

# Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)

## CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES



Sociedad Española de  
Medicina de Urgencias  
y Emergencias



Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)  
C. Poeta Joan Maragall 60 pl. 1ª  
Tel. 91 570 12 84  
28020 Madrid  
[www.semes.org](http://www.semes.org)  
[cas@portalsemes.org](mailto:cas@portalsemes.org)

# Sistemas de Acreditación de Servicios de Urgencias y Emergencias

## CRITERIOS ACREDITACION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES

### AUTORES

**Luis López-Andújar Aguiriano**

Médico Coordinador del Servicio de Emergencias Sanitarias de Alicante.

**Joaquín Fernández-Valderrama Benavides**

Coordinador de Urgencias. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro.

**Martín Tejedor Fernández**

Médico. Jefe de Servicio de Calidad. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Javier Millán Soria**

Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Valencia.

**M<sup>a</sup> Jesús Preciado Barahona**

Enfermera. Supervisora Servicio de Urgencias Hospital de Donostia.

**Javier Benito Fernández**

Jefe de Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia.  
Grupo Calidad SEUP

### ASESOR

**Carlos Luaces Cubells**

Médico. Jefe Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona. Grupo Calidad SEUP

### REVISORES

**Sonia Jiménez Hernández.** Subsecretaría de Seguridad Clínica de SEMES. Servicio de Urgencias Hospital Clínic de Barcelona

**Carlos Bibiano Guillén.** Subsecretaría de Gestión de SEMES. Servicio de Urgencias Hospital Infanta Leonor de Madrid.

**Mariola García Sánchez.** Subsecretaría de calidad de SEMES. Servicio de Urgencias Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

**Chelo Lozano Sandoval.** Gabinete de Comunicación de SEMES

## INDICE

	Página
Nota de los autores	4
Introducción y antecedentes	5
Sistemas de acreditación de los servicios sanitarios	6
Acreditación de centros sanitarios en España. Soporte legislativo	7
Objeto y campo de aplicación	9
Organismo de acreditación	10
Tipos de acreditación	16
Proceso de acreditación	17
Apelación	21
Estándares o criterios de acreditación	
Apartado A. Requisitos generales	25
Apartado B. Recursos	28
Apartado C. Organización funcional y procesos	56
Apartado D. Programa de calidad	80
Apartado E. Resultados	88
Apartado F. Otros aspectos	109
Abreviaturas	110
Documentación consultada	111
Anexo 1: Modelo de solicitud de acreditación inicial	115
Anexo 2: Glosario de términos	116

## Nota de los autores

Ha pasado ya más una década desde que se publicó la primera versión de los estándares de acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitales. Con prudencia, quizás pueda afirmarse que el proyecto está ya maduro.

Durante todo el tiempo transcurrido desde aquella experiencia inicial, el manual ha sido utilizado por muchas instituciones públicas y privadas y por profesionales para la planificación, el diseño o la mejora de los Servicios en Urgencias en España. También ha sido una herramienta empleada en la formación, muy especialmente en la dirigida a la gestión clínica.

Un grupo de hospitales españoles relativamente amplio ha sometido a sus respectivos Servicios de Urgencias a una evaluación externa realizada por profesionales expertos de SEMES y gozan del reconocimiento que supone la acreditación por una Sociedad Científica, llevada a cabo de una forma objetiva, rigurosa e independiente.

Ha sido el tesón y la constancia de muchos profesionales lo que ha hecho que hayamos llegado hasta aquí, para disponer de un instrumento de mejora que es único en toda Europa, cuyo uso está permitiendo homogeneizar la estructura y el funcionamiento de los Servicios de Urgencias de Hospitales españoles y que va a permitir identificar cuáles son aquellos que, evaluados con criterios objetivos, disponen del soporte necesario para la formación de médicos y de enfermeras especialistas en Medicina de Urgencia.

El presente Manual incorpora mejoras y ampliaciones que afectan a los requisitos estructurales. También se ha hecho un gran esfuerzo por mejorar las guías, con objeto de facilitar la interpretación de las exigencias contenidas en cada uno de los estándares a los solicitantes de la acreditación.

Pero donde se ha profundizado más y muy especialmente ha sido en el apartado que se ocupa de lo que hoy constituyen los paradigmas actuales de Calidad y Seguridad del paciente, lo que permitirá a los Servicios obtener unos mejores resultados clínicos en beneficio de los pacientes, nuestra razón de ser, y de los profesionales, nosotros, que les atendemos.

En un momento como el presente en el que de nuevo altas instituciones del Estado como la de los Defensores del Pueblo Español y de distintas Comunidades Autónomas han mostrado su interés por la mejora de los Servicios de Urgencias, SEMES aporta una herramienta, útil y validada en la práctica, para orientar los cambios que pueden precisarse para la mejora de la asistencia sanitaria a los ciudadanos.

Gracias a todos los profesionales que han ayudado para que esta 3ª edición del Manual sea una realidad.

# Manual de acreditación

## INTRODUCCIÓN

La calidad es considerada hoy una variable estratégica por la mayoría de las empresas, instituciones públicas y organizaciones en general. Hasta tal punto es así, que se acepta que la supervivencia de aquellas en el mercado está directamente relacionada con su 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 2000 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 1997 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 1997, 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*.

Aún hoy, después de la primera edición publicada por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) del *Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitales*, no se ha establecido un sistema nacional de acreditación de servicios de salud en España. Entre los factores que dificultan 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 15/1997, 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 Comunidades 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, el mantenimiento 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 en las que SEMES ha basado el desarrollo del suyo propio:

- 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.
- El proceso de verificación (auditoria o inspección) es externo.

En la revisión de 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**: es 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 de medición 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 está ya en funcionamiento.
- **Autorización**: significa dar a alguien la facultad para hacer alguna cosa. Es obligatoria, se realiza siempre de forma 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**: es 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**: supone contrastar por 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 para medir son mínimos. Puede estar en funcionamiento o no.

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.

## 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 auditoria que han sido referentes para los modelos sanitarios de acreditación en el mundo. Hay que señalar, sin embargo, que otros modelos con carácter más industrial, se han adaptado a las normativas sanitarias y han sido bien acogidos en el sector hasta tal punto que lideran en número su aplicación en servicios de salud. Concretamente el modelo de certificación de International Estándar Organization (ISO) y el de la European

Foundation for Quality Management (EFQM).

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 Pública 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 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 auditoria externa. Todo ello siguiendo unas guías de evaluación previamente diseñadas y homogéneas para todos.

La composición del equipo auditor suele ser multidisciplinar; no hay grandes diferencias y, salvo en los Estados Unidos, donde las personas encargadas de la evaluación pertenecen 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 auditorias 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.

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, Consumo y Bienestar Social y el de Educación, Cultura y Deporte, 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, Consumo y Bienestar Social para la acreditación de centros y servicios. La Organización Nacional de Trasplantes desarrolló en su día un sistema de acreditación específico para Programas de trasplantes.
- **Acreditación de servicios de referencia.** Contemplado en el artículo 15.2 de la Ley General de Sanidad.

Hay numerosas experiencias en España de Centros sanitarios y Servicios que han alcanzado la certificación por el modelo de la International Standards Organization (ISO) basado en la Norma ISO 9000 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).

Pese a que prácticamente todas las Comunidades Autónomas españolas han desarrollado mecanismos para fomentar la acreditación de sus centros, con la intención de poder cumplir con las recomendaciones que hoy en día se recogen claramente en nuestra legislación y que lógicamente indican el camino de la excelencia ansiado por todo centro u organización sanitaria, el número de servicios o centros sanitarios aún es escaso.



Destacan los desarrollos más específicos que se citan a continuación.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es una fundación pública adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Ha desarrollado unos programas y manuales de acreditación. Disponibles en:

[https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/manuales\\_certificacio\\_n/](https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/manuales_certificacio_n/)

Realiza a través de los equipos de evaluadores de la propia Agencia, una evaluación externa. En 2015 ha publicado un Manual de Estándares específico para la acreditación de Servicios de Urgencias y Emergencias. Está disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual\\_Estandares\\_Urgencias\\_Emergencias\\_ME261\\_01.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual_Estandares_Urgencias_Emergencias_ME261_01.pdf)

El sistema de acreditación en Cataluña está regulado por Ley. Se realiza una evaluación de los estándares publicados previamente y divulgados también en su página web [www.gencat.net](http://www.gencat.net) y se realiza una evaluación externa a través de entidades ajenas a la administración pero que previamente han sido acreditadas por ésta. Los criterios incluyen algunos referidos a la asistencia urgente.

En la Comunidad Valenciana, la Generalitat Valenciana impulsó en 2002 el desarrollo de una institución específica: El Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias (INACEPS), manteniendo una participación de la administración pública a través de su Consejo de Dirección, aunque imprimiéndole un carácter de independencia mediante la elaboración de sus estándares de forma muy participativa con las sociedades científicas. Llegó a editar con la colaboración de SEMES un Manual específico para Servicios de Urgencias de Hospitales (2010). Este proyecto no se pudo mantener en el tiempo, aunque se llevó a cabo la evaluación y acreditación de un Servicio de Urgencias en un Hospital de la Comunidad Valenciana.

En Galicia se estableció en 2001 un sistema de acreditación de centros hospitalarios, desde la propia administración sanitaria, que hace referencia a las unidades de urgencias de hospitales señalando unos requisitos para el área de urgencias acordes con la complejidad de los servicios que ofrece el hospital.

En Extremadura existe un sistema de acreditación propio desde 2005, basado en el modelo EFQM, dependiente de la Consejería de Sanidad de modo similar al de Andalucía.

En cuanto a los Servicios de Urgencias de los hospitales, han sido muy escasas las acreditaciones y la práctica totalidad ha sido llevada a cabo hasta ahora por el sistema de Acreditación diseñado por la SEMES. Desde 2004 son ya una decena de Servicios de Urgencias a los que se les ha otorgado la acreditación, o están en el proceso de alcanzarla, de esta Sociedad científica, así como a dos Servicios de Emergencias.

Parece no sólo útil, sino imprescindible, que una Sociedad científica pueda generar un sistema de acreditación del área en las que es considerada experta. Las primeras en iniciar esta experiencia fueron, hace ya más de tres décadas, la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia y la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea.

Al ejemplo anterior le han seguido programas de acreditación que se aplican en mayor o menor grado por las Sociedades científicas españolas de Medicina de Urgencias y Emergencias, Inmunología Clínica, Medicina Intensiva, Cirugía Cardíaca, Cirugía Mayor Ambulatoria, Farmacia Hospitalaria, Ginecología y Obstetricia, Neurología, Urgencias Pediátricas y la Asociación Española de Estudios del Hígado, entre otras.

## OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

En los Servicios de Urgencias y Emergencias sanitarias, la experiencia de certificación por modelos internacionales sigue siendo muy reducida en el momento actual, aunque las primeras iniciativas, como las de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía datan de 1997 por ISO. Esto no sólo ocurre en nuestro país, sino en el entorno internacional.

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 en 2004 de patrocinar el diseño, desarrollo y ejecución práctica de un Sistema específico de Acreditación de Centros y Servicios de Urgencias y Emergencias para toda España.

El Sistema de Acreditación desarrollado alcanza, por tanto, a Servicios de Urgencias de Hospitales y Servicios de Emergencias 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 auditorias docentes que habitualmente se llevan a cabo desde la Comisión Nacional de Especialidades. No obstante, SEMES dispone ya de un documento específico donde se recogen los estándares de acreditación de Unidades Docentes, elaborado por la Secretaría de Formación.

Para su implantación en España el sistema de acreditación ha sido consensuado e impulsado por el Consejo de Dirección y la Junta Directiva de SEMES. Tanto los requisitos como el procedimiento de acreditación son *homogéneos* para todo el territorio español con la finalidad de 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, resultado, etc.) 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 estos 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 Criterios, 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 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. 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 Unidad Central de Acreditación.
2. Un Comité de Acreditación.
3. Grupos de Trabajo establecidos para cada programa específico de acreditación.
4. Cartera de evaluadores

## 1.- UNIDAD CENTRAL DE ACREDITACIÓN

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

Está ubicada en la sede de SEMES en Madrid.

### Composición:

La Unidad Central de Acreditación está constituida inicialmente por:

- Un administrativo que actúa de secretario.
- Un miembro de SEMES que actúa como responsable de la Unidad de Acreditación.

El responsable de la Unidad de Acreditación depende directamente de la Secretaría de Acreditación, Calidad y Gestión Clínica y, a través de ella, de la Vicepresidencia 1ª de SEMES.

### Funciones:

- Gestiona las solicitudes de acreditación de los servicios sanitarios interesados.
- Coordina de forma operativa las auditorias de los servicios sanitarios que soliciten su acreditación y participa directamente en su realización, cuando así 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 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.
- 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 1ª de SEMES.
- Otras funciones que la Junta Directiva de la SEMES considere oportunas.

## 2.- COMITE 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 Presidente de SEMES
- El Vicepresidente 1º de SEMES.
- El Secretario de Acreditación, Calidad y Gestión Clínica.
- El responsable de la Unidad Central de Acreditación.
- Cuando es necesario, un experto en sistemas de calidad y acreditación de Servicios sanitarios que actúa con voz, pero sin voto.

El responsable de la Unidad Central de Acreditación hace la función de secretario 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 Programas.
- Ratificación de las propuestas de la Unidad Central de Acreditación.

- Conocimiento y aprobación de las líneas generales de actuación de la de la Unidad Central de Acreditación.
- Pronunciamiento ante situaciones difíciles o conflictivas, cuando así lo indique la Junta Directiva de 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 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. El Secretario remitirá al Comité, el informe final de acreditación del Servicio para su evaluación y aprobación.
  - a) Pronunciamiento en casos de apelaciones por parte del Servicio solicitante: El Secretario remitirá al Comité 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 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: *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:*
    - 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.
    - 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.* Por consenso, el Comité de Acreditación puede anular la acreditación de un Servicio basándose en la aparición de un suceso de suficiente relevancia.
2. 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.
3. 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 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.

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.

#### Renovación del Comité:

Los vocales del Comité de Acreditación serán renovados cada vez que se renueve la composición de la Secretaría de Calidad, Acreditación y Gestión Clínica.

### 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 del informe de acreditación de los Servicios ya evaluados y la formación de auditores.

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



### Composición

- Coordinador de grupo.
- 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 multidisciplinar dependiendo del programa.

Cada miembro del Grupo de Trabajo reunirá los requisitos para ser evaluador según se especifica más adelante, en por lo menos una de las dos categorías: Urgencias de Hospitales y Emergencias.

### Funciones:

- Actualización permanente de los Criterios de Acreditación del programa específico del que es responsable cada Grupo de Trabajo.
- Revisión, junto con la Secretaria 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 Calidad, Acreditación y Gestión Clínica.

### Criterios de funcionamiento

Cada Grupo de Trabajo funciona de acuerdo a sus características específicas, tipo de programa e integrantes, pero posee unas normas básicas de funcionamiento, 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 SEMES para su difusión.
2. 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.
3. Establecimiento de criterios de selección y nombramiento de equipos de evaluadores, así como el mantenimiento del listado de estos a disposición de la Secretaria de Acreditación.
4. Pronunciamiento en el caso de apelaciones por parte de los servicios. La Secretaria 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 Secretaría de Calidad, Acreditación y Gestión Clínica. 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 serán convocadas por Coordinador del Grupo cuando existan asuntos de suficiente entidad que lo justifiquen.

#### *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.

### Renovación de los Grupos de Trabajo

La composición de los Grupos de Trabajo se renovará cuando lo considere conveniente el responsable de la Secretaría de Calidad, Acreditación y Gestión Clínica.

## 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 Unidad Central 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.
- Puede ser requerido un miembro de la Unidad Central de Acreditación, como personal de apoyo logístico y administrativo, si es necesario.
- 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 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 Servicios de Urgencias y Emergencias.
- 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 ACREDITACION

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. Esta se realizará igualmente in situ cada 3 años a petición del centro.
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 Unidad Central 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 de rutina periódica (3 años), que se realiza a un Servicio acreditado como respuesta de la Unidad Central 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 o de re-acreditación en su caso, por parte del Servicio.
2. Cumplimentación, por parte del responsable del Servicio de que se trate, del listado de comprobación.
3. Realización de una evaluación por el equipo evaluador designado.
4. Informe de acreditación del Centro/Servicio por el equipo evaluador en el que no se detectan deficiencias en estándares obligatorios.
5. Emisión de dictamen positivo del Comité de Acreditación

### 1. ACREDITACIÓN INICIAL

#### *Tramitación de la solicitud*

El responsable del Servicio solicitante comunicará a la Secretaría de Acreditación, su interés en acreditarse.

La Secretaría de Acreditación, enviará a dicho Servicio, el impreso de solicitud de acreditación inicial.

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 o Servicio correspondiente.

Una vez recibida la solicitud inicial debidamente cumplimentada en la Unidad Central de Acreditación, esta revisa la plena cumplimentación de la misma, pudiendo consultar con el Grupo de Trabajo correspondiente.

Una vez revisada esta documentación inicial, se podrá informar lo siguiente:

- a) La solicitud inicial es aceptada. En este caso, la Unidad Central de Acreditación, enviará al Centro/Servicio solicitante el Manual de Criterios de Acreditación del programa que corresponda, el listado de comprobación y el listado de documentación necesaria y un documento de aceptación de las condiciones de la evaluación aquí descritas que deberá ser firmado como aceptación y devuelto a la central junto con el justificante del abono de la cantidad estipulada para la evaluación.
- 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*

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 Unidad Central de Acreditación. Toda la documentación que deba ser remitida debe procesarse en soporte electrónico.

La Unidad Central 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.

La Unidad Central 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.

Se notificará 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.

En el plazo de 3 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.

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.

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.

Los miembros del equipo de evaluación cumplimentarán el listado de comprobación y los temas dudosos se analizarán conjuntamente para tomar una decisión.

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 está catalogado como obligatorio y está identificado con “(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 **RECOMENDACION** cuando a un apartado del listado de comprobación se responde “NO”, en el criterio aplicable está catalogado como recomendable y está identificado con “(R)”. Cada uno de estos apartados anotados durante la inspección requiere una respuesta verbal del responsable del Servicio, con una explicación razonada que justifique esa situación o 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.

El listado de comprobación cumplimentado y firmado por el equipo evaluador será devuelto a la Unidad Central 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 Unidad Central de Acreditación. Al informe aportado por el equipo evaluador podría añadirse alguna información considerada como de suficiente relevancia para ser tenida en cuenta, aunque inicialmente no se contuviera en los criterios establecidos en el Manual.

La Unidad Central 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 Unidad Central de Acreditación comunicará al Servicio solicitante una de las siguientes determinaciones sobre la acreditación:

1. Acreditación garantizada por tres años: no se ha detectado ninguna deficiencia in situ o tras las correcciones realizadas y documentadas. La Unidad Central de Acreditación, enviará al responsable del Centro/Servicio solicitante un certificado sobre la acreditación del programa específico que corresponda, firmado por Presidente de SEMES.

Los Servicios acreditados deben notificar a la Secretaria 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. En proceso de Evaluación: Aquellos Servicios que tras la evaluación muestran unas condiciones para conseguir la acreditación, aunque están pendientes de la corrección de alguna deficiencia concreta, quedan “En proceso de evaluación”. Este periodo de tiempo es variable dependiendo de la modificación requerida y será estipulado en cada caso concreto por el comité central de acreditación y salvo excepciones no será superior a un año.

2.1. Se han detectado algunas deficiencias, relativamente poco importantes o escasas que precisan corrección, pero no reevaluación focal: en este caso la acreditación sólo se otorgará, cuando se reciban las correcciones de las deficiencias debidamente documentadas y una respuesta por escrito a las recomendaciones realizadas. Tal documentación deberá aportarse, por el Centro/Servicio solicitante, en los 30 días siguientes de la notificación de las deficiencias por la Unidad Central de Acreditación. Si no se recibiera en el tiempo estipulado, será denegada la acreditación.

2.2. 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.

3. 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.
4. No acreditación: El Comité de Acreditación puede 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 Secretaria 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 Secretaria de Acreditación puede también anular la acreditación de un Servicio tras consulta 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, tiene derecho a apelar siguiendo los trámites que se describen más adelante.



## 2. RENOVACIÓN DE LA ACREDITACION

Seis meses antes de la expiración de la anterior acreditación, el Servicio comunica a la Unidad Central de Acreditación su intención de renovarla. La Unidad Central de Acreditación enviará al responsable del Servicio el Manual de Criterios de Acreditación vigente para su cumplimentación.

El responsable del Servicio a re-acreditar cumplimentará la parte que le corresponde del listado de comprobación y lo devolverá a la Unidad Central de Acreditación.

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

El Centro recibirá, en caso de otorgarse, un diploma actualizado constituyendo una nueva acreditación por tres años desde el día de la evaluación.

## 3. REEVALUACIÓN

### Reevaluación general

Debe incluir la evaluación de nuevo de todo el Servicio, con énfasis especial en las áreas dónde 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 evaluador (puede ser del equipo previo, tanto el responsable como el miembro ordinario o un nuevo evaluador) 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. EVALUACION 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 Secretaria de Acreditación recibe un informe de queja o de un suceso que haga sospechar que el Servicio acreditado está incumpliendo los criterios.

## APELACIÓN

### *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 Secretaria de Acreditación.

La Unidad Central 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 Secretaria 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.
- No se ha superado el número mínimo de actividad exigida (en el caso de que en el manual correspondiente se exija este punto).

#### *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.

#### *Apelación de la denegación de la acreditación inicial, re-acreditación 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.

## CRITERIOS (O ESTÁNDARES) 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 consecución recomendada, se ha preferido mantener el término estándar en el título del Manual, aunque en el texto se utiliza indistintamente “**criterio**” o “**estándar**”

El término “**Servicio**” (mayúscula) se emplea en este manual para hacer referencia al equipo de profesionales y como equivalente al de “Unidad”. En cambio, el término “**servicio**” (minúscula) se utiliza para hacer referencia 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.

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 del modelo de la EFQM, en el presente manual se ha optado por hacerlo del modo más conocido en el sector sanitario, con la finalidad de conseguir una lectura

amigable y 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 contiene los requisitos que exige en el aspecto al que hace referencia. Cuando se trata de un criterio obligatorio se incluye a continuación una O mayúscula y resaltada en negrita (“**O**”) y en el caso de los no-obligatorios o recomendables, con la misma tipografía, una R (“**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 optado por elaborar otro criterio, para evitar 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 sólo 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 evitarlo en la redacción, cuando un criterio incorpore más de un requisito obligatorio, sólo se considerará superado aquél si se cumplen todos los requisitos estipulados.

#### **Criterio no-obligatorio o recomendable**

- En este tipo de criterio se establece una **RECOMENDACION** cuando a un apartado del listado de comprobación se responde "NO". Ante cada uno de estos apartados anotados durante la evaluación, el evaluador 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 evaluador, 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.

### **Abreviaturas**

Se ha tratado de evitar el empleo de abreviaturas, pero cuando ha sido necesario su significado se recoge en el listado que aparece en el apartado **ABREVIATURAS** al final del texto. Se han listado en orden alfabético.

### **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 un apartado específico y se recogen en orden alfabético.

## **Estándares o criterios de acreditación**

### **Apartado A: Requisitos generales**

**A1. EL CENTRO AL QUE PERTENECE EL SERVICIO<sup>1</sup> CUMPLE LOS REQUERIMIENTOS Y DISPOSICIONES LEGALES PARA PRESTAR ASISTENCIA SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN QUE SE ENCUENTRA UBICADO.**

**A1.1.** El Servicio dispone de la autorización administrativa de su apertura y puesta en marcha. **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 son conocidas por las personas que trabajan en el Servicio. **R**

### **A2. Organización y régimen de funcionamiento**

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

### **A3. Documentación clínica y registros**

**A3.1.** Existe un catálogo de modelos normalizados de documentos 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. **O**

## GUÍA A1

El primer requisito para cualquier Servicio que presta asistencia sanitaria es que disponga de un documento<sup>2</sup> 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, Actas Municipales o documentos similares donde se recoja la autorización de la puesta en marcha o creación del Servicio.

En los hospitales públicos puede aceptarse como evidencia:

1. 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) cuando en algún caso se menciona a un solo o único elemento de un conjunto.

2. Cada vez que en este manual se hace referencia a un "documento", se entiende que este puede estar en soporte papel o electrónico.

- 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 Servicio en cuestión. Esta información documentada debe estar disponible en el archivo documental del Servicio o bien incluida en su Manual de Organización.
- La confirmación escrita de la autorización realizada por la máxima autoridad sanitaria del área de salud o del hospital.
- La asignación de un sector de la población o la inclusión dentro del mapa sanitario de la provincia o comunidad del centro al que pertenece el Servicio, que equivaldría al reconocimiento del mismo por las autoridades sanitarias, para la prestación de asistencia.

En los centros de propiedad privada, debe comprobarse que dispongan de un documento en el que conste que tienen la autorización administrativa para ejercer sus actividades. En estos casos, el evaluador solicitará expresamente el documento que lo acredite.

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, así como el cumplimiento de la normativa que voluntariamente asuma la organización, tales como el Reglamento interno del hospital, normas de uniformidad, seguridad y otras. Un ejemplar de estas normas y reglamentos estará a disposición y accesible a todos los profesionales del Servicio.

El evaluador comprobará que los miembros del Servicio conocen la existencia de las normas legales mencionadas anteriormente que son preceptivas, así como de las que el hospital y/o el Servicio asumen como reglamento interno. Se aceptará como evidencia el que se hayan distribuido entre los profesionales del Servicio por cualquier medio o bien un acta de la sesión en la que se informó al equipo, donde conste las personas que asistieron.

Para el personal que empieza a trabajar en el Servicio puede ser de utilidad que se recojan en el protocolo de acogida todas estas normas de funcionamiento y otros aspectos de interés.

## **GUIA: A2**

El Manual de Organización debe ser un documento que permita al lector conocer con precisión y facilidad cuál es el ámbito de actuación del Servicio, su cartera de servicios, organigrama, actividad desarrollada en los últimos años, plan funcional por departamentos que incluya las competencias de cada puesto y niveles de responsabilidad, documentación clínica, procedimientos y protocolos de los que se dispone.

Sus objetivos deberán estar alineados con los de la organización y/o del Servicio de Salud al que pertenece.

El Plan Funcional, así como el Programa de Calidad que se mencionan en apartados posteriores son parte de este manual, aunque puedan ser documentos separados del mismo por razones operativas (en este caso se debería hacer referencia explícita en el manual o se adjuntarán como anexos).

## **GUIA: A3**

El evaluador comprobará que el Servicio dispone de un catálogo de documentos en soporte papel o electrónico y están codificados. Este catálogo debe contener los modelos de documentos que utiliza el Servicio.

Los documentos clínicos (hojas de anamnesis, evolución, tratamiento, protocolos clínicos, modelos de registros y otros) deberían realizarse y mantenerse según un procedimiento operativo estandarizado específico propio o del hospital (por ejemplo, elaborado por la 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.

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.

Debe existir un listado de las 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.



Requisitos generales	SOLICITANTE			EVALUADOR		
LISTADO DE COMPROBACIÓN: A1 - A3	S	N	N/A	S	N	N/A
<b>A1.1.</b> ¿Existe un documento donde se autorice la puesta en marcha del Servicio? <b>O</b>						
<b>A1.2.</b> ¿El Servicio cumple las normas legales y reglamentarias que le afecten en el desarrollo de sus actividades? <b>O</b>						
<b>A1.3.</b> ¿Las normas legales y reglamentarias que le afectan en el desarrollo de sus actividades están divulgadas y son conocidas por el personal que trabaja en el Servicio? <b>O</b>						
<b>A2.</b> ¿Existe un Manual de organización escrito que describa de forma general y clara la organización? <b>O</b>						
<b>A3.1.</b> ¿Existe un catálogo de modelos de los documentos normalizados? <b>O</b>						
<b>A3.2.</b> ¿Los documentos contenidos en el catálogo se han elaborado según un procedimiento específico? <b>R</b>						
<b>A3.3.</b> ¿Existe un control de las bases de datos clínicos? <b>O</b>						

NOTA: Se consignará con una "X" el nivel de cumplimiento por el Servicio de cada uno de los criterios. S = Sí; 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 DISPONE DE LOS RECURSOS HUMANOS ADECUADOS. LOS PROFESIONALES TIENEN LOS CONOCIMIENTOS Y LA FORMACIÓN ADECUADA PARA DESARROLLAR SU TRABAJO.

#### B1.1. Jefe del Servicio de Urgencias.

B1.1.1. Existe un Jefe del Servicio de Urgencias. ☐

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. ☐

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. ☐

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. ☐

#### B1.2. Facultativos.

B1.2.1. El Servicio dispone de personal médico para garantizar la asistencia en consultas. ☐

B1.2.2. El Servicio dispone de personal médico para garantizar la asistencia en las salas de Observación de camas. ☐

B1.2.3. El Servicio dispone de personal médico para garantizar la asistencia en las salas de Observación de sillones. ☐

B1.2.4. En el supuesto de que la clasificación de pacientes sea responsabilidad del personal médico hay, como mínimo, un facultativo con experiencia destinado a esta función durante las 24 horas de cada día. ☐

#### B1.3. Enfermería.

B1.3.1. El Servicio dispone de un enfermero responsable de la gestión de todo el personal de enfermería. ☐

B1.3.2. El enfermero responsable de la gestión ("supervisora o mando intermedio") tiene una experiencia de trabajo efectivo en el Servicio de Urgencias y Emergencias de al menos cinco años. ☐

B1.3.3. El Servicio dispone de personal de enfermería en consultas en número necesario para asegurar la asistencia. ☐

B1.3.4. El Servicio dispone de personal de enfermería necesario para garantizar la asistencia en la Sala de Observación de camas. ☐

B1.3.5. El Servicio dispone de personal de enfermería necesario para garantizar la asistencia en la Sala de Observación sillones. ☐

B1.3.6. El Servicio dispone de personal auxiliar de enfermería para garantizar la asistencia en todas las Áreas (consultas, observación camas y observación sillones). **O**

B1.3.7. En el supuesto de que la clasificación de pacientes sea responsabilidad del personal de enfermería, hay, como mínimo, un enfermero con experiencia por turno, destinado específicamente a este fin. **O**

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 su adecuado funcionamiento 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**

B1.4.3. El Servicio dispone de personal de seguridad, al menos accesible, durante las 24 horas de cada día. **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**

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 90% del personal facultativo. **O**

#### **B1.7. Experiencia del personal de enfermería.**

El 50 % del personal de enfermería de la plantilla del Servicio dispone de experiencia documentada superior a dos años en la asistencia a urgencias y/o emergencias. **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 90% de su plantilla. **O**

## **GUIAB1**

### **B1.1 Jefe del Servicio de Urgencias.**

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

El evaluador comprobará que existe un documento donde se recoge 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).

Como todo Médico de Urgencias, deberá disponer de formación específica en Urgencias / Emergencias y contar con documentos acreditativos que avalen esta formación.

El evaluador comprobará que el Jefe del Servicio ejerce la máxima autoridad funcional sobre todos los facultativos que trabajan en el mismo, incluyendo a los médicos de staff de otras especialidades que desarrollan temporal u ocasionalmente sus actividades en el Servicio de Urgencias. Esto puede evidenciarse, porque así conste en el nombramiento o, implícitamente, por ejemplo en la firma de los turnos de trabajo correspondientes, en documentos de evaluación para incentivos o de carácter docente en el caso de los Médicos Residentes. La organización funcional de los Médicos Internos Residentes en el Servicio de Urgencias también es competencia del Jefe de Urgencias.

El evaluador exigirá evidencias que demuestren que el Jefe del Servicio depende directamente de la Dirección Médica o de la Gerencia del Hospital (organigramas del centro, memoria del hospital o un documento elaborado "ad hoc").

### **B1.2. Facultativos.**

El facultativo es el Médico de Urgencias, adjunto, a dedicación completa. Quedan excluidos, 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 recursos necesarios. Los Médicos Residentes de primer año no deben ser computados y los de otros cursos se pueden considerar según el siguiente esquema: los MIR de segundo curso equivalen a un tercio de un adjunto y los MIR de tercer y cuarto curso como la mitad de un adjunto.

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

Para una adecuada cobertura asistencial del Servicio de Urgencias es necesario un número mínimo de facultativos y personal de enfermería que cumplan los requisitos establecidos para la asistencia en consulta, además de los necesarios para la asistencia en salas de observación y de sillones.

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

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

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, aproximadamente se precisa 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 en función de la actividad.

Estos cálculos tienen una función orientativa. Si bien se propone un rango, los evaluadores no aceptarán grandes desviaciones sobre el resultado obtenido. De existir alguna situación 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 Urgencia de 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 añadir al número obtenido en el cálculo anterior las personas que esulten para cubrir las necesidades establecidas en los criterios correspondientes. También hay que tener en cuenta que los datos obtenidos de estos cálculos serían exclusivamente para las necesidades requeridas por la actividad asistencial, sin tener en cuenta el tiempo necesario para la investigación y docencia.

El Servicio evaluado deberá poder documentar de modo razonado el cálculo y distribución de los recursos humanos.

### **GUIAB1.3. 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:

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

En donde 0,37 horas es el tiempo medio de cuidados de enfermería por enfermo y las horas de trabajo anual contratadas estarán 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). 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 debe 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 sin 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 y este asiste un número menor de 80.000 pacientes al día, se cumplimentará el listado de comprobación con “NA”, pero en el supuesto de existir o de que sea obligatorio el cumplimiento del criterio por superar el Servicio el número de 80.000 asistencias anuales, el evaluador comprobará que se dispone del personal de enfermería necesario en cada turno. Este aspecto de la asistencia queda complementado en el apartado referente a los procesos (Apartado C 5. Proceso asistencial).

#### **GUIAB1.4. 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 precisan 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.

En aquellos hospitales donde no existan celadores, se aceptará por el evaluador la presencia de otro personal auxiliar que desempeñe las tareas que habitualmente realizan los celadores, 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. La complejidad actual de los Servicios de Urgencias hace necesaria la existencia de una persona para realizar las funciones administrativas. En los Servicios con menor frecuentación, las funciones administrativas, pueden ser compartidas con otros Servicios o departamentos y llevadas a cabo por una persona a tiempo parcial en cada uno de ellos.

El evaluador comprobará que el hospital garantiza la seguridad durante las 24 horas de cada día bien mediante la presencia física de personal específico para ello en el Servicio de Urgencias o de otra forma alternativa que sea efectiva.

## GUIAB1.5., B1.6., B1.7. y B1.8.

### Experiencia y formación del personal sanitario

Como quiera que en prácticamente toda España existe ya la categoría profesional de Médico de Urgencias de Hospitales, lo que implica un reconocimiento por parte de la Administración Sanitaria a una actividad específica desarrollada en estos departamentos y que en muchos países europeos 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 documentalmente 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 cartera la asistencia a niños. 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), en concreto el baremo expuesto en su página web [www.seup.org](http://www.seup.org).

Personas	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
<b>LISTADO DE COMPROBACIÓN: B1.1 – B1.8</b>						
B1.1.1. Existe un jefe del Servicio de Urgencias. <b>O</b>						
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? <b>O</b>						
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? <b>O</b>						
B1.1.4. ¿El responsable del Servicio depende directamente de la Dirección Médica o de la Gerencia del Hospital?. <b>O</b>						
B1.2.1. ¿Es adecuado el número de médicos para la atención en consultas? <b>O</b>						
B1.2.2. ¿Es adecuado el número de médicos para la atención en Observación de camas? <b>O</b>						
B1.2.3. ¿Es adecuado el número de médicos para la atención en Observación de sillones? <b>O</b>						
B1.2.4. Si la clasificación de pacientes es realizada por un médico, ¿existe un facultativo con esta función específica, como mínimo, durante las 24 horas de cada día? <b>O</b>						



B1.3.1. ¿Existen documentos donde quede reflejado el nombramiento del enfermero responsable de la gestión? <b>O</b>						
B1.3.2. El enfermero responsable de la gestión ("supervisora o mando intermedio") tiene una experiencia de trabajo efectivo en el Servicio de Urgencias y Emergencias de al menos cinco años. <b>O</b>						
B1.3.3. ¿Tiene el Servicio enfermeros suficientes para asegurar la asistencia en consultas? <b>O</b>						

B1.3.4. ¿Tiene el Servicio enfermeros suficientes para asegurar la asistencia en Observación de camas? <b>O</b>						
B1.3.5. ¿Tiene el Servicio enfermeros suficientes para asegurar la asistencia en Observación de sillones? <b>O</b>						
B1.3.6. ¿Tiene el Servicio auxiliares de enfermería, suficientes para asegurar la calidad de la asistencia que presta? <b>O</b>						
B1.3.7. Si la clasificación de pacientes es realizada por una enfermera, ¿existe una enfermera con esta función específica, como mínimo, por turno? <b>O</b>						
B1.3.8. ¿Hay una enfermera por turno para Control de Procesos, cuando este existe? <b>O</b>						
B1.4.1. ¿Dispone el Servicio de personal administrativo suficiente? <b>O</b>						
B1.4.2. ¿Dispone el Servicio de personal de servicios generales suficiente? <b>O</b>						
B1.4.3. ¿El Servicio dispone de personal de seguridad durante las 24 horas de cada día?. <b>O</b>						
B1.5. ¿Tiene el personal médico del Servicio experiencia suficiente en asistencia a Urgencias / Emergencias? <b>O</b>						
B1.6.1. ¿Tiene el personal médico del Servicio formación específica en Urgencias / Emergencias (50%)? <b>O</b>						
B1.6.2. ¿Tiene el personal médico del Servicio formación específica en Urgencias / Emergencias (90%)? <b>R</b>						
B1.6.3 ¿Se acredita formación adecuada de los médicos en asistencia pediátrica en aquellos Servicios de Urgencias / Emergencias que atiende a menores de 14 años (50%)? <b>O</b>						
B1.6.4 En servicio con asistencia exclusivamente pediátrica, ¿Se acredita formación adecuada de facultativos en asistencia pediátrica en Urgencias / Emergencias pediatría (90%)? <b>O</b>						
B1.7. ¿Tiene el personal de enfermería del Servicio experiencia suficiente en asistencia a Urgencias / Emergencias ? <b>R</b>						

B1.8.1. ¿Tiene el personal de enfermería del Servicio formación específica en Urgencias / Emergencias? <b>R</b>						
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 (90%)? <b>O</b>						

## **B2. Estructura física e instalaciones generales.**

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

### **B2.1. Entorno. Accesos de vehículos y de peatones.**

B2.1.1. Existe una adecuada señalización en el entorno que facilita la localización de los accesos principales y secundarios del edificio del hospital y del Servicio de urgencias. **O**

B2.1.2. El entorno de Centro dispone de vías de circulación adecuadas con un acceso rápido y libre de obstáculos para los vehículos que acudan al Servicio de Urgencias. **O**

B2.1.3. Los accesos de vehículos y de peatones son independientes. **R**

B2.1.4. Los accesos de vehículos y de peatones están cubiertos, claramente señalizados e iluminados. **O**

B2.1.5. El acceso de vehículos dispone del espacio suficiente para que puedan realizar el giro sin utilizar la marcha atrás. **O**

B2.1.6. Las rutas de entrada y salida de vehículos son unidireccionales, evitando el cruce de aquellos. **R**

B2.1.7. 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 usuarios y familiares.**

B2.5.1. Está situada próxima al vestíbulo y fuera de la zona asistencial. **R**

B2.5.2. Estará señalizada y provista de teléfono, aseos, fuente de agua y bar automático. **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 m<sup>2</sup>. **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 precisan 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 5% 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 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 precisan 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 m<sup>2</sup>. **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 permita demora en la asistencia. **O**

B2.8.2.2. Tiene fácil acceso desde el exterior, desde las áreas de consultas y de clasificación de pacientes. **O**

B2.8.2.3. Tiene una superficie mayor de 25 m<sup>2</sup>. **O**

B2.8.2.4. La sala de críticos tiene capacidad mínima para dos pacientes. **R**

B2.8.2.5. Tiene la infraestructura necesaria para la utilización de dispositivos de monitorización y/o terapéuticos requeridos en la atención al paciente crítico. **O**

### **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 etiología (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. **R**.

B2.9.3. La superficie del espacio físico mínima por consulta es de 8 m<sup>2</sup>. **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 (consultas rápidas) que pueden coincidir con la sala de espera de familiares. **R**

**B.2.9.7.** El Servicio cuenta con un número suficiente, en función de los niveles asistenciales, de áreas para cuidados enfermeros con un espacio mínimo de 8 m<sup>2</sup> cada uno. **O**

**B.2.9.8.** El Servicio cuenta con una sala de información específica para pacientes y familiares. **R**

#### **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**

B2.10.7. Se dispone de un almacén de lencería que pueda abastecer, las necesidades diarias de cambio de ropa por eventualidades, al menos para las 24 horas del turno diario. **O**

B2.10.8. El Servicio de Urgencias dispone de aseos para sus usuarios correctamente equipados, conservados, accesibles, en número suficiente y cumpliendo la normativa de requerimientos para personas discapacitadas. **O**

## **B2.11. Servicios Centrales o Generales ubicados en el Área de Urgencia.**

Laboratorios.

B2.11.1. El Servicio dispone durante las 24 horas del día de la realización de determinaciones analíticas necesarias para una buena asistencia a las urgencias. **O**

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**

Radiología.

B2.11.4. 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**

B2.12.6. El Servicio dispone de un cuarto vertedero para eliminación de residuos biológicos. **O**

## **GUIAB2**

### **B2.1. - B2.5.**

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 la superficie disponible y la distribución de la estructura física.

### **B2.1. Accesos de vehículos y de peatones.**

La accesibilidad es una de las dimensiones básicas de calidad de cualquier sistema de salud y la accesibilidad física forma parte de ella. Esta 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 UVIs móviles. Por ello, en el criterio se ha considerado una altura mínima para superar en al menos 50 cm las UVIs móviles homologadas más altas, permitiendo que estas maniobren con facilidad sin crear situaciones comprometidas de riesgo vial, máxime en espacios en los que con frecuencia se exigen maniobras rápidas. Deberían existir por este motivo accesos diferenciados de peatones y vehículos, debiéndose hacer especial hincapié en este aspecto, 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.**

El marco arquitectónico ideal debe incluir una adecuada distribución de la estructura física 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 de modo que tenga un impacto mínimo en el resto de áreas asistenciales.

En Servicios de urgencias de difícil mejora física y cuando la estructura no se adapte rigurosamente a los estándares obligatorios, debe existir una clara justificación y evidencia de que las soluciones funcionales adoptadas pueden ser satisfactorias a criterio del evaluador, para poder ser aceptadas.

Las áreas de recepción y admisión deberán disponer de visión de la zona de entrada para poder facilitar a los pacientes que lo necesiten el acceso a las dependencias del Servicio. Deben existir estructuras que garanticen la intimidad del paciente cuando es atendido. Los dispositivos de megafonía o de pantallas para avisar a pacientes, cuando se utilicen, deben estar diseñados para preservar la intimidad y deberían utilizarse sólo con códigos que sirvan al paciente para poder identificar que le están llamando. 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 permitir 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 tienen gran afluencia de pacientes y acompañantes estas situaciones suelen ser más frecuentes y pueden revestir mayor gravedad. Es por ello por lo que en grandes hospitales se recomienda la presencia física en el área del Servicio de Urgencia del personal de seguridad, así como de un dispositivo de alarma (botón de pánico).



## **B2.5. Sala de espera de usuarios y familiares.**

Dado que la permanencia en los Servicios de Urgencias puede prolongarse durante horas y aceptando que el paciente es el punto central de actuación, 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.

La sala debe ser suficientemente confortable y amplia en función de la presión asistencial media del Servicio.

## **B2.6 – B2.7**

### **Áreas de Observación.**

Está ampliamente aceptada en la literatura científica 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 extendido el uso de sillones alternativamente al de camas para la observación de pacientes, es una realidad en nuestro país su empleo para enfermos que se benefician de una estancia más breve, por ejemplo, para la administración de tratamiento cortos sin la necesidad de encamamiento ni monitorización estricta. 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 posibilitara 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, así como las condiciones de entrada/salida de profesionales y demás personas que estén autorizadas.

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). Por tanto, deberían existir zonas que garanticen la descontaminación de personas, material de asistencia y transporte con garantía, con capacidad de utilización previa a la entrada al hospital.

### **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.

Las consultas pueden ser utilizadas indistintamente por médicos o enfermeros.

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.**

El Servicio de Urgencias debe disponer de un área de seminario de trabajo y formación para el desarrollo de sesiones clínicas o realizar el informe de pacientes en el cambio de turno y las distintas actividades formativas del Servicio.

Los Servicios de Urgencia desempeñan una actividad de gran importancia como otros Servicios de salud, pero, a diferencia de estos, se añade como característica la necesidad en la rapidez en 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. Los profesionales dispondrán de un área de dormitorios, con un número de camas igual al número de facultativos de guardia, próxima, aunque suficientemente alejada para permitir el descanso del personal.

El Servicio de Urgencias deberá disponer de un área en el que se pueda realizar la limpieza y descontaminación de personas y/o material destinado a la asistencia. El área deberá tener al menos 4 m<sup>2</sup>, ocupada por una plancha en el suelo con un desagüe central y grifo de ducha tipo alcachofa conectada a un sistema extensible. Todo ello con objeto de que haya suficiente espacio para más de una persona, si el paciente no puede valerse por sí mismo o si el material a descontaminar es voluminoso. También será necesaria una banqueta para poder sentar a los pacientes.

Es importante también, que el Servicio de Urgencias realice una adecuada gestión de la uniformidad y limpieza de la ropa utilizada por el personal para la asistencia a los pacientes, así como la empleada por los pacientes que lo requieran. Si bien algunos Servicios u hospitales pueden optar por la externalización de esta actividad, es indispensable que en todos exista una capacidad de abastecimiento inmediato para subsanar posibles eventualidades de suciedad o contaminación de la ropa durante la asistencia tanto la del personal como la de los pacientes.

#### **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 funciones administrativas. 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 desencadena esta situación. El equipo evaluador comprobará que esta situación de ubicación de pacientes en pasillos no ocurre o se trata de 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, debe existir fuerte sujeción de todo tipo de mobiliario y aparatos que estén al alcance de los niños.

<b>Estructura física e instalaciones generales</b>	<b>SOLICITANTE</b>			<b>EVALUADOR</b>		
<b>LISTADO DE COMPROBACIÓN: B2.</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>
B2.1. Entorno. Accesos de vehículos y de peatones.						
B2.1.1. ¿Existe una adecuada señalización del Servicio de Urgencias? <b>O</b>						
B2.1.2. ¿Dispone el Centro de vías de circulación adecuadas con acceso rápido y libre de obstáculos para los vehículos que acudan al Servicio de Urgencias?. <b>O</b>						
B2.1.3 ¿Son los accesos de vehículos y de peatones independientes? <b>R</b>						
B2.1.4 ¿Los accesos de vehículos y peatones son adecuados? <b>O</b>						
<b>Estructura física e instalaciones generales</b>	<b>SOLICITANTE</b>			<b>EVALUADOR</b>		
<b>LISTADO DE COMPROBACIÓN: B2.</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>
B2.1.5 ¿El acceso del Servicio dispone del espacio suficiente, para que los vehículos puedan realizar el giro sin utilizar la marcha atrás? <b>O</b>						
B2.1.6 Las rutas de entrada y salida de vehículos ¿Son unidireccionales? <b>R</b>						
B2.1.7 ¿Tiene una altura mínima de cuatro metros y cierre de puertas de entrada y salida por mecanismo de foto-sensibilidad? <b>R</b>						
<b>B2.2. Recepción</b>						
B2.2.1 ¿Tiene el área de recepción acceso directo a áreas específicas psiquiatría, pediatría, observación, traumatología)? <b>R</b>						

B2.2.2. ¿Tiene el área de recepción acceso directo al área de críticos? <b>O</b>						
B.2.2.3. ¿Tiene esta área personal de seguridad adscrito al mismo? <b>R</b>						
B2.2.4. ¿Tiene el área de recepción con más de 100.000 asistencias/año personal de seguridad adscrita al mismo? <b>O</b>						
B2.2.5. ¿Existe un punto de información a pacientes asistidos en urgencias y familiares? <b>R</b>						
B2.2.6. ¿Hay un almacén de sillas de rueda y camillas con capacidad suficiente? <b>O</b>						
<b>B2.3. Área de Admisión</b>						
B2.3.1. ¿Permite la visión de la zona de entrada y acceso? <b>O</b>						
B2.3.2. ¿Permite la privacidad para información confidencial? <b>O</b>						
B2.3.3. ¿Dispone del espacio suficiente? <b>O</b>						
<b>B2.4. Área de Clasificación de pacientes</b>						
B2.4.1. ¿Permite la visión de la zona de entrada y sala de espera y cerca de la sala de críticos? <b>O</b>						
B2.4.2. ¿Permite la privacidad para un breve examen clínico y/o información confidencial? <b>O</b>						
B2.4.3. ¿Permite el trabajo simultáneo de dos profesionales? <b>R</b>						
B2.4.4. ¿Dispone del espacio suficiente? <b>O</b>						
<b>B2.5. Sala de espera de familiares</b>						
B2.5.1. ¿Está ubicada de forma adecuada? <b>R</b>						
B2.5.2. ¿Está provista de teléfono, aseos, fuente de agua, bar automático y megafonía? <b>O</b>						
B2.5.3. ¿Dispone del espacio suficiente para la espera? <b>R</b>						
<b>B2.6. Área de observación de camas</b>						
B2.6.1. ¿Tiene capacidad suficiente para atender al menos al 10% de la demanda asistencial? <b>O</b>						
B2.6.2. ¿El espacio mínimo por cama es de 10 m <sup>2</sup> ? <b>O</b>						
B2.6.3. ¿Garantiza la intimidad del paciente y el trabajo de los profesionales? <b>O</b>						
<b>Estructura física e instalaciones generales</b>	<b>SOLICITANTE</b>			<b>EVALUADOR</b>		
<b>LISTADO DE COMPROBACION: B2.</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>
B2.6.4. ¿Cuándo la proporción de ingresos supera el 10 % de la demanda, el número de camas de observación está incrementado de modo proporcional? <b>R</b>						
B2.6.5. ¿Tiene un control central que permite la visualización de todos los pacientes? <b>O</b>						
B2.6.6. ¿Del total de camas de Observación, el 20 % están dotadas de monitorización? <b>O</b>						
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? <b>O</b>						

B2.6.8. En Servicios de urgencias generales con asistencia pediátrica ¿se dispone de un área o puestos adecuados para observación de pediatría? <b>O</b>						
B2.6.9. En servicios de urgencia con asistencia exclusivamente pediátrica ¿dispone de un área de observación adecuada al número de asistencias? <b>O</b>						
<b>B2.7. Área de Observación de sillones</b>						
B2.7.1. ¿Dispone el Servicio de una sala de sillones? <b>R</b>						
B2.7.2. En servicios con afluencia mayor de 200 urgencias / día ¿dispone de una sala de sillones? <b>O</b>						
B2.7.3. ¿Está ubicada en vecindad con sala de observación de camas <b>R</b> .						
B2.7.4. ¿Tiene capacidad suficiente para la demanda? <b>R</b>						
B2.7.5. ¿Está dotada de la infraestructura necesaria para la atención a los pacientes que requieran tratamientos cortos? <b>O</b>						
<b>B2.8. Salas especiales</b>						
B2.8.1. ¿Es adecuada la sala de yesos? <b>O</b>						
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. <b>O</b>						
B2.8.2.2. ¿Tiene fácil acceso desde el exterior, desde el área de consultas y desde el de clasificación de pacientes? <b>O</b>						
B2.8.2.3. ¿Tiene una superficie mayor de 25 m <sup>2</sup> . <b>O</b>						
B2.8.2.4. La sala de críticos ¿tiene capacidad mínima para dos pacientes? <b>R</b>						
B2.8.2.5. La sala de críticos ¿Tiene la infraestructura necesaria para la utilización de dispositivos de monitorización y/o terapéuticos requeridos en la atención al paciente crítico?. <b>O</b>						
B2.8.3.1. ¿El Servicio dispone de una sala aislamiento psiquiátrico / social <b>O</b>						
<b>Estructura física e instalaciones generales</b>	<b>SOLICITANTE</b>			<b>EVALUADOR</b>		
	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>
<b>LISTADO DE COMPROBACIÓN: B2.</b>						
B2.8.3.2. La sala de aislamiento psiquiátrico social ¿cumple con los requisitos técnicos mínimos? <b>R</b>						
B2.8.3.3 ¿El Servicio dispone de una sala de aislamiento microbiológico? <b>O</b>						
B2.8.3.4. ¿Cumple la sala de aislamiento microbiológico unos requisitos mínimos? <b>R</b>						
B2.8.3.5. ¿Existe una sala de aislamiento ante posible y/o descontaminación con garantía ante alerta NBQ?. <b>R</b>						
B2.8.4. Sala de Curas y Cirugía Menor.						
B2.8.4.1. ¿Dispone el Servicio de una Sala de Curas y Suturas? <b>O</b>						



B2.8.4.2. ¿Dispone el Servicio de la infraestructura necesaria para realizar cirugía “limpia” y cirugía “sucia”? <b>O</b>						
B2.8.5. ¿Dispone el Servicio de una sala de información a pacientes y familiares? <b>R</b>						
<b>B2.9. Consultas</b>						
B2.9.1. ¿Es adecuado el número de consultas? <b>O</b>						
B2.9.2. ¿Existe una consulta rápida por cada 50.000 asistencias / año? <b>O</b>						
B2.9.3. ¿El espacio de cada una de las consultas es suficiente? <b>O</b>						
B2.9.4. ¿Están identificadas las consultas para la asistencia a pacientes de patologías específicas? <b>R</b>						
B2.9.5. ¿Existe una sala de espera de pacientes por cada área específica de consultas y próxima a ella? <b>R</b>						
B2.9.6. ¿Están dispuestas adecuadamente las salas de espera? <b>R</b>						
B2.9.7. ¿Existen espacios adecuados para cuidados de enfermería en número suficiente y tamaño adecuado? <b>O</b>						
B2.9.8. ¿El Servicio cuenta con una sala de información específica para pacientes y familiares? <b>R</b>						
<b>B2.10. Áreas auxiliares</b>						
B2.10.1. ¿Dispone de salas de trabajo para el personal en número suficiente? <b>O</b>						
B2.10.2. ¿Dispone de sala de descanso del personal adecuada? <b>O</b>						
B2.10.3. ¿Dispone de áreas confortables para el descanso, si el turno es superior a 12 horas? <b>R</b>						
B2.10.4. ¿Dispone de una sala adecuada para descontaminación de personas y material y baño asistido? <b>O</b>						
B2.10.5. ¿Existen vestuarios para el personal dotados de taquillas, aseos y duchas en el área o cercanas a urgencias? <b>O</b>						
B2.10.6. ¿Existe un espacio dedicado a almacén de medicación / fungibles en el propio Servicio? <b>O</b>						



<b>Estructura física e instalaciones generales</b>	<b>SOLICITANTE</b>			<b>EVALUADOR</b>		
<b>LISTADO DE COMPROBACIÓN: B2.</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>
B2.10.7. Existe almacén de Lencería adecuado. <b>O</b>						
B2.10.8 Se dispone del número de aseos adecuado, incluyendo los que se exigen por ley para discapacitados. <b>O</b>						
<b>B2.11. Servicios Centrales en urgencias</b>						
B2.11.1. ¿Se dispone durante las 24 horas del día de la posibilidad de realización de pruebas analíticas? <b>O</b>						
B2.11.2. Cuando el Laboratorio no se encuentra en el área de urgencias, ¿Dispone de medios de transporte de muestras adecuados? <b>O</b>						
B2.11.3. Si el Servicio atiende población pediátrica ¿existen disponibles técnicas de micro-método? <b>O</b>						
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? <b>R</b>						
<b>B2.12. Otros</b>						
B2.12.1. ¿Hay una secretaría del Servicio? <b>O</b>						
B2.12.2. ¿Está garantizada la limpieza durante las 24 horas de cada día? <b>O</b>						
B2.12.3. ¿Se dispone de adecuada climatización del Servicio de urgencias? <b>O</b>						
B2.12.4. ¿Se cumple la normativa legal en cuanto a instalaciones adecuadas a personas con discapacidad física? <b>O</b>						
B2.12.5. ¿Se cumplen las normas de seguridad exigidas en las áreas pediátricas? <b>O</b>						
B2.12.6. ¿El Servicio dispone de un cuarto vertedero para eliminación de residuos biológicos? <b>O</b>						

### **B3. Equipamiento e instrumental**

EL SERVICIO DE URGENCIAS 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/camilla 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. Se dispone de un frigorífico que abastezca con facilidad a la sala de Traumatología 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, que incluye posibilidad de abastecimiento inmediato para material fungible, medicación y lencería. **O**

B3.1.10. La Sala de Observación 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 los 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 Camas está dotada de camas móviles y articuladas, elementos que proporcionen privacidad (cortinas, biombos 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 Sillones está dotada de sillones o cómodas camillas reclinables hasta la posición Trendelenburg. **O**

B3.2.8. La Sala de Observación Sillones tienen elementos que proporcionan privacidad (cortinas, biombos separadores). **O**

B3.2.9. La Sala de Críticos 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 que cubre prácticamente el 100% del tratamiento de la información que se maneja. **R**

B3.2.13. El Servicio dispone de al menos un 60% de los documentos que se utilizan, informatizados o con posibilidad de digitalización, para facilitar el tratamiento de la información. **O**

### **B3.3. Instrumental clínico**

B3.3.1. La sala de clasificación de pacientes dispone de: guantes de exploración, medidor de glucemia capilar, esfigmomanómetro y termómetro. **O**

B3.3.2. La sala de clasificación de pacientes tiene fácilmente accesible: pulsioxímetro, monitor-desfibrilador y bolsa de ventilación con reservorio. **O**

B3.3.3. Las consultas disponen de: esfigmomanómetro, termómetro, guantes de exploración, gafas de protección ocular, mascarillas, sistemas de administración de oxígeno, aire medicinal, vacío y aspirador de vacío, sistema de visualización de las radiografías y soporte de suero. **O**

B3.3.4. En las consultas están fácilmente accesibles otoscopio, oftalmoscopio, pulsioxímetro, electrocardiógrafo, balanza y tallímetro, monitor desfibrilador y bolsa de ventilación con reservorio. **O**

B3.3.5. En la Sala de Observación de pacientes en camas se dispone de: sistema de visualización de radiografías, monitorización con sistemas de alarma (SpO<sub>2</sub>, 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 dispone de sistema de visualización de radiografías, 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 dispone de electrocardiógrafo, monitor desfibrilador, bomba de perfusión, marcapasos externo. **R**

B3.3.9. La Sala de Críticos está dotada con **(O)**:

- a) Monitorización con sistemas de alarma (SpO<sub>2</sub>, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria).
- b) Monitor – desfibrilador.
- c) Electrocardiógrafo.
- d) Marcapasos externo.
- e) Fuente de oxígeno.
- f) Aire medicinal.
- g) Vacío y sistema de aspiración de vacío.
- h) Aparato de ventilación mecánica. Dispositivos de ventilación invasivos y no invasivos
- i) Material para RCP y mantenimiento respiratorio (respirador volumétrico de transporte con funcionamiento a la red y batería).
- j) Balón resucitador autohinchable tipo ambú con juego de mascarillas y sistema de válvula espiratoria. Debe contar con posibilidad de adaptación a bolsa reservorio.
- k) Caudalímetros con humidificador que permitan un flujo de O<sub>2</sub> de 15 l/min y al menos uno que permita un flujo de 30 l/min.

- l) 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) fiadores o guías, tubos de Guedel de distintos tamaños.
- m) Botellas de oxígeno portátiles con tomas para respirador de transporte.
- n) Equipo de drenaje pleural.
- o) Equipo de cricotirotomía.
- p) Fonendoscopio adulto y pediátrico.
- q) Esfingomanómetro con manguitos de distintos tamaños.
- r) Manguitos presurizadores (2)
- s) Bombas de perfusión continua con capacidad para dos perfusiones simultáneas.
- t) Medidor de glucemia capilar.
- u) Set de curas.
- v) Negatoscopio o sistema de visualización de radiografías digitalizado.
- w) Camilla de palas.
- x) Collarines cervicales de distintos tamaños.
- y) Equipo de autoprotección para el personal: batas, mascarillas, gafas, guantes, calzas.
- z) 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 (mascarillas laríngeas u otros dispositivos supraglóticos y Combitube u otros dispositivos facilitadores conocidos por el personal del Servicio) y capnografía. **○**

B3.3.11. La sala de yesos dispone de motor para cortar escayola, tijeras de yeso, cizalla, ditractor, pinzas de pato, cortafríos, tijeras, sistema de visualización de radiografías, esfingomanómetro, férulas de inmovilización tipo Braun. **○**

B3.3.12. La sala de Traumatología dispone de: fuente de O<sub>2</sub>, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, esfingomanómetro, negatoscopio o sistema de visualización de radiografías digitalizado, férulas de inmovilización tipo Braun, motor para tracción transesquelética, agujas Kisner (si se realiza esa técnica en el Servicio), estribos de diferentes tamaños, pesas y sistemas de polea, sistemas de tracción percutánea, collarines cervicales de distintos tamaños y tiene fácilmente accesible el carro de parada. **○**

B3.3.13. La sala de Curas y Suturas dispone de: fuente de O<sub>2</sub>, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, esfingomanómetro, set de curas, miniclave para esterilización de material (si se realiza en el Servicio). **○**

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

B3.3.15. El Servicio de Urgencias dispone de ecógrafo. **R**

B3.3.16. El Servicio de Urgencias dispone de sistemas de monitorización hemodinámica no invasiva o mínimamente invasiva para el diagnóstico y control evolutivo del paciente crítico. **R**

## **GUÍAB3**

### **B3.1 – B3.2. Mobiliario general y clínico**

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 haga posible la obtención de datos estadísticos que puedan utilizarse para el control de calidad y de la investigación y el almacenamiento de información. Si bien la informatización completa hasta la consecución de un Servicio de Urgencias “sin papel” es un objetivo ideal, se considera que hoy en día, al menos el 60% del tratamiento de la información que se maneja en un SUH debe estar informatizada.

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.

En este apartado también se hace referencia al aspecto de almacenaje de material fungible, medicación y lencería que incluye la utilizada para las necesidades de los pacientes.

### **B3.3. Instrumental clínico**

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 especifica los requisitos imprescindibles en cuanto a instrumental clínico.

Para la visualización de las radiografías deberá existir negatoscopio en todas las consultas y en las salas de Observación de camas y sillones o, en el caso de que el Servicio de Radiodiagnóstico esté digitalizado, disponer de un sistema que permita visualizar las radiografías.

Hay hospitales en los que el Servicio de Esterilización está centralizado y no se permite la esterilización de material fuera del mismo. En estos casos se dará por cumplido el criterio cuando el evaluador tenga clara constancia de que se garantiza la esterilización del material de forma adecuada y oportunamente.

Como herramienta de apoyo y monitorización para la evaluación a la cabecera del paciente crítico debería existir un ecógrafo en el Servicio de Urgencias, así como para la realización de determinados procedimientos y técnicas diagnóstico-terapéuticas (paracentesis, accesos vasculares centrales y periféricos...) con el objetivo de disminuir el número de complicaciones y mejorar la seguridad del paciente.

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.

Debe haber un sistema de custodia adecuado para la medicación estupefaciente, de modo que esta quede bajo llave o en caja de seguridad permitiendo a la vez una fácil disposición de esta medicación en emergencias.

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:

Servicio de Urgencias (en general)	Sala de críticos. Todos los artículos mencionados en el apartado general más:
Monitores cardiorrespiratorios	Hojas con dosificación de drogas específicas de resucitación.
Carro de paradas. Desfibrilador, con monitor y la batería	Sistema de comunicación directa con enfermería, laboratorio, radiología y otros especialistas, preferiblemente manos libres
Termómetros	Necesidades de la Vía Aérea
Pulsioxímetros	Bolsa de ventilación pediátrica y adulto con mascarilla de diferentes tamaños
Aparatos de aspiración nasogástrica	Tubos endotraqueales (del 2.5 al 8.5)
Instrumental para lavado gástrico, con tubos de diferente calibre	Laringoscopios (pala recta y curva) y fiadores
Bombas de infusión	Mascarillas laríngeas
Calentadores de sangre y otros fluidos	Cánulas oro faríngeas y naso faríngeas de diferentes tamaños
Agujas intraóseas	Material para cricotiroidotomía
Mascarillas de ventilación de diferentes tamaños	Ventilación
Nebulizadores y cámaras espaciadoras.	Sistemas de drenaje torácico.
Bombonas de oxígeno transportables	Tubos de toracocentesis
Instrumental para cateterización uretral.	Monitor de CO2 tidal
Agujas de punción lumbar	Nebulizador
Dispensadores de medicación	Pulsioxímetro
Mantas y lámparas calentadoras y/o infusor calentador de fluidos y/o estufa donde se calienten los fluidos	
Escalas de pesos	Ventilador volumétrico
Equipo de irrigación ótico y eliminación de cerumen	Circulación
Electrocardiograma	Monitores no invasivos
Equipos para reparación de heridas: suturas, pegamento biológico, grapas	Bombas de infusión
Sistema de información toxicológica	Calentadores de sangre y otros fluidos
Juguetes y dibujos para niños ingresados	Tabla rígida para compresión cardíaca
	Equipo para vías centrales
	Agujas intraóseas.
	Catéteres, equipos, vías IV

	Monitor, desfibrilador con palas pediátricas
	Trauma y resucitación
	Material para calentamiento.
	Material para enfriamiento.
	Equipo de estabilización espinal, incluido collarines cervicales de diferentes tamaños y tablas espinales cortas y largas
	Box de ortopedia /yesos /curas
Consultas / Boxes.	Tijera, sierra para cortar vendas, yesos
Camillas apropiadas a cada área. En aquéllas en las que se atienda a pacientes graves deben poder variar su posición y acoplarse equipos IV y bombonas de oxígeno portátiles.	Equipos para inmovilización: vendas, férulas, yeso.
Oxígeno de pared, con su correspondiente equipo: cánulas nasales, mascarillas con efecto Venturi y con reservorio.	Material de reparación de heridas: pegamento, grapas, suturas.
Sistema de aspiración de secreciones, incluido de cánulas traqueales.	Muletas
Otoscopio/ofthalmoscopio de pared/portátil	Negatoscopio o sistema de visualización de radiografías digitalizadas
	Si procedimientos de sedo-analgesia: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuente de oxígeno</li> <li>- Sistema de aspiración de secreciones</li> <li>- Carro de paradas (material y fármacos para tratamiento ABC)</li> <li>- Hojas con dosificación de drogas específicas de resucitación y sedo-analgesia</li> <li>- Monitorización, incluyendo pulsioximetría y capnografía</li> <li>- Equipo para administración de óxido nitroso</li> </ul>
Esfigmomanómetro, estetoscopio	Miscelánea
Cánulas oro/naso faríngeas de diferentes tamaños	Material de oftalmología
Bolsa de ventilación pediátrica y adulto con mascarillas diferentes tamaños	Equipo para administración de óxido nitroso
Negatoscopio o sistema de visualización de radiografías digitalizadas	Material ORL
Mobiliario y luminosidad adecuada; lavabo y papeleras.	Material para tratamiento de traumatismos dentales



## LISTADO DE COMPROBACIÓN: B3

Equipamiento e instrumental	SOLICITANTE			EVALUADOR		
	S	N	N/A	S	N	N/A
<b>B3.1. Mobiliario general</b>						
B3.1.1. ¿Dispone el área de admisión del mobiliario adecuado? <b>O</b>						
B3.1.2. ¿Están dotadas las salas de espera del mobiliario adecuado? <b>R</b>						
B3.1.3. ¿Dispone la zona de clasificación de pacientes del mobiliario adecuado? <b>O</b>						
B3.1.4. ¿Están dotadas todas las consultas del mobiliario adecuado? <b>O</b>						
B3.1.5. ¿Está dotada la consulta de Traumatología adecuadamente? <b>O</b>						
B3.1.6. ¿En la consulta de críticos hay frigorífico? <b>O</b>						
B3.1.7. ¿Dispone de una sala de trabajo para el personal facultativo dotada adecuadamente (biblioteca, mesa de reuniones y equipo informático)? <b>R</b>						
B3.1.8. ¿Dispone de al menos una sala de descanso de personal con el mobiliario adecuado? <b>R</b>						
B3.1.9. ¿Existe un almacén en las mismas dependencias del Servicio dotado adecuadamente, para material fungible, medicación y lencería? <b>O</b>						
B3.1.10. ¿La Sala de Observación Camas está dotada de forma adecuada? <b>O</b>						
<b>B3.2. Mobiliario clínico</b>						
B3.2.1. ¿Cuenta con mobiliario clínico suficiente el área de recepción? <b>O</b>						
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?. <b>O</b>						
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?. <b>O</b>						
B3.2.4. ¿Tiene la sala de curas y suturas un foco de luz fría?. <b>R</b>						
B3.2.5. ¿Está la Sala de Observación Camas adecuadamente dotada? <b>O</b>						
B3.2.6. ¿Disponen las áreas de observación de pediatría de camas y cunas adecuadas en cuanto a número y características? <b>O</b>						
B3.2.7. ¿Está dotada la Sala de Observación Sillones de sillones reclinables hasta la posición Trendelenburg? <b>O</b>						
B3.2.8. ¿La Sala de Observación Sillones tienen elementos que proporcionan privacidad (cortinas, biombo separadores)? <b>O</b>						
B3.2.9. ¿Está la Sala de Críticos suficientemente dotada? <b>O</b>						

B3.2.10. ¿Dispone la Sala de Críticos de una camilla de exploración radiotransparente y carro de RCP? <b>R</b>						
B3.2.11. ¿Está la consulta de Traumatología suficientemente dotada? <b>O</b>						
B3.2.12. ¿Dispone el Servicio de sistema informático que cubra prácticamente el 100% de la información tratada? <b>R</b>						
B3.2.13. ¿Dispone el Servicio de un sistema de informatización que cubre, al menos el 60% de la información tratada. <b>O</b>						
<b>Equipamiento e instrumental</b>	<b>SOLICITANTE</b>			<b>EVALUADOR</b>		
<b>B3.3. Instrumental clínico</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>
B3.3.1. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico el área de clasificación de pacientes? <b>O</b>						
B3.3.2. ¿El área de clasificación de pacientes tiene fácilmente accesible: ¿pulsioxímetro, monitor- desfibrilador y ambú? <b>O</b>						
B3.3.3. ¿Están suficientemente dotadas de instrumental clínico las consultas? <b>O</b>						
B3.3.4. ¿Están fácilmente accesibles en las consultas otoscopio, oftalmoscopio, pulsioxímetro, electrocardiógrafo, balanza y tallímetro, monitor desfibrilador y ambú? <b>O</b>						
B3.3.5. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la Sala de Observación Camas? <b>O</b>						
B3.3.6. ¿Dispone de capnografía la Sala de Observación de Camas? <b>R</b>						
B3.3.7. ¿Está dotada la sala de Observación Sillones con negatoscopio, fuente de oxígeno, aire medicinal, vacío y sistema de aspiración, pulsioxímetro, soportes de sueros? <b>O</b>						
B3.3.8. ¿Está dotada la sala de Observación de Sillones: electrocardiógrafo, monitor desfibrilador, bomba de perfusión, ¿marcapasos externo? <b>R</b>						
B3.3.9. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la Sala de Críticos? <b>O</b>						
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? <b>R</b>						
B3.3.11. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la Sala de Yesos? <b>O</b>						
B3.3.12. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la sala de Traumatología? <b>O</b>						
B3.3.13. ¿Está suficientemente dotada de instrumental clínico la Sala de Curas y Suturas? <b>O</b>						
B3.3.14. ¿Están las áreas de pediatría dotadas adecuadamente? <b>O</b>						
B.3.3.14. ¿Dispone de ecógrafo el Servicio de Urgencias? <b>R</b>						
B3.3.15. ¿Dispone de sistema de monitorización hemodinámica no invasiva o mínimamente invasiva? <b>R</b>						

B3.3.16. El Servicio de Urgencias dispone de sistemas de monitorización hemodinámica no invasiva o mínimamente invasiva para el diagnóstico y control evolutivo del paciente crítico. <b>R</b>						
--	--	--	--	--	--	--

## Apartado C: Organización funcional (procesos)

### PLANIFICACIÓN DE LA ASISTENCIA

#### C1. Programa funcional

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

#### C2. Admisión

**C2.1.** El Servicio dispone de un departamento de admisión de pacientes, con actividad de 24 horas. **O**

**C2.2.** 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 estos. **O**

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

**C3.4.** Cuando la clasificación es realizada por un enfermero 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 Servicios 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, 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 está asignado a un médico concreto bien por el área de ubicación o nominalmente. **O**

**C3.12.** A los médicos residentes la actividad se les asigna en función de la especialidad y del año de residencia y figura en el Plan Funcional del Servicio. **R**

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

**C3.14.** El Servicio de Urgencias tiene definidos los tiempos de respuesta para la asistencia. **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. Los criterios de ingreso derivación y alta en el área de observación, están claramente definidos y escritos. **O**

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

C4.1.3. El Servicio garantiza en todo momento que 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 en sillones 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**

C4.3.2.4. El plan funcional describe el procedimiento de adaptación de una de las salas existentes para la atención de críticos, si la demanda lo requiriese. **R**

#### 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**

C4.4.1. En aquellos Servicios de urgencias con demanda fluctuante de carácter estacional, cuando ésta supere frecuentemente por turno picos de más del 50% de su media asistencial diaria, existe un procedimiento escrito para la implantación de medidas que eviten en lo posible el deterioro de la asistencia. **R**

C4.4.2. El Servicio tiene identificados los procedimientos y cuidados enfermeros a realizar en la misma consulta de exploración. **O**

### PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA

#### C5. Proceso asistencial

**C5.1.** El Servicio dispone de un documento que describe el proceso total de la asistencia a los pacientes y su representación gráfica. **R**

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

**C5.3.** Hay un responsable en cada turno encargado de supervisar los procesos en curso en el Servicio. **R**

**C5.4.** En Servicios con más de 80.000 urgencias anuales existe un encargado de supervisar los procesos en curso en cada turno. **O**

## **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 cumplimenta una hoja de asistencia (en soporte papel o electrónico) 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 norma vigente y a los criterios legales de rango inferior que la desarrollan. **O**

**C8.2.** Los profesionales del Servicio de Urgencias disponen y aplican adecuadamente un procedimiento para el proceso de alta de los pacientes aprobado por la Dirección, elaborado por los profesionales, correctamente difundido y actualizado. **O**

**C8.3.** El Servicio de Urgencias dispone y aplica adecuadamente un procedimiento para el proceso de alta voluntaria del paciente, así como para el paciente fugado. **O**

**C8.4.** El Servicio de Urgencias dispone y aplica adecuadamente un procedimiento de actuación ante el paciente cadáver. **O**

## **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 cumplimentación de aquellos documentos médico – legales de obligado cumplimiento. **O**

## **C10. Procedimientos quirúrgicos y otras técnicas diagnósticas o terapéuticas invasivas.**

**C10.1.** El Servicio dispone de procedimientos escritos que describen el modo de practicar: aquellas técnicas invasivas más comunes en los Servicios de Urgencias. **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 – analgesia 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 especifica aquellos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general. **O**

### **C12. Hemoterapia.**

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

### **C14. Interconsulta**

C14.1. Los facultativos del Servicio de Urgencias disponen de un documento normalizado para la solicitud de interconsulta y unos criterios definidos para las especialidades médicas/quirúrgicas con las que tienen más relación interdisciplinar. **O**

C14.2. El Servicio de Urgencias analiza y evalúa la respuesta de los Servicios a quien solicita interconsulta. **R**

## **GUIA APARTADO C: PLANIFICACION Y PRESTACION DE LA ASISTENCIA (C1 – C14)**

### **C1 Programa funcional**

Toda organización debe disponer de un plan de funcionamiento escrito. Este plan 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 el debe describirse 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 entregar al personal de nueva incorporación durante la ejecución del programa de acogida y para la orientación y formación del mismo. 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 sustrato 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 de Hospitales 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* es aceptada como una actividad de riesgo, por lo tanto se considera una actuación que solo 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 frecuentación escasa la demanda pueda ser organizada de una manera sencilla, ya que estos 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 esta 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. El Sistema de Clasificación o Triage debe ser un sistema validado, reproducible y estructurado en cinco niveles o prioridades con unos tiempos de respuesta previamente definidos.

El evaluador accederá 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 tenga un facultativo responsable desde que se inicia su asistencia (una vez clasificado). Cuando el sistema de clasificación no asigne directamente un médico a cada paciente, al menos por la ubicación de este, debe quedar claramente establecido quién es el facultativo responsable del mismo, de modo que no exista duda a este respecto. El Servicio de Urgencias evaluado deberá poder demostrar que 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. Este aspecto debe quedar reflejado en el plan funcional y esta distribución de tareas será competencia del Jefe del Servicio de Urgencias que llegará a los acuerdos pertinentes con las Unidades Docentes y otros responsables de formación de dichos residentes.

Actualmente parece necesario disponer además de protocolos o procedimientos escritos para una actuación adecuada ante pacientes con potencial riesgo contaminante como ante situaciones de epidemias emergentes o riesgos de acciones terroristas con posibles contaminaciones NBQ.

## **GUIAC4. Áreas de Observación, Salas Especiales y Consultas**

### **C4.1 – C.4.2. Área de observación de 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 centros, en una herramienta fundamental en la asistencia en los Servicios de Urgencia de Hospitales. 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. En función de la organización de algunos hospitales, estas estancias pueden ampliarse o interrelacionarse con áreas de Corta Estancia que actualmente se han desarrollado en muchos centros, con una fuerte dependencia o interrelación con el Servicio de Urgencias. En todo caso, siempre deberá quedar claro para el evaluador que la estancia mayor de 24 horas se acompaña de unas condiciones de comodidad suficiente para la estancia prolongada, así como de un seguimiento clínico adecuado al nivel exigido en el Servicio de urgencias. Consideramos que las condiciones de estancia mayores de 24 horas deben acompañarse de mejor dotación estructural que la exigida a una sala de observación clásica, a la que se hace referencia habitualmente en estos estándares.

Así mismo, y tal como se ha hecho referencia anteriormente, la observación del paciente en la asistencia a urgencias es fundamental. No debe ser necesariamente de 24 horas, ya que en muchas ocasiones con un periodo mucho más breve puede proporcionarse un diagnóstico o establecerse un plan terapéutico que estabilice una situación urgente. 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 requieran esta estructura. Los criterios que hacen referencia a estas salas, quieren orientar hacia 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. Éstos 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 desarrollan 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 estabilizados. 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. La asistencia en esta sala debe ser garantizada mediante la existencia, al menos, de un facultativo y un/dos enfermeros/s (dependiendo de la magnitud del Servicio), asignados como responsables, además del personal no sanitario que fuera necesario para el desarrollo del proceso asistencial en el paciente crítico.

En cuanto a las salas de aislamiento deben tener las características ya mencionadas en un apartado anterior y tener descritas sus funciones. Se plantea cada vez como más necesaria la adecuación estructural y la existencia de un procedimiento escrito ante posibles situaciones de riesgo NBQ.

### **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 mismo. 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. Si no se cumple esta recomendación, la organización funcional del Servicio debe poder demostrar que, en todo caso, se halla preparado para la coyuntura de afluencia de picos en la asistencia minimizando la ubicación inadecuada de pacientes, al menos en los picos de afluencia que son habituales (diarios y/o estacionales).

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 e incorporando su representación gráfica (diagrama de flujo) debería estar en un lugar fácilmente visible del Servicio.

### **C6. Procesos clínicos.**

Los procedimientos realizados en los Servicios de Urgencias de hospitales que deben estar protocolizados (como mínimo) son los siguientes:

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

1. 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
1. Síndrome Coronario Agudo
2. Enfermedad Cerebro-Vascular Aguda
3. Reagudización de patología pulmonar obstructiva crónica
4. Fibrilación auricular
5. Reanimación Cardiopulmonar (RCP)
6. Analgesia y sedación
7. Dolor abdominal agudo
8. Manejo de emergencias pediátricas.
9. Transfusiones
10. Clasificación de pacientes (Triage).
11. Protocolos de cuidados de enfermería
12. Circuitos de laboratorio y radiodiagnóstico.
13. Consultas a especialistas

14. Información a pacientes familiares y acompañantes
15. Tratamientos permitidos en la Unidad, incluyendo los procedimientos no realizados por personal médico.
16. Ingresos y altas de pacientes
17. Traslados inter-hospitalarios
18. Procedimientos pediátricos
19. Enfermedades de Declaración Obligatoria
20. Protocolo de realización de alcoholemias
21. Protocolo de actuación en drogo-dependencias
22. Protocolo de asistencia urgencias intrahospitalarias (fuera del SUH)
23. 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. El evaluador solicitará documentación que acredite que estos protocolos se actualizan con periodicidad. Se recomienda su revisión actualización al menos cada dos años y cuando aparezcan innovaciones claramente efectivas y basadas en la 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 aquélapartado.

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 una herramienta 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 de familia 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 excepto en los casos expresamente citados en la misma y recogido en esta como “existencia acreditada de necesidad terapéutica”.

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

- a) El parte de lesiones y accidentes por el que el médico comunica a la autoridad judicial la asistencia a un lesionado.
- b) La historia clínica e informe de alta.
- c) 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.
- d) El parte de violencia de género y sospecha de maltrato infantil.

#### **C10. Procedimientos quirúrgicos y otras técnicas diagnósticas o terapéuticas invasivas.**

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.

Los procedimientos invasivos realizados en los Servicios de Urgencias de hospitales que deben estar protocolizados (como mínimo) son los siguientes:

- a) Anestesia loco-regional
- b) Punción lavado peritoneal
- c) Manejo de la vía aérea.
- d) Vía aérea difícil. Abordaje quirúrgico de la vía aérea
- e) Taponamiento esofagogástrico
- f) Sondaje vesical y punción suprapúbica Accesos arteriales y venosos periféricos y centrales
- g) Punción intraósea
- h) Ventilación mecánica invasiva y no invasiva
- i) Drenaje pleural, paracentesis y pericardiocentesis
- j) Punción lumbar
- k) Sedo-analgesia

## **C11. 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 este, 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, palia o evita estos inconvenientes y reduce los riesgos médico-legales.

Como mínimo deben estar escritos los siguientes:

- a) Sondaje nasogástrico: Indicaciones, técnicas, complicaciones y su solución.
- b) Lavado gástrico.
- c) Sondaje vesical.
- d) Accesos arteriales y venosos, periféricos y centrales.
- e) Vendajes, inmovilizaciones.
- f) Soporte vital.

Otros procedimientos que son recomendables disponer de ellos por escrito:

- g) Analíticas: Diagramas de flujo.
- h) Radiología.
- i) Información a familiares.
- j) Distribución por urgencias.
- k) Triage.
- l) Registros de enfermería.
- m) Accidentes en medio acuático
- n) Protocolo de accidente biológico (pinchazo accidental)
- o) Quemados.
- p) Politraumatizados.
- q) Intoxicaciones.
- r) Convulsiones.
- s) Otros.



## **C12. 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 Servicio 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.

## **C13. 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 aquellas, 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 iatrogenia de los procesos más frecuentemente realizados en éste.

Debe estar protocolizada la actuación ante al menos las 5 complicaciones médico-quirúrgicas más frecuentes en el Servicio de Urgencias

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

- 1. Complicaciones en RCP
- 2. Manejo del politraumatizado
- 3. Manipulaciones de fracturas
- 4. Manejo de los diferentes tipos de shock
- 5. Neumotórax iatrógeno
- 6. Reacciones Alérgicas Medicamentosas
- 7. Falsas vías, cateterismos y Monitorización invasiva
- 8. Anestesia loco-regionales
- 9. Pacientes anticoagulados
- 10. Fibrinólisis
- 11. Hemodiálisis
- 12. Quemados
- 13. Sedo-analgesia
- 14. Prescripción en el paciente pediátrico (errores de dosificación)
- 15. 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 períodos de mayor frecuentación.

#### C14. Interconsulta

La asistencia a urgencias tiene en ocasiones, como en otras especialidades, la necesidad de exponer el caso a otros compañeros más expertos en situaciones concretas. Son habituales las interconsultas con especialidades quirúrgicas. Es fundamental que este aspecto de la asistencia en la que intervienen más de un especialista se realice con fluidez y de una manera protocolizada. Es importante que quede registro de esta actividad y de cómo se desarrolla para su evaluación y mejora.

Organización funcional (proceso)	SOLICITANTE			EVALUADOR		
LISTADO DE COMPROBACION: C1 – C4.	S	N	N/A	S	N	N/A
<b>C1.</b> ¿Existe un Plan Funcional escrito? <b>O</b>						
<b>C2.1.</b> ¿Dispone el Servicio de un departamento de admisión de pacientes con actividad durante 24 horas? <b>O</b>						
<b>C2.2.</b> ¿Queda registrado un número de identificación, filiación del paciente, hora de llegada y diagnóstico, destino, médico y hora del alta? <b>O</b>						
<b>C3.</b> ¿Tiene el Servicio un sistema de clasificación de pacientes? <b>O</b>						
<b>C3.1.</b> ¿Se mantiene la actividad de clasificación durante las 24 horas? <b>R</b>						
<b>C3.2.</b> ¿Existe siempre un responsable de la clasificación durante 24 horas? <b>O</b>						
<b>C3.3.</b> ¿Es realizada la clasificación por médicos o enfermeros? <b>O</b>						
<b>C3.4.</b> Si la clasificación la realiza un enfermero ¿Hay designado un médico concreto, para la resolución de dudas o conflictos? <b>O</b>						
<b>C3.5</b> ¿Existe para la población pediátrica un sistema de clasificación adaptado para los menores de 14 años? <b>R</b>						
<b>C3.6</b> En un Servicio de urgencias con asistencia exclusivamente pediátrica ¿existe un sistema de clasificación adaptado a la población pediátrica?. <b>O</b>						
<b>C3.7.</b> ¿Existe un documento que describa los criterios de clasificación de los pacientes? <b>O</b>						
<b>C3.8.</b> ¿Queda recogido en el proceso de clasificación el motivo de consulta, las constantes vitales, el nivel de prioridad y el destino inmediato del paciente? <b>O</b>						
<b>C3.9.</b> En el proceso de clasificación, ¿Queda asignado nominalmente un médico a cada paciente? <b>R</b>						

<b>C3.10</b> En el proceso de clasificación, ¿Queda asignado nominalmente un enfermero a cada paciente? <b>R</b>						
<b>C3.11.</b> 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? <b>O</b>						
<b>C3.12</b> ¿Es inferior la asignación de pacientes a los médicos residentes que, a los adjuntos, en al menos un 50%? <b>R</b>						
<b>C3.13</b> ¿Existe un protocolo de actuación ante posible riesgo NBQ? <b>R</b>						
<b>C3.14.</b> ¿Están definidos los tiempos de respuesta para la asistencia en función de la prioridad establecida? <b>O</b>						
<b>C4. Áreas de Observación, Salas Especiales y Consultas</b>						
<b>C4.1.</b> ¿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? <b>O</b>						
C4.1.1. ¿Están definidos por escrito los criterios de ingreso, derivación y alta? <b>O</b>						
C4.1.2. ¿Existe un límite de tiempo planteado en la estancia máxima de los pacientes en esta área de modo que no supere las 24 horas? <b>R</b>						
C4.1.3. ¿Tienen los pacientes del área de observación en todo momento un médico y un enfermero asignados como responsable? <b>O</b>						
<b>C4.2.</b> ¿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? <b>O</b>						
C4.2.1. ¿Están definidos por escrito los criterios de ingreso en esta área? <b>O</b>						
C4.2.2. ¿Está limitado el tiempo de permanencia en esta área a 8 horas? <b>R</b>						
C4.2.3. ¿Tienen los pacientes del área de observación en todo momento un médico y un enfermero asignados como responsable? <b>O</b>						
<b>C4.3. Salas especiales</b>						
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? <b>O</b>						
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? <b>O</b>						
C4.3.2.1. ¿Están definidos por escrito los criterios de uso de esta sala? <b>O</b>						

C4.3.2.2. ¿El límite de tiempo estipulado para la estancia en esta sala es inferior a 4 horas? <b>R</b>						
C4.3.2.3. ¿Hay al menos un médico y dos enfermeros, asignados al área de críticos? <b>O</b>						
C4.3.2.4. ¿Describe el plan funcional el procedimiento de adaptación de una de las salas existentes para la atención de críticos? <b>R</b>						
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? <b>O</b>						
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? <b>O</b>						
C4.3.3.3 ¿Existe un documento que describe los criterios de uso de la sala de información a pacientes y familiares? <b>O</b>						
<b>C4.4. Consultas</b>						
¿Dispone el Servicio de un documento que describa el funcionamiento y perfil de los profesionales que realizan las tareas en esta área de consultas? <b>O</b>						
C4.4.1. En aquellos Servicios de urgencias con demanda fluctuante de carácter estacional que excedan la media de pacientes en un 50% ¿existe un procedimiento escrito destinado a evitar en la medida de lo posible el deterioro de la asistencia? <b>R</b>						
C4.4.2. El Servicio tiene identificados los procedimientos y cuidados enfermeros a realizar en las consultas. <b>R</b>						
<b>Organización funcional (proceso)</b>	<b>SOLICITANTE</b>			<b>EVALUADOR</b>		
<b>LISTADO DE COMPROBACION: C5 – C9.</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>N/A</b>
<b>C5. Proceso asistencial</b>						
<b>C5.1.</b> ¿Dispone el Servicio de una descripción del proceso total de la asistencia a los pacientes? <b>R</b>						
<b>C5.2.</b> ¿Es fácilmente accesible el documento de la descripción del proceso asistencial para el personal del Servicio? <b>R</b>						
<b>C5.3.</b> ¿Hay un responsable en cada turno encargado de supervisar los procesos en curso en el Servicio? <b>R</b>						
<b>C5.4.</b> ¿En Servicios con más de 80.000 urgencias anuales existe un encargado de supervisar los procesos en curso en cada turno? <b>O</b>						

<b>C6. Procesos clínicos</b> ¿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? <b>O</b>						
<b>C7. Hoja de asistencia</b>						
<b>C7.1.</b> ¿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? <b>O</b>						
<b>C7.2.</b> ¿Es archivada la documentación resultante de la asistencia, de modo que sea recuperable, al menos durante cinco años? <b>R</b>						
<b>C8. Alta</b>						
<b>C8.1.</b> ¿Se le proporciona a todo paciente un informe médico al alta, acorde a la legislación actual? <b>O</b>						
<b>C8.2.</b> ¿Existe un procedimiento de alta aprobado por la Dirección y elaborado por los profesionales? <b>O</b>						
<b>C8.3.</b> ¿Existe un procedimiento para el proceso de alta voluntaria y para el paciente fugado? <b>O</b>						
<b>C8.4.</b> ¿Existe un procedimiento de actuación ante el paciente cadáver? <b>O</b>						
<b>C9. Consentimiento informado y otros documentos médico-legales.</b>						
<b>C9.1.</b> ¿Se solicita el consentimiento informado en los casos previstos en la Ley de Autonomía del Paciente? <b>O</b>						
<b>C9.2.</b> ¿Existen y son accesibles los documentos médico-legales de obligado cumplimiento? <b>O</b>						
<b>C10. Procedimientos quirúrgicos y otras técnicas diagnósticas o terapéuticas agresivas</b>						
<b>C10.1.</b> ¿Dispone el Servicio de documentos escritos que describan los procedimientos y técnicas diagnósticas que se realizan en él? <b>O</b>						
<b>C10.2.</b> ¿Dispone el Servicio de documentos escritos que describan los procedimientos anestésicos que se llevan a cabo? <b>O</b>						
<b>C11. Enfermería.</b> ¿Existen en el Servicio planes de cuidados de enfermería escritos y consensuados al menos por el hospital? <b>O</b>						
<b>C12. Hemoterapia.</b> ¿Existen en el Servicio procedimientos escritos y consensuados al menos por el hospital, respecto a la hemoterapia? <b>O</b>						

<b>C13. Complicaciones médico-quirúrgicas.</b> ¿Existen en el Servicio procedimientos escritos y consensuados al menos por el hospital, respecto a la actuación ante complicaciones graves o previsibles? <b>O</b>						
<b>C14. Interconsulta</b>						
<b>C14.1.</b> ¿Existe un documento normalizado para la solicitud de interconsulta a las especialidades médico/quirúrgicas con las que más relación interdisciplinar tiene el Servicio de Urgencias? <b>O</b>						
<b>C14.2.</b> ¿Se analiza la respuesta de los Servicios a quien se solicita la interconsulta? <b>R</b>						

## FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

### C15. Formación

**C15.1.** El Servicio realiza docencia de pregrado. **R**

**C15.2.** En el Servicio se lleva a cabo docencia de postgrado. **R**

**C15.3.** En el Servicio se realizan periódicamente sesiones de formación continuada. **O**

C15.3.1. 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**

C15.3.2. 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. **O**

C15.3.3. 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. **O**

C15.3.4. El Servicio realiza, con periodicidad mayor de una vez al año, sesiones de mejora de la calidad en las que se analizan los resultados de los meses previos en relación con los indicadores acordados para su monitorización, así como la evaluación cualitativa de las muertes evitables, re-consultas y otros efectos no deseados de la asistencia. **R**

C15.3.5. El Servicio realiza, al menos anualmente, una sesión de mejora de la calidad en la que se analizan los resultados del año anterior en relación con los indicadores acordados para su monitorización, así como la evaluación cualitativa de las muertes evitables, re-consultas y otros efectos no deseados de la asistencia. **O**

C15.3.6. El Servicio tiene un programa de reciclajes clínicos del personal facultativo por otros Servicios a desarrollar periódicamente. **R**

## **C16. Investigación**

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

## **COORDINACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA URGENTE**

### **C17. Coordinación de la asistencia con otros Servicios Clínicos del hospital.**

**C17.1.** El Servicio documenta la existencia de los procedimientos para la solicitud y recepción de aquellas exploraciones complementarias y estudios diagnósticos necesarios para la correcta evaluación del paciente. **O**

**C17.2.** Los profesionales del Servicio de Urgencias disponen de mecanismos para la localización de los facultativos responsables de otras especialidades médico- quirúrgicas que se encuentren localizados o de presencia física durante las guardias. **O**

**C17.3.** Los profesionales del Servicio de Urgencias disponen y conocen la cartera de servicios del resto de especialidades de su hospital y disponen y aplican criterios definidos para la derivación de los pacientes a estas especialidades, para interconsulta o ingreso en sus respectivas áreas. **O**

### **C18. Coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios que participan en la atención de Urgencias y Emergencias**

**C18.1** 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**

### **C19. Plan de catástrofes y simulacros**

**C19.1.** El Servicio acredita la existencia escrita de un Plan de actuación ante situaciones de catástrofes internas y externas. **O**

**C19.2.** Este plan es conocido y participado por los profesionales del equipo. **O**

**C19.3.** 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**

**C19.4.** 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**

### **C20 Otros procedimientos no clínicos**

**C20.1.** Existe un procedimiento escrito para la custodia de objetos de valor. **O**

**C20.2.** Existe un procedimiento escrito para el acompañamiento y ayuda a familiares de pacientes en situaciones de extrema gravedad o exitus. **O**

**C20.3.** Existe un procedimiento escrito de control manejo de tóxicos. **O**

**C20.4.** Existe un procedimiento escrito de manejo de productos biológicos contaminados. **O**



**C20.5.** 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**

**C20.6.** Existe un procedimiento escrito de reciclaje de materiales fungibles utilizados en el Servicio acorde a las normativas de respeto al medio ambiente. **R**

**C20.7.** 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**

**C20.8.** Existe un responsable del mantenimiento y reposición del instrumental clínico (incluido material fungible) y de la medicación. **O**

**C20.9.** Existe un procedimiento para la información de pacientes y familiares. **O**

**C20.10.** Existe un Protocolo de Violencia de Género y de malos tratos. **O**

**C21. Existe un protocolo de transferencia de los pacientes. O**

## **GUIA APARTADO C: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN Y COORDINACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA URGENTE (C15- C20)**

### **GUIAC15 - C16**

#### **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 un área de la medicina con un cuerpo de conocimientos propio, un campo de actuación y unas habilidades que requieren un aprendizaje específico. Está reconocida prácticamente por todas las administraciones sanitarias del Estado español, como una categoría profesional específica.

Para conseguir que los Servicios de medicina de urgencias y emergencias alcancen su nivel óptimo en la asistencia a la gran cantidad de pacientes atendidos 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 las Universidades con docencia sanitaria en esa área geográfica.

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 parasanitarios.

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.

Deberían estar reguladas las funciones de los discentes, así como los horarios y número de enfermos que deben atender los MIR en función del curso al que pertenecen y la evolución de cada profesional en formación.

La docencia postgrado incluye a personal del Área de Salud, Médicos Residentes, Máster 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 Urgencia pueden consultar el documento elaborado por la Secretaría de Formación de SEMES.

Los Servicios que estén interesados en ser acreditados en un futuro para la docencia de Médicos Residentes en la subespecialidad Medicina Pediátrica de Urgencia pueden consultar el documento elaborado por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. 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.) o su rotación por áreas en las que se realizan habitualmente técnicas que no se desarrollan con la suficiente frecuencia en urgencias como para mantener una destreza y sin embargo, son de inexcusable conocimiento, como el manejo de la vía aérea difícil o la cateterización urgente de accesos venosos centrales.

El programa de reciclajes clínicos debe estar escrito y haber evidencia de que al menos cada año de los dos últimos algún profesional ha hecho un reciclaje.

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 organizar 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 se trabaja. 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.

## **C16. 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.

Para superar el criterio será necesario demostrar que el Servicio en los últimos dos años, al menos, ha publicado algún artículo científico en revistas nacionales o internacionales de la especialidad de urgencias, ha presentado tres comunicaciones o ponencias a Congresos Nacionales o Internacionales o bien que lidera algún trabajo de investigación financiado por alguna entidad pública o privada.

Es conveniente estipular tiempo de dedicación semanal, mensual o anual para trabajo de investigación no asistencial.

## **GUIA**

### **C17 - C18. Coordinación con otros Servicios Clínicos del hospital y con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios que participen en la atención de**

#### **Urgencias y Emergencias**

Una prestación asistencial de calidad exige el establecimiento de un diagnóstico preciso como requisito previo a la formulación del oportuno plan terapéutico. Para ello el Servicio de Urgencias y el Centro Hospitalario debe contar con los recursos y procedimientos diagnósticos necesarios para la adecuada evaluación clínica del paciente. Así mismo, debe tener la posibilidad de utilizar toda la capacidad diagnóstica y terapéutica que puede ofrecer el centro y que sobrepasa o complementa la actuación de los médicos de urgencias con la colaboración del resto de Servicios especializados.

Los profesionales del Servicio de Urgencias deben disponer de mecanismos eficaces para la localización de los facultativos responsables de otras especialidades médico-quirúrgicas que se encuentren localizados o de presencia física durante las guardias. Debe estar escrito en un procedimiento en qué consiste el mecanismo y como utilizarlo.

Los protocolos clínicos de los procesos más frecuentes en urgencias deben ser elaborados conjuntamente y/o consensuados con las especialidades médicas en las que se van a ingresar. Es imprescindible que estos protocolos contengan siempre los criterios de ingreso, lo que facilitará la toma de decisiones al médico de urgencias y agilizará el proceso de ingreso en hospitalización.

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 inter- actuar, 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.

### **C19. 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 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 actas 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. Así mismo 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.

## C20. 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 los procedimientos descritos en este apartado.

## C21. Protocolo de transferencia de los pacientes. O

Debe existir un protocolo de transferencia tanto para los pacientes que entregan los Servicios de Urgencias de Atención primaria o de Emergencias, como para los que el SUH transfiere a los demás Servicios clínicos del hospital. Puede utilizarse los ya disponibles internacionalmente (SBAR) o los propios o adaptados de aquellos.

### LISTADO DE COMPROBACION: C10 – C20

Organización funcional (proceso)	SOLICITANTE			EVALUADOR		
LISTADO DE COMPROBACION: C15 – C16.	S	N	N/A	S	N	N/A
<b>C15. Formación</b>						
<b>C15.1.</b> ¿Se realiza en el Servicio docencia pregrado? <b>R</b>						
<b>C15.2.</b> ¿Se realiza en el Servicio docencia postgrado? <b>R</b>						
<b>C15.3.</b> ¿Se realizan periódicamente sesiones de formación continuada en el Servicio? <b>O</b>						
C15.3.1. ¿Se realizan sesiones clínicas al menos una vez al mes? <b>O</b>						
C15.3.2. ¿Se realizan sesiones bibliográficas al menos una vez al mes? <b>O</b>						
C15.3.3. ¿Se realizan sesiones de actualización de protocolos basados en evidencia científica al menos una vez al mes? <b>O</b>						
C15.3.4. ¿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? <b>R</b>						
C15.3.5. ¿Se realizan, al menos anualmente, sesiones de mejora de la calidad, con revisión de indicadores de mortalidad, re-consultas y efectos no deseados de la asistencia? <b>O</b>						
C15.3.6. ¿Hay un programa de reciclajes clínicos del personal facultativo por otros Servicios a desarrollar periódicamente? <b>R</b>						
<b>C16. Investigación</b> ¿Existe documentación de las actividades de investigación? <b>O</b>						
Organización funcional (proceso)	SOLICITANTE			EVALUADOR		
LISTADO DE COMPROBACION: C15 – C19.	S	N	N/A	S	N	N/A
<b>C17. Coordinación en la asistencia dentro del Centro</b>						

<b>C17.1.</b> ¿Existe un documento para la solicitud y recepción de aquellas exploraciones complementarias de las diferentes áreas diagnósticas del hospital? <b>O</b>						
<b>C17.2.</b> ¿Existe un mecanismo para la localización de los facultativos de otras especialidades médico-quirúrgicas durante las guardias? <b>O</b>						
<b>C17.3.</b> ¿Los profesionales del Servicio de Urgencias disponen de la cartera de servicios del resto de especialidades del hospital y aplican criterios definidos para la derivación de pacientes? <b>O</b>						
<b>C18. Coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios que participan en la atención de Urgencias y Emergencias</b> ¿Existe documentación de las actividades de coordinación con otros Servicios sanitarios y no sanitarios implicados en la asistencia a urgencias y emergencias? <b>O</b>						
<b>C19. Plan de catástrofes y simulacros</b>						
<b>C19.1.</b> ¿Existe en el Servicio un Plan escrito de Emergencias internas y externas? <b>O</b>						
<b>C19.2.</b> ¿Es conocido el Plan de Emergencias del hospital por los miembros del Servicio? <b>O</b>						
<b>C19.3.</b> ¿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? <b>O</b>						
<b>C19.4.</b> ¿Se efectúan simulacros sobre catástrofes internas y externas, o bien una evaluación básica de respuesta ante catástrofes, al menos una vez cada dos años? <b>R</b>						
<b>C20. Otros procedimientos no clínicos</b>						
<b>C20.1</b> ¿Existe un procedimiento descrito para la custodia de los objetos de valor? <b>O</b>						
<b>C20.2.</b> ¿Existe un procedimiento descrito para el acompañamiento y ayuda a familiares de pacientes en situaciones de extrema gravedad o exitus?. <b>O</b>						
<b>C20.3.</b> ¿Existe un procedimiento escrito de control manejo de tóxicos? <b>O</b>						
<b>C20.4.</b> ¿Existe un procedimiento escrito de manejo de productos biológicos contaminados?. <b>O</b>						
<b>C20.5.</b> ¿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?. <b>O</b>						
<b>C20.6.</b> ¿Existe un procedimiento escrito de reciclaje de materiales fungibles utilizados en el servicio acorde a las normativas de respeto al medio ambiente?. <b>R</b>						



<b>C20.7.</b> ¿Existe un procedimiento descrito para el mantenimiento y reposición de instrumental clínico y material fungible y medicación? <b>O</b>						
<b>C20.8.</b> ¿Existe un responsable del mantenimiento y reposición del instrumental clínico (incluido material fungible) y de la medicación? <b>O</b>						
<b>C20.9.</b> ¿Existe un procedimiento para la información de pacientes y familiares?. <b>O</b>						
<b>C20.10.</b> ¿Existe un Protocolo de Violencia de Género y de maltrato?. <b>O</b>						
<b>C21.</b> ¿Existe un protocolo de transferencia de los pacientes?. <b>O</b>						

## Apartado D: Plan de calidad y seguridad del paciente

### D1. Plan de calidad y seguridad del paciente

**D1.1.** El Servicio tiene un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente escrito, difundido y actualizado. **O**

**D1.2.** La jefatura del Servicio está implicada y comprometida con la implantación y consecución de los objetivos del plan de calidad. **O**

### D2. Responsable de calidad y seguridad del paciente

**D2.1.** El Servicio tiene designado un miembro del equipo como responsable del plan de calidad y seguridad del paciente. **O**

### D3. Contenidos mínimos del Plan de calidad y seguridad del paciente

**D3.1.** El Servicio tiene un mapa de actividades del proceso de atención a los pacientes. **O**

**D3.2.** Existe un mapa de riesgo de eventos adversos del Servicio. **O**

**D3.3.** Están identificados los tipos de fallos que pueden producirse, los eventos adversos que estos provocan, las causas y las acciones preventivas necesarias para evitarlos. **O**

**D3.4.** Los eventos adversos derivados del 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.** Los eventos centinela generados durante el proceso asistencial se identifican, registran, se someten a un análisis causa-raíz y se aplican las medidas preventivas y/o correctoras. **O**

### D4. Protocolos y procesos

**D4.1.** El Servicio dispone, revisa y actualiza sistemáticamente los protocolos clínico-asistenciales y vías clínicas. **O**

**D4.2.** El Servicio dispone, revisa y actualiza sistemáticamente los procedimientos generales y específicos. **O**

**D4.3.** Están formalmente aprobados los protocolos clínicos, vías y procedimientos que se utilizan en el Servicio. **O**



## **D5. Mantenimiento del equipamiento de electromedicina**

**D5.1.** El Servicio dispone de un plan de mantenimiento del equipamiento. **O**

**D5.2.** El Servicio elabora un plan anual de necesidades de material en base a su consumo y objetivos del Centro y del propio Servicio. **R.**

## **D6. Conservación, almacenamiento y mantenimiento de medicamentos y material fungible**

**D6.1.** El Servicio garantiza las condiciones de conservación y almacenamiento de los medicamentos y el material fungible. **O**

**D6.2.** Los medicamentos termosensibles se mantienen adecuadamente. **O**

**D6.3.** El Servicio dispone de un sistema de control de los estupefacientes. **O**

**D6.4.** Se mantiene correctamente el carro de parada. **O**

## **D7. Monitorización de indicadores**

**D7.1.** El Plan tiene claramente establecidos cuáles son los indicadores de actividad, de proceso y de resultados de calidad que deben monitorizarse sistemáticamente. **O**

## **D8. Seguridad de los profesionales**

**D8.1.** El Servicio dispone de un plan de seguridad de los profesionales. **O**

## **GUIA APARTADO D.**

### **D1. Plan de calidad y seguridad del paciente**

El evaluador exigirá un documento que describa el plan de calidad y seguridad del paciente, sus apartados y responsable de mantenimiento del mismo. No existe un consenso definitivo sobre los contenidos de un plan de calidad y seguridad del paciente en un SUH. A modo de recomendación, puede utilizarse como propuesta metodológica la publicada en TODO HOSPITAL por un grupo de SEMES, citada en la bibliografía de este manual.

Al menos debería incluir los siguientes elementos: política de calidad, misión, cartera de servicios, gestión de procesos, cuadro de mando, retro-información de los resultados alcanzados en los indicadores de calidad, control de la documentación, protocolos y procedimientos, auditorías clínicas internas cuando se decida llevarlas a cabo.

El evaluador comprobará que el Jefe del Servicio, junto con el responsable de calidad, revisa y actualiza, al menos anualmente, el plan de calidad y seguridad del paciente y deja constancia documental de este acto.

### **D2. Responsable de calidad y seguridad del paciente**

Se aceptará que existe un responsable del plan cuando esté documentado expresamente (exista un nombramiento escrito del Jefe del Servicio, esté recogido en el Manual de organización o en el plan 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 debe ocuparse del mantenimiento del plan: revisión y actualización periódica de la política de calidad, misión, cartera de servicios, gestión de procesos, alimentación del cuadro de mando, retro-información de los resultados alcanzados en los indicadores de calidad, control de la documentación, protocolos y procedimientos. Así mismo, asegurará la ejecución de las auditorías clínicas internas cuando se decida llevarlas a cabo.

### **D3. Contenidos mínimos del Plan de calidad y seguridad del paciente**

Se acepta que más fácil que decir qué es la calidad es definir qué es la no-calidad: las infecciones nosocomiales, accidentes, complicaciones, errores en la asistencia o en la identificación del paciente 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 plan de calidad debe tener como prioridad la seguridad del paciente y del personal que le atiende.

Por ello, y como parte fundamental del plan, el Servicio debería disponer de un mapa de actividades del proceso asistencial urgente e identificar en cada una de aquéllas cuáles son los puntos de riesgo en los que pueden producirse fallos que conduzcan a efectos adversos.

El plan 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 estas 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.

Por tanto, deben analizarse los tipos de fallos ya sucedidos y los que potencialmente pueden ocurrir, así como las consecuencias que pueden derivar de los mismos (eventos adversos) y sus causas. Esto permitirá disponer de un plan de acciones preventivas y/o correctoras que, llevadas a cabo, minimizarán la posibilidad de aparición de estos eventos no deseados. Una herramienta que ha demostrado su utilidad para el desarrollo de planes de seguridad es el Análisis Modal de Fallos y Efectos o AMFE.

Deberían notificarse los eventos adversos que ocurran en el Servicio bien al sistema que pueda existir en el hospital o a registros de la Comunidad Autónoma, Nacionales o Internacionales. Del mismo modo, debería mantenerse un registro del Servicio de los eventos adversos notificados, lo que permitirá ir construyendo un banco propio cuya explotación permitirá ir aprendiendo de los errores y mejorar paulatinamente la frecuencia de aparición.

Los eventos centinelas, tales como una parada cardiorespiratoria de un paciente en la sala de espera o el empeoramiento grave de un enfermo durante la realización de una prueba complementaria, deben ser sometidos a un análisis minucioso de causa-raíz mediante alguna de las técnicas habitualmente empleadas para ello: diagrama de Ishikawa, los 5 porqué y otras. Debe dejarse constancia de los hallazgos y de las medidas preventivas y/o correctoras que se llevaron a cabo.

Dada su frecuencia de aparición, debería existir en el plan un apartado específico para la prevención de infecciones y accidentes (y errores) 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, este 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 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.

#### **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 plan 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 asistenciales, como por ejemplo de prevención de la caducidad de medicamentos y material fungible del almacén del Servicio o de revisión y mantenimiento del carro de paradas).

#### **D5. Mantenimiento del equipamiento de electromedicina**

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.

Debería existir un Plan de Aprovisionamiento de material, servicios y equipos, en base a las necesidades y objetivos del Servicio de Urgencias y de la Dirección del Centro, elaborándose un análisis anual de necesidades.

## **D6. Conservación, almacenamiento y mantenimiento de medicamentos y material fungible**

### **D6.1. Medicamentos y el material fungible**

Es de extraordinaria importancia la conservación adecuada y el almacenamiento de la medicación y del material fungible que se emplea en Urgencias. Las caducidades deben vigilarse muy estrechamente, ya que las mismas conllevan una pérdida de eficacia de los mismos e incluso la aparición de reacciones adversas. Este comentario puede extenderse al material fungible que se emplea.

Para cumplir con este criterio es necesario que se cumplan por el Servicio tres requisitos, que serán comprobados por el evaluador:

1. Existe un procedimiento escrito para el control de caducidades de medicamentos y de material fungible, firmado por el Jefe del Servicio o por la Dirección del hospital, en su caso. Se deja un registro de cada una de las revisiones de las caducidades de los medicamentos y del material fungible, firmado por la o las personas responsables de su cumplimentación.
2. El evaluador no detecta fármacos o material caducado durante la visita.

### **D6.2. Medicamentos termosensibles**

El evaluador comprobará que los medicamentos y productos sanitarios termosensibles se mantienen a la temperatura recomendada por el fabricante. Para ello:

1. Se asegurará que se dispone de un sistema efectivo de control de la temperatura interior de los frigoríficos.
2. Solicitará del Servicio los registros de los controles de temperaturas de los frigoríficos que almacenen estos productos, al menos los últimos tres meses, firmados por la o las personas responsables.
3. Comprobará que la o las personas responsables de esta tarea tienen y aplican un procedimiento para las roturas de la cadena de frío.

### **D6.3. Control de los estupefacientes**

El uso de los estupefacientes debe controlarse de forma muy estrecha, dadas las consecuencias clínicas y legales que tiene su empleo inadecuado.

Requisitos necesarios para cumplir este criterio:

1. Existe un sistema de control efectivo de los estupefacientes: están en un lugar bajo llave y control de una persona responsable.
2. Existe un procedimiento escrito y firmado por el Jefe de Servicio o, en su caso, por la Dirección del hospital sobre el control de estupefacientes.
3. Se deja un registro de cada una de las salidas y entradas de medicación estupefaciente.
4. Están casadas las entradas y salidas con las existencias en el momento de la evaluación.

#### **D6.4 Mantenimiento del carro de paradas**

El mantenimiento de todo el material que contiene el carro de paradas es un aspecto crítico en la calidad de la asistencia al paciente. El Servicio debe mantener los almacenes de medicación y de material fungible en condiciones adecuadas: iluminación, disposición ordenada, limpieza y seguridad.

El evaluador dará por cumplido este criterio cuando no observe deficiencias en el carro de parada de la Unidad en cuanto a la composición, caducidad y conservación de los medicamentos y material sanitario que contiene. Para ello, deben cumplirse todos y cada uno de los siguientes ítems:

1. Existe un procedimiento escrito y firmado por el Jefe de Servicio o, en su caso, por la Dirección del hospital sobre el mantenimiento del carro de parada. De incluir al menos: periodicidad de las revisiones, personas encargadas de hacer las revisiones, registro de las mismas, listado de medicación y material fungible y cantidad de cada uno de ellos que debe haber siempre.
2. El carro de parada está colocado en un área de fácil acceso y los profesionales conocen su ubicación.
3. Durante la evaluación se comprueba: La medicación y material fungible que contiene el carro coincide con lo estipulado en el procedimiento, existen registro cumplimentados de las revisiones de al menos los tres últimos meses, funcionan los laringoscopios disponibles con palas de adultos y pediátricas, no hay medicación ni material fungible caducado, el monitor desfibrilador funciona correctamente. En el caso de que se dispongan de maletines de urgencias, se comprobarán igualmente.

#### **D7. Monitorización de indicadores**

Las actividades incluidas en el plan 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 plan, 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 plan 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.

## D8. Seguridad de los profesionales

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.

Plan de calidad	SOLICITANTE			EVALUADOR		
LISTADO DE COMPROBACION: D1.1. – D8.1.	S	N	N/A	S	N	N/A
<b>D1.1.</b> El Servicio tiene un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente escrito, difundido y actualizado. <b>O</b>						
<b>D1.2.</b> La jefatura del Servicio está implicada y comprometida con la implantación y consecución de los objetivos del plan de calidad. <b>O</b>						
<b>D2.1.</b> El Servicio tiene designado un miembro del equipo como responsable del plan de calidad y seguridad del paciente. <b>O</b>						
<b>D3.1.</b> El Servicio tiene un mapa de actividades del proceso de atención a los pacientes. <b>O</b>						
<b>D3.2.</b> Existe un mapa de riesgo del Servicio. <b>O</b>						
<b>D3.3.</b> Están identificados los tipos de fallos que pueden producirse, los eventos adversos, las causas y las acciones preventivas necesarias para evitarlos. <b>O</b>						
<b>D3.4.</b> Los eventos adversos derivados 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. <b>R</b>						
<b>D3.5.</b> Los eventos centinela generados durante el proceso asistencial se identifican, registran, se someten a un análisis causa-raíz y se aplican las medidas preventivas y/o correctoras. <b>O</b>						
<b>D4.1.</b> El Servicio dispone, revisa y actualiza sistemáticamente los protocolos clínico-asistenciales y vías clínicas. <b>O</b>						
<b>D4.2.</b> El Servicio dispone, revisa y actualiza sistemáticamente los procedimientos generales y específicos. <b>O</b>						
<b>D4.3.</b> Están formalmente aprobados los protocolos clínicos, vías y procedimientos que se utilizan en el Servicio. <b>O</b>						
<b>D5.1.</b> El Servicio dispone de un plan de mantenimiento del equipamiento. <b>O</b>						
<b>D5.2.</b> El Servicio elabora un plan anual de necesidades de material en base a su consumo y objetivos del Centro y del propio Servicio. <b>R</b>						
<b>D6.1.</b> El Servicio garantiza las condiciones de conservación y almacenamiento de los medicamentos y el material fungible. <b>O</b>						

<b>D6.2.</b> Los medicamentos termosensibles se mantienen adecuadamente. <b>O</b>						
<b>D6.3.</b> El Servicio dispone de un sistema de control de los estupefacientes. <b>O</b>						
<b>D6.4.</b> Se mantiene correctamente el carro de parada. <b>O</b>						
<b>D7.1.</b> El Plan tiene claramente establecidos cuáles son los indicadores de actividad, de proceso y de resultados de calidad que deben monitorizarse sistemáticamente. <b>O</b>						
<b>D8.1.</b> El Servicio dispone de un plan de seguridad de los profesionales. <b>O</b>						

## Apartado E: Resultados

### E1. Auto-evaluación de resultados

El Servicio tiene un sistema de auto-evaluación de resultados. **O**

### E2. Metodología

El Servicio tiene documentada la descripción del sistema y el método de auto-evaluación que utiliza. **O**

### E3. Cuadro de mando e indicadores

El Servicio mantiene y utiliza un cuadro de mando que contiene indicadores de actividad y calidad. **O**

E3.1. Tiempo hasta la primera asistencia facultativa. **O**

E3.2. Revisión del material del carro de paradas. **O**

E3.3. Registro de efectos adversos. **R**

E3.4. Evaluación de efectos adversos. **O**

E3.5. Retornos al Servicio de Urgencias en 72 h. **O**

E3.6. Triage. **O**

E3.7. Estancia media en el área de Observación. **O**

E3.8. Permanencia de los pacientes en el Servicio de Urgencias. **O**

E3.9. Sesiones clínicas. **O**

E3.10. Protocolos de riesgo vital. **O**

E3.11. Evaluación de la mortalidad. **O**

E3.12. Cumplimentación del informe de asistencia. **O**

E3.13. Reclamaciones. **O**

E3.14. Satisfacción de pacientes. **R**

E3.15. Enfermos no visitados. **O**

E3.16. Caídas. **O**



## **GUÍA: APARTADO E**

El Servicio debe disponer de un sistema de autoevaluación de resultados que permita realizar una buena gestión del mismo. El sistema debe estar escrito y describir cuál es el método que se sigue, qué tipo de resultados se monitorizan, cómo se analizan, quien participa, con qué periodicidad, qué acciones de mejora se emprenden y otros aspectos.

Un sistema de auto-evaluación de resultados es el núcleo central de un plan de calidad, por lo que este apartado podría estar incluido en los estándares que hacen referencia al mismo en este manual. Al separar su descripción en este documento, se pretende llamar la atención sobre la necesidad de que los Servicios de Urgencias implanten el hábito de medición y auto-evaluación sistemática de resultados.

Actualmente, no existen estándares de resultados que estén basados en un amplio consenso profesional y con una dilatada experiencia de implantación efectiva. 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 la valoración del nivel de consecución de resultados alcanzados.

El Servicio debe mantener un cuadro de mando que monitorice 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, elaborar 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 e indicadores de actividad y de calidad.

La SEMES ha publicado un Manual de Indicadores en el año 2009 y 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. Para alcanzar la acreditación, el Servicio debe mantener bajo control al menos los que se han identificado como obligatorios en este apartado y en un periodo superior a los tres meses previos a la fecha de la evaluación.

Estos indicadores pueden ofrecer información muy importante sobre algunos componentes de calidad tanto en lo concerniente a la asistencia técnica (oportunidad, mortalidad), como a la percibida (satisfacción de los usuarios, reclamaciones) y que no presentan una dificultad especial para su implantación.

Se recomienda, así mismo, la monitorización de indicadores referentes a procesos clínicos frecuentes o graves. En el Manual de indicadores de SEMES se incluyen 60 de ellos sobre patologías específicas que se orientan hacia la medición de la eficacia, efectividad y seguridad del paciente.

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 y 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. Da información 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.

El mantenimiento del carro de parada en un estado operativo óptimo es de vital importancia en un SUH. Nunca se insistirá suficientemente sobre esta necesidad. Las consecuencias para el paciente y para el profesional de un carro de parada no mantenido adecuadamente son de una gran gravedad. Lo mismo se puede referir a la revisión del aparataje y en general al mantenimiento de la sala de críticos/reanimación.

El indicador se contempla en el set de recomendados del Manual de Indicadores de SEMES con la misma fórmula que el expuesto en el de revisión del carro de paradas en este Manual. El evaluador comprobará que este indicador se monitoriza sistemáticamente. Para la valuación de la corrección del mantenimiento se seguirán los requisitos recogidos en el criterio D6.4.

En el momento actual, la seguridad del paciente es una prioridad para la Organización Mundial de la Salud y las Autoridades Sanitarias de todo el mundo. SEMES está llevando a cabo distintas estrategias para conseguir unos SUH seguros. Un elemento imprescindible para mejorar la seguridad del paciente es conocer con qué frecuencia y que tipos de efectos adversos se dan en estos Servicios. Reconocida la enorme dificultad de conseguir el hábito de registrar los efectos adversos, este criterio de acreditación persigue que el SUH mantenga activo un sistema que, aunque se sostenga en un infra-registro, permita analizar los casos notificados, aprender de ellos e introducir las mejoras que sean necesarias para disminuir su aparición. Se admitirán también sistemas de medición de la prevalencia, siempre que conlleven el análisis de los efectos adversos detectados y la introducción de medidas preventivas y/o correctoras.

El análisis de las reconsultas o retornos 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. Aunque existen controversias sobre cómo medir este indicador, SEMES recomienda que se contabilicen todos los retornos 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 retornos 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 retornos y, lo que es fundamental, tener un procedimiento por el que se asegura 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 los retornos, análisis de los mismos y acciones de mejora emprendidas para reducirlos.

La necesidad de disponer de un sistema de triaje en aquellos Servicios que atienden a un alto número de urgencias es ya un tema bien admitido, en general, en los SUH.

El tiempo es un factor crítico en los SUH. La estancia media en el área de Observación y el tiempo de permanencia de los pacientes en el Servicio de Urgencias se han considerado por el grupo de expertos como esenciales.

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.

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.

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. Pese a no estar incluido entre los indicadores escogidos en el set recomendado se considera relevante su inclusión.

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.

Se comprobará durante la evaluación que el Servicio analiza y tiene en cuenta cómo perciben los pacientes, familiares y usuarios la calidad de la asistencia recibida. El evaluador buscará evidencias como por ejemplo encuestas realizadas con esta finalidad, entrevistas a usuarios / pacientes o grupos focales. Se revisará la monitorización de las reclamaciones, ya que 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. También se monitorizarán los pacientes no visitados como indicador indirecto de satisfacción del servicio.

Cada indicador debe tener una ficha en la que quede 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.

### **Indicadores pediátricos**

Además de los indicadores ya señalados que sean de aplicación, en los Servicios de urgencias pediátricos se valorará la adecuación de los indicadores publicados por la SEUP y difundidos en su página web (ver documento SEUP).

Disponible en [http://www.seup.org/pdf\\_public/qt/mejora\\_indicadores.pdf](http://www.seup.org/pdf_public/qt/mejora_indicadores.pdf)

### 3.1.

Nombre	Tiempo hasta la primera asistencia facultativa
Dimensiones	Oportunidad. Efectividad. Eficacia. Accesibilidad. Seguridad. Satisfacción
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	$\frac{\text{Pacientes atendidos en el tiempo de asistencia recomendado para un nivel de prioridad en el triaje concreto} \times 100}{\text{Total de pacientes atendidos del mismo nivel de prioridad en el triaje}}$
Explicación de términos	Pacientes atendidos en el tiempo de asistencia establecido para un nivel de prioridad en el 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 prioridad en el triaje en cuestión. Pacientes atendidos del mismo nivel de prioridad en el triaje: todos los pacientes con registro de hora de llegada y de hora de primera asistencia facultativa asignados al mismo nivel de prioridad en el triaje que los pacientes del numerador. Se excluyen los pacientes que abandonan el Servicio antes de empezar la visita
Población	Pacientes atendidos en el SUH en el periodo de estudio.
Tipo	De proceso.
Estándar	Según modelo de triaje y nivel de prioridad
Fuente de datos	Registros informáticos del Servicio.
Comentarios	Los modelos de triaje utilizados en nuestro ámbito reconocen generalmente 5 niveles de prioridad 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 de prioridad y el porcentaje de cumplimiento deseado. Es imprescindible disponer de los tiempos de todos los niveles de prioridad en el triaje. Debe definirse también el criterio que el Servicio aplica al momento concreto del inicio de la visita médica (visita médica real, entrada en box, etc.). Lo que se pretende es valorar el tiempo de espera del paciente hasta el comienzo del proceso diagnóstico-terapéutico por parte del facultativo

### E3.2.

Nombre	<b>Mantenimiento del carro de paradas</b>
Dimensiones	Seguridad. Oportunidad.
Justificación	La dotación y mantenimiento correctos de los carros de paradas asegura su disponibilidad en los casos en que es necesario su uso.
Fórmula	$\text{Número de revisiones realizadas} \times 100 / \text{Número de revisiones previstas}$
Explicación de términos	Revisión realizada: control y reposición de la medicación y del material de los que debe disponer el carro y del correcto funcionamiento del aparataje. Debe constar la 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 realice en cada turno y después de su utilización.
Población	Numero de revisiones previstas durante el periodo analizado.
Tipo	De proceso.
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Documentación y registros del aparataje del hospital.
Estándar	100,00%
Comentarios	En función de si se “sella” el carro o no, la revisión diferirá en su contenido. La revisión comporta la solución de las anomalías detectadas. Estándares de la Joint Commission, 2013. Requisitos de seguridad para equipos de electromedicina (normativa de la Sociedad Española de Electromedicina e Ingeniería Clínica, SEEIC), norma UNE 60601.

### E3.3.

Nombre	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 la valoración de la situación de riesgo del SUH, así como su evaluación encaminada a la planificación de medidas de prevención.
Fórmula	Existencia de registro de efectos adversos.
Explicación de términos	Se considera que el registro de efectos adversos es una notificación general o específica que recoge como mínimo: <ul style="list-style-type: none"><li>- Errores de medicación</li><li>- Efectos adversos a fármacos</li><li>- Errores diagnósticos</li><li>- Caídas de pacientes</li><li>- Reacciones post-transfusionales</li><li>- Efectos por malfuncionamiento de aparataje</li><li>- Errores y complicaciones relacionadas con el proceso de atención al paciente</li><li>- Complicaciones de procedimientos invasivos (neumotórax por punción,...)</li></ul>
Población	Registros del Servicio de urgencias o generales de la institución
Tipo	Estructura
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Documentación y registros generales del hospital.
Estándar	SI
Comentarios	La existencia del registro supone una herramienta de detección que conduce a la evaluación y a la implantación de mejoras. Según la organización de la institución en materia de seguridad clínica, el registro así como el sistema de gestión puede ser general para la institución o específico para el SUH. Se debe completar con la de los eventos centinela definidos por el hospital o el SUH. Es fundamental la informatización de los registros para su mejor tratamiento y evaluación.



### E3.4.

Nombre	<b>Evaluación de efectos adversos</b>
Dimensiones	Seguridad
Justificación	La asistencia hospitalaria comporta un conjunto de riesgos que generan morbilidad añadida, así como insatisfacción de pacientes y familiares. La detección y evaluación de los eventos adversos es imprescindible para planificar las medidas de prevención necesarias para reducir estos riesgos.
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes con efectos adversos revisados}}{\text{total pacientes con efectos adversos registrados}} \times 100$
Explicación de términos	<p>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.</p> <p>Se consideran efectos adversos a detectar como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Errores de medicación</li><li>- Efectos adversos a fármacos</li><li>- Errores diagnósticos</li><li>- Caídas de pacientes</li><li>- Reacciones post-transfusionales</li><li>- Efectos por malfuncionamiento de aparataje</li><li>- Errores y complicaciones relacionadas con el proceso de atención al paciente</li><li>- Complicaciones de procedimientos invasivos</li></ul> <p>La evaluación comporta la posterior propuesta e implantación de medidas correctoras.</p>
Población	Pacientes que han sufrido algún evento adverso
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Documentación y registros generales del hospital.
Estándar	100 %
Comentarios	Esta evaluación se debe completar con la de los eventos centinela definidos por el hospital o el SUH.

**E3.5.**

Nombre	<b>Retornos al SUH en 72 horas</b>
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 u otros aspectos mejorables de la asistencia. Este indicador nos ofrece la posibilidad de detectarlos.
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes que retornan al SUH en un intervalo de 72 horas}}{\text{Número de pacientes atendidos en el SUH en el mismo plazo}} \times 100$
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 admitidos en el SUH en el periodo considerado. Paciente admitido es todo aquél que conste en el registro de admisión con hora de entrada
Población	Pacientes admitidos en el SUH durante el período revisado.
Tipo	De resultado.
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH.
Estándar	No actualizado
Comentarios	Como incluye todas las readmisiones (citaciones, consultas por otros motivos, etc.), el indicador se debe utilizar para hacer un seguimiento. Una desviación al alza de la frecuencia de retornos no indicia necesariamente una mala praxis, pero obliga a la revisión de los casos. Se debería diferenciar entre pacientes que vuelven al SUH debido a la evolución de su enfermedad (que puede haber sido condicionada por una mala calidad en la primera asistencia) de los que vuelven por algún proceso diferente (lo que puede obedecer a un proceso de fidelización que puede ser reflejo de una buena calidad asistencial) y de los citados a control para su seguimiento. Es aconsejable la revisión de todas ellas en periodos determinados 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.

### E3.6.

Nombre	<b>Triage</b>
Dimensiones	Seguridad. Eficiencia
Justificación	La clasificación de los pacientes a la llegada al SUH según su grado de urgencia en función de una evaluación rápida estructurada o triaje, permite la priorización de la actividad asistencial al tiempo que posibilita la identificación de los pacientes con mayor riesgo. En la situación habitual en que se generan esperas para la atención médica, este sistema es imprescindible
Fórmula	Existencia de sistema de clasificación de pacientes (SI / NO)
Explicación de términos	Sistemática de clasificación: protocolo escrito que especifica la forma en que se deben clasificar los pacientes. Debe contemplar como mínimo: <ul style="list-style-type: none"><li>- El tiempo máximo de clasificación y espera para triaje.</li><li>- El lugar donde debe efectuarse.</li><li>- La persona encargada.</li><li>- Los niveles de priorización establecidos mediante algoritmos.</li><li>- La actitud a seguir en función del nivel de priorización, así como tiempos hasta primera asistencia facultativa recomendados.</li><li>- La sistemática a seguir en el proceso de triaje.</li></ul>
Población	Censo de protocolos de urgencias
Tipo	Estructura
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Relación de protocolos del SUH.
Estándar	Sí.
Comentarios	Las escalas actualmente recomendadas son las que agrupan a los pacientes en 5 niveles.

### E3.7.

Nombre	<b>Estancia en el área de Observación</b>
Dimensiones	Eficiencia
Justificación	La estancia media de un paciente en el área de observación está relacionada con la capacidad resolutive del SUH y/o con una correcta gestión de las camas del hospital o de sus alternativas de hospitalización. Una estancia superior a 24 horas sólo puede justificarse por inestabilidad hemodinámica, empeoramiento agudo y/o nueva patología durante su estancia en el SUH.
Fórmula	Suma de horas de estancia de cada paciente en observación / Número de enfermos del área de observación analizados
Explicación de términos	Horas de estancia en observación: tiempo que transcurre desde el ingreso en el área de observación hasta la salida de la misma.
Población	Pacientes que son atendidos en el área de observación en el momento del análisis.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Documentación y registros generales del hospital.
Estándar	< 24 horas.
Comentarios	<p>Debe incluirse el tiempo que transcurre desde el alta médica hasta la alta física real, para contabilizar la influencia de los trámites administrativos y/o de los sistemas de transporte medicalizados en el consumo de horas en el área. Debe realizarse un análisis de los motivos que comportan permanencias superiores al estándar.</p> <p>Los pacientes que inician la observación fuera del área por falta de camas en la misma, deben ser contabilizados para medir la influencia real de la gestión global del área de observación y/o hospitalaria.</p> <p>Este indicador puede formularse también en porcentaje de pacientes que permanecen 24 horas o menos en el área de observación, adoptándose entonces un estándar superior al 90 %. American College of Emergency Physicians. Management of observations units. Ann Emerg Med 1995;25:823-830.</p> <p>Perianes Matesanz JF. Unidades de Observación (Editorial). Emergencias 1997;9:77-78.</p> <p>Muiño Míguez et al. Unidad de Observación y Corta Estancia de Medicina en el Servicio de Urgencias. An Med Int (Madrid) 1998;15:138-141.</p>

### E3.8.

Nombre	Permanencia de los pacientes en el SUH
Dimensiones	Eficiencia. Seguridad
Justificación	Un tiempo de estancia prolongado en el SUH puede ser el reflejo de déficits de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficientes, etc. y repercute en la agilidad de la asistencia, ocupación de espacios e incrementa el riesgo para pacientes y profesionales
Fórmula	$\text{Número de pacientes que permanecen en el SUH el periodo de tiempo determinado} \times 100 / \text{Número total de pacientes}$
Explicación de términos	Permanencia: tiempo desde la llegada al SUH hasta el alta con cualquier destino. Periodo de tiempo determinado: el tiempo que se establece como referencia. Se excluyen los pacientes que no completan la visita.
Población	Pacientes atendidos en el SUH durante el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Documentación y registros del hospital.
Estándar	No establecido.
Comentarios	Los tiempos que suelen emplearse para medir la permanencia suelen ser: $\geq 3$ horas y $\geq 6$ horas, aunque pueden establecerse otros en función de las características de cada SUH o categorías de pacientes. Así mismo, se evalúan las permanencias mayores de 24 horas como indicador centinela, lo que obliga a revisar cada caso. Es conveniente agrupar los pacientes por niveles de triaje para estudiar mejor los factores que intervienen en la permanencia. También se deben evaluar aquellos procesos que siguen unos circuitos establecidos. Para este indicador, en la actualidad se utiliza también la denominación de tiempo de estancia en el Servicio de Urgencias. Grupo de trabajo de SEMES-INSALUD. Calidad en los servicios de urgencias. Emergencias 2001;13:60-65.

### E3.9.

Nombre	<b>Sesiones clínicas del Servicio de Urgencias</b>
Dimensiones	Adecuación
Justificación	El SUH debe realizar actividad docente interna sobre temas específicos de la atención urgente, independientemente de las actividades que realicen otras especialidades involucradas en ella, a las que es conveniente que los médicos de urgencias asistan.
Fórmula	Número de horas mensuales.
Explicación de términos	Se consideran sesiones específicas del SUH aquellas dedicadas a temas de la atención urgente. Se excluyen las sesiones de cambios de guardia y/o las propias de los Servicios de otras especialidades.
Población	Sesiones del Servicio.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Memoria de la actividad docente del Servicio y del hospital.
Estándar	8 horas / mes.
Comentarios	Las sesiones clínicas suponen una puesta al día y un intercambio de experiencias que tienen una repercusión muy positiva en el funcionamiento del Servicio. Las sesiones pueden tener contenidos varios (protocolos, casos, revisiones, temas organizativos, bibliografía, etc.) y se recomienda que se realicen en horario laboral o con cómputo de horas. El estándar indica el mínimo de horas.

**E3.10.**

Nombre	Protocolos de riesgo vital
Dimensiones	Adecuación. Seguridad
Justificación	La buena práctica clínica viene favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo con la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados periódicamente. Los protocolos tienen que adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del entorno del SUH y su objetivo debe ser homogeneizar la asistencia urgente prestada en cada centro y servir como herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.
Fórmula	Existencia de los protocolos de la lista.
Explicación de términos	<p>Protocolo: debe contemplar como mínimo: valoración, diagnóstico, tratamiento, normas de cuidados de enfermería y circuitos asistenciales utilizados.</p> <p>Protocolos básicos: se considera que todo Servicio de Urgencias debe disponer como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento del traumatismo craneoencefálico.</li> <li>- Atención inicial al politraumatismo.</li> <li>- Síndrome coronario agudo (angina, SCACEST y SCASEST).</li> <li>- Ictus.</li> <li>- RCP básica y avanzada (tanto de población adulta como pediátrica).</li> <li>- Tromboembolismo.</li> <li>- Shock.</li> <li>- Sepsis.</li> </ul> <p>Actualización: referido al periodo de vigencia establecido que obliga a su revisión, si no se ha realizado antes por cambios en la evidencia científica u otros. En general, se recomienda un periodo de 1 a 2 años.</p>
Población	Censo de protocolos actualizados del Servicio.
Tipo	Estructura.
Fuente de datos	Censo de protocolos del SUH.
Estándar	100 %.
Comentarios	El estándar sólo se considerará asumido cuando se disponga de todos los 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 clínica habitual, sea aconsejable.



**E3.11.**

Nombre	Evaluación de la mortalidad
Dimensiones	Adecuación. Seguridad clínica.
Justificación	Es necesaria la evaluación de la mortalidad de los pacientes que han sido atendidos en el SUH, con la finalidad de detectar la mortalidad evitable o todas aquellas situaciones en que se pueden mejorar aspectos determinados de la asistencia.
Fórmula	Número de éxitos evaluados cualitativamente por el equipo X 100 / número total de éxitos en el Servicio de Urgencias
Explicación de términos	Número de éxitos evaluados: pacientes que han sido éxitos en los que se puede documentar haber realizado una revisión sistemática del proceso asistencial que ha tenido lugar en el SUH.
Población	Todos los éxitos producidos en urgencias durante el período estudiado. Criterio de exclusión: pacientes que ingresan cadáver.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Registro de mortalidad del hospital. Registros de la comisión de mortalidad.
Estándar	100 %
Comentarios	La revisión comporta la adopción de las medidas de mejora necesarias si es el caso, lo que debe poder documentarse. La evaluación puede ser realizada de manera interna por el SUH o por la comisión de mortalidad del hospital. Es útil establecer una sistemática de clasificación de las muertes revisadas: evitable, no evitable, recomendaciones, etc. Así mismo, el SUH debería conocer la mortalidad de los pacientes ingresados desde urgencias y fallecidos en las primeras 48 horas de este ingreso para evaluar si a este desenlace ha contribuido algún factor relacionado con la asistencia en el SUH. Herrera Carranza M, Rodríguez Carvajal M, Pinno Moya E et al. Cómo instaurar un plan de calidad asistencial en un servicio clínico. Emergencias 2001;13:40-48.

**E3.12.**

Nombre	Cumplimentación del informe de asistencia
Dimensiones	Continuidad. Seguridad
Justificación	Refleja la calidad de la asistencia prestada, 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	$\frac{\text{Nº de informes de asistencia correctos de enfermos dados de alta}}{\text{X 100 / Nº de informes de asistencia de enfermos dados de alta}}$
Explicación de términos	<p>El informe de asistencia correcto debe incluir junto con los datos pertinentes de identificación del paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Motivo de consulta referido</li> <li>2. Antecedentes patológicos</li> <li>3. Exploración física y hallazgos</li> <li>4. Pruebas complementarias realizadas y resultado</li> <li>5. Orientación diagnóstica y código</li> <li>6. Evolución, si es el caso</li> <li>7. Tratamiento instaurado y recomendaciones al alta</li> <li>8. Control posterior</li> <li>9. Fecha y hora de entrada y fecha y hora de salida</li> <li>10. Identificación del médico responsable.</li> </ol> <p>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.</p>
Población	Todos los pacientes dados de alta de urgencias a domicilio o trasladados a otros centros durante el período revisado
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación y registro del SUH
Estándar	100%
Comentarios	<p>Se considera que la información ha de ser legible para facilitar la transmisión de información y la prevención de errores por mala interpretación, entre otros.</p> <p>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 número 274 de 15 de noviembre de 2002.</p>

**E3.13.**

Nombre	Reclamaciones
Dimensiones	Calidad percibida
Justificación	Las reclamaciones suponen un fracaso en la calidad que perciben los pacientes, familiares y usuarios en general de los SUH. Constituyen una medida del grado de conformidad con la asistencia recibida y de su monitorización y análisis pueden obtenerse conclusiones muy importantes para la mejora de la asistencia que se presta por el SUH.
Fórmula	$\text{Número de pacientes que han presentado reclamación en el periodo de estudio} \times 1000 / \text{Número de pacientes asistidos en el periodo de estudio.}$
Explicación de términos	Reclamación: manifestación escrita por el paciente o familiar de cualquier situación o incidente que haya generado insatisfacción durante el proceso asistencial en el SUH. Se incluyen la de los pacientes que abandonan el Servicio antes o durante la visita. 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	Pacientes registrados en la admisión del SUH en el periodo de estudio.
Tipo	Resultado.
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Registros de la Unidad de Atención al Usuario.
Estándar	No establecido.
Comentarios	Aunque este indicador no permite la valoración de los motivos concretos de queja, su monitorización permite detectar con facilidad desviaciones del estándar o de la tasa habitual. La obligación de disponer de hojas de reclamaciones y la exigencia del registro en las unidades de atención al usuario ha comportado la existencia de sistemas organizados de recogida de aquellas, por lo que la obtención suele estar automatizada. Es conveniente disponer de un mapa periódico de los motivos de quejas o reclamaciones para poder instaurar medidas de mejora, así como estratificar estas reclamaciones por nivel de gravedad y población (edad, etc.) para una mejor valoración de la naturaleza de las mismas.

**E3.14.**

Nombre	<b>Satisfacción de Pacientes</b>
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 periodo de estudio.
Tipo	De resultado.
Estándar	≥ 85 %
Fuente de datos	Encuesta de satisfacción.
Comentarios	En algunas comunidades autónomas se realizan estudios periódicos de satisfacción en los SUH. De forma alternativa, puede emplearse para la medición una escala numérica (por ejemplo, de 0 a 9) y utilizarse el promedio de la puntuación obtenida para el estándar. También pueden usarse técnicas cualitativas, como los grupos focales, de recogida de la opinión de los enfermos/usuarios y de la satisfacción de los clientes internos.

**E3.15.**

Nombre	Enfermos no visitados
Dimensiones	Satisfacción. Seguridad. 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	$\text{Nº de enfermos no visitados} \times 100 / \text{Nº de enfermos admitidos}$
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	Resultado.
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH
Estándar	No actualizado
Comentarios	El resultado nos proporciona una tasa que, sin existir un estándar aceptado, nos debe permitir al menos, la comparación en el tiempo de nuestros propios resultados. Es aconsejable realizar investigaciones periódicas del motivo de fugas para implementar mejoras. Diversos trabajos han encontrado cifras entre el 1,1 % y el 15 % con una mediana de 3,1 %, mencionando los factores que inciden en una mayor o menor tasa de abandono.

### E3.16.

Nombre	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 añadida. Su detección permite que se planifiquen las medidas de prevención necesarias para evitar este riesgo.
Fórmula	Número de pacientes con caídas X 1000 / Número de pacientes admitidos
Explicación de términos	Paciente con caída: paciente que sufre un traumatismo (de la totalidad o parte de su cuerpo) por precipitación de un plano superior al del suelo, sobre este, en cualquier área de urgencias o de su dependencia (ejemplos: salas de radiodiagnóstico, 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 período revisado
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación y registros del SUH. Registros específicos de caídas o de efectos adversos.
Estándar	0 %. Se mide sobre 1000 pacientes
Comentarios	Cabe recordar la necesidad de disponer de registros de efectos adversos y de que los hospitales fomenten y faciliten la declaración. Cada caída debe ser motivo de análisis.

Resultados	SOLICITANTE			EVALUADOR		
LISTADO DE COMPROBACION: E1 – E3.	S	N	N/A	S	N	N/A
E1. ¿Dispone el Servicio de un sistema de auto-evaluación de resultados? <b>O</b>						
E2. ¿Existe un documento donde se describe la metodología que se emplea? <b>O</b>						
E3. ¿El Servicio mantiene y utiliza un cuadro de mando que contiene indicadores de actividad y calidad?. <b>O</b>						
E3.1. ¿Tiempo hasta la primera asistencia facultativa en función de la prioridad? <b>O</b>						
E3.2. Revisión del material del carro de paradas. <b>O</b>						
E3.3. Registro de efectos adversos. <b>R</b>						
E3.4. Evaluación de efectos adversos. <b>O</b>						
E3.5. Retornos a las 72 h. <b>O</b>						
E3.6. Existencia de Triage. <b>O</b>						
E3.7. Estancia media en el área de Observación. <b>O</b>						
E3.8. Permanencia de los pacientes en el Servicio de Urgencias. <b>O</b>						
E3.9. Sesiones clínicas. <b>O</b>						
E3.10. Protocolos de riesgo vital. <b>O</b>						
E3.11. Evaluación de la mortalidad. <b>O</b>						

<b>E3.12.</b> Cumplimentación del informe de asistencia. <b>O</b>						
<b>E3.13.</b> Tasa de reclamaciones. <b>O</b>						
<b>E3.14.</b> Satisfacción de pacientes. <b>R</b>						
<b>E3.15.</b> Enfermos no visitados. <b>O</b>						
<b>E3.16.</b> Caídas. <b>O</b>						

## Apartado F: Otros aspectos

### F1. Costes de los procesos

El Servicio dispone de información sobre sus objetos de coste para su mejora y control.  
**R**

### F2. Otros

El Servicio utiliza herramientas dirigidas a la mejora de la eficiencia clínica y económica.  
**R**

### GUÍA: APARTADO F

Detrás de la implantación de nuevos modelos de gestión en los Servicios está el interés legítimo de las administraciones sanitarias por controlar el gasto sanitario, tanto en términos relativos como absolutos, ya que en las últimas décadas ha venido observándose un crecimiento sostenido del mismo. En el momento actual, la necesidad de contener o reducir el gasto sanitario es una necesidad para poder seguir disfrutando de un buen sistema sanitario.

Un elemento clave para ello y en el que pueden influir de forma notable los profesionales es a través de la eficiencia clínica o, lo que es lo mismo, dando la mejor asistencia posible con los medios disponibles, lo que conduce a la eficiencia económica 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 referenciados en la bibliografía.

El uso de herramientas como la guía del National Institute for Health and Care Excellence(NICE) disponible en:

<http://www.nice.org.uk/aboutnice/qualitystandards/qualitystandards.jsp>

o EAN thinking, puede ser de gran ayuda para la eliminación de todas aquellas actividades clínicas o de otro tipo que no añaden ningún valor al proceso asistencia y que incluso pueden ser perjudiciales para el paciente y que, con toda seguridad, incrementan el coste final del servicio.



Costes de los procesos y otros	SOLICITANTE			EVALUADOR		
LISTADO DE COMPROBACION: F1 - F2.	S	N	N/A	S	N	N/A
F1. El Servicio de Urgencias de información sobre sus objetos de coste <b>R</b>						
F2. El Servicio utiliza herramientas dirigidas a la mejora de la eficiencia clínica y económica. <b>R</b>						

## ABREVIATURAS

BOE. Boletín Oficial del Estado

EFQM. European Foundation for Quality Management

IAM. Infarto agudo de miocardio

INACEPS. Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas

NBQ. Nuclear, biológico, químico

O2. Oxígeno.

ONG. Organizaciones no gubernamentales Sanitarias

RCP. Reanimación cardiopulmonar.

SUH. Servicio de Urgencias de Hospital

SBAR. Situation, background, Assessment, Recommendation

SEMES. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

SEUP. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

VIH. Virus de la inmunodeficiencia humana

## DOCUMENTACIÓN CONSULTADA

1. Cameron JM, Baraff LJ, Sekhon R: Case-Mix Classification for Emergency Departments. *Medical Care* 1990; 28:146-158.
2. 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.
3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial*; 6,3:65-74, 1.991.
4. Clínicas Quirúrgicas de Medicina de Urgencia de Norteamérica: La calidad en medicina de urgencia. Volumen 3/92. Edit. Interamericana- McGraw Hill.
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Development and Application of Indicators in Emergency Care. Revised Edition. 1.993.
6. Cleary M, Ashby R, Jelinek G, Lagaida R: The future of case-mix in emergency medicine and ambulatory care. *The medical journal of Australia* 1994; 161: S30- 33.
7. David Blumenthal: Part. 1: Quality of care - What is it?. *N Engl J Med* Vol. 335. Nº 12, September 19, 1.996
8. Brook R H, McGlynn and Cleary P D: Part. 2: Measuring quality of care. *N Engl J Med* Vol.335. Nº 13, September 26, 1.996
9. Chassin M R: Part. 3: Improving the quality of care. *N Engl J Med* Vol.335. Nº 14, October 3, 1.996.
10. David Blumenthal: Part. 4: The origins of the quality-of-care debate. *N Engl J Med* Vol.335. Nº 15, October 10, 1.996.
11. Berwick D M: Part. 5: Payment by capitation and the quality of care. *N Engl J Med* Vol.335. Nº 16, October 17, 1.996.
12. Blumenthal D and Epstein A M: Part. 6: The role of physicians in the future of quality management. *N Engl J Med* Vol. 335. Nº 17, October 24, 1.996.
13. Cabré et al: Criterios para acreditación de los Servicios de Medicina Intensiva. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11:S6-S17.
14. 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. 1.996.
15. Hematopoietic progenitor cell collection processing and transplantation. Accreditation Manual. Foundation for the Accreditation of Hematopoietic cell Therapy. First Edición – North America 1997.
16. Tejedor Fernández M et al: El coste de los procesos clínicos en los Servicios de Urgencias y Emergencias. *Emergencias* 1998; 10:393-405.
17. Tejedor M y Martín JM: Sistema de calidad en un servicio de emergencias sanitarias. *Rev Calidad Asistencial* 1.999; 14: 671 – 679.
18. Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 1.999.
19. Torres J, Jiménez L, Tejedor M, Keller I, Temes J: Coste por proceso en Urgencias. *Todo Hospital*; 157:383-390.
20. 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.
21. AENOR. Norma ISO 9001:2008.
22. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. EDITA: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2000.
23. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION: Criterios internacionales de acreditación de hospitales. 2.011. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf>.
24. Estándares de acreditación de JCI para hospitales, 5.ª edición. Disponible en: <http://es.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-5th-edition/>
25. F.J. Montero Pérez, J.M. Calderón de la Barca Gárquez, L. Jiménez Murillo, A. Berlango Jiménez, I. Pérez Torres, L. Pérula de Torres. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (III): 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;6:125-153.
28. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, Vitaller J: Autoevaluación de centros sanitarios. Utilizando como referencia el modelo de excelencia de la EFQM. Edit. 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. TodoHospital 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 Triage (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. TodoHospital 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. TodoHospital Julio - Agosto 2003; 198: 449-455.
41. López-Andújar Aguiriano L, Aljama Alcántara M, Pérez-Montaut Merino I, Cartelle Pérez T, Casado Martínez JL y Tomás Vecina S. Acreditación de Servicios de Urgencias y Emergencias. TodoHospital Julio - Agosto 2003; 198: 456-461.
42. Tejedor Fernández M, Burillo Putze G, Roqueta Egea F, Jiménez Murillo L, Leciñena Esteban MA y Carretero Alcántara L. Gestión clínica en un Servicio de Urgencias. TodoHospital 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. TodoHospital 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. TodoHospital Julio - Agosto 2003; 198:479-495.
45. Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1.984. BOE de 14 de septiembre de 1.984 por la que se regula el informe de alta médica hospitalaria.
46. Martín Tejedor Fernández, Francisco Javier Montero Pérez, Rosa Miñarro del Moral, Francisco Gracia García, Juan José Roig García, Ana María García Moyano. Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital: ¿cómo hacerlo?. Emergencias 2013; 25: 218- 227.
47. Fernando Tejedor Panchón, F. Javier Montero-Pérez, Martín Tejedor Fernández, Luis Jiménez Murillo, José Manuel Calderón de la Barca Gázquez, Francisco Borja Quero-Espinosa. Mejora del proceso de un servicio de urgencias de hospital mediante la metodología Lean. Emergencias 2014; 26: 84-93

## **ANEXOS**

ANEXO 1: Modelo de solicitud inicial

ANEXO 2: Glosario de términos

## Anexo 1. Modelo de solicitud de acreditación inicial

# SEMES

## SISTEMA DE ACREDITACION DE SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS Servicios de Urgencias Hospitalarios

### Solicitud de acreditación inicial

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):

Describe su Servicio:

Número de camas de Observación:

Número de sillones de Observación:

Clasificación de pacientes:

Sala de críticos:

Número de despachos de consulta:

Complete la tabla que sigue, indicando el número de asistencias realizadas en su hospital en los tres años anteriores al actual.

Año	Nº asistencias
2012	
2013	
2014	

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 Srta. Ana González. Secretaría SEMES. Capital Haya, 60 – 1º. 28020 MADRID. (Tf.: 915701284).

## ANEXO 2: 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 datos 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 condición 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 y 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. Ente los términos relacionados se incluyen: mejora continua de la calidad, mejora de la actuación y gestión de la calidad total.

**Criterio (ó 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.



[cas@portalsemes.org](mailto:cas@portalsemes.org)

3ª Edición - 2015