenosa en pacientes deshidratados con gastroenteritis aguda

Dimensión	Efectividad.
Justificación	La rehidratación oral es la terapia de elección para las deshidrataciones que se asocian a la gastroenteritis aguda (GEA). La rehidratación endovenosa (REV) es una técnica menos fisiológica, más agresiva y costosa sin aportar ventajas.
Fórmula	Nº de pacientes atendidos por GEA con REV ----- x 100 Nº de pacientes atendidos por GEA.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • GEA: eliminación de heces líquidas o semilíquidas en nº de 3 o más en 12 horas. • REV: reposición de líquidos electrolíticos por vía endovenosa.
Población	Pacientes con diagnóstico de GEA. Exclusión: - shock - ileon paralítico. - obnubilación. - acidosis metabólica grave.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	< 5 %.
Comentarios	Manual de Rehidratación Oral. SEUP 2000.

22





**PATOLOGÍAS
ENDOCRINO**

4. Seguridad en el tratamiento de la Cetoacidosis Diabética (CAD)

Dimensión	Riesgo. Efectividad.
Justificación	La CAD es una de las urgencias endocrinológicas más frecuentes, y en su mortalidad intervienen las complicaciones asociadas al tratamiento. El descenso rápido de la glicemia favorece la aparición de edema cerebral y de hipopotasemia.
Fórmula	Nº de pacientes con CAD y controles de glicemia < 200mg/dl durante las Primeras 12 h. ----- X 100 Nº de pacientes con CAD tratados en UGías.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Durante las 12 primeras horas de tratamiento de la CAD se ha de mantener niveles de glicemia entorno a 200 mg/dl.
Población	Pacientes con CAD que se tratan en urgencias, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	0%
Comentarios	

23

**PATOLOGÍAS
ENDOCRINO**

5. Glucemia capilar precoz en el coma hipoglucémico

Dimensión	Riesgo.
Justificación	La realización de la glucemia capilar en el primer bloque de constantes de los pacientes en coma hipoglucémico indica un proceso diagnóstico correcto y rápido para instaurar tratamiento, disminuyendo el riesgo del enfermo de padecer complicaciones.
Fórmula	Nº de pacientes a los que se les ha practicado glucemia capilar en la 1ª intervención de enfermería. ----- X 100 Nº de pacientes que llegan a urgencias en coma hipoglucémico.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Primera intervención de enfermería: La glucemia capilar ha de estar registrada en el primer bloque de constantes de enfermería.
Población	Pacientes atendidos en urgencias con coma hipoglucémico, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	Se ha seleccionado el coma hipoglucémico, dada la dificultad de identificar a través de la codificación en el alta otros comas diferentes al hipoglucémico.

24

6. Demora en la intervención por torsión testicular

Dimensión	Riesgo. Efectividad.
Justificación	La viabilidad del testículo torsionado disminuye drásticamente a partir de las 6 horas de sintomatología.
Fórmula	Nº de pacientes con torsión testicular operados con más de 6 horas de desde el inicio de síntomas. ----- x 100 Nº de pacientes diagnosticados de torsión testicular.
Explicación de los términos	
Población	Pacientes que acuden a urgencias por torsión testicular, durante el periodo revisado. Criterio de exclusión: - Pacientes que llegan a urgencias después de las 6 horas del inicio de los síntomas.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	Tendencia a 0.
Comentarios	Hay que tener claro que el período de 6 horas se puede ver influenciado claramente por la demora del paciente en acudir a urgencias.

25

7. Demora en el inicio del tratamiento antibiótico

Dimensión	Riesgo. Efectividad.
Justificación	En determinados procesos sépticos la demora en el inicio del tratamiento antibiótico puede incrementar mucho la morbilidad.
Fórmula	Nº de pacientes con proceso séptico que inician tratamiento antibiótico antes de 30' de la admisión ----- x 100 Nº de pacientes con proceso séptico
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Admisión: tiempo que pasa desde la entrada del paciente a urgencias hasta la administración de la primera dosis de antibiótico. Proceso séptico: sospecha clínica de cuadro séptico (mala perfusión, hipotensión, taquicardia). Inicio tratamiento antibiótico: administración de la primera dosis de antibiótico prescrito.
Población	Pacientes con meningitis bacteriana y choque séptico atendidos durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	90%.
Comentarios	Se ha escogido el diagnóstico de shock séptico, porque es el proceso donde la demora en el inicio del tratamiento antibiótico puede ser mortal.

26





**PATOLOGÍAS
INFECCIONES (AP)**

8. Tratamiento antibiótico en el síndrome febril de origen viral

Dimensión	Efectividad. Eficiencia. Riesgo.
Justificación	En los síndromes febriles agudos sin foco y en las infecciones respiratorias agudas (IRA) de probable etiología vírica la prescripción de antibióticos no varía el curso de la enfermedad, dificulta estudios posteriores y facilita la aparición de resistencias y de costes.
Fórmula	Nº de pacientes diagnosticados de S. Febril sin foco o de IRA no complicada a los que se prescribe tratamiento antibiótico. ----- x 100 Nº de pacientes diagnosticados de S. Febril. Sin focos o de IRA no complicada.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre sin foco: ausencia de focos aparente de la fiebre después de la anamnesis, examen físico y exámenes complementarios cuando proceda. • Se incluyen como IRA de etiología vírica: infección aguda vías respiratorias superiores <ul style="list-style-type: none"> - Laringitis - Bronquiolitis - Bronquitis - Faringoamigdalitis en < 2 años.
Población	Todos los pacientes diagnosticados de los cuadros anteriores en el período revisado. Criterios de exclusión: - Fiebre sin foco en pacientes < 3 meses. - Inmunosupresión. - Paciente con enfermedad crónica debilitante.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	< 5 %.
Comentarios	Se seleccionan los 5 síndromes referidos por su prevalencia y por la facilidad de medida pues, se pueden identificar claramente por diagnóstico de salida

27

**PATOLOGÍAS
INFECCIONES (AP)**

9. Gastroenteritis tratadas con antibióticos

Dimensión	Efectividad.
Justificación	La administración de antibiótico empírico en las gastroenteritis, no mejora el curso de la enfermedad y puede suponer un aumento de las resistencias y aumento del estado del portador de las infecciones por Salmonea.
Fórmula	Nº de pacientes con gastroenteritis tratados con antibiótico. ----- x 100 Nº de pacientes con gastroenteritis.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Gastroenteritis</u>: cuadro agudo de vómitos y diarrea. • <u>Tratamiento antibiótico</u>: pacientes en cuyo informe de alta consta la prescripción administración de un antibiótico.
Población	Pacientes con diagnóstico de gastroenteritis durante el período revisado. Criterios de exclusión: - Diarrea de origen parenteral. - Sospecha de GEA bacteriana en: - Lactantes < 3 meses. - Signos de toxicidad. - Malnutrición. Pacientes con enfermedades crónicas debilitantes. Pacientes inmunodeprimidos. Drepanocitosis.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	0%.
Comentarios	

28

10. Diagnóstico de Infección de Orina (ITU) en pacientes pediátricos no continentales

Dimensión	Efectividad.
Justificación	Dada la importancia que tiene el diagnóstico correcto de ITU en el niño/a no continente, por el tratamiento y estudios posteriores que implica, es necesario que toda ITU en estos niños se haga por ur. oculto de muestra obtenida por método estéril. La bolsa perineal es un método inadecuado para recoger una muestra de orina para urocultivo, con un gran porcentaje de falsos positivos (alrededor del 50%) y cultivos contaminados.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de niños / as diagnosticados de ITU por muestra obtenida por método estéril.}}{\text{Nº de niños / as diagnosticados de ITU.}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Método estéril: <ul style="list-style-type: none"> Sondaje vesical. Punción suprapúbica.
Población	Niños / as no continentales con diagnóstico de ITU atendidos durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%
Comentarios	

29

11. Urocultivo de infecciones urinarias

Dimensión	Efectividad.
Justificación	El único procedimiento cierto por el diagnóstico de ITU es el urocultivo. Las otras determinaciones analíticas no tienen la suficiente especificidad y sensibilidad diagnóstica.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes diagnosticados de infección urinaria sin urocultivo.}}{\text{Nº de pacientes diagnosticados de infección urinaria.}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Urocultivo positivo: > 10.000 UFC /ml por sondaje vesical. Cualquier crecimiento por punción suprapúbica.
Población	Todos los pacientes diagnosticados de infección urinaria durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	0%
Comentarios	

30





**PATOLOGÍAS
INFECCIONES (PE)**

12. Manejo ambulatorio de la sospecha de Meningitis vírica

Dimensión	Efectividad. Riesgo.
Justificación	El manejo y tratamiento de niños diagnosticados de sospecha de Meningitis vírica puede realizarse de forma ambulatoria por no precisar tratamiento específico.
Fórmula	Nº de pacientes con diagnóstico de sospecha de Meningitis vírica en los que se realiza una observación hospitalaria > 24 horas. ----- x 100 Nº de pacientes con diagnóstico de sospecha de Meningitis vírica.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Meningitis vírica</u>: cuadro clínico y analítico compatible. • <u>Observación hospitalaria</u>: estancia en el hospital inferior a 24 horas.
Población	Pacientes diagnosticados de Meningitis linfocitaria en el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	< 10%
Comentarios	

31

**PATOLOGÍAS
NEUROLOGÍA**

13. Determinación de la Tensión Arterial (TA) en las cefaleas

Dimensión	Efectividad.
Justificación	La cefalea puede ser el primer síntoma de una patología grave, como la hipertensión arterial maligna. La determinación sistemática de la tensión arterial en todos los pacientes con cefalea evitaría la posibilidad de no identificar una patología de esta gravedad.
Fórmula	Nº de pacientes con cefalea y determinación de TA. ----- x 100 Nº de pacientes con diagnóstico de cefalea en el alta.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Determinación de TA</u>: registro de la TA como mínimo una vez, en el registro de enfermería.
Población	Enfermos con el diagnóstico de cefalea en el alta de urgencias, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	

32

PATOLOGÍAS
ORL - OFTALMOLOGÍA

15. Valoración hemodinámica de las epistaxis

Dimensión	Riesgo. Efectividad.
Justificación	La valoración hemodinámica de toda hemorragia es obligatoria ya que da una visión de las posibles pérdidas de sangre y, por tanto, de su gravedad.
Fórmula	Nº de pacientes con epistaxis y valoración hemodinámica. x 100 Nº de pacientes con epistaxis.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Valoración hemodinámica: constancia de medida en el informe y/o hoja de enfermería, de la tensión arterial y frecuencia cardíaca.
Población	Pacientes dados de alta de urgencias, con los diagnósticos de epistaxis, durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%
Comentarios	

PATOLOGÍAS
NEUROLOGÍA (PE)

14. Hospitalización de pacientes diagnosticados de convulsión febril típica

Dimensión	Efectividad. Riesgo.
Justificación	Las Convulsiones febriles típicas (CFT) por sus características clínicas, evolutivas y posibilidades terapéuticas no precisan hospitalización.
Fórmula	Nº pacientes ingresados por CFT. x 100 Nº pacientes atendidos por CFT.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> CFT: cuadro convulsivo único en un contexto febril en niños de 6 meses a cuatro años de tipo generalizado, de corta duración (< 15 minutos) y sin signos neurológicos residuales. Ingreso hospitalario: estancia en el hospital superior a 24 horas.
Población	Pacientes atendidos por CFT durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	2%.
Comentarios	Para la aplicación de este indicador es importante tener en cuenta que es un proceso, sobretodo en el primer episodio, que produce una importante angustia familiar. Se considera manejo ambulatorio aquel en que la observación del paciente en el hospital no supera las 24 horas.

34

33





PATOLOGÍAS
NEUMOLOGÍA

16. Valoración de severidad de la bronquiolitis

Dimensión	Efectividad. Riesgo.
Justificación	La bronquiolitis es una neumopatía viral aguda que afecta a la población de < de 2 años, y que debemos tratar en el medio hospitalario atendiendo el grado de severidad.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de bronquiolitis con constatación del grado de severidad}}{\text{N}^\circ \text{ de bronquiolitis atendidas}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Constatación de la severidad: constancia en el informe de urgencias del grado de severidad en el diagnóstico, por registro de cualquier escala diseñada y validada para tal efecto.
Población	Pacientes atendidos en urgencias con el diagnóstico de bronquiolitis, durante el periodo revisado.
Tipo	Documentación clínica.
Fuente de datos	Proceso.
Estándar	100%.
Comentarios	Escala validadas como por ejemplo la escala de Wood-Downes, a pesar de que esta comporta la realización de una gasometría arterial, técnica que actualmente en la población infantil es sustituida por la pulsioximetría.

35

PATOLOGÍAS
NEUMOLOGÍA (IPE)

17. Valoración de la gravedad de la crisis asmática

Dimensión	Efectividad. Riesgo.
Justificación	La evaluación de la gravedad de la crisis asmática de forma objetiva y sistemática permite instaurar el tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crisis asmáticas atendidas en las que se realiza la valoración del nivel de gravedad}}{\text{N}^\circ \text{ de crisis asmáticas atendidas}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis asmática: síntomas respiratorios atribuidos a broncoespasmo sin tener en cuenta el posible desencadenante, la edad ni la existencia o no de episodios previos. • Valoración del nivel de gravedad: registro en el informe de urgencias del nivel de gravedad utilizando una escala validada.
Población	Pacientes atendidos por crisis asmática durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	

36

18. Registros clínicos en la neumonía comunitaria

Dimensión	Efectividad, Riesgo.
Justificación	El registro sistemático de ciertos parámetros permite detectar los pacientes afectados de neumonía y con riesgo de presentar una mala evolución.
Fórmula	Nº de pacientes con neumonía y registros clínicos completos. ----- x 100 Nº de pacientes con neumonía.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Registros completos: constancia en los registros de urgencias (informe) de la determinación de: <ul style="list-style-type: none"> Frecuencia respiratoria. Saturación de oxígeno (pulsioximetría). Grado de distres. Estado de conciencia. Para la evaluación del grado de distres y estado de conciencia se puede utilizar cualquiera de las escalas descritas en la literatura.
Población	Pacientes con neumonía atendidos en urgencias, en el período estudiado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	90 %.
Comentarios	

37

19. Valoración del peak-flow en asmáticos

Dimensión	Efectividad.
Justificación	La valoración funcional simple permite tomar decisiones terapéuticas en función de su resultado.
Fórmula	Nº de pacientes con crisis de asma y valoración seriada de Peak-flow ----- x 100 Nº de pacientes atendidos con diagnóstico de crisis asmática.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Crisis asmática: episodio de inicio agudo consistente con disnea, sibilancias y/o tos con trasfondo de inflamación e hiperreactividad bronquial. Valoración seriada de peak-flow: primera valoración previa al inicio del tratamiento, y posteriormente con la frecuencia que determine el protocolo de cada centro.
Población	Pacientes atendidos en urgencias por asma agudo, en el período revisado. Criterios de exclusión: - Pacientes que presentan algún tipo de limitación para la realización de la pruebaa. - Niños menores de 6 años.
Tipo	Documentación clínica.
Fuente de datos	Proceso.
Estándar	100 %.
Comentarios	Las dificultades por las que un paciente pediátrico no habituado haga la prueba y la falta de valores basales normales del paciente hace menos útil este indicador.

38





**PATOLOGÍAS
NEUMOLOGÍA**

20. Tiempos de demora en atender al paciente con disnea grave

Dimensión	Riesgo. Efectividad.
Justificación	Se pretende verificar si las patologías catalogadas como urgencia grave y que requieren una rápida actuación, son atendidas correctamente, ya que esto se relaciona con la morbilidad posterior.
Fórmula	Nº de pacientes con disnea grave con tiempos de inicio del tratamiento ≤ 10 minutos -----x 100 Nº de pacientes con disnea grave
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea grave: presencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Estado mental alterado. - Cianosis. - Taquipnea > 2 D.S. - Tiraje intercostal - Saturación de HB (pulsioximetría) < 90 %. • Tiempos de inicio del tratamiento: tiempos transcurridos desde que el paciente entra al Servicio (admisión de urgencias) hasta que se administra el tratamiento.
Población	Todos los pacientes que consultan por disnea grave en el servicio de urgencias, durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	Según "L'Echele canadienne de triage & gravité pour les départements d'urgence", se ha de atender en 10'.

La cuantificación de este indicador está condicionada a la existencia de un sistema de codificación de los motivos de consulta.

**PATOLOGÍAS
NEUMOLOGÍA (IPE)**

21. Determinación de la saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria en pacientes con dificultad respiratoria

Dimensión	Eficacia. Riesgo.
Justificación	La determinación de la saturación de oxígeno (SO) y de la frecuencia respiratoria son dos parámetros de importancia en la evaluación del paciente con dificultad respiratoria. Conocer la SO es útil para valorar la gravedad de un cuadro de dificultad respiratoria, la necesidad de oxígeno del paciente y la respuesta al tratamiento planteado. La determinación de la SO es objetiva y se puede obtener en niños de cualquier edad. La frecuencia respiratoria está claramente relacionada con el grado de dificultad respiratoria.
Fórmula	Nº de pacientes con dificultad respiratoria en los que se determina la SO y la frecuencia respiratoria. -----x 100 Nº de pacientes con dificultad respiratoria.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria: signos y/o síntomas que reflejan el fracaso en la función de satisfacer la demanda metabólica de oxígeno o la incapacidad de eliminar el dióxido de carbono. • Pulsioximetría: técnica que mide el pulso y la SO captando, mediante una célula fotoeléctrica, las diferentes longitudes de onda de la hemoglobina. • Frecuencia respiratoria: número de respiraciones por minuto. Debe adaptarse a la edad del paciente.
Población	Todos los pacientes que consultan con dificultad respiratoria.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	La lectura de la saturación de oxígeno debe hacerse meticulosamente y es preferible utilizar los pulsioxímetros que presentan, además de los dígitos con la SO y la frecuencia cardiaca, la onda del pulso. De esta forma sabremos, con bastante seguridad, que la lectura de la SO es correcta.

PATOLOGÍAS
PSIQUIATRÍA

23. Valoración psiquiátrica en los intentos de autolisis

Dimensión	Adecuación.
Justificación	La posibilidad de que no se trate de un hecho reactivo y puntual, sino que sea el reflejo de una patología más seria, nos obliga a hacer siempre una valoración psiquiátrica correcta de los intentos de autolisis.
Fórmula	Nº de pacientes con intento de autolisis y valoración psiquiátrica. ----- x 100 Nº de pacientes con intento de autolisis.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Se considera valoración psiquiátrica: la exploración específica hecha por el especialista, ya sea en el propio centro o en el centro de agudos de referencia, pero siempre dentro del contexto del mismo acto asistencial.
Población	Pacientes atendidos, por intento de autolisis, durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	

42

PATOLOGÍAS
NEUMOLOGÍA

22. Tratamiento conservador en el neumotórax espontáneo

Dimensión	Efectividad.
Justificación	Los neumotórax espontáneos < 15 % del volumen pulmonar, aditios sin factores de riesgo respiratorio, son tributarios de tratamiento conservador.
Fórmula	Nº de pacientes con neumotórax < 15 % y sin factores de riesgo con drenaje pleural. ----- x 100 Nº de pacientes con neumotórax. < 15% y sin factores de riesgo.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Sin factores de riesgo respiratorio: ausencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Neumectomía - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica - Alteración gasométrica. Neumotórax < 15%: para medir el volumen del neumotórax, se utiliza la siguiente técnica de medida: X%= 100-diámetro pulmón / diámetro hemotórax (medidos a la misma altura).
Población	Pacientes con diagnóstico de neumotórax espontáneo en el período estudiado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	Próximo al 0 %.
Comentarios	<p>Ref: Baumann MH, Stange C. "Treatment of spontaneous pneumothorax: A more aggressive approach?". Chest 1997; 112:789-804.</p> <p>Ref: Beauchamp G. "Spontaneous Pneumothorax and pneumomediastinum". En : Griffith Pearsons, F. Thoracic Surgery. New York: Churchill-Livingstone 1995; 1037-1054.</p> <p>Ref: Moya Mir M.S. "Guías de actuación en urgencias". Madrid 1999. Clínica Puerta de Hierro.</p>

41





**PATOLOGÍAS
PSIQUIATRÍA**

24. Valoración neurológica en enolismo agudo

Dimensión	Efectividad.
Justificación	Evitar complicaciones inadvertidas por el mismo estado de intoxicación aguda.
Fórmula	Nº de pacientes diagnosticados de intoxicación enólica aguda con exploración neurológica. ----- x 100 Nº de pacientes diagnosticados de intoxicación enólica aguda
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Exploración neurológica: implica constancia en el informe de alta de que se ha hecho la valoración neurológica.
Población	Pacientes atendidos por intoxicación enólica aguda, durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	

43

**PATOLOGÍAS
PSIQUIATRÍA**

25. Número de fugas de enfermos psiquiátricos.

Dimensión	Adecuación.
Justificación	La constancia de pacientes psiquiátricos que se fugan del servicio de urgencias, puede sugerir una inadecuada praxis en el tratamiento de este tipo de pacientes en urgencias.
Fórmula	Nº de pacientes psiquiátricos que se fugan del servicio de urgencias. ----- x 100 Nº de pacientes psiquiátricos atendidos en el servicio de urgencias.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Fuga: paciente psiquiátrico que abandona el servicio de urgencias sin la conformidad del médico responsable y sin haber firmado el alta voluntaria.
Población	Pacientes psiquiátricos atendidos en el servicio de urgencias durante el período revisado.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	0%.
Comentarios	

44

26. Cobertura antibiótica en las fracturas abiertas

Dimensión	Riesgo. Efectividad.
Justificación	Una fractura abierta es una herida contaminada; se considera como infectada después de 12 horas. Toda fractura abierta es indicación de inicio de tratamiento antibiótico aunque el tiempo de intervención sea inferior a las 12 horas.
Fórmula	Nº de pacientes con fractura abierta y cobertura antibiótica. ----- x 100 Nº de pacientes con fractura abierta.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Fractura abierta: toda lesión en la que el foco de fractura está en comunicación con el exterior por una solución de continuidad entre la piel y el resto de tejidos.
Población	Pacientes que consultan con fractura abierta, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	

45

27. Riesgo de infección en fracturas abiertas: demora en el tratamiento quirúrgico

Dimensión	Riesgo. Efectividad.
Justificación	Dado el tiempo que se puede perder desde el traumatismo hasta el traslado al hospital, teniendo en cuenta el riesgo potencial de infección de una fractura abierta, se considera que no debe haber una demora superior a las 12 horas desde el traumatismo hasta el inicio de la intervención quirúrgica.
Fórmula	Nº de pacientes con fractura abierta e intervención posterior a las 12 horas de la fractura. ----- x 100 Nº de fracturas abiertas.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Fractura abierta: toda lesión en la que los focos de fractura están en comunicación con el exterior por una solución de continuidad entre la piel y el resto de tejidos. Tiempo de demora (12 horas): tiempo entre el traumatismo y el inicio de la intervención quirúrgica.
Población	Pacientes atendidos por fractura abierta, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	0%.
Comentarios	Es recomendable revisar individualmente todo aquel caso en el que este tiempo es superior. Este indicador, valora el riesgo de infección relacionado con la demora quirúrgica superior a 12 horas, aunque, como se expresa en el indicador nº 6 de áreas de trabajo no deben pasar más de 6 horas desde su ingreso a la entrada en quirófano.

46





PATOLOGÍAS
TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA

28. Registro de la Escala de Coma de Glasgow desglosada (GCS) en Pacientes con Traumatismo Craneoencefálico (TCE)

Dimensión	Efectividad, Riesgo.
Justificación	La GCS es un factor pronóstico del TCE con buena relación entre GCS y lesión intracraneal.
Fórmula	Nº de pacientes con registro de GCS Desglosada en TCE. ----- x 100 Nº de pacientes atendidos por TCE.
Explicación de los términos	• Registro de la GCS: constancia en el informe de alta de urgencias de la escala de Glasgow desglosando los tres ítems (a+b+c).
Población	Pacientes con TCE atendidos en el servicio de urgencias, durante el periodo de estudio.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100 %.
Comentarios	Ref.: "Recomendaciones en la valoración y tratamiento inicial craneoencefálico". Grupo de trabajo del traumatismo craneoencefálico en Cataluña. <i>Medicina</i> , 1999; 112: 264-269. Ref.: En pediatría se ha de utilizar la Escala de Glasgow adaptada a la edad pediátrica: "Urgencias en pediatría". Protocolos diagnóstico-terapéuticos. Unidad Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Editorial Ergon. 2ª Edición.

PATOLOGÍAS
TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA (AP)

29. Radiografías de cráneo en pediatría

Dimensión	Eficiencia, Riesgo.
Justificación	Ante un traumatismo craneoencefálico (TCE) la prueba de diagnóstico por imagen de elección es la TAC, ya que nos dará el diagnóstico definitivo en el caso de haber patología cerebral. El realizar una Rx. de cráneo convencional demorará el diagnóstico y el tratamiento ante una posible patología que puede tener consecuencias graves para el enfermo. Por otro lado la Rx. hecha simultáneamente con la TAC no aporta más información para el diagnóstico y posterior tratamiento.
Fórmula	Nº de pacientes con TCE tributario de TAC a los que se realiza también Rx. Simple de Cráneo. ----- x 100 Nº total de pacientes con TCE tributario de TAC.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente pediátrico: edad inferior o igual a 14 años. • TCE: traumatismo craneoencefálico con sintomatología neurológica acompañante. • TCE tributario de TAC: <ul style="list-style-type: none"> Niños menores de 1 año: <ul style="list-style-type: none"> - Glasgow de 14 mantenido. - Pérdida de conciencia > de 1 minuto. - Sintomáticos (irritable, vómitos). - Fontanela abombada. - Exploración neurológica anómala. - Rx de cráneo con fractura. Niños mayores de 1 año: <ul style="list-style-type: none"> - Glasgow inicial < 14. - Glasgow de 14 mantenido. - Déficit neurológico. - Convulsiones. - Fractura deprimida. - Signos de fractura de base de cráneo. - Heridas penetrantes. • CONSIDERAR TAC SI: <ul style="list-style-type: none"> - Glasgow inicial < 14. - Hª de pérdida de conciencia. - Vómitos repetidos. - Cefalea mantenida. - Mecanismo de producción violento. - Irritabilidad. • Radiografía de cráneo: proyección anteroposterior, lateral y proyección de Towne.

Radiografías de cráneo en pediatría (continuación)

Población	Pacientes que consultan por TCE en un servicio de urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	0%
Comentarios	

49

30. Utilización del TAC en el TCE

Dimensión	Adecuación.
Justificación	La TAC es la técnica de exploración radiológica fundamental para la detección de lesiones intracraniales (LIC) después de un traumatismo craneoencefálico (TCE), con una sensibilidad y especificidad de prácticamente el 100%.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos por TCE y criterios de TAC, en los que se ha realizado}}{\text{Nº de pacientes atendidos por TCE con criterios TAC}} \times 100$
Explicación de los términos	<p>CRITERIOS PARA REALIZAR TAC EN TCE:</p> <p>Niños menores de 1 año:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de conciencia > de 1 minuto. - Sintomáticos (irritable, vómitos). - Fontanela abombada. - Exploración neurológica anómala. - Rx de cráneo con fractura. <p>Niños mayores de 1 año:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glasgow inicial < 14; - Glasgow 14 mantenido. - Déficit neurológico. - Convulsiones. - Fractura deprimida. - Signos de fractura de base de cráneo. - Heridas penetrantes. - CONSIDERAR TAC SI: <ul style="list-style-type: none"> - Hº de pérdida de conciencia. - Vómitos repetidos. - Cefalea mantenida. - Irritabilidad. - Mecanismo de producción muy violento.
Población	Pacientes atendidos por TCE y con criterios de TAC en el Servicio de Urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%
Comentarios	

50





PATOLOGÍAS
TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA

31. Demora en la realización de TAC craneal después de la 1ª valoración en pacientes con TCE

Dimensión	Accesibilidad. Riesgo.
Justificación	La demora en el diagnóstico de lesiones intracraneales quirúrgicas puede contribuir al empeoramiento del pronóstico y aumentar la morbilidad. Por tanto, está indicada la realización de TAC craneal urgente siempre que se sospechen lesiones de este tipo en una 1ª valoración.
Fórmula	Nº de pacientes con TCE tributarios de TAC y realización del mismo, antes de 2 horas de la admisión a urgencias. ----- X 100 Nº de pacientes con TCE tributarios de TAC en una 1ª valoración.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • TCE tributario de TAC en una 1ª valoración: <ul style="list-style-type: none"> - Glasgow inicial inferior a 14. - Glasgow 15 con fractura de cráneo o déficit neurológico u otorrea o otorrea o deterioro progresivo o coagulopatía.
Población	Todos los pacientes con TCE tributarios de TAC en 1ª valoración durante el periodo estudiado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	Próximo al 100 %.
Comentarios	Indicador sólo aplicable a hospitales con TAC. Este indicador sólo contempla la indicación a partir de la valoración inicial aunque en el curso de la estancia en urgencias y en valoraciones posteriores no iniciales, el enfermo puede presentar situaciones que requieran la realización de un TAC. Ref.: Recomendaciones en la valoración y tratamiento inicial del TCE, Grupo de Trabajo del TCE en Cataluña. Ref.: Filtro auditor de calidad asistencial del Committee on trauma de l'American College of Surgeons y de la Joint Commission.

51

PATOLOGÍAS
TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA

32. Demora en el traslado de pacientes con hematoma epidural o subdural al centro neuroquirúrgico

Dimensión	Accesibilidad. Adecuación.
Justificación	La craneotomía precoz en lesiones intracraneales quirúrgicas mejora el pronóstico y disminuye la morbilidad. En aquellos hospitales que no disponen de neurocirugía es necesario un traslado inmediato del paciente.
Fórmula	Nº de pacientes con hematoma epidural o subdural con inicio del traslado antes de 1 hora del ingreso. ----- X 100 Nº de traslados por el mismo motivo.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio del traslado. Se considera que se inicia el traslado a partir del momento en que se hace el contacto, con el centro receptor. • Hematoma epidural o subdural. Quedan excluidos <ul style="list-style-type: none"> - Los casos no quirúrgicos por su tamaño o características del paciente. - Pacientes tributarios de cualquier otro tratamiento quirúrgico urgente en el centro de origen.
Población	Pacientes trasladados, con hematoma epidural o subdural tributario de tratamiento quirúrgico, durante el periodo estudiado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	Próximo al 100%.
Comentarios	Sólo aplicable a hospitales sin neurocirugía y con TAC. Ref.: Adaptado del filtro auditor de calidad asistencial del Committee on trauma de l'American College of Surgeons

52

33. Demora craneotomía en pacientes con hematoma epidural o subdural

Dimensión	Efectividad. Accesibilidad.
Justificación	La craneotomía precoz en lesiones intracraneales quirúrgicas mejora el pronóstico y disminuye la morbilidad.
Fórmula	Nº de pacientes con hematoma epidural o subdural y craneotomía efectuada antes de 4 horas. ----- x 100 Nº de pacientes con craneotomías efectuadas en hematomas epi o subdurales.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> 4 horas: Intervalo de tiempos desde el accidente hasta el inicio de la craneotomía.
Población	Pacientes con diagnóstico de hematoma epidural o subdural y craneotomía efectuada durante el período estudiado.
Tipo	Criterio de exclusión: Las craneotomías r. realizadas por monitorización de la presión intracraneal. Proceso.
Fuente de datos	No establecido.
Estándar	Solo aplicable a hospitales con neurocirugía. Ref: Filtro auditor de calidad asistencial del Committee on trauma de l'American College of Surgeons.

53

34. Radiología cervical en traumatismos cervicales

Dimensión	Efectividad. Riesgo.
Justificación	La radiología (Rx) de columna cervical es necesaria en pacientes con traumatismo cervical y/o inconscientes con la finalidad de descartar lesión ósea cervical. La evaluación radiológica es fundamental para diagnosticar y no agravar lesiones existentes. Es frecuente que esta radiología no permita visualizar la 7ª vértebra cervical (C7) y que lesiones a este nivel no puedan visualizarse.
Fórmula	Nº de pacientes con trauma cervical con Rx de columna que permite visualizar C7. ----- x 100 Nº de pacientes con trauma de columna cervical con Rx de columna.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Trauma cervical: Incluye el traumatismo de columna cervical aislada o en el contexto de un politraumatismo.
Población	Pacientes con traumatismo cervical o politraumáticos atendidos en el servicio de urgencias en el período estudiado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica. Observación directa (de las Rx).
Estándar	100 %.
Comentarios	En los pacientes que presentan clínica de padecimiento medular, se hace RMN o TAC, que ya visualiza C7.

54





PATOLOGÍAS
TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA

35. Control y supervisión en pacientes politraumáticos

Dimensión	Continuidad. Riesgo.
Justificación	El control y supervisión continuado después de padecer un traumatismo es fundamental para evitar morbilidad y mortalidad debida a deterioro clínico intrahospitalario y por detectar lesiones inicialmente desapercibidas.
Fórmula	Nº de pacientes ingresados con politraumatismo y con registros adecuados. ----- x 100 Nº de pacientes ingresados con politraumatismo.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Control y supervisión: registro en el ingreso en urgencias y como mínimo cada hora durante las 3 primeras horas (hasta el ingreso) de: <ul style="list-style-type: none"> - Tensión arterial sistólica (TAS). - Frecuencia cardíaca (FC). - Frecuencia respiratoria (FR). - Escala de Glasgow documentada. Todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias por un politraumatismo, durante el periodo estudiado.
Población	Todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias por un politraumatismo, durante el periodo estudiado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	Ref: Filtro auditor de calidad, asistencial del Committee on trauma de l'American College of Surgeons y de la Joint Commission. Manual de acreditación de hospitales Joint Commission.

55

PATOLOGÍAS
TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA

36. Demora en el tratamiento de lesiones medulares

Dimensión	Efectividad. Riesgo.
Justificación	El tratamiento antes de las 8 horas con metil-prednisolona, mejora el pronóstico de los pacientes con lesiones medulares.
Fórmula	Nº de pacientes con lesión medular atendidos antes de las 8 horas del traumatismo y tratados con metil-prednisolona. ----- x 100 Nº de pacientes con lesión medular atendidos antes de 8 horas.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Lesión medular: alteración sensitiva y / o motora después de padecer un traumatismo vertebral, con fractura o sin, producida por lesión a nivel de la médula espinal. Pacientes con lesión medular atendidos en el servicio de urgencias en el periodo estudiado.
Población	Pacientes con lesión medular atendidos en el servicio de urgencias en el periodo estudiado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100 %.
Comentarios	Ref: NASCIS III. N. Eng. J. Med, 1996; 334 (8): 514-520.

56

37. Tratamiento de heridas no complicadas

Dimensión	Adecuación.
Justificación	Las heridas no complicadas son atendidas en urgencias de pediatría por diferentes colectivos, según la tradición del hospital. Las técnicas de reparación de heridas están contempladas en el plan de formación del pediatra de urgencias, elaborado por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Se incluyen la reparación quirúrgica, mediante sutura, el uso de grapas, pegamento biológico y aproximadores. Es preferible que el propio equipo de urgencias de pediatría, pediatras y/o enfermería, sea capaz de atender esta patología.
Fórmula	Nº de pacientes con una herida no complicada atendida por el equipo de Urgencias pediátricas. X100 ----- Nº de pacientes que consultan con una herida no complicada.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Herida no complicada: herida que afecta al plano cutáneo, no anfractuosa, sin pérdida de sustancia y cuya localización no afecta a la función de algún órgano.
Población	Todos los pacientes que consulten por herida no complicada.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	90 %.
Comentarios	La aplicación de este indicador está condicionado por la dotación de personal e infraestructura del lugar de la asistencia (por ejemplo, presencia de cirujano plástico)

57

38. Demora en la práctica de la ecografía abdominal o de la punción lavado peritoneal en traumatismos abdominales

Dimensión	Riesgo. Efectividad.
Justificación	La realización precoz de una ecografía abdominal o de una punción lavado peritoneal (PRP) en pacientes con traumatismo abdominal e hipotensión, permitirá descartar la presencia de hemoperitoneo y la necesidad de intervención quirúrgica urgente.
Fórmula	Nº de pacientes con trauma abdominal con hipotensión y ecografía o PRP antes de 60 minutos del ingreso. ----- X 100 Nº de pacientes con trauma abdominal e hipotensión.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Hipotensión en pediatría: valores inferiores a la fórmula $70 + (2 \times \text{edad en años})$.
Población	Pacientes con trauma abdominal y TAS inferior a 90 mmHg durante el periodo estudiado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	Se debe tener en cuenta que actualmente según la literatura médica la mejor prueba para descartar la lesión interna es la ecografía, que por tanto será utilizada con preferencia a la PRP cuando se disponga del ecógrafo.

58





ACTIVIDADES
CLASIFICACIÓN (TRIAGE) (AP)

39. Existencia de una sistemática de clasificación o TRIAGE de pacientes

Dimensión	Riesgo. Eficiencia.
Justificación	La clasificación de los pacientes al llegar al servicio de urgencias permite la priorización de la actividad asistencial al tiempo que permite detectar el riesgo de los pacientes a un rápido deterioramiento clínico.
Fórmula	Existencia de la sistemática (S/ NO).
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación o selección: permite efectuar una evaluación inicial de los pacientes y priorizar la asistencia. • Sistemática de clasificación: protocolo escrito que especifica la forma en que se deben clasificar los pacientes. Debe contemplar el tiempo máximo de clasificación, el lugar donde se debe efectuar la persona encargada, los niveles de priorización establecidos mediante algoritmos y la actitud a seguir según el nivel de priorización.
Población	Censo de protocolos de urgencias.
Tipo	Estructura.
Fuente de datos	Listado de protocolos.
Estándar	SI.
Comentarios	En el momento actual no hay ninguna escala recomendada por la "Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias" (SEMES) ni por la Societat Catalana de Medicina d'Urgències (SCMU) ni otras instituciones de nuestro ámbito geográfico. El equipo de trabajo sugiere la utilización de una de las escalas aceptadas internacionalmente. Hay dos escalas aceptadas internacionalmente para la clasificación de pacientes: "L'Echelle Canadienne de triage & gravité pour les départements d'urgence" y "The National Triage Scale" (Australia). En pediatría es de interés la publicada en Canadian Journal of Emergency Medicine 2001;3 (número 0 4 suplemento)

La cuantificación de este indicador está condicionada a la existencia de un sistema de codificación de los motivos de consulta.

59

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA

40. Tiempo de respuesta de consultores

Dimensión	Continuidad. Accesibilidad.
Justificación	La rapidez con la que los consultores visitan al paciente una vez avisados tiene repercusión en la dinámica del servicio, tiempo de espera, ubicación del paciente, su seguridad y su satisfacción.
Fórmula	Nº de consultas atendidas con un tiempo de respuesta superior a 30 minutos. ----- x 100 ----- Nº de consultas pedidas.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta: <ul style="list-style-type: none"> - La realizada a los facultativos del cuadro de guardia, tanto de presencia como localizable. - La realizada en los servicios de referencia durante la jornada laboral. • 30 minutos: intervalo de tiempo entre la emisión del aviso ya sea por busca o por contacto directo telefónico y el inicio de la visita por parte del consultor • Inicio de la visita: cuando se inicia la anamnesis y/o exploración del paciente o bien cuando se indica a distancia la pauta a seguir (si se acuerda que no es necesaria su presencia inmediata).
Población	Pacientes que acuden a urgencias y que necesitan consulta en el mismo proceso asistencial.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	Inferior al 5%.
Comentarios	<p>Ref.: Compendium of Clinical Indicators. University Hospital Consortium, Illinois 1990</p> <p>Ref.: Legislación sobre acreditación de urgencias, Orden 10/7/91. DOG 1477 de 7 de agosto de 1991. La forma de medida recomendada por este indicador, es el corte de prevalencia.</p>

60

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA

42. Constancia del estado vacunal antitetánico (VAT)

Dimensión	Eficacia. Riesgo.
Justificación	Conocer la situación vacunal del paciente comportará tomar las medidas oportunas.
Fórmula	Nº de altas con diagnóstico de herida con referencia a la VAT en los antecedentes personales. ----- x 100 Nº de altas con diagnóstico de herida.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Herida: incluye las heridas de mucosas (ej. Cómea). • Referencia: constancia escrita de sí está o no correctamente vacunado del tétanos.
Población	Pacientes diagnosticados de herida durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	

62

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (AP)

41. Peticiones de radiología

Dimensión	Eficiencia. Riesgo.
Justificación	La petición de radiografías innecesarias puede comportar iatrogenia, demoras, encarecimiento y empeoramiento de la calidad asistencial.
Fórmula	Nº de pacientes dados de alta en domicilio con realización de exploración radiológica. ----- x 100 Nº de pacientes dados de alta en domicilio.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración radiológica: realización de cualquier exploración mediante aparatos de radiodiagnóstico, independientemente del número de placas.
Población	Pacientes visitados en urgencias, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	30 %.
Comentarios	El resultado del indicador se verá afectado por las características del hospital y la frecuencia de urgencias.

61





ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (AP)

43. Hemocultivos contaminados

Dimensión	Efectividad.
Justificación	La obtención de muestras sanguíneas por la práctica de hemocultivo debe seguir un procedimiento riguroso, para evitar la contaminación de las muestras.
Fórmula	Nº de hemocultivos contaminados. ----- x 100 Nº total de hemocultivos.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Hemocultivo contaminado: informado como tal por microbiología.
Población	Pacientes de cualquier edad atendidos en urgencias a los que se les ha practicado hemocultivo, durante el período revisado.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	Inferior al 5%.
Comentarios	La cifra se incrementa claramente cuando se evalúan hemocultivos de pacientes por debajo del año ya que la extracción es mucho más compleja.

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA

44. Correlación diagnóstica entre urgencias y alta hospitalaria

Dimensión	Efectividad.
Justificación	Un error en el diagnóstico puede comportar consecuencias graves para el enfermo, siendo necesario que el diagnóstico en el alta de urgencias sea lo más preciso posible.
Fórmula	Nº de pacientes con un mismo diagnóstico en el ingreso y en el alta de hospitalización. ----- x 100 Nº de pacientes ingresados por urgencias.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico en el ingreso: diagnóstico inicial hecho en urgencias y motivo por el cual se ingresó al paciente. Diagnóstico en el alta: diagnósticos definitivos del motivo que comportó la consulta en urgencias, excluyendo complicaciones posteriores.
Población	Pacientes ingresados a través de urgencias durante el período estudiado.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	No establecido.
Comentarios	Se debe tener en cuenta que este indicador no valora la correlación diagnóstica de los pacientes dados de alta en domicilio desde urgencias. Es un indicador difícil de medir, que comporta la aplicación de criterios implícitos en algunas ocasiones. Inicialmente la concordancia se mide a partir de la coincidencia de los 3 primeros dígitos de la clasificación ICD-9-CM. Los que no coincidan, se deben revisar manualmente aplicando criterios implícitos.

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (AP)

45. Readmisiones a las 72 horas

Dimensión	Efectividad. Riesgo.
Justificación	Posibilidad de detectar los pacientes en los que no se ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado complicaciones.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes readmitidos en un intervalo de 72 horas desde el alta de urgencias}}{\text{Nº de pacientes atendidos en urgencias}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Readmisión: paciente que vuelve a urgencias por cualquier motivo, y ha sido atendido previamente en un intervalo de 72 horas.
Población	Pacientes atendidos en urgencias durante el periodo revisado.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	Inferior al 7 %.
Comentarios	Al incluir todas las readmisiones (citaciones, consultas por otros motivos, etc.) el indicador se debe utilizar como señal de alarma, sin que el incumplimiento indique una mala praxis en todos los casos. Resultados superiores al estándar deben servir para revisar las causas de los retornos.

65

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (AP)

46. Readmisión con ingreso

Dimensión	Efectividad. Riesgo.
Justificación	El ingreso de pacientes readmitidos en urgencias es un suceso frecuente debido a la evolución de la enfermedad o a la aparición de complicaciones. Pero en ocasiones puede deberse a no haber realizado una valoración y/o tratamiento adecuados.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de readmisiones ingresadas}}{\text{Nº de readmisiones}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Readmisión: paciente que vuelve a urgencias por cualquier motivo, y ha sido atendido previamente en un intervalo de 72 horas. • Readmisión ingresada: Paciente readmitido en urgencias que requiere ingreso. Incluye también las derivaciones de ingreso a otros centros.
Población	Pacientes readmitidos a urgencias, durante el periodo revisado.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	15 %.
Comentarios	El indicador no detecta a los pacientes que acuden a otro centro. Ref.: Estudi any 1997, Servei d'urgències Hospital General de Vic. Ref.: Anàlisis de los pacientes readmitidos con ingreso como indicador de calidad asistencial en un servicio de urgencias pediátricas. M.Guardia et al. Emergencias 2003;15:351-356

66





ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

47. Demora en la primera asistencia facultativa

Dimensión	Eficiencia.
Justificación	Uno de los aspectos clave de la calidad de la asistencia urgente; tanto desde el punto de vista clínico como el de la calidad percibida por los usuarios, es la rapidez con la que un médico atiende y evalúa al paciente cuando éste acude por un problema que considera urgente.
Fórmula	$\frac{\text{Número de paciente valorados antes de 30 minutos}}{\text{Número total de pacientes atendidos}} \times 100$
Explicación de los términos	
Población	Criterios de exclusión: se excluyen aquellos casos en los que la consulta sea anulada o interrumpida, y aquellos en los que el usuario desista de consultar y se ausente. Igualmente se excluyen aquellos casos en los que no exista un registro horario.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	80 %
Comentarios	

67

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

48. Tasa de hospitalización global

Dimensión	Eficiencia.
Justificación	La capacidad de un servicio de urgencias pediátrico de resolver los problemas, utilizando eficientemente todos los recursos hospitalarios, se refleja de forma muy clara en su tasa de hospitalización global.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes que consultan y son hospitalizados}}{\text{Nº total de pacientes que consultan en urgencias}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización: estancia en el hospital mayor de 24 horas.
Población	Todos los pacientes que consultan en urgencias.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	Inferior al 5%.
Comentarios	No se consideran hospitalizaciones, las estancias de menos de 24 horas en la observación de urgencias o unidades de estancia corta.

68

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA

49. Evaluación de la mortalidad

Dimensión	Adecuación.
Justificación	Es necesaria la evaluación de la mortalidad en todos los pacientes que han sido atendidos en el servicio de urgencias, con la finalidad de detectar la mortalidad evitable.
Fórmula	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de exitus producidos}}{\text{N}^{\circ} \text{ de exitus evaluados}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la mortalidad: revisión sistemática del proceso asistencial que ha tenido lugar en el servicio de urgencias.
Población	Todos los exitus producidos en urgencias durante el periodo estudiado. Criterio de exclusión: pacientes que ingresan cadáver.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Registro de mortalidad del Hospital.
Estándar	100%.
Comentarios	Ref.: Filtro auditor de calidad asistencial del Committee on Trauma American College of Surgeons.

69

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (AP)

50. Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias

Dimensión	Riesgo.
Justificación	La tasa de mortalidad mide indirectamente la capacidad y eficacia del servicio a la hora de resolver con rapidez, aquellos casos críticos, ya sea en el propio servicio de urgencias o derivando al paciente al centro de referencia.
Fórmula	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes atendidos que son exitus}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes atendidos al servicio de urgencias}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Exitus: se excluyen los ingresados cadáveres.
Población	Todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias, excluidos los que ingresan cadáveres.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	No hay datos pediátricos.
Comentarios	Datos de prevalencia de estudios de mortalidad hospitalaria.

70





ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

51. Determinación de constantes básicas

Dimensión	Efectividad.
Justificación	El peso y la temperatura forman parte de las determinaciones básicas que deben registrarse a todo paciente que acude a urgencias.
Fórmula	Nº de pacientes atendidos en urgencias que tienen registrado peso y temperatura. ----- x 100 ----- Nº de pacientes atendidos en urgencias.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Peso</u>: determinado en gramos o Kilogramos. • <u>Temperatura</u>: determinada en grados centígrados.
Población	Pacientes atendidos en urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	80%.
Comentarios	El estándar no se considera del 100 % ya que existe un porcentaje de paciente en los que su motivo de consulta no hace imprescindible la determinación de estas constantes (ej. Traumatismos extremidades, problemas oculares u ORL menores, etc)

71

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

52. Utilización de sedoanalgesia en procedimientos

Dimensión	Adecuación.
Justificación	El manejo del dolor y la ansiedad asociado a los procedimientos que se realizan en el Servicio de Urgencias, han de ser contemplados como una parte de la estrategia integral de atención a los pacientes.
Fórmula	Nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, en la que ésta se llevo a cabo ----- x 100 ----- Nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • SEDACIÓN / ANALGESIA: " Estado que permite a los pacientes tolerar procedimientos que generan gran dolor o ansiedad, mientras se mantiene la capacidad de respuesta a estímulos táctiles o verbales. Los pacientes que solo responden con respuestas de retirada a estímulos dolorosos, están sedados en mayor grado de lo que incluye la sedación / analgesia. American Society of Anesthesiologist. • PROCEDIMIENTOS SUBSIDIARIOS de Sedoanalgesia: <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de catéteres centrales. - Sutura de heridas importantes. - Reducción de dislocaciones y fracturas. - Desbridamiento de quemaduras. - Drenaje de abscesos. - Determinados exámenes ginecológicos. - Toracocentesis. - En general, procedimientos que no son particularmente dolorosos, pero que requieren que el niño no se mueva.
Población	Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias subsidiarios de utilizar sedoanalgesia durante el período revisado.
Tipo	Pruebas.
Fuente de datos	Documentación Clínica.

72

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

Utilización de sedoanalgesia en procedimientos (continuación)

Estándar	90%.
Comentarios	<p>En todos los casos el procedimiento se llevará a cabo siguiendo las guías publicadas por la Academia Americana de Pediatría, la Sociedad Americana de Anestesiología y El Colegio Americano de Médicos de Emergencias.</p> <p>Ref.: Committee on Drugs. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures. Pediatrics 1992;89: 1110-1115.</p> <p>Ref.: Practice Guidelines for Sedation and Analgesia by non-Anesthesiologists: a report by The American Society of Anesthesiologist Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Anesthesiology 1996; 84:459-471.</p> <p>Ref.: American College of Emergency Medicine. Clinical Policy for Procedural Sedation and Analgesia in the Emergency Department. Ann Emerg Med 1998; 31:663 - 677</p>

73

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

53. Utilización de anestesia tópica en procedimientos dolorosos

Dimensión	Adecuación.
Justificación	El manejo del dolor y la ansiedad asociado a los procedimientos que se realizan en el Servicio de Urgencias, ha de ser contemplado como una parte de la estrategia integral de atención a los pacientes.
Fórmula	<p>Nº de pacientes sometidos a procedimientos Con utilización de anestesia tópica ----- x 100 Nº de pacientes sometidos a procedimientos Subsidiarios de utilizar anestesia tópica.</p>
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Anestesia tópica: administración local de sustancias farmacológicas para evitar el dolor. Se consideran procedimientos subsidiarios de utilizar anestesia tópica los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Artrocentesis; - Punción lumbar; - Acceso arterial; - Cateterización uretral; - Heridas menores; - Colocación de tubo nasogástrico.
Población	Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias subsidiarios de utilizar anestesia tópica durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100 %.
Comentarios	

74





ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

54. Hospitalización de pacientes con laringitis

Dimensión	Adecuación.
Justificación	En todos los Servicios de Urgencia se deben evitar las hospitalizaciones innecesarias. La laringitis es una patología con gran prevalencia y el análisis de las hospitalizaciones por este proceso, permitirá evaluar el seguimiento del protocolo de tratamiento y la adecuación de dichos ingresos.
Fórmula	Nº de pacientes ingresados con laringitis leve ----- x 100
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Laringitis aguda: Cuadro de instauración progresiva, con pródomos de síntomas de vías r espiratorias superiores, seguido por la instauración de estridor inspiratorio, tos perruna y afonía. Para valorar su gravedad puede utilizarse cualquier escala validada en la literatura. Clínicamente se considera leve si hay ausencia de estridor en reposo y de signos y síntomas de dificultad respiratoria.
Población	Pacientes atendidos por laringitis en Urgencias durante el periodo revisado. Criterio de exclusión: laringitis agudas moderadas o graves.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	< 1%
Comentarios	

75

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

55. Evacuación gástrica en intoxicaciones

Dimensión	Eficacia.
Justificación	La evacuación gástrica es una técnica utilizada en los casos de intoxicación en la infancia, de dudosa eficacia una vez transcurrida las dos primeras horas desde la ingesta del tóxico. Su uso una vez transcurrido este tiempo, además de poder provocar las complicaciones habituales de estas técnicas, lavado gástrico o eméticos, puede retardar el empleo de medidas más eficaces, como la administración de carbón activado o antiácidos.
Fórmula	Nº de pacientes de riesgo en los que se realiza una evacuación gástrica. ----- x 100 Nº de pacientes de riesgo.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Paciente de riesgo: paciente con sospecha de ingesta de tóxico que consulta después de 2 horas del contacto con el tóxico. Sospecha de ingesta de tóxico: posibilidad de que un niño haya tomado una sustancia potencialmente tóxica, aunque no tengamos la certeza de ello e ignoremos la cantidad ingerida. Evacuación gástrica: técnica destinada a disminuir la absorción del tóxico.
Población	Todos los pacientes con sospecha de ingesta de un tóxico que consultan más allá de las dos primeras horas. Se excluyen las sustancias muy tóxicas y aquellas que provocan un entumecimiento del vaciado gástrico.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	0.
Comentarios	Es preciso recordar que además del tiempo de demora en consultar por la supuesta ingesta de un tóxico, está contraindicada la evacuación gástrica en las sospechas de ingesta de cáusticos e hidrocarburos.

76

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

56. Tratamiento de la crisis asmática con dispositivo MDI y cámara espaciadora

Dimensión	Adecuación.
Justificación	Durante la última década se han acumulado evidencias que confirman, que la administración de broncodilatadores para el tratamiento de la crisis asmática (de leve a moderada-severa) mediante dispositivos MDI y espaciadores es, como mínimo, tan eficaz como su administración mediante nebulizadores. Estas evidencias se han incorporado a los Consensos Internacionales sobre el tratamiento del asma.
Fórmula	Nº de pacientes con crisis asmática tratados con MDI y espaciadores. ----- x 100 Nº de pacientes con crisis asmática tratados en urgencias.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalador de dosis controlada (su sigla en inglés es MDI). Inhalador de dosis medida en cartucho presurizado con gas propelerante. • Crisis asmática: síntomas respiratorios atribuidos a broncoespasmo sin tener en cuenta el posible desencadenante, la edad ni la existencia o no de episodios previos.
Población	Pacientes asmáticos tratados en el Servicio de Urgencias.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	Superior al 50%.

77

ACTIVIDADES
ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

Tratamiento de la crisis asmática con dispositivo MDI y cámara espaciadora (continuación)

Comentarios	<p>Se comprende que la utilización de dispositivos MDI + espaciador presenta problemas logísticos como: disponer de un nº importante de cámaras; desinfección de las mismas; educación sanitaria etc.</p> <p>Ref.: Boulet LP, Becker A, Berube D, Beveridge R, Ernst P. Canadian Asthma Consensus Report, 1999. Canadian Asthma Consensus Group. CMAJ 1999 Nov 30;161(11 Suppl):S1-61.</p> <p>Ref.: http://www.ahrq.gov/qual/impasthma/asthmaighd.htm. National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 2: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma.</p> <p>Ref.: Cates CJ, Rowe BH. Holding chambers versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2000; latest version Sep 28 1999.</p>
--------------------	---

78





ACTIVIDADES PREVENTIVAS - IDENTIFICACIÓN SITUACIONES DE RIESGO

57. Profilaxis quirúrgica antibiótica (PQA)

Dimensión	Riesgo.
Justificación	La administración de antibióticos durante la inducción anestésica (o en un máximo de 2 horas previas a la incisión) en la población de riesgo, contribuye juntamente con otros factores a disminuir la infección postoperatoria (herida, cavidad peritoneal o infecciones sistémicas).
Fórmula	Nº de IQ con PQA correctamente realizada. ----- x 100 Nº de IQ con indicación de PQA.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> IQ: Intervención Quirúrgica. PQA correcta: es la que sigue los términos del protocolo aprobado en cada centro, en cuanto a tipos de antibiótico, número de dosis y momento de la administración. Indicación de PQA: Todas las intervenciones tributarias de profilaxis, según el protocolo de cada centro, o en su defecto toda la cirugía limpia-contaminada y la limpia con colocación de prótesis.
Población	Todas las intervenciones quirúrgicas de urgencias, con indicación de profilaxis antibiótica, realizadas durante el periodo revisado.
Tipo	Procesos.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	Se debe tener en cuenta que la PQA es sólo uno de los factores que contribuye al control de la infección quirúrgica.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS - IDENTIFICACIÓN SITUACIONES DE RIESGO

58. Aplicación de medidas de prevención en pacientes de riesgo infecto-contagioso respiratorio

Dimensión	Riesgo.
Justificación	Valora la correcta aplicación del protocolo establecido. La aplicación de medidas de aislamiento permiten reducir la posibilidad de contagio, tanto del propio personal como de los otros pacientes, en caso de sospecha o confirmación de determinadas patologías infecciosas (TBC, meningitis, varicela).
Fórmula	Nº de pacientes con sospecha de TBC, meningitis o varicela y aplicación de medidas preventivas en urgencias. ----- x 100 Nº de pacientes atendidos en urgencias con sospecha de TBC, meningitis o varicela.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Medidas Preventivas: las especificadas en el protocolo de cada centro. Si no se dispone de protocolo, lo prioritario son las medidas de aislamiento respiratorio.
Población	Pacientes visitados en urgencias con la sospecha o la certeza de TBC, meningitis o varicela (con ingreso posterior o no).
Tipo	Procesos.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	

ACTIVIDADES
PREVENTIVAS - IDENTIFICACIÓN SITUACIONES DE RIESGO

59. Caídas de pacientes

Dimensión	Riesgo.
Justificación	Se debe vigilar, porque los pacientes mientras están en urgencias no presentan ningún accidente, y se planifiquen las medidas de prevención necesarias para evitar los riesgos que se derivan.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con caídas}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos a urgencias}} \times 1.000$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Caída: cualquier caída producida con cualquier área de urgencias o de la su dependencia (Ex.: Rx, sales de espera etc).
Población	Pacientes atendidos en urgencias durante el período revisado.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Registro de caídas de declaración voluntaria.
Estándar	0%. Se mide sobre 1.000 pacientes.
Comentarios	Se debe recordar la necesidad que los hospitales fomenten y faciliten la declaración voluntaria de caídas

81

ACTIVIDADES
PREVENTIVAS - IDENTIFICACIÓN SITUACIONES DE RIESGO

60. Seguimiento de las contenciones

Dimensión	Riesgo.
Justificación	Las contenciones realizadas en el servicio de urgencias delante de determinadas patologías psiquiátricas, son ineludibles, pero por evitar la prolongación innecesaria de una contención, que puede perjudicar al enfermo, se debe hacer una valoración periódica del estado del enfermo para determinar si está indicado continuar con la contención.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contenciones de más de 4h. que son revaloradas periódicamente.}}{\text{N}^\circ \text{ de contenciones de duración superior a 4h.}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Revaloración periódica: valoración del enfermo cada 4 horas. Contención: utilización de medidas físicas o mecánicas para restringir el movimiento de todo el cuerpo del paciente o de una parte, como medida de protección para sí mismo o otras personas.
Población	Todos los pacientes a quienes se hayan aplicado medidas de contención.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%
Comentarios	

82





ACTIVIDADES
INFORMACIÓN - (PACIENTES Y FAMILIARES)

61. Información a los pacientes

Dimensión	Satisfacción del paciente y familiares.
Justificación	El derecho a la información está reconocido en la ley de Sanidad, siendo por tanto un imperativo legal. La información sobre el proceso asistencial da la autonomía necesaria al paciente para participar de las decisiones que le afectan. El hecho que el paciente no sea informado de su proceso asistencial (diagnóstico, tratamiento o seguimiento) es una circunstancia inadmisible.
Fórmula	Nº de pacientes informados. ----- x 100 Nº de pacientes dados de alta de urgencias.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente informado: pacientes que responden "sí" a las preguntas de la encuesta de satisfacción referidos a la información. • Si la encuesta tiene más de una pregunta referida a la información, se considerará informado cuando la respuesta sea "sí" a todas. • Cuando las preguntas de la encuesta tienen una escala de medida ordinal, se acepta como "sí" el conjunto de respuestas positivas.
Población	Pacientes atendidos en urgencias y dados de alta en el periodo revisado. Criterios de exclusión: pacientes ingresados o derivados a otro centro.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Encuesta de satisfacción.
Estándar	Superior al 90 %.
Comentarios	Es recomendable la existencia de una normativa de servicio referente a la información y la disponibilidad de folletos informativos. Ref.: Encuesta de satisfacción d'urgències 1996-97. Societat Catalana de Medicina d'Urgències

83

ACTIVIDADES
INFORMACIÓN - (PACIENTES Y FAMILIARES)

62. Reclamaciones por desinformación

Dimensión	Satisfacción.
Justificación	Además del derecho a la información reconocido en la ley de sanidad y ser por tanto un imperativo legal, la información sobre el proceso asistencial da la autonomía necesaria al paciente para participar de las decisiones que le afectan.
Fórmula	Nº de reclamaciones por falta de información. ----- x 1000 Nº de personas atendidas desde urgencias.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Reclamaciones: verbales o por escrito, dirigidas a la Unidad de Atención al Cliente, referidos a la falta de cualquier tipo de información a pacientes y/o tutores de pacientes atendidos en urgencias, así como a sus familiares. • Criterio de inclusión: quedan incluidas las reclamaciones de los pacientes no atendidos y etiquetados de "Fugas".
Población	Pacientes que vienen a urgencias y dados de alta en el periodo revisado.
Tipo	Unidad de atención al cliente. Registro de reclamaciones del servicio.
Fuente de datos	Resultado.
Estándar	0,1 / 1000 urgencias.
Comentarios	Ref.: Análisis de las reclamaciones en un Servicio de Urgencias Hospitalarias. Villalón Guerrero ML et al. Emergencias 1999, 11 (S1): 211.

84

ACTIVIDADES
INFORMACIÓN - (PACIENTES Y FAMILIARES) (IPE)

63. Consentimiento informado

Dimensión	Satisfacción.
Justificación	La información sobre el proceso asistencial, a través de Documento de Consentimiento Informado (DCI), además de ser un requisito legal, constituye un elemento de participación de los pacientes / padr es en las decisiones relacionadas con su proceso, y fomenta la autonomía. Se entiende por consentimiento informado , la acepción libre por parte de un paciente (padr es o tutores) de un acto diagnóstico o terapéutico después de haber sido adecuadamente informado al respecto. Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente. Queda constancia de que se ha producido el consentimiento informado mediante la firma de un DCI, que conlleva el deber previo de informar correctamente.
Fórmula	Nº de pacientes sometidos a procedimientos de riesgo que tienen DCI adecuadamente cumplimentado. ----- x 100 Nº de pacientes sometidos a procedimientos de riesgo.

85

ACTIVIDADES
INFORMACIÓN - (PACIENTES Y FAMILIARES) (IPE)

Consentimiento informado (continuación)

Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuadamente cumplimentado, cuando el documento está firmado y con todos los datos debidamente anotados. • Procedimientos de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos con anestesia general o regional. - Radiología con contraste intravascular, intervencionista o con anestesia - Endoscopia terapéutica - Transfusiones. - Sedoanalgesia. • DCI adecuadamente cumplimentado en el que deben figurar los siguientes apartados, enunciados de forma breve y en lenguaje comprensible: <ul style="list-style-type: none"> a) Datos personales del paciente. b) Nombre y apellidos del médico que informa. c) Nombre del procedimiento que se vaya a realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento, en que consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo. d) Descripción de las consecuencias seguras de la intervención, que deban considerarse relevantes o de importancia. e) Descripción de los riesgos típicos del procedimiento. f) Descripción de los riesgos personalizados. g) A criterio del facultativo puede incluirse la información que haga referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias. h) Declaración del paciente/ padres de haber recibido información acerca de los extremos indicados en los apartados anteriores, así como de alternativas diferentes al procedimiento, con pros y contras, de forma que el paciente/ padres participen, si así lo desean, en la elección de la más adecuada, y que dicha elección tenga en cuenta sus preferencias. i) Manifestación del paciente / padres (tutores) acreditativa de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido información sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de su consentimiento para someterse al procedimiento. j) Fecha y firmas del médico que informa y del paciente. k) Apartado para la revocación del consentimiento, que deberá figurar en el propio documento.
------------------------------------	---

86





ACTIVIDADES
INFORMACIÓN - (PACIENTES Y FAMILIARES) (IPE)

Consentimiento informado (continuación)

Población	Todos los pacientes sometidos a procedimientos de riesgo durante el período revisado. Quedan excluidos los 3 supuestos legales contemplados en la ley. La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) Art. 10.6.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	<ul style="list-style-type: none"> - Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa. Oviedo, 4 de abril de 1997. - Ley General de Sanidad 1986, Artículo 10. - Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información, conciencia, autonomía del paciente, y a la documentación clínica. Generalitat de Cataluña. - Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Xunta de Galicia

ACTIVIDADES
INFORMACIÓN (IPE)

64. Encuesta de satisfacción del usuario

Dimensión	Eficacia. Eficiencia.
Justificación	Aunque la satisfacción del usuario puede no estar asociada a la calidad técnica si lo está a la llamada calidad percibida que es de vital importancia ya que permite conocer aquellos aspectos mejorables y en consecuencia incrementar la calidad asistencial.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes satisfechos.}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos.}} \times 100$
Explicación de los términos	Se define como satisfacción del paciente aquella situación en la que se consigue igualar o superar sus expectativas con relación a su cuidado y tratamiento.
Población	Muestra de pacientes visitados en el servicio de urgencias.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Encuestas de satisfacción.
Estándar	En una escala de valoración de 1 a 10 (1=peor; 10=mejor) debe obtenerse un valor promedio de 8.
Comentarios	<p>Las encuestas deben incluir información sobre e los principales elementos que constituyen el circuito asistencial tanto estructural como la actuación de los diversos estamentos (administrativos, sanitarios.) que participan en el mismo.</p> <p>La encuesta puede utilizar cualquiera de los diversos métodos descritos en la literatura (vía telefónica, correo ordinario, encuesta "in situ")</p> <p>Debe realizarse como mínimo una vez al año.</p> <p>A. Trout, R Magnusson, J Hedges, Patient Satisfaction Investigations and the Emergency Department - Wat Does the Literature Say J. Acad Emerg Med 2000;7:695-709.</p> <p>Sun BC, Adams J, Gray EJ, Rucker DM, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency car e. Ann Emerg Med 2000;35:426-434.</p> <p>A. Domingo, C. Luaces, A. Mañosa, J. J. García, M. Serra, J. Pou. Evaluación de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias pediátricas de un Hospital materno infantil. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:404-408.</p>

ACTIVIDADES
TRASLADOS

65. Adecuación del transporte intrahospitalario

Dimensión	Riesgo.
Justificación	Reducir al máximo los riesgos potenciales del transporte intrahospitalario debidos al deterioro del paciente y/o a mal funcionamiento del propio equipo de traslado (fallo en el suministro de O ₂ , mal funcionamiento de las vías o de las bombas de infusión, desplazamiento de los sondajes).
Fórmula	Nº de traslados con incidencias. ----- x 100 Nº de traslados intrahospitalarios. Hechos desde urgencias.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Traslados intrahospitalarios: todo traslado hecho en litera o cama desde UCIA's. • Incidencias: Deterioro del paciente durante el transporte debido a la propia patología o al error del equipo de traslado.
Población	Todos los traslados internos desde UCIA's en cama o litera, durante el periodo revisado.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Registros clínicos y comunicaciones voluntarias.
Estándar	0%.
Comentarios	Cada centro debe tener un protocolo de traslados

89

ACTIVIDADES
DOCUMENTACIÓN

66. Cumplimentación del informe de asistencia

Dimensión	Continuidad.
Justificación	Mide la calidad de la asistencia ya que es el registro de la información generada durante el acto asistencial que permite la continuidad del proceso y la comunicación entre los diversos profesionales, además de constituir un documento medicolegal de capital importancia.
Fórmula	Nº de informes de asistencia correctos ----- x 100 Nº de informes de asistencia de enfermos dados de alta.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de asistencia correcta debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> - antecedentes patológicos - motivo de consulta - exploración física - orientación diagnóstica - tratamiento instaurado y tratamiento a seguir - hora de entrada y hora de salida - identificación del médico responsable. • Enfermos dados de alta: se consideran los remitidos a domicilio o a otros centros. • Sólo se considerará correcto el indicador cuando el informe cumpla todos los ítems.
Población	Todos los pacientes que son dados de alta de urgencias a domicilio o trasladados a otros centros, durante el periodo revisado.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	Ref.: Legislación sobre acreditación d'urgencias, Orden 10/7/1991. DOG 1477 de 7 d'agost de 1991. Los antecedentes patológicos y el motivo de consulta no están contemplados en la ley, aunque el equipo redactor considera que deben quedar incluidos en el informe de asistencia.

90





ACTIVIDADES
DOCUMENTACIÓN

67. Epicrisis en los éxitus en urgencias

Dimensión	Efectividad.
Justificación	Es importante poder hacer un seguimiento de los éxitus del servicio. La mejor manera es a través del informe de asistencia que resume la evolución de los hechos. Por otro lado, muchos de ellos son judiciales y conviene que queden reflejados el máximo de datos posibles relacionados con la circunstancia.
Fórmula	Nº de éxitus con epicrisis. ----- x 100 ----- Nº de éxitus en urgencias.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Epicrisis: Informe de asistencia final de los pacientes que mueren y que debe incluir <ul style="list-style-type: none"> - exploración física - orientación diagnóstica - tratamiento instaurado - hora de entrada y hora de salida - identificación del médico responsable. • Éxitus: <ul style="list-style-type: none"> - pacientes que mueren durante el proceso asistencial - pacientes que mueren durante las maniobras de RCP, o llegan muertos a urgencias.
Población	Todos los éxitus de urgencias, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación Clínica.
Estándar	100%.

ACTIVIDADES
DOCUMENTACIÓN

Epicrisis en los éxitus en urgencias (continuación)

Comentarios

Ref.: Legislació sobre acreditació d'urgències. Ordre 10/7/1991. DOG 1477 de 7 d'agost de 1991. Seria recomendable seguir la Normativa Utstein elaborada por el Grupo ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation).

a) Cummings RO et al. Utstein Style Writing Group: Recommended Guidelines for Reviewing, Reporting, and Conducting Research on In-Hospital Resuscitation: The In-Hospital "Utstein Style". Ann Emerg Med 1997;29:650-679.

b) Zaritsky A, Nadkarni V, Hazinski MF, et al. Recommended Guidelines for Uniform Reporting of pediatric advanced life support. The pediatric Utstein Style. Ann Emerg Med 1995;26:487-503.

Se incluyen las necropsias judiciales y los éxitus que lleguen a urgencias, ya que es donde hay más falta de información y pueden darse más reclamaciones legales.

ACTIVIDADES
DOCUMENTACIÓN (AP)

68. Protocolos de riesgo vital

Dimensión	Adecuación.
Justificación	La buena práctica clínica, se ve favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo a la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados de forma periódica. Los protocolos se deben adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos y su objetivo debe ser homogeneizar la asistencia urgente prestada a cada centro, y servir como herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.
Fórmula	Existencia de los protocolos del listado.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo, debe contemplar como mínimo valoración, diagnóstico, tratamiento, normas de evaluación del personal de enfermería y circuitos asistenciales utilizados. • Protocolos básicos: se considera que todo servicio de urgencias ha de disponer de los protocolos de: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento del TCE. - Atención inicial al politraumatismo - RCP básica y avanzada (tanto de población adulta como pediátrica). - Shock. <p>En el ámbito pediátrico añadir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coma - Insuficiencia respiratoria • Actualización: referido al periodo de vigencia establecido que obliga a la su revisión, si no se ha hecho antes por cambios en la evidencia científica o otros problemas. En general se recomienda un periodo de 3 a 5 años.
Población	Censo de protocolos actualizados del Servicio.
Tipo	Estructura.

93

ACTIVIDADES
DOCUMENTACIÓN (AP)

Protocolos de riesgo vital (continuación)

Fuente de datos	Listado de protocolos.
Estándar	Si o 100 %.
Comentarios	El estándar sólo se considerara conseguido cuando se disponga de los 6 protocolos referidos y con las características de contenido y actualización que se describen en la explicación de términos. Además de estos protocolos básicos, se recomienda protocolizar todas aquellas situaciones clínicas que por la variabilidad en la práctica médica habitual sean aconsejables.

94





ACTIVIDADES
DOCUMENTACIÓN (AP)

69. Existencia de protocolos clínicos

Dimensión	Adecuación. Riesgo.
Justificación	La buena práctica clínica, se ve favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo a la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados de forma periódica. Los protocolos deben adecuarse a las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos y su objetivo debe ser homogeneizar la asistencia urgente prestada al centro, además de ser una herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.
Fórmula	Existencia de protocolos clínicos de las patologías más frecuentes
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos clínicos: la relación de protocolos tiene que incluir como mínimo los correspondientes a las patologías más frecuentes de cada servicio. Esto corresponde a los diagnósticos que de forma conjunta suman el 80 % de la actividad del servicio. • Contenidos mínimos de todo protocolo: métodos diagnósticos, terapéuticos y ayuda a la toma de decisiones que son imprescindibles para un protocolo de urgencias.
Población	Censo de protocolos del servicio.
Tipo	Estructura.
Fuente de datos	Protocolos del servicio de urgencias.
Estándar	Específico de cada centro.
Comentarios	Cada centro debe tener sus propios protocolos o bien adaptar los protocolos hechos por otros centros a las realidades del propio hospital. En pediatría el porcentaje es superior por una mayor variabilidad en los diagnósticos. Además de los protocolos clínicos se recomiendan otros protocolos como el de catástrofes externas.

ACTIVIDADES
DOCUMENTACIÓN

70. Existencia protocolos de detección de situaciones de riesgo social: maltrato infantil

Dimensión	Adecuación. Riesgo.
Justificación	La gran importancia que tiene el personal sanitario en la detección y prevención de estas situaciones. Ello obliga a tener definidas las situaciones de riesgo, los datos de sospecha y las pautas a seguir en estos casos, tanto desde el punto de vista estrictamente médico, como en la forma de colaboración con otros profesionales implicados (juez, for ense, asistencia social, policía etc).
Fórmula	SI/ No.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • MALTRATO FÍSICO: "Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño/a y adolescente o le coloque en grave riesgo de padecerlo". • ABUSO SEXUAL: "Cualquier clase de contacto sexual con un niño/a o adolescente por parte de familiar/ tutor, adulto u otro menor desde posición de poder o autoridad sobre el/la menor". • ABANDONO: " Aquella situación en la que las necesidades básicas de el/la menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún adulto del grupo que convive con el niño. Necesidades básicas como: alimentación, vestido, higiene, educación, cuidados médicos etc."
Población	
Tipo	Estructura.
Fuente de datos	Normativa, libro de protocolos.
Estándar	SI (100 %).
Comentarios	En muchas comunidades autónomas existen protocolos institucionales.

ACTIVIDADES
DOCUMENTACIÓN (AP)

71. Codificación de diagnóstico

Dimensión	Adecuación.
Justificación	La codificación de los diagnósticos en urgencias es un índice de calidad que facilita la gestión de los responsables del servicio, la labor docente y científica de todos los integrantes del mismo y permite un feedback a los profesionales.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de altas con diagnóstico codificado}}{\text{N}^\circ \text{ de altas}} \times 100$
Explicación de los términos	• Codificación: ICD-9 CM.
Población	Todos los pacientes atendidos dados de alta en el servicio de urgencias, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Registro de codificaciones, hoja de informe asistencial.
Estándar	100%.
Comentarios	En pediatría debe utilizarse como referencia la codificación propuesta por el Grupo de Trabajo de Codificación de la SEUP. Versión siempre actualizada en la página de la Sociedad. www.seup.org

97

ACTIVIDADES
DOCUMENTACIÓN (PE)

72. Codificación de motivos de consulta

Dimensión	Adecuación.
Justificación	La codificación de los motivos de consulta es un indicador de calidad que facilita la gestión de los responsables del servicio, el control de la calidad asistencial, la labor docente y la actividad científica.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con motivo de consulta codificado}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos en urgencias}} \times 100$
Explicación de los términos	Motivo de consulta codificado: inclusión en el informe de alta del código de la causa que motiva la consulta.
Población	Todos los pacientes atendidos en urgencias durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	100%.
Comentarios	Debe utilizarse como referencia la codificación propuesta por el Grupo de Trabajo de Codificación de la SEUP. Versión siempre actualizada en la página de la Sociedad. www.seup.org

98





**ACTIVIDADES
DOCENCIA**

73. Sesiones clínicas del servicio de urgencias

Dimensión	Adecuación.
Justificación	El servicio de urgencias (S.U.) debe realizar actividad docente interna sobre temas específicos de la atención urgente, independientemente de otras actividades que cada especialidad realice (a las cuales es conveniente que los médicos de urgencias también asistan).
Fórmula	Numero de horas mensuales.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Se consideran sesiones específicas del S.U. aquellas dedicadas a temas específicos de la atención urgente (revisión, protocolos, temas de organización, etc). Se excluyen las sesiones de cambios de guardia y/o las propias de los servicios especialistas.
Población	Sesiones del servicio.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Memoria de actividad docente del servicio y del hospital.
Estándar	8 horas/mes.
Comentarios	Las sesiones pueden tener contenidos diversos (protocolos, casos, etc), y se deben hacer en horario laboral.

99

**ACTIVIDADES
DOCENCIA**

74. Formación continuada

Dimensión	Adecuación.
Justificación	La participación y/o asistencia a actividades formativas en otros lugares o instituciones es interesante por el hecho de adquirir nuevos conocimientos, ver otras formas de "hacer" y crear vínculos profesionales e institucionales. Todo esto mejorará la calidad global del servicio.
Fórmula	Nombre de horas/año de formación externa/ persona
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Formación. Continuada: Actividad formativa que dispone de la acreditación adecuada, y realizada fuera del servicio de urgencias.
Población	Personal asistencial del Servicio de urgencias: Staff facultativo y enfermería.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Memoria de actividades docentes del Servicio de Urgencias.
Estándar	40 horas/persona/año.
Comentarios	Se excluyen los congresos y las actividades promocionales de la "Industria Farmacéutica". El estándar, se ha fijado por consenso del equipo redactor, recomendándose un mínimo de 40 horas al año por persona.

100

**ACTIVIDADES
INVESTIGACIÓN**

76. Actividades de investigación

Dimensión	Adecuación.
Justificación	La participación como profesional y/o como servicio, en becas de investigación y actividades de investigación puede ser un indicador del nivel de investigación del servicio.
Fórmula	Nº de trabajos de investigación en vigencia durante el año en curso.
Explicación de los términos	Actividades de investigación <ul style="list-style-type: none"> • Becas: La participación en la beca se puede considerar a título individual (para los profesionales) o como todo servicio. Las becas deben ser concedidas por instituciones oficiales. • Trabajo de investigación: Cualquier ensayo clínico que tenga la aprobación del correspondiente comité del hospital.
Población	Relación de becas y trabajos realizados por el servicio. Las becas o trabajos de duración superior a un año sólo se contabilizarán durante el primer año de vigencia.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Memoria actividades del servicio de urgencias.
Estándar	1 beca o trabajo de investigación/año.
Comentarios	

102

**ACTIVIDADES
INVESTIGACIÓN**

75. Publicaciones científicas del servicio de urgencias

Dimensión	Adecuación.
Justificación	El hecho de ir más allá de la asistencia, es casi un deber que a su vez es un hecho motivador. La investigación clínica, que es la única que podemos realizar en nuestro entorno, debe poder ser medida. Si se hace bien es indudable que redundará en la calidad asistencial y global del servicio. Una forma estandarizada de medida de esta investigación es publicarla en una revista biomédica.
Fórmula	Número de publicaciones del servicio por año.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Publicaciones: comunicación por escrito sobre un tema referente a la medicina o ciencias de la vida, remitida a una revista biomédica, siguiendo unas normas establecidas por el "International Committee of Medical Journal Editors" (N. Engl. J. Med. 1997; 336: 309-315).
Población	Todas las publicaciones con participación del servicio de urgencias, en revistas indexadas, en el transcurso de un año natural.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Memoria de actividades del hospital.
Estándar	2 publicaciones en revistas nacionales, o 1 en revista extranjera.
Comentarios	No se contabilizan las publicaciones en revistas no indexadas. Este indicador se plantea como reto para potenciar las publicaciones científicas. A su vez, el equipo redactor es consciente de las diferentes disponibilidades de cada Centro y que esto comporta una variabilidad importante.

101





ÁREAS DE TRABAJO
ADMISIONES

77. Enfermos no visitados

Dimensión	Satisfacción. Riesgo. Adecuación.
Justificación	Hay diferentes causas por las cuales el enfermo no es visitado, hecho que puede incidir en la satisfacción del enfermo y suponer un riesgo en el caso en que este se encuentre en una situación clínica grave y decida irse.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de enfermos no visitados}}{\text{Nº de enfermos admitidos}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Enfermo no visitado: ficha de urgencias en blanco o en la que consta que no ha sido visitado.
Población	Pacientes con ficha abierta en urgencias, durante el periodo revisado.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Sistema informático.
Estándar	2%.
Comentarios	Ref.: Estudi prospectiu de les urgències hospitalàries 1987-1993. X. Balanzó, I. Bolívar. Grup Intercomarcal de Serveis Hospitalars d'Urgències de Catalunya, 1994.

103

ÁREAS DE TRABAJO
ADMISIONES

78. Tiempo de demora de ingreso

Dimensión	Eficiencia.
Justificación	Una vez finalizada la asistencia en urgencias, el tiempo que se tarda en hacer el ingreso, puede incidir en la agilidad o el colapso del resto de visitas del servicio de urgencias.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con demora de ingreso superior a 1h.}}{\text{Nº de pacientes que ingresan.}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Demora: intervalo de tiempo comprendido entre la hora en que se solicita el ingreso hasta su salida del S.U.
Población	Pacientes que ingresan en el hospital (planta) a partir del S.U., durante el periodo estudiado. Criterios de exclusión: pacientes ingresados en unidades dependientes del S.U.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Servicio de admisiones.
Estándar	Inferior al 20%.
Comentarios	El equipo redactor lo considera un indicador importante para el servicio de urgencias, a pesar de no depender exclusivamente de este servicio.

104

79. Personas atendidas fuera de box

Dimensión	Accesibilidad. Satisfacción.
Justificación	La atención sanitaria fuera de los lugares adecuados (box), supone una disminución de la calidad asistencial, además de una percepción por parte del enfermo de pérdida de confort e intimidad.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes atendidos fuera box}}{\text{Nº de pacientes atendidos}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Box: toda estructura física dotada de intimidad, que se utilice como área de visita y tratamiento de enfermos. • Atención fuera del box: atención que se desarrolla fuera de la estructura física adecuada. Fundamentalmente en los aspectos de: <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis y exploración física. - Situaciones que requieren intimidad. • Servicio de Urgencias: todas las áreas que dependen de este servicio, incluidas las áreas de observación. • Criterios de inclusión: se considera también atención fuera del box, a los pacientes que se atienden simultáneamente (2 o más) en el mismo box, por falta de espacio. • Criterios de exclusión: pacientes ubicados fuera del box, pendientes de ingreso o en situación de espera.
Población	Pacientes atendidos en el S.U. durante el período estudiado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Observación directa.
Estándar	5%.
Comentarios	Por la medida de los indicadores se recomienda un corte de prevalencia en un periodo, a determinar por el hospital.

105

80. Estancias superiores a 24 horas en el servicio de urgencias (S.U.)

Dimensión	Eficiencia.
Justificación	Las estancias superiores a 24 horas en el S.U. pueden ser consecuencia de una mala gestión de las camas hospitalarias o de la capacidad resolutive del propio servicio de urgencias. Solo se puede justificar por inestabilidad hemodinámica y/o nueva patología aguda durante su estancia en el S.U.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de enfermos con estancia superior a 24 horas en el S.U.}}{\text{Nº de enfermos atendidos}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Estancia: tiempo desde la llegada al servicio de urgencias en la zona de boxes, camillas, hasta el alta. • Para este indicador, no debe considerarse estancia en el servicio de urgencias la atención del paciente en unidades de observación propias del servicio de urgencias donde se realiza control y/o tratamiento.
Población	Pacientes que son atendidos en el S.U. durante el período revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Sistemas informáticos del Hospital.
Estándar	1%.
Comentarios	<p>Ref.: Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el Appropriateness Evaluation Protocol: un análisis de 4700 casos. S. Tomás Veciana y col. Anal Med Int (Madrid) 2000;17:229-238.</p> <p>Ref.: Muñoz Miguez y col. Unidad de Observación y Corta Estancia de Medicina en el Servicio de Urgencias. An Med Int (Madrid) 1998;15:138-141.</p> <p>Ref.: American College of Emergency Physicians. Management of observations units. Ann Emerg Med 1995;25:823-830.</p> <p>Ref.: Perianes Matesanz JF. Unidades de Observación (Editorial). Emergencias 1997;9:77-78.</p>

106





ÁREAS DE TRABAJO
QUIRÓFANOS

81. Tiempo de demora en intervenciones quirúrgicas urgentes

Dimensión	Riesgo. Accesibilidad.
Justificación	A veces, debido a una falta de infraestructuras, las patologías urgentes que deberían ser intervenidas antes de 6 horas de su llegada a urgencias se demoran y se operan con un intervalo más grande de 6 horas, lo que puede comportar una disminución de la calidad asistencial para el usuario.
Fórmula	Nº de pacientes con patología quirúrgica urgente, intervenidos antes de 6 horas. ----- x 100 Nº de pacientes con patología quirúrgica urgente que son intervenidos.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Patología quirúrgica urgente: se seleccionan los siguientes diagnósticos medibles: <ul style="list-style-type: none"> - apendicitis aguda. - fracturas abiertas. • 6 horas: Intervalo de tiempo entre el ingreso y la entrada en quirófano.
Población	Pacientes intervenidos de urgencia de los procesos referidos, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	95%.
Comentarios	Se han seleccionado los procesos referidos en la explicación de términos, por su frecuencia, o riesgo y facilidad de identificación. Por tanto, no se excluye la posibilidad de que cada Centro incorpore otras patologías. Se entiende que aquellas situaciones que comportan riesgo vital para el paciente, deben ser intervenidas de forma inmediata. Se puede cuantificar individualmente cada proceso o en conjunto.

107

ÁREAS DE TRABAJO
REANIMACIÓN (AP)

82. Revisión de material y aparatos de la sala de reanimación y carro de paradas

Dimensión	Riesgo.
Justificación	Dada la actividad que se realiza en la sala de reanimación es necesario disponer de un utillaje y una medicación concreta de forma inmediata. Lo mismo es válido para aquellos lugares donde se utiliza un carro con todo el material necesario para la reanimación.
Fórmula	Nº de revisiones realizadas. ----- x 100 Nº de revisiones previstas.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión realizada: Control y reposición de la medicación y material de los cuales se debe disponer y del correcto funcionamiento de los aparatos. Debe constar fecha, hora y persona que realiza la revisión. • Revisiones previstas: cada hospital establecerá la frecuencia que crea adecuada, aunque a nivel internacional se recomienda que se haga en cada cambio de turno y después de utilizar la sala.
Población	Número total de revisiones previstas durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Libro de registro específico.
Estándar	100%.
Comentarios	Ref: estándares de la Joint Comision on Health Care Association

108

ÁREAS DE TRABAJO
SALAS DE RADIOLOGÍA (PE)

83. Tiempo de demora en la radiología simple

Dimensión	Accesibilidad. Riesgo. Eficiencia.
Justificación	La demora en la realización y obtención de las exploraciones radiológicas solicitadas contribuye a retrasar el diagnóstico y el tratamiento.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de peticiones de radiología simple con respuesta superior a 30 minutos}}{\text{N}^\circ \text{ de peticiones de radiología}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta: tiempo transcurrido desde que se realiza la petición hasta que el médico dispone de la radiografía.
Población	Peticiones de radiología simple realizadas durante el periodo revisado.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación clínica. Registros de radiología.
Estándar	< 10%.
Comentarios	No es un indicador específico del área de urgencias. El incumplimiento del indicador requerirá un análisis posterior para determinar a que periodos se puede imputar la demora.

109

ÁREAS DE TRABAJO
SALAS DE RADIOLOGÍA

84. Adecuación salas de Rx urgencias

Dimensión	Adecuación. Riesgo.
Justificación	El paciente inestable que requiere actos médicos en la sala de Rx, precisa que esta esté en condiciones.
Fórmula	Nº de salas de Rx de urgencias adecuadas
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de Rx adecuada es la de fácil acceso con literas desde el S.U., que tiene O₂, aspiración y carro de parada accesible.
Población	Salas de Rx utilizadas por el S.U.
Tipo	Estructura.
Fuente de datos	Observación directa.
Estándar	Mínimo 1 sala.
Comentarios	

110





ÁREAS DE TRABAJO
LABORATORIO

85. Tiempo de respuesta de las analíticas.

Dimensión	Accesibilidad. Riesgo. Eficiencia.
Justificación	La demora en la obtención de los resultados del laboratorio, contribuye a retardar la consecución de un diagnóstico, y por tanto de la actitud terapéutica y destino.
Fórmula	Nº de peticiones en laboratorio con respuesta superior a 60 minutos. ----- X 100 Nº de peticiones en laboratorio.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Petición: Conjunto de determinaciones pedidas en una muestra cursada. • Respuesta: tiempo transcurrido desde que se realiza la petición, hasta que el médico puede disponer de los resultados.
Población	Peticiones realizadas al laboratorio durante el periodo de revisión.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Registro de urgencias. Registros de laboratorio.
Estándar	10%.
Comentarios	El indicador mide el tiempo global desde la petición hasta la disposición de los resultados, por tanto el incumplimiento del estándar requerirá un análisis posterior para determinar a cual o cuales periodos se pueden imputar la demora. Ref.: Bibliográfica: M. Salinas, J. Lugo et al. "Tiempo de respuesta en el Laboratorio de Urgencias". Todo Hospital, Mayo 1998;146:253-258.

111

ÁREAS DE TRABAJO
LABORATORIO

86. Rechazo de analítica solicitada

Dimensión	Eficiencia.
Justificación	La obtención y manipulación incorrecta de la muestra por analítica, comporta un grave riesgo de error en el resultado, obligando a repetir la extracción. Esto supone además de un inconveniente para el enfermo, una sobrecarga de trabajo y una demora en el resultado.
Fórmula	Nº de muestras sanguíneas rechazadas por el laboratorio. ----- X 100 Nº total de muestras sanguíneas enviadas a laboratorio.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Muestra rechazada: Muestra sanguínea cuyas condiciones no permiten efectuar el análisis de uno o más de los parámetros solicitados. (Queda excluido el rechazo por falta de datos en la solicitud).
Población	Todas las muestras sanguíneas enviadas al laboratorio.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Registros de laboratorio.
Estándar	Inferior al 1%.
Comentarios	

112

ÁREAS DE TRABAJO
ÁREAS DE SERVICIO

87. Rotura de stock de la farmacia de urgencias

Dimensión	Eficiencia. Riesgo.
Justificación	Detecta situaciones de fallo de stock mínimo de fármacos en urgencias. La falta de algunos fármacos puede suponer un riesgo vital para el paciente.
Fórmula	Nº de situaciones de rotura de stocks (al mes).
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Rotura de stocks: situación en la que no se puede dispensar una especialidad farmacéutica (incluida en Guía Farmacoterapéutica de Urgencias) prescrita, por no estar disponible en la farmacia de urgencias.
Población	Especialidades farmacéuticas en stock en la farmacia de urgencias.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Registro de farmacia.
Estándar	0%.
Comentarios	

113

ÁREAS DE TRABAJO
ÁREAS DE SERVICIO

88. Correspondencia de mórficos

Dimensión	Riesgo.
Justificación	Detecta fallos de control de utilización de morfina y derivados.
Fórmula	Nº de unidades de morfina o de sus derivados justificadas ----- x 100 Nº de unidades de morfina o de sus derivados pedidos.
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> Unidades justificadas: unidades de morfina o derivados firmadas por facultativo en los comprobantes de uso y acompañadas del vial correspondiente.
Población	Unidades de morfina o de sus derivados pedidas desde urgencias en farmacia, durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Registro de farmacia. Comprobantes de uso de mórficos de urgencias y los viales.
Estándar	100%
Comentarios	

114





430

ÁREAS DE TRABAJO
ÁREAS DE SERVICIO

89. Lencería en mal estado

Dimensión	Eficiencia.
Justificación	Detecta los fallos de control del stock de lavandería.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de peces de lavandería en mal estado}}{\text{Nº de peces de lavandería al inicio de la jornada}} \times 100$
Explicación de los términos	<ul style="list-style-type: none"> • Piezas de lavandería: referido únicamente a batas y sábanas. • Mal estado: pieza rechazada en el momento de su utilización, por cualquier causa.
Población	Batas y sábanas recibidos en urgencias en el inicio de la jornada.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Registro de lavandería y de urgencias.
Estándar	2%.
Comentarios	

CONCLUSIONES

La evaluación de la calidad de la asistencia que se ofrece en los servicios de urgencias requiere herramientas que contemplen sus aspectos más importantes. La evaluación por indicadores es un instrumento que se ha demostrado útil para este fin. Su determinación, es necesaria para determinar el nivel de calidad y permite aplicar las mejoras en los puntos débiles más necesarios y seleccionar las acciones más efectivas.

Para su implantación, es preferible una incorporación progresiva y acorde con los sistemas de información facilitando la implicación de los profesionales en el programa de mejora de calidad. La periodicidad para su determinación puede variar según las características del profesional, el interés de los profesionales o el acceso a la información. Habitualmente la frecuencia puede oscilar entre mensual y anual.

La utilización de indicadores permite además establecer comparaciones de actividad con criterios uniformes. Naturalmente, la aplicación de los indicadores en distintos centros y por distintos profesionales generará una información útil e imprescindible para ir adecuando alguno de los estándares y conocer su capacidad para medir aquello para lo que se han definido; por ello, esta primera versión no debe ser rígida e intocable sino que hemos de ser capaces de modificar e incorporar todos aquellos datos o incluir las sugerencias que surjan de su aplicación en el trabajo diario en los servicios de urgencias. Además, es importante que en el momento de interpretar los estándares no olvidamos tener en cuenta el correspondiente intervalo de confianza.

Como conclusión principal hay que señalar que es importante poseer una versión pediátrica de estos indicadores y potenciar su difusión y aplicación entre los servicios de urgencias para poder desarrollar un plan de calidad basado en datos objetivos y permitir a los profesionales adecuar y solicitar los recursos necesarios para asumir el nivel máximo de eficiencia en su labor diaria en la atención urgente pediátrica.

117

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Societat Catalana de Medicina d'Urgència y a la Fundació Avedis Donabedian el haber nos permitido utilizar su trabajo para el desarrollo de los Indicadores pediátricos.

A los Dres. Fermí Roqueta, Pere Domenech y María Salud González por su asesoramiento y apoyo en este proyecto.

118



FICHA TÉCNICA

debajo de 25°C. La suspensión reconstituida puede guardarse en nevera, si fuera necesario. Naturalaleza y contenido del recipiente: ZINNAT Comprimidos va emvasado en embalaje alveolar (blister) doble de aluminio. Cada envase contiene 12 (envase normal) o 500 (comprimidos (envase clínico). ZINNA T Sobres se envasa en sobres a base de un laminado compr. endiando papel, polietileno, lámina de aluminio e nono-mero del ácido etilenoalcrílico, estando este último en contacto con el pr. oductor. Cada envase contiene 12 (envase normal) o 500 sobres (envase clínico). ZINNA T Suspensión Extemporánea se envasa en frascos de vidrio tipo III, de color ámbar, provistos de un cierre a rosca a prueba de niños. El cierre contiene un revestimiento en su interior y la boca del frasco está obturada por una membrana termosellada. El envase incluye una jeringa dosificadora de 5 ml dividida en unidades de 1 ml y un adaptador a pr. esión, que encaja en el cuello de la botella y un vaso con una línea de enrase para adicionar el agua. Instrucciones de uso/manipulación: Los comprimidos deberán ingerirse sin masticar ni machacar con ayuda de un poco de agua o de algún otr. o líquido. No son adecuados para niños menor es de 5 años; para estos, la forma más indicada es la suspensión oral. Para pr. epairar los sobres, verter su contenido en un vaso. Añadir 1 ó 2 cucharadas de agua y mezclar bien. Ingerir inmediatamente. Para r. econstituir ZINNA T Suspensión Extemporánea proceder como sigue: 1. Agitar el frasco para despr. ender los gránulos y quitar la tapa y la membrana termosellada. 2. Llenar con agua el vaso que se incluye en el estuche hasta la marca. 3. Añadir el agua al frasco de una vez y volver a colocar la tapa. 4. Invertir el frasco y sujetarlo. 5. Agitar el frasco durante unos 15 segundos de forma oscilante. 6. Volver a poner el frasco en posición vertical y agitar vigorosamente. 7. Anotar en el recuadro correspondiente el día y mes en el que se pr. epara el medicamento. 8. Si se emplea una jeringa dosificadora, mantener la suspensión r. econstituida durante al menos una hora antes de tomar la primera dosis. Instrucciones de uso para la jeringa dosificadora: 1. Quite la tapa del frasco e introduzca el adaptador en el cuello del frasco. Presione hacia abajo completamente hasta que el adaptador encaje perfectamente en el cuello. 2. Inserte firmemente la jeringa en el adaptador. 3. Ponga el frasco boca a bajo y tire del émbolo hasta retirar la cantidad correcta. 4. Ponga el frasco en posición vertical y quite la jeringa del adaptador. 5. Con el paciente semado en posición vertical, coloque la punta de la jeringa dentro o de la boca del paciente, apuntando hacia el interior de la mejilla. 6. Presione el émbolo de la jeringa lentamente para administrar el fármaco sin que el paciente se atragante. NO administre el fármaco a chorros. 7. Tras administrar la dosis vuelva a poner la tapa del frasco sin quitar el adaptador de plástico. Desmonte la jeringa y lávela con agua. Deje que el émbolo y el cuerpo de la jeringa se sequen al air e. Antes de quitar la tapa, agitar el frasco concienzudamente hasta que se pueda escuchar la suspensión moviéndose en el frasco, a fin de asegurar que se va a extraer la dosis de forma corr. ecta. La suspensión r. econstituida o el polvo no deberán mezclarse con líquidos calientes. Si se desea, a la suspensión r. econstituida pueden añadirse zumos de fruta o bebidas lácteas frías, debiéndose tomar inmediatamente. Titular de la autorización de comercialización: GlaxoSmithKline, S.A. Parque Tecnológico de Madrid. C/ Severo Ochoa, 2, 28760 Tres Cantos (Madrid). PRESENTACIONES DE ZINNA T COMP. 12 X 125 mg Con r. ecta médica. Reembolsable por el SNS. PVP: 8,25 €. PVP-IVA: 8,59€. COMP. 12 X 250 mg Con r. ecta médica. Reembolsable por el SNS. PVP:14,91€. PVP-IVA:15,15€. COMP. 12 X 500 mg Con r. ecta médica Reembolsable por el SNS. PVP:26,16€. PVP-IVA:27,21€. E.C. 125 mg X 500 SOBRES: Con r. ecta médica PVP:255,95€. PVP-IVA:266,19€. E.C. 125 mg 500 COMP. : Con r. ecta médica PVP:248,85€. PVP-IVA:258,81€. E.C. 250 mg X 500 SOBRES: Con r. ecta médica PVP: 474,40€. PVP-IVA: 441,37€. E.C. 250 mg 500 COMP. : Con r. ecta médica PVP: 452,40 €. PVP-IVA: 420,73€. E.C. 500 mg 500 COMP. : Con r. ecta médica PVP: 800,29€. PVP-IVA: 832,30€. E.C. 500 mg X 500 SOBRES: Con r. ecta médica PVP: 766,55 €. PVP-IVA: 797,21€. SOBRES 12 X 125 mg Con r. ecta médica. Reembolsable por el SNS. PVP: 8,48€. PVP-IVA: 8,82€. SOBRES 12 X 250 mg Con r. ecta médica. Reembolsable por el SNS. PVP:13,99 €. PVP-IVA:14,55€. SOBRES 12 X 500 mg Con r. ecta médica. Reembolsable por el SNS PVP:25,09€. PVP-IVA: 26,09€. SUSPENSIÓN 125 mg. - 5ml Con r. ecta médica. Reembolsable por el SNS. PVP: 8,30€. PVP-IVA: 8,63€. SUSPENSIÓN 250 MG- 5 ml Con r. ecta médica. Reembolsable por el SNS. PVP: 14,45 €. PVP-IVA: 15,03€. Para más información consulte la Ficha Técnica completa del medicamento.

122

FICHA TÉCNICA

sión del tratamiento. ZINNAT 125mg, Suspensión Extemporánea contiene unos 3 g de sacarosa por cada 5 ml; ZINNAT 125mg, Sobres contiene unos 3g de sacarosa por sobre e; ZINNAT 250 mg Suspensión Extemporánea contiene unos 2 g de sacarosa por cada 5 ml; ZINNA T 250mg, Sobres contiene unos 6g de sacarosa por sobre y ZINNAT 500mg, Sobres contiene unos 12g de sacarosa por sobre, lo que deberá ser tenido en cuenta en pacientes con intolerancia her. editaria a la fructosa, pr. oblemas de absorción de glucosa/galactosa, deficiencia de sacarasa-isomaltasa y pacientes diabéticos. En caso de alteración de la función renal, se deben ajustar las dosis según el aclaramiento de cr. eatinina (ver apartado Farmacología y forma de administración). Como con otr. os antibióticos, el uso prolongado de cefuroxima axetilo puede dar lugar a sobr. e infección, producida por microrganismos no sensibles (p.ej. Candida, enter. ocosos, Clostridium difficile), que pueden requerir la interrupción del tratamiento. Se han comunicado casos de colitis pseudomembranosa con antibióticos de amplio espectro o. Por tanto, es importante considerar su diagnóstico en pacientes que desarrollen diarrea grave en asociación con el uso de antibióticos. Se debe comunicar al médico, si aparece diarrea grave o si las heces contienen sangre, moco o pus. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción: No administrar junto a bacteriostáticos (cloranícol, tetraciclínas, sulfamidas), Mefr. ototoxicidad: Se han observado alteraciones de la función r. enal con antibióticos de este grupo, especialmente con la administración simultánea de aminoglucósidos. Los diuréticos potentes como la furosemida y el ácido etacrínico aumentan el riesgo de nefr. ototoxicidad de las cefalosporinas. Los fármacos que reducen la acidez gástrica pueden producir una disminución de la bio-disponibilidad de cefuroxima axetilo en comparación con el estado "en ayunas" y tienden a anular el efecto de potenciación de la absorción periantral en el caso de los sobres y suspensión, o post-prandial en el caso de los comprimidos. Interferencias en determinaciones analíticas: Puede dar lugar a un falso positivo en la prueba dir. ecta de Coombs y a glucosurias falsamente positivas, cuando se determinen por métodos reductores (Fehling, Clinintest, etc.) pero no por técnicas enzimáticas. También puede obtenerse un falso negativo en la prueba del ferricínur o, por lo que se recomienda que se utilice el método de la glucosa-oxidasa o el de la hexoquinasa para determinar los niveles de la glucosa plasmática o sanguínea en pacientes tratados con cefuroxima axetilo. No interfiera en la prueba del pícrato alcalino para la valoración de creatinina. Embarazo y lactancia: Se debe administrar con pr. ecaución durante los primer. os meses de embarazo. Cefuroxima se excreta en la leche materna y, en consecuencia, se deberá tener pr. ecaución cuando se administre a madres en período de lactancia. Reacciones adversas: La mayoría de los efectos secundarios descritos han sido leves y de naturaleza transitoria. Como con otras cefalosporinas, se han comunicado casos raros de entema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epitelérmica tóxica (necrólisis exantemática) y reacciones de hipersensibilidad incluyendo erupción cutánea, urticaria, prurito, fiebre y medicamentosa, enfermedad del suero o muy raramente anafilaxia (véase Advertencias y precauciones especiales de empleo). Una pequeña pr. oporción de pacientes tratados con cefuroxima axetilo han experimentado molestias gastr. ointestinales, incluyendo diarrea, náuseas y vómitos. Como con otros antibióticos de amplio espectro o, se han comunicado casos de colitis pseudomembranosa. También se ha comunicado dolor de cabeza. Durante la terapia con ZINNA T se han observado eosinofilia y aumentos transitorios de los niveles de los enzimas hepáticos (SGOT, SGPT y LDH). Ha habido raros informes de trombocitopenia y leucopenia (algunas veces: intensa). Como sucede con otras cefalosporinas, en muy raras ocasiones se ha comunicado ictericia. Los fármacos de la clase de las cefalosporinas tienden a quedar absorbidos en la superficie de las membranas de los enter. octos y reaccionar con los anticuerpos dirigidos contra ellos, dando lugar a la obtención de un r. esultado positivo en la prueba de Coombs (lo que puede interferir en las pruebas sanguíneas cruzadas) y muy raramente a anemia hemolítica. Sobreexposición: No se han descrito casos de intoxicación aguda. Al menor síntoma de e intoxicación anafiláctica, se instará un simpaticomimético (adrenalina) en un servicio sanitario. En caso de intoxicación, los niveles séricos de cefuroxima pueden reducirse por hemodilúsis o diálisis peritoneal. La sobreexposición con cefalosporinas puede producir irritación cerebral que da lugar a convulsiones, principalmente en pacientes con insuficiencia r. enal. DATOS FARMACÉUTICOS: Período de validez: ZINNA T Comprimidos: 3 años. ZINNA T Sobres: 2 años. ZINNA T Suspensión Extemporánea: 2 años. ZINNA T Suspensión Extemporánea reconstituida: 10 días. Precauciones especiales de conservación: Los comprimidos, los sobres y la suspensión extemporánea deben conservarse a temperaturas por debajo de 30°C. El plazo de validez de la suspensión extemporánea una vez pr. eparada es de 10 días, a temperaturas por

121



433



FARINGOAMIGDALITIS - OTITIS

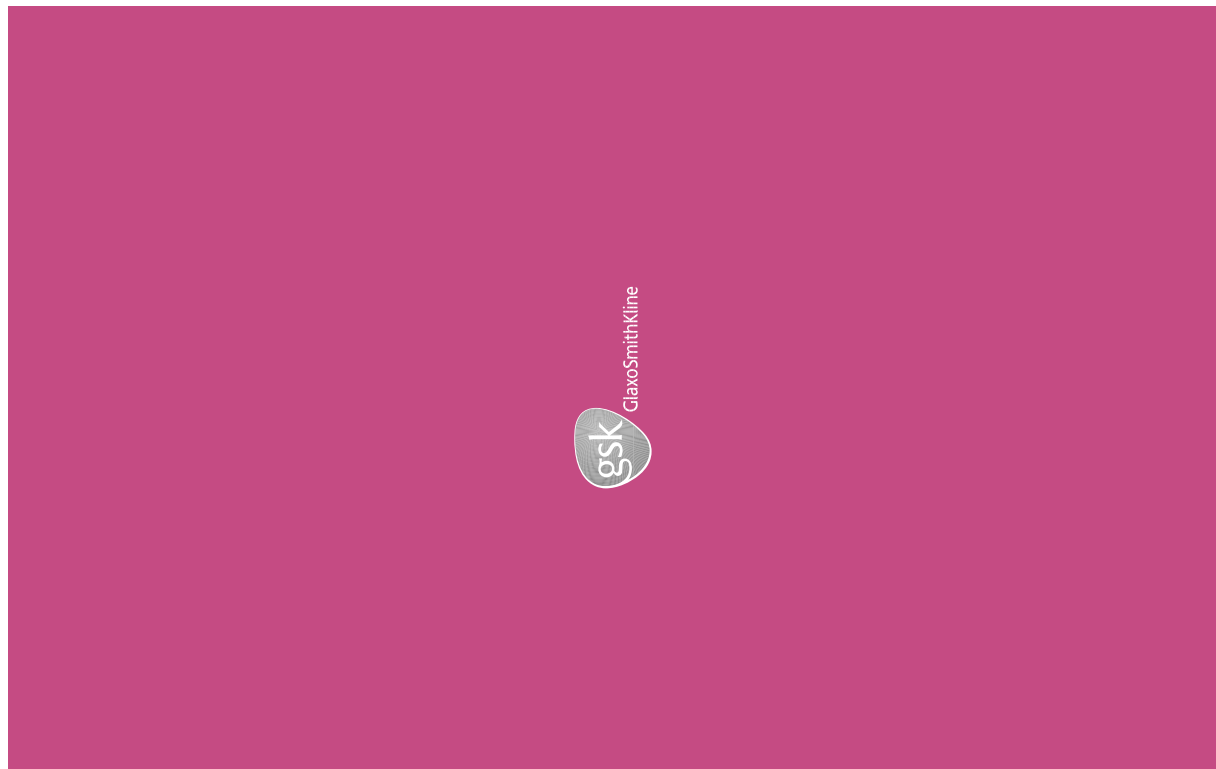


Buenos días ...
... buenas noches

ALTA eficacia
FÁCIL cumplimiento



2 TOMAS AL DÍA



**Estándares
de Acreditación para Servicios
de Urgencias de Hospitales
2ª edición-2008**

© 2008 Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso previo de los editores.

ISBN: 978-84-87450-17-4

Depósito Legal: M-28135-2008

Coordinación Editorial:

Grupo Saned, Departamento de Proyectos
Capitán Haya, 60. 28020 Madrid

Tel.: 91 749 95 02. Fax: 91 749 95 03

Fotocomposición e Impresión: Siglo Digital





AUTORES

AUTORES

- LUIS LÓPEZ-ANDUJAR AGUIRIANO
Médico. Coordinador de Urgencias. Hospital Marina Alta. Dena. Alicante
- MARTÍN TEJEDOR FERNÁNDEZ
Médico. Servicio de Calidad y Documentación Clínica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
- JOAQUÍN FERNÁNDEZ-VALDERRAMA BENAVIDES
Médico. Coordinador de Urgencias. Hospital Santiago Apóstol. INSALUD. Miranda de Ebro. Burgos
- JAVIER BENITO FERNÁNDEZ
Médico. Jefe. Servicio de Urgencias. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia
Grupo de Calidad SEUP
- LUIS JIMÉNEZ MURILLO
Médico. Jefe. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
- ROSARIO TORRES ROLDÁN
Enfermera. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
- ASESORES**
- JUAN ALGARRA PAREDES
Médico. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid
- FRANCISCO J. ARAMBURU VILARINO
Médico. Servicio de Urgencia. Hospital Ntra. Sra. del Cristal. Ourense
- FRANCISCO ARANDA AGUILAR
Médico. Empresa Pública de Emergencias EPES-06 I. Córdoba
- GUILLERMO BURILLO PUTZE
Director Médico. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife
- PABLO BUSCA OSTOLAZA
Médico. Coordinador de Urgencias. Hospital Ntra. Sra. de Arantzazu. San Sebastián
- JOSE MANUEL CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ
Médico. Coordinador de Hospitalización. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
- JOSÉ MARÍA CARPINTERO ESCUDERO
Médico. Hospital San Millán. Logroño
- MERCEDES CARRASCO GONZÁLEZ
Médico. Directora. Servicios Emergencias de Alicante
- JOSÉ LUIS CASADO MARTÍNEZ
Médico. Coordinador. Servicios Urgencias Hospitales del Gobierno de Aragón. Zaragoza
- MANUEL R. CHANOVAS BORRAS
Médico. Coordinador de Urgencias. Hospital Verge de la Creta. Tortosa. Tarragona
- ERVIGIO CORRAL TORRES
Médico. Director SAMUR. Madrid
- ANTONIO GARCÍA MERINO
Enfermero. Servicio de Urgencias. 061. Laredo. Cantabria
- LUIS GARCÍA-CASTRILLO RIESGO
Médico. Coordinador de Urgencias. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander
- ANTONIO GÓMEZ DE TEJADA GIMENO
Médico. Coordinador de Urgencias. Hospital Verge del Toro. Mahón-Menorca. Baleares

- FRANCISCO HERMOSO GADEO
Jefe. Sección Médica. Emergencias Ciudad Real. Ciudad Real
- MARÍA JOSÉ HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
Médico Adjunto. Hospital Marina Alta. Dena. Alicante
- RICARDO A. JUÁREZ GONZÁLEZ
Médico. Coordinador de Urgencias. Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. Toledo
- JESUS JUAREZ TORALBA
Médico. SEU 06 I. Murcia
- M^a ANGELES LECIÑENA ESTEBAN
Médico. Baleares
- CARLOS LUACES CUBELLS
Médico. Jefe. Sección Urgencias Pediatricas. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona
Grupo de Calidad SEUP
- JOSÉ LUBILLO MONTENEGRO
Médico. Servicio de Urgencias. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria
- MARÍA PILAR MACHO NARGANES
Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
- FRANCISCO J. MARISCAL BERNAL
Médico. S.A.M.U. Elche. Alicante
- LUIS MARTÍNEZ ESCOTET
Médico. Consejería de Salud. Oviedo
- FRANCISCO JAVIER MONTERO PÉREZ
Subdirector Médico. Hospital Reina Sofía. Córdoba
- MANUEL S. MOYA MIR
Médico. Jefe de Sección de Urgencias. Hospital Puerta de Hierro. Madrid
- FERMIÑ ROQUETA EGEE
Médico. Coordinador de Urgencias. Centre Hospitalari. Manresa. Barcelona
- MIGUEL RUIZ MADRUGA
Técnico 061. Emergencias EPES. Córdoba
- MIQUEL SANCHEZ SANCHEZ
Médico. Jefe de Sección de Urgencias. Hospital Clinic. Barcelona
- JESUS SANTOS VELASCO
Médico. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. Cáceres
- JAVIER SESMA SANCHEZ
Médico. Coordinador de Urgencias. Hospital Virgen del Camino. Pamplona
- SANTIAGO TOMÁS VECINA
Médico. Director Atención Domiciliaria Urgente. MUTUAM. Barcelona
- FRANCISCO TORRES GARCÍA
Enfermero. SAMUR. Madrid
- TOMÁS TORANZO CEPEDA
Médico. Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha. Zamora

Prólogo

Un signo de madurez de cualquier organización es la perseverancia en los objetivos importantes, la revisión sistemática de sus métodos de trabajo y la mejora continuada de los mismos

Con esta entrega, la SEMES hace una nueva propuesta esquemática sobre la planificación y organización de los Servicios de Urgencias de Hospitales, dando así respuesta a una demanda muy generalizada y claramente manifestada, tanto por los profesionales, como por las autoridades sanitarias.

El presente se trata ya de un documento perfeccionado tras su validación y aplicación práctica, lo que nos ha permitido acreditar a varios Servicios de Urgencias de hospitales españoles. Nos agrada comprobar el interés suscitado también en Europa y en Iberoamérica, lo que significa que influirá en algún modo en el diseño y la posterior evaluación de Servicios similares en estos países de nuestro entorno científico, político, económico o cultural.

Parece justo felicitar muy especialmente a los compañeros que han constituido el núcleo duro sobre el que ha recaído la mayor parte de la tarea, pero creo que también debemos felicitarnos todos los miembros de SEMES por el alumbramiento de este segundo manual, que refuerza la idea de que el trabajo conjunto y el tesón culminan siempre con el éxito.

Con la especialidad de Medicina de Urgencias en el horizonte, es muy importante señalar que este documento es una buena guía, y marca la ruta a seguir, para preparar a los Servicios que en el futuro quieran acreditarse para docencia de MIR. Con toda seguridad, los requisitos que en su día establezca la Comisión Nacional de la especialidad, no serán muy diferentes de los criterios que contiene este manual.

Los pacientes, que son los que justifican la existencia de nuestra profesión, a largo plazo serán los que más se beneficiarán de esta iniciativa y es a ellos a los que va dirigido todo este esfuerzo. El futuro, que estamos creando con trabajos como el que nos ocupa, traerá para nuestros enfermos un entorno asistencial más seguro, con unos Servicios de Urgencias de hospitales mejor planificados, más organizados y en una adaptación permanente a sus necesidades, para garantizarles una atención sanitaria de la mayor calidad.

Luis Jiménez Murillo
*Presidente de la Sociedad Española
 de Medicina de Urgencias y Emergencias*

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN Servicios de Urgencias de Hospitales

Índice

Prólogo.....	3
Nota de los autores.....	4
Introducción y antecedentes.....	5
Sistemas de acreditación de los servicios sanitarios.....	7
Acreditación de centros sanitarios en España. Soporte legislativo.....	8
Objeto y campo de aplicación.....	9
Organismo de acreditación.....	10
Tipos de acreditación.....	17
Proceso de acreditación.....	17
Apelación.....	22
Estándares (o criterios) de acreditación.....	23
Estándares de acreditación	27
Apartado A. Requisitos generales.....	29
Apartado B. Recursos.....	33
Apartado C. Organización funcional (procesos).....	63
Apartado D. Programa de calidad.....	87
Apartado E. Resultados.....	93
Apartado F. Otros aspectos.....	113
Documentación consultada	115
ANEXO 1: Recomendaciones de la SEUP	118
ANEXO 2: Modelo de solicitud de acreditación inicial	122
ANEXO 3: Glosario de términos	123





Nota de los autores

Esta segunda edición del Manual de Estándares supone para los autores y para la SEMES el cumplimiento de un compromiso importante: poner a disposición de los profesionales sanitarios y de las autoridades del sector, en beneficio de los pacientes, la actualización permanente de los conocimientos en el campo de la planificación y organización de los Servicios de Urgencias de Hospitales.

Con este documento se ha mejorado y ampliado la versión anterior. Para este ejercicio ha sido muy importante la experiencia práctica de evaluación externa de Servicios de Urgencias de Hospitales en distintas comunidades autónomas españolas, así como el contraste efectivo con multitud de profesionales de Urgencias en distintos foros científicos nacionales e internacionales. El trabajo necesario para llevar a cabo el propósito que nos habíamos hecho ha precisado del esfuerzo de muchos compañeros, a los que agradecemos su desinteresada colaboración.

Una de las mejoras más importantes del manual es la incorporación de criterios más refinados para el cálculo de las necesidades de personal que mantiene la exigencia en un nivel razonable y tienen la adecuada flexibilidad para su evaluación.

Es también de destacar la inclusión de criterios específicos de acreditación para aquellos Servicios de Urgencias de Hospitales que tengan integrada la atención pediátrica.

El apartado de indicadores de calidad ha sido ampliado y más precisado. Se acompaña de una serie de fichas para cada uno de los indicadores que se citan en el texto, lo que ayudará a hacer más fácil su aplicación.

Los criterios, que hacían referencia a la seguridad clínica en el anterior, han sido revisados y mejorados de forma ostensible en el presente manual.

Se han modificado algunos aspectos formales tales como la codificación alfanumérica empleada para identificar inequívocamente a cada uno de los apartados y sus criterios respectivos. Aunque ha sido poco frecuente, se ha eliminado algún criterio o se ha integrado con otro, cuando se ha considerado pertinente.

Se ha procedido a una nueva redacción de aquellos criterios que podían presentar alguna dificultad en su interpretación y se han mejorado las guías, haciendo más fácil la comprensión de los requisitos que contienen aquellos.

Como está previsto, este manual será de nuevo modificado en el futuro para adaptarlo a los cambios que, con seguridad, se producirán en el entorno de las Urgencias de hospitales, pero estamos convencidos que la versión actual es ya una herramienta potente para la planificación, el diseño, la organización y la mejora de la calidad asistencial en los Servicios de Urgencias de los hospitales españoles.

Por los autores:

Martín Tejedor Fernández
Vicepresidente de la Sociedad Española
de Medicina de Urgencias y Emergencias

Manual de acreditación

INTRODUCCIÓN

La calidad es considerada hoy una variable estratégica por la mayoría de empresas, instituciones públicas y organizaciones en general. Hasta tal punto es así, que se acepta que la supervivencia en el mercado está directamente relacionada con la capacidad para competir en calidad.

Los profesionales de los Servicios de Salud tienen una responsabilidad que va más allá de las cuestiones económicas, ya que por la naturaleza misma del tipo de trabajo que realizan la calidad es una exigencia ética.

ANTECEDENTES

El objetivo 31 de "Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa indicaba que en el año 2.000 deberían existir estructuras y procesos en todos los Estados miembros para *garantizar la mejora continua de la calidad de la asistencia sanitaria*.

El Consejo de Ministros de Europa adoptó el 30 de septiembre de 1.997 una recomendación sobre el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora de la calidad en los Servicios de Salud que recogía, entre otros aspectos, que los *sistemas de calidad deberán ser objeto de control público bajo la forma de una evaluación externa objetiva realizada por organismos independientes*.

La Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud alude en su recomendación, aprobada por el Pleno del Congreso de los Diputados el 18 de diciembre de 1.997, a la necesidad de impulsar la mejora continua de la calidad de la asistencia a través de un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios consensuado en el seno del Consejo Interterritorial.

Hasta la fecha, aunque han habido iniciativas aisladas, no se ha establecido un sistema general de acreditación en España. Entre los factores que han dificultado su desarrollo, el más determinante puede estar en las características del modelo sanitario español, en el que no están totalmente diferenciadas las funciones de financiación y cobertura de las de provisión de la asistencia sanitaria.

El desarrollo experimentado por nuestro sistema sanitario, las reformas introducidas (Ley 15/1.997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud y la transferencia de las competencias sanitarias desde el INSALUD a todas las Co-

SISTEMAS DE ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Los sistemas de acreditación externa de las organizaciones sanitarias se originaron por la necesidad de los profesionales de establecer mecanismos efectivos para garantizar niveles de calidad asistencial. La referencia más antigua es la de los Criterios Mínimos del Colegio Americano de Cirujanos de 1917. En 1951 otras Asociaciones Profesionales se sumaron a la iniciativa de los cirujanos y se constituyó la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Desde entonces esta institución ha venido desarrollando estándares y procedimientos de auditoría que inicialmente también se aplicaban a hospitales canadienses, aunque éstos tienen desde 1958 su propio sistema con grandes similitudes al norteamericano. Más recientemente, otros países como Australia y el Reino Unido han implantado sus sistemas de acreditación.

La acreditación es un proceso al que se adhieren los centros voluntariamente; sin embargo, en algunos países, es un requisito previo para realizar determinadas actuaciones, como en los Estados Unidos, donde es imprescindible para concertar con la Administración Sanitaria y con las entidades aseguradoras o en Canadá, donde se exige para autorizar al hospital a impartir docencia.

El procedimiento seguido en países como los Estados Unidos, Canadá, Australia y el Reino Unido presenta grandes similitudes. En todos ellos existe un organismo independiente que elabora los estándares y realiza el proceso de acreditación. Este organismo se financia con las cantidades que cobran a los hospitales para ser auditados. En el caso de Canadá, los centros pagan una cuota anual además. En Australia no se autofinancia totalmente y recibe cantidades del Gobierno y de las Fundaciones. En el Comité Acreditador hay representación de los profesionales y de los consumidores.

Los estándares que se han venido aplicando en los sistemas de acreditación en estos países estaban dirigidos a la estructura y al proceso, por la dificultad para definir el resultado de los servicios sanitarios. En la actualidad, la tendencia clara es a centrarse principalmente en los procesos (de gestión y asistenciales) y en los resultados, haciendo énfasis en la perspectiva del paciente.

Los servicios sanitarios que solicitan la acreditación llevan previamente a cabo una autoevaluación que posteriormente es comprobada por medio de una evaluación o auditoría externa. Todo ello siguiendo unas guías de evaluación previamente diseñadas y homogéneas para todos.

La composición del equipo auditor suele ser multidisciplinaria; no hay grandes diferencias y, salvo en los Estados Unidos que utilizan personal perteneciente a la *Joint Commission*, los restantes países han optado porque sean los propios profesionales sanitarios quienes auditen a otros centros. En todos estos sistemas las auditorías las realizan personas profesionalmente cualificadas y consideradas competentes por su experiencia para evaluar la calidad de los centros que auditan.

En cuanto a los resultados de la acreditación, excepto el *King's Fund* en el Reino Unido que no extiende una certificación, sino que da un informe al hospital con recomendaciones, en los restantes países se conceden certificados de acreditación por un tiempo, generalmente tanto más largo cuanto mejor es la situación del hospital, acompañado de las recomendaciones que se estiman precisas para la mejora del centro.

municipalidades Autónomas) y los retos que se plantean actualmente con la mayor autonomía de gestión, facturación entre Comunidades y competencia entre los centros sanitarios, así como el mayor protagonismo de los profesionales y la integración de España en la Unión Europea, hacen de la acreditación una herramienta imprescindible.

En este contexto, la implantación de un sistema de acreditación puede jugar un papel importante como elemento de información en la toma de decisiones, tanto de las Administraciones Sanitarias como de los profesionales y usuarios de los Servicios.

En cualquier caso, el consenso y la participación de los profesionales deben ser los elementos esenciales sobre los que gire cualquier iniciativa de acreditación.

Hay una serie de premisas en que se fundamentan los sistemas existentes en el mundo: la acreditación es voluntaria, hay un órgano independiente con credibilidad y capacidad de generar consenso encargado de la elaboración de criterios de calidad y de la emisión del dictamen oportuno y el proceso de verificación (auditoría o inspección) es externo.

Cuando se revisan textos legales como la ley General de Sanidad, normativa reguladora de Servicios Concertados, leyes de creación de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas... se observa que los términos acreditación, autorización, homologación e inspección se utilizan con frecuencia indistintamente, provocando cierta confusión, por lo que es importante señalar las diferencias esenciales:

- **Acreditación:** significa hacer digna de crédito alguna cosa o probar su certeza. Es voluntaria, su finalidad es incentivadora y su objetivo es la mejora de la calidad. Los criterios medidos son óptimos. Se realiza a un centro sanitario que ya dispone de la autorización administrativa de la Comunidad Autónoma correspondiente para llevar a cabo una actividad determinada y, por tanto, que esté ya en funcionamiento.
 - **Autorización:** significa dar a alguien la facultad para hacer alguna cosa. Es obligatoria, se realiza siempre previa a la apertura de un determinado programa y por tanto su finalidad es legalizadora, es decir, verificar que se cumplen los criterios mínimos que exige la normativa antes de conceder la autorización para comenzar a realizar una actividad determinada.
 - **Inspección:** significa examinar, reconocer atentamente una cosa, velar por ella. Es obligatoria, se realiza para obtener un control y su finalidad es fiscalizadora, es decir, que su objetivo es comprobar el cumplimiento de los criterios que exige la normativa una vez abierto un programa.
 - **Homologación:** significa contrastar una autoridad el cumplimiento de determinadas especificaciones o características. Puede ser voluntaria u obligatoria. Su objetivo es garantizar que un producto cumple especificaciones previamente definidas. Su finalidad es homogeneizadora. Los criterios a medir son mínimos. Puede estar en funcionamiento o no.
- En la mayoría de los países que disponen de sistemas de acreditación, los han desarrollado básicamente para hospitales y dirigidos fundamentalmente a la acreditación de centros sanitarios, pero no a Unidades Funcionales o Servicios.





Actualmente los sistemas de acreditación están evolucionando en el sentido de hacer accesibles al público los resultados sobre la calidad de la asistencia sanitaria prestada y se han iniciado nuevas líneas de trabajo mediante las que se intentan incluir indicadores clínicos en el proceso de acreditación para lograr una mayor implicación de los profesionales en la mejora de la calidad e intentar buscar formas satisfactorias de comparación entre hospitales.

ACREDITACIÓN DE CENTROS SANITARIOS EN ESPAÑA. SOPORTE LEGISLATIVO

En España, la Ley General de Sanidad y otras Normas prevén acreditaciones de ámbito estatal y responsabilidad de la Administración Sanitaria, en las siguientes áreas:

- **Acreditación docente.** Se lleva a cabo por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Cultura, existiendo un Comité Acreditador dependiente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas.
- **Extracción y trasplante de órganos.** La Ley sobre Extracción y Trasplante de Órganos atribuye competencias al Ministerio de Sanidad y Consumo para la acreditación de centros y servicios. La Organización Nacional de Trasplantes tiene ya desarrollado un sistema de acreditación específico para programas de trasplantes.
- **Acreditación de servicios de referencia.** Aunque contemplado en el artículo 15.2 de la Ley General de Sanidad, no se ha abordado hasta la fecha.

En España, el Ministerio, a través de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, promovió en abril de 1.998 una Jornada de Debate sobre Acreditación de Centros Sanitarios en la que participaron distintas entidades que trabajan en el campo de la acreditación y certificación de empresas, así como centros sanitarios públicos y privados con alguna experiencia práctica. De este modo, se ha abierto toda una línea de trabajo en el Consejo Interterritorial en relación con la puesta en marcha de sistemas de acreditación.

La Comunidad Autónoma de Cataluña tiene un procedimiento de acreditación de hospitales, iniciado en 1.981, que se ha ido revisando y modificando. El Órgano Acreditador es dependiente de la Administración Sanitaria y los auditores son los propios médicos inspectores. Aunque el carácter de la acreditación es voluntario, se considera un requisito mínimo para estar integrado en la red pública o poder concenrar con ella. Los estándares son fundamentalmente de estructura y de proceso.

En Andalucía se ha puesto en marcha en 2.003 un sistema de acreditación de centros y de unidades de gestión clínica, desarrollado y mantenido por la Agencia de Calidad Sanitaria dependiendo directamente de la Consejería de Salud.

En la Comunidad Valenciana se ha desarrollado también un sistema de acreditación específico para diversos servicios o departamentos sanitarios a través del Instituto Valenciano para las prácticas sanitarias (I.N.A.C.E.P.S).

Ya hay multitud de experiencias en España de centros sanitarios y Servicios que han alcanzado la certificación por el modelo de la *International Standards Organization* (ISO) basado

en los Criterios ISO 9000 y recientemente actualizadas u hospitales que han conseguido la acreditación por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) o han sido evaluados según el Modelo Europeo de Excelencia de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM).

Por otra parte, algunas Sociedades Científicas han decidido crear sistemas de acreditación específicos. Así, se han iniciado programas de acreditación que se aplican en mayor o menor grado. Como ejemplos, la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia y la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea han desarrollado un programa de acreditación de bancos de sangre con una experiencia superior a dos décadas y otras han comenzado a trabajar en este campo: Medicina Intensiva, Cirugía Mayor-Ambulatoria, Neurología y Hepatología.

OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

En los Servicios de Urgencias y Emergencias sanitarias, la experiencia de acreditación es muy reducida en el momento actual, aunque ya ha habido iniciativas tales como las de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía en 1.997, el servicio 061 de Madrid, ambos certificados por el modelo ISO 9000 y otras posteriores. Esto no sólo ocurre en nuestro país, sino en el entorno internacional.

La SEMES tiene entre sus objetivos fundacionales el de promover la calidad de la asistencia, en busca de la excelencia. Por este motivo y consciente de la importancia del tema, la Junta Directiva tomó la iniciativa de patrocinar el diseño, desarrollo y ejecución práctica de un sistema específico de acreditación de Centros y Servicios de Urgencias y Emergencias, tanto en el ámbito de la Atención Primaria, como en el de la Especializada y para toda España.

El sistema de acreditación desarrollado alcanza, por tanto, a Servicios de Urgencias de Hospitales, Servicios de Emergencias y Urgencias en Atención Primaria y su objetivo es el de *promover la calidad asistencial*.

Cuando, en un futuro próximo, el Ministerio de Sanidad incluya a la Medicina de Urgencias y Emergencias en el catálogo de especialidades médicas, el sistema de acreditación creado será el soporte básico para las auditorías docentes que habitualmente se llevan a cabo desde la Comisión Nacional de Especialidades. No obstante, la SEMES dispone ya de un documento específico donde se recogen los estándares de acreditación de Unidades Docentes, elaborado por la Secretaría de Formación.

La propuesta final del sistema de acreditación para su implantación en España ha sido consensuada e impulsada por el Consejo de Dirección y la Junta Directiva. Tanto los requisitos como el procedimiento de acreditación serán homogéneos para todo el territorio español con la finalidad de poder obtener la imprescindible comparabilidad y el número suficiente de centros sanitarios que haga posible su validación, evaluación y actualización de forma continuada.

Los principios o fundamentos en los que se sustenta el modelo son:

- Voluntariedad por parte del centro sanitario para acceder a la acreditación.
- Credibilidad y objetividad del proceso.

- Adecuación de los requisitos del sistema (criterios, procedimientos de evaluación, resultados,...) a la realidad sanitaria de nuestro país.
- Independencia, credibilidad y capacidad de generar consenso del Órgano acreditador.

La implantación efectiva del sistema ha requerido por un lado del apoyo de los *profesionales sanitarios*, al ser éstos los que realizan la prestación de los servicios sanitarios y, por otro, de las *Administraciones Sanitarias* respectivas, que son las responsables de garantizar a los ciudadanos la calidad de la asistencia.

Como cualquier otro, el sistema de acreditación tiene, por tanto, tres elementos fundamentales:

- Un organismo acreditador: SEMES.
- Un manual de estándares, que incluye los requisitos para obtener la acreditación en cada tipo de Servicio.
- Un proceso de evaluación.

En la elaboración de los criterios del sistema de acreditación se han tenido en cuenta los requisitos de otras entidades como sociedades científicas o fundaciones que han hecho aportaciones científicas en este tema. De igual modo, los criterios son respetuosos y se subordinan a las regulaciones administrativas de las distintas Administraciones Públicas del Estado Español y de sus Comunidades Autónomas, así como de los países miembros de la Unión Europea.

ORGANISMO DE ACREDITACIÓN

Estructura organizativa

El sistema de acreditación se estructura dentro de la SEMES y, por tanto, la Junta Directiva de la misma ejerce la máxima autoridad tanto en las decisiones estratégicas, como en cualquier situación en la que considere conveniente intervenir. Su estructura organizativa se basa en la existencia de:

- 1) Una Secretaría de Acreditación.
- 2) Un Comité de Acreditación.
- 3) Grupos de Trabajo establecidos para cada programa específico de acreditación.
- 4) Cartera de evaluadores.

1.- Secretaría de Acreditación, Calidad y Gestión Clínica

El departamento de la SEMES que se ocupa de toda la actividad administrativa en materia de acreditación es la Secretaría de Acreditación.

Está ubicada en la sede de la SEMES en Madrid.

Composición

La Secretaría de Acreditación, Calidad y Gestión Clínica, en adelante Secretaría de Acreditación, está constituida inicialmente por:

- El responsable de la Secretaría.
- Un responsable de cada uno de los programas de acreditación: servicios de urgencias de hospitales, emergencias y urgencias en Atención Primaria.
- Un administrativo que actúa de secretario.

El responsable de la Secretaría de Acreditación depende directamente de la Vicepresidencia de Gestión del Conocimiento de la SEMES.

Funciones

- Gestiona las solicitudes de acreditación de los servicios sanitarios interesados.
- Coordina de forma operativa las auditorías de los servicios sanitarios que soliciten su acreditación y participa directamente en su realización, cuando así se estime necesario.
- Mantiene el registro de evaluadores disponibles para cada programa.
- Designa el equipo evaluador en cada caso de entre el total de evaluadores disponibles y elegibles siguiendo las directrices establecidas por el grupo de trabajo correspondiente y a uno de sus miembros como responsable del equipo evaluador.
- Dispone de una cartera de asesores para que acompañen durante el trabajo de campo o ayuden en lo que se les demande a los equipos de auditores, cuando éstos lo soliciten.
- Revisa, en colaboración de los Subsecretarios respectivos, los informes que eleven los equipos de evaluación sobre las auditorías realizadas.
- Coordina la actividad del Comité de Acreditación y de los Grupos de Trabajo específicos de cada Subsecretaría.
- Coordina su actividad con la de otras entidades de acreditación nacionales que estén trabajando en este campo y en caso de considerarse oportuno, con otras internacionales.
- Promueve, planifica y organiza Cursos de Formación de Evaluadores, así como actividades relacionadas con la acreditación y con la mejora de la calidad asistencial.
- Actualiza sistemáticamente la bibliografía específica sobre acreditación de centros y servicios sanitarios y la pone a disposición de las personas y profesionales interesados.
- Participa en actividades científicas, de investigación y de docencia en este campo, que tengan lugar tanto en España, como en Foros Internacionales.
- Mantiene permanentemente actualizado el Registro de Servicios Sanitarios acreditados y en proceso de acreditación.
- Informa puntualmente de las actividades llevadas a cabo a la Vicepresidencia 2ª de la SEMES.
- Otras funciones que la Junta Directiva de la SEMES considere oportunas.

2.- Comité de Acreditación

El Comité de Acreditación tiene como principales cometidos el refrendar las normas generales a seguir en el proceso de acreditación, la ratificación de los informes de los evaluadores y la de dirimir en última instancia, de forma transparente e independiente, en los desacuerdos que puedan surgir durante el proceso de acreditación.





Composición

El Comité de Acreditación, está constituido por:

- El responsable de la Secretaría de Acreditación.
- Los titulares de las 5 Subsecretarías o personas que los representen de los Grupos de Trabajo específicos correspondientes.
- Cuando es necesario, un experto en sistemas de calidad y acreditación de servicios sanitarios que actúa con voz, pero sin voto.

El titular de la Secretaría de Acreditación actúa como presidente del Comité.

Funciones

- Revisión, mantenimiento, actualización y modificación cuando sea necesario, del manual de acreditación para asegurar su eficacia, imparcialidad y transparencia.
- Ratificación del Manual de Estándares existente para cada programa específico, una vez aprobado por el Grupo de Trabajo correspondiente.
- Mantenimiento de la homogeneización del sistema en aquellos aspectos en los que técnicamente sea aconsejable en todos los tipos de programas.
- Ratificación de las propuestas de acreditación de la Secretaría de Acreditación.
- Conocimiento y aprobación de las líneas generales de actuación de la Secretaría de Acreditación.
- Pronunciamiento ante situaciones difíciles o conflictivas, cuando así lo indique la Junta Directiva de la SEMES.
- Dirime en caso de apelaciones de los responsables de los servicios sanitarios, por desacuerdo con decisiones de acreditación.
- Otros asuntos, por indicación de la Junta Directiva de la SEMES.

Funcionamiento del Comité de Acreditación en las tareas específicas

El funcionamiento del Comité de Acreditación en las tareas específicas es básicamente el siguiente:

1. **Ratificación de los informes finales de acreditación de los Servicios solicitantes.** La Secretaría de Acreditación remitirá al Subsecretario correspondiente el informe final de acreditación del Servicio para su evaluación y aprobación de sugerencias, previa a la reunión ordinaria del Comité de Acreditación. En dicha reunión el informe de acreditación será evaluado y en su caso ratificado por sus integrantes.
2. **Pronunciamiento en casos de apelaciones por parte del Servicio solicitante.** La Secretaría de Acreditación remitirá al Subsecretario correspondiente, toda la documentación al respecto así como el informe de apelación del Servicio solicitante. El Comité de Acreditación podrá solicitar, además, otros informes a los organismos y expertos que considere oportunos. El Comité de Acreditación evaluará la apelación durante su reunión ordinaria y decidirá la aceptación o no de la misma, informándose por escrito al Servicio solicitante y a la Secretaría de Acreditación. Los posibles casos de apelación son los siguientes:

a) Cuando la solicitud inicial de acreditación sea denegada por la Secretaría de Acreditación y exista una reclamación por parte del Servicio solicitante.

b) En caso de objeciones con respecto al equipo de evaluación designado. El Servicio correspondiente enviará un informe al Comité de Acreditación acerca de las causas del desacuerdo.

c) En el caso de objeciones por parte del Servicio solicitante con respecto al informe final de acreditación:

1. El Servicio solicitante enviará un escrito al Comité de Acreditación, explicando las razones de su desacuerdo. Este escrito debe ser remitido en los 14 días siguientes a la recepción del informe resumen de la evaluación.

2. El Comité de Acreditación analizará el informe de apelación del Servicio solicitante, pudiendo finalmente acordar lo siguiente:

- La apelación es aceptada, para lo cual remitirá un informe al Servicio solicitante informándole de ello.
- La apelación es denegada. El Comité de Acreditación remitirá un informe al Servicio solicitante en el que se justifique el motivo.
- La apelación necesita de una reevaluación. En este caso, una vez realizada la reevaluación correspondiente, el Comité de Acreditación informará de manera justificada al Servicio solicitante si la apelación es aceptada o denegada.

El informe que emita el Comité de Acreditación sobre una apelación determinada de un Servicio se considerará como definitivo, no admitiéndose nuevas apelaciones sobre la misma cuestión.

d) En los casos de suspensión de la acreditación de un Servicio. La Secretaría de Acreditación puede anular la acreditación tras consulta y consenso con el Comité de Acreditación basándose en la aparición de un suceso de suficiente relevancia.

3. **Pronunciamiento en el caso de situaciones difíciles o conflictivas.** Este se realizará a través de un informe escrito y ratificado por todo el Comité de Acreditación o bien, si se considera necesario, tras una convocatoria extraordinaria del Comité para su valoración.

4. **Revisión anual y en su caso ratificación de las normas generales de actuación en el proceso de acreditación.** Para ello, el Comité de Acreditación designará entre sus miembros un grupo de trabajo que revisará y en su caso actualizará anualmente estas normas, las cuales luego serán sometidas al Comité para su eventual aprobación.

Dependencia

El Comité de Acreditación depende de la Junta Directiva a quien debe dar puntual cuenta de todas sus acciones.

Desarrollo de las reuniones

1. Periodicidad de las reuniones

Las reuniones del Comité de Acreditación de carácter extraordinario serán convocadas por el Secretario del Comité a instancias del Presidente del mismo, cuando existan asuntos de suficiente entidad que lo justifiquen.

Criterios de funcionamiento

Evidentemente, cada Grupo de Trabajo funciona de acuerdo a sus características específicas, tipo de programa e integrantes, pero posee unas normas básicas de funcionamiento que son iguales para todos ellos que son las siguientes:

1. Revisión y actualización bianual de los Estándares de Acreditación específicos del programa del que es responsable el grupo. Una vez actualizados serán ratificados por el Comité de Acreditación y remitidos a los miembros de la SEMES para su difusión.
2. Ratificación de los informes finales de acreditación de los Servicios solicitantes: la Secretaría de Acreditación remitirá al responsable de la Subsecretaría correspondiente, el informe realizado por el equipo de evaluación de los Servicios que hayan sido evaluados. Dicho informe, será revisado y en su caso ratificado por el Grupo de Trabajo antes de su presentación al Comité de Acreditación.
3. Planificación y definición de los contenidos de los cursos de formación de evaluadores, sesiones de auto-formación y materias docentes que sean convenientes para el funcionamiento del sistema de acreditación.
4. Establecimiento de criterios de selección y nombramiento de equipos de evaluadores, así como el mantenimiento del listado de estos a disposición de la Secretaría de Acreditación.
5. Pronunciamiento en el caso de apelaciones por parte de los Servicios. La Secretaría de Acreditación enviará el informe de acreditación correspondiente así como el de apelación realizado por el Servicio solicitante. El Grupo de Trabajo deberá realizar un informe antes de ser evaluado por el Comité de Acreditación.

Dependencia

Los diferentes grupos de trabajo dependen de la Subsecretaría correspondiente. Deben dar puntualmente cuenta de todas sus acciones a la Secretaría y a la Junta Directiva.

Desarrollo de las reuniones**1. Periodicidad de las reuniones**

Las reuniones del Grupo de Trabajo de carácter extraordinario serán convocadas por el Secretario del Grupo a instancias del Presidente del mismo, cuando existan asuntos de suficiente entidad que lo justifiquen.

Este Grupo se reunirá de forma preceptiva un mínimo de una vez al año en convocatoria ordinaria.

2. Asistencia

Las reuniones de los Grupos de Trabajo se establecerán siempre con la asistencia de al menos la mitad más uno de sus integrantes.

Este Comité se reunirá de forma preceptiva un mínimo de una vez al año en convocatoria ordinaria.

2. Asistencia:

Las reuniones del Comité de Acreditación se establecerán siempre con la asistencia de al menos la mitad más uno de sus integrantes y será preceptivo que se encuentre presente el representante del Grupo de Trabajo del programa al que pertenece el Servicio sobre el que vaya a valorarse su acreditación o se plantee algún tipo de apelación.

Renovación del Comité

Los vocales del Comité de Acreditación serán renovados cada vez que se renueve la composición de la Secretaría o Subsecretarías.

3.- Grupos de Trabajo

Los Grupos de Trabajo de cada programa específico dan el apoyo técnico necesario al Sistema de Acreditación. Sus labores fundamentales son la actualización periódica de las guías de acreditación, la revisión de los informes de acreditación de los Servicios ya evaluados antes de su ratificación por el Comité de Acreditación y la formación de auditores.

Existirá un Grupo de Trabajo por cada tipo de programa de acreditación.

Composición

- Coordinador de grupo: el responsable de la Subsecretaría.
- 5-7 expertos, designados por el coordinador de grupo. Su selección se basará en la especialización documentada y el interés profesional para la tarea. Se recomienda la participación multidisciplinaria dependiendo del programa a evaluar.
- Cada miembro del Grupo de Trabajo reunirá los requisitos para ser evaluador según se especifica más adelante en, por lo menos, una de las tres categorías: Urgencias Hospitalarias, Emergencias y Urgencias en Atención Primaria.

Funciones

- Actualización permanente de los Estándares de Acreditación del programa específico del que es responsable cada Grupo de Trabajo.
- Revisión, junto con la Secretaría de Acreditación, de los informes que eleven los equipos de evaluadores como resultado de una inspección y elaboración de las recomendaciones de acreditación basadas en los mismos.
- Planificación y definición de los contenidos de los Cursos de Formación de auditores, sesiones de auto-formación y materias docentes que sean convenientes para el funcionamiento del sistema de acreditación.
- Establecer los criterios de selección y designación de equipos de evaluadores para los diferentes casos que puedan presentar y realizar el registro y listado.
- Otras funciones que puedan asignarles tanto el Comité de Acreditación como la Secretaría de Acreditación.



Renovación de los Grupos de Trabajo

La composición de los Grupos de Trabajo se renovará cuando lo considere conveniente el responsable de la Subsecretaría correspondiente.

4.- Equipos de evaluación

Existirá una cartera de evaluadores para cada tipo de programa específico de acreditación. Su labor es la de realizar las evaluaciones de los Servicios durante el proceso de acreditación.

Composición

Los equipos de evaluación serán designados ante una solicitud de acreditación, por la Secretaría de Acreditación de entre el total de evaluadores disponibles y elegibles. Estos equipos de evaluación estarán formados por:

- Dos evaluadores, actuando uno de ellos como responsable del equipo de evaluación. Los evaluadores seleccionados realizarán su labor en centros ubicados en Comunidades Autónomas diferentes de la del Servicio solicitante.
- Un miembro de la Secretaría de Acreditación, como personal de apoyo logístico y administrativo.
- Podrá acompañar al equipo algún experto que se encuentre en proceso de obtener la capacitación como evaluador.
- Excepcionalmente un asesor, si se considera necesario.

Con una finalidad docente en un campo específico, pueden acompañar al equipo de evaluación, personal técnico, diplomados de enfermería, médicos residentes u otros facultativos del staff con permiso previo del Director del Centro Sanitario solicitante. Estas personas no podrán desarrollar de forma independiente ninguna parte de la evaluación.

- a) Evaluadores
- Los criterios mínimos que debe reunir un candidato a evaluador, son los siguientes:
 - Disponer de 5 años de experiencia laboral documentada en el tipo de Servicio que se va a acreditar.
 - Haber obtenido la capacitación específica para ser evaluador de los programas de acreditación de servicios sanitarios en el área a evaluar.

b) Asesores:

Podrán formar parte del equipo de evaluación técnicos con especialización particular en el área de criterios y procesos de evaluación, auditoría o acreditación.

Funciones y obligaciones

- Realización de las auditorías de los Servicios, cuando así se les solicite.
- Mantener la confidencialidad sobre los datos obtenidos de un determinado Servicio durante y después del proceso de evaluación.



- Observar la imparcialidad necesaria para realizar de forma satisfactoria la evaluación de los Servicios.
- Participar en los cursos de formación de evaluadores.
- Colaborar activamente en la formación de los nuevos evaluadores que se encuentren en período de obtención de la capacitación y que acompañen a los evaluadores durante el proceso de auditoría de un Servicio.

TIPOS DE ACREDITACIÓN

1. Evaluación inicial: es la evaluación de un Servicio solicitante para acreditarse por primera vez.

2. Renovación de la acreditación: es una evaluación de un Servicio ya acreditado. Ésta se realizará igualmente *in situ* cada 3 años.

3. Reevaluación: es la que se realiza cuando una evaluación anterior reveló importantes y/o numerosas deficiencias que requieren una corrección antes de la acreditación.

Pueden darse dos tipos:

- **Reevaluación general:** la necesidad de este tipo se establece y se decide por la Secretaría de Acreditación y el Grupo de Trabajo ante las recomendaciones del equipo de evaluación. Será realizada por un equipo diferente del que hizo la original.

- **Reevaluación focal:** es una evaluación *in situ* de un número limitado de deficiencias detectadas en otra anterior y que ha requerido correcciones previas a la acreditación o a la renovación de la misma.

4. Evaluación especial: es una evaluación no programada, ni anunciada, fuera de la rutina periódica (3 años), que se realiza a un Servicio acreditado como respuesta de la Secretaría de Acreditación y el Comité de Acreditación a un informe o denuncia sobre el hecho de que el Servicio no está o puede no estar actuando conforme con los criterios.

También podrá utilizarse al azar, a un reducido número de Servicios previamente acreditados para hacer un seguimiento de la acreditación a instancias de la Secretaría de Acreditación y/o Comité de Acreditación.

PROCESO DE ACREDITACIÓN

Para obtener la acreditación de un Servicio son necesarios los siguientes pasos:

1. Solicitud de la acreditación inicial por parte del Servicio.
2. Cumplimentación por parte del responsable del Servicio de que se trate (Jefe, Coordinador, Director) del listado de comprobación.
3. Realización de una evaluación por el equipo evaluador designado.
4. Informe de acreditación del Servicio por 3 años o sobre las deficiencias o recomendaciones.

1. Acreditación inicial

Tramitación de la solicitud

1. El responsable del Servicio solicitante comunicará a la Secretaría de Acreditación, su interés en acreditarse.
2. La Secretaría de Acreditación enviará a dicho Servicio el impreso de solicitud de acreditación inicial.
3. Este impreso de solicitud inicial de acreditación una vez cumplimentado, se remite desde el Servicio a la Secretaría de Acreditación. Es imprescindible adjuntar la aceptación por parte de la Dirección del Hospital, Centro, Distrito o Gerencia de Atención Primaria correspondiente.
4. Una vez recibida la solicitud inicial debidamente cumplimentada en la Secretaría de Acreditación, es revisada la plena cumplimiento de la misma, pudiendo consultar con el Grupo de Trabajo correspondiente.
5. Una vez revisada esta documentación inicial, se podrá informar de lo siguiente:

- a) La solicitud inicial es aceptada. En este caso, la Secretaría de Acreditación, enviará al Servicio solicitante el Manual de Estándares de Acreditación del programa que corresponda, el listado de comprobación y el listado de documentación necesaria.
- b) La solicitud inicial está incompleta, en cuyo caso se solicitará por escrito al Servicio correspondiente la información que haya resultado insuficiente.
- c) La solicitud de acreditación inicial es denegada, en cuyo caso se enviará un informe al Servicio sobre las causas por las que no puede ser aceptada.

Si el Servicio solicitante no está de acuerdo con esta determinación, podrá apelar por escrito en el plazo de 30 días a la Secretaría de Acreditación.

Evaluación inicial

1. El responsable del Servicio solicitante cumplimentará con precisión todos los puntos del listado de comprobación y preparará copias de todos los documentos requeridos. Esta información, así como el listado de comprobación cumplimentado, será remitida a la Secretaría de Acreditación.
2. La Secretaría de Acreditación comprobará que la cumplimentación del listado de comprobación sea la adecuada y preparará una copia para su archivo. Notificará al Servicio solicitante si se acepta o no.
3. Una vez aceptado para la realización de la evaluación, el Servicio solicitante habrá de abonar la cantidad estipulada para llevar a cabo el proceso.

La Secretaría de Acreditación designará al equipo de evaluación de entre el total de evaluadores disponibles y elegibles, nombrando a uno de ellos como responsable del mismo. En los criterios de selección de los evaluadores seleccionados se incluirá la experiencia y capacitación del evaluador en el programa a auditar.

Se asegurará que los evaluadores no inspeccionen la misma Unidad más de 4 veces en un periodo de 12 años. Además, se evitará que en ese intervalo programado de tiempo se realicen evaluaciones recíprocas: una evaluación recíproca es aquella en la cual un evaluador audita un Servicio en la que trabaja un segundo evaluador que a su vez audita al Servicio de origen del primero.

4. Se notifica al responsable del Servicio solicitante los nombres de los miembros del equipo de evaluación con antelación. Si el responsable del Servicio solicitante tiene objeciones sobre la cualificación u objetividad de los evaluadores, remitirá por escrito estas objeciones al Comité de Acreditación, en el plazo de 5 días siguientes a la comunicación del equipo evaluador. Será el Comité de Acreditación quien determine la necesidad del cambio o no del equipo evaluador.
5. En el plazo de 2 semanas tras su designación, el responsable del equipo de evaluación definirá junto con el del Servicio, la fecha y horario en que se realizará la evaluación *in situ* y lo notificará a la Secretaría de Acreditación.

El responsable del Servicio solicitante asegurará que la evaluación se programe en una fecha en la que el personal clave esté disponible para poder entrevistarse con el equipo de evaluación. El concepto de "personal clave" incluye las personas necesarias para hacer que funcione la actividad para la que se solicita acreditación. Además del responsable del Servicio, estarán los de las áreas que van a ser inspeccionadas incluidas en el alcance de la acreditación solicitada.

6. El responsable del Servicio debe estar disponible durante la evaluación, pero puede designar a un miembro de su equipo, que responda a las preguntas, acompañe al equipo evaluador y que pueda recuperar cualquier documento que se precise.
 7. La evaluación *in situ* tendrá lugar siguiendo la programación. El equipo de evaluación habrá de verificar el cumplimiento por el Servicio solicitante de todos los criterios incluidos en el listado de comprobación y rellenar la parte destinada al evaluador con el resultado de dicha verificación.
- Asimismo, el equipo de evaluación solicitará a los responsables del Servicio aquella documentación que sea considerada como necesaria en el listado de comprobación.
8. Los miembros del equipo de evaluación cumplimentarán el listado de comprobación y los temas dudosos se analizarán conjuntamente para tomar una decisión.

9. Terminada la evaluación, el equipo se reunirá con el responsable del Servicio y con cualquier otro personal clave invitado por éste. El equipo de evaluación presentará sus observaciones de forma resumida incluyendo cada uno de los apartados en los que





tiene la intención de identificar algún aspecto como una deficiencia o una recomendación para la acreditación.

- a) Se establece una **DEFICIENCIA** cuando a un apartado del listado de comprobación se responde "NO" y el criterio aplicable es obligatorio y está identificado con una "O".

Todas las deficiencias deben ser corregidas y la corrección documentarse ante la Secretaría de Acreditación (por ejemplo, aportando copias de registros, fichas o procedimientos nuevos, etc.) antes de que se conceda la acreditación.

- b) Se establece una **RECOMENDACIÓN** cuando a un apartado del listado de comprobación se responde "NO" y en el criterio aplicable es recomendable y está identificado con una "R". Cada uno de estos apartados anotados durante la inspección requiere una respuesta del responsable del Servicio, con una explicación razonada que justifique ese modo de proceder, pero no implica de forma imperativa un cambio de procedimiento. La existencia de recomendaciones no supone que el Servicio no pueda alcanzar la acreditación, pero a juicio del equipo evaluador, un número determinado de recomendaciones o si éstas son de suficiente relevancia, podrá derivar en la propuesta de no acreditación.

10. El listado de comprobación cumplimentado y firmado por el equipo evaluador será devuelto a la Secretaría de Acreditación, junto a ello, el equipo evaluador enviará también un informe sobre los datos obtenidos durante la evaluación. Las conclusiones del equipo evaluador son solamente propuestas y no vinculan a la Secretaría de Acreditación.

11. La Secretaría de Acreditación revisará el informe remitido por el equipo de evaluación y en caso de considerarlo necesario, pedirá una consulta al Grupo de Trabajo correspondiente y preparará un informe a favor o en contra de la acreditación. El informe junto con cualquier documentación que considere esencial que se revise será remitido al Comité de Acreditación, que podrá ratificar la decisión.

Resultados de la evaluación inicial

Después de considerar y revisar los informes de la auditoría y el de ratificación del Comité de Acreditación y otros documentos relevantes, la Secretaría de Acreditación comunicará al Servicio solicitante una de las siguientes 6 posibles determinaciones sobre la acreditación:

1. Acreditación garantizada por tres años: no se ha detectado ninguna deficiencia o recomendación *in situ* o tras las correcciones realizadas y documentadas. La Secretaría de Acreditación envía al responsable del Servicio solicitante un certificado firmado por el Presidente de la SEMES y por el Director de la Secretaría de Acreditación, sobre la acreditación del programa específico que corresponda.

Los Servicios acreditados deben notificar a la Secretaría de Acreditación cualquier suceso o cambio importante que ocurra en el período de vigencia de la acreditación, como por el ejemplo del responsable del Servicio o de cualquier otro aspecto trascendente.

2. Se han detectado algunas deficiencias relativamente poco importantes o escasas que precisan corrección pero no reevaluación focal: en este caso la acreditación sólo se otorga,

cundo se reciben las correcciones de las deficiencias debidamente documentadas y una respuesta por escrito a las recomendaciones realizadas. Tal documentación debe aportarse, por el Servicio solicitante, en los 30 días siguientes de la notificación de las deficiencias por la Secretaría de Acreditación. Si no se recibiera, se deniega la acreditación.

En el caso de que la corrección de una deficiencia pueda precisar varios meses o más, se acepta la documentación sobre el plan de corrección de dichas deficiencias, quedando pendiente de su corrección para conceder la acreditación. En este caso, se determina que el Servicio se encuentra en proceso de acreditación.

3. Se han detectado deficiencias significativas que precisan corrección pero no una reevaluación focal: en este caso la acreditación sólo se otorga, cuando se reciben las correcciones documentadas de las deficiencias, una respuesta por escrito a las recomendaciones que se realizaron y exista un informe favorable por parte del equipo evaluador.

4. Se han detectado deficiencias significativas que precisan corrección y una reevaluación focal: sólo se concede la acreditación cuando se reciben las correcciones documentadas de las deficiencias, se realice una reevaluación focal que garantice la existencia de dichas correcciones y existe un informe favorable del equipo evaluador.

5. Se han detectado deficiencias significativas o múltiples deficiencias: en este caso es necesario realizar una reevaluación general y disponer de un informe completo de un nuevo equipo evaluador.

6. No acreditación: la Secretaría de Acreditación y el Comité de Acreditación pueden determinar que el Servicio solicitante no cumple con los criterios y/o que su plan de corrección de las deficiencias es inadecuado. En tales casos la Secretaría de Acreditación puede expedir una denegación de la acreditación o anular la acreditación si, tras una evaluación de renovación o reevaluación general o focal, determina que el Servicio no cumple con los criterios. La Secretaría de Acreditación puede también anular la acreditación de un Servicio tras consulta y consenso con el Comité de Acreditación, basándose en la aparición de un suceso de suficiente relevancia.

Un Servicio al que se le ha denegado la acreditación, o bien se le ha cancelado, tendrá derecho a apelar siguiendo los trámites que se describen más adelante.

2. Renovación de la acreditación

1. Seis meses antes de la expiración de la anterior acreditación, el Servicio comunica a la Secretaría de Acreditación su intención de renovarla. La Secretaría de Acreditación enviará al responsable del Servicio el Manual de Estándares de Acreditación vigente para su cumplimiento.

2. El responsable del Servicio a reacreditar cumplimenta la parte que le corresponde del listado de comprobación y lo devuelve a la Secretaría de Acreditación.

3. El resto del proceso sigue de forma similar al de la acreditación.

2. Apelación al equipo evaluador designado.

Si el responsable del Servicio solicitante tiene objeciones sobre la cualificación u objetividad de los evaluadores, remitirá estas objeciones al Comité de Acreditación, por escrito, en el plazo de 5 días siguientes a la comunicación del equipo evaluador. Será el Comité de Acreditación quien determine la necesidad del cambio o no del equipo evaluador.

3. Apelación de la denegación de la acreditación inicial, reacreditación o anulación de una acreditación ya concedida.

Un Servicio al que se le ha denegado o anulado la acreditación tiene derecho a iniciar un proceso de apelación:

- El Servicio solicitante puede enviar un escrito al Comité de Acreditación, explicando las razones de su desacuerdo en cualquier apartado señalado como deficiencia o como recomendación. Este escrito debe ser remitido al Comité de Acreditación en los 14 días siguientes a la recepción del informe resumen de la evaluación.
- El Comité de Acreditación analizará el informe de apelación del Servicio solicitante, pudiendo acordar lo siguiente:
 - La apelación es aceptada, para lo cual remitirá un informe al Servicio solicitante informándole de ello.
 - La apelación es denegada. El Comité de Acreditación remitirá un informe al Servicio solicitante en el que se justifique su denegación.
 - La apelación necesita una nueva reevaluación. En este caso, una vez realizada la reevaluación correspondiente, el Comité de Acreditación informará de manera justificada al Servicio solicitante si la apelación es aceptada o denegada.

El informe que emita el Comité de Acreditación sobre una apelación determinada de un Servicio se considerará como definitivo, no admitiéndose nuevas apelaciones sobre la misma cuestión.

ESTÁNDARES (O CRITERIOS) DE ACREDITACIÓN

En el apartado siguiente de este documento se describen los estándares o criterios específicos para el programa de acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitales.

Dado que en este manual la descripción del criterio lleva implícita la consecución del mismo como obligatoriedad de cumplimiento o recomendación, se ha preferido mantener el término estándar en el título del Manual, aunque en el texto se utiliza indistintamente "criterio" o "estándar".

Los criterios se han agrupado en funciones clave para las organizaciones. Aunque en iniciativas similares recientes de otras Sociedades Científicas se ha utilizado como índice el modelo de la EFQM, en el presente manual se ha optado por hacerlo del modo más tradicional y más conocido en el sector sanitario, con la finalidad de conseguir una lectura amigable y

3. Reevaluación

Reevaluación general

Debe incluir la evaluación de nuevo de todo el Servicio, con énfasis especial en las áreas donde se identificaron las deficiencias. Por tanto se requiere el envío de un nuevo listado de comprobación al responsable del Servicio solicitante y la asignación de un nuevo equipo de evaluación.

Reevaluación focal

Se realiza sólo a una parte del Servicio. Para ello se asigna un nuevo evaluador (sólo si se considera necesario) y éste recibe una copia de toda la documentación de la evaluación previa. No se exige un nuevo listado de comprobación; por tanto, el evaluador utiliza el original para las observaciones y el informe.

4. Evaluación especial

Es una evaluación completa o focal de un Servicio acreditado, sin que le corresponda, es decir sin haber agotado el periodo hábil de acreditación. Puede ser requerida si la Secretaría de Acreditación recibe un informe de queja o de un suceso que haga sospechar que el Servicio acreditado está incumpliendo los criterios.

APELACIÓN

1. Apelación ante negativa de tramitación de la evaluación inicial.

Si el Servicio solicitante no está de acuerdo con esta determinación, puede apelar por escrito en el plazo de 30 días a la Secretaría de Acreditación.

La Secretaría de Acreditación informará al Comité de Acreditación, enviando un escrito sobre las causas de la no aceptación, así como copia de la apelación realizada por el Servicio solicitante. El Comité de Acreditación puede solicitar otros informes a los organismos y expertos que considere oportunos. El Comité de Acreditación evaluará la apelación en su reunión ordinaria y decidirá la aceptación o no de la misma, informando por escrito al Servicio solicitante y a la Secretaría de Acreditación.

No hay derecho de apelación si la decisión de la denegación se fundamenta en alguno de los siguientes puntos:

- La solicitud es incompleta.
- El responsable del Servicio no cumple el mínimo de cualificaciones establecidas en los criterios.
- El Servicio carece de la autorización administrativa para la realización de la actividad para la que solicita la acreditación.





de fácil interpretación incluso para los profesionales con un conocimiento discreto del tema del que trata. Así, se han clasificado en los siguientes apartados:

- Requisitos generales.
- Estructura y recursos.
- Procesos y organización funcional.
- Calidad y resultados.
- Otros aspectos.
- Anexos.
- Glosario de términos.
- Bibliografía.

Cada grupo de Estándares está incluido en apartados codificados con una clave alfanumérica. El primer dígito es una letra mayúscula que identifica al apartado; los dígitos siguientes son números e identifican a los grupos de criterios dentro de los apartados y subapartados.

Al objeto de hacer homogéneo el trabajo del grupo, cada criterio contiene tres elementos:

1. **Literal del ESTÁNDAR.** Consiste en una descripción precisa del mismo que contenga los requisitos que exige en el aspecto al que hace referencia. Cuando se trata de un criterio obligatorio se incluye a continuación una "O" y en el caso de los no-obligatorios o recomendables, una "R".
2. Bajo el epígrafe **GUÍA** se incluye un texto explicativo con la extensión que se ha estimado necesaria, que define con más concreción el alcance del criterio, de tal modo que queden bien aclarados los requisitos de cumplimiento. En ocasiones, se han incorporado ejemplos sobre cómo conseguir alcanzar las exigencias del estándar e incluso referencias adicionales que facilitan la decisión de los evaluadores y la comprensión por los equipos solicitantes de la acreditación y de otras personas interesadas en el tema.
3. A continuación y bajo el encabezado **LISTADO DE COMPROBACIÓN** se han formulado las preguntas de verificación consideradas necesarias y pertinentes para garantizar que las respuestas a las mismas permiten deducir con claridad que los requisitos especificados en cada uno de los estándares se cumplen o no por el Servicio o Unidad solicitante de la acreditación.

En la redacción de los criterios y de la guía se ha tenido en cuenta una serie de aspectos:

- En la definición del criterio se ha tratado de evitar describir el **cómo** se consigue, sino precisar el **qué** exige.
- El **cómo** se ha recogido en la guía y se ha planteado en forma orientativa, no prescriptiva.
- El literal del Estándar es lo más escueto posible. Cuando ha sido necesario se ha elaborado otro criterio, mejor que incluir más de un requisito en el mismo.
- Se ha intentado recoger en los criterios aspectos universalmente aceptados y eludir el incorporar opiniones de los redactores.
- La guía ha recogido todo aquello que soporta al criterio y que lo aclara y acota.

Criterio obligatorio

En este tipo de criterio se establecerá una **DEFICIENCIA** cuando a su correspondiente apartado del listado de comprobación se responde "NO". Esto significa que un incumplimiento en uno solo de estos criterios supone la no acreditación del Servicio / Unidad.

En el listado de comprobación se identifica con una "O". Aunque se ha tratado de evitar en la redacción que un criterio incorpore más de un requisito, cuando el criterio contenga uno o más requisitos obligatorios sólo se considerará superado cuando se cumplan todos los requisitos estipulados.

Criterio no-obligatorio o recomendable

En este tipo de criterio se establece una **RECOMENDACIÓN** cuando a un apartado del listado de comprobación se responde "NO". Cada uno de estos apartados anotados durante la evaluación requerirá una respuesta del responsable del Servicio / Unidad, con una explicación razonada que justifique ese modo de proceder, pero no implica de forma imperativa un cambio del procedimiento. La existencia de recomendaciones **no supone** la no-acreditación del Servicio / Unidad, pero a juicio del equipo de evaluar, un número determinado de recomendaciones o si éstas son de suficiente relevancia, podrá derivar en la propuesta de no-acreditación. El cumplimiento de estos criterios es recomendable y en el listado de comprobación se identifican con una "R".

Criterio no aplicable

En algún caso excepcional puede ocurrir que durante el proceso de evaluación se considere que un criterio no sea de aplicación en el Servicio / Unidad solicitante. Para este supuesto se ha recogido en el listado de comprobación una columna con la anotación "NA". Los evaluadores harán las observaciones que consideren necesarias para aclarar este aspecto.

Definiciones

Cuando se ha considerado conveniente por su importancia, necesidad de limitar su alcance, evitar confusiones con otros similares, etc., se ha incluido una definición precisa de los términos empleados, a ser posible utilizando la referencia del tesoro, diccionario o fuente. Se han incluido en el ANEXO 3 y se recogen en orden alfabético.

Criterios referentes a asistencia pediátrica

En este Manual se han consensuado con la Sociedad Española de Urgencias en Pediatría (SEUP) aquellos criterios que hace referencia a la asistencia pediátrica, distinguiendo en algún aspecto concreto que se detalla en el Manual, entre servicios que incluyen asistencia a pediatría, de aquéllos que realizan una asistencia exclusivamente pediátrica. El aspecto de la asistencia pediátrica queda ampliado con el ANEXO I, en el que se incluyen las recomendaciones elaboradas por la SEUP respecto a material e instrumental específico e indicadores.

Estándares de Acreditación

Apartado A. Requisitos generales

A1. AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA PREVIA DEL SERVICIO

EL SERVICIO DISPONE DE LA AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA PARA PRESTAR ASISTENCIA A URGENCIAS Y EMERGENCIAS, EMITIDA POR EL ORGANISMO SANITARIO COMPETENTE.

A1.1. El Servicio dispone de documentación que acredita la autorización administrativa que permita la apertura y puesta en marcha del mismo. **O**

A1.2. El Servicio cumple las normas legales y reglamentarias que le afecten en el desarrollo de sus actividades. **O**

A1.3. Las normas legales y reglamentarias que le afectan en el desarrollo de sus actividades están divulgadas y entendidas por todo el personal que trabaja en el Servicio. **O**

A2. ORGANIZACIÓN Y RÉGIMEN DE FUNCIONAMIENTO

Existe un Manual escrito que describe de forma general y clara la organización del Servicio: misión, responsable, ámbito, recursos, actividad, procesos, organigrama y otros elementos relacionados. **O**

A3. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y REGISTROS

A3.1. Existe un catálogo de modelos normalizados que incluye al menos: listado, nombre y codificación de documentos, formatos, formularios, bases de datos y otros elementos de soporte de la información. **O**

A3.2. El catálogo se ha elaborado según un procedimiento específico de control de la documentación. **R**

A3.3. Existe un control de las bases de datos que contienen información clínica de los pacientes atendidos por el Servicio. **R**

En este documento se emplea el término Servicio de Urgencias porque es el más utilizado por los hospitales para identificar al departamento específico para la atención a enfermos urgentes. Cuando sea conveniente puede entenderse también referido a Centros o Unidades de Urgencias. El término "Servicio" (mayúscula) se emplea para hacer referencia al equipo de profesionales y como equivalente al de "Unidad". En cambio el término "servicio" (minúscula) se utiliza para denominar al producto del Servicio / Unidad o sea, en general a la asistencia que se presta a los pacientes. Del mismo modo, "Unidad" (con mayúscula) para hacer referencia al equipo y espacio donde se presta el servicio y "unidad" (con minúscula) si en algún caso se menciona a un solo o único elemento de un conjunto.

29



449

Guía: A1 – A3

A1. Autorización administrativa previa del Servicio

El criterio A1.1. requiere que el Servicio disponga de un documento escrito donde conste la autorización administrativa para el inicio de su funcionamiento. Este puede ser la publicación en el Boletín Oficial del Estado, Diarios Oficiales Autonómicos, Diarios Provinciales o Actas Municipales donde se recoja la autorización de la puesta en marcha o creación del Servicio. En los hospitales públicos puede aceptarse también la existencia de memorias publicadas del hospital o del Servicio Sanitario Público de la Comunidad Autónoma respectiva y/o del Ministerio donde se incluya la actividad del centro en cuestión.

El evaluador comprobará que el Servicio hace referencia explícita en su Manual de Organización, Plan Funcional u otros documentos a las normas legales que le son de aplicación (Ley de Autonomía del paciente, Informe de Alta, Normas de la Comunidad Autónoma que regulan la organización y gestión de los centros, informes al juzgado y otras), así como el cumplimiento de la normativa que voluntariamente asuma la organización (reglamento interno del centro, normas de uniformidad, seguridad y otras). Un ejemplar de estas normas y reglamentos estará a disposición y accesible a todos los profesionales del Servicio.

Se comprobará que todos los miembros del Servicio disponen de información sobre las normas legales mencionadas anteriormente que son preceptivas, así como de las que el hospital y/o el Servicio asume como reglamento interno (se aceptará como evidencia el que se hayan distribuido entre los profesionales del Servicio o bien un acta de la sesión en la que se comunicó al equipo, donde conste la presencia de las personas que asistieron).

A2. Organización y régimen de funcionamiento

El Manual de Organización debe ser un documento general que permita al lector conocer con precisión y fácilmente cuál es el ámbito de actuación del Servicio, su cartera de servicios, organigrama, actividad desarrollada en los últimos años, plan funcional por departamentos, documentación clínica, procedimientos y protocolos de los que se dispone y otros elementos. El Plan Funcional, así como el Programa de Calidad que se mencionan en apartados posteriores son parte de éste, aunque puedan ser documentos separados del mismo por razones operativas (en este caso se hará referencia explícita en el mismo o se adjuntarán como anexos).

A3. Documentación clínica y registros

Se considera que existe un catálogo de modelos normalizados cuando se dispone de un catálogo de documentos en soporte papel y están codificados.

El catálogo de documentos clínicos debería realizarse y mantenerse según un procedimiento específico propio o del hospital (Comisión de Documentación Clínica) para el diseño, aprobación, distribución y modificación de los mismos. Esto permitirá que en cada uno de ellos conste quién lo elaboró, quién lo aprobó, cuándo entró en vigor, cuál es el alcance, cómo y quién puede utilizarlo y a quién se ha distribuido. Se considera un criterio de excelencia.

30



Se procederá de igual modo en el caso de que la historia clínica esté en soporte electrónico, debiendo existir un manual de utilidades de la aplicación informática donde consten los mismos apartados que se han mencionado para la documentación en soporte papel y la información adicional que pueda ser pertinente.

Debería existir un listado de los ficheros que existan de bases de datos clínicos de los pacientes atendidos en el Servicio, en el que conste una descripción del soporte informático empleado, así como quién lo elaboró, cuál es su contenido (campos), su finalidad (trabajos científicos, investigación, mejora de la calidad, gestión, etc.) y quién dispone del privilegio para acceder a los mismos. El control de este listado es responsabilidad del Jefe del Servicio o de aquél en quien este haya delegado, por ejemplo, el responsable de calidad.

LISTADO DE COMPROBACIÓN: A1 - A3

REQUISITOS GENERALES	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
A1.1. ¿Existe un documento donde se autorice la puesta en marcha del Servicio? O						
A1.2. ¿El Servicio cumple las normas legales y reglamentarias que le afectan en el desarrollo de sus actividades? O						
A1.3. ¿Las normas legales y reglamentarias que le afectan en el desarrollo de sus actividades están divulgadas y entendidas por todo el personal que trabaja en el Servicio? O						
A2. ¿Existe un Manual de organización escrito que describa de forma general y clara la organización? O						
A3.1. ¿Existe un catálogo de modelos de documentos normalizados? O						
A3.2. ¿El catálogo se ha elaborado según un procedimiento específico? R						
A3.3. ¿Existe un control de las bases de datos clínicos? R						

NOTA: se consignará con una "X" el nivel de cumplimiento por el Servicio de cada uno de los criterios. S = Si; N = No; N/A = no es de aplicación en ese Servicio.

Apartado B. Recursos

B1. LAS PERSONAS

PARA LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA, EL SERVICIO DE URGENCIAS CUENTA CON LOS RECURSOS HUMANOS ADECUADOS. LOS PROFESIONALES TIENEN LOS CONOCIMIENTOS Y LA FORMACIÓN ADECUADA PARA DESARROLLAR SU TRABAJO.

B1.1. Jefe¹ del Servicio de Urgencias

- B1.1.1. Existe un Jefe del Servicio de Urgencias. **O**
- B1.1.2. El Jefe del Servicio es médico y tiene una experiencia de trabajo efectivo en Medicina de Urgencias y Emergencias de al menos cinco años. **O**
- B1.1.3. El Jefe del Servicio ejerce la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito al mismo, incluyendo los facultativos de otros departamentos, cuando realicen actividad en él. **O**
- B1.1.4. El Jefe del Servicio depende directamente, tanto orgánica, como funcionalmente de la Dirección Médica o, en su caso, de la Gerencia del Hospital. **O**

B1.2. Facultativos

- B1.2.1. El Servicio dispone de personal médico para garantizar la asistencia en consultas. **O**
- B1.2.2. El Servicio dispone de personal médico para garantizar la asistencia en las salas de Observación de camas. **O**
- B1.2.3. El Servicio dispone de personal médico para garantizar la asistencia en las salas de Observación de sillones. **O**
- B1.2.4. En el supuesto de que la clasificación de pacientes sea responsabilidad exclusivamente facultativa, hay como mínimo, un médico con experiencia por turno, destinado específicamente a este fin. **O**

¹ En este documento se entenderá como Jefe de Servicio a la persona que ostenta la máxima responsabilidad de gestión clínica sobre el equipo. Quedan incluidas también denominaciones como Coordinador, Responsable de Unidad, Director de Unidad de Gestión Clínica u otras con la misma significación, siempre que cumplan con los criterios.

33



451

B1.3. Enfermería

- B1.3.1. El Servicio dispone de un enfermero responsable de la gestión de todo el personal de enfermería (diplomados y auxiliares). **O**
 - B1.3.2. El Servicio dispone de personal de enfermería en consultas en número necesario para asegurar la asistencia. **O**
 - B1.3.3. El Servicio dispone de personal de enfermería necesario para garantizar la asistencia en la sala de Observación de camas. **O**
 - B1.3.4. El Servicio dispone de personal de enfermería necesario para garantizar la asistencia en la sala de Observación sillones. **O**
 - B1.3.5. El Servicio dispone de personal auxiliar de enfermería para garantizar la asistencia en todas las áreas (consultas, observación camas y observación sillones). **O**
 - B1.3.6. En el supuesto de que la clasificación de pacientes sea responsabilidad del personal de enfermería, hay, como mínimo, un enfermero con experiencia por turno, destinada específicamente a este fin. **O**
 - B1.3.7. Existe un sistema de Control de Procesos. **R**
 - B1.3.8. Cuando existe control de procesos, hay un enfermero por turno destinado específicamente a tal fin. **O**
- #### B1.4. Personal no sanitario
- B1.4.1. El Servicio dispone de personal administrativo para garantizar el servicio durante las 24 horas de cada día. **O**
 - B1.4.2. El Servicio dispone durante 24 horas de cada día de personal de servicios generales (celadores y/u otras categorías auxiliares) en número suficiente, de modo que siempre exista al menos un celador disponible en el área de recepción de pacientes. **O**
- #### B1.5. Experiencia del personal facultativo. El 50% del personal facultativo de la plantilla del Servicio tiene experiencia documentada en la asistencia a Urgencias y/o Emergencias superior a tres años. **O**
- #### B1.6. Formación del personal facultativo
- B1.6.1. El personal médico del Servicio dispone de formación específica en Urgencias / Emergencias y cuenta con documentos acreditativos que avalan esta formación al menos en el 50% de su plantilla. **O**
 - B1.6.2. El personal médico del Servicio dispone de formación específica en Urgencias / Emergencias y cuenta con documentos acreditativos que avalan esta formación al menos en el 90% de su plantilla. **R**

34



B1.6.3. En aquellos Servicios de Urgencias cuya asistencia incluya a niños menores de 14 años se acredita formación específica en este campo al menos en el 50% de su plantilla. **O**

B1.6.4. En aquellos centros con asistencia exclusivamente pediátrica se acredita formación específica en urgencias pediátricas en el 100% del personal facultativo. **O**

B1.7. Experiencia del personal de enfermería. El 50% del personal de enfermería de la planta-lla del Servicio dispone de experiencia documentada en la asistencia a Urgencias y/o Emergencias superior a dos años. **R**

B1.8. Formación del personal de enfermería

B1.8.1. El personal de enfermería del Servicio dispone de formación específica en Urgencias / Emergencias y cuenta con documentos acreditativos que avalan esta formación. **R**

B1.8.2. El personal de enfermería del Servicio de Urgencias con asistencia exclusivamente pediátrica dispone formación específica en este campo al menos en el 50% de su plantilla. **O**

Guía B1

B1.1. Jefe del Servicio de Urgencias

El evaluador debe pedir a la organización un documento escrito donde se recoja el nombramiento de los responsables de la gestión de personal médico y de enfermería del Servicio. Debe existir un documento donde se certifique que el Jefe del Servicio tiene una experiencia de trabajo efectivo en Servicios de Urgencias igual o superior a cinco años (certificado de servicios prestados).

Debe quedar claro que el Jefe del Servicio ejerce la máxima autoridad funcional sobre todos los facultativos que trabajan en el mismo, aunque lo hagan a tiempo parcial. Esto puede evidenciarse, porque así conste en el nombramiento o, implícitamente, por ejemplo en la firma de los turnos de trabajo correspondientes o en documentos de evaluación para incen-tivos o de carácter docente en el caso de los Médicos Residentes.

El evaluador exigirá evidencias que demuestren que el Jefe del Servicio depende direc-tamente de la Dirección Médica o de la Gerencia del Hospital (organigramas del centro, me-moria del hospital o un documento elaborado *ad hoc*).

B1.2. Facultativos

El facultativo es el Médico de Urgencias, adjunto, a dedicación completa. Quedan exclu-idos, por tanto, los Médicos Residentes en formación, quienes deberán ponderarse de distinta forma para poder evaluar la carga de trabajo que pueden asumir, al objeto de calcular los re-cursos necesarios. Los Médicos Residentes de primer año no deben ser computados y los de otros cursos equivaldrían a dos residentes por un adjunto.

Respecto a los recursos humanos del Servicio de Urgencias, el centro debe poder acredi-tar de un modo razonado una dotación adecuada de personal sanitario, médicos, enfermeros y auxiliares, basándose en las fórmulas que existen en la literatura médica. Se consideran aceptables y pueden ser utilizadas como referencia las recomendaciones publicadas en la Re-vista *Emergencias* y que son coherentes con las aceptadas por organismos de reconocido prestigio como el *American College of Emergency Physicians*.

Es necesaria para la adecuada cobertura asistencial del Servicio de Urgencias, un número de facultativos y personal de enfermería que cumplan los requisitos establecidos para la asi-stencia en consulta, además de los contemplados para la asistencia en salas de observación y de sillones.

El personal médico destinado en consultas debe estar en número no inferior a un facultati-vo por cada tres visitas / hora en cada turno o bien determinarlo en función a la fórmula que recomienda el *American College of Emergency Physicians*:

$$0,37 \text{ horas x total asistencias / año} \\ \text{horas de trabajo anual contratadas}$$

En donde 0,37 horas es el tiempo medio de asistencia médica por enfermo y las horas de trabajo anual contratadas estará en función de cada institución.

Teniendo en cuentas los cálculos realizados anteriormente, en consultas, aproximadamen-te hace falta un médico adjunto por cada 4.000 pacientes asistidos / año.

El personal médico en la sala de Observación Camas debe estar en una relación al menos de un facultativo por cada 6 u 8 camas de observación y por turno, en función de la actividad y monitorización requerida en esas camas en el servicio de urgencias.

El personal médico que hay que contemplar en la sala de Observación Sillones debe estar en una relación de un facultativo entre 8 y 10 puestos por turno, en función de la actividad desarrollada en esta área.

Estos cálculos tienen una función orientativa. Si bien se propone un rango, los evaluado-res no aceptarán grandes desviaciones sobre el resultado obtenido. De existir alguna situa-ción de carácter excepcional, se hará constancia en el listado de comprobación mediante una observación específica. Por ejemplo: los cálculos que se sugieren para la obtención del número necesario de personas en cada una de las categorías profesionales se plantean sin tener en consideración las tasas de absentismo laboral que pueda soportar el Servicio de Urgencias del Hospital (SUH) a evaluar. Naturalmente, tasas de absentismo superiores al 10% de forma habitual en cualquiera de las categorías habrán de tenerse en cuenta y aña-dir al número obtenido en el cálculo anterior las personas que resulten para cubrir las ne-cesidades establecidas en los criterios correspondientes. También hay que tener en cuenta que los datos obtenidos de estos cálculos serían meramente asistenciales sin tener en cuenta investigación ni docencia.

BI.3. Enfermería

El personal de enfermería en consultas debe estar en número no inferior a una enfermera por cada 4.000 visitas / año o bien determinarlo en función a la fórmula:

$$\frac{0,37 \text{ horas} \times \text{total asistencias} / \text{año}}{\text{horas de trabajo anual contratadas}}$$

En donde 0,37 horas es el tiempo medio de cuidados de enfermería por enfermo y las horas de trabajo anual contratadas estará en función de cada institución. O sea, se admitirá la existencia de una dotación de enfermeras resultado de calcularla bien en función de visitas al año o bien en base a la fórmula anterior.

Al número de enfermeras asistenciales calculado hay que sumarle el derivado de la cobertura de 24 horas de los puestos de clasificación (si la realiza una enfermera) y control de procesos (si existe este puesto recomendado). El número de enfermeras necesarias se calcula mediante la siguiente fórmula: 8.760 horas (un puesto 24 horas) / horas de trabajo anual contratadas.

Estos cálculos tienen una función orientativa. Si bien se propone un rango, los evaluadores no aceptarán grandes desviaciones sobre el resultado obtenido.

El personal de enfermería en la sala de Observación Camas debe estar en una relación de una enfermera por cada cuatro puestos con monitorización y por cada ocho sin monitorización y por turno. El personal de enfermería en la sala de Observación sillones debe estar en una relación de una enfermera por cada 8 sillones, por turno.

El personal auxiliar de enfermería debe estar en una relación de una por cada dos enfermeras, por turno pero en el área de Observación (tanto camas como sillones) la cobertura debería ser idéntica a la de las enfermeras, es decir, una auxiliar de enfermería por cada 4 camas monitorizadas y una auxiliar de enfermería por 8 puestos si monitorización ya sean camas o sillones.

El evaluador debe confirmar la existencia o no del responsable del Control de Procesos cuya función es la de coordinar, dinamizar y asegurar la trazabilidad del proceso de atención en Urgencias, controlando la movilidad del enfermo y su historia clínica completa. Si no existe esta función en el Servicio, se cumplimentará el listado de comprobación con "NA", pero en el supuesto de existir, el evaluador comprobará que se dispone del personal de enfermería necesario en cada turno.

BI.4. Personal no sanitario

No se han encontrado referencias para el cálculo de personal no sanitario necesario para garantizar una buena asistencia en los Servicios de Urgencias de Hospitales. La experiencia indica que se precisarían al menos un celador por cada 2.500 asistencias anuales para el Área de Consultas y de un celador por cada 25 puestos de observación (camas o sillones) por turno.

37



453

En aquellos hospitales donde no exista la categoría de celadores, se aceptará por el evaluador la presencia de otro personal auxiliar que haga este tipo de tareas, aunque tenga una categoría distinta tanto en servicios sanitarios públicos, como privados.

En cuanto al personal administrativo debe estar al menos en una relación no inferior a uno por cada 7.000 – 10.000 visitas año.

BI.5., BI.6., BI.7. y BI.8. Experiencia y formación del personal sanitario

Como quiera que en gran parte de nuestro país existe ya la categoría profesional de Médico de Urgencias de Hospitales, lo que implica un reconocimiento a una actividad específica desarrollada en estos departamentos y en otros países es ya una especialidad médica, se considera imprescindible que en las plantillas de los Servicios de Urgencias exista una amplia representación de facultativos que puedan acreditar formación específica y experiencia profesional en este campo. Es por esto por lo que el personal médico y de enfermería debe acreditar con documentos su formación específica en Urgencias / Emergencias y una experiencia asistencial previa superior a tres y dos años respectivamente. Respecto a la actividad de triaje, se considera que un médico o enfermero tiene experiencia si ha realizado los cursos pertinentes exigidos por el sistema de triaje que se utilice o bien al menos un año de experiencia laboral en el Servicio de Urgencias. Tanto para acreditar la formación como la experiencia previa en Urgencias, se pedirá por el evaluador la documentación que lo pruebe (Master y diplomas en Urgencias, Certificado Médico y Enfermero de Emergencias, certificado de servicios prestados y otros). Será tenida en cuenta la formación y experiencia en pediatría en aquellos servicios que tengan en su carrera de servicios asistencia pediátrica. En los servicios de urgencias con asistencia exclusivamente pediátrica, ante la inexistencia en la actualidad de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias, para la valoración de la capacidad y formación del equipo médico, será tenida en cuenta la acreditación por parte de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), concretamente el baremo expuesto en su página web (www.seup.org).

38



LISTADO DE COMPROBACIÓN: B1.1-B1.8

	SOLICITANTE					EVALUADOR
	S	N	N/A	S	N/A	
B1.1.1. Existe un jefe del Servicio de Urgencias? O						
B1.1.2. ¿Hay un médico responsable del Servicio con experiencia de trabajo efectivo en Medicina de Urgencias y Emergencias de al menos cinco años? O						
B1.1.3. ¿Ejerce el responsable del Servicio de Urgencias la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito al mismo, incluyendo los facultativos de otros Servicios cuando realicen su actividad en él? O						
B1.1.4. ¿El responsable del Servicio depende directamente de la Dirección Médica o de la Gerencia del Hospital? O						
B1.2.1. ¿Es adecuado el número de médicos para la atención en consultas? O						
B1.2.2. ¿Es adecuado el número de médicos para la atención en Observación de camas? O						
B1.2.3. ¿Es adecuado el número de médicos para la atención en Observación de sillones? O						
B1.2.4. Si la clasificación de pacientes es realizada por un médico, ¿existe un facultativo con esta función específica, como mínimo, por turno? O						
B1.3.1. ¿Existen documentos donde quede reflejado el nombramiento del enfermero responsable de la gestión? O						
B1.3.2. ¿Tiene el Servicio enfermeros suficientes para asegurar la asistencia en consultas? O						
B1.3.3. ¿Tiene el Servicio enfermeros suficientes para asegurar la asistencia en Observación de camas? O						
B1.3.4. ¿Tiene el Servicio enfermeros suficientes para asegurar la asistencia en Observación de sillones? O						
B1.3.5. ¿Tiene el Servicio auxiliares de enfermería suficientes para asegurar la calidad de la asistencia que prestat? O						



(CONTINUACIÓN)	SOLICITANTE					EVALUADOR
	S	N	N/A	S	N/A	
B1.3.6. Si la clasificación de pacientes es realizada por una enfermera, ¿existe una enfermera con esta función específica, como mínimo, por turno? O						
B1.3.7. ¿Hay Control de Procesos? R						
B1.3.8. ¿Hay una enfermera por turno para Control de Procesos, cuando éste existe? O						
B1.4.1. ¿Dispone el Servicio de personal administrativo suficiente? O						
B1.4.2. ¿Dispone el Servicio de personal de servicios generales suficiente? O						
B1.5. ¿Tiene el personal médico del Servicio experiencia suficiente en asistencia a Urgencias / Emergencias? O						
B1.6.1. ¿Tiene el personal médico del Servicio formación específica en Urgencias / Emergencias (50%)? O						
B1.6.2. ¿Tiene el personal médico del Servicio formación específica en Urgencias / Emergencias (90%)? R						
B1.6.3. ¿Se acredita formación adecuada en asistencia pediátrica en Urgencias / Emergencias pediátrica (50%)? O						
B1.6.4. En servicio con asistencia exclusivamente pediátrica, ¿se acredita formación adecuada en asistencia pediátrica en Urgencias / Emergencias pediátrica (90%)? O						
B1.7. ¿Tiene el personal de enfermería del Servicio experiencia suficiente en asistencia a Urgencias / Emergencias? R						
B1.8.1. ¿Tiene el personal de enfermería del Servicio formación específica en Urgencias / Emergencias? R						
B1.8.2. En los Servicios de Urgencias con asistencia exclusivamente pediátrica ¿tiene el personal de enfermería del Servicio formación específica en asistencia pediátrica en Urgencias / Emergencias (50%)? O						

B2. ESTRUCTURA FÍSICA E INSTALACIONES EN GENERAL

EL SERVICIO DE URGENCIAS CUENTA CON LA ESTRUCTURA FÍSICA Y LAS INSTALACIONES GENERALES ADECUADAS PARA EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD.

B2.1. Accesos de vehículos y de peatones

- B2.1.1.** Los accesos de vehículos y de peatones son independientes. **R**
- B2.1.2.** Los accesos de vehículos y de peatones están cubiertos, claramente señalizados e iluminados. **O**
- B2.1.3.** El acceso de vehículos dispone del espacio suficiente para que puedan realizar el giro sin utilizar la marcha atrás. **O**
- B2.1.4.** Las rutas de entrada y salida de vehículos son unidireccionales, evitando el cruce de aquéllos. **R**
- B2.1.5.** La zona de recepción de vehículos tiene una altura mínima de cuatro metros y cierre por mecanismo de fotosensibilidad de puertas de entrada y salida. **R**

B2.2. Recepción

- B2.2.1.** El área de recepción tiene acceso directo a áreas específicas como Psiquiatría, Pediatría, Observación, Traumatología y otros. **R**
- B2.2.2.** El área de recepción tiene acceso directo a la sala de críticos. **O**
- B2.2.3.** El área de recepción tiene personal de seguridad adscrito al mismo. **R**
- B2.2.4.** El área de recepción con más de 100.000 asistencias / año tiene personal de seguridad adscrito al mismo. **O**
- B2.2.5.** En esta área existe un punto de información a pacientes asistidos en urgencias y familiares. **R**
- B2.2.6.** Adyacente a la entrada hay un almacén de sillas de ruedas y camillas. **O**

B2.3. Área de admisión

- B2.3.1.** Está ubicada de forma que permite la visión de la zona de entrada y acceso. **O**
- B2.3.2.** Su estructura permite la privacidad para información confidencial. **O**
- B2.3.3.** El espacio de cada puesto es como mínimo de tres y medio (3.5) metros cuadrados. **O**

**B2.4. Clasificación de pacientes**

- B2.4.1.** Está ubicada de forma que permita la visión de la zona de entrada y sala de espera y cerca de la sala de críticos. **O**
- B2.4.2.** Permite la privacidad para un breve examen clínico y/o información confidencial. **O**
- B2.4.3.** Permite, al menos, el trabajo simultáneo de dos profesionales en situación de pico de demanda asistencial. **O**

- B2.4.4.** Cuenta con un espacio no inferior a nueve metros cuadrados. **O**

B2.5. Sala de espera de familiares

- B2.5.1.** Está situada próxima al vestíbulo y fuera de la zona asistencial. **R**
- B2.5.2.** Está provista de teléfono, aseos, fuente de agua, bar automático y megafonía. **O**
- B2.5.3.** Dispone del espacio necesario para una espera confortable. **R**

B2.6. Área de Observación de pacientes en camas

- B2.6.1.** Tiene capacidad para atender al 10% de la demanda urgente diaria. **O**
- B2.6.2.** El espacio mínimo por cama es de 10 m². **O**
- B2.6.3.** Garantiza la intimidad del paciente, al mismo tiempo que permite el trabajo de los profesionales. **O**
- B2.6.4.** Cuando la proporción de ingresos supera el 10% de la demanda, el número de camas de Observación está incrementado de modo proporcional. **R**
- B2.6.5.** Tiene un control central que permita la visualización de todos los pacientes. **O**
- B2.6.6.** Del total de camas de Observación, el 20% están dotadas de monitorización. **O**
- B2.6.7.** Dispone de tomas de oxígeno, vacío y aire medicinal y toda la infraestructura necesaria para la utilización de dispositivos de monitorización requeridos en la atención a pacientes que requieran vigilancia. **O**

B2.6.8. Si el Servicio de Urgencias ofrece asistencia pediátrica existe un número de camas equivalente al 5% de la demanda asistencial a menores de 14 años, independiente del área de observación general y en el entorno del área pediátrica. **O**

B2.6.9. Los Servicios de Urgencias con asistencia exclusivamente pediátrica disponen de un área de observación con capacidad para el 10% de la asistencia diaria y con las mismas características de control y monitorización que en el caso de los adultos. **O**

**B2.7. Sala de Observación de pacientes en sillones**

- B2.7.1.** Existe una sala de Observación de pacientes en sillones en el Servicio de Urgencias. **R**
- B2.7.2.** Existe una sala de Observación de pacientes en sillones en aquellos Servicios con más de 200 urgencias / día. **O**
- B2.7.3.** Está en vecindad con la sala de Observación en camas. **R**
- B2.7.4.** Tiene capacidad para atender al 5 - 10% de la demanda asistencial diaria. **R**
- B2.7.5.** Tiene tomas de oxígeno, de vacío y aire medicinal y toda la infraestructura necesaria para la utilización de dispositivos de monitorización requeridos en la atención a pacientes que requieran tratamientos cortos. **O**
- B2.8. Salas especiales**
- B2.8.1.** Sala de yesos.
- El Servicio dispone de una sala de yesos que cuenta con la infraestructura necesaria para la asistencia a pacientes traumatizados que requieren inmovilizaciones y para la maniobrabilidad del personal sanitario que les asiste. Espacio mínimo 25 m². **O**
- B2.8.2.** Sala de críticos / emergencias.
- B2.8.2.1.** El Servicio dispone de una sala destinada a pacientes cuya situación vital no permitiera demora en la asistencia. **O**
- B2.8.2.2.** Tiene fácil acceso desde el exterior; desde el área de consultas y desde el área de clasificación de pacientes. **O**
- B2.8.2.3.** Tiene una superficie mayor de 25 m². **O**
- B2.8.2.4.** La sala de críticos tiene capacidad mínima para dos pacientes. **R**
- B2.8.3.** Salas de aislamiento.
- B2.8.3.1.** El Servicio dispone de sala aislamiento psiquiátrico / social. **O**
- B2.8.3.2.** La sala de aislamiento psiquiátrico / social cumple con unos requisitos técnicos mínimos. **R**
- B2.8.3.3.** El Servicio dispone de sala aislamiento para aislamiento microbiológico. **O**
- B2.8.3.4.** La sala de aislamiento microbiológico cumple con unos requisitos técnicos mínimos. **R**

B2.8.3.5. Existe una sala de aislamiento ante posible alerta de contaminación de cualquier etología (nuclear, biológica o química) que permite asistir al paciente sin que éste entre en el Servicio de Urgencia o previa descontaminación con garantía. **R**

B2.8.4. Sala de Curas y Cirugía Menor.

- B2.8.4.1.** El Servicio dispone de una sala destinada a la realización de curas y suturas. **O**
- B2.8.4.2.** El Servicio dispone de la infraestructura necesaria para realizar cirugía "limpia" y cirugía "sucia". **O**
- B2.8.5.** Sala de información a pacientes y familiares.

Existe una sala destinada a la información a los pacientes o familiares que cumple con unos requisitos mínimos. **R**

B2.9. Área de consultas

- B2.9.1.** Se dispone, al menos, de un box / consulta por cada 10.000 visitas año. **O**
- B2.9.2.** Adicionalmente, por cada 50.000 asistencias / año existe una consulta rápida destinada a la patología leve. **O**
- B2.9.3.** La superficie del espacio físico mínima por consulta es de 8 m². **O**
- B2.9.4.** El Servicio tiene identificadas las consultas para la asistencia a pacientes de especialidades: Psiquiatría y problemas sociales, Traumatología, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Otorrinolaringología y Oftalmología. **R**
- B2.9.5.** El Servicio dispone de una sala de espera de pacientes por cada área específica de consulta: Traumatología, Pediatría, banales, generales y otros. **R**
- B2.9.6.** Las salas de espera de pacientes están situadas próximas a las consultas destinadas a cada área específica, entre éstas y la recepción, excepto las de banales que pueden coincidir con la sala de espera de familiares. **R**
- B2.9.7.** El Servicio cuenta con un número suficiente, en función de los niveles asistenciales, de áreas para cuidados enfermeros con un espacio mínimo de 8 m² cada uno. **O**

B2.10. Áreas auxiliares

- B2.10.1.** El Servicio dispone de una sala de trabajo para el personal por cada cuatro facultativos y turno. **O**
- B2.10.2.** El Servicio dispone de al menos una sala de descanso de personal con el espacio adecuado. **O**

B2.10.3. Adicionalmente si en el Servicio se realizan turnos de trabajo superiores a 12 horas, se dispone de áreas confortables y específicamente acondicionadas para el descanso. **R**

B2.10.4. El Servicio dispone de una habitación con ducha para limpieza y descontaminación de personas y material de asistencia y transporte. **O**

B2.10.5. El personal del Servicio dispone de taquillas, aseo y duchas en la misma área de Urgencias o en su proximidad. **O**

B2.10.6. El Servicio dispone de almacén para medicación y fungibles. **O**

B2.11. Servicios centrales o generales ubicados en el área de Urgencia

B2.11.1. Laboratorios.

El Servicio dispone durante las 24 horas del día de la realización de determinaciones analíticas necesarias para una buena asistencia a las urgencias.

B2.11.2. El Servicio dispone de medios de transporte adecuados para las muestras cuando sea necesario. **O**

B2.11.3. Si el Servicio atiende población pediátrica, existen disponibles técnicas de micro-método. **O**

B2.11.4. Radiología.

Si el Servicio tiene un volumen total de asistencias / año superior a los 50.000 pacientes, cuenta con una zona de radiología exclusiva para pacientes urgentes con sala de espera para aquellos que su estado lo permita (pacientes ambulatorios y urgentes no-emergencia). **R**

B2.12. Otros

B2.12.1. El Servicio dispone de una secretaría administrativa, al menos en turno de mañana. **O**

B2.12.2. Se garantiza la limpieza del Servicio de Urgencias las 24 horas al día. **O**

B2.12.3. Se dispone de adecuada climatización del Servicio de Urgencias. **O**

B2.12.4. Se cumple la normativa respecto a instalaciones para asistencia a personas con movilidad reducida. **O**

B2.12.5. En las áreas donde exista estancia de pacientes pediátricos, se cumplen una serie de normas de seguridad específicas. **O**



GUÍA B.2

Al inicio de la evaluación de estos criterios es conveniente que el evaluador disponga de un plano del Servicio con el fin de poder objetivar medidas y estructura física.

B2.1. Accesos de vehículos y de peatones

La accesibilidad es una de las características básicas de cualquier sistema de salud y la accesibilidad física forma parte de ella. Por tanto, ésta debe estar garantizada para vehículos y personas, de un modo seguro y cómodo. Muy especialmente debe facilitarse el acceso seguro de los transportes sanitarios incluyendo los medicalizados como UVI móviles. Por ello, en el criterio se ha considerado una altura mínima para superar en al menos 50 cm las UVI móviles homologadas más altas, y permitiendo que éstas maniobren con facilidad sin crear situaciones comprometidas de riesgo vial, máxime en espacios en los que con frecuencia se exigen maniobras rápidas. Es por ello que se insiste en la necesidad de accesos diferenciados de peatones y vehículos, debiéndose hacer especial hincapié en la circulación de adultos con niños.

En relación con el espacio para consultas médicas, en los Servicios con grandes cambios de afluencia con carácter estacional, los cálculos se realizarán en función de la frecuentación por mes.

B2.2 – B2.4. Recepción, admisión y clasificación de pacientes

Se considera que el marco arquitectónico ideal debe incluir una adecuada distribución estructural que facilite el flujo de pacientes a sus diferentes áreas asistenciales. Este aspecto es imprescindible en referencia a la sala de críticos, a la que se debe poder acceder de manera directa facilitando al máximo su accesibilidad y de modo que tenga un impacto mínimo en el resto de áreas asistenciales.

En las áreas de recepción y admisión deben existir estructuras que garanticen la intimidad del paciente cuando es atendido. En el área de admisión puede ser suficiente con la existencia de una distancia bien señalada, para la espera de otras personas en cola o la colocación de mamparas verticales que permitan individualizar la atención cuando concurren más de una persona en los mostradores. El evaluador comprobará la existencia de estas estructuras.

El área de clasificación de pacientes tiene como misión establecer el orden de prioridad en la asistencia con el fin de atender en el menor tiempo posible al que más lo necesite. En base a esto, el área debe estar ubicada de forma que permita visualizar perfectamente el acceso al Servicio y la sala de espera de pacientes y siempre cerca de la consulta de críticos. En esta área se establece el motivo de consulta del paciente por lo que debe permitirse privacidad para un breve examen clínico y/o información confidencial.

El Servicio de Urgencias es un lugar habitual de situaciones de estrés y con frecuencia de aglomeraciones en salas de espera que ocasionalmente originan conflictos que deben ser controlados de manera eficaz y sin demora. Aunque lógicamente estas situaciones pueden ocurrir en cualquier Servicio de Urgencias, en los que tiene gran afluencia de pacientes y acompañantes estas situaciones suelen ser más frecuentes y pueden revestir mayor gravedad.



Es por ello por lo que en Servicios de grandes hospitales se exige la presencia física en el área del Servicio de Urgencia del personal de seguridad.

B2.5. Sala de espera de familiares

Dado que la permanencia de pacientes y acompañantes en los Servicios de Urgencias pueden prolongarse durante horas y aceptando que el paciente es nuestro punto central de actuación, no cabe duda de que poder proporcionar una espera adecuada tanto al paciente como a sus acompañantes o familiares, es una responsabilidad del centro sanitario, que debe quedar satisfecha y demostrada al evaluador, con salas adecuadamente dotadas para estas esperas, con el cumplimiento de los criterios requeridos.

B2.6. y B2.7. Áreas de Observación

Está ampliamente aceptada en el mundo la necesidad de disponer de una sala de Observación de pacientes que permita el control de la evolución clínica para la toma de decisiones de cara a la mejor utilización de la hospitalización. Pese a no estar tan ampliamente recogido en la literatura científica el uso de sillones alternativamente al de camas para la observación de pacientes, es una realidad su utilización en nuestro país para enfermos que se benefician de una estancia más breve, por ejemplo, para la administración de tratamiento cortos sin la necesidad de encamamiento. En general, un 15 – 20% de los pacientes que consultan, requerirán pasar algún tiempo en una sala de Observación. Es imprescindible que los pacientes dispongan en estas áreas de la suficiente intimidad que les permita estar aislados visualmente, sobre todo cuando se deben llevar a cabo maniobras de exploración física necesarias y sería deseable que este aislamiento permitiera también entrevistas en las que la anamnesis fuera lo más íntima posible. Para ello se contará con el espacio y el mobiliario requerido en los estándares citados.

B2.8. Salas especiales

El Servicio debe disponer de al menos una sala en la que se pueda realizar adecuadamente un aislamiento psiquiátrico / social y otra para infecciosos. En hospitales con escasa frecuentación de urgencias, estas salas pueden ser destinadas a usos diversos, aunque deben estar claramente identificadas y adecuadas para esta finalidad, cuando se requiera.

La sala de psiquiatría / problemas sociales debería reunir una serie de características: estar cerca de la entrada, disponer de cristales de seguridad de visión unidireccional, puertas que abran hacia fuera, luces que se accionen desde el exterior y otras medidas que permitan la asistencia con seguridad a los pacientes agitados que habitualmente se atienden en estas áreas.

El aislamiento físico de pacientes con patología infecciosa que requieren una ubicación en lugares adecuados, es hoy en día también una necesidad para la adecuada espera en los Servicios de Urgencia. Estos deben reunir una serie de requisitos como los flujos de ventilación adecuados para evitar la contaminación de otras áreas. Hay que tener en cuenta también el creciente riesgo de patologías y otros riesgos emergentes como nuevas epidemias o acciones terroristas con posibles contaminaciones de origen radioactivo-nuclear, biológico o químico (NBQ).

B2.9. Área de consultas

En relación con el espacio para consultas, en los Servicios con grandes cambios de afluencia con carácter estacional, los cálculos se realizarán en función de la frecuentación por mes.

Si bien la información clínica habitual se transmite a los pacientes en las mismas áreas o consultas donde son asistidos, en muchas ocasiones es en el Servicio de Urgencias donde a un paciente, y en la mayoría de los casos a uno o varios familiares, se les comunican malas noticias o noticias que tiene un gran componente emocional. Es conveniente que se disponga de un área para este fin y que esta sala disponga de un mobiliario sencillo y permita al menos que un sanitario y tres personas estén sentados.

Las consultas destinadas a la asistencia a pacientes de especialidades deben estar claramente señalizadas. Para ello se pueden utilizar rótulos o carteles que permitan también a los usuarios identificarlas con facilidad.

Para los cuidados de enfermería se pueden emplear las consultas utilizadas para la asistencia médica, pero en función de la demanda se hace recomendable la existencia de una consulta que puede ser destinada y adecuada específicamente para este fin.

Las consultas pediátricas deberían estar en la misma proporción en un Servicio de Urgencias pediátrico o en un Servicio de Urgencias generales que asiste niños, pero se puede aceptar que en un Servicio de Urgencias generales exista un número ligeramente menor y que en caso de necesidad existieran otras consultas que pudieran ser compartidas.

B2.10. Áreas auxiliares

Los Servicios de Urgencia desempeñan una actividad de gran responsabilidad en los servicios de salud, pero en la tarea específica de éstos cabe añadir la necesidad en la rapidez de la toma de decisiones y la imperiosa necesidad de actuar ante sucesos graves que aparecen de un modo imprevisto con gran componente de estrés emocional en la mayoría de las ocasiones y físico en muchas de ellas. En este contexto numerosos estudios muestran la necesidad de establecer periodos cortos de descanso para una adecuada recuperación que mejora la eficacia en el desempeño laboral, siendo recomendable que estas salas sean adecuadas contando a ser posible con ventilación y luz natural y relativamente separadas de las áreas de trabajo. Estas salas deberían contemplar un número de sillas adecuado a las personas que trabajan en cada turno y mesas cómodas y algún espacio para un descanso corto con comodidad como sillones o sofás. En los casos en los que las jornadas se prolongan más de 12 horas se exige un mayor acondicionamiento del área.

B2.11. Servicios centrales o generales ubicados en el área de Urgencia

Actualmente se considera imprescindible que los Servicios de Urgencias de Hospitales dispongan de la posibilidad de realizar determinaciones analíticas que, como mínimo, deben incluir los siguientes parámetros: hemograma, iones, urea, creatinina, glucemia, enzimas, sedimento y bioquímica de orina, gasometría arterial, coagulación, pruebas cruzadas, test de embarazo, determinaciones microbiológicas y de tóxicos en sangre y orina: salicilatos, paracetamol, barbitúricos y otros.

Cuando el volumen de pacientes atendidos no justifique este despliegue en el propio Servicio, debe disponer de medios de transporte de muestras adecuados (tubos neumáticos, por ejemplo), así como un terminal de ordenador que comunique los resultados desde el laboratorio central.

B2.12. Otros

La complejidad actual de los Servicios de Urgencias hace necesaria la existencia en estos departamentos de una persona encargada a tiempo completo (al menos en el turno de mañana) para realizar las funciones administrativas necesarias. Estas funciones son independientes de las correspondientes al Servicio de Admisión, por lo que se exige la existencia de personal específicamente destinado a ello, aunque en casos de Servicios con escaso volumen de pacientes podría ser compartida con otros Servicios.

La estructura física del Servicio debe estar contemplada para la correcta ubicación de los pacientes en áreas definidas que han sido descritas en los criterios anteriormente citados y de modo que se puedan llevar a cabo los citados requerimientos como intimidad de pacientes, comodidad para el desempeño de las actividades de los profesionales, limpieza del centro, climatización, etc.

La saturación de los Servicios de Urgencias en determinados picos de afluencia de pacientes es una realidad y debe estar contemplada como una situación previsible, pero es inaceptable la ubicación de pacientes fuera de estas áreas de un modo habitual o excesivamente usual, creando una ubicación de "pasillo" que acaba siendo asumida por Servicios de Urgencias mal gestionados, precariamente diseñados o en algunos casos pertenecientes a hospitales que no disponen de una adecuada previsión o control de sus estancias hospitalarias. La excesiva permanencia de pacientes en el área de Urgencias o una mal gestionada derivación de estos pacientes hacia su ubicación definitiva en áreas de hospitalización desencadenan esta situación. El equipo evaluador comprobará que esta situación de ubicación de pacientes en pasillos, si ocurre, no es más que un episodio puntual.

La necesidad de cumplir la normativa legal en cuanto a instalaciones adecuadas para el correcto movimiento de personas con discapacidad física es una exigencia en un Servicio de Urgencias, en el que, por su propia esencia, van a existir gran número de personas con movilidad reducida.

En las áreas en las que son atendidos o esperan pacientes pediátricos se deben cumplir una serie de medidas de seguridad específicas: los medicamentos y material de limpieza deben estar fuera del alcance de los niños, deben existir enchufes de seguridad o con protectores, protectores de esquinas (paredes, mesas, etc.), deben eliminarse cuerdas de persianas o similares, no deben existir juguetes u otros entretenimientos que contengan piezas pequeñas que puedan ser ingeridas o aspiradas y debe existir fuerte sujeción de todo tipo de mobiliario y aparatos que estén al alcance de los niños.



LISTADO DE COMPROBACIÓN: B2

ESTRUCTURA FÍSICA E INSTALACIONES GENERALES	SOLICITANTE					EVALUADOR						
	S	N	N/A	S	N/A	S	N	N/A	S	N	N/A	
B2.1. Acceso vehículos y peatones												
B2.1.1. ¿Son los accesos de vehículos y de peatones independientes? R												
B2.1.2. ¿Los accesos de vehículos y peatones son adecuados? O												
B2.1.3. ¿El acceso del Servicio dispone del espacio suficiente, para que los vehículos puedan realizar el giro sin utilizar la marcha atrás? O												
B2.1.4. Las rutas de entrada y salida de vehículos ¿son unidireccionales? R												
B2.1.5. ¿Tiene una altura mínima de cuatro metros y cierre de puertas de entrada y salida por mecanismo de foto-sensibilidad? R												
B2.2. Recepción												
B2.2.1. ¿Tiene el área de recepción acceso directo a áreas específicas (Psiquiatría, Pediatría, Observación, Traumatología)? R												
B2.2.2. ¿Tiene el área de recepción acceso directo al área de críticos? O												
B2.2.3. ¿Tiene esta área personal de seguridad adscrito al mismo? R												
B2.2.4. ¿Tiene el área de recepción con más de 100.000 asistencias / año personal de seguridad adscrita al mismo? O												
B2.2.5. ¿Existe un punto de información a pacientes asistidos en urgencias y familiares? R												
B2.2.6. ¿Hay un almacén de sillas de rueda y camillas con capacidad suficiente? O												
B2.3. Área de admisión												
B2.3.1. ¿Permite la visión de la zona de entrada y acceso? O												
B2.3.2.1. ¿Permite la privacidad para información confidencial? O												
B2.3.3. ¿Dispone del espacio suficiente? O												
B2.4. Área de clasificación de pacientes												
B2.4.1. ¿Permite la visión de la zona de entrada y sala de espera y cerca de la sala de críticos? O												
B2.4.2. ¿Permite la privacidad para un breve examen clínico y/o información confidencial? O												
B2.4.3. ¿Permite el trabajo simultáneo de dos profesionales? R												



(CONTINUACIÓN)	SOLICITANTE					EVALUADOR
	S	N	N/A	S	N	
B2.4.4. ¿Dispone del espacio suficiente? O						
B2.5. Sala de espera de familiares						
B2.5.1. ¿Está ubicada de forma adecuada? R						
B2.5.2. ¿Está provista de teléfono, aseos, fuente de agua, bar automático y megafonía? O						
B2.5.3. ¿Dispone del espacio suficiente para la espera? R						
B2.6. Área de Observación de camas						
B2.6.1. ¿Tiene capacidad suficiente para atender al menos al 10% de la demanda asistencial? O						
B2.6.2. ¿El espacio mínimo por cama es de 10 m ² ? O						
B2.6.3. ¿Garantiza la intimidad del paciente y el trabajo de los profesionales? O						
B2.6.4. ¿Cuando la proporción de ingresos supera el 10% de la demanda, el número de camas de modo observación está incrementado de modo proporcional? R						
B2.6.5. ¿Tiene un control central que permite la visualización de todos los pacientes? O						
B2.6.6. ¿Del total de camas de Observación, el 20% están dotadas de monitorización? O						
B2.6.7. ¿Dispone de tomas de oxígeno, vacío y aire medicinal y toda la infraestructura necesaria para la utilización de dispositivos de monitorización requeridos en la atención a pacientes que requieren vigilancia? O						
B2.6.8. En Servicios de Urgencias generales con asistencia pediátrica ¿se dispone de un área o puestos adecuados para observación de pediatría? O						
B2.6.9. En Servicios de Urgencia con asistencia exclusivamente pediátrica ¿dispone de un área de Observación adecuada al número de asistencias? O						
B2.7. Área de Observación de sillones						
B2.7.1. ¿Dispone el Servicio de una sala de sillones? R						
B2.7.2. En servicios con afluencia mayor de 200 urgencias / día ¿dispone de una sala de sillones? O						
B2.7.3. ¿Está ubicada en vecindad con sala de Observación de camas? R						
B2.7.4. ¿Tiene capacidad suficiente para la demanda? R						
B2.7.5. ¿Está dotada de la infraestructura necesaria para la atención a los pacientes que requieren tratamientos cortos? O						



(CONTINUACIÓN)	SOLICITANTE					EVALUADOR
	S	N	N/A	S	N	
B2.8. Salas especiales						
B2.8.1. ¿Es adecuada la sala de yesos? O						
B2.8.2. Sala de Críticos y Emergencias						
B2.8.2.1. El Servicio dispone de una sala destinada a pacientes cuya situación vital no permita demora en la asistencia. O						
B2.8.2.2. ¿Tiene fácil acceso desde el exterior, desde el área de consultas y desde el de clasificación de pacientes? O						
B2.8.2.3. ¿Tiene una superficie mayor de 25 m ² . O						
B2.8.2.4. La sala de críticos ¿tiene capacidad mínima para dos pacientes? R						
B2.8.3.1. ¿El Servicio dispone de una sala aislamiento psiquiátrico / social. O						
B2.8.3.2. La sala de aislamiento psiquiátrico social ¿cumple con los requisitos técnicos mínimos? R						
B2.8.3.3. ¿El Servicio dispone de una sala de aislamiento microbiológico? O						
B2.8.3.4. ¿Cumple la sala de aislamiento microbiológico unos requisitos mínimos? R						
B2.8.3.5. ¿Existe una sala de aislamiento ante posible y/o descontaminación con garantía ante alerta NBQ? R						
B2.8.4. Sala de Curas y Cirugía Menor.						
B2.8.4.1. ¿Dispone el Servicio de una sala de Curas y Suturas? O						
B2.8.4.2. ¿Dispone el Servicio de la infraestructura necesaria para realizar cirugía "limpia" y cirugía "sucia"? O						
B2.8.5. ¿Dispone el Servicio de una sala de información a pacientes y familiares? R						
B2.9. Consultas						
B2.9.1. ¿Es adecuado el número de consultas? O						
B2.9.2. ¿Existe una consulta rápida por cada 50.000 asistencias / año? O						
B2.9.3. ¿El espacio de cada una de las consultas es suficiente? O						
B2.9.4. ¿Están identificadas las consultas para la asistencia a pacientes de patologías específicas? R						
B2.9.5. ¿Existe una sala de espera de pacientes por cada área específica de consultas y próxima a ella? R						
B2.9.6. ¿Están dispuestas adecuadamente las salas de espera? R						

(CONTINUACIÓN)	SOLICITANTE					EVALUADOR				
	S	N	N/A	S	N	N/A	S	N	N/A	
B2.9.7. ¿Existen espacios adecuados para cuidados de enfermería en número suficiente y tamaño adecuado? O										
B2.10. Áreas auxiliares										
B2.10.1. ¿Dispone de salas de trabajo para el personal en número suficiente? O										
B2.10.2. ¿Dispone de sala de descanso del personal adecuada? O										
B2.10.3. ¿Dispone de áreas confortables para el descanso, si el turno es superior a 12 horas? R										
B2.10.4. ¿Dispone de una sala adecuada para descontaminación de personas y material y baño asistido? O										
B2.10.5. ¿Existen vestuarios para el personal dotados de taquillas, aseos y duchas en el área o cercanas a Urgencias? O										
B2.10.6. ¿Existe un espacio dedicado a almacén de medicación / fungibles en el propio Servicio? O										
B2.11. Servicios centrales en Urgencias										
B2.11.1. ¿Se dispone durante las 24 horas del día de la posibilidad de realización de pruebas analíticas? O										
B2.11.2. Cuando el laboratorio no se encuentra en el área de Urgencias, ¿dispone de medios de transporte de muestras adecuados? O										
B2.11.3. Si el Servicio atiende población pediátrica ¿existen disponibles técnicas de micro-método? O										
B2.11.4. Cuando el volumen total de asistencias / año es superior a los 50,000 pacientes ¿cuenta con una zona de radiología exclusiva para pacientes urgentes? R										
B2.12. Otros										
B2.12.1. ¿Hay una secretaría del Servicio? O										
B2.12.2. ¿Está garantizada la limpieza durante las 24 horas de cada día? O										
B2.12.3. ¿Se dispone de adecuada climatización del Servicio de Urgencias? O										
B2.12.4. ¿Se cumple la normativa legal en cuanto a instalaciones adecuadas a personas con discapacidad física? O										
B2.12.5. ¿Se cumplen las normas de seguridad exigidas en las áreas pediátricas? O										



B3. EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL

EL SERVICIO DE URGENCIAS SANITARIAS CUENTA CON MEDIOS TECNOLÓGICOS QUE GARANTIZAN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRESTADA AL USUARIO. ESTOS MEDIOS ESTAN EN CONTINUA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN.

B3.1. Mobiliario general

B3.1.1. El área de admisión dispone al menos de una mesa y un sillón regulable por cada puesto de trabajo, sistema informático y armarios o estanterías para el material administrativo. **O**

B3.1.2. Las salas de espera están dotadas de sillas y/o sillones y mobiliario construido de material duradero y no absorbible. **O**

B3.1.3. La zona de clasificación de pacientes tiene al menos un sillón regulable, dos sillas, una mesa, armario o estantería y algún elemento que proporcione privacidad. **O**

B3.1.4. Las consultas están dotadas al menos de un sillón regulable, dos sillas, una mesa, lavabo, estanterías y armarios. **O**

B3.1.5. En la consulta de Traumatología hay un frigorífico y al menos dos taburetes. **O**

B3.1.6. En la consulta de críticos hay frigorífico. **O**

B3.1.7. Las salas de trabajo para el personal facultativo disponen de biblioteca, mesa de reuniones, sillas en número suficiente y equipo informático. **R**

B3.1.8. El Servicio dispone de al menos una sala de descanso de personal con el equipamiento hostelero necesario (mesas, sillas, sillones, televisión, aseo, frigorífico, microondas, fregadero, teléfono y otros elementos). **R**

B3.1.9. Existe un almacén en las mismas dependencias del Servicio dotado adecuadamente. **O**

B3.1.10. La sala de observación en camas está dotada de: mesa y sillas en número suficiente, estanterías, armarios y archivadores para el material, frigorífico, fregadero, lavabo y mostrador para la preparación de la medicación. **O**

B3.2. Mobiliario clínico

B3.2.1. En el área de recepción, el Servicio cuenta con carros y camillas en número suficiente para atender a picos de demanda asistencial. **O**

B3.2.2. Cada una de las consultas y la clasificación de pacientes tiene, al menos, una camilla de transporte y si no existe posibilidad de acceso inmediato a la sala de críticos, dispone de un carro de RCP compartido por ambas áreas. **O**



- B3.2.3.** Cada una de las consultas (incluida la sala de yesos) cuenta al menos con una camilla de exploración y/o transporte y un foco de luz. **O**
- B3.2.4.** La sala de curas y suturas tiene un foco de luz fría. **R**
- B3.2.5.** La sala de observación en camas está dotada de camas móviles y articuladas, elementos que proporcionen privacidad (cortinas, bombos separadores) y al menos un carro de RCP. **O**
- B3.2.6.** Las áreas de Observación de pediatría disponen de camas con medidas de seguridad adecuadas y disponen de cunas adecuadas, constituyendo estas últimas el 50% del número de puestos para observación. **O**
- B3.2.7.** La sala de observación en sillones está dotada de sillones reclinables hasta la posición Trendelenburg. **O**
- B3.2.8.** La sala de observación en sillones tienen elementos que proporcionan privacidad (cortinas, bombos separadores). **O**
- B3.2.9.** La sala de observación está dotada al menos de una camilla móvil y articulada con sistemas de freno. **O**
- B3.2.10.** La camilla de la sala de críticos es radiotransparente. **R**
- B3.2.11.** La consulta de Traumatología dispone, además del mobiliario clínico propio de consultas, de una camilla fija preparada para la tracción y reducción de fracturas. **O**
- B3.2.12.** El Servicio está dotado de sistema informático. **R**

Guía: B3.1 - B3.2

Todas las áreas de Urgencias deben disponer de mobiliario general así como del mobiliario clínico necesario que permita llevar a cabo una asistencia sanitaria urgente adecuada. De igual modo, se debe disponer del mobiliario adecuado para proporcionar el descanso en las mejores condiciones cuando se requiera.

Se considera un requerimiento obligatorio que los pacientes que están siendo sometidos a tratamientos cortos endovenosos o inhaladores puedan ser colocados en posición de Trendelenburg si lo requieren de un modo rápido sin que sea obligado cambiarlos de ubicación para recuperar su hemodinámica.

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

El mobiliario pediátrico debe cumplir una normativa de seguridad, fundamentalmente respecto al diseño de los barrotes en cunas, cuya separación no debe ser superior a los 6 cm y en los colchones que no deben tener más de 15 cm de espesor y su cara superior no debe ser blanda para evitar ahogamientos; no debe haber más de 3 cm entre el colchón y los lados de la cuna. Cuando el colchón se coloca en la posición más baja, debe haber un mínimo de 66 centímetros entre éste y la parte superior de la baranda.

LISTADO DE COMPROBACIÓN: B3.1 - B3.2

EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL	SOLICITANTE				EVALUADOR
	S	N	N/A	N/A	
B3.1. Mobiliario general.					
B3.1.1. ¿Dispone el área de admisión del mobiliario adecuado? O					
B3.1.2. ¿Están dotadas las salas de espera del mobiliario adecuado? R					
B3.1.3. ¿Dispone la zona de clasificación de pacientes del mobiliario adecuado? O					
B3.1.4. ¿Están dotadas todas las consultas del mobiliario adecuado? O					
B3.1.5. ¿Está dotada la consulta de Traumatología adecuadamente? O					
B3.1.6. ¿En la consulta de críticos hay frigorífico? O					
B3.1.7. ¿Dispone de una sala de trabajo para el personal facultativo dotada adecuadamente (biblioteca, mesa de reuniones y equipo informático)? R					
B3.1.8. ¿Dispone de al menos una sala de descanso de personal con el mobiliario adecuado? R					
B3.1.9. ¿Existe un almacén en las mismas dependencias del Servicio dotado adecuadamente? O					
B3.1.10. ¿La sala de observación en camas está dotada de forma adecuada? O					
B3.2. Mobiliario clínico					
B3.2.1. ¿Cuenta con mobiliario clínico suficiente el área de recepción? O					
B3.2.2. ¿Cada una de las consultas y la clasificación de pacientes tiene, al menos, una camilla de transporte y si no existe posibilidad de acceso inmediato a la sala de críticos, dispone de un carro de RCP compartido por ambas áreas? O					
B3.2.3. ¿Cada una de las consultas (incluida la sala de yesos) cuenta al menos con una camilla de exploración y/o transporte y un foco de luz? O					
B3.2.4. ¿Tiene la sala de curas y suturas un foco de luz fría? R					
B3.2.5. ¿Está la sala de observación en camas adecuadamente dotada? O					
B3.2.6. ¿Disponen las áreas de observación de pediatría de camas y cunas adecuadas en cuanto a número y características? O					
B3.2.7. ¿Está dotada la sala de observación en sillones de sillones reclinables hasta la posición Trendelenburg? O					

(CONTINUACIÓN)	SOLICITANTE				EVALUADOR
	S	N	N/A	N/A	
B3.2.8. ¿La sala de observación en sillones tiene elementos que proporcionan privacidad (cortinas, biombo separadores)? O					
B3.2.9. ¿Está la sala de críticos suficientemente dotada? O					
B3.2.10. ¿Dispone la sala de críticos de una camilla de exploración radiotransparente y carro de RCP? R					
B3.2.11. ¿Está la consulta de Traumatología suficientemente dotada? O					
B3.2.12. ¿Dispone el Servicio de sistema informático? R					





B3.3. Instrumental clínico

- B3.3.1.** La sala de clasificación de pacientes dispone de: guantes de exploración, medidor de glucemia capilar, esfingomanómetro y termómetro. **O**
- B3.3.2.** La sala de clasificación de pacientes tiene fácilmente accesible: pulsioxímetro, monitor-desfibrilador y ambú. **O**
- B3.3.3.** Las consultas disponen de: esfingomanómetro, termómetro, guantes de exploración, gafas de protección ocular, mascarillas, sistemas de administración de oxígeno, aire medicinal, vacío y aspirador de vacío, negatoscopio, soporte de suero. **O**
- B3.3.4.** En las consultas están fácilmente accesibles otoscopio, oftalmoscopio, pulsioxímetro, electrocardiógrafo, balanza y tallímetro, monitor-desfibrilador y ambú. **O**
- B3.3.5.** En la sala de observación de pacientes en camas se dispone de: negatoscopios, monitorización con sistemas de alarma (SpO₂, TA, frecuencia cardíaca y respiratoria), sistema de administración de oxígeno, aire medicinal, vacío y aspiración de vacío, electrocardiógrafo, monitor-desfibrilador, carro de parada, dispositivos de ventilación mecánica, bombas de perfusión continua, marcapasos externo. **O**
- B3.3.6.** La sala de observación de pacientes en camas dispone de capnografía. **R**
- B3.3.7.** La sala de observación de pacientes en sillones: negatoscopio, fuente de oxígeno, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, pulsioxímetro, soportes de sueros. **O**
- B3.3.8.** La sala de observación de pacientes en sillones: electrocardiógrafo, monitor-desfibrilador, bomba de perfusión, marcapasos externo. **R**
- B3.3.9.** La sala de críticos está dotada con: **(O)**
- Monitorización con sistemas de alarma (SpO₂, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria).
 - Monitor – desfibrilador.
 - Electrocardiógrafo.
 - Marcapasos externo.
 - Fuente de O₂.
 - Aire medicinal.
 - Vacío y sistema de aspiración de vacío.
 - Aparato de ventilación mecánica. Dispositivos de ventilación invasivos y no invasivos.
 - Material para RCP y mantenimiento respiratorio (respirador volumétrico de transporte con funcionamiento a la red y batería).
 - Balón resucitador autoinchable tipo ambú con juego de mascarillas y sistema de válvula espiratoria. Debe contar con posibilidad de adaptación a bolsa reservorio.
 - Caudalímetros con humidificador que permitan un flujo de O₂ de 15 l/min y al menos uno que permita un flujo de 30 l/min.

- Equipo de intubación (laringoscopio de adulto con juego de palas curvas y rectas de distintos tamaños, juego de bombillas de repuesto, pinzas de Maggill (adulto y pediátrica) fadores o guías, tubos de Guedel de distintos tamaños.
- Borellas de oxígeno portátiles con tomas para respirador de transporte.
- Equipo de drenaje pleural.
- Equipo de cricotirotomía.
- Fonendoscopio adulto y pediátrico.
- Esfingomanómetro con manguitos de distintos tamaños.
- Manguitos presurizados (2).
- Bombas de perfusión continua con capacidad para dos perfusiones simultáneas.
- Medidor de glucemia capilar.
- Set de curas.
- Negatoscopio.
- Camilla de palas.
- Collarines cervicales de distintos tamaños.
- Equipo de autoprotección para el personal: batas, mascarillas, gafas, guantes, calzas.
- Contenedores para objetos punzantes (agujas) y biocontaminantes.

B3.3.10. La sala de críticos dispone de dispositivos de rescate para el manejo de la vía aérea difícil (mascarilla laríngea y Combitube) y capnografía. **R**

B3.3.11. La sala de yesos dispone de motor para cortar escayola, tijeras de yeso, cizalla, extractor, pinzas de pato, coratríos, tijeras, negatoscopio, esfingomanómetro, férulas de inmovilización tipo Braun. **O**

B3.3.12. La sala de Traumatología dispone de: fuente de O₂, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, esfingomanómetro, negatoscopio, férulas de inmovilización tipo Braun, motor para tracción transequelética, agujas de Kisser, estribos de diferentes tamaños, pesas y sistemas de polea, sistemas de tracción percutánea, collarines cervicales de distintos tamaños y tiene fácilmente accesible carro de parada. **O**

B3.3.13. La sala de curas y suturas dispone de: fuente de O₂, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, esfingomanómetro, set de curas, miniclave para esterilización de material. **O**

B3.3.14 Las áreas de pediatría están dotadas adecuadamente. **O**

GUÍA B3

Cada una de las áreas de Urgencias debe estar dotada de un equipamiento mínimo que garantice una adecuada atención urgente y/o de emergencia a los pacientes. El criterio específico los requisitos imprescindibles en cuanto a instrumental clínico.

El almacén debe disponer de espacio y de estanterías en número suficiente y diseñado con criterios ergonómicos, debiendo estar asegurado el acceso cómodo a la parte superior de las mismas.

Para la adecuada dotación de las áreas de pediatría y de un Servicio de Urgencias Pediátrico se tendrán en cuenta las recomendaciones de la SEUP en el ANEXO 1.

LISTADO DE COMPROBACIÓN: B3.3

EQUIPAMIENTO E INSTRUMENTAL	SOLICITANTE					EVALUADOR
	S	N	N/A	S	N	
B3.3. Instrumental clínico						
B3.3.1. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico el área de clasificación de pacientes? <input type="radio"/>						
B3.3.2. ¿El área de clasificación de pacientes tiene fácilmente accesible: pulsioxímetro, monitor-desfibrilador y ambu? <input type="radio"/>						
B3.3.3. ¿Están suficientemente dotadas de instrumental clínico las consultas? <input type="radio"/>						
B3.3.4. ¿Están fácilmente accesibles en las consultas otoscopio, oftalmoscopio, pulsioxímetro, electrocardiógrafo, balanza y tallímetro, monitor desfibrilador y ambu? <input type="radio"/>						
B3.3.5. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la sala de observación en camas? <input type="radio"/>						
B3.3.6. ¿Dispone de capnografía la sala de observación de camas? <input type="radio"/>						
B3.3.7. ¿Está dotada la sala de observación en sillones con negatoscopio, fuente de oxígeno, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, pulsioxímetro, soportes de sueros? <input type="radio"/>						
B3.3.8. ¿Está dotada la sala de observación de sillones: electrocardiógrafo, monitor desfibrilador, bomba de perfusión, marcapasos externo? <input type="radio"/>						
B3.3.9. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la sala de críticos? <input type="radio"/>						
B3.3.10. ¿Está dotada la sala de críticos de dispositivos de rescate para el manejo de la vía aérea difícil (mascarilla laríngea y Combitube) y capnografía? <input type="radio"/>						
B3.3.11. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la sala de yesos? <input type="radio"/>						
B3.3.12. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la sala de Traumatología? <input type="radio"/>						
B3.3.13. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la sala de curas y suturas? <input type="radio"/>						
B3.3.14. ¿Están las áreas de pediatría dotadas adecuadamente? <input type="radio"/>						





Apartado C. Organización funcional (proceso)

C1. PROGRAMA FUNCIONAL

El Servicio tiene un Plan Funcional que incluye al menos una descripción general de la estructura, organización y funcionamiento del Servicio, procedimientos, protocolos, vías o guías técnicas disponibles, responsabilidades de cada profesional y tareas a realizar en cada turno. **O**

C2. ADMISIÓN

El Servicio dispone de un departamento de admisión de pacientes, con actividad de 24 horas. **O**

C2.1. En el departamento de admisión de pacientes se registran al menos los datos de filiación, hora de llegada del paciente, diagnóstico al alta, destino del alta, médico que da el alta y número de orden o de historia clínica que permita identificar el episodio asistencial y hora del alta. **O**

C3. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

El Servicio dispone de un sistema de clasificación de pacientes. **O**

C3.1. La actividad de clasificación se mantiene durante 24 horas. **R**

C3.2. Independientemente de la extensión de la actividad durante la jornada, siempre existe un responsable de la clasificación durante 24 horas que detecta cambios en la afluencia de pacientes que hagan necesaria la clasificación de éstos. **O**

C3.3. Los profesionales que realizan la clasificación de pacientes son médicos o enfermeros. **O**

C3.4. Cuando la clasificación es realizada por enfermería hay un médico asignado para la resolución de dudas o conflictos. **O**

C3.5. Existe un sistema de clasificación adaptado para los menores de 14 años. **R**

C3.6. En un Servicio de Urgencias con asistencia exclusivamente pediátrica existe un sistema de clasificación adaptado a la población pediátrica. **O**

C3.7. El Servicio dispone de un documento que describe claramente los criterios de clasificación de pacientes en función de gravedad - prioridad y área asistencial asignada. **O**

C3.8. El proceso de clasificación recoge al menos: motivo de consulta, valoración de constantes vitales a criterio del facultativo y según protocolo escrito si se trata de enfermería, nivel de prioridad según escala y destino inmediato del paciente. **O**

C3.9. Una vez clasificado el paciente en función del motivo de consulta, se le asigna nominalmente un médico responsable de su asistencia. **R**

C3.10. Una vez clasificado el paciente en función del motivo de consulta, se le asigna nominalmente un enfermero responsable de su asistencia. **R**

C3.11. Cada paciente que inicia su proceso asistencial en el Servicio de Urgencias bien por el área de ubicación, o por asignación nominal, está asignado a un médico concreto. **O**

C3.12. En caso de médicos residentes, se les asigna la mitad de pacientes que a los adjuntos. **R**

C3.13. Existe un procedimiento de actuación descrito ante riesgo NBQ. **O**

C4. ÁREAS DE OBSERVACIÓN, SALAS ESPECIALES Y CONSULTAS

C4.1. Área de Observación de pacientes en camas

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

C4.1.1. En el área de Observación están claramente definidos y escritos los criterios de ingreso, derivación y alta. **O**

C4.1.2. El tiempo máximo de estancia en esta área no supera las 24 horas. **R**

C4.1.3. El Servicio garantiza que en todo momento los pacientes en observación tienen un médico y un enfermero asignados como responsables. **O**

C4.2. Área de Observación de pacientes en sillones

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

C4.2.1. Los criterios de ingreso en esta área de Observación están claramente definidos y escritos. **O**

- C4.2.2.** El tiempo máximo de estancia en esta área no supera las 8 horas. **R**
- C4.2.3.** El Servicio garantiza que en todo momento los pacientes en observación tienen un médico y un enfermero asignados como responsables. **O**
- C4.3. Salas especiales**
- C4.3.1.** Sala de yesos.
- El Servicio dispone de un documento que describe el funcionamiento de esta área, perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos y procedimientos técnicos de apoyo. **O**
- C4.3.2.** Sala de críticos.
- El Servicio dispone de un documento que describe el funcionamiento de esta área, perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital. **O**
- C4.3.2.1.** Los criterios de uso de esta sala están claramente definidos y escritos. **O**
- C4.3.2.2.** El tiempo máximo de estancia en esta sala no supera las 4 horas. **R**
- C4.3.2.3.** El Servicio garantiza que en todo momento la sala de críticos tiene un médico y dos enfermeros asignados como responsables. **O**
- C4.3.3.** Salas de aislamiento.
- C4.3.3.1.** Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de aislamiento microbiológico, así como del perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos de apoyo vital que pudieran ser requeridos. **O**
- C4.3.3.2.** Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de aislamiento psiquiátrico / social, así como del perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos de apoyo vital que pudieran ser requeridos. **O**
- C4.3.3.3.** Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de información a pacientes y familiares. **O**

C4.4. Consultas

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

65

C4.4.1. En aquellos Servicios de Urgencias con demanda fluctuante de carácter estacional, (cuando ésta supere frecuentemente por turno picos de 70 pacientes), existe un procedimiento escrito, por el que se habilita una consulta rápida destinada a la patología leve. **R**

C4.4.2. El Servicio tiene identificados los procedimientos y cuidados enfermeros a realizar en esta área específica y cuáles se pueden realizar en la misma consulta de exploración. **R**

C5. PROCESO ASISTENCIAL

C5.1. El Servicio dispone de una descripción del proceso total de la asistencia a los pacientes que incorpora su representación gráfica. **R**

C5.2. Este documento está disponible y fácilmente accesible para todo el personal. **R**

C6. PROCESOS CLÍNICOS

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

C7. HOJA DE ASISTENCIA

C7.1. El Servicio cumple una hoja de asistencia donde se recogen al menos los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, anamnesis, datos de la exploración física, resultados de las pruebas complementarias, juicio clínico, diagnóstico, tratamiento y destino al alta. **O**

C7.2. Las hojas de asistencia y la documentación resultante de las exploraciones complementarias se archivan y están disponibles para su revisión y uso al menos durante cinco años. **R**

C8. ALTA

C8.1. A todos los pacientes asistidos se les proporciona un informe de alta acorde a la ley vigente y a los criterios legales de rango inferior que la desarrollan. **O**

66



**C9. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y OTROS DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES**

C9.1. El Servicio obtiene el consentimiento informado en la forma en que se regula en la Ley de Autonomía del Paciente. **O**

C9.2. El Servicio garantiza la existencia y cumplimiento de aquellos documentos médico-legales de obligado cumplimiento. **O**

C10. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y OTRAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS O TERAPÉUTICAS AGRESIVAS

C10.1. El Servicio dispone de procedimientos escritos que describen el modo de practicarlos: abordaje de vías centrales, colocación de tubo torácico, punción lavado – peritoneal, punción pericárdica y otros. **O**

C10.2. Procedimientos de anestesia.

El Servicio dispone de procedimientos escritos que describen el modo de practicar los procedimientos anestésicos, consensuados al menos por el equipo del propio hospital: intubación oro y naso traqueal, protocolo de sedo – relajación, uso de hipnóticos y otros. **O**

C11. ENFERMERÍA

El Servicio dispone de procedimientos y planes de cuidados escritos, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y específica aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general. Por ejemplo, sondaje gástrico, uretral, acceso arterial y venoso, peritórax y central, lavado gástrico, vendajes, inmovilizaciones y otros. **O**

C12. HEMOTERAPIA

El Servicio acredita la existencia de procedimientos escritos, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y específica aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general en esta materia. **O**

C13. COMPLICACIONES MÉDICO-QUIRÚRGICAS

El Servicio dispone de procedimientos escritos de actuación ante las complicaciones más frecuentes, más graves o previsibles, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y específica aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general. Por ejemplo: neumotórax iatrogénico, reacciones adversas a medicamentos y otros. **O**

C14. FORMACIÓN

C14.1. El Servicio realiza docencia de postgrado. **R**

C14.2. En el Servicio se lleva a cabo docencia de postgrado. **R**

C14.3. En el Servicio se realizan periódicamente sesiones de formación continuada. **O**

C14.3.1. El Servicio realiza, al menos una vez al mes, sesiones clínicas en las que se discuten casos ciegos o aquellos que por su complejidad o rareza merezcan tal dedicación. **O**

C14.3.2. El Servicio realiza, al menos una vez al mes, sesiones bibliográficas dedicadas a comentar periódicamente los artículos de interés publicados en las revistas de mayor relevancia. **R**

C14.3.3. El Servicio realiza, al menos una vez al mes, sesiones de protocolización, introduciendo aspectos novedosos de los mismos así como posibles cambios de orientación diagnóstico – terapéutica basados en la evidencia científica. **R**

C14.3.4. El Servicio realiza, al menos una vez al mes, sesiones de mejora de la calidad en las que se analizan los resultados del mes anterior en relación con los indicadores acordados para su monitorización, así como la evaluación cualitativa de las muertes evitables, consultas y otros efectos no deseados de la asistencia. **R**

C15. INVESTIGACIÓN

El Servicio documenta la existencia de actividades de investigación, trabajos científicos, comunicaciones, ponencias, publicaciones y otros. **O**

C16. COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS SANITARIOS Y NO SANITARIOS QUE PARTICIPAN EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

El Servicio documenta la existencia de actividades de coordinación con otros servicios sanitarios y no sanitarios que participan en la atención de Urgencias y Emergencias: protocolos conjuntos, actividades de formación, medios de comunicación específicos, simulacros, talleres, etc. **O**

C17. PLAN DE CATÁSTROFES Y SIMULACROS

C17.1. El Servicio acredita la existencia escrita de un plan de actuación ante situaciones de catástrofes internas y externas. **O**

C17.2. Este plan es conocido y participado por los profesionales del equipo. **O**

C17.3. Este plan ha sido consensuado con (o al menos conocido por) otros Servicios de Urgencias y Emergencias y entidades que puedan participar en la organización de la atención a la población en situaciones de catástrofes. **O**

C17.4. El Servicio efectúa, al menos cada dos años, un simulacro o bien una evaluación básica de respuesta ante catástrofe potencial tanto sobre catástrofes internas como externas. **R**

C18 OTROS PROCEDIMIENTOS NO CLÍNICOS

C18.1. Existe un procedimiento descrito para la custodia de objetos de valor. **O**

C18.2. Existe un procedimiento descrito para el acompañamiento y ayuda a familiares de pacientes en situaciones de extrema gravedad o éxitus. **O**

C18.3. Existe un procedimiento escrito de control manejo de tóxicos. **O**

C18.4. Existe un procedimiento escrito de manejo de productos biológicos contaminados. **O**

C18.5. Existe un procedimiento escrito de colaboración con los trabajadores sociales del centro y especialmente para el cuidado de menores hasta que se haga cargo de su custodia el organismo oficial correspondiente. **O**

C18.6. Existe un procedimiento escrito de reciclaje de materiales fungibles utilizados en el Servicio acorde a las normativas de respeto al medio ambiente. **R**

C18.7. Existe un procedimiento escrito destinado al mantenimiento y reposición del instrumental clínico (incluido material fungible) y de la medicación en todas las áreas del Servicio. **O**

C18.8. Existe un responsable del mantenimiento y reposición del instrumental clínico (incluido material fungible) y de la medicación. **O**



GUÍA: C1 – C17

C1. Programa funcional

Toda organización debe disponer de un programa de funcionamiento escrito. Este programa debe ser una parte del Manual de Organización que se menciona en el apartado A 2, aunque pueda publicarse de forma separada y en un soporte diferente. En él se describe el funcionamiento del Servicio de Urgencias de forma detallada y es una herramienta fundamental para conseguir los propósitos establecidos, los objetivos a alcanzar, determinar las responsabilidades de los profesionales en cada momento y facilitar el control y corrección de posibles errores. Es un instrumento útil para el programa de acogida, orientación y formación del personal de nueva incorporación. Además, permite la evaluación del Servicio por terceros.

C2. Admisión

Hoy en día disponer de un registro de datos y la información que se deriva de ellos es una necesidad. Cada Servicio de Urgencias debe tener un departamento de admisión con capacidad de registrar durante las 24 horas un número mínimo de datos básicos del paciente, que identifique cada caso, de manera que sea recuperable para el análisis sistemático del funcionamiento del Servicio. Esta recogida de datos constituye el substrato de la información sobre la que se basarán las evaluaciones de la actividad asistencial, así como el registro para identificar los casos de estudio para investigación, docencia, mejora de la calidad y otras.

C3. Clasificación de pacientes

En los Servicios de Urgencia Hospitalarios los pacientes requieren una asistencia inmediata. Pese a que es un hecho constatado que no todos los pacientes que solicitan asistencia presentan una patología que deba ser atendida de inmediato, sí que es imprescindible identificar aquellas emergencias que se presenten. La actividad de clasificación de pacientes o triaje (para el que SEMES utiliza el vocablo triaje), es aceptada como una actividad de riesgo, por lo tanto se considera una actuación que sólo puede ser realizada por personal con capacitación específica. Todo Servicio de Urgencias debe disponer de un sistema de clasificación con personal sanitario (médicos o enfermeros), capacitado para la valoración de la gravedad o potencial gravedad de un caso. Esta disponibilidad para la clasificación no debe excluir a los Servicios en los que por su frecuencia escasa la demanda pueda ser organizada de una manera sencilla, ya que éstos deben también valorar inmediatamente por personal sanitario la gravedad de todo paciente que solicite asistencia. Esta capacidad debería mantenerse en todo momento en que el Servicio preste asistencia.

La clasificación de la patología en los Servicios de Urgencias se realiza de muy diferente manera, existiendo gran cantidad de publicaciones científicas en las que ésta se agrupa en dos, tres, cuatro o cinco grados. Hoy en día se aceptan de manera amplia como válidos aquellos sistemas estructurados que clasifican al paciente en cinco categorías de gravedad. Para evitar la confusión en esta importante actividad, se recomienda, en este Manual la utilización del Sistema Español de Triaje difundido por esta Sociedad Científica y, en cualquier caso, debe existir un documento escrito en el Servicio que refleje claramente los criterios de clasificación de los pacientes.



El evaluador debe poder acceder al documento que se utiliza para la clasificación de los pacientes con el fin de poder comprobar si se recogen los datos especificados por el criterio en este punto. Es recomendable que se asigne cada paciente a un médico de modo que cada paciente tenga desde que se inicia su asistencia (una vez clasificado) un médico responsable. En caso de que el sistema de clasificación no asigne directamente un médico a cada paciente, al menos, derivándose de la ubicación del paciente debe existir un médico responsable de cada paciente de modo que no exista duda a este respecto. El Servicio de Urgencias evaluado deberá poder demostrar que se cumple este aspecto con sus procedimientos escritos.

Es frecuente que los médicos residentes realicen tareas asistenciales en los Servicios de Urgencias en los que llevan a cabo parte de su formación. Esto no solo constituye un derecho sino un deber que se acrecienta a medida que el médico en formación profundiza en sus conocimientos y experiencia, adquiriendo progresivamente responsabilidad en sus tareas. Este hecho no puede conducir a descargar trabajo asistencial que corresponde a un médico adjunto con experiencia sobre un médico en formación, ya que se mermaría la calidad de la asistencia. El evaluador valorará en la visita el reparto de cargas asistenciales entre los médicos en formación y los adjuntos.

Hoy en día parece necesario disponer además de protocolos o procedimientos escritos para actuación adecuada ante pacientes con potencial riesgo contaminante como ante situaciones de epidemias emergentes o riesgos de acciones terroristas con posibles contaminaciónes NBO.

C4. Áreas de Observación, salas especiales y consultas

C4.1 – C.4.2. Área de Observación pacientes en camas y en sillones

En la asistencia urgente no se parte de un diagnóstico etiológico hacia un tratamiento. Las áreas de Observación de Urgencias, ya descritas desde 1988 por la *American College of Emergency Physicians*, se han constituido, aunque con variaciones entre los diferentes hospitales, en una herramienta fundamental en la asistencia en los Servicios de Urgencia Hospitalarios. En estas áreas permanecen los pacientes con diagnósticos inciertos o aquellos ya diagnosticados que precisan un control de su evolución aguda para decidir finalmente su ubicación definitiva, reduciendo tanto ingresos innecesarios como errores evitables en las altas.

Al igual que en los apartados anteriores, se hace referencia en este caso a la necesidad de existencia de documentos escritos que especifiquen las tareas y responsabilidades que se generan en esta área del Servicio de Urgencias.

Dado que la asistencia en un área de Observación es diferente al de una de hospitalización ordinaria y se persiguen diferentes fines, debería existir algún documento que demuestre que existe un control sobre el tiempo de estancia de los pacientes en estas áreas, que no debe ser superior a 24 horas.

Tal como se ha hecho referencia anteriormente, la observación del paciente en la asistencia a urgencias es fundamental. Este proceso no debe ser necesariamente de 24 horas, ya que en muchas ocasiones con un período mucho más breve puede proporcionarse un diagnóstico

o establecerse un plan terapéutico que establezca una situación urgente. Asimismo, la administración de medicación en tandas cortas en pacientes estables puede realizarse con comodidad para el paciente y ahorro de espacio en salas adecuadas para este fin. Por este motivo se recomienda la utilización de salas de sillones, aunque pueden ser válidas otras estructuras como camillas más ligeras que camas, siempre que permitan cierta comodidad, orientadas a una espera que puede prolongarse hasta en 8 horas (máximo) y que cumplan las características exigidas en el apartado en el que se hace referencia a los sillones. Las salas de sillones deben ser bien utilizadas y no deben convertirse en salas de espera donde finalmente se ubiquen pacientes que no requieren esta estructura, sino una más confortable o más dotada en otros aspectos asistenciales. Las cuestiones que hacen referencia a estas salas, quieren valorar la necesidad de una protocolización estricta de su utilización. De la misma manera que en la sala de Observación de pacientes en camas, en este caso debería existir un documento que registre la utilización de la misma en unos tiempos aceptables de permanencia que no deberían superar las 8 horas.

C4.3. Salas especiales

La esencia multidisciplinar de la medicina de urgencias obliga a la intervención habitual en estos Servicios de facultativos especialistas en otros campos. Estos deben adecuar sus tareas a las necesidades de la asistencia a urgencias, evitando la realización de técnicas que aunque son factibles en estas áreas especiales, no son apropiadas para el funcionamiento general de un Servicio de Urgencias. Por lo tanto, todas las salas en las que se desarrollen actividades médico asistenciales especiales deben tener claramente definida su utilidad y funciones para las que han sido designadas.

Este aspecto citado, merece especial atención en cuanto a la sala de críticos, donde se desarrollarán los momentos más dramáticos de la asistencia. Esta área debe disponer de un documento donde claramente queden especificadas las tareas y responsabilidades de los distintos médicos que intervendrán sobre los pacientes. Deben existir protocolos claramente redactados, de fácil acceso para los profesionales que trabajan en esta área y son responsables de la asistencia al paciente crítico y se debe velar porque no sea sobreutilizada para el estacionamiento de pacientes críticos estabizados. A este respecto, debería existir un registro de la utilización de la sala de críticos, que se muestre al evaluador, en la que quede reflejada la actividad y quede documentado que los tiempos de permanencia no son superiores a 4 horas.

En cuanto a las salas de aislamiento deben tener las características ya mencionadas en un apartado anterior y tener descritas sus funciones. Debe existir un procedimiento descrito ante posibles situaciones de riesgo NBO.

C4.4. Consultas

Se hace referencia en este punto a la necesidad de existencia de documentos escritos que especifiquen las tareas y responsabilidades que se generan en esta área de consultas.

Es habitual que en la asistencia en el Servicio de Urgencias de hospitales participe personal sanitario que no tiene una titulación específica que le acredite para el trabajo en el mis-

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS

mo. Este hecho es prácticamente la norma en el caso de los Médicos Internos Residentes. Debe plasmarse por escrito el perfil de los profesionales (Médicos Internos Residentes y Médicos Adjuntos) que están capacitados para realizar las tareas en cada área.

Debe existir una consulta rápida que atienda la patología leve o fácilmente protocolizable, permitiendo la utilización de una vía separada para estos pacientes en el Servicio de Urgencias. Esta consulta se acepta hoy en día como una herramienta de trabajo que descongestiona el Servicio mejorando su eficiencia. Debería existir una consulta de este tipo por cada 50.000 asistencias / año o bien cuando por afluencias de tipo estacional, existan periodos en los que se atiendan más de 120 pacientes / día.

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

Además debería existir un responsable por turno y área encargado de garantizar la adecuada reposición y revisión de funcionamiento de todo este instrumental clínico.

C5. Proceso asistencial

La elaboración de un documento que describa el proceso total de prestación de la asistencia, proporciona una información funcional de utilidad para el personal que desarrolla su actividad en el departamento, facilitando el planteamiento de objetivos. Este documento expresado de una manera fácilmente comprensible (a ser posible incorporando gráficos) debería estar en un lugar fácilmente visible del Servicio.

C6. Procesos clínicos

Como ejemplo de procedimientos realizados en los Servicios de Urgencias Hospitalarios, que deberían estar protocolizados, se pueden citar los siguientes:

PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES EN URGENCIAS (modificados de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*)

- Manejo inicial de pacientes con fracturas, quemaduras, politraumatizados (incluyendo traumatismos craneoencefálicos, trauma abdominal y trauma torácico), lesiones de la mano, cabeza, intoxicaciones, mordeduras de animales, heridas por armas blancas, armas de fuego y otros problemas agudos
- Síndrome coronario agudo
- Enfermedad cerebro-vascular aguda
- Resguerdización de patología pulmonar obstructiva crónica
- Fibrilación auricular
- Reanimación cardiopulmonar (RCP)
- Dolor abdominal agudo
- Manejo de emergencias pediátricas
- Transfusiones

- Clasificación de pacientes (Triage)
- Protocolos de cuidados de enfermería
- Circuitos de laboratorio y radiodiagnóstico
- Consultas a especialistas
- Información a pacientes familiares y acompañantes
- Tratamientos permitidos en la Unidad, incluyendo los procedimientos no realizados por personal médico
- Ingresos y altas de pacientes
- Traslados inter-hospitalarios
- Procedimientos pediátricos
 - Síndrome febril en el lactante
 - Dificultad respiratoria aguda
 - Diarrea / deshidratación
 - Analgésia y sedación
 - Alteración del nivel de conciencia. Convulsiones
 - Maltrato y abuso sexual
- Otros

Es un hecho aceptado que la utilización de guías prácticas basadas en la evidencia científica permite unificar criterios en el Servicio de Urgencias disminuyendo la variabilidad, lo que mejora su eficiencia. La utilización de estas guías disminuye, por ejemplo, el número de pruebas diagnósticas innecesarias solicitadas y los ingresos inadecuados, entre otras consecuencias atribuibles a la no-calidad.

El avance constante de los conocimientos científicos, obliga a que deban ser revisados con periodicidad basándose en estudios médicos que cumplan criterios de evidencia científica.

C7. Hoja de asistencia

Aquí el criterio hace referencia a la necesidad de reflejar la información en un documento en el que queden recogidos datos de importancia en relación con el proceso médico-asistencial del paciente, junto con los datos básicos exigidos en aquél apartado.

Estas hojas de asistencia y la documentación resultantes de la exploración deberían estar disponibles al menos durante cinco años, periodo que puede cubrir posibles reclamaciones judiciales que se demoran en el tiempo.

C8 - C9. Alta, consentimiento informado y otros documentos médico-legales

La información que se debe suministrar a los pacientes que son atendidos en un Servicio clínico de un hospital está regulada por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 274 de 15 de noviembre de 2002) y la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1984 (BOE de 14 de septiembre de 1984) y disposiciones legales de cada Comunidad Autónoma. Se considera que esta información, no sólo es un derecho de los pacientes, sino que también constituye un documento que permite evaluar externa e internamente la calidad de la asistencia prestada en el establecimiento, siendo





asimismo una información necesaria y utilizable para la continuidad de la asistencia al paciente dado de alta, bien sea por otros niveles de atención (fundamentalmente por el médico general) o en otros hospitales.

El Servicio de Urgencias debe obtener el consentimiento informado en todos los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos de riesgo según se recoge en la Ley 41/2002. Además, la ley General de Sanidad dispone en su artículo 10.6 el derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los casos citados en dicha ley.

El Servicio de Urgencias debe garantizar la existencia de aquellos documentos médico-legales de obligada cumplimentación. Los principales son:

- El parte de lesiones y accidentes por el que el médico comunica a la autoridad judicial la asistencia a un lesionado.
- La historia clínica e informe de alta.
- El informe: documento emitido por orden de las autoridades o a petición de particulares sobre hechos relacionados con la actividad del profesional que lo firma.

C/10. Procedimientos quirúrgicos y otras técnicas diagnósticas o terapéuticas agudas

El Servicio de Urgencias debe disponer de procedimientos escritos que describan el modo de practicar técnicas quirúrgicas, diagnósticas o terapéuticas, así como los procedimientos necesarios para la anestesia y sedo-relajación. La utilización de estos procedimientos escritos mejora la calidad asistencial y disminuye los riesgos médico-legales.

C/1. Procedimientos de enfermería

Los profesionales de enfermería que desarrollan su labor en un mismo Servicio de Urgencias pueden tener distinto grado de preparación o adscripción a éste, procedencia de otros con estilos y métodos de trabajo diferentes y suelen trabajar por turnos. Todo ello dificulta el intercambio de experiencias y criterios entre los profesionales de diferentes turnos, haciendo que su actuación sea diferente ante un mismo proceso con posible repercusión sobre la calidad de la asistencia prestada e incluso en el ámbito legal.

El establecimiento de planes de cuidados escritos y consensuados por el Servicio o al menos por el hospital, al homogeneizar las pautas de actuación, pallia o evita estos inconvenientes y reduce los riesgos médico-legales.

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

- a) Sondaje nasogástrico: indicaciones, técnicas, complicaciones y su solución
- b) Lavado gástrico
- c) Sondaje vesical

- d) Accesos arteriales y venosos, periféricos y centrales
- e) Análisis: diagramas de flujo
- f) Radiología
- g) Información a familiares
- h) Vendajes, inmovilizaciones
- i) Distribución por Urgencias
- j) Soporte vital
- k) Triaje
- l) Registros de enfermería
- m) Accidentes en medio acuático
- n) Quemados
- o) Politraumatizados
- p) Intoxicaciones
- q) Convulsiones
- r) Otros

C/12. Hemoterapia

Los derivados de la sangre constituyen un valioso recurso terapéutico en Urgencias. Son difíciles de obtener; exigen un circuito de producción, una cadena de almacenamiento y condiciones y criterios para su manejo muy particulares.

No suelen estar disponibles en el Servicio de Urgencias sino que deben solicitarse al de Hematología de referencia. Tal como se ha argumentado en apartados anteriores, una mayor eficiencia en el manejo de estos productos se consigue protocolizando por escrito los siguientes puntos:

- a) Indicaciones de los hemoderivados
- b) Circuito de solicitud al laboratorio / centro de hematología
- c) Autorización/Consentimiento informado del paciente y/o familia
- d) Cadena de transporte y almacenamiento
- e) Criterios (mínimos) exigibles para su correcto uso
- f) Notificación y actuación ante reacciones adversas

C/13. Complicaciones médico-quirúrgicas

Las complicaciones médico-quirúrgicas se pueden reducir actuando en diferentes niveles, disminuyendo así el negativo impacto socio-sanitario y los problemas médico-legales que se derivan de aquéllas, resultando una mejora de la calidad asistencial.

Deben estar previstas las actuaciones ante los procesos médico-quirúrgicos con mayor riesgo de complicaciones. Cada Servicio debe tener un documento que detalle la actuación ante la posible yatrogenia de los procesos más frecuentemente realizados en éste.

Entre los procesos con mayor riesgo de complicaciones médico-quirúrgicas en Urgencias / Emergencias se encuentran:

- a) Complicaciones en RCP
- b) Manejo del politraumatizado
- c) Manipulaciones de fracturas
- d) Manejo de los diferentes tipos de shock
- e) Neumotórax yatrógeno
- f) Reacciones alérgicas medicamentosas
- g) Falsas vías, cateterismos y monitorización invasiva
- h) Anestesia loco-regionales
- i) Pacientes anticoagulados
- j) Fibrinolisis
- k) Hemodialisis
- l) Quemados
- m) Otros

La estructura, características del personal y población atendida o funcionamiento de algunos Servicios pueden facilitar la aparición de situaciones adversas en determinados momentos, que también deberían ser consideradas y reflejadas en un documento escrito, ya que conllevan la necesidad de poner en marcha procedimientos específicos para subsanarlas. Como ejemplo podríamos citar la instauración de consultas rápidas en periodos de mayor frecuentación.

C14. Formación

La Medicina de Urgencias / Emergencias es reconocida como especialidad en numerosos países de nuestro entorno y está en vía de creación en España.

A pesar del vacío legal existente en este momento en nuestro país, está claramente aceptado que se trata de una área de la medicina con un cuerpo de conocimientos propio, un campo de actuación y unas habilidades que requieren un aprendizaje específico.

Para conseguir que los Servicios de Medicina de Urgencias y Emergencias alcancen su nivel óptimo y, de este modo, también la asistencia a la gran cantidad de pacientes asistidos en ellos, deben estar implicados en la enseñanza de pregrado, postgrado y formación continuada.

Debería existir una colaboración docente entre el personal que trabaja en Urgencias / Emergencias y la Universidad.

La docencia de pregrado que se imparta en el Servicio debería ser permanente, reglada y supervisada por médicos de urgencias, originando un beneficio de carácter recíproco. De esta docencia se pueden beneficiar médicos, enfermeros, auxiliares de clínica y profesionales paramédicos.

Además de los aspectos recogidos en el punto anterior relativos a la docencia de pregrado, en la docencia de postgrado hay que tener en cuenta que no se trata de sustituir las funciones de los trabajadores con personal en formación.

Será necesario regular las funciones de los discentes, regular los horarios, número de enfermos que deben atender (una proporción adecuada sería atender la mitad de enfermos un médico residente que un médico adjunto).

77



473

La docencia postgrado incluye a personal del Área de Salud, Médicos Residentes, Master de Urgencias, cursos de Doctorado o dirección de tesis doctorales, rotaciones de actualización voluntarias, etc. Es conveniente establecer rotaciones por el Servicio además de las guardias, consiguiendo así una enseñanza más reglada.

Los Servicios que estén interesados en ser acreditados en un futuro para la docencia de Médicos Residentes en la especialidad Medicina de Urgencias pueden consultar el documento elaborado por la Secretaría de Formación de la SEMES.

El Servicio debería disponer de un plan de formación continuada anual que permitiera el reciclaje del propio personal en materias esenciales y/o novedosas (ventilación mecánica no invasiva, doppler vascular, ecocardiografía, etc.).

Las sesiones clínicas suponen una puesta al día y un intercambio de experiencias que tendrán repercusiones muy positivas en el funcionamiento del Servicio. Este debe organizarse de manera periódica sesiones clínicas, con la participación de todos sus miembros. Se deberían realizar asimismo sesiones de enfermería.

En centros con reducida plantilla, dichas sesiones pueden unificarse o alternarse, resultando una sesión cada 15 días.

Los avances científicos obligan a la revisión de los protocolos o guías clínicas que se utilizan en el Servicio y en cuya elaboración habrán participado especialistas de diversos departamentos. El tema a protocolizar también puede llevar a realizar sesiones interdepartamentales o interhospitalarias, con Atención Primaria o el centro de especialidades del área, entre otros.

La mejora continua de la calidad es un proceso en el que la metodología aplicada puede ser compleja y necesita una buena planificación. Es conveniente entrenar al personal que va a participar en este proceso y contar con el apoyo de la organización en la que trabajamos. Las sesiones que ayuden a entender este proceso de mejora continua allanarán el camino hacia una asistencia de calidad.

En este apartado, el cumplimiento del criterio debe poder ser demostrado con la presentación del documento de registro de las sesiones realizadas por el Servicio en el último año.

C15. Investigación

En los Servicios de Urgencias existe un gran potencial investigador debido a la diversidad de patología médica y social atendida.

Es conveniente que las líneas sean de actualidad en Urgencias, aplicables a la comunidad y con relevancia científica. Derivadas de estas líneas son la producción de comunicaciones a congresos, artículos científicos de calidad y participación en estudios multicéntricos. El evaluador solicitará del centro la presentación de la memoria de actividades científicas realizadas en los últimos años.

78



Es conveniente estipular tiempo de dedicación semanal, mensual o anual para trabajo de investigación no asistencial.

C16. Coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios que participen en la atención de Urgencias y Emergencias

Una respuesta eficaz y adecuada a una situación de Urgencia involucra una serie de componentes; por una parte, los diversos Servicios de Urgencias de Atención Primaria, los de Emergencias y los Servicios de Urgencias de Hospitales y, por otra parte, los Servicios no sanitarios como pueden ser bomberos, policías, protección civil, Cruz Roja y otras ONG y ciudadanos. Todos ellos tienen un papel fundamental en algunas de las fases de la atención a Urgencias y Emergencias. La actuación coordinada e integrada de todos estos componentes no se improvisa, es necesaria una planificación teniendo en cuenta la demanda habitual y los riesgos previsibles, que pueden ser diferentes en las distintas regiones de España. Cada Servicio debe saber con qué otros Servicios del área implicados en la Urgencia / Emergencia puede o debe interactuar, contactar con ellos, valorar y planificar conjuntamente que aspectos y tipos de actividades susceptibles de coordinación pueden emprenderse.

El tipo de actividad será diferente según qué aspecto se pretenda corregir o mejorar. En unos casos serán aconsejables las actividades de formación y en otros establecer protocolos conjuntos. El criterio exige en este apartado que se pueda presentar por parte del centro un registro de las actividades realizadas en común con otros Servicios implicados en la asistencia urgente.

C17. Plan de catástrofes y simulacros

La planificación de un Servicio de Urgencias / Emergencias debe tener en cuenta los riesgos previsibles además de la demanda habitual urgente.

Deben estar en disposición de responder eficazmente a situaciones de catástrofes. Los diferentes Servicios tendrán misiones diferentes. En España es la Dirección General de Protección Civil la encargada, por ley, de organizar la zona.

Los Centros de Coordinación de Emergencias Médicas tienen como misión coordinar y movilizar los recursos sanitarios. Algunos centros, como los hospitales, deben tener por escrito un Plan de Catástrofes Internas.

A medida que la sociedad se va desarrollando y tecnificando, aparecen nuevas situaciones y nuevos riesgos que, junto a las catástrofes naturales pueden llegar a desencadenar otras de distinta naturaleza (descarrilamiento de trenes, accidentes aéreos, atentados terroristas, nucleares, etc.).

Existe evidencia de que la organización y coordinación de los recursos es el mejor instrumento en la lucha contra el azar de las catástrofes. En cualquier situación de catástrofe es esencial definir el campo de actuación y debe existir previamente una preparación del personal y sus organizaciones ya que cualquier reflexión en situación de catástrofe es imposible. Las catástrofes, por su muy baja frecuencia, no son situaciones a las que el personal médico y

civil esté habituado, más bien esta circunstancia les hace caer en el olvido originando un descuido en la protección del personal ante su aparición súbita.

La única manera de estar preparados ante las catástrofes es la realizar de forma periódica simulacros, con lo que se supervisa la funcionalidad de los dispositivos de emergencia y se mantiene alerta al personal implicado. La realización en el Servicio de Urgencias de simulacros ha sido cuestionada en foros de asistencia a emergencias y catástrofes, argumentándose la dificultad de desarrollarlos en ambientes con frecuencia ya saturados y en los que se vive a diario una situación de estrés de profesionales y pacientes. Por lo tanto, no se exige la realización estricta de un simulacro, aunque se incidirá en la escrupulosa descripción del plan de catástrofes internas y externas y la demostración mediante actos del desarrollo en el área de Urgencias, en sustitución de los simulacros, de evaluaciones o "tests básicos de respuesta" en los que se evalúa sobre el terreno, sin necesidad de la intervención de la simulación la capacidad de respuesta a eventos propuestos por el comité de emergencias del hospital, debiendo quedar perfectamente documentadas las actuaciones a seguir ante diferentes sucesos. En estas evaluaciones es fundamental la participación de otros sectores del hospital, siendo indispensable la participación del personal de central telefónica del centro.

A este respecto, el Servicio debe poder documentar que esté registrada la realización de al menos un simulacro / test de respuesta básica en los últimos dos años. Asimismo debe poder mostrar un plan de emergencia escrito que sea fácilmente accesible y conocido al menos por el personal del Servicio de Urgencias y personal relevante de los Servicios implicados en la atención a las emergencias del área.

C18. Otros procedimientos no clínicos

El Servicio de Urgencias debe tener también protocolizadas aquellas situaciones no clínicas que se presentan de manera habitual y que inciden en el buen funcionamiento de éste así como en la mayor satisfacción de sus usuarios. Para ello se exige el cumplimiento de estos últimos procedimientos descritos en este apartado.

LISTADO DE COMPROBACIÓN: C1 – C17

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL (PROCESO)	SOLICITANTE				EVALUADOR
	S	N	N/A	N/A	
C1. ¿Existe un Plan Funcional escrito? O					
C2. ¿Dispone el Servicio de un departamento de admisión de pacientes con actividad durante 24 horas? O C2.1. ¿Queda registrado un número de identificación, filiación del paciente, hora de llegada y diagnóstico, destino, médico y hora del alta? O					
C3. ¿Tiene el Servicio un sistema de clasificación de pacientes? O C3.1. ¿Se mantiene la actividad de clasificación durante las 24 horas? R C3.2. ¿Existe siempre un responsable de la clasificación durante 24 horas? O C3.3. ¿Es realizada la clasificación por médicos o enfermeros? O C3.4. Si la clasificación la realiza un enfermero ¿hay designado un médico concreto, para la resolución de dudas o conflictos? O C3.5. ¿Existe para la población pediátrica un sistema de clasificación adaptado para los menores de 14 años? R C3.6. En un Servicio de Urgencias con asistencia exclusivamente pediátrica, ¿existe un sistema de clasificación adaptado a la población pediátrica? O C3.7. ¿Existe un documento que describa los criterios de clasificación de los pacientes? O C3.8. ¿Queda recogido en el proceso de clasificación el motivo de consulta, las constantes vitales, el nivel de prioridad y el destino inmediato del paciente? O C3.9. En el proceso de clasificación, ¿queda asignado nominalmente un médico a cada paciente? R C3.10. En el proceso de clasificación, ¿queda asignado nominalmente un enfermero a cada paciente? R C3.11. Cada paciente que inicia su proceso asistencial en el Servicio de Urgencias bien por el área de ubicación, o por asignación nominal, ¿tiene asignado a un médico concreto? O C3.12. ¿Es inferior la asignación de pacientes a los médicos residentes que a los adjuntos, en al menos un 50%? R					



ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN Servicios de Urgencias de Hospitales

(CONTINUACIÓN)

(CONTINUACIÓN)	SOLICITANTE				EVALUADOR
	S	N	N/A	N/A	
C3.13. ¿Existe un protocolo de actuación ante posible riesgo NBQ? R					
C4. Áreas de Observación, salas especiales y consultas C4.1. ¿Existe un documento con descripción escrita del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos, técnicas o soporte vital en el área de Observación de camas? O C4.1.1. ¿Están definidos por escrito los criterios de ingreso, derivación y alta? O C4.1.2. ¿Existe un límite de tiempo planteado en la estancia máxima de los pacientes en esta área? R C4.1.3. ¿Tienen los pacientes del área de Observación en todo momento un médico y un enfermero asignados como responsable? O C4.2. ¿Existe un documento con descripción escrita del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos, técnicas o soporte vital en el área de sillones? O C4.2.1. ¿Están definidos por escrito los criterios de ingreso en esta área? O C4.2.2. ¿Está limitado el tiempo de permanencia en esta área a 8 horas? R C4.2.3. ¿Tienen los pacientes del área de Observación en todo momento un médico y un enfermero asignados como responsable? O C4.3. Salas especiales C4.3.1. ¿Existe un documento con descripción escrita del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos y procedimientos técnicos en la sala de yesos? O C4.3.2. ¿Existe un documento escrito, que describa el funcionamiento, perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos, vías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital en la sala de críticos? O C4.3.2.1. ¿Están definidos por escrito los criterios de uso de esta sala? O C4.3.2.2. ¿El límite de tiempo estipulado para la estancia en esta sala es inferior a 4 horas? R C4.3.2.3. ¿Hay al menos un médico y dos enfermeros, asignados al área de críticos? O					



(CONTINUACIÓN)	SOLICITANTE					EVALUADOR
	S	N	N/A	S	N	
C4.3.3.1. ¿Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de aislamiento microbiológico, así como del perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos de apoyo vital que pudieran ser requeridos? O						
C4.3.3.2. ¿Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de aislamiento psiquiátrico / social, así como del perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o vías clínicas y procedimientos de apoyo vital que pudieran ser requeridos? O						
C4.3.3.3. ¿Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de información a pacientes y familiares? O						
C4.4. Consultas ¿Dispone el Servicio de un documento que describa el funcionamiento y perfil de los profesionales que realizan las tareas en esta área de consultas? O						
C4.4.1. En aquellos Servicios de Urgencias con demanda fluctuante de carácter estacional (cuando ésta supere frecuentemente por turno picos de 70 pacientes) ¿existe un procedimiento escrito, por el que se habilite una consulta rápida destinada a la patología leve? R						
C4.4.2. El Servicio tiene identificados los procedimientos y cuidados enfermeros a realizar en las consultas. R						
C5. Proceso asistencial						
C5.1. ¿Dispone el Servicio de una descripción del proceso total de la asistencia a los pacientes? R						
C5.2. ¿Es fácilmente accesible el documento de la descripción del proceso asistencial para el personal del Servicio? R						
C6. Procesos clínicos ¿El Servicio dispone de protocolos, procedimientos específicos, vías o guías de práctica clínica, consensuados al menos por el equipo del propio hospital y en un número suficiente que garanticen que los procesos clínicos más frecuentes (80% del total) y más críticos se ejecutan con un nivel de calidad asistencial acorde con la evidencia científica disponible en el momento presente? O						



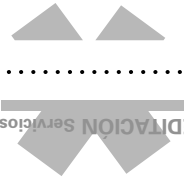
(CONTINUACIÓN)	SOLICITANTE					EVALUADOR
	S	N	N/A	S	N	
C7. Hoja de asistencia C7.1. ¿Incluye al menos esta hoja, datos de filiación, antecedentes familiares y personales, anamnesis, exploración física, resultados de pruebas complementarias, juicio clínico, tratamiento y destino al alta? O						
C7.2. ¿Es archivada la documentación resultante de la asistencia, de modo que sea recuperable, al menos durante cinco años? R						
C8. Alta C8.1. ¿Se le proporciona a todo paciente un informe médico al alta, acorde a la legislación actual? O						
C9. Consentimiento informado y otros documentos médico-legales C9.1. ¿Se solicita el consentimiento informado en los casos previstos en la Ley de Autonomía del Paciente? O						
C9.2. ¿Existen y son accesibles los documentos médico-legales de obligado cumplimiento? O						
C10. Procedimientos quirúrgicos y otras técnicas diagnósticas o terapéuticas agresivas C10.1. ¿Dispone el Servicio de documentos escritos que describan los procedimientos y técnicas diagnósticas que se realizan en él? O						
C10.2. ¿Dispone el Servicio de documentos escritos que describan los procedimientos anestésicos que se llevan a cabo? O						
C11. Enfermería ¿Existen en el Servicio planes de cuidados de enfermería escritos y consensuados al menos por el hospital? O						
C12. Hemoterapia ¿Existen en el Servicio procedimientos escritos y consensuados al menos por el hospital, respecto a la hemoterapia? O						
C13. Complicaciones médico-quirúrgicas ¿Existen en el Servicio procedimientos escritos y consensuados al menos por el hospital, respecto a la actuación ante complicaciones graves o previsibles? O						
C14. Formación						
C14.1. ¿Se realiza en el Servicio docencia pregrado? R						
C14.2. ¿Se realiza en el Servicio docencia postgrado? R						
C14.3. ¿Se realizan periódicamente sesiones de formación continuada en el Servicio? O						
C14.4.1. ¿Se realizan sesiones clínicas al menos una vez al mes? O						

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS

(CONTINUACIÓN)	SOLICITANTE					EVALUADOR
	S	N	N/A	S	N	
C14.4.2. ¿Se realizan sesiones bibliográficas al menos una vez al mes? R						
C14.4.3. ¿Se realizan sesiones de actualización de protocolos basados en evidencia científica al menos una vez al mes? R						
C14.4.4. ¿Se realizan, al menos una vez al mes, sesiones de mejora de la calidad, con revisión de indicadores de mortalidad, re-consultas y efectos no deseados de la asistencia? R						
C15. Investigación ¿Existe documentación de las actividades de investigación? O						
C16. Coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios que participan en la atención de Urgencias y Emergencias ¿Existe documentación de las actividades de coordinación con otros servicios sanitarios y no sanitarios implicados en la asistencia a urgencias y emergencias? O						
C17. Plan de catástrofes y simulacros C17.1. ¿Existe en el Servicio un plan escrito de emergencias internas y externas? O						
C17.2. ¿Es conocido el plan de emergencias del hospital por los miembros del Servicio? O						
C17.3. ¿Es conocido el plan de emergencias del hospital por otros Servicios de Urgencias y Emergencias y entidades que puedan participar en la asistencia a la población en situación de catástrofe? O						
C17.4. ¿Se efectúan simulacros sobre catástrofes internas y externas, al menos una vez cada dos años? R						
C18. Otros procedimientos no clínicos C18.1. ¿Existe un procedimiento descrito para la custodia de los objetos de valor? O						
C18.2. ¿Existe un procedimiento descrito para el acompañamiento y ayuda a familiares de pacientes en situaciones de extrema gravedad o exilus? O						
C18.3. ¿Existe un procedimiento escrito de control manejo de tóxicos? O						
C18.4. ¿Existe un procedimiento escrito de manejo de productos biológicos contaminados? O						
C18.5. ¿Existe un procedimiento escrito de colaboración con los trabajadores sociales del centro y especialmente para el cuidado de menores hasta que se haga cargo de su custodia el organismo oficial correspondiente? O						



ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN Servicios de Urgencias de Hospitales



(CONTINUACIÓN)	SOLICITANTE					EVALUADOR
	S	N	N/A	S	N	
C18.6. ¿Existe un procedimiento escrito de reciclaje de materiales fungibles utilizados en el servicio acorde a las normativas de respeto al medio ambiente? R						
C18.7. ¿Existe un procedimiento descrito para el mantenimiento y reposición de instrumental clínico y material fungible y medicación? O						
C18.8. ¿Existe un responsable del mantenimiento y reposición del instrumental clínico (incluido material fungible) y de la medicación? O						



Apartado D. Programa de calidad

D1. PROGRAMA DE CALIDAD

El Servicio tiene un programa de calidad escrito. **O**

D2. RESPONSABLE DE CALIDAD

El Servicio tiene designado un miembro del equipo como responsable del programa de calidad. **O**

D3. PLAN DE SEGURIDAD

D3.1. El Servicio tiene un plan de seguridad del paciente. **O**

D3.2. Existe un sistema de prevención de infecciones y de accidentes en los pacientes. **O**

D3.3. Las complicaciones derivadas del proceso asistencial se identifican, registran, analizan, evalúan y se corrigen, según el procedimiento operativo previsto y son revisadas por el responsable del Servicio de Urgencias. **R**

D3.4. Los errores generados durante el proceso asistencial se identifican, registran, analizan, evalúan y se corrigen, según el procedimiento operativo previsto y son revisados por el responsable del Servicio de Urgencias. **R**

D3.5. Las reacciones adversas sospechadas o comprobadas se identifican, registran, analizan, evalúan y se corrigen, según el procedimiento operativo previsto y son revisadas por el responsable del Servicio de Urgencias. **R**

D3.6. El Servicio dispone de un plan de seguridad de los profesionales. **O**

D4. PROTOCOLOS Y PROCESOS

D4.1. El Servicio dispone, revisa y actualiza sistemáticamente los protocolos clínico-asistenciales. **O**

D4.2. El Servicio dispone, revisa y actualiza sistemáticamente los procedimientos generales y específicos. **O**

D5. PLAN DE MANTENIMIENTO

El Servicio dispone de un plan de mantenimiento del equipamiento. **O**

D6. MONITORIZACIÓN DE INDICADORES

D6.1. El Servicio tiene un sistema de monitorización de indicadores de calidad. **O**

GUÍA: D1 – D6**D1. Programa de calidad**

El evaluador exigirá un documento donde se describa el programa de calidad, sus apartados y responsable de mantenimiento del mismo. No existe un consenso sobre los contenidos de un programa de calidad en un SUH. A modo de recomendación, puede utilizarse como propuesta metodológica la publicada en TODO HOSPITAL por un grupo de la SEMES, citada en la bibliografía.

D2. Responsable de calidad

Se aceptará que existe un responsable del programa cuando esté documentado expresamente (exista un nombramiento escrito del Jefe del Servicio, esté recogido en el manual de organización o en el programa de calidad, exista un acta de una reunión del equipo donde se explicita, etc.) o pueda deducirse claramente de la documentación aportada por el Servicio. Este responsable se debe ocupar del mantenimiento del programa: revisión y actualización periódica de la política de calidad, misión, cartera de servicios, gestión de procesos, retroinformación de los resultados alcanzados en los indicadores de calidad, control de la documentación, protocolos y procedimientos. Asimismo, asegurará la ejecución de las auditorías clínicas internas cuando se decida llevarlas a cabo.

D3. Plan de seguridad

Se acepta que más fácil que decir qué es la calidad es definir qué es la no-calidad: las infecciones nosocomiales, accidentes, complicaciones, errores y reacciones adversas, son efectos no deseados de la asistencia que deben disminuirse en todo lo posible. Son claros representantes de la no-calidad y ofrecen, desde esta perspectiva y al minimizarlos, oportunidades para mejorar el servicio que se presta a los pacientes.

En el momento actual, cualquier programa de calidad debe tener como prioridad la seguridad del paciente y del personal que le atiende.

Por ello, y como parte fundamental del programa, el Servicio debería disponer de un apartado específico para la prevención de infecciones y accidentes durante el proceso asistencial dirigido a los pacientes

Aunque es difícil establecer cuándo una infección de un paciente ha sido adquirida durante el proceso asistencial en el SUH, es muy importante que existan normas y se apliquen para su prevención (como, por ejemplo, difundir el uso del lavado de manos o utilización de soluciones antisépticas de modo cotidiano en el Servicio de Urgencias). En el supuesto de que aparezca algún caso, éste debe analizarse específicamente por el equipo para identificar posibles cambios a introducir en el proceso asistencial que eviten sucesos similares en el futuro.

Los accidentes de los pacientes no son infrecuentes en los SUH. Como ejemplos, pueden servir los de caídas de las camillas / camas de los pacientes y otros. Debería mantenerse un registro específico de este tipo de accidentes para su análisis causal y evitar casos similares

89



479

con posterioridad. Además de la importancia que tiene en la mejora de la calidad asistencial puede ser también útil ante posibles reclamaciones y/o demandas judiciales.

El programa de calidad debería incluir un apartado de detección, documentación, registro, análisis, evaluación y corrección de errores, complicaciones y reacciones adversas que se presenten. Estos acontecimientos suelen ser infrecuentes, pero acarrear consecuencias clínicas a veces muy graves para los pacientes. Registrar estos eventos, analizarlos por el equipo y adoptar las medidas correctoras para prevenirlos en el futuro es no sólo una actuación para la mejora de la calidad asistencial, sino una obligación ética. Desde un punto de vista práctico es útil designar un responsable de la adopción real de las medidas correctoras y dejar escrito cuáles han sido decididas, cuáles de éstas han sido llevadas a cabo y cuándo precisan de revisión, si es pertinente. Las acciones correctoras serán siempre revisadas y autorizadas oportunamente por el jefe del Servicio de Urgencias.

De igual manera, el Servicio debe documentar que existe un plan de seguridad para los profesionales que trabajan en el mismo (riesgo laboral), que debe incluir la identificación de los riesgos y las medidas para la prevención de accidentes laborales como por ejemplo el pinchazo por aguja utilizada en un paciente con infección por VIH, agresiones, lesiones durante la movilización de pacientes, etc.

D4. Protocolos y procesos

La mayoría de los problemas de no-calidad están relacionados con la organización interna del equipo. Los protocolos, vías y guías clínicas, manuales de procesos, procedimientos, criterios y otros, son instrumentos eficaces para sistematizar las actuaciones de los profesionales y disminuir la variabilidad en los resultados, en beneficio de los pacientes. La presencia de estas herramientas y su actualización en función de las innovaciones y mejoras del estado del arte es un elemento imprescindible en un programa de calidad. El equipo debe establecer las medidas que sean necesarias para garantizar su existencia, la adaptación de la práctica de los profesionales a ellos, su revisión periódica y su actualización permanente.

El Servicio debe disponer de un programa específico para la evaluación y actualización sistemática de los protocolos clínicos, procedimientos generales y específicos (asistenciales y no fungible del almacén del Servicio o de revisión y mantenimiento del carro de paradas).

D5. Plan de mantenimiento

De igual modo, el equipamiento electromédico, considerado esencial para la ejecución adecuada de la asistencia, debe tener un plan de calibrado y verificación que incluya al menos: desfibriladores, respiradores, cardiorespiradores, electrocardiógrafos y otros. El plan puede ser ejecutado por el mismo SUH, por el Servicio de Electromedicina del hospital, por una empresa subcontratada o por cualquier otro, pero el evaluador comprobará que cada aparato dispone de una ficha técnica donde consta la fecha de las revisiones y los datos de calibración o verificación en cada una de ellas.

90



D6. Monitorización de indicadores

Las actividades incluidas en el programa de calidad deben tener un soporte documental, como, por ejemplo, actas de sesiones clínicas de revisión de protocolos, fecha de última revisión explícita en protocolos / procedimientos, programas de calibración y fichas de historia de mantenimiento del material de electromedicina crítico.

La monitorización de los elementos de no-calidad no es la finalidad del programa, pero es indispensable para poder disponer de información a lo largo del tiempo y alertar sobre la necesidad de actuar para corregir los aspectos que sean necesarios. El responsable del programa debe garantizar la monitorización de aquellos aspectos que se hayan considerado críticos y prioritarios por el equipo. Tanto los elementos ya mencionados, como los que se recogen como resultados, con un cierto solapamiento en el apartado E de este Manual de Acreditación, son tributarios de la mencionada monitorización.

El Servicio debe demostrar documentalmente la existencia de un método específico (sistema de información o cuadro de mando *ad hoc*) para el control regular de aspectos considerados esenciales: complicaciones, resultados, etc.

LISTADO DE COMPROBACIÓN: D1 – D8

PROGRAMA DE CALIDAD	SOLICITANTE					EVALUADOR				
	S	N	N/A	S	N	N/A	S	N	N/A	
D1. ¿Existe un programa de calidad escrito? O										
D2. ¿Hay un responsable del mantenimiento del programa de calidad? O										
D3.1. ¿Existe un plan de seguridad? O										
D3.1.1. ¿Existe un sistema de prevención de infecciones y de accidentes en los pacientes y en el personal sanitario? O										
D3.2. ¿Existe un sistema de identificación, registro, análisis, evaluación y corrección de las complicaciones? R										
D3.3. ¿Existe un sistema de identificación, registro, análisis, evaluación y corrección de los errores? R										
D3.4. ¿Existe un sistema de identificación, registro, análisis, evaluación y corrección de las reacciones a diversas? R										
D3.5. ¿El Servicio dispone de un plan de seguridad de los profesionales? O										
D4.1. ¿El Servicio revisa y actualiza sistemáticamente los protocolos clínico - asistenciales? O										
D4.2. ¿El Servicio actualiza sistemáticamente los procedimientos generales y específicos? O										
D5. ¿El Servicio dispone de un plan de mantenimiento del equipamiento? O										
D6. ¿El Servicio tiene un sistema de monitorización de indicadores de actividad y calidad? O										

Apartado E. Resultados

E1. AUTO-EVALUACIÓN DE RESULTADOS

El Servicio tiene un sistema de auto-evaluación de resultados llevado a cabo por el equipo de profesionales. **O**

E1.1. Metodología

El Servicio tiene documentada la descripción del método de auto-evaluación. Incluye qué resultados, cómo se analizan, quién participa, con qué regularidad, qué acciones de mejora se emprenden y otros aspectos. **O**

E1.2. Indicadores

Existe un programa interno escrito de seguimiento regular de los resultados obtenidos que incluye todos o algunos de los indicadores considerados por la SEMES como pertinentes, útiles y aplicables. Pueden ser algunos de los que se transcriben a continuación. **R**

E1.2.1. Tiempo de la primera asistencia facultativa. **R**

E1.2.2. Evaluación de la mortalidad bruta *in situ*. **R**

E1.2.3. Retornos o reconsulta a Urgencias. **R**

E1.2.4. Enfermos no visitados. **R**

E1.2.5. Caídas de pacientes. **R**

E1.2.6. Registro de efectos adversos. **R**

E1.2.7. Evaluación de efectos adversos. **R**

E1.2.8. Frecuencia de efectos adversos. **R**

E1.2.9. Cumplimentación del informe de asistencia. **R**

E1.2.10. Correlación diagnóstica entre urgencias y el alta hospitalaria. **R**

E1.2.11. Satisfacción de pacientes y usuarios. **R**

E1.2.12. Reclamaciones. **R**

E1.2.13. Registro de accidentes laborales de los profesionales del Servicio de Urgencias. **R**

E1.2.14. Indicadores para Servicios de Urgencias de Pediatría (ver ANEXO I). **R**

E1.2.15. Otros. **R**



**GUÍA: E1****E1. Auto-evaluación de resultados**

En este documento, este apartado podría estar incluido en el programa de calidad, del que es lo más sustancial. Con su separación, se pretende llamar la atención para que los Servicios de Urgencias implanten el hábito de medición y auto-evaluación de resultados, regular y sistemáticamente.

En el momento presente no existen estándares de resultados que estén basados en un amplio consenso profesional y con larga experiencia de implantación real. Por tanto, el nivel que se considera de excelencia es la existencia de la monitorización de indicadores y que se estén utilizando por el equipo para la mejora continua de la calidad, pero los evaluadores no realizarán valoración alguna en cuanto al nivel de consecución alcanzado.

La SEMES dispone de un grupo de trabajo que específicamente se ocupa del diseño, validación y calibración de indicadores, lo que permite establecer recomendaciones para su uso por los equipos que estén interesados en su aplicación.

En el apartado E1.2 se recogen algunos ejemplos cuya medición puede ofrecer información muy importante sobre algunos componentes de calidad tanto en lo concerniente a la asistencia técnica (oportunidad, mortalidad), como a la percepción (satisfacción de los usuarios, reclamaciones) y que no presentan una dificultad especial para su implantación.

Tiempo de la primera asistencia facultativa según la prioridad

En los Servicios de Urgencias y Emergencias el tiempo transcurrido desde que se inicia la demanda hasta la primera asistencia facultativa es un indicador de calidad de capital importancia, ya que en las situaciones críticas condiciona el pronóstico de manera fundamental. Son ejemplos de ello el tiempo de fibrinólisis en el infarto agudo de miocardio o en el ictus o el de la detención y tratamiento de una hemorragia activa, que pueden constituir indicadores indirectos de este aspecto como se comenta más adelante.

Aunque se trata de un indicador de proceso, tiene tal impacto en los resultados clínicos (mortalidad y grado de recuperación funcional) que justifica su inclusión en este apartado del manual.

Las dimensiones de calidad sobre las que da información son: de forma directa sobre la oportunidad de la asistencia e indirectamente sobre la calidad científico-técnica.

El evaluador comprobará que existe un procedimiento para medir efectiva y sistemáticamente los tiempos de asistencia. Se aceptará tanto la medición de forma continuada, como la utilización de la medición en periodos de tiempo regulares.

Ante la dificultad de medición estricta de este aspecto puede ser útil la utilización de indicadores que hacen referencia a la rapidez de la asistencia en función de las diferentes patologías como el tiempo puerta aguja en el IAM o el retraso en la administración de antibiótico.

Mortalidad in situ

La evaluación cualitativa de las muertes acontecidas en los Servicios de Urgencias de Hospitales es de un gran interés para la mejora de la calidad de la asistencia.

Es un indicador orientado hacia la seguridad del paciente, pero que tiene una importancia extraordinaria en la mejora de la calidad científico-técnica.

Los SUH deben disponer de un sistema que garantice que todos los exitus son analizados críticamente por el equipo. El objetivo es detectar las muertes evitables o aspectos de la asistencia a los pacientes que fallecieron que pueden mejorarse en la atención futura a otros enfermos con la misma patología.

El evaluador comprobará que existe un registro específico de fallecidos en el SUH y que hay evidencia de que todos los casos han sido analizados por el equipo (por ejemplo, actas de las sesiones de mortalidad). De especial importancia es la existencia de la adopción de mejoras derivadas de la evaluación mencionada.

Retornos o reconsultas al SUH

El análisis de las reconsultas a los SUH tiene un gran interés pues puede ofrecer información sobre errores diagnósticos, insuficiencia en el tratamiento y otros aspectos mejorables de la asistencia. Su realización sistemática permitirá identificar mejoras cuya aplicación efectiva mejorará la asistencia a los pacientes, evitando por ejemplo una evolución excesivamente prolongada de un cuadro clínico y reducirá el tiempo total de asistencia.

Aunque existen controversias sobre cómo medir este indicador, SEMES recomienda que se establezcan todas las reconsultas que se produzcan en el plazo de 72 horas, independientemente de que lo hagan o no por el mismo motivo de consulta, ya que el objetivo es ir analizando cualitativamente los casos que se producen (la totalidad o una muestra) con la finalidad de identificar si pudo mejorarse la asistencia en la consulta anterior y corregir los aspectos que se detecten en casos posteriores. Cuando la experiencia histórica permita asegurar que el porcentaje de reconsultas finalmente sostenido en el tiempo se debe a situaciones que no pueden evitarse por la actuación del equipo, serán las desviaciones negativas sobre el estándar las que orientarán hacia el análisis cualitativo de casos para las correcciones oportunas.

Cualquiera de las mediciones en los plazos de 24, 28 y 72 horas ofrece información útil, aunque diferenciada de los tipos de causas.

A pesar de lo anterior, un SUH que quiere acreditarse debería monitorizar todos los casos de reconsultas y, lo que es fundamental, tener un procedimiento por el que se asegure que la totalidad de ellos o una muestra se revisan y analizan por el equipo con la finalidad de identificar oportunidades de mejora y emprender las acciones que el análisis sugiera.

El evaluador comprobará que existe un procedimiento para el registro de las reconsultas, análisis de las mismas y acciones de mejora emprendidas para reducirlas.

Enfermos no visitados (lugas)

El que un paciente ya registrado en admisión decida no esperar a la atención médica puede indicar que el tiempo de espera ha sido excesivo para él, que algún incidente o acontecimiento ocurrido durante su espera en el SUH le haya hecho desistir o cualquier otro motivo potencialmente relacionado con una calidad percibida inadecuada. Debe existir un registro de casos y deben evaluarse cualitativamente (encuestas telefónicas, grupos focales, visitas a domicilio para entrevistas, otros...), con el fin de detectar aspectos susceptibles de mejora.

Caidas de los pacientes

Un evento no infrecuente y que tiene ocasionalmente consecuencias graves para los pacientes es la caída desde las camillas o camas. El registro y análisis de los casos que puedan acontecer ofrece la posibilidad de detectar aspectos mejorables en los cuidados.

Indicadores del plan de seguridad del paciente

Este aspecto fue tratado ampliamente en el apartado D. Las infecciones, accidentes, errores, complicaciones o efectos adversos son, entre otros, elementos de no-calidad que deben perseguirse y tratar de disminuirlos mediante un plan de seguridad del paciente. Para muchos autores, éstos son ejemplos de indicadores de resultados que deben estar bajo control. Por lo que el evaluador exigirá para dar por cumplido este criterio que el Servicio disponga de un registro específico de estos acontecimientos, que los analiza y adopta medidas de mejora basadas en ello.

Cumplimentación del informe de asistencia

La elaboración de un informe de asistencia supone claramente un elemento de calidad y es una exigencia legal. Es además el soporte básico sobre el que desarrollar análisis de la calidad asistencial, gestión o investigación clínica.

Correlación diagnóstica entre urgencias y el alta hospitalaria

La adecuada congruencia entre el diagnóstico codificado en Urgencias de los pacientes que son ingresados y el que se obtiene de su alta hospitalaria es sin duda una referencia idónea para conocer el adecuado funcionamiento del Servicio de Urgencias. Su correcta aplicación depende de modo fundamental de la utilización de la codificación en los Servicios de Urgencias.

Satisfacción de usuarios

Se comprobará durante la evaluación que el Servicio analiza y tiene en cuenta el grado de satisfacción de los resultados. Buscará evidencias como por ejemplo encuestas realizadas con esta finalidad, entrevistas a usuarios / pacientes o grupos focales.

**Reclamaciones**

Las reclamaciones constituyen una fuente de información extraordinariamente útil para la mejora de la gestión de los SUH. El evaluador comprobará que el Servicio las analiza (por ejemplo, en sesiones de trabajo específicas) para encontrar oportunidades de mejora y que aplica acciones correctoras basadas en ello.

Indicadores del plan de seguridad de los profesionales

Del mismo modo que la seguridad del paciente, este aspecto fue tratado ampliamente en el apartado D. El evaluador exigirá para dar por cumplido este criterio que el Servicio disponga de un registro específico de estos acontecimientos y que los analiza y adopta medidas de mejora basadas en ello.

Indicadores pediátricos

En los Servicios de Urgencias Pediátricos, se valorará la adecuación de la monitorización de los indicadores publicados por la SEUP y difundidos en su página web. Se transcriben en el ANEXO I las recomendaciones vigentes en la actualidad por esta sociedad.

Cada indicador debe tener una ficha en la que queda definido exactamente su contenido, justificación y su expresión a ser posible como una fórmula matemática y el estándar de consecución que debe tenderse a alcanzar.

Ejemplos de fichas de indicadores



E1.2.1.

TIEMPO DE LA PRIMERA ASISTENCIA FACULTATIVA	
Dimensiones	Oportunidad. Efectividad. Eficacia. Accesibilidad. Seguridad. Calidad percibida.
Justificación	En los Servicios de Urgencias se atienden pacientes con patologías en las que las demoras en el diagnóstico y tratamiento tienen gran repercusión en la posterior evolución del proceso así como en la morbilidad. El tiempo transcurrido desde la demanda de la asistencia hasta la primera atención por parte del facultativo es determinante en esta demora, siendo por tanto un elemento clave del proceso de atención tanto desde el punto de vista clínico como de calidad percibida.
Fórmula	$\text{Pacientes atendidos en el tiempo de asistencia recomendado para un nivel de triaje concreto} \times 100 / \text{Total de pacientes atendidos del mismo nivel de triaje.}$
Explicación de términos	Pacientes atendidos en el tiempo de asistencia establecido para un nivel de triaje concreto; pacientes en que el tiempo entre la llegada (registro admisión) y la primera asistencia facultativa en minutos es igual o inferior al recomendado por el modelo de triaje para el nivel de triaje en cuestión. Pacientes atendidos del mismo nivel de triaje: todos los pacientes con registro de hora de llegada y de hora de primera asistencia facultativa asignados al mismo nivel de triaje que los pacientes del numerador. Se descartan los pacientes que abandonan el Servicio antes de empesar la visita.
Población	Pacientes atendidos en el SUH en el período de estudio.
Tipo	De proceso.
Estándar	Según modelo de triaje y nivel.
Fuente de datos	Registros informáticos del Servicio.
Comentarios	Los modelos de triaje utilizados en nuestro ámbito reconocen generalmente 5 niveles y a cada uno de ellos le corresponde un tiempo recomendado así como un porcentaje de cumplimiento del mismo. En el caso de utilizar otros modelos siempre debe haber un tiempo asociado a cada nivel y el porcentaje de cumplimiento. Es imprescindible disponer de los tiempos de todos los niveles de triaje.

E1.2.2.

EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD	
Dimensiones	Adecuación. Seguridad clínica.
Justificación	Uno de los instrumentos más útiles para la mejora de la calidad en los Servicios de Urgencias y Emergencias es el análisis cualitativo de las muertes que ocurren en el mismo. La finalidad de detectar la mortalidad evitable o todas aquellas situaciones en que se pueden mejorar aspectos de la asistencia.
Fórmula	$\text{Casos de exitus evaluados cualitativamente por el equipo} \times 100 / \text{Número total de exitus en el Servicio de Urgencias.}$
Explicación de términos	Nº exitus evaluados: pacientes que han sido exitus en los que se puede documentar haber realizado una revisión sistemática del proceso asistencial que ha tenido lugar en el Servicio de Urgencias.
Población	Todos los exitus producidos en Urgencias durante el período estudiado. Criterio de exclusión: pacientes que ingresan cadáver.
Tipo	Proceso.
Estándar	100%
Fuente de datos	Registro de mortalidad del hospital. Registros comisión de mortalidad. Registros de urgencias.
Periodicidad	Mensual.
Comentarios	—

E1.2.3.

NOMBRE	RETORNOS O RECONSULTAS AL SUH EN 72 HORAS
Dimensiones	Efectividad, Seguridad.
Justificación	Los motivos por los que los pacientes pueden volver a solicitar asistencia al Servicio de Urgencias en un período breve posterior a la primera atención incluyen aquellos en los que no se ha instaurado un tratamiento efectivo, han presentado complicaciones y otros aspectos mejorables de la asistencia. Este indicador nos ofrece la posibilidad de detectarlos.
Fórmula	Pacientes que vuelven a consultar al SUH en un intervalo de 72 horas x 100 / Total de pacientes admitidos en el mismo plazo.
Explicación de términos	El numerador lo constituyen los casos de pacientes que habiendo sido atendidos por un facultativo y dado de alta del SUH vuelven a consultar en el intervalo de 72 horas, independientemente de que lo hagan por igual o diferente motivo de consulta. El denominador es el número total de pacientes admitido en el SUH en el período considerado. Paciente admitido es todo paciente que conste en el registro de admisión con hora de entrada.
Población	Pacientes admitido en Urgencias durante el período revisado.
Tipo	De resultado.
Estándar	No actualizado.
Fuente de datos	Sistemas de información del hospital.
Periodicidad	Mensual.
Comentarios	Como incluye todas las readmisiones (citaciones, consultas por otros motivos, etc.), el indicador se debe utilizar como señal de alarma, sin que el incumplimiento indique una mala praxis en todos los casos. Es aconsejable la revisión mensual para analizar las causas y poder adoptar estrategias de mejora. En caso de poder establecer un estándar global, las desviaciones implican obligatoriamente la revisión de los casos. Este indicador debería ser complementado con el de retornos con ingreso.

101



485

E1.2.4.

NOMBRE	ENFERMOS NO VISITADOS
Dimensiones	Satisfacción, Riesgo, Adecuación.
Justificación	Aunque los motivos por los que un paciente abandona el servicio antes de ser visitado pueden ser múltiples, es necesario su conocimiento como aproximación del nivel de satisfacción del paciente y del riesgo de que pacientes con problemas de salud potencialmente graves desistan de la asistencia por las demoras.
Fórmula	Nº de enfermos no visitados x 100 / Nº de enfermos admitidos.
Explicación de términos	Enfermo no visitado: ficha de urgencias en blanco o en la que consta que no ha sido visitado. Enfermo admitido: todo paciente que conste en el registro de admisión con hora de entrada.
Población	Pacientes con ficha abierta en Urgencias, durante el período revisado.
Tipo	De resultado.
Estándar	No actualizado.
Fuente de datos	Sistema informático.
Periodicidad	Mensual.
Comentarios	El resultado nos proporciona una tasa que, sin un estándar aceptado, nos debe permitir al menos la comparación en el tiempo de nuestros propios resultados. Es aconsejable realizar investigaciones periódicas del motivo para implementar mejoras.

102



E1.2.5.

CAÍDAS DE PACIENTES	
Dimensiones	Seguridad.
Justificación	Los accidentes que pueden sufrir los pacientes durante su asistencia en el Servicio de Urgencias son causa reconocida de morbilidad y mortalidad añadida. Su detección permite que se planifiquen las medidas de prevención necesarias para evitar este riesgo.
Fórmula	Nº de pacientes con caídas x 1.000 / Nº de pacientes admitidos.
Explicación de términos	Paciente con caída: paciente que sufre un traumatismo por precipitación (de la totalidad o parte de su cuerpo) de un plano superior al del suelo sobre este, en cualquier área de urgencias o de su dependencia (ej. Rx, salas de espera, etc.). Paciente admitido: todo paciente que conste en el registro de admisión con hora de entrada.
Población	Pacientes admitidos en Urgencias durante el periodo revisado.
Tipo	Resultado.
Estándar	0 ‰. Se mide sobre 1.000 pacientes.
Fuente de datos	Registro de caídas.
Periodicidad	Mensual.
Comentarios	Cabe recordar la necesidad de disponer de registros de efectos adversos. Cada caída es motivo de análisis.

E1.2.6.

REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS	
Dimensiones	Seguridad.
Justificación	La asistencia hospitalaria comporta un conjunto de riesgos que generan morbilidad añadida así como insatisfacción de pacientes y familiares. Su detección permite que se planifiquen las medidas de prevención necesarias para reducir estos riesgos.
Fórmula	Existencia de registro de efectos adversos.
Explicación de términos	Se considera que el registro de efectos adversos es un documento general o individualizado que recoge como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • Errores de medicación • Efectos adversos a fármacos • Errores diagnósticos • Caídas de pacientes • Reacciones post-transfusionales • Efectos por malfuncionamiento de aparataje • Complicaciones de procedimientos invasivos (neumotórax por punción,...)
Población	Registros del Servicio de Urgencias.
Tipo	Estructura.
Estándar	Si.
Fuente de datos	Documentación del servicio.
Periodicidad	Diaria.
Comentarios	La existencia del registro supone una herramienta de detección que conduce a la evaluación y a la implantación de mejoras.

E1.2.7.

EVALUACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS	
NOMBRE	Seguridad.
Dimensiones	La asistencia hospitalaria comporta un conjunto de riesgos que generarán morbilidad añadida así como insatisfacción de pacientes y familiares. Su detección y evaluación permite que se planifiquen las medidas de prevención necesarias para reducir estos riesgos.
Justificación	Pacientes con efectos adversos revisados x 100 / Total pacientes con efectos adversos registrados.
Fórmula	Pacientes con efectos adversos revisados: pacientes que han sufrido algún efecto adverso y en el que se puede documentar haber realizado una revisión sistemática del proceso asistencial para detectar la causa.
Explicación de términos	Se consideran efectos adversos a detectar como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • Errores de medicación • Efectos adversos a fármacos • Errores diagnósticos • Caídas de pacientes • Reacciones post-transfusionales • Efectos por malfuncionamiento de aparataje • Complicaciones de procedimientos invasivos
Población	Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
Tipo	Proceso.
Estándar	100%
Fuente de datos	Documentación del Servicio.
Periodicidad	Mensual.
Comentarios	La evaluación comporta la posterior propuesta e implantación de medidas correctoras.

105



487

E1.2.8.

FRECUENCIA DE EFECTOS ADVERSOS	
NOMBRE	Seguridad.
Dimensiones	La asistencia hospitalaria comporta un conjunto de riesgos que generarán morbilidad añadida así como insatisfacción de pacientes y familiares. Su detección permite que se planifiquen las medidas de prevención necesarias para reducir estos riesgos.
Justificación	Pacientes atendidos afectados por un efecto adverso en el periodo revisado x 100 / Pacientes admitidos en el periodo revisado.
Fórmula	Se consideran efectos adversos a detectar como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • Errores de medicación • Efectos adversos a fármacos • Errores diagnósticos • Caídas de pacientes • Reacciones post-transfusionales • Efectos por malfuncionamiento de aparataje • Complicaciones de procedimientos invasivos (neumotórax por punción,...)
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> • Errores de medicación • Efectos adversos a fármacos • Errores diagnósticos • Caídas de pacientes • Reacciones post-transfusionales • Efectos por malfuncionamiento de aparataje • Complicaciones de procedimientos invasivos (neumotórax por punción,...)
Población	Pacientes admitido en el periodo revisado.
Tipo	Resultado.
Estándar	No establecido.
Fuente de datos	Documentación del Servicio. Registro de efectos adversos.
Periodicidad	Mensual.
Comentarios	Supone una herramienta de detección que conduce a la evaluación y a la implantación de mejoras.

106



E1.2.9.

CUMPLIMENTACIÓN DEL INFORME DE ASISTENCIA	
Dimensiones	Continuidad.
Justificación	Mide la calidad de la asistencia ya que es el registro de la actividad generada durante el acto asistencial que permite la continuidad del proceso y la comunicación entre profesionales, además de constituir un documento médico-legal de capital importancia.
Fórmula	Nº de informes de asistencia correctos de enfermos dados de alta x 100 / Nº de informes de asistencia de enfermos dados de alta.
Explicación de términos	El informe de asistencia correcto debe incluir junto con los datos pertinentes de identificación del paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Motivo de consulta referido • Antecedentes patológicos • Exploración física y hallazgos • Pruebas complementarias realizadas y resultado • Orientación diagnóstica codificada • Tratamiento instaurado y tratamiento a seguir • Control posterior • Fecha y hora de entrada, hora de inicio de asistencia médica y hora de salida e identificación del médico responsable <ul style="list-style-type: none"> • Enfermos dados de alta: se consideran así los remitidos a domicilio o a otros centros. • Sólo se considerará correcto el indicador cuando el informe cumpla todos los ítems.
Población	Todos los pacientes dados de alta de Urgencias a domicilio o trasladados a otros centros durante el período revisado.
Tipo	Resultado.
Estándar	100%
Fuente de datos	Informes de asistencia.
Periodicidad	Semestral.
Comentarios	Se considera que la información ha de ser legible para la facilitación de la transmisión de información y la prevención de errores por mala interpretación, entre otros.

E1.2.10.

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE URGENCIAS Y EL ALTA HOSPITALARIA	
Dimensiones	Efectividad. Seguridad.
Justificación	Un error en el diagnóstico puede comportar consecuencias graves para el enfermo, siendo necesario que el diagnóstico al alta de urgencias sea lo más preciso posible.
Fórmula	Nº de pacientes con un mismo diagnóstico en ingreso (alta de urgencias) y al alta de hospitalización x 100 / Nº de pacientes ingresados por urgencias
Explicación de términos	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico al ingreso: diagnóstico inicial realizado en urgencias y motivo por el que se ingresa al paciente. • Diagnóstico al alta de hospitalización: diagnóstico definitivo del motivo que comportó la consulta a urgencias, excluyendo complicaciones posteriores.
Población	Pacientes ingresados a través de Urgencias durante el período estudiado.
Tipo	Resultado.
Estándar	No establecido.
Fuente de datos	Informes de asistencia de urgencias. Codificación de altas.
Periodicidad	Semestral.
Comentarios	Cabe tener en cuenta que este indicador no valora la correlación diagnóstica de pacientes dados de alta a domicilio desde Urgencias. Es un indicador que precisa de un consenso que comporta la aplicación de criterios específicos en algunas ocasiones así como la valoración de diagnósticos sintromáticos. Inicialmente la concordancia se mide a partir de la coincidencia de los tres primeros dígitos de la clasificación internacional de enfermedades modificación clínica (CIE-9MC). Los que no coinciden han de ser revisados manualmente aplicando criterios implícitos.

E1.2.11.

SATISFACCIÓN DE PACIENTES	
NOMBRE	
Dimensiones	Calidad percibida.
Justificación	El nivel de satisfacción de los pacientes de un SUH es un fiel reflejo del nivel de calidad percibida de la asistencia.
Fórmula	Número de pacientes que responden en la encuesta de satisfacción al ítem "Satisfacción global", como MUY SATISFECHO o SATISFECHO x 100 / Número total de pacientes que responden a la encuesta en el período a analizar.
Explicación de términos	El indicador se mide como el nivel de satisfacción expresado por los pacientes sobre una escala de Likert en porcentaje. El numerador lo constituye suma de las encuestas en las que la respuesta ha sido MUY SATISFECHO o SATISFECHO. El denominador lo constituye el número total de encuestas cumplimentadas durante el período de estudio.
Población	Todos los pacientes atendidos en el SUH en el período de estudio.
Tipo	De resultado.
Estándar	≥ 85%
Fuente de datos	Encuesta de satisfacción.
Periodicidad	Anual.
Comentarios	–

109

E1.2.12.

RECLAMACIONES	
NOMBRE	
Dimensiones	Calidad percibida.
Justificación	Las reclamaciones suponen un fracaso en la calidad que perciben los pacientes, familiares y usuarios en general de los SUH. No siempre se les presta la atención que merecen, pues de su medición y de su análisis pueden obtenerse conclusiones muy importantes para la mejora del Servicio que se presta por el SUH.
Fórmula	Número de reclamaciones X 1.000 / Número de admitidos.
Explicación de términos	El numerador es el número de reclamaciones escritas que se reciben en el SUH. El denominador es el número total de pacientes registrados en admisión en el período considerado. Como quiera que cuando se mide en porcentajes, pueden obtenerse resultados con valores inferiores a la unidad, se recomienda hacer los cálculos sobre cada mil pacientes registrados.
Población	Todos los pacientes registrados en la admisión del SUH en el período de estudio.
Tipo	De resultado.
Estándar	No establecido.
Fuente de datos	Reclamaciones.
Periodicidad	Mensual.
Comentarios	–

110





LISTADO DE COMPROBACIÓN: E1.

RESULTADOS	SOLICITANTE				EVALUADOR				
	S	N	N/A	S	N	N/A	S	N	N/A
E1. ¿Dispone el Servicio de un sistema de auto-evaluación de resultados? O									
E1.1. ¿Existe un documento donde se describe la metodología que se emplea? O									
E1.2. ¿Existe un programa interno escrito de seguimiento regular de los resultados obtenidos que incluye todos o algunos de los indicadores? R									
E1.2.1. ¿Tiempo de la primera asistencia facultativa en función de la prioridad? R									
E1.2.2. Mortalidad bruta <i>in situ</i> . R									
E1.2.3. Reconsulta a Urgencias. R									
E1.2.4. Enfermos no visitados. R									
E1.2.5. Caídas de pacientes. R									
E1.2.6. Registro de efectos adversos. R									
E1.2.7. Evaluación de efectos adversos. R									
E1.2.8. Frecuencia de efectos adversos. R									
E1.2.9. Cumplimentación del informe de asistencia. R									
E1.2.10. Correlación diagnóstica entre urgencias y el alta hospitalaria. R									
E1.2.11. Satisfacción de pacientes y usuarios. R									
E1.2.12. Reclamaciones. R									
E1.2.13. Indicadores del plan de seguridad de los profesionales. R									
E1.2.14. Indicadores en pediatría. R									

Apartado F. Otros aspectos

F1. CONTROL DE ACTIVIDAD

El Servicio mantiene un cuadro de mando de la actividad llevada a cabo. **O**

F2. COSTES DE LOS PROCESOS

El Servicio dispone de información sobre sus objetos de coste para su mejora y control. **R**

GUÍA: F1 - F2

El Servicio debe mantener un cuadro de mando de la actividad llevada a cabo. El análisis del comportamiento de la demanda, su evolución en el tiempo y otros aspectos de la misma permitirá una mejor planificación de los recursos humanos (adaptándolos a la realidad asistencial), hacer análisis de la tendencia y previsión de la actividad futura, informes a las autoridades sanitarias y, en general, una mejor gestión. A favor está la poca dificultad que presenta y su bajo coste. Este cuadro de mando puede estar en cualquier soporte (informático o en papel) y en forma de gráficos, tablas, hoja de cálculo etc. Puede utilizarse un "cuadro de mando integral", de tal forma que en el mismo soporte se registren los datos de actividad y de calidad (criterio D8).

La implantación de nuevos modelos de gestión en los Servicios tiene detrás el interés legítimo de las administraciones sanitarias por controlar el crecimiento sostenido del gasto sanitario, tanto en términos relativos como absolutos, lo que viene siendo una realidad en las últimas décadas. Un elemento clave para ello y en el que pueden influir de forma notable los profesionales es a través de la optimización de los costes. La colaboración con el equipo de gestión del centro responsable de la contabilidad analítica para el cálculo del coste de los distintos objetos de este, así como la determinación y el compromiso por eliminar los elementos superfluos, constituyen hoy una obligación profesional y una herramienta útil para la gestión clínica.

La SEMES tiene un grupo específico que mantiene una línea de trabajo centrada en el diseño de métodos aplicables en los Servicios de Urgencias para el cálculo del coste de los procesos clínicos y de otros objetos de coste. Existen ya algunos resultados parciales que pueden consultarse en la Revista Emergencias referenciadas en la bibliografía.

LISTADO DE COMPROBACIÓN: F1 - F2

CONTROL DE ACTIVIDAD Y COSTES	SOLICITANTE					EVALUADOR				
	S	N	N/A	S	N	N/A	S	N	N/A	
F1. ¿Mantiene el Servicio de Urgencias un cuadro de mando de la actividad? O										
F2. ¿Dispone el Servicio de Urgencias de información sobre sus objetos de coste? R										



DOCUMENTACIÓN CONSULTADA

- Cameron JM, Baraff LJ, Sekhon R: Case-Mix Classification for Emergency Departments. Medical Care 1990; 28:146-158.
- Baraff LJ, Cameron JM, Sekhon R: Direct Costs of Emergency Medical Care: A Diagnosis-Based Case-Mix Classification System. Annals of Emergency Medicine 1991; 20:20-26.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial; 6:365-74, 1991.
- Clínicas Quirúrgicas de Medicina de Urgencia de Norteamérica: La calidad en medicina de urgencia. Volumen 392. Edit. Interamericana- McGraw Hill.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Development and Application of Indicators in Emergency Care. Revised Edition. 1993.
- VARO J: Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Edit. Díaz de Santos. 1994.
- Clery M, Ashby R, Jelinek G, Lagida R: The future of case-mix in emergency medicine and ambulatory care. The medical journal of Australia 1994; 161: 530-33.
- David Blumenthal: Part 1: Quality of care - 'What is it?'. N Engl J Med Vol. 335. N° 12. September 19, 1996
- Brook R, H, Mc Glynn and Cleary P D; Part 2: Measuring quality of care. N Engl J Med Vol. 335. N° 13. September 26, 1996
- Chasin M R; Part 3: Improving the quality of care. N Engl J Med Vol. 335. N° 14. October 3, 1996.
- David Blumenthal: Part. 4: The origins of the quality-of-care debate. N Engl J Med Vol. 335. N° 15. October 10, 1996.
- Berwick D M; Part. 5: Payment by capitation and the quality of care. N Engl J Med Vol. 335. N° 16. October 17, 1996.
- Blumenthal D and Epstein A M; Part. 6: The role of physicians in the future of quality management. N Engl J Med Vol. 335. N° 17. October 24, 1996.
- Cabré et al.: Criterios para acreditación de los Servicios de Medicina Intensiva. Rev. Calidad Asistencial 1996; 11:56-517.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Sistema de medición de indicadores y uso en hospitales. Apéndice C. Manual de Acreditación de Hospitales. Edit. Standards. 1996.
- Hematopoietic progenitor cell collection processing and transplantation. Accreditation Manual. Foundation for the Accreditation of Hematopoietic cell Therapy. First Edition - North America 1997.
- Tejedor Fernández M et al: El coste de los procesos clínicos en los Servicios de Urgencias y Emergencias. Emergencias 1998; 10:393-405.
- Tejedor M y Martín JM: Sistema de calidad en un servicio de emergencias sanitarias. Rev. Calidad Asistencial 1999; 14: 671 - 679.
- Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 1999.
- Torres J, Jiménez L, Tejedor M, Keller I, Temes J: Coste por proceso en Urgencias. Todo Hospital; 157:383-390.
- Tejedor Fernández M et al: El sistema ABC en el análisis del coste de los procesos clínicos en las Unidades de Urgencias y Emergencias. Rev. Calidad Asistencial 1999; 14:312-320.
- AENOR. Criterio ISO 9001:2000.
- Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. EDITA: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2000.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION: Criterios internacionales de acreditación de hospitales. 2.000.
- FJ, Montero Pérez, JM, Calderón de la Barca Gárrquez, L, Jiménez Murillo, A, Berlango Jiménez, I, Pérez Torres, L. Penula de Torres. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (II).



- Recursos materiales y humanos. Perfil profesional del médico de Urgencias. *Emergencias* 2000; 12: 247-258.
26. Indicadores de Servicios de Urgencias y Emergencias. Secretaría de Calidad, Acreditación y Gestión Clínica. SEMES. 2000.
27. Rivas P et al: Manual de criterios para la acreditación de CMA (primera parte). *Cirugía Mayor Ambulatoria* 2001;6(1):125-153.
28. Lorenzo S, Arcelay A, Bascigalupo M, Mira JJ, Palaco F, Ignacio E, Vialler J: Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el modelo de excelencia de la EFQM. *Edic. MSD* 2001.
29. Servicios de Urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. *Sociedad Catalana de Medicina de Urgencia y Fundación Avedis Donabedian*. Abril 2001.
30. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE* 274 de 15 de noviembre de 2002.
31. Prados A, Marion J, Tejedor M y Moreno E. Herramientas de medida del producto sanitario en la asistencia a urgencias y emergencias. *Todo Hospital Junio 2002*; 187:322-327.
32. Pérez Lázaro JJ, García Alegría J y Tejedor Fernández M: Gestión clínica: conceptos y metodología de aplicación. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17 (5):305 - 11.
33. Programa de acreditación de centros del sistema sanitario de Andalucía. *Manual de Estándares*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud, 2003.
34. Programa de acreditación de unidades de gestión clínica. *Manual de Estándares*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud, 2003.
35. Acreditación Docente de los Servicios de Urgencias. Secretaría de Formación de SEMES 2003.
36. Sistema Español de Triaje (SET). SEMES. 2004.
37. Urgencias Sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora. SEMES. 2003.
38. Tejedor Fernández M, Pérez Lázaro JJ y García Alegría J. Gestión clínica: Aplicación práctica en una Unidad Hospitalaria (II). *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(2):125-31.
39. Casado Martínez JL, Pérez Lázaro JJ, Tejedor Fernández M, Prieto Rodríguez MM, Fernández Ruiz I, Pérez Cobo G y de Manuel Kenoy E. Atención Urgente. Estudio de la situación y propuestas de futuro. *Todo Hospital Julio - Agosto 2003*; 198: 427-448.
40. Montero Pérez FJ, Torres Trillo M, López Álvaro J, García Castrillo L, Algarra Paredes J y Parrilla Herranz. La especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias. *Todo Hospital Julio - Agosto 2003*; 198: 449-455.
41. López-Andujar Aguiriano L, Ajama Alcántara M, Pérez-Monsaut Merino I, Carrelle Pérez T, Casado Martínez JL y Tomás Vecina S. Acreditación de Servicios de Urgencias y Emergencias. *Todo Hospital Julio - Agosto 2003*; 198: 456-461.
42. Tejedor Fernández M, Burillo Putze G, Roqueta Egea F, Jiménez Murillo L, Lecriena Esteban MA y Carrero Alcántara L. Gestión clínica en un Servicio de Urgencias. *Todo Hospital Julio - Agosto 2003*; 198:462-470.
43. Jiménez Murillo L, Calderón de la Barca Gázquez JM, Berlango Jiménez A, Llamas Fuentes R, López Pérez J y Torres Murillo J. Gestión por procesos en Urgencias. *Todo Hospital Julio - Agosto 2003*; 198: 471-478.
44. Hermoso Gadeo FE, Aguilar Reguero JR, Medina Alvarez JC, Cortés Bermejo S, Guisán Garrido C y Ayuso Baptista F. Medicina de Urgencias y Emergencias ante las nuevas tecnologías. *Todo Hospital Julio - Agosto 2003*; 198: 479-495.
45. Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984. *BOE* de 14 de septiembre de 1984 por la que se regula el informe de alta médica hospitalaria.
46. Guía para la elaboración de planes de catástrofes en hospitales. Ministerio de sanidad. *INSALUD*. Madrid 2003.
47. Blanco Ramos MA, Caero Rey JR, Pascual Clemente FA. *Triaje de Urgencias Hospitalarias*. Traducción del Grupo Español de Triaje del original Emergency Triage (Manchester Triage Group. Ed. Kevin Mackway-Jones) en versión inglesa. Ourense 2005.

ANEXOS

- ANEXO 1: Recomendaciones de la SELUP
ANEXO 2: Modelo de solicitud inicial
ANEXO 3: Glosario de términos

ANEXO 1: RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

A. Recomendaciones de material e instrumental clínico

<p>Servicio de Urgencias (en general)</p>	<p>Sala de críticos: todos los artículos mencionado en el apartado general más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hojas con dosificación de drogas específicas de resucitación • Sistema de comunicación directa con enfermería, laboratorio, radiología y otros especialistas; preferiblemente manos libres
<ul style="list-style-type: none"> • Monitores cardiopulmonares • Carro de paradas. Desfibrilador, con monitor y la batería • Termómetros • Pulsioxímetros • Aparatos de aspiración nasogástrica • Instrumental para lavado gástrico, con tubos de diferente calibre • Bombas de infusión • Calentadores de sangre y otros fluidos • Agujas intraóseas • Mascarillas de ventilación de diferentes tamaños • Nebulizadores y cámaras espaciadoras • Bombonas de oxígeno transportables • Instrumental para cateterización uretral • Agujas de punción lumbar • Dispensadores de medicación • Mantas y lámparas calentadoras • Escalas de pesos • Equipo de irrigación ótico y eliminación de cerumen • Electrocardiograma • Equipos para reparación de heridas: suturas, pegamento biológico, grapas • Sistema de información toxicológica • Juguetes y dibujos para niños ingresados 	<p>Necesidades de la vía aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsa de ventilación con mascarilla • Tubos endotraqueales (del 2.5 al 8.5) • Laringoscopios (pala recta y curva) y fijadores • Mascarillas laríngeas • Cánulas oro faríngeas. • Material para cricotirotomía
<ul style="list-style-type: none"> • Bombonas de oxígeno transportables • Instrumental para cateterización uretral • Agujas de punción lumbar • Dispensadores de medicación • Mantas y lámparas calentadoras • Escalas de pesos • Equipo de irrigación ótico y eliminación de cerumen • Electrocardiograma • Equipos para reparación de heridas: suturas, pegamento biológico, grapas • Sistema de información toxicológica • Juguetes y dibujos para niños ingresados 	<p>Ventilación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de drenaje torácico. • Tubos de toracocentesis • Monitor de CO₂ tidal • Nebulizador • Peak flow • Pulsioxímetro • Ventilador volumétrico
<ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiograma • Equipos para reparación de heridas: suturas, pegamento biológico, grapas • Sistema de información toxicológica • Juguetes y dibujos para niños ingresados 	<p>Circulación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitores no invasivos • Bombas de infusión • Calentadores de sangre y otros fluidos • Tabla rígida para compresión cardiaca • Equipo para vías centrales • Agujas intraóseas • Catéteres, equipos, vías IV • Monitor; desfibrilador con palas pediátricas



<p>(Continuación)</p> <p>Consultas / boxes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camillas apropiadas a cada área; en aquéllas en las que se atiende a pacientes graves deben poder variar su posición y acoplarse equipos IV y bombonas de oxígeno portátiles • Oxígeno de pared, con su correspondiente equipo; cánulas nasales, mascarillas con efecto Venturi y con reservorio incluido de cánulas traqueales • Sistema de aspiración de secreciones, incluido de cánulas traqueales • Otoscopio / oftalmoscopio de pared / portátil • Esfigmomanómetro, estetoscopio • Cánulas oro / naso faríngeas • Negatoscopio • Mobiliario y luminosidad adecuada; lavabo y papeleras 	<p>Trauma y resucitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material para calentamiento • Material para enfriamiento • Equipo de estabilización espinal, incluido collares cervicales de diferentes tamaños y tablas espinales cortas y largas
<p>Box de ortopedia / yesos / curas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tijera, sierra para cortar vendas, yesos • Equipos para inmovilización: vendas, férulas, yeso • Material de reparación de heridas: pegamento, grapas, suturas • Muletas • Negatoscopio 	<p>Miscelánea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material de oftalmología • Equipo para administración de óxido nítrico • Material ORL



B. Indicadores de calidad para los servicios de urgencia pediátricos

1. Nuevos indicadores

- ECG en dolor torácico
- Tiempo de demora en la radiología
- Demora en el diagnóstico y tratamiento de la invaginación intestinal
- Pacientes remitidos por su pediatra o centro de asistencia Primaria
- Maltrato infantil
- Frecuencia diaria y anual de consultas urgentes
- Codificación de motivos de consulta
- Determinación de constantes básicas
- Valoración de la severidad de crisis asmática
- Uso de la RO en pacientes deshidratados con GEA
- Uso de antibioterapia empírica en pacientes < 2 a. con amigdalitis
- Manejo ambulatorio de la meningitis infecciosa
- Hospitalización de pacientes diagnosticados de convulsión febril
- Utilización de la TAC en TCE
- Tratamiento de asma con inhaladores
- Hospitalización de pacientes con laringitis
- Utilización de anestesia tópica en procedimientos dolorosos
- Utilización de sedo analgesia en procedimientos mayores
- Tratamiento de heridas en Urgencias
- Evacuación gástrica en intoxicaciones
- Constancia de vacunas recibidas en menores de 2 años
- Urocultivos contaminados
- Determinación de Sat. O₂ en pacientes con dificultad respiratoria
- Tasa de hospitalización global
- Tasa de pacientes que precisan hospitalización
- Número de consultas urgentes
- Frecuentación anual
- Frecuentación diaria
- Tiempo medio de primera asistencia facultativa
- Tiempo medio de permanencia en Urgencias
- Proporción de ingresos
- Encuesta de satisfacción al usuario
- Porcentaje de seguimiento de la prescripción

2. Se propone la adaptación pediátrica para los siguientes indicadores

- Demora en el diagnóstico e intervención de torsión testicular
- Tratamiento antibiótico en el síndrome febril de origen viral
- GEA tratadas con antibióticos
- Urocultivos en ITU
- Factores clínicos pronósticos de la neumonía extrahospitalaria
- Demora en la práctica de ECO o TAC en paciente con trauma abdominal
- Peticiones de radiología
- Hemocultivos contaminados
- Readmisión a las 72 horas
- Readmisión con hospitalización

- Protocolos de riesgo vital
- Frecuencia diaria y anual de consultas urgentes
- Determinación de FR y saturación de O₂ en niños con dificultad respiratoria

3. Se consideran como indicadores BÁSICOS (se incluyen todos los aportados por el Grupo de Trabajo indicadores de calidad)

- Demora en el inicio del tratamiento antibiótico
- Diagnóstico de ITU en pacientes no continentales
- Demora de TAC en TCE
- Control y supervisión de politraumatizados
- Determinación de la Sat. de Hb (pulsioximetría) en la dificultad respiratoria
- Demora en la asistencia al paciente con dificultad respiratoria
- Demora en la Administración de tratamiento antibiótico urgente
- Uso de Eco ó TAC en traumatismo abdominal grave
- Uso de antibioterapia empírica en pacientes menores de 2 a con amigdalitis
- Hospitalización de pacientes diagnosticados de convulsión febril
- Evacuación gástrica en intoxicaciones
- Radiografías de cráneo en pediatría
- Urocultivos en ITU
- Control y supervisión de los politraumatizados
- Tiempo medio de primera asistencia de facultativo
- Tasa de Hospitalización global
- Existencia de triage
- Correlación entre el diagnóstico de urgencias y el alta
- Cumplimentación del informe de alta
- Existencia de protocolos clínicos
- Existencia de codificación diagnóstica
- Revisión sistemática de la sala de estabilización
- Readmisión con hospitalización
- Protocolos de riesgo vital
- Tasa de hospitalización global
- Frecuencia diaria y anual de consultas urgentes
- Pacientes con observación superior a 24 horas
- Encuesta de satisfacción del usuario
- Realización de sesiones clínicas en el Servicio de Urgencias
- Tiempos de respuesta de la analítica
- Peticiones de radiología
- Tiempo de permanencia en Urgencias
- Porcentaje de seguimiento de protocolos
- Cumplimentación correcta de la prescripción
- Reclamaciones
- Consentimiento informado
- Epicrisis de fallecidos
- Pacientes no atendidos
- Demora al ingreso
- Demora en Intervención quirúrgica urgente

ANEXO 2: MODELO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN INICIAL

SEMES SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS Servicios de Urgencias Hospitalarios

Nombre del HOSPITAL:
Dirección:

Teléfono: FAX: e-mail:

Nombre del Director del Hospital:

Fecha inicio de funcionamiento del Servicio:

Nombre del Responsable del Servicio:

Especialidad Médica:

Experiencia en atención a urgencias / emergencias:

Nombre y apellidos de los facultativos miembros del equipo (añada otras páginas, si lo precisa):

Describa su **Servicio**:

Número de camas de Observación:

Número de sillones de Observación:

Clasificación de pacientes:

Sala de emergencias:

Número de despachos de consulta:

Complete la tabla que sigue, indicando el número y tipo de asistencias realizadas en su hospital en los últimos años.

Año	Nº asistencias
20__	
20__	
20__	

Observaciones:

Fecha de la solicitud:

Fdo.:

Dirección del Hospital

Fdo.:

Responsable del Servicio de Urgencias

Nota: esta solicitud debe estar firmada por la Dirección del Hospital y el Jefe o Responsable del Servicio de Urgencias. El envío de este documento no supone ningún compromiso económico para el centro. Remitir a la Secretaría de la SEMES. Ciprián Haya, 60 - 1º - 28020 Madrid (Tel.: 91 570 12 84).



ANEXO 3: GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acreditación. Evaluación externa del nivel de calidad de un servicio sanitario, usando Criterios preestablecidos y otorgamiento de un certificado al centro.

Base de datos. Conjunto de datos almacenado.

Calidad de la asistencia. Medida en que los servicios de salud mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional. Las dimensiones de la calidad incluyen: la perspectiva del paciente, la seguridad del entorno de la asistencia, la accesibilidad, idoneidad o calidad científico-técnica, continuidad, eficacia, eficiencia y lo oportuno de la asistencia.

Certificación. Procedimiento por el cual una tercera parte asegura por escrito que un proceso, producto o servicio es conforme con unos requisitos especificados.

Confidencialidad. Limitación del acceso a los datos y a la información a los individuos que tengan autorización.

Dato. Observación no interpretada o hecho.

Director. Persona que dirige, controla, supervisa o gestiona una organización o un componente de la misma

Eficiencia. Relación entre los resultados de la asistencia al paciente y los recursos utilizados en la misma.

Equipo de evaluación o de auditoría. Grupo de profesionales designados por la SEMES que trabajan conjuntamente para llevar a cabo una evaluación de un Servicio Sanitario de Urgencias o Emergencias.

Evaluación. Proceso de verificación de que un centro cumple una serie de Estándares o Criterios.

Evaluador. Persona que lleva a cabo el proceso de evaluación y que cumple con los criterios para ser evaluador. Sinónimo de auditor.

Evaluar. Convertir los datos en información a través de su análisis.

Historia clínica. Informe recopilado por médicos y otros profesionales sanitarios, de una variedad de información del paciente, tales como resultados de la evaluación del enfermo, características del tratamiento y notas de evolución.

Historia clínica completa. Una historia clínica está completa cuando: (1) su contenido refleja el diagnóstico, los resultados de las pruebas complementarias, la terapia facilitada, la con-



496

dición y evolución del paciente durante el episodio de urgencia o emergencia y la situación del paciente al alta y (2) su contenido, incluyendo cualquier resumen clínico que se requiera o notas finales de evolución, está conjuntado y autenticado y todos los diagnósticos finales cualquier complicación están registrados sin el uso de símbolos o abreviaturas.

Indicador. Herramienta utilizada para medir, a través del tiempo, la realización de las funciones, los procesos y los resultados de una organización, servicio o procedimiento.

Información. Conjunto de datos interpretados para ayudar en la toma de decisiones.

Listado de comprobación. Formulario de preguntas de verificación necesarias y pertinentes cuyas respuestas permiten deducir con claridad que los requisitos especificados en la norma se cumplen o no por el Servicio solicitante de la acreditación.

Manual de acreditación. Publicación que incluye los Estándares, el organismo de acreditación, requisitos establecidos y el procedimiento a seguir para la solicitud de acreditación.

Medición. Proceso sistemático de recogida de datos, que se repite a través del tiempo o en un momento determinado.

Mejora de la calidad. Estudio y mejora continuada de los procesos de prestación de servicios de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los pacientes y de otros usuarios. Entre los términos relacionados se incluyen: mejora continua de la calidad, mejora de la actuación y gestión de la calidad total.

Criterio (o Estándar). Declaración de expectativa que define las estructuras, los procesos o los resultados que debe poseer o alcanzar una organización para incrementar la calidad de la asistencia.

Plan. Formulación o descripción del método para alcanzar los objetivos.

Proceso. Serie de acciones, actividades, sucesos, mecanismos o pasos interrelacionados y orientados hacia un objetivo.

Programa. Conjunto de la estructura, recursos y de los procesos que se destinan por un centro sanitario específicamente para una actividad determinada.

Protocolo clínico. Herramienta descriptiva o especificación estandarizada para la asistencia del paciente en las situaciones habituales, elaborada a través de un proceso formal que incorpora las mejores pruebas científicas de eficacia con la opinión de expertos.

Sistema de calidad. Conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad.

Validez de los datos. Verificación de la exactitud, refleja la verdadera situación.

124

ANEXO E15-3

.....



DE. Dr. Josep GÓMEZ JIMÉNEZ

Coordinador del Model Andorrà de Triatge (MAT)- Sistema Español de Triaje (SET)

Presidente de la Societat Andorrana d'Urgències i Emergències (SAUE)

A: Dr. Carles LUACES CUBELLS

Presidente de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

Estimado Carles,

Por la presente quisiera ratificar mi gratitud personal e institucional por la inestimable colaboración que, desde hace cinco años, estáis realizando en la mejora y validación de la escala pediátrica del MAT-SET.

Personalmente considero que el acuerdo de colaboración establecido con vosotros es un paradigma de lo que tendría que ser el buen entendimiento entre sociedades científicas de adultos y pediátricas, que persiguen un bien común y compartido, en este caso, la mejora de la asistencia a los pacientes en las urgencias y emergencias, tanto de adultos como pediátricas.

Nuestro trabajo conjunto ha permitido, no solo crear una escala nueva para el triaje pediátrico, sino también validarla científicamente; así como, crear un cuerpo docente en triaje pediátrico, que hasta ahora es inexistente en otras escalas de triaje modernas.





Con el convencimiento que nuestra estrecha colaboración continuará dando sus frutos, recibe un cordial saludo,

Escaldes-Engordany, 19 de octubre de 2009

A large, stylized handwritten signature in black ink, which appears to be "Josep Gómez Jiménez".



Josep Gómez Jiménez

Presidente de la SAUE

Unidad de urgencias hospitalaria

Estándares y recomendaciones



LISTADO DE PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Concepción Colomer. Subdirectora General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social

Dirección y coordinación

▪ Inés Palanca Sánchez. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS. Dirección técnica e institucional.

▪ Javier Eiola Somoza. Director técnico. Eiola Consultores S.L..

▪ Fernando Mejía Estebananz. Director Médico H.U. 12 de Octubre. Madrid. Coordinador científico

Comité de redacción

▪ Javier Eiola Somoza. Eiola Consultores S.L.

▪ José Luis Bernal Sobrino. EC Consultoría y Gestión en Sanidad S.L..

▪ Fernando Mejía Estebananz. Director Médico H.U. 12 de Octubre. Madrid

▪ José León Paniagua Caparrós. Doctor arquitecto

▪ Inés Palanca Sánchez. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS

Grupo de expertos

▪ Antonio Álvarez García. Coordinador del Servicio de Urgencias. Hospital U. Central de Asturias (Oviedo).

▪ Miguel Ángel Castro Villamor. Hospital U. Río Ortega (Valladolid). SEMFYC.

▪ Carmen Díaz Pedroche. Médico Adjunto. Servicio de Medicina Interna. Hospital Quirón (Madrid)

▪ Francisco Javier Fonseca del Pozo. H. Valle de los Pedroches (Pozoblanco; Córdoba). Secretario Nacional del Grupo de Urgencias de SEMERGEN.

▪ Gonzalo García de Casasola Sánchez. Jefe de Servicio de Medicina Interna-Urgencias. Hospital Infanta Cristina (Parla; Madrid). Sociedad Española de Medicina Interna. Coordinador del grupo de trabajo de urgencias.

▪ José Luis Gómez Barreno. Gerente de Empresa Pública Emergencias Sanitarias de Andalucía.

▪ Luis López-Andújar Aguiriano. Hospital U. de Alicante. SEMES.

▪ Juan Ignacio Manrique Martínez. Instituto Valenciano de Pediatría (Valencia). Sociedad Española de Urgencias de Pediatría de la Asociación Española de Pediatría.

▪ Fernando Mejía Estebananz. Director Médico Hospital U. 12 de Octubre. (Madrid)

▪ Justo Menéndez Fernández. Coordinador de Urgencias. Hospital U. Norte Sanchinarro (Madrid).

▪ Domingo Muñoz Arteaga. Secretario General de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

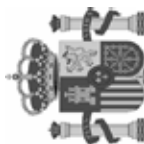
▪ José León Paniagua Caparrós. Doctor arquitecto

▪ M^o Dolores Pérez Díaz. Adjunto de Cirugía del H.G.U. Gregorio Marañón (Madrid). Secretaria de la Sección de Politraumatizados de la Asociación Española de Cirugía.

▪ Manuel Quintana Díaz. Jefe de Urgencias del Hospital U. La Paz (Madrid). SEMICYUC.

▪ José Manuel Rabanal Llevot. Hospital U. Marqués de Valdecilla (Santander). SEDAR.

▪ Jerónimo Romero Nieva. Presidente de la de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias



Apoyo de edición

- José de Arribas. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS. MSPS
- Alberto Segura. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS. MSPS.

ÍNDICE		
Resumen ejecutivo		
1	Introducción	10
2	Análisis de situación	13
2.1.	Saturación de la UUH	13
2.2.	Autorización y acreditación de hospitales y la UUH en España	14
2.3.	Guías de la UUH	15
2.4.	Experiencia en la UUH en España y otros países	16
3	Derechos y garantías del paciente	21
3.1.	Información al paciente y familiares. Consentimiento informado.	21
3.2.	Garantía de los derechos del paciente	23
4	Seguridad del paciente	25
4.1.	Cultura de seguridad	27
4.2.	Identificación del paciente	28
4.3.	Comunicación durante el traspaso de pacientes	29
4.4.	Prevención de infección	29
4.5.	Gestión de hemoderivados	30
4.6.	Prevención de caídas y reducción del daño	30
4.7.	Seguridad del uso de medicamentos	30
4.8.	Prevención de úlcera por presión	32
4.9.	Implicación del paciente en su seguridad	33
4.10.	Plan de autoprotección para el personal de la UUH	33
5	Organización y gestión	34
5.1	Red asistencial. Sistema de urgencias. Hospital local y la red asistencial de urgencias.	35
5.2	Cartera de servicios	36
5.3	Proceso de atención al paciente en la UUH	37
5.4.	Organización y funcionamiento de la UUH	42
5.5.	Gestión de pacientes	44
6	Estructura y recursos materiales	46
6.1.	Programa funcional de la UUH: criterios	46
6.2.	Programa funcional de la UUH: descripción de zonas y locales.	54
6.3.	Programa genérico de locales	79
6.4.	Material sanitario. Esterilización	81
6.5.	Limpieza de la UUH	82
6.6.	Gestión de residuos sanitarios	82
7	Recursos humanos	83
7.1.	Registro del personal sanitario	83
7.2.	Expediente personal	83
7.3.	Titulación y funciones	83
7.4.	Identificación y diferenciación del personal	85
7.5	Medios documentales	85
7.6.	Formación continuada	86
7.7.	Criterios para el cálculo de los recursos	86
8	Calidad	90
9	Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad	95





Resumen ejecutivo del documento de estándares y recomendaciones de la unidad de urgencias hospitalarias

1. Urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que la sufre o de su familia (OMS).

Emergencia es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

2. La UUH se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a la urgencias y la emergencia.

3. En 2007, fueron atendidas en los hospitales españoles 26.265.096 urgencias (79,4% en hospitales públicos). En España, la frecuentación de las urgencias hospitalarias se estima en 585,3 urgencias por cada mil habitantes, con un porcentaje de ingresos del 10,5%. El número total de urgencias hospitalarias aumentó un 23,2%, entre 2001 y 2007.

4. En 2007, el 52,5% de los 5.239.416 ingresos hospitalarios, fueron urgentes. Este porcentaje alcanza el 69% en los hospitales generales del SNS.

5. El Informe del Defensor del Pueblo señaló en 1988, como elementos defintorios de las urgencias, el aumento de frecuentación, la masificación (saturación) y el uso inapropiado de las urgencias hospitalarias. Estos fenómenos están ampliamente documentados a nivel internacional.

6. La tasa de frecuentación de urgencias en España es notablemente más elevada que la del Reino Unido o la de los Estados Unidos. En España, la estimación del uso inapropiado de las urgencias varía en un rango entre el 24% y 79%.

7. El 80% de los pacientes acuden a la UUH por iniciativa propia, sin ser referidos desde otros servicios. Aproximadamente un 80% de los pacientes atendidos en la UUH es dado de alta a domicilio. Entre los motivos del usuario para demandar asistencia en la UUH como primera opción, se identifica la confianza en la unidad y la expectativa de una atención rápida.

Derechos y garantías del paciente

8. La información de la UUH al paciente debe ser clara, precisa y suficiente.

9. Tanto la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud, requerirán, siempre que la situación lo permita, el consentimiento por escrito del paciente.

Seguridad del paciente

10. El hospital y la UUH debe fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad.

11. La UUH debe actualizar con frecuencia, la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas eficaces en la reducción de errores, basadas en la evidencia científica.

12. Se recomienda realizar reuniones periódicas en la UUH para analizar los incidentes de seguridad y establecer medidas para prevenir nuevos incidentes.

13. Se recomienda realizar en la UUH, un análisis de proacti vo de riesgos de aquello s procedimientos de mayor riesgo, con el fin de identificar los posibles fallos e implantar medidas

Anexos		
1.	Criterios de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña que afectan al área de urgencias	96
2.	Recomendaciones en relación con las urgencias hospitalarias contenidas en otros documentos de estándares y recomendaciones	101
3.	Sistema modificado de alerta temprana	103
4.	Criterios de dimensionado de recursos	104
5.	Programa funcional	106
6.	Plan de equipamiento	111
7.	Indicadores de calidad para el servicio de urgencias	118
8.	Indicadores de calidad para el servicio de urgencia pediátricas	122
9.	Indicadores de funcionamiento del traslado desde otro centro	125
10.	Estándares clínicos para sistemas de urgencias	126
11.	Índice alfabético de definiciones y términos de referencia.	127
12.	Abreviaturas y acrónimos	134
13.	Bibliografía	135
Tablas		
1.1.	Niveles de asistencia hospitalaria	11
5.1.	Conjunto mínimo de servicios requeridos para mantener la UUH en un hospital local.	36
5.2.	Nivel de triaje y tiempo de atención médica recomendada	39
6.1.	Zona de recepción y admisión: funciones y características	59
6.2.	Zona de consultas: funciones y características	61
6.3.	Zona de exploración, diagnóstico y tratamiento: funciones y características	68
6.4.	Zona de observación de urgencias: funciones y características	72
6.5.	Zona de urgencias pediátricas: funciones y características	76
6.6.	Zona de personal: funciones y características	79
6.7.	Programa de locales de la UUH	79
8.1.	Indicadores recomendados por la SEMES para evaluación de la UUH	91
8.2.	Objetivos de calidad y asistenciales de la UUH	94
Fotos		
1	Marquesita de acceso a una UUH	54
2 y 3	Puertas de acceso a urgencia y emergencia	55
4 y 5	Mostrador de recepción y admisión de la UUH	56
6 y 7	Sala de triaje	57
8	Sala de espera general desde el mostrador de recepción y admisión y el vestíbulo general de la UUH	58
9	Entrada de emergencias y acceso al box de reanimación	62
10, 11 y 12	Box de reanimación del paciente crítico	62
13 y 14	Boxes polivalentes y detalle de puerta de acceso	63
15 y 16	Box polivalente de exploración, diagnóstico y tratamiento	63
17, 18 y 19	Box de traumatología	64
20	Sala de espera de resultados	65
21 y 22	Control de enfermería: mostrador y zona de trabajo	66
23	Almacén de material fungible	67
24	Oficio sucio con desinfectador de cuñas	67
25	Sala de observación de adultos	71
26	Equipamiento asociado al control de enfermería	71
27	Sala de espera de pediatría	75
28	Despacho clínico	78

para subsanarlos. Se recomienda efectuar al menos un análisis anual y siempre que se introduzca una nueva técnica o procedimiento de riesgo.

14. Se recomienda introducir medidas de valoración y control de la saturación de urgencias. Hay numerosos indicadores que identifican que la saturación de urgencias tiene consecuencias negativas sobre la calidad y la seguridad del paciente atendido en la UUH.

15. Algunos problemas de seguridad del paciente en la UUH derivan de factores asociados a una evaluación inicial pobre o inaceptable, a la falta de reconocimiento de deterioro en la condición clínica del paciente y la inadecuada comunicación en el traspaso de la información clínica. Se concentran en la fase de triaje y en los cambios de turno del personal.

16. Se recomienda introducir medidas de valoración del sistema de triaje de la UUH.

17. Se recomienda el desarrollo de un sistema de respuesta ante el riesgo de deterioro clínico del paciente en su estancia en la UUH.

18. Se recomienda aumentar la efectividad de la comunicación entre los profesionales implicados en la atención al paciente durante los cambios de turno y en transcurso del traslado de un paciente a otra unidad del hospital o de otro centro asistencial.

19. Se recomienda el uso de *checklist* para verificar la transferencia eficaz de los principales elementos de información clave tanto para el paciente como para el siguiente prestador de asistencia sanitaria.

20. La UUH debe disponer de un sistema que permita la identificación inequívoca del paciente. Se verificará la identidad del paciente antes de realizar cualquier intervención de riesgo sobre el mismo.

21. La UUH debe fomentar la implantación de nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC), especialmente la historia clínica informatizada y el sistema de prescripción farmacológica asistida.

22. La UUH debe disponer de protocolos actualizados de tratamiento y/o guías de uso de medicamentos, basados en la evidencia, sobre las principales enfermedades tratadas en la unidad.

23. En la UUH se evitará la prescripción de medicamentos considerados inapropiados para el anciano, por presentar una relación riesgo/beneficio desfavorable y existir alternativas terapéuticas.

24. En la UUH se efectuará una revisión de la medicación domiciliar antes de prescribir nuevos medicamentos, para evaluar la adecuación de la medicación (indicación, efectividad, dosificación, etc.).

25. Observación de la UUH debe proporcionar una lista completa (y conciliada) de la medicación al alta del paciente, cuya atención se transfiera a atención primaria, que debe estar disponible para el profesional responsable de asegurar la continuidad de la asistencia.

26. La UUH debe disponer de un programa de vigilancia y prevención de la infección.

27. En el área de observación de la UUH se debe implantar un programa para la prevención de la caída que incluya la identificación del paciente con riesgo de caída y de las situaciones que intervienen en la misma: paso a cama, eliminación de excretas y espera radiológica

28. Se debe identificar al paciente en riesgo de desarrollar úlcera por presión y valorar el estado de la piel.

Organización y gestión

29. La gestión de la emergencia se basa en la existencia de un sistema integral de urgencias y de un centro coordinador de urgencias sanitarias. El paciente que sufre un proceso que genera situación de emergencia puede ver mejorada su esperanza y calidad de vida si se desarrolla un sistema que garantice su atención lo más rápidamente posible, lo derive al centro más adecuado para la asistencia a su proceso

agudo, evite demoras en la UUH (técnicas de *fast track*), y le proporcione el tratamiento más adecuado en el intervalo de tiempo en donde es más eficaz. Las TIC pueden facilitar la gestión de este sistema.

30. Se recomienda el desarrollo e implantación de un sistema integral de urgencias para la asistencia del paciente con ictus, politraumatismo y síndrome coronario agudo.

31. La UUH debe formar parte de un sistema de atención integral a la urgencia. La continuidad asistencial debe constituirse como el elemento nuclear del sistema, que inspira su organización y funcionalidad. Para lograr dicha continuidad asistencial es necesario avanzar en la integración funcional de los niveles e instituciones que intervienen en la atención urgente y disponer de protocolos de coordinación.

32. La integración del hospital local en redes regionalizadas, mejora la seguridad y equidad. Para ello es fundamental el uso de las TIC y el desarrollo de un sistema de movilidad/ traslado urgente del paciente.

33. La UUH debe disponer de un sistema de triaje, validado, integrado en el sistema informático del hospital, que permita la rápida clasificación del paciente en función de su gravedad, asignándole un tiempo máximo de espera para ser atendido en el recurso apropiado.

34. El triaje es un método de trabajo estructurado que permite una evaluación rápida de la gravedad del paciente, de una manera reglada, válida y reproducible, con el propósito de priorizar el orden de atención médica y determinar el lugar y los medios que precise.

35. La cartera de servicios de apoyo a la UUH, debe estar en relación con el volumen de urgencias y con las características del hospital donde se ubique la unidad.

36. Los estándares de gestión y calidad asociados a un menor riesgo de saturación de urgencias son:

- El 90% de los pacientes debería ser dado de alta en la UUH, ingresado en el hospital o trasladado a otros centros, en un periodo de cuatro horas.

- El paciente de la UUH, pendiente de ingreso hospitalario, no debería permanecer en esta unidad más de doce horas (desde que se procede a la orden de ingreso)

- El tiempo máximo de observación-valoración de la evolución del paciente en la UUH debería ser inferior a veinticuatro horas

- Cuando el paciente deba permanecer en urgencias más de seis horas debe ser atendido en una unidad de observación específica

37. Se recomienda mejorar la calidad de la atención prestada al paciente ingresado en observación de la UUH, con la introducción del servicio ampliado de cuidados críticos, así como el desarrollo del sistema de seguimiento y activación.

38. La UUH debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Funcionamiento durante las veinticuatro horas del día, todos los días del año

- La protocolización del funcionamiento del equipo en la resucitación cardiopulmonar frecuentemente atendidos/realizados en la UUH.

- El cumplimiento de los estándares de seguridad y atención a los derechos del paciente.

- Disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y seguridad de la atención.

- A todo paciente asistido se le proporciona un informe de alta firmado que permita identificar al responsable de la asistencia.

39. La UUH debe disponer de un médico responsable de la unidad, con experiencia de trabajo efectivo en medicina de urgencias y emergencias

40. La UUH debe disponer de un responsable del personal de enfermería de la unidad, con experiencia de trabajo efectivo en medicina de urgencias y emergencias





Estructura

41. La UUH debe estar físicamente diferenciada del resto de áreas asistenciales del hospital (consultas externas y hospitalización). El hospital debe señalar cuidadosamente la ubicación de la UUH.
42. **La UUH deberá disponer de espacio de acceso, recepción y clasificación de los pacientes que precisen atención urgente (traje y admisión), espera, consulta, exploración y tratamiento, observación, área de personal y apoyos.**
43. **El programa funcional de la UUH debe tener en cuenta las necesidades de todos los usuarios de la unidad, así como algunas condiciones específicas de la misma como son la ubicación y acceso, circulación y relación con otras unidades (cuidados intensivos; hospitalización convencional; quirófano; diagnóstico por imagen y laboratorio; etc.), seguridad y los requerimientos de los sistemas de información.**
44. La urgencia pediátrica puede estar integrada en la UUH, evitando que los niños se crucen con la circulación de emergencias. La urgencia obstétrica debe ser atendida en la maternidad hospitalaria.

Recursos humanos

45. El personal necesario en la UUH es el siguiente:
- Médico. Los facultativos que prestan servicio en la UUH son tanto los médicos de plantilla de la propia unidad como los especialistas que están de guardia de presencia física o localizada y que acuden a la UUH cuando se les requiere. El listado diario de médicos de guardia tanto de presencia física como localizada, debe estar accesible en la UUH, con la forma de contacto actualizada.
 - Enfermeros y auxiliar de enfermería.
 - Celador / personal de transporte interno y gestión auxiliar.
 - Personal auxiliar administrativo.
46. Se recomienda que se calcule la necesidad de recursos de la UUH, sobre el mix histórico de pacientes atendidos, por turno, imputando un tiempo medio de atención médica por nivel de gravedad.
47. La organización y gestión del personal de la UUH (turnos, sustituciones, etc.) incide directamente en el dimensionado de la plantilla. La dotación de recursos humanos, tanto de médicos como de enfermeras y resto del personal, debe adecuarse a las variaciones de actividad, por turno, por días de la semana y estacionales. La mayor parte de la actividad se concentra entre las 08:00 y las 22:00-24:00 horas.

Calidad

48. El documento propone un conjunto de indicadores asistenciales y de calidad, cuyo seguimiento permitirá identificar medidas de mejora de la atención en la UUH, relacionados con la coordinación de la UUH con el sistema de urgencias; con la eficiencia de la UUH (estancia media en la UUH, tiempo medio puerta-médico y admisión-ingreso); con la calidad científico-técnica (tratamiento del ictus, síndrome coronario agudo, politraumatismo, resucitación cardio pulmonar...); reclamaciones y altas voluntarias; satisfacción del profesional y del paciente / usuario de la UUH.

Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de la UHH

49. Se recomienda que se realice una revisión y actualización de este documento en un plazo no superior a diez años.
50. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que la próxima revisión recoja, además de los aspectos abordados en este documento, los siguientes:

- Un análisis sistemático de los estándares de las UUH, que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en este informe, homogeneizando las unidades por su volumen y complejidad.
- Se deberían desarrollar proyectos piloto que evalúen los costes y beneficios de la implantación de algunas recomendaciones relativamente novedosas en aspectos organizativos y de gestión que se han incluido en el documento, como la implantación de "sistemas de urgencias" o de procesos de "vía rápida", especialmente para el ictus, síndrome coronario agudo y politraumatismos.
- Se recomienda que se realice un análisis de las necesidades de personal en la UUH del SNS, homogeneizando las unidades por su volumen y complejidad, así como por modelo organizativo y en función de resultados. El dimensionado de recursos humanos ha sido un motivo de debate entre los componentes del grupo que ha elaborado el documento, sin poder elaborar recomendaciones basadas en la realidad de la UUH del SNS. No existe una fórmula ampliamente aceptada o indicador sencillo para dimensionar el número de médicos necesario en la UUH.

1. Introducción

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS establece la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad que deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

El RD 1277/2003, de 10 de octubre, que establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, define y relaciona aquellos que deben ser objeto de establecimiento de requisitos que garanticen su calidad y seguridad. Urgencias es la unidad 68 de la oferta asistencial incluida en esta normativa, que la define como *una unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico, está destinada a la atención sanitaria de pacientes con problemas de etiología diversa y gravedad variable, que generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata*.

En la serie de documentos de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales desarrollada por el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS), se define como unidad asistencial a una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que tienen una características determinadas, que determinan las especificidades organizativas y de gestión de la propia unidad.

La unidad de urgencias hospitalaria (UUH) puede definirse como una organización de profesionales sanitarios, ubicada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias.

La UUH se configura como una unidad intermedia, que presta servicios (asistencia médica, cuidados de enfermería) hasta la estabilización del cuadro clínico a los pacientes que son finalmente ingresados en el hospital, y como un servicio final para aquellos pacientes que, habiendo acudido a la unidad, son finalmente dados de alta.

En este documento de estándares y recomendaciones se entenderá por urgencia, la aparición fortuita (imprevisita o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de su jefe que los sufre o de su familia* (OMS). Urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata. Asociación Médica Americana (AMA).

En este documento se entenderá por emergencia, aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

En este documento se entenderá por cuidados críticos, aquellos que requieren los pacientes con niveles de necesidad de asistencia 1 a 3 de la siguiente clasificación recogida en la tabla 1.1, tomada del *Department of Health* del Reino Unido*:

Tabla 1.1 Niveles de asistencia hospitalaria

Nivel	Descripción de la necesidad de asistencia
0	Pacientes cuyas necesidades pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización convencional de hospital de agudos.
1	Pacientes en riesgo de que su condición se deteriore, o que provienen de un nivel más alto de complejidad que requieren un nivel de atención intermedia en hospitalización convencional (con asesoramiento y apoyo del equipo de cuidados críticos).
2	Pacientes que requieren observación más frecuente o intervención, incluido el soporte a un sistema orgánico, o cuidados postoperatorios o aquellos que provienen de niveles más altos de cuidados.
3	Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos sistemas orgánicos. Este nivel incluye todos los pacientes complejos requiriendo soporte por fallo multiorgánico.

Fuente: Comprehensive Critical Care. DH (2000).

Esta clasificación atiende a las necesidades asistenciales del paciente y no al recurso físico donde aquel está ingresado^{2,3,4,5}.

Las características de la demanda de urgencias, atención no programada generada por diferentes necesidades de asistencia, requieren una adecuada disposición y dotación de recursos de la UUH, así como su estrecha coordinación con el resto de las unidades del hospital (cuidados intensivos; hospitalización convencional; quirófano; diagnóstico por imagen, laboratorio; etc.).

Existe, para determinadas condiciones como ictus^{6,7}, politraumatismo⁸ y síndrome coronario agudo⁹, una relación entre el tiempo de atención desde la presentación del problema y la efectividad de la asistencia en términos de disminución de la mortalidad o mejora de la esperanza y calidad de vida de futuro, por lo que resulta imprescindible establecer una estrecha coordinación entre el servicio de urgencia prehospitalario (que incluye el transporte sanitario), la UUH y la unidad de cuidados críticos.

La UUH debe estar coordinada con atención primaria. Una elevada proporción de pacientes acude a la unidad por causas que pueden ser tratadas en atención primaria ya que no requieren atención inmediata.

1.1. Objetivo del documento

El documento de estándares y recomendaciones sobre la unidad de urgencias hospitalaria no tiene un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos o estándares para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación.

El objetivo del documento de estándares y recomendaciones para la UUH es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores públicos y privados, y profesionales, criterios para la organización y gestión de esta unidad, que pueden contribuir a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios, así como para su diseño y equipamiento.

La Estrategia 7 del PC-SNS: Acreditar y auditar centros, servicios y unidades asistenciales, contiene como primer objetivo el establecimiento de los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de centros sanitarios a nivel del SNS¹⁰.

El MSPS revisó¹¹ la guía de CMA¹², en el marco del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (PC-SNS), reiniiciando con ese documento la elaboración de estándares y recomendaciones de seguridad y calidad, de varias unidades hospitalarias como el hospital de día médico y onco-hematológico (HDD)¹³, la unidad de pacientes pluripatológicos¹⁴, la maternidad hospitalaria¹⁵, el bloque quirúrgico¹⁶, la cuidados





paliativos, la unidad de enfermería en hospitalización polivalente de agudos y unidad de cuidados intensivos

1.2. Metodología de trabajo

Los aspectos que aborda el documento son los derechos y garantías de los pacientes, la seguridad del paciente, criterios organizativos y de gestión, la estructura física y recursos materiales, los recursos humanos, los aspectos relativos a la calidad asistencial y la revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones para la UUH.

La Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad (AC-SNS) del MSPS ha dirigido el proceso de elaboración del documento de estándares y recomendaciones dentro del marco establecido por el PC-SNS.

La elaboración del documento se ha realizado con el apoyo de un grupo de expertos, algunos seleccionado por la AC-SNS del MSPS, en base a la experiencia y conocimiento de los mismos en los aspectos relacionados con el alcance propuesto, y otros nombrados -con el mismo criterio- por sociedades científicas y asociaciones profesionales.

El coordinador científico del trabajo, designado por la AC-SNS, ha sido el Dr. Fernando Mejía Estebaniz, Director Médico del Hospital 12 de Octubre (Madrid).

La AC-SNS ha contado con un grupo de apoyo, con funciones de secretaría del grupo de expertos, seguimiento de los trabajos, apoyo técnico en las reuniones de expertos, elaboración del análisis de situación, revisión de documentos intermedios y análisis de evidencia, y colaboración en la elaboración de los distintos borradores y del documento final.

El documento de estándares y recomendaciones de la UUH se apoya en una amplia experiencia nacional e internacional, recogida en las referencias que figuran en el Anexo 13.

Este informe recoge algunas recomendaciones fuertes, en el sentido de que están amparadas por requisitos normativos o por una evidencia suficientemente sólida, a criterio del grupo de expertos que ha colaborado en la redacción del mismo. Cuando se realizan estas recomendaciones se mencionan expresamente como tales y se destacan en **negrita**.

2. Análisis de situación

La *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado* muestra que, en el año 2007, las urgencias atendidas en los hospitales españoles fueron de 26.265.096¹⁷ (79,4% en hospitales públicos), estimándose una frecuentación de las urgencias hospitalarias en España en 585,3 urgencias por cada mil habitantes, con un porcentaje de ingresos del 10,5%. El número total de urgencias hospitalarias creció un 23,2%, entre 2001-2007. El 52,5% de los 5.239.416 pacientes ingresados en hospitales en 2007 fueron ingresos urgentes. La explotación de la base de datos de GRD muestra que, en 2006, el 69% de los ingresos en los hospitales generales del SNS fueron urgentes¹⁸.

En 1988 un Informe del Defensor del Pueblo denunció el aumento de frecuentación, la masificación⁽¹⁾ y el uso inadecuado de las urgencias hospitalarias. Se trata de fenómenos internacionales, que se comparan con sistemas sanitarios próximos, como el National Health Service inglés (NHS)^{19,20}, o alejados en estructura, organización y funcionamiento, como el de los Estados Unidos^{21,22,23}. La tasa de frecuentación de la UUH en España es notablemente más elevada que la del NHS (370), con una tasa más baja de ingresos sobre urgencias (11% - 21%), y que en el sistema sanitario de los Estados Unidos de América (382).

La calidad asistencial de la UUH, influida por las condiciones en las que se desarrolla el trabajo de esta unidad, tiene un amplio margen de mejora. Una reciente publicación de la *National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death* (NCEPOD) señalaba que, en el NHS, más de un tercio de los pacientes atendidos en esta unidad había recibido una atención insuficiente desde la perspectiva clínica u organizativa y, en el 7,1% de los casos, la evaluación inicial fue considerada pobre o inaceptable¹⁹.

2.1. Saturación de la UUH⁽²⁾

La saturación de la UUH es un problema que afecta a la mayoría de los países, independientemente de su nivel socioeconómico. La situación de sobrecarga en urgencias es un problema de todo el hospital, y no exclusivo de la UUH.

Las causas más frecuentemente implicadas en la saturación de urgencias, identificadas en una reciente revisión sistemática²⁴, son las siguientes:

- Obligación de la UUH de atender al paciente con patología no urgente (que en algunos hospitales supera el 70% de las urgencias). La movilidad de la población y la dotación de hospitales más próximos a los ciudadanos, facilitan el acceso a la UUH.
- Alta derivación de pacientes muy ancianos y con pluripatología⁽³⁾ a la UUH
- Pacientes hiperfrecuentadores⁽⁴⁾.
- Factores estacionales, como la epidemia de gripe en invierno o la agudización asma bronquial en primavera.
- Personal sanitario insuficiente o con inadecuada preparación.
- Retrasos en la realización del ingreso o en el transporte en ambulancia.
- Falta de camas para el ingreso en el hospital. En muchos estudios esta es la causa más importante de saturación de la UUH⁽⁵⁾. En la mayoría de hospitales se prioriza el ingreso del paciente en lista de

⁽¹⁾ Se ha optado por utilizar el término saturación para la traducción de la palabra inglesa *overcrowding*.

⁽²⁾ Avantado elaborado por Gonzalo García de Cassasola.

⁽³⁾ En el documento de estándares y recomendaciones de la Unidad de pacientes pluripatológicos se propone un modelo de gestión asistencial que tiene como uno de sus indicadores de resultados la disminución de la frecuentación de la UUH de este tipo de pacientes (Unidad de pacientes pluripatológicos: estándares y recomendaciones. AC-SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

⁽⁴⁾ Los paciente pluripatológicos constituyen un subgrupo de pacientes de elevada frecuentación de la UUH.

acreditación de algún tipo de centros, servicios o actividades, como la extracción y trasplante de órganos, la reproducción asistida o la hemoterapia.

Andalucía basa su sistema de acreditación en el Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía⁽⁶⁾. El programa se basa en un patrón de referencia que comprende una serie de estándares característicos del Sistema Sanitario Público Andaluz. En el sistema de indicadores no hay ninguno referido de forma específica a las UUH.

Cataluña es la comunidad autónoma que desarrolló en primer lugar un procedimiento oficial para la acreditación de centros sanitarios. El sistema actual es el tercero⁽⁷⁾, regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras. Se completa con dos manuales de acreditación con los estándares establecidos^{31,32}. Existen criterios de acreditación específicos al proceso de atención urgente, así como otros criterios que afectan a la UUH (Anexo 1).

La comunidad autónoma de Galicia estableció en 2001 un sistema de acreditación de centros hospitalarios, regulado por decreto⁽⁸⁾. Es de aplicación a los centros hospitalarios pertenecientes a la red asistencial del Servicio Gallego de Salud, y los que actualmente tengan suscritos o quieran suscribir contratos con éste, deberán obtener el certificado de acreditación previsto en el referido decreto. En relación con las UUH señala que los hospitales generales deberán disponer de un área de urgencias con capacidad asistencial, dirección y organización acordes con la complejidad de los servicios que ofrece el hospital y adecuadas al cumplimiento de sus fines, estableciendo los requisitos organizativos y estructurales mínimos para estas unidades.

De forma similar a los modelos de Andalucía y Galicia, el sistema de Extremadura de acreditación de centros de 2005 se orienta a centros sanitarios tanto ambulatorios como hospitalarios con carácter general, y no hace referencia a las UUH⁽⁹⁾.

2.3. Guías de la UUH

Tanto el MSPS como las comunidades autónomas han elaborado guías para algunas unidades, que sin tener carácter normativo persiguen la elaboración de estándares y recomendaciones. El Servicio de Salud de Castilla y León ha elaborado una guía sobre *Estructura de un servicio de urgencias hospitalarias*³³. En el marco de los trabajos para la elaboración del mapa sanitario de Cataluña³⁴, se elaboró un amplio informe sobre la actividad y organización de los servicios de urgencia hospitalarios. El grupo de trabajo de la Dirección Provincial de Insalud en Madrid, analizó en 1996 las urgencias sanitarias en esa comunidad autónoma, y elaboró propuestas de organización y gestión de la UUH, como su configuración como unidad de gestión del hospital, disponer de un responsable, identificarla como servicio final, dotarla de una plantilla específica y nombrar un responsable³⁵.

⁽⁶⁾ Resolución de 24 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación por la que se establece el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el modelo de calidad del sistema sanitario de Andalucía.

⁽⁷⁾ Decreto 5/2006, de 17 de enero, de la Generalidad de Cataluña.

⁽⁸⁾ Galicia. Decreto 52/2001, de 22 de febrero.

⁽⁹⁾ Extremadura. Decreto 227/2005 de 27/septiembre. Orden 18/julio de 2006.

esfera quirúrgica. Este criterio de priorización es, para muchos, un indicador de fracaso del sistema sanitario²⁶.

La saturación de la UUH dificulta la correcta atención sanitaria al paciente cuando el tiempo de instauración del tratamiento es fundamental (síndrome coronario agudo, ictus isquémico agudo, traumatismo grave); provoca retrasos diagnósticos, se relaciona con un aumento de la morbi-mortalidad²⁷; favorece el error humano, incrementa la mortalidad hospitalaria^{24,25,27}, e incrementa la estancia media hospitalaria.

La saturación de la UUH reduce la satisfacción del usuario, por lo que incrementa el número de quejas y eleva el porcentaje de pacientes que abandona la urgencia sin ser atendido²⁸.

Se recomienda que el sistema de información de la UUH permita identificar la situación de saturación de urgencias. No hay una forma uniformemente aceptada para cuantificar la saturación de urgencias^{29,30}.

- Tiempo de espera media > 60 minutos (filación administrativa - valoración por un facultativo).
- Camas/boxes de urgencias ocupados al 100% más de seis horas al día, que implica la existencia de pacientes en el pasillo.
- Sensación de sobrecarga por parte de los facultativos (criterio subjetivo) más de seis horas al día.
- Número de días al año en los que no hay disponibilidad de camas en el hospital para ingresar al paciente que lo necesita (esto generalmente sucede cuando el índice de ocupación de camas del hospital es superior a 90%).
- Tiempo > 4 horas (orden de ingreso-sube a planta de hospitalización). Este tiempo está relacionado con la falta de disponibilidad de camas.
- Número de pacientes filados para ser valorados en urgencias que abandonan el hospital sin ser atendidos (altas voluntarias).

2.2. Autorización y acreditación de hospitales y la UUH, en España

Tanto la administración general del estado como la totalidad de comunidades autónomas disponen de normas relativas a la autorización y registro de centros y establecimientos sanitarios. Existen dos tipos de normas: las de autorización y registro, que evalúan un centro antes de su puesta en funcionamiento, y las de acreditación, que lo evalúan con posterioridad a su funcionamiento.

Todas las comunidades autónomas disponen de normas de autorización de centros y establecimientos sanitarios. Desde la aparición del RD 1277/2003, diez comunidades han modificado su legislación autonómica para adaptarla a esta nueva realidad normativa, en tanto que otras siete mantienen la previa. La normativa de autorización de centros sanitarios de Canarias exige que el hospital general cuente con UUH⁽⁵⁾ y establece sus requisitos mínimos.

La acreditación se define como un proceso por el que una organización se somete de forma voluntaria a un sistema de verificación externa que evalúa y mide el nivel en que se sitúa en relación a un conjunto de estándares, previamente establecidos, consensuados con los expertos y adaptados al territorio.

Las experiencias de acreditación de centros y servicios sanitarios en España son escasas. Cuatro comunidades (Andalucía, Cataluña, Galicia y Extremadura) disponen de normativa y programas oficiales de acreditación basados en evaluación externa y voluntaria. En algunos casos existen programas de

⁽⁵⁾ Orden de 15 de junio de 2000, de la Consejería de Sanidad y Consumo.





2.4. Experiencia en la UUH, en España y otros países

El aumento de la demanda asistencial urgente, la saturación de la UUH y la inadecuada utilización de este servicio son hechos compartidos por la mayor parte de los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados. La estimación de uso inapropiado varía en un rango de "menos del 10%" a "más del 75%"³⁶, en una revisión sobre la UUH en distintos países desarrollados (Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Suecia), que se señala que no parece existir un método efectivo para reducir la demanda de casos leves e inapropiados sin demorar los casos graves.

Un informe elaborado por el College of Emergency Medicine (CEM) y la British Association for Emergency Medicine (BAEM), como consecuencia de las recientes reformas de este servicio en el NHS inglés, en el que se analizan *siete mitos sobre la UUH*³⁷, se muestra escéptico con la posibilidad de derivar eficazmente una parte relevante de la demanda asistencial de la UUH hacia otros servicios de atención primaria, comunitarios y *call centers*. El análisis de este aspecto y respuesta que se da al mismo en el SNS es relevante para la adecuada configuración del servicio.

España

Desde la publicación del Informe del Defensor del Pueblo en 1988 hasta la actualidad, se ha producido un importante incremento de la demanda asistencial de la UUH en España. La tasa de frecuentación a la UUH en hospitales de agudos, se incrementó un 24% en 8 años (1997-2005). En este mismo periodo, y en términos absolutos el incremento fue de un 37%³⁸, a pesar del desarrollo de los dispositivos de atención continuada en atención primaria^{31,39}.

Se estima una frecuentación de 460 urgencias totales por 1.000 habitantes y año³⁹ para el SNS y de 562 urgencias por 1.000 habitantes y año para el conjunto del sistema sanitario español.

La estimación del uso inapropiado de la UUH en España varía en un rango entre el 24% y 79%³⁶. La mayor parte de los pacientes acuden de forma espontánea a la UUH, a pesar de que la mayoría conoce el funcionamiento de la atención continuada en atención primaria⁴⁰. Se puede estimar que un 80% de las urgencias hospitalarias se realizan a iniciativa del paciente, sin ser referido desde otros servicios^{34,35,12}. Aproximadamente un 80% de los pacientes son dados de alta a domicilio. El usuario elige como primera opción la UUH por mayor confianza y la expectativa de atención más rápida en ella⁴⁰.

Una investigación cualitativa realizada en un área rural y otra urbana de Cataluña puso de manifiesto la importancia del análisis de la frecuentación de la UUH desde la perspectiva del usuario. El conocimiento de la oferta de servicios (nivel de información), las experiencias previas y la situación vital de la persona modulan el tipo de demanda originada tras el autodiagnóstico del paciente ante la pérdida de su nivel de salud. El paciente acude al dispositivo donde cree que su atención va a ser más efectiva, en términos de seguridad (confianza) y calidad técnica, y en ausencia de criterios éticos o de gasto⁴¹.

El Estudio sobre L'Activitat i L'Organització dels Serveis D'Urgències Hospitalàries, referido al conjunto de hospitales de agudos de la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña, señala un tiempo medio de 13:59' (± 16:4) desde la llegada del paciente a la UUH hasta el triaje¹³, de 66:7' (± 84:0) desde llegada a la consulta: 173:4' (± 316:1) desde la visita al alta; y 221:5' (± 329:2) desde la llegada a la UHU

³⁶ Fuente: INE (<http://www.ine.es>), elaboración propia.

³⁷ Véase, por ejemplo: Guerra, J. Aquilera M. Atención a Urgencias-Emergencias, en: Aquilera M, Alfaro M, Crespo B, y otros (Coord.). Atención Primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia. INSALUD, 2002; pp. 78-96.

³⁸ En: Estudi Sobre L'Activitat i L'Organització dels Serveis D'Urgències Hospitalàries. Informe final. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Referència 28. El 79,6% de los pacientes acudieron por iniciativa propia a la UUH de los hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña.

³⁹ En el documento se utiliza indistintamente los términos de clasificación y triaje.

hasta el alta. Un 24,1% de los pacientes tenían tiempos superiores a las 4 horas desde la llegada al alta. La duración del episodio en urgencias era superior a 8 horas y 24 horas en el 8,5% y 1,9% de los casos, respectivamente. La tasa de reingresos en menos de 72 horas era, en este estudio, del 6%.

Utilizando la fuente de datos del Estudio sobre L'Activitat i L'Organització dels Serveis D'Urgències Hospitalàries, el 20% de los episodios de urgencia hospitalarias estaba generado por pacientes menores de 15 años, y el 19% por mayores de 64 años. En la distribución por especialidades, el 37,5% se clasificaba como urgencia médica o urgencia, el 20% como traumatología; el 17%, pediatría; el 9%, quirúrgica; el 9% gineco-obstétrica; el 1% de salud mental; y un 6% restante como otras especialidades. Las categorías diagnósticas mayores más frecuentes eran el sistema músculo-esquelético (8%), piel y mama (6%), ORL (6%), respiratorio (4%) y digestivo (4%).

En un estudio que utilizaba los Ambulatory Patient Groups (APG), basándose en la recogida de un conjunto mínimo y básico de datos (CMED) de alta adaptado a la UUH, en seis hospitales de Barcelona, 10 categorías de APG explicaban el 20% de la casuística⁴²: bronquitis aguda (2,7%); gastroenteritis y colitis no infecciosas (2,6%); fiebre (2,5%), rinitis alérgica aguda/refrescado común (2,4%); otitis media aguda (2%), dolor torácico (2%), lumbalgia (1,7%), cólico renal (1,4%), esguinces de tobillo (1,2%) y supervisión del embarazo (1,1%).

El 84% de los pacientes que acudieron a la UUH de hospitales de agudos de Cataluña fue catalogado de complejidad baja (alta a domicilio sin necesidad de seguimiento especial posterior).

La estimación de efectos adversos en hospitalización relacionados con la atención en la UUH es, en nuestro medio, del 0,75%⁴³.

En relación con aspectos organizativos y de gestión, existen dos experiencias de integración de la UUH con la unidad de cuidados intensivos⁴⁴, una en el Servicio Andaluz de Salud¹⁴ y otra en el Hospital San Pablo (Barcelona). Ambas iniciativas tienden hacia una concepción más integrada de la gestión clínica del paciente que requiere cuidados críticos, en la misma línea que iniciativas impulsadas en otros países occidentales desarrollados (Australia, Canadá, Estados Unidos y Reino Unido), si bien no se dispone de estudios que comparen indicadores de procesos o resultados que permitan evaluar la eficacia de estas experiencias. Una revisión de la experiencia andaluza, elaborada por la SEMES y la Escuela Andaluza de Salud Pública, sugiere la conveniencia de integración de la UUH con los servicios de urgencia de atención primaria⁴⁵.

La SEMES, con el antecedente de la elaboración de criterios de calidad por procesos en 1998⁴⁶, ha desarrollado un sistema de acreditación de la UUH con criterios obligatorios y recomendaciones^{47,48}, que incluye especificaciones para la urgencia pediátrica, adaptadas a las recomendaciones de la SEUP así como aspectos organizativos y de gestión adaptados a otras guías relacionadas con la UUH^{49,50}.

Recientemente se ha publicado el Manual de indicadores para el servicio de urgencias de hospitales⁵¹.

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias¹⁵ (SEEU) ha elaborado *Estándares de enfermería de urgencias*⁵², y recomendaciones para la *Recepción acogida y clasificación asistencial de enfermería en urgencias*⁵³.

El Manual de acreditación para la formación médica especializada del MSPS incluía criterios de asistencia al paciente en la UUH. Un estudio, publicado en 2004, realizado sobre nueve hospitales de siete comunidades autónomas, evaluando el cumplimiento en la UUH de los criterios de acreditación docente, señalaba que los servicios de urgencia disponían en general de una dotación tecnológica adecuada,

¹⁵ Resolución 6/1994, de 15 de marzo por la que se crea el servicio de cuidados críticos y urgencias en hospitales del Servicio Andaluz de Salud.

¹⁶ www.enfermeriadeurgencias.com

Reino Unido

En 1992 el NHS inglés publicó la *Health Building Note* n.º 22 sobre *Accident and emergency department in an acute general hospital*, centrada en aspectos de diseño e instalaciones de la UUH⁷⁰.

Los problemas señalados en un documento de 2001 del Departamento de Salud de Inglaterra en relación con la asistencia urgente eran los siguientes^{71, (21)}:

- Sobrecarga de trabajo del personal de la UUH (A&E Department), debido al incremento de la demanda (un 16% en 10 años).
- Índices de ocupación elevados de las camas de hospitalización convencional (90%), con un incremento del 20% de los ingresos urgentes.
- Retrasos en las altas hospitalarias, por falta de recursos sociales.
- Competencia por recursos entre pacientes con necesidades urgentes y programadas.
- Servicios diagnósticos y terapéuticos no disponibles durante las tardes y los fines de semana.
- Única lista de espera en muchas UUH.
- Barreras profesionales e interespecialidades.
- Fragmentación del servicio.
- Variaciones en los niveles de asistencia en diferentes partes del sistema.

Como consecuencia de este análisis el Departamento de Salud inglés ha desarrollado un programa de reformas de la UUH^{72, 73}, con el objetivo de que ningún paciente tarde más de cuatro horas desde la llegada al servicio hasta su alta, ingreso o traslado (un reciente estudio de la *Healthcare Commission* mostraba que en el 97,9% de los pacientes se lograba este objetivo⁷⁴). El objetivo de las cuatro horas admite excepciones clínicas para garantizar la calidad del servicio⁷⁴.

Un reciente informe de la NCEPOD⁷⁵, señalaba la existencia de fallos en la calidad de la asistencia prestada en la UUH. En un 71,1% de los casos la evaluación inicial se consideró como pobre o inaceptable. En el 15,1% de las UUH no se disponía de tomografía axial computarizada (TAC) durante las 24 horas y en un 4,8% se producían retrasos en pruebas complementarias. Un 69% de los pacientes estaban bajo la responsabilidad de *consultants* con más de una actividad mientras estaban en situación de alerta. En el 50% de los casos no se pudo determinar el momento en el que el paciente fue revisado por un *consultant*. El 6,8% de los pacientes no tenían controles clínicos adecuados, tanto por tipo o frecuencia. La necesidad de establecer un sistema sistemático de controles clínicos y alertas (*track and trigger*) coincide con los criterios desarrollados por la *Joint Commission* para la acreditación del hospital de agudos (especialmente en el apartado de *Provision of care, treatment and services*), y especialmente con las recomendaciones de la guía NICE para la asistencia al paciente agudamente enfermo⁷⁶. En el mismo sentido, el estudio de la *National Patient Safety Agency* incide en la necesidad de reconocer mejor al paciente en riesgo o con signos de deterioro⁷⁶.

El informe de la NCEPOD concluye con un conjunto de recomendaciones, haciendo énfasis en la necesidad de supervisión de la actividad por un especialista competente, registro de la actividad, disponibilidad de TAC las veinticuatro horas del día. El informe de la *Healthcare Commission*⁷⁰ contiene asimismo recomendaciones, haciendo énfasis en la necesidad de que los *Primary Care Trust* (equiparable, en cuanto ámbito geográfico y poblacional, a un área de salud) dispongan de un plan para la prestación de un sistema integrado de urgencias y emergencias para el conjunto del área.

⁽²¹⁾ Se reproducen en este documento por las coincidencias con algunos problemas del sistema de urgencias y por resaltar la naturaleza sistémica de los mismos.

definían las prestaciones ofertadas, realizaban una evaluación inicial de las necesidades asistenciales - pero sin asignación de niveles de riesgo- y disponían de protocolos de actuación. Como área de mejora señalaba la adecuación de la UUH a la demanda asistencial, la garantía de la confiabilidad en la información a pacientes, el desarrollo de normas reguladoras de su organización y funcionamiento, el desarrollo de programas de calidad específicos y la supervisión del residente en la guardia en la UUH⁸⁴.

Estados Unidos

El sistema sanitario de los Estados Unidos de América comparte con el sistema sanitario español -a pesar de sus notables diferencias- algunos de los problemas de la UUH: aumento de la frecuentación, saturación, uso inadecuado y largos tiempos de espera⁸⁵. En 2006 el *Institute of Medicine* publicó un informe titulado *The Future of Emergency Care in the United States Health System*⁸⁶ que señalaba como elemento más relevante la saturación de la mayoría de los servicios de emergencia. Los retrasos derivados de esta situación contribuían a bajos niveles de calidad asistencial, insatisfacción del paciente, incremento de costes, riesgos potenciales y estrés para pacientes y profesionales. Una de las causas de la elevada frecuentación de la UUH en los Estados Unidos puede ser la insuficiente cobertura sanitaria de algunos grupos de población⁸⁵. En un estudio realizado sobre hospitales universitarios se estimó que, como media, en el 35% (rango: 12-73%) del tiempo existía saturación de la UUH (*Emergency Department*)⁸⁶.

El *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) ha desarrollado una iniciativa para la mejorar la gestión clínica y organización de la UUH en los Estados Unidos¹⁷⁷. *Urgent Matters*, es una iniciativa nacional financiada por la *Robert Wood Johnson Foundation* (*The George Washington University*), dedicada a identificar y desarrollar estrategias para mejorar el proceso de atención al paciente y reducir la saturación de la UUH¹⁸¹.

En los estándares de la *Joint Commission* para el hospital de agudos no existen referencias específicas a la UUH, siendo aplicable a ésta los criterios de la hospitalización convencional⁸⁷.

La *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) ha desarrollado un índice de valoración de la severidad en urgencias, como instrumento de triaje⁸⁸.

El *American College of Emergency Physicians* (ACEP)¹¹⁹ ha publicado numerosos documentos sobre los distintos aspectos de la emergencia, incluyendo los relativos a administración y gestión^{89, 90, 91, 92}.

La *Emergency Nurses Association* (ENA)²⁰⁰ ha publicado numerosos documentos^{93, 94, 95, 96, 97, 98, 99} sobre la UUH.

¹⁸⁰ <http://www.com.edu/CMS/389/316107.aspx>, Consultado el 31.12.08.

¹⁷⁷ <http://www.ihi.org/HI/Programs/Innovation/Communities/IMPACT/CI/ImprovingED2006.htm>, Consultado el 31.12.08.

¹⁷⁸ <http://urgentmatters.org/317165>, Consultado el 31.12.08.

¹⁷⁹ <http://www.acep.org>, Consultado el 31.12.08.

¹⁸⁰ <http://www.ena.org>, Consultado el 31.12.08.





Las sociedades científicas y colegios profesionales del Reino Unido han publicado numerosos informes en relación con la asistencia sanitaria urgente^{77,78,80,81,82}. Asimismo, el *Institute for Public Policy Research* ha publicado un interesante informe sobre el *hospital del futuro*, que aborda ampliamente aspectos relacionados con la asistencia urgente⁸³. Una de las líneas estratégicas comunes a estos documentos es la propuesta de una mayor integración de servicios, con tendencia hacia la concentración de servicios de alta complejidad dentro de una red, en unidades más grandes y mejor equipadas, en el sentido propuesto por los colegios de cirujanos del Reino Unido⁸⁴.

Una publicación del *Institute for Innovation and Improvement* del NHS, centrada sobre algunos procesos y la asistencia sanitaria en la UUH⁸⁵, señala algunos objetivos y criterios organizativos y de gestión, así como la publicación de la *National Audit Office*, que analiza el funcionamiento de estos servicios en Inglaterra⁸⁶.

3. Derechos y garantías del paciente

El hospital deberá observar y respetar los derechos del paciente recogidos en la legislación sanitaria vigente. En este capítulo se recogen con cierto detalle aspectos sobre la información a pacientes y familiares de la UUH y, de forma general, aquellos otros incluidos en la normativa y que deben ser tenidos en cuenta en esta unidad y, en el hospital donde se ubique.

3.1. Información al paciente. Consentimiento informado

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención. Por ello, como principio general, la información debe ser clara, precisa y suficiente.

La información que debe entregarse al paciente atendido en la UUH atenderá a los siguientes aspectos:

- Información sobre las características generales de la UUH.
- Información detallada sobre los procesos, su tratamiento y cuidados en la UUH.
- Consentimiento informado, en los supuestos contemplados por la Ley⁽²⁾.
- Instrucciones y recomendaciones

Información sobre las características generales de la UUH

Se debe facilitar información ordenada sobre las condiciones que rodean la estancia del paciente en los diferentes recursos de la UUH: horario, normas para acompañantes, uso de la sala de espera, etc.

La información sobre las características generales de la UUH habrá de expresarse en los idiomas de los usuarios que la utilizan con mayor frecuencia.

Información sobre los procesos, su tratamiento y cuidados en la

UUH

Se recomienda que la información aportada al paciente conste de los siguientes apartados:

- Información clara y entendible sobre el proceso que motiva atención del paciente en la UUH.
- Información clara y entendible sobre cuidados y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, realizados en la UUH.
- El profesional informará al paciente y cuidador sobre las medidas que han de adoptarse como consecuencia del plan terapéutico y de cuidados.

⁽²⁾ Ley 88/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Art. 8.2. Se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente

Consentimiento informado

Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado con información particularizada por cada procedimiento diagnóstico o terapéutico de estas características incluido en la cartera de servicios de la UUH.

La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirá su consentimiento por escrito, según lo previsto en la legislación aplicable.

La realización de cualquier procedimiento que implique un cierto nivel de riesgo debe disponer de un entorno de información necesario para que el paciente y, en su caso, familia/cuidadores puedan conocer estos riesgos y las consecuencias de no asumirlo.

El consentimiento informado está regulado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (B.O.E. 274, 15 de noviembre de 2002). En ella se define como "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud". En cada hospital deberá elaborarse un documento de Consentimiento Informado adaptado a cada actividad y especialidad clínica.

El consentimiento informado abordará de forma específica los aspectos relativos al procedimiento a realizar, incluyendo unos apartados mínimos de información ⁽²⁴⁾:

- Identificación del enfermo, del profesional que indica y pide el consentimiento, y de los servicios médicos que lo llevarán a cabo
- Nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Riesgos generales y específicos personalizados
- Beneficios esperados y alternativas diagnósticas/terapéuticas
- Información del derecho a aceptar o a rechazar lo que se le propone y a retractarse del consentimiento ya decidido, e información del derecho a explicitar los límites que crea convenientes
- Confidencialidad y uso de datos
- Fecha del consentimiento
- Apartado diferenciado para el consentimiento del representante legal
- Declaraciones y firmas (paciente y médico)
- El documento será emitido por duplicado (una copia para el paciente/tutor legal y otra para la historia clínica) y el paciente podrá disponer de un facultativo para aclarar dudas o ampliar la información.

En el caso de que para realizar el procedimiento sea necesario algún tipo de anestesia, es precisa también la obtención de consentimiento informado sobre la técnica anestésica una vez realizada la valoración del riesgo anestésico e informado el paciente de forma clara sobre el acto anestésico. Esta autorización específica generalmente se introduce en el documento de consentimiento para el procedimiento.

El NQF recomienda preguntar a cada paciente o tutor legal explicar en sus propias palabras la información clave sobre los procedimientos o tratamientos para los que se solicita el consentimiento ⁽²⁵⁾.

⁽²⁴⁾ Comité de Bioética de Cataluña. Guía sobre el consentimiento informado. Octubre 2002.

En España, las instrucciones previas (o voluntades anticipadas) han sido reguladas en la ley de autonomía del paciente, que las define como el documento por el que la persona mayor de edad manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situación en la que no sea capaz de expresar personalmente su opinión sobre los cuidados y el tratamiento de su salud ^{(24), (25)}.

El clínico que atiende a un paciente y que cree que no sería ninguna sorpresa que falleciera en los siguientes seis meses, debe realizar una planificación avanzada de sus cuidados, para que la asistencia sea consistente en situaciones más avanzadas de la enfermedad ^{(26), (27)}.

3.2. Garantía de derechos del paciente

El hospital con UUH deberá disponer de la siguiente documentación y procedimientos, además de aquellos más específicos incluidos en el apartado 3.1.:

- a) La cartera de servicios
 - b) El plan de acogida
 - c) El código ético
 - d) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados
 - e) Los procedimientos escritos de ensayos clínicos
 - f) La historia clínica
 - g) Procedimiento sobre instrucciones previas
 - h) El informe de alta médica y de enfermería de continuidad de cuidados al alta
 - i) Protocolo que garantice la seguridad, confidencialidad y el acceso a los datos del paciente
 - j) El libro de reclamaciones y sugerencias
 - k) La póliza de seguros.
- Se deberá garantizar el derecho de acceso a estos documentos por parte del paciente o personas vinculadas por razones familiares o de hecho, en los términos señalados en la legislación vigente, a excepción de los señalados en las apartados d), e) e i).

A continuación se desarrollan, con especial referencia a la UUH, algunos aspectos relativos a estos derechos. Los apartados cartera de servicios e historia clínica están contemplados en el capítulo 5 de este documento, sobre organización y gestión.

Plan de acogida

El hospital dispondrá de un plan de acogida destinado al paciente ingresado. La UUH puede contar con un plan de acogida destinado al paciente, en el que se recoja la información general señalada en el apartado 3.1.1, y 3.1.2, así como la relacionada con el listado anterior de derechos y deberes del paciente.

Código ético

El hospital con UUH dispondrá de un código ético, en el que se plasme el conjunto de principios y reglas éticas que inspirarán su actividad.

⁽²⁴⁾ Artículo 11. Instrucciones previas, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.





Guías de práctica clínica

Como en el resto de unidades y servicios del hospital, la UUH dejará constancia documental fehaciente de las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados que apliquen en cada una de las prestaciones de su cartera de servicios, junto con sus evaluaciones y, en su caso, modificaciones y adaptaciones.

Procedimientos de ensayos clínicos

La realización de ensayos clínicos deberá sujetarse a las condiciones y garantías establecidas en su legislación específica.

Lista de precios

El hospital con UUH deberá disponer de una lista de precios a disposición del usuario, que deberá ser comunicada a la administración competente de acuerdo con la normativa específica en la materia.

4. Seguridad del paciente⁽²⁵⁾

Los avances en medicina producidos en siglo XX han modificado completamente el pronóstico y el tratamiento de muchas enfermedades. Sin embargo, esta evolución ha ido acompañada de numerosos factores, especialmente de un enorme incremento en la complejidad, la especialización y la segmentación de la asistencia, que implican un mayor riesgo y posibles daños innecesarios para el paciente. La provisión de asistencia sanitaria entraña unos riesgos superiores en ocasiones a los de otras actividades o incluso otras situaciones consideradas de riesgo²⁶.

El error asistencial tiene consecuencias graves para el paciente y su familia, genera un coste asistencial y económico muy elevado, erosiona la confianza del paciente en el sistema, y daña a las instituciones y al profesional sanitario que es, sin duda, su segunda víctima. Por ello, la seguridad del paciente constituye hoy en día una prioridad para las principales organizaciones de salud, como la OMS²⁷, organismos internacionales, como la Unión Europea²⁸ y el Consejo de Europa²⁹, autoridades sanitarias, sociedades profesionales y organizaciones de pacientes.

En España, el MSPS en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto³⁰, ha considerado que la seguridad del paciente es un componente clave de la calidad y la ha situado en el centro de las políticas sanitarias. Así se refleja en la estrategia número ocho del PC-SNS³¹, cuyo objetivo es mejorar la seguridad del paciente atendido en los centros sanitarios del SNS a través de distintas actuaciones, entre las que se encuentran: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes; diseñar y establecer sistemas de información y notificación de efectos adversos para el aprendizaje; e implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del SNS. Esta estrategia se basa en las recomendaciones de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS y de otros organismos internacionales³⁵.

Como se ha señalado, la calidad asistencial de la UUH tiene un amplio margen de mejora. Los problemas de seguridad para el paciente derivan de los problemas ya mencionados en el apartado 2.1.2. en relación con la saturación de la UUH, o por una evaluación inicial pobre o inaceptable³², o por la falta de reconocimiento de deterioro en la condición clínica del paciente³⁶. En nuestro medio, los efectos adversos más frecuentemente encontrados en la UUH son³⁷:

- Relacionados con el diagnóstico o pruebas diagnósticas: error en diagnóstico clínico (incluye urgencias); retraso en el diagnóstico por falta de pruebas pertinentes; falta de atención a la anamnesis; error de identificación del paciente; error de etiquetas identificativas en los tubos de muestras biológicas; contaminación de la sangre en el laboratorio
 - Relacionados con una valoración del estado general del paciente: demora peligrosa en la atención en urgencias y alta prematura
- El trabajo de Chanovas y cols⁴³ señala los momentos del proceso asistencial de la urgencia hospitalaria en los que son más importantes y frecuentes los errores.
- Triaje: las equivocaciones en la clasificación del enfermo puede tener consecuencias importantes. La implantación de un sistema de triaje estructurado es uno de los mejores avances en seguridad.
 - El cambio de turno: es otro de los momentos críticos cuando se pasa la información del paciente. Es responsabilidad del profesional entrante y saliente preocuparse de transmitir y recibir toda la información.
 - La inadecuada o ausencia de comunicación entre profesionales o entre médico-enfermo.

⁽²⁵⁾ Este capítulo está basado en el correspondiente del documento: Unidad de pacientes pluripatológicos: estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
⁽²⁶⁾ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. BOE, nº 128 (29-5-2003).

infecciones en lugar quirúrgico; utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir la infección.

Medidas de alto impacto y media complejidad de implantación son: usar una sola vez los dispositivos de inyección⁽²⁹⁾; medidas para la prevención de infecciones en vías centrales; medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos; promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales; medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto; medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa; medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes⁽³⁰⁾.

Moderado impacto y media complejidad o alto impacto y alta complejidad de implantación; recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión; medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (entre profesionales, unidades o servicios, hospitales, etc.); medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes; identificación de los pacientes; evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión; evaluación del riesgo de tromboembolismo; medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados; medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias alta complejidad asociadas al látex.

De limitado impacto y baja complejidad o muy alto impacto y muy alta complejidad de implantación son las medidas para la valoración efectiva de pacientes en urgencias con traumatismo.

Algunas de las prácticas seguras, de entre las recomendadas por el NQF o seleccionadas por la AC-SNS del SNS, se comentan en mayor profundidad en los apartados de este capítulo.

4.1. Cultura de seguridad

Se recomienda fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad en el hospital en que se encuentre ubicada la UUH. Ello supone el desarrollo de las siguientes actuaciones³¹: establecer y mantener un liderazgo que promueva una cultura de seguridad, evaluar periódicamente la cultura de seguridad de la institución, comunicar los resultados y tomar medidas para mejorarla, formar a los profesionales en técnicas de trabajo en equipo y de los principios de reducción de errores y establecer programas de notificación y aprendizaje, para identificar y analizar los incidentes que se producen y las situaciones de riesgo, y aplicar y evaluar acciones de mejora en relación con los mismos.

La creación de una cultura de seguridad se considera que es un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera práctica segura recomendada por el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, el National Quality Forum y otras organizaciones^{34,37,38}. Según el US Department of Veterans Affairs la cultura de seguridad podría entenderse como "todas aquellas características de una organización, como los valores, la filosofía, las tradiciones y las costumbres que conducen a un comportamiento de búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria"³⁹.

Una cultura de seguridad es esencialmente una cultura en la que la organización, los procesos y los procedimientos de trabajo están enfocados a mejorar la seguridad, y donde todos los profesionales

⁽²⁹⁾ Asimismo la SEUUE recomienda usar sistemas de inyección seguros, dotados de seguridad pasiva mejor que activa, <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION5.pdf>

⁽³⁰⁾ Se recomienda que el protocolo de contención mecánica será vigilado y confirmado o no como orden terapéutica cada 2.h. como máximo.

El NQF ha publicado recientemente una actualización de las prácticas seguras para una mejor asistencia sanitaria³⁷. La mayor parte de las medidas seguras recomendadas por el NQF tienen aplicación en la UUH, entre ellas:

- Consentimiento informado. Referido en el apartado 3.1.3.
- Tratamiento de soporte vital. Asegurar que las preferencias del paciente en relación con los tratamientos de soporte vital están expuestos de forma destacada en su hoja de seguimiento clínico.
- Transparencia. Si se producen resultados graves no previstos, incluyendo aquellos que han sido producidos claramente por fallos organizativos, se debe informar al paciente y, cuando sea adecuado, a la familia de forma oportuna, transparente y clara sobre los que se conoce sobre el evento.
- Atención al proveedor de la asistencia. Si se producen daños graves no previstos y no intencionados debido a fallos organizativos y/o errores humanos, el proveedor de asistencia involucrado debe recibir asistencia oportuna y sistemática, que debe incluir: tratamiento justo, respeto, compasión, atención médica de soporte y la oportunidad de participar en la investigación del evento, identificación del riesgo y desarrollo de actividades que reduzcan el riesgo de futuros incidentes.
- Información sobre la asistencia al paciente. Asegurarse que la información sobre la asistencia es transmitida y documentada de forma oportuna y claramente comprensible al paciente y a todos los proveedores de asistencia que precisen la información para prestar una asistencia continuada, dentro y entre servicios sanitarios.

- Comprobación de las órdenes y abreviaturas. Incorporar dentro de la organización sanitaria sistemas, estructuras y estrategia de comunicación seguras. Se debe verificar la orden verbal (o telefónica) o el resultado de la prueba haciendo que la persona que reciba la orden o comunicación repita la orden completa o el resultado. Se debe estandarizar una lista de abreviaturas, acrónimos, símbolos y denominaciones de dosis que no pueden ser utilizados en la organización.

- Etiquetado de los estudios diagnósticos. Implantar políticas, procesos y sistemas normalizados para asegurar el etiquetado seguro de radiografías, especímenes de laboratorio u otros estudios diagnósticos, garantizando que el estudio corresponde al paciente.

- Higiene de las manos
- Prevención de la infección asociada a catéter central
- Prevención de la infección de la herida de localización quirúrgica⁽²⁷⁾
- Prevención de la infección por organismos multiresistentes
- Prevención de la infección asociada a sonda urinaria
- Prevención de errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente⁽²⁸⁾

- Prevención de la úlcera por presión
- Prevención del tromboembolismo venoso
- Prevención de efectos adversos derivados de tratamientos anticoagulantes

La AC-SNS ha evaluado veintiocho prácticas seguras para la prevención de efectos adversos en pacientes hospitalarios en función de su impacto y la complejidad de su implantación³⁶. Las que tienen mayor aplicación en la UUH se señalan a continuación.

Medidas de muy alto impacto y baja complejidad de implantación son: mejorar la higiene de las manos; vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe; medidas para prevenir la neumonía nosocomial asociada al uso de ventilación mecánica; medidas relacionadas con la prevención de

⁽²⁷⁾ Este aspecto ha sido tratado en: Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS. 2008.

⁽²⁸⁾ Este aspecto ha sido tratado en: Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS. 2008.





están concienciados de manera constante y activa del riesgo de que se produzcan errores, o dicho de otra manera "de que algo puede ir mal", y de que tienen un papel y contribuyen a la seguridad del paciente en la institución. También es una cultura abierta, donde los profesionales son conscientes de que pueden y deben comunicar los errores, de que se aprende de los errores que ocurren y de que se ponen medidas para evitar que los errores se repitan (cultura de aprendizaje)⁹⁷.

Se recomienda realizar reuniones periódicas del equipo de la UUH para analizar con un enfoque sistémico los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la UUH y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes¹⁰⁰.

Se recomienda realizar un análisis de riesgos proactivo (mediante un Análisis Modal de Fallos y Efectos -AMFE- o similar) de aquellos procedimientos que puedan suponer un mayor riesgo en la UUH, con el fin de identificar los posibles fallos que puedan existir e implantar medidas para subsanarlos. Se recomienda efectuar al menos un análisis al año proactivo y siempre que se introduzca una nueva técnica o procedimiento de riesgo.

Se recomienda fomentar el flujo de comunicación con atención primaria respecto a temas de seguridad de pacientes, incluyendo la discusión regular de incidencias de seguridad registradas (Capítulo 5).

Se recomienda promover la formación del profesional en materia de seguridad, incluyendo temas de seguridad en los programas de acogida y de formación continuada.

Se recomienda actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad del paciente atendido en la UUH.

4.2. Identificación del paciente

En un reciente trabajo, promovido dentro de la estrategia de seguridad del paciente en el SNS, se realizan las siguientes recomendaciones para una identificación inequívoca del paciente¹⁰¹:

- Fomentar, al menos, dos identificadores: apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de tarjeta sanitaria. Ninguno de ellos deberá ser el número de cama.
- Utilizar una pulsera identificativa, impresa de forma automática, que contenga los datos de identificación.
- Elaborar y difundir protocolos que contemplen criterios claros para la diferenciar pacientes con el mismo nombre y la identificación del paciente no identificable.
- Promover el etiquetado de las muestras del paciente en el mismo momento de la extracción.
- Establecer controles para evitar que la selección incorrecta de un paciente en la historia clínica se perpetúe.
- Formar al personal en el procedimiento adecuado para la identificación del paciente y la necesidad de verificarla ante cualquier intervención de riesgo.
- Transmitir a los profesionales la necesidad de comprobar la identidad de los pacientes y certificar que se trata del paciente correcto y el procedimiento indicado antes de realizarlo.
- Incorporar activamente al paciente y a su familia en el proceso de identificación.
- Hacer un seguimiento periódico del proceso de identificación en pacientes ingresados.

4.3. Comunicación durante el traspaso del paciente

A lo largo del tiempo y de su proceso asistencial, un paciente puede ser atendido por una serie de profesionales en múltiples unidades, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, equipos de atención de emergencia, atención hospitalaria o rehabilitación¹⁰². De forma adicional, puede encontrarse (en determinadas modalidades de atención) con hasta tres turnos de personal por día.

La comunicación entre las unidades y los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información, lo que supone un riesgo de seguridad para el paciente. Además, el paciente anciano y el paciente pluripatológico son particularmente complejos y tienen una mayor vulnerabilidad a las brechas de comunicación durante el traspaso¹⁰³ que conducen a efectos adversos.

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro o de los prestadores de atención al paciente y su familia, a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención. Aumentar la efectividad de la comunicación entre profesionales implicados en la atención, es un objetivo de seguridad para los grupos líderes en seguridad como la OMS¹⁰⁴, la Joint Commission¹⁰⁵ y el National Quality Forum⁸⁶.

Se recomienda estandarizar la comunicación entre los profesionales en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención en el transcurso del traslado de un paciente a otra unidad. Para ello se recomienda la asignación de tiempo suficiente para comunicar la información importante y para formular y responder preguntas sin interrupciones y el uso de técnica SBAR¹⁰⁶, modelo de lenguaje común para comunicar la información crucial, estructurada en cuatro apartados: situación (situación), background (antecedentes), assessment (evaluación) y recomendación (recomendación).

Se recomienda estandarizar la planificación al alta para garantizar que en el momento del alta hospitalaria, el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento y cuidados, los medicamentos, y los resultados de las pruebas. Para ello se recomienda el uso de checklist^{86,107} para verificar la transferencia eficaz de los principales elementos de información clave tanto al paciente como al siguiente prestador de asistencia sanitaria.

4.4. Prevención de infección

El lavado de las manos probablemente sea la medida más costo – efectiva para reducir la infección nosocomial^{108,109}. El MSPS ha publicado las directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria¹¹⁰.

Todos los locales en los que se atiende al paciente de la UUH deben disponer de equipamiento para la higiene de manos del personal (solución hidroalcohólica), como elemento básico para la prevención de la transmisión de la infección.

La Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) y la Infectious Diseases Society of America (IDSA), han publicado recientemente un compendio, en el que han participado la Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC), la Joint Commission y la American Hospital Association (AHA), de recomendaciones para desarrollar prácticas de prevención de la infección¹¹¹, referidas a: la prevención de la infección por catéter venoso central¹¹²; la prevención de neumonía asociada a respirador¹¹³; la prevención de la infección de la infección asociada a sonda urinaria¹¹⁴; la prevención de infección de localización quirúrgica¹¹⁵; la prevención de la infección por Staphylococcus aureus resistente a meticilina¹¹⁶; y la prevención de la infección por Clostridium difficile¹¹⁷.

entre los profesionales responsables o entre éstos y el paciente. Estos errores dan lugar hasta un 20% de los acontecimientos adversos en hospitales y un porcentaje importante de los reingresos hospitalarios^{133,134}. Por ello, actualmente **se recomienda que se promueva la implantación de prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales**^{88,135}.

Recomendaciones generales

La UUH seguirá los procedimientos generales establecidos en el hospital para garantizar la seguridad en los procesos de prescripción, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos.

Se prestará especial atención a los medicamentos de alto riesgo que se manejen en la UUH, para los que, anualmente, se revisarán las condiciones de almacenamiento y se establecerán directrices que aseguren la estandarización de su preparación y administración (concentraciones de las soluciones para infusión, velocidades de administración, criterios para utilización de bombas de infusión, etc.).

Prácticas de mejora de la prescripción

Se debe fomentar desde la UUH la implantación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, especialmente la disponibilidad de historia clínica informatizada y de sistemas de prescripción farmacológica asistida electrónica. Para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos se recomienda implantar un sistema de prescripción electrónica integrado en la historia del paciente y conectado con el sistema de laboratorio/farmacía, con el fin de que alerte sobre la necesidad de realizar ajustes en la dosis de los medicamentos; además debe incluir alertas sobre alergias, dosis máximas, medicamentos inapropiados en ancianos, interacciones medicamento-medicamento y medicamento-enfermedad.

Se dispondrá de guías de uso de medicamentos basados en la evidencia y/o protocolos actualizados de tratamiento, sobre las principales enfermedades tratadas en la UUH, con el fin de estandarizar la prescripción y el seguimiento de la eficacia y seguridad de los tratamientos. Estos protocolos contemplarán la adecuación de la dosificación en el paciente anciano.

Se evitará la prescripción de medicamentos considerados inapropiados para los ancianos por presentar una relación riesgo / beneficio desfavorable en estos pacientes y existir o tras alternativas terapéuticas^{96,137,138}. Si es posible, se incluirán estos medicamentos en las alertas del sistema de prescripción electrónica asistida.

En el momento de la prescripción se realizará sistemáticamente un ajuste de la dosis de los medicamentos considerando la edad, la función renal y la función hepática del paciente.

Se procurará simplificar al máximo el tratamiento, utilizando formulaciones de liberación retardada, medicamentos con pautas semanales, mensuales, etc., así como adecuar la forma farmacéutica a las características del paciente, como por ejemplo con el uso de formas efervescentes para aquellos con problemas de deglución.

Conciliación y revisión de la medicación al ingreso

Al ingreso del paciente se debe obtener un perfil farmacoterapéutico completo que incluya los medicamentos que toma con y sin receta, así como las plantas medicinales y tratamientos alternativos o complementarios. Para ello es preciso entrevistar al paciente (o cuidador) para verificar el tratamiento real del paciente. Una vez obtenido el perfil, **se efectuará una revisión pormenorizada de la medicación**

La UUH dispondrá de un programa de vigilancia y prevención de la infección, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación del paciente en riesgo y procedimientos de riesgo, así como la información a las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones vigentes.

4.5. Gestión de hemoderivados

La gestión y seguridad de los hemoderivados es competencia del banco de sangre del centro, que debe estar acreditado para ello³¹.

Asegurar la identificación inequívoca del paciente receptor previamente a la toma de muestras y, de nuevo, antes de la transfusión de sangre y hemoderivados.

Asegurar la trazabilidad del proceso de transfusión y delimitar las responsabilidades en la perfusión de los hemoderivados entre el banco de sangre y la UUH.

4.6. Prevención de caídas y reducción del daño

La caída del paciente en los escenarios de atención sanitaria (hospital, atención primaria, atención ambulatoria y atención domiciliar) representa un importante problema de salud, máxime en personas mayores. Aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años se cae una vez al año y de éstas un 50% se vuelve a caer durante ese año¹¹⁸. La caída es más frecuente en mayores institucionalizados, por su mayor fragilidad, movilidad y dependencia¹¹⁹. La prevención primaria (evitar que se produzcan) y secundaria (evitar el daño si se producen) de la caída constituyen una de las líneas estratégicas internacionales básicas en Seguridad del Paciente de los principales grupos líderes: Institute of Healthcare Improvement¹²⁰, Joint Comisión^{121,122}, y National Quality Forum¹²³ o el Centro Nacional de Prevención y Control de lesiones del CDC²⁴.

Aunque existe un considerable conocimiento sobre caídas en ancianos y numerosas guías de práctica clínica aplicadas a su prevención^{125,126,127,128}, hay escasa evidencia del impacto de las diferentes intervenciones.

La UUH, en el área de observación, debe desarrollar e implantar un programa para la prevención de las caídas que incluya la identificación del paciente con riesgo de caída y de las situaciones relacionadas con ella: paso a cama, eliminación de excretas y espera radiológica.

4.7. Seguridad del uso de los medicamentos

El medicamento constituye la intervención sanitaria más frecuente, por lo que no es de extrañar que sea una de las principales causas de efectos adversos en la asistencia sanitaria, tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito ambulatorio. En nuestro país, los estudios ENEAS y APEAS revelaron que el medicamento era la causa del 37,4% de los efectos adversos detectados en pacientes hospitalizados y del 47,8% en pacientes ambulatorios^{129,130}. La implantación de prácticas para reducir los errores de medicación en la UUH tendrá una gran repercusión en la mejora de la calidad y seguridad de su asistencia^{131,132}.

Una gran parte de los errores de medicación se producen en los procesos de transición asistencial, fundamentalmente por problemas en la comunicación de la información sobre la medicación

³¹ RD 1.089/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión y RD 1.301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos.





domiciliaria antes de prescribir nuevos medicamentos, para evaluar la adecuación de la medicación¹³⁹ (indicación, efectividad, dosificación, etc.).

En caso de alta y transferencia a atención primaria del paciente que ha sido atendido en observación, se proporcionará una lista completa (y conciliada) de la medicación para el profesional responsable de la continuación de la asistencia. Se harán constar los cambios realizados sobre la medicación previa del paciente.

Se proporcionará al paciente (o cuidador) información oral y escrita sobre los medicamentos que se prescriban al alta hospitalaria, y se le instruirá para que pueda consultar cualquier duda con la medicación. La información proporcionada será clara y comprensible.

La información escrita incluirá una lista del tratamiento domiciliario al alta del paciente (o plan farmacoterapéutico) que especifique: nombre genérico y comercial (si no se receta por principio activo), pauta posológica, horario de administración, indicación, duración del tratamiento, posibles efectos adversos y observaciones importantes.

Se recomienda, valorar la colaboración del servicio de farmacia hospitalaria para realizar la intervención de educación y conciliación del tratamiento en el alta¹⁴⁰.

4.8. Prevención de úlcera por presión

La úlcera por presión es una complicación frecuente en cualquier nivel de la asistencia sanitaria, especialmente en pacientes con problemas de movilidad y edad avanzada. La implementación de intervenciones basadas en la evidencia en la prevención de las úlceras por presión es una prioridad en el campo internacional de la seguridad del paciente, siendo un objetivo de seguridad del INQE¹⁴¹ y 1 de las 12 estrategias seleccionadas por el *Institute of Healthcare Improvement* en su campaña nacional para proteger a los pacientes de cinco millones de incidentes adversos 5 Million Lives Campaign¹⁴², así como para el MSPS¹⁰.

Cuando el paciente es atendido en la sala de observación, el programa de atención debe incluir la prevención de úlcera por presión, abordando las siguientes acciones:

- Identificación del paciente en riesgo de desarrollar úlcera por presión y valoración del estado de la piel
- Mantener y mejorar la tolerancia de los tejidos a la presión para prevenir las lesiones mediante el reconocimiento y tratamiento de los factores que afectan la tolerancia de los tejidos (edad, competencia vascular, control glucémico en diabéticos, nutrición)
- El plan de cuidados individualizado que debe incluir: cuidados locales de la piel, prevención específica en pacientes con incontinencia, cambios posturales en pacientes con movilidad limitada, utilización de superficies especiales en el manejo de la presión en la cama y/o asiento del paciente, protección local ante la presión en las prominencias óseas, protección de la piel de las fuerzas de fricción y orzalla mediante técnicas adecuadas en la posición, traslados y cambios posturales
- La formación continuada del profesional sanitario vinculado con la UUH debe incluir la prevención y tratamiento de la úlcera por presión. La SEEUE ha elaborado una recomendación¹⁴³.

¹⁴⁰ SEEUE Recomendación 0002004, de 2000. Prevención y tratamiento de úlceras crónicas en urgencias <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION4.pdf>

4.9. Implicación del paciente en su seguridad

En numerosas de las medidas de seguridad mencionadas se ha señalado la importancia de la implicación de los pacientes y su familia en su propia seguridad. La implicación del paciente en su propia seguridad contribuye a¹⁴⁴:

- Alcanzar un diagnóstico correcto.
- Elegir al proveedor de asistencia sanitaria.
- Participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Observar y controlar el proceso de asistencia.
- Identificar e informar complicaciones y efectos adversos del tratamiento.
- Disminuir las tasas de errores de medicación.
- Reducir las tasas de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Identificar inexactitudes en la documentación clínica.
- Configurar mejoras en el diseño y provisión de los servicios sanitarios.
- Controlar y gestionar tratamientos y procedimientos.

4.10. Plan de autoprotección para el personal de la UUH

La *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA)¹⁴⁵ relaciona como riesgos más específicamente relacionados con la UUH las infecciones transmitidas por la sangre, los accidentes químicos, la alergia al látex, los relacionados con el equipamiento (por ejemplo, la descarga eléctrica por desfilbrador), los resbalones y caídas, el terrorismo, la transmisión de tuberculosis y estafilococo dorado resistente a oxacilina y la violencia en el lugar de trabajo. La SEEUE recomienda el uso de materiales de seguridad pasiva para la prevención de riesgos biológicos¹⁴⁴.

El hospital debe implantar un plan de autoprotección, que establecerá la organización de los medios humanos y materiales disponibles para la prevención del riesgo de incendio o de cualquier otro equivalente, así como para garantizar la evacuación y la intervención inmediata, ante eventuales catástrofes, ya sean internas o externas.

El plan de autoprotección comprenderá la evaluación de los riesgos, las medidas de protección, el plan de emergencias y las medidas de implantación y actualización.

Dentro del plan de autoprotección se deberá prestar especial atención a la prevención y respuesta a la agresión al personal de la UUH.

Prevenir las agresiones estableciendo planes de reforzamiento de la comunicación profesional hacia el paciente y la familia, disponiendo de espacios para la comunicación adecuados y confortables, evitando que las comunicaciones se realicen en espacios abiertos ante la presencia de personas no interesadas.

¹⁴³ <http://www.osha.gov/SLTC/eholis/hospitalier.html>
¹⁴⁴ SEEUE Recomendación 01001005, de 2001. Prevención ante riesgos biológicos. Revisada 30/07/2006.