

# **NORMAS Y ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS Y CENTROS DE INSTRUCCIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS PEDIÁTRICA**

COORDINADORES:

**CARLES LUACES I CUBELLS**

*Jefe de Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona.*

**JAVIER BENITO FERNÁNDEZ**

*Jefe de Servicio Urgencias de Pediatría Hospital de Cruces. Barakaldo-Bizkaia.*

**COMPONENTES DEL GT DE MEJORA DE LA CALIDAD**

*Junio 2019*



**SEUP**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Como consecuencia del extraordinario desarrollo del conocimiento científico en medicina y gracias a la contribución de la pediatría y la medicina de urgencias para diagnosticar y tratar las urgencias y emergencias pediátricas médicas, quirúrgicas y traumatológicas, la medicina pediátrica de urgencias (MPU) se ha convertido en un área médica reconocida en todo el mundo desarrollado y se considera como especialidad o subespecialidad pues requiere un alto grado de formación y conocimiento.

La MPU nació como subespecialidad en EEUU hace 40 años y cuenta con un programa de formación de 3 años, añadido al programa de formación en pediatría. La MPU tiene un programa reconocido oficialmente en muchos países como EEUU, Canadá, Australia, Argentina, Uruguay, Paraguay, Israel, Reino Unido, Suiza, Turquía, etc. En todos estos países, la existencia de pediatras especializados en MPU ha mejorado la calidad de la asistencia dispensada, incrementando el coste-efectividad de los procesos y la satisfacción de los niños y sus familias. Existe además un amplio conocimiento científico como lo corroboran diversas revistas internacionales especializadas en urgencias y emergencias como *Pediatric Emergency Care*, *Annals of Emergency Medicine*, *Academic Emergency Medicine*, *European Journal of Emergency Medicine*,... y la frecuente publicación de artículos y temas de revisión específicos en las revistas de mayor impacto.

Sin embargo, en España y la gran mayoría de los países europeos no existen programas oficiales de especialización pediátricos, incluyendo Urgencias de Pediatría, ni estándares definidos sobre los perfiles profesionales del personal de Urgencias o las características arquitectónicas y funcionales de estas unidades. Hace 21 años fue creada la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) reconoció el Área de Capacitación Específica (ACE) de la Medicina Pediátrica de Urgencias en el año 2004. Durante

este tiempo, el desarrollo de la subespecialidad y de los servicios de urgencias pediátricos españoles ha sido enorme.

Los Servicios de Urgencia Pediátricos (SUP) en los países desarrollados cumplen en la actualidad una doble función. Por una parte deben estar preparados para atender situaciones de emergencia y urgencia que amenazan la vida de los niños o que no admiten demora y por otra dar respuesta a la demanda de atención continuada fuera de los horarios habituales de consulta en atención primaria. Esta doble función hace que sea preciso contar con recursos humanos especializados y suficientes, una organización muy potente que ordene los flujos cambiantes de pacientes y unos recursos arquitectónicos y materiales adaptados a esta bivalencia.

La forma y la duración de la instrucción para llegar a ser un Pediatra de Urgencias (PU), así como el proceso de acreditación de los Centros de la Instrucción no están definidos apropiadamente en la actualidad, variando notablemente entre estos países. Este documento establece el contenido del Programa de Capacitación que debe completar un médico para acreditarse como subespecialista en MPU, así como las características que deben reunir tanto los Servicios de Urgencias Pediátricas como los Centros de Instrucción que quieran acreditarse en esta labor. Este documento está en consonancia con el *European Syllabus for Training In Paediatric Emergency Medicine*, aprobado por la *European Academy of Paediatrics/Sección Pediátricas de la Unión Europea de Especialidades Médicas (UEMS)* (10 Dec. 2011), la *Sección de la UEMS/European Board of Emergency Medicine* (4 Nov. 2011) y actualizado y aprobado de nuevo en el año 2018. Este documento contiene las bases del programa de formación en esta subespecialidad y las condiciones para acreditar en MPU a personas y centros formativos en Europa.

# INDICE

---

## 1. Introducción

## 2. Los requisitos para los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP)

- Personal
  - Responsable
  - Facultativos
  - Personal de enfermería
  - ∅ Personal no sanitario
- Estructura
  - Acceso de vehículos y peatones
  - Área de recepción y admisión
  - Sala de espera de familiares
  - Área de clasificación o triaje.
  - Consultas médicas.
  - Sala de críticos
  - Unidad de Observación
  - Sala de curas y cirugía menor
  - Sala de ortopedia / yesos
  - Áreas auxiliares
  - Servicios Centrales o Generales ubicados en el Área de Urgencias
- Dotación de material
- Organización y documentación
  - Plan funcional asistencial
  - Sistema informático
  - Sistema de triaje
  - Procesos asistenciales, Guías clínicas
  - Hoja de asistencia, Informe al alta.
  - Consentimiento Informado y otros documentos legales

- Procedimientos quirúrgicos y sedoanalgesia.
- Procedimientos de enfermería
- Unidad de Observación
- Programa de Formación: pregrado, postgrado, formación continuada
- Programa de Investigación
- Plan de catástrofes
- Coordinación con otros dispositivos sanitarios
- Programa de Calidad
  - Responsable
  - Prevención de accidentes e infecciones
  - Detección, análisis y corrección de incidencias
  - Programa de evaluación de protocolos, procedimientos y equipamiento.
  - Autoevaluación. Indicadores.

## 3. Resumen del Plan de Formación en MPU

## 4. Apéndice I. El equipo y suministros.

## 5. Apéndice II. Radiología y otros Servicios diagnósticos.

## 6. Apéndice III. Listado de comprobación de los requisitos para los SUP.

## 7. Apéndice IV. Listado de comprobación de los requisitos para centros de formación en MPU y tutores

## 8. Bibliografía

# 1. Introducción

---

Este documento describe el proceso de Instrucción en Medicina Pediátrica de Urgencias (MPU), así como las características que deben reunir tanto los Servicios de Urgencias Pediátricas como los Centros de Instrucción que quieran acreditarse en esta labor. Un Pediatra de Urgencias es un pediatra capaz de proporcionar una atención inicial integral a todo paciente pediátrico enfermo o herido de forma aguda. Sus principales capacidades son:

- Atención de pacientes con una amplia variedad de patologías, desde procesos leves hasta aquellos capaces de poner en riesgo la vida.
- Realización de una evaluación primaria y establecimiento de las medidas adecuadas para estabilizar y tratar a niños críticamente enfermos y heridos.
- La realización de procedimientos y técnicas propios de la especialidad.
- Reconocimiento de prioridades con una respuesta rápida ante situaciones nuevas y urgentes.
- Interacción, coordinación, capacitación y supervisión de todos los miembros del Servicio de Urgencias Pediátrico.
- El desarrollo de una labor asistencial centrada en el paciente y su familia.
- La incorporación de la docencia e investigación como parte inseparable de su práctica clínica. En términos generales, este documento pretende:
- Establecer claramente los estándares que deben reunir los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP).
- Especificar los conocimientos y habilidades que se requieren para practicar la MPU al máximo
- Establecer claramente el proceso de Capacitación en MPU, definiendo los objetivos de la instrucción, el contenido y la duración del Programa de Capacitación, los requisitos básicos para entrar en dicho Programa y una serie de condiciones exigibles a aquellos Centros de Instrucción y Tutores que quieran participar en él.

## 2. LOS REQUISITOS PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS (SUP)

### 2.1. PERSONAL

**2.1.1. Responsable:** Debe existir un Responsable del SUP, que reúna las siguientes características: ser médico y tener una experiencia de trabajo efectivo en MUP de al menos 5 años; y además ejercer la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito al mismo, incluyendo los facultativos de otros departamentos, cuando realicen actividad en él.

**2.1.2. Facultativos:** el SUP debe disponer de personal médico suficiente para garantizar la adecuada asistencia a todos los pacientes que recibe y trata. El número va a depender tanto del volumen y perfil de los pacientes atendidos, como de la estructura del servicio. No precisará la misma dotación un SUP si dispone, o no, de una Unidad de Observación o de corta estancia, que va a necesitar un facultativo específico según su volumen. Ni tampoco un hospital docente, con residentes que necesitan supervisión, que otros que no los dispongan. El personal médico destinado 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:  $\frac{0,37 \text{ horas} \times \text{total asistencias}}{\text{año}}$  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 estarán en función de cada institución. Teniendo en cuentas los cálculos realizados anteriormente, se precisa aproximadamente un médico adjunto por cada 4.000 pacientes asistidos / año. También es posible efectuar el cálculo del personal médico necesario por turno, teniendo en cuenta el número de pacientes atendidos según su nivel de triaje, dado que el tiempo de atención es distinto en función del mismo. Así puede utilizarse la siguiente fórmula para calcular, por ejemplo, los médicos necesario para un turno de 7 horas: (número de pacientes de nivel I x tiempo promedio de atención a un paciente de este nivel en minutos + número de pacientes de nivel II x tiempo promedio de atención a un paciente de este nivel en minutos + número de pacientes de

nivel III x tiempo promedio de atención a un paciente de este nivel en minutos + número de pacientes de nivel IV x tiempo promedio de atención a un paciente de este nivel + número de pacientes de nivel V x tiempo promedio de atención a un paciente de este nivel) dividido por el producto  $7 \times 60$  (7 horas por 60 minutos). El tiempo promedio de atención a un paciente según su nivel, puede ser variable y por ello es aconsejable que se utilice el propio de cada Centro. Esta fórmula ofrece la ventaja de tener en cuenta la "huella digital" o perfil de pacientes que se atiende en cada servicio ya que lógicamente no todos tienen la misma complejidad. Se define como tiempo de atención el intervalo desde el inicio de la asistencia (paciente en box de visita) hasta el momento del alta. No incluye por tanto el tiempo pre o post triaje. Si se realizan turnos de más o menos 7 horas hay reemplazar el "7" por las horas del turno realizado. El 50% de este personal facultativo debería disponer de experiencia documentada en MPU superior a 3 años, debiendo contar con documentos acreditativos que avalen esta formación. En el supuesto de que el triaje sea responsabilidad exclusivamente facultativa, debe haber, como mínimo, un médico por turno destinado específicamente a este fin.

**2.1.3. Personal de enfermería:** El Servicio debe disponer de un Enfermero Responsable de la gestión de todo el proceso de enfermería, así como del personal de servicios generales en contacto con el paciente (celador, técnicos...). Además debe disponer de personal de enfermería y auxiliar de enfermería, en número necesario para asegurar la calidad asistencial, dependiendo dicho número también tanto del volumen de pacientes atendidos como de la estructura del SUP, especialmente a lo que se refiere a existencia de Unidad de Observación y estructura del sistema de triaje. Sería recomendable que dicho número, por turno de trabajo, no fuera inferior a un/a enfermero/a por cada tres visitas / hora en cada turno o bien determinarlo en función a la fórmula que recomienda el Ameri-

can College of Emergency Physicians:  $\_0,37$  horas x total asistencias / año\_ 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 estarán en función de cada institución. Teniendo en cuentas los cálculos realizados anteriormente, se precisa aproximadamente un/a enfermero/a por cada 4.000 pacientes asistidos / año. El 50% del personal de enfermería debería disponer de experiencia documentada en MPU superior a 2 años, debiendo contar con documentos acreditativos que avalen esta formación. En el supuesto de que el triaje sea responsabilidad del personal de enfermería, debe haber, como mínimo, una enfermera por turno destinada específicamente a este fin, recomendándose que no realice más de 4 horas seguidas de triaje.

**2.1.4 Personal no sanitario:** el Servicio debe disponer de personal administrativo (al menos en turno de mañana una secretaria) y de servicios generales (celadores y otras categorías) para garantizar el servicio las 24 horas de cada día. Debe garantizarse la limpieza las 24 horas del día.

## 2.2. ESTRUCTURA

El ambiente del área pediátrica debería ser amigable para el niño y la familia. Los murales, carteles, colorido de la decoración y distracciones familiares (como vídeos de dibujos animados, dispositivos electrónicos con juegos, juguetes, libros) ayudan a aliviar la ansiedad y el dolor, y pueden hacer que la atención en el SUP sea mucho más fácil para todos los involucrados. Por otra parte, las áreas de tratamiento para niños requieren más espacio por paciente que las áreas de atención de adultos, para poder acomodar a los miembros de la familia y colocar una mayor variedad de equipamientos. Otro aspecto importante que se debe contemplar es la seguridad de las instalaciones para los niños, para la prevención de lesiones no intencionadas.

**2.2.1. Acceso de vehículos y peatones:** La accesibilidad es una de las características básicas de cualquier sistema de salud, por lo que debe estar garantizada para vehículos y personas de un modo seguro y cómodo. Por ello dichos accesos deberían ser independientes y estar claramente señalizados

e iluminados. Muy especialmente debe facilitarse el acceso seguro de los transportes sanitarios, incluyendo los medicalizados como UVIs móviles. El acceso de vehículos debe disponer del espacio suficiente para que los vehículos puedan realizar el giro sin utilizar la marcha atrás. Las rutas de entrada y salida de vehículos deberían ser unidireccionales, evitando el cruce entre ellos. La zona de recepción de vehículos y de descarga de pacientes debe estar cubierta y suficientemente iluminada. Debería tener una altura mínima de cuatro metros (50 cm. superior a las UVI móviles homologadas más altas) y cierre de puertas de entrada y salida por mecanismo de fotosensibilidad.

**2.2.2. Área de recepción y admisión:** adyacente a la entrada debe haber un almacén de sillas de ruedas y camillas. El área de admisión debe estar ubicada de forma que permita la visión de la zona de entrada y el acceso, y que permita la privacidad para información confidencial, con un mínimo de 3 y medio metros cuadrados por cada puesto. El departamento de admisión debe estar activo las 24 horas del día, registrando, al menos, los datos de filiación, hora de llegada y de alta del paciente, diagnóstico al alta, destino al alta, médico que da el alta y número de orden o de historia, que permita identificar el episodio asistencial. Debería contar con personal de seguridad adscrito al mismo. Debería existir un punto de información para usuarios y familiares.

**2.2.3. Sala de espera de familiares:** debería estar situada próxima al vestíbulo y fuera del área asistencial, aunque cercanas al área de triaje y a las consultas. Debe contar con el espacio necesario para una espera confortable, para lo que debe estar provista, al menos, de teléfono, aseos, fuente de agua, bar automático y megafonía. Es recomendable disponer de dos salas de espera separadas, bien por razones epidemiológicas o para ubicar pacientes de alta o baja prioridad.

**2.2.4. El Área de triaje,** o 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, esta 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 sala de críticos. En esta área se

establece el motivo de consulta del paciente, por lo que debiera permitir privacidad para información confidencial y/o un breve examen clínico.

**2.2.5. Consultas médicas/boxes.** Debe contar con un box/consulta por cada 16-22 visitas diarias, con un espacio mínimo de 8 m<sup>2</sup>. Su dotación se detalla en el apéndice I.

**2.2.6. Sala de críticos:** el Servicio debe disponer de una sala destinada a pacientes cuya situación no permita demora en la asistencia, dotada con medios de soporte vital avanzado y fácil acceso desde el exterior y desde todas las áreas del Servicio. Debe estar dotada al menos de una camilla móvil y articulada con sistema de freno, que debería ser radiotransparente, y/o una camilla de exploración fija o móvil además de un carro de RCP. Su dotación se detalla en el apéndice I.

**2.2.7. Unidad de Observación (UO):** Sería recomendable que todos los SUP dispusieran de una UO o de Corta Estancia. En esta área permanecen los pacientes con diagnósticos inciertos, aquéllos ya diagnosticados que precisan un control de su evolución aguda, y los que se benefician de un tratamiento hospitalario de duración menor a 24 horas. Permite reducir tanto ingresos hospitalarios innecesarios, como errores evitables en algunas altas. Debiera tener capacidad para atender al 5-10% de la demanda urgente diaria (los estándares internacionales estiman su capacidad en una cama por cada 5.000-10.000 urgencias atendidas), recomendándose que el 20% de las camas estén dotadas para la asistencia a pacientes graves o que requieran monitorización. El espacio mínimo por cama debe ser de 10 m<sup>2</sup>. Deben disponer de tomas de oxígeno, de vacío, de aire medicinal, monitores, tensiómetros, bombas de infusión de medicamentos y fungibles. Las recomendaciones internacionales aconsejan que todos aquellos SUP con más de 50.000 visitas anuales dispongan de 1 PU específicamente dedicado a esta área.

**2.2.8. Sería deseable que dispusiera de una Sala de curas y cirugía menor,** destinada a la realización de curas y suturas, con la infraestructura correspondiente (ver apéndice I).

**2.2.9. Sería deseable que dispusiera de una Sala de ortopedia / yesos,** que debiera estar próxima a la de radiodiagnóstico y contar con el material necesario (ver apéndice I).

**2.2.10. Áreas auxiliares:** el Servicio debe disponer además de:

- una sala de trabajo para el personal facultativo, que incluya biblioteca, mesa de reuniones, sillas suficientes, material informático.
- una sala confortable para el descanso del personal, con el equipo hostelero necesario: mesas, sillas y sillones, frigorífico, microondas, fregadero, teléfono.
- taquillas, aseos y duchas.
- almacén

**2.2.11. Servicios Centrales o Generales ubicados en el Área de Urgencias:**

- **Laboratorios:** el Servicio debe disponer las 24 horas del día de un laboratorio de urgencias, con las coberturas que se especifican en el apéndice II. Cuando el volumen de pacientes atendidos no justifique este despliegue en el propio Servicio, debe disponer de medios de transporte de muestras adecuados (tubo neumático, por ejemplo), así como una terminal de ordenador que comunique los resultados desde el laboratorio central. Deberán estar disponibles técnicas de micrométodo.
- **Radiología:** Sería recomendable que un Servicio con un volumen total de urgencias/año superior a los 50.000 contase con una zona de radiología exclusiva para pacientes urgentes, con sala de espera para aquéllos que su estado lo permita y una sala de informes específica. Las exploraciones radiológicas que deben ser realizables se detallan en el apéndice II. Para el resto de Servicios que no cumplan tal condición será suficiente con una zona para la práctica de dichas exploraciones en sus cercanías.

## **2.3. DOTACIÓN DE MATERIAL**

El Servicio de Urgencias debe contar con medios tecnológicos que garanticen la calidad de la atención prestada. Estos medios deben estar en continua revisión y actualización. Un listado detallado aparece en el apéndice I.

## **2.4. ORGANIZACIÓN Y DOCUMENTACIÓN.**

**2.4.1. Plan funcional asistencial:** Debería existir un Plan Funcional escrito que incluyera, al menos,

la misión, cartera de servicios, una descripción general de la estructura, organización y funcionamiento del Servicio, procedimientos, protocolos o guías de actuación clínica disponibles, responsabilidades de cada profesional y tareas a realizar en cada turno. Se debería disponer de una descripción del proceso total de la asistencia, e incorporar su representación gráfica, y que fuera fácilmente accesible para todo el personal. Es un instrumento útil para el programa de acogida, orientación y formación del personal de nueva incorporación, además de permitir la evaluación por terceros.

**2.4.2. Sistema Informático:** 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, y que permita la obtención de datos estadísticos y el almacenamiento de información que puedan utilizarse para el control de calidad y de realización de estadísticas para investigación.

**2.4.3. Sistema de triaje.** Es un hecho constatado que no todos los pacientes que solicitan asistencia en un Servicio de Urgencias presentan una patología que deba ser atendida de inmediato, por lo que es imprescindible identificar aquellas emergencias que se presenten. Para ello el Servicio debe disponer de un sistema de triaje que funcione las 24 horas del día. Esta actividad es reconocida como de alta responsabilidad, por lo que solo puede ser realizada por personal con capacitación específica: los profesionales que realizan esta labor deben ser pediatras o enfermeras/os. En este segundo caso debe estar designado un pediatra para la resolución de dudas o conflictos. Se debe disponer de un documento que describa claramente los criterios de clasificación, en función del grado de urgencia, su prioridad y el área asistencial asignada. El proceso de clasificación debe recoger al menos: motivo de consulta; nivel de prioridad según escala; destino inmediato del paciente; y valoración de constantes vitales a criterio del facultativo y según protocolo escrito si se trata de enfermería. Esta actividad no se debe excluir en los Servicios en los que por su frecuentación escasa, la demanda pueda ser organizada de una manera sencilla: estos centros también deben poseer la capacidad de valorar inmediatamente por personal sanitario la gravedad de todo paciente que solicite asistencia.

**2.4.4. Procesos asistenciales:** cada Servicio de Urgencias debe disponer de protocolos, procedimientos específicos, vías o guías de práctica clínica escritos, tanto para el personal médico como de enfermería. Deben estar consensuados al menos por el equipo del propio hospital. Debe haber el número suficiente que garantice que los procesos clínicos más frecuentes (80% del total) y más críticos se ejecuten con un nivel de calidad asistencial acorde con la evidencia científica disponible en el momento presente. Estos protocolos deben ser regularmente revisados.

**2.4.5. Hoja de asistencia, Informe al alta.** El Servicio debe cumplimentar una hoja de asistencia donde se recoja, al menos, datos de filiación, antecedentes personales y familiares, anamnesis, datos de la exploración física, resultados de las pruebas complementarias, juicio clínico, diagnóstico con el código internacional correspondiente, tratamiento, destino al alta, y médico responsable del alta. Este documento debería archivar y estar disponible para su revisión y uso, al menos durante 5 años.

**2.4.6. Consentimiento Informado y otros documentos legales:**

- El Servicio debe obtener el Consentimiento Informado en todos los procedimientos quirúrgicos, procedimientos terapéuticos y diagnósticos de riesgo en la forma en que se regula en 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.  
Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>.
- Debe también garantizar la existencia de aquellos documentos médico-legales de obligada cumplimentación. Los principales son:
  - El parte de lesiones y accidentes, por el que el médico comunica a la autoridad judicial la asistencia a un lesionado.
  - La Historia clínica e Informe de alta.
  - El Informe: documento emitido por orden de las autoridades o a petición de particulares, sobre hechos relacionados con la actividad del profesional que lo firma.

**2.4.7. Procedimientos quirúrgicos y sedoanalgesia.**

- El Servicio debe disponer de documentos escritos que describan el modo de practicar ciertos



procedimientos quirúrgicos o técnicas diagnósticas-terapéuticas agresivas, tales como abordaje de vías centrales o intraóseas, colocación de tubo torácico, punción suprapúbica, punciones articulares, etc.

- El Servicio debe disponer de documentos escritos que describan el modo de practicar los procedimientos de sedo-analgésia utilizados.

**2.4.8. Procedimientos de enfermería.** Los profesionales de enfermería que desarrollan su labor en un Servicio de Urgencias pueden tener distinto grado de experiencia, preparación o adscripción a éste, con procedencia de otros servicios, además de los problemas inherentes al trabajo habitual por turnos. Todo ello puede conllevar a diferentes criterios entre los diferentes turnos, provocando que la actuación sea diferente ante un mismo proceso, con posible repercusión sobre la calidad de la asistencia. El homogeneizar las pautas de actuación palia estos inconvenientes y reduce los riesgos médico-legales. Por ello, el Servicio debe disponer de procedimientos y planes de cuidados escritos, consensuados al menos por el equipo del propio personal del hospital. Además debe especificar aquéllos que, con carácter de mínimos, sean exigibles en general: acceso venoso periférico y extracción de analíticas, sondaje nasogástrico, sondaje vesical, administración de medicaciones inhaladas y nebulizadas, oxigenoterapia, inmovilizaciones, etc.

**2.4.9. Unidad de Observación.** El Servicio debe disponer de un documento que describa el funcionamiento de esta área, perfil de competencias de los profesionales que realizan la tarea, protocolos o guías clínicas y procedimientos técnicos de apoyo y soporte vital. Deben estar claramente definidos y escritos los criterios de ingreso y alta de esta área. El tiempo máximo de estancia en esta área debería ser 24 horas. Se debe garantizar que en todo momento los pacientes tienen un médico asignado como responsable. El personal médico en la Unidad de Observación debe estar en una relación de al menos un PU por cada 6 u 8 camas y por turno, en función de la actividad y monitorización requerida en esas camas.

**2.4.10. Programa de Formación.** Para conseguir que los SUP alcancen su nivel óptimo, éstos deberían estar implicados en la enseñanza de pregrado, postgrado y formación continuada.

- El Servicio debe realizar docencia de pregrado (médicos, enfermeros, auxiliares y parasanitarios) y de postgrado (MIR de pediatría y Familia, pediatras y médicos de atención primaria, EIR Pediatría, EIR Comunitaria...). Se deberían regular las funciones de los discentes, sus horarios tanto de labor docente como asistencial.
- Debería tener un Plan de formación continuada, que permitiera el reciclaje del propio personal en materias esenciales y/o novedosas. Para ello es recomendable que disponga con un programa mensual de sesiones clínicas, bibliográficas, de revisión de protocolos y de mejora de calidad. Se deberían realizar asimismo sesiones de enfermería.

**2.4.11. Programa de Investigación.** En los SUP existe un gran potencial investigador, debido a la diversidad de la patología médica y social atendida. El Servicio debería acreditar la existencia de una Memoria Anual de Actividades científicas (proyectos de investigación, ensayos clínicos, publicaciones, comunicaciones a congresos, ponencias, etc).

**2.4.12. Plan de catástrofes.** El Servicio debería acreditar la existencia escrita de un Plan de actuación ante catástrofes internas y externas, y realizar, al menos cada dos años, un simulacro sobre catástrofes internas y externas.

**2.4.13. Coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios.** Una respuesta eficaz y adecuada ante una situación de urgencia involucra a una serie de componentes sanitarios (Servicios de Emergencia Médica Extrahospitalarios) y no sanitarios (Bomberos, Policía, Protección Civil, Cruz Roja, ONGs...). Todos ellos tienen un papel fundamental en algunas fases de la atención a urgencias y emergencias. La actuación coordinada e integrada de todos estos componentes no se improvisa, es necesaria una planificación. Cada Servicio debe saber con que otros dispositivos puede o debe interactuar, contactar con ellos, valorar y planificar conjuntamente qué aspectos y tipos de actividades susceptibles de coordinación pueden emprenderse.

## **2.5. PROGRAMA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**2.5.1. Responsable.** El Servicio debería tener establecido y mantener un Programa de gestión

de la Calidad, bajo la supervisión de una persona designada para ello. Este responsable revisará y actualizará las políticas y procedimientos que documenten el cumplimiento de los requisitos y estándares, y que serán aprobadas por el Responsable del servicio. Asegurará la ejecución de las auditorías clínicas internas.

**2.5.2. Prevención de accidentes e infecciones.** El Servicio debería disponer en el Programa de Calidad de un apartado específico para la prevención de infecciones y accidentes durante el proceso asistencial, dirigido tanto a pacientes como al personal sanitario.

**2.5.3. Detección, análisis y corrección de incidencias.** El Servicio debería tener un sistema para la detección, documentación, registro y evaluación de errores, complicaciones y reacciones adversas que se sospechen. Es deseable que exista un Comité de Seguridad, para el desarrollo y mantenimiento de una cultura de seguridad y la gestión de las incidencias. Las acciones correctoras serán documentadas y revisadas oportunamente por el Responsable del Servicio.

**2.5.4. Programa de evaluación de protocolos asistenciales, procedimientos generales y equipamiento.** El servicio debe disponer de un programa específico para la evaluación y actualización sistemática de los protocolos clínicos, procedimientos generales y del equipamiento

considerado esencial para la ejecución adecuada de la asistencia.

**2.5.5. Autoevaluación. Indicadores.** El Servicio debería disponer de mecanismos de control de la actividad clínica, utilizando Indicadores u otros instrumentos de Calidad, con planificación de su revisión regular. Es recomendable que se utilicen los elaborados por el Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de SEUP, que figura en la bibliografía. Se debería elaborar un informe o memoria anual, conteniendo un mínimo de datos:

- Lista de diagnósticos más frecuentes.
- La tasa de hospitalización para las enfermedades y heridas más comunes.
- Las readmisiones y su tasa de hospitalización.
- El número de pacientes para cada nivel de severidad del sistema de triaje, constatando el tiempo medio en proporcionar el cuidado médico para cada nivel.
- El porcentaje de pruebas de laboratorio y exploraciones radiológicas para los diagnósticos más frecuentes.
- Es recomendable disponer de un registro para procedimientos de sedo-analgésia, politrauma y resucitación.
- Tiempo de estancia en la unidad de urgencias pediátricas por patología

En el apéndice III se detalla el listado de comprobación de todos estos requisitos exigibles a los SUP.

## 3. Resumen del plan de formación en MUP

La SEUP emite desde el año 2004 una acreditación dirigida a aquellos miembros que lo soliciten y cumplan los requisitos de formación especificados en el plan de formación en urgencias de pediatría. Actualmente las condiciones necesarias para recibir una acreditación en Urgencias de Pediatría son las establecidas en la Reunión de Presidentes de las Sociedades / Secciones Especializadas (27/03/93, Acta 1/93), que fueron posteriormente ratificadas en la Asamblea General de la AEP en su Reunión Anual de Murcia 10/10/93:

- Deseo por parte del interesado
- Ser miembro de la AEP
- Ser miembro numerario de la SEUP con una antigüedad de al menos 5 años
- Realizar o haber realizado una labor asistencial en una unidad acreditada de Urgencias de Pediatría en los últimos 5 años
- Un "curriculum vitae" de más de 3 años con actividades asistenciales, docentes y de investigación en la especialidad

El Plan de Formación del Pediatra Especialista en MPU y las características de los formadores y centros que podrían impartirlo, se detallan en otro documento de esta memoria. Los requisitos de formación coinciden con las recomendaciones del European Syllabus of Pediatric Emergency Medicine, pero adaptados a los programas de formación especializada MIR española en Pediatría, programas con algunas diferencias con respecto al resto de países europeos. A continuación se presenta un resumen del mismo.

### 3.1. TIEMPO DE ESPECIALIZACIÓN

Se considera un Tiempo de Especialización mínimo de 5 años, distribuido de la siguiente forma:

- Un periodo troncal común de 3 años en Pediatría a tiempo completo (este periodo se exige en Europa, pero en nuestro sistema MIR estaría incluido en el tiempo de formación de la respectiva especialidad).
- Un periodo de 2 años de formación en Medicina Pediátrica de Urgencias.

- Con al menos 2 meses de formación en Cuidados Intensivos Pediátricos, Anestesia y Traumatología.

### 3.2. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

La formación debe realizarse en una Unidad de Urgencias Pediátricas de un centro de 3º nivel que cumpla los siguientes requisitos:

- Unidad de Urgencias Pediátricas independiente del Servicio de Urgencias Generales.
- Existencia de un responsable médico, Jefe de Servicio, Sección o Coordinador que además sea Pediatra de Urgencias acreditado.
- Volumen de urgencias pediátricas de al menos 30000 al año.
- Existencia de al menos dos Pediatras de Urgencias acreditados.
- Estar ubicada en un Hospital con programa MIR de Pediatría acreditado.
- Estar ubicada en un hospital que tenga unidad de cuidados intensivos pediátricos y neonatales.
- Unidad de Urgencias Pediátricas capaz de ofertar todas las rotaciones del programa de formación, dentro de su propio Hospital o colaborando con otros centros.
- En general, que pueda ofertar la formación en todos los contenidos y técnicas reflejadas en el programa de formación, incluidas las quirúrgicas y traumatológicas.

Si el centro de formación no cumple todos los criterios señalados, la formación puede realizarse en forma de módulos en distintos centros. Los requisitos de centros e instructores se resumen en el apéndice IV.

### 3.3. CONTENIDOS Y OBJETIVOS DE LA FORMACIÓN

Como ya se ha comentado, los contenidos y objetivos de formación y las competencias a alcanzar en la subespecialidad de urgencias de pediatría están ampliamente descritos en el plan de formación que figura en el documento sobre formación en MPU de

esta memoria. Como resumen de las competencias a alcanzar:

- **Competencias generales de un especialista en urgencias pediátricas:** Competencias asistenciales, Competencias docente-investigadoras, Competencias administrativas, Habilidades de comunicación con la familia, Habilidades de comunicación con el personal de urgencias no médico y con otros especialistas.
- **Competencias - paciente crítico.** Conocimientos y habilidades: Maniobras de soporte vital básico y avanzado, Sepsis, Insuficiencia/fallo respiratorio agudo, Estatus epiléptico, Coma, Shock, Crisis hipertensiva, Politrauma.
- **Competencias en patología médica.** Conocimientos y habilidades en: Patología digestiva, Patología respiratoria, Patología cardiovascular, Patología onco-hematológica, Patología otorrinolaringológica, Patología neurológica, Patología infecciosa, Patología nefrológica, Trastornos hidroelectrolíticos, Patologías metabólica y endocrinológica, Dermatología, etc.
- **Competencias en patología quirúrgica.** Conocimientos y habilidades: Problemas osteoarticulares no traumáticos, Traumatismos osteoarticulares, Urgencias quirúrgicas gastrointestinales, Urgencias inguino-escrotales, Urgencias ginecológicas, Urgencias otorrinolaringológicas, Aspiración de cuerpos extraños, Urgencias maxilofaciales, Urgencias neuroquirúrgicas, Urgencias oftalmológicas, Quemaduras, Mordeduras, etc.
- **Competencias en técnicas diagnósticas y terapéuticas habituales:** analgesia-sedación, ecografía clínica, reparación de heridas, colocación de férulas, vendajes y yesos, extracción de cuerpos extraños, punción lumbar, punción articular, etc.
- **Competencias en técnicas específicas de pacientes graves.** Conocimientos y habilidades: Monitorización, Control de la vía aérea, Reanimación cardiopulmonar, Politraumatizado, etc.
- **Competencias en aspectos médico-legales.** Conocimientos y habilidades: Documentación de

urgencias, Conocimientos médico-legales generales, Confidencialidad, Autonomía y consentimiento informado, Menor maduro, Limitación del esfuerzo terapéutico, Intercepción postcoital, Interrupción voluntaria del embarazo, Maltrato sin abuso, Abuso sexual.

- **Competencias en docencia:** el PU debe optimizar durante su formación la capacidad de enseñar y transmitir de forma adecuada los conocimientos en MUP, tanto de forma individual como a grupos. Están incluidos en su trabajo la promoción de la salud y la prevención de accidentes.
- **Competencias en investigación:** el PU debe tratar de desarrollar su capacidad investigadora, estableciendo líneas de investigación que analicen diversos problemas que competen a la MUP, y que redunde en una mejoría de la eficiencia de los SUP. Para ello, en su proceso formativo deben tener instrucción formal en Estadística, Epidemiología y diseño de estudios de investigación. Además, es recomendable que disponga de un "tiempo definido" en su horario laboral, destinado a llevar a cabo estos estudios.
- **Competencias en administración:** además de proporcionar una asistencia correcta, el PU debe familiarizarse con la organización y funcionamiento de un SUP. Debe aprender a manejar los flujos de pacientes en la urgencia y desarrollar recursos para controlar tanto las situaciones de saturación y alta frecuentación de la unidad como las Catástrofes, asumiendo funciones de liderazgo. Debe aprender a establecer relaciones con otros servicios (UCIP, servicios de emergencias extrahospitalarios, hospitales comarcales, atención primaria...), para organizar y desarrollar un adecuado transporte médico, tanto intra como extrahospitalario. Debe conocer los procedimientos y documentación pertinente en los problemas médico-legales que puedan surgir, tanto en general en su actuación como pediatra como en casos específicos del ámbito de urgencias, como pueden ser los casos de maltrato y abuso sexual.

## 4. Apéndice I. El equipo y suministros

<b>Servicio de Urgencias (en general)</b>	<b>Sala de críticos: todos los artículos mencionado en el apartado general más:</b>
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	Cintas de estimación de peso tipo Broselow
Pulsioxímetros	<b>Necesidades de la Vía Aérea</b>
Aparatos de aspiración nasogástrica	Bolsa de ventilación con mascarilla
Instrumental para lavado gástrico, con sondas de diferente calibre	Tubos endotraqueales (del 2.5 al 8.5)
Bombas de Infusión	Laringoscopios (pala recta y curva) y fiadores
Calentadores de sangre y otros fluidos	Mascarillas laríngeas / otros dispositivos de vía aérea difícil
Agujas Intraóseas	Cánulas orofaríngeas.
Mascarillas de ventilación de diferentes tamaños	Sondas para tubo endotraqueal y nasales de diferentes tamaños
Nebulizadores y cámaras espaciadoras.	Material para cricotiroidotomía
Bombonas de oxígeno transportables	<b>Ventilación</b>
Bombona de heliox	Sistemas de drenaje torácico.
Instrumental para cateterización uretral.	Tubos de toracocentesis
Agujas de punción lumbar	Monitor de CO2 tidal
Dispensadores de medicación	Nebulizador
Mantas y lámparas calentadoras	Peak flow
Escalas de pesos	Pulsioxímetro
Electrocardiograma con pegatinas de electrodos de diferentes tamaños	Ventilador de transporte
Sillas de ruedas	<b>Equipo para la administración de OAF</b>
Sistemas de Inmovilización pacientes psiquiátricos de diferentes tamaños	<b>Circulación</b>
Sistema de registro de pacientes	Monitores no Invasivos.
Ordenadores, con acceso a Internet	Esfigmomanómetro Doppler y manual con manguitos de diferentes tamaños
Sistema de información toxicológica	Bombas de infusión
Sistema de clasificación de pacientes	Calentadores de sangre y otros fluidos

Sistema de comunicación con ambulancias	Tabla rígida para reanimación cardiaca
Sistema de comunicación con el personal de la unidad	Equipo para vías centrales; Agujas para reservorio central subcutáneos (Port a Cath)
Sistema para comunicarse el paciente con la enfermería	Agujas intraóseas.
Sistema de recomendaciones para pacientes al alta	Catéteres, equipos, vías IV
Juguetes y dibujos para niños ingresados. Cuentos y libros.	Monitor, desfibrilador con palas pediátricas. Parches de desfibrilar/cardiovertir, gel conductor. Monitor si posible con función marcapasos.
Equipo de autoprotección para el personal: batas, mascarillas, gafas, guantes, calzas.	<b>Trauma y resucitación</b>
Biblioteca	Material para calentamiento.
<b>Consultas / Boxes.</b>	Material para enfriamiento.
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.	Equipo de estabilización espinal, incluido collarines cervicales de diferentes tamaños y tablas espinales pediátricas /de adultos. Inmovilizaciones cervicales laterales.
Oxígeno de pared, con su correspondiente equipo: cánulas nasales, mascarillas con efecto Venturi y con reservorio.	<b>Box de ortopedia /yesos /curas</b>
Sistema de aspiración de secreciones, incluido de cánulas traqueales.	Tijera, sierra para cortar vendas, yesos
Otoscopio/ofthalmoscopio de pared/portátil	Equipos para inmovilización: vendas, férulas, yeso.
Esfigmomanómetro, estetoscopio	Material de reparación de heridas: pegamento, grapas, suturas.
Cánulas oro/naso faríngeas	Muletas
Contenedores para objetos punzantes (agujas) y biocontaminantes.	Negatoscopio
Negatoscopio	<b>Miscelánea</b>
Mobiliario y luminosidad adecuada	Material de oftalmología
Lavabo y papeleras	Equipo para administración de óxido nítrico
	Material ORL
	Ecógrafo portátil
	Material odontología/maxilofacial

## 5. Apéndice II. Radiología y otros servicios diagnósticos

<b>Estudios radiológicos</b>	Metahemoglobina
RX de tórax, abdomen.	Niveles de anticomiciales y otros medicamentos
Estudios estándar de huesos y tejidos blandos	Toxicología: screening y niveles de drogas
Radiología portátil para el niño críticamente enfermo	Proteínas, Proteína C Reactiva, Procalcitonina
Ecografía	Osmolaridad
TAC	Urea
	Otros: Lipasa, Albumina, CK, Encimas/marcadores cardiacos: proBNP, troponinas
<b>Banco de sangre</b>	<b>Hematología</b>
Disponibilidad de diferentes elementos sanguíneos	Recuento celular diferencial: en sangre, LCR y líquido sinovial
Capacidad de tipar y cruzar muestras sanguíneas	Estudio de coagulación
<b>Bioquímica</b>	Velocidad de sedimentación
Amonio	Recuento de plaquetas
Amilasa	Test de mononucleosis
Bilirrubina	<b>Microbiología</b>
Calcio	Tinción de Gram.
Carboxihemoglobina	Cultivos y antibiogramas
Creatinina	Serologías
	Técnicas de PCR a tiempo real
Electrolitos	<b>Otras</b>
Enzimas hepáticos	Urinoanálisis
Etanol	Test de embarazo
Glucosa	Test rápidos: estreptococo A, gripe...
Magnesio	

## 6. Apéndice III. Listado de comprobación de los requisitos para los SUP

O: obligado / R: recomendable	SI	NO	No aplicable
¿Existe un <b>Manual de organización</b> escrito que describa de forma general y clara la organización? <b>O</b>			
<p><b>Personal médico</b></p> <p>¿Hay un médico Responsable del Servicio con experiencia de trabajo efectivo en MPU de al menos 5 años? <b>O</b></p> <p>¿Ejerce el responsable del Servicio la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito al mismo, incluyendo facultativos de otros servicios cuando realicen su actividad en él? <b>O</b></p> <p>¿Es adecuado el número de médicos en el servicio? <b>O</b></p> <p>Si la clasificación de pacientes es realizada por un médico, ¿Existe un facultativo con esta función específica por turno? <b>O</b></p> <p>¿Tiene el personal médico experiencia suficiente en MPU? <b>R</b></p> <p>¿Tiene el personal médico formación específica en MPU? <b>R</b></p>			
<p><b>Personal de enfermería</b></p> <p>¿Existe un Enfermero Responsable del servicio? <b>O</b></p> <p>¿Existe un responsable de reposición y revisión de funcionamiento del instrumental clínico? <b>O</b></p> <p>¿Tiene el servicio enfermeros suficientes para asegurar la calidad asistencial? <b>O</b></p> <p>Si la clasificación de pacientes es realizada por un enfermero, ¿Existe un enfermero con esta función específica por turno? <b>O</b></p> <p>¿Tiene el personal de enfermería experiencia suficiente en MPU? <b>R</b></p> <p>¿Tiene el personal de enfermería formación específica en MPU? <b>R</b></p> <p>¿Tiene el servicio auxiliares de enfermería suficientes para asegurar la calidad asistencial? <b>O</b></p>			
<p><b>Otro personal</b></p> <p>¿Tiene el servicio personal administrativo y de servicios generales suficientes? <b>O</b></p> <p><b>Acceso de vehículos y peatones</b></p> <p>¿Son adecuados, independientes, disponen del espacio suficientes, están cubiertos señalizados e iluminados? <b>O</b></p> <p>Las rutas de entrada y salida de vehículos, ¿son unidireccionales? <b>R</b></p> <p>La zona de recepción de vehículos y descarga, ¿tiene una altura mínima de cuatro metros y cierre de puertas con mecanismo de fotosensibilidad? <b>R</b></p>			



<p><b>Área de Recepción y Admisión</b></p> <p>¿Hay un almacén de sillas de rueda y camillas en la zona de recepción? <input type="radio"/></p> <p>¿Permite la visión de la zona de entrada y acceso? <input type="radio"/></p> <p>¿Permite la privacidad? <input type="radio"/></p> <p>¿Dispone de espacio suficiente? <input type="radio"/></p> <p>¿Tiene acceso directo a las áreas específicas? <input checked="" type="radio"/></p> <p>¿Está dotada de personal de seguridad? <input checked="" type="radio"/></p> <p>¿Existe área de información al usuario? <input checked="" type="radio"/></p> <p><b>Sala de espera de familiares</b></p> <p>¿Está ubicada de forma adecuada? <input type="radio"/></p> <p>¿El mobiliario es adecuado? <input type="radio"/></p> <p>¿Está provista de teléfono, aseos, fuente de agua, bar automático y megafonía? <input checked="" type="radio"/></p> <p>¿Dispone de espacio suficiente? <input type="radio"/></p>			
<p><b>El Área de clasificación de pacientes o Triage</b></p> <p>¿Permite la visión de la zona de entrada y sala de espera y está cerca de la sala de críticos? <input type="radio"/></p> <p>¿Permite la privacidad? <input type="radio"/></p> <p>¿Dispone de espacio suficiente? <input type="radio"/></p> <p>¿Está bien dotada de material? <input type="radio"/></p>			
<p>¿Dispone el Servicio de sistema informático? <input checked="" type="radio"/></p> <p><b>Consultas médicas/boxes.</b></p> <p>¿Tiene un número suficiente? <input type="radio"/></p> <p>¿El espacio de cada una es suficiente? <input type="radio"/></p> <p>¿El mobiliario es adecuado? <input type="radio"/></p> <p>¿Están bien dotadas de material? <input type="radio"/></p>			
<p><b>Sala de críticos</b></p> <p>¿Es adecuada? <input type="radio"/></p> <p>¿Tiene una dotación de material adecuada? <input type="radio"/></p>			
<p><b>Área de Observación</b></p> <p>¿Tiene capacidad suficiente? <input type="radio"/></p> <p>¿Garantiza la intimidad del paciente y el trabajo de los profesionales? <input type="radio"/></p> <p>Del total de camas, ¿el 20% están dotadas de monitorización? <input type="radio"/></p> <p>¿Tiene una dotación de material adecuada? <input type="radio"/></p> <p>¿El mobiliario es adecuado? <input type="radio"/></p>			
<p><b>Otras Áreas</b></p> <p>¿La Sala de curas es adecuada? <input checked="" type="radio"/></p> <p>¿La Sala de yesos está bien dotada? <input checked="" type="radio"/></p>			

<p>¿Dispone de sala de trabajo? <input type="radio"/></p> <p>¿Dispone de sala de descanso para el personal? <input type="radio"/></p> <p>¿Dispone de biblioteca, mesa de reuniones y equipo informático? <input type="radio"/></p> <p>¿Existen baños, aseos, duchas para el personal? <input type="radio"/></p> <p>¿Existe un espacio dedicado al almacén? <input type="radio"/></p> <p>¿Se dispone durante las 24 horas del día de la posibilidad de realización de pruebas analíticas? <input type="radio"/></p> <p>Si el volumen de asistencia anual es &gt; 50.000, ¿cuenta con una zona de radiología exclusiva para Urgencias? <input type="radio"/></p> <p>¿Hay una secretaria del servicio? <input type="radio"/></p> <p>¿Está garantizada la limpieza durante las 24 horas del día? <input type="radio"/></p> <p><b>Plan funcional asistencial</b></p> <p>¿Existe un plan escrito? <input type="radio"/></p> <p>¿Dispone de una descripción gráfica del proceso total de asistencia? <input type="radio"/></p> <p>¿Es fácilmente accesible para todo el personal? <input type="radio"/></p> <p>¿Dispone de un departamento de admisión de pacientes con actividad las 24 del día? <input type="radio"/></p> <p>¿Queda registrado un número de identificación, filiación del paciente, hora de llegada y de alta, diagnóstico, destino y médico que da el alta? <input type="radio"/></p> <p>¿Existe un documento escrito del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos y técnicas que se realizan en las diferentes áreas? <input type="radio"/></p>	
<p><b>Sistema de triaje</b></p> <p>¿Existe un sistema de triaje? <input type="radio"/></p> <p>¿Se realiza las 24 horas del día? <input type="radio"/></p> <p>¿Es llevado a cabo por médicos o enfermeros?</p> <p>Si la clasificación la realiza un enfermero, ¿hay designado un médico concreto para la resolución de dudas o conflictos? <input type="radio"/></p> <p>¿Existe un documento que describa los criterios de clasificación? <input type="radio"/></p> <p>¿Queda recogido en el proceso de clasificación el motivo de consulta, el nivel de prioridad y el destino inmediato del paciente? <input type="radio"/></p>	
<p><b>Procesos asistenciales, Guías clínicas</b></p> <p>¿Existen protocolos, procedimientos específicos o guías clínicas, consensuadas por el equipo del propio hospital? <input type="radio"/></p> <p>¿Cubren estos protocolos al menos el 80% de los procesos más frecuentes? <input type="radio"/></p>	

<p>¿Están realizados de acorde a la evidencia científica actual? <b>O</b></p>		
<p><b>Hoja de asistencia, Informe al alta.</b>          ¿Se le proporciona a todo paciente un informe médico al alta?  <b>O</b>          ¿Incluye, al menos: datos de filiación, antecedentes personales y familiares, anamnesis, exploración física, resultados de pruebas complementarias, juicio clínico, tratamiento y destino al alta? <b>O</b>          ¿Es archivado este documento, de modo que sea recuperable, al menos durante 5 años? <b>R</b></p>		
<p><b>Consentimiento Informado y otros documentos legales</b>          ¿Se solicita el Consentimiento Informado en los casos previstos por la ley? <b>O</b>          ¿Existen y son accesibles los documentos médico-legales de obligado cumplimiento? <b>O</b></p>		
<p><b>Procedimientos quirúrgicos y sedoanalgesia.</b>          ¿Dispone de documentos escritos que describan los procedimientos quirúrgicos y técnicas diagnósticas que se realizan? <b>O</b>          ¿Dispone de documentos escritos que describan los procedimientos de sedo-analgesia que se realizan? <b>O</b></p>		
<p><b>Procedimientos de enfermería</b>          ¿Existen planes de cuidados de enfermería escritos y consensuados? <b>O</b>  <b>Sala de Críticos</b>          ¿Están definidos por escrito los criterios de uso de la sala de críticos? <b>O</b>          ¿Hay asignado en todo momento personal sanitario (médico y enfermería) responsable de la asistencia en esta área? <b>R</b></p>		
<p><b>Unidad de Observación.</b>          ¿Existe un documento escrito del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos y técnicas en esta área? <b>R</b>          ¿Están definidos por escrito los criterios de ingreso y alta de esta área? <b>O</b>          ¿Existe un límite de tiempo planteado en la estancia en esta área? <b>O</b>          ¿Las estancias &gt; 24 horas son menos del 10% del total? <b>O</b>          ¿Tienen los pacientes de esta área en todo momento un médico asignado como responsable? <b>O</b></p>		
<p><b>Programa de Formación, formación continuada.</b>          ¿Se realiza docencia pregrado? <b>R</b></p>		

<p>¿Se realiza docencia postgrado? <b>O</b></p> <p>¿Se realiza sesiones clínicas periódicas? <b>O</b></p> <p>¿Se realiza sesiones bibliográficas periódicas? <b>R</b></p> <p>¿Se realiza sesiones de actualización de protocolos periódicas? <b>O</b></p> <p>¿Se realiza sesiones de mejora de la calidad periódicas? <b>R</b></p>			
<p><b>Programa de Investigación.</b></p> <p>¿Existe documentación de las actividades de investigación? <b>R</b></p>			
<p><b>Plan de catástrofes.</b></p> <p>¿Existe un Plan escrito de Emergencias internas y externas? <b>O</b></p> <p>¿Es conocido por los miembros del Servicio? <b>R</b></p> <p>¿Es conocido por otros dispositivos sanitarios implicados en la asistencia de urgencias? <b>R</b></p> <p>¿Se efectúan simulacros sobre catástrofes internas y externas, al menos una vez cada dos años? <b>R</b></p>			
<p>¿Existe documentación de las actividades de coordinación con otros dispositivos sanitarios implicados en la asistencia de urgencias? <b>R</b></p>			
<p><b>Programa de Calidad</b></p> <p>¿Existe un Programa de Calidad escrito? <b>O</b></p> <p>¿Hay un responsable de dicho programa? <b>R</b></p> <p>¿Hay un apartado de prevención de la infección y accidentes en los pacientes y el personal? <b>R</b></p> <p>¿Hay un apartado de detección, análisis y corrección de errores, complicaciones y reacciones adversas? <b>R</b></p> <p>¿Se evalúan y actualizan en forma reglada los protocolos asistenciales, procedimientos generales y equipamiento? <b>O</b></p>			

## 7. Apéndice IV. Listado de comprobación de los requisitos para centros de formación en MPU y tutores

REQUISITOS: O: obligado / R: recomendable	SI	NO
Dispone de un Programa de Instrucción detallado y escrito. <b>O</b>		
Puede ofrecer todos los módulos obligatorios. <b>O</b>		
Puede ofrecer al menos dos de los módulos deseables. <b>R</b>		
Atiende al año más de 30.000 urgencias. <b>O</b>		
Tiene el SUP un responsable médico, encargado de su dirección y administración. <b>O</b>		
Presencia de al menos un adjunto de presencia física dedicado específicamente a UP las 24 horas del día, todos los días del año. <b>O</b>		
Dispone de 1 adjunto / turno, por cada 20.000 visitas anuales. <b>R</b>		
Existe las 24 horas del día al menos un residente de presencia física dedicado específicamente, y entrenado en UP durante al menos dos meses. <b>O</b>		
Tiene un Responsable de Enfermería. <b>O</b>		
Tiene un / a enfermero / turno por cada 10-15.000 visitas anuales, y un / a auxiliar de enfermería por cada 15-20.000. <b>R</b>		
Dispone de personal de apoyo (administrativos, celadores, personal de seguridad). <b>O</b>		
Dispone de relaciones establecidas, próximas con otros servicios (UCIP, SEM, anestesia, ortopedia-traumatología, cirugía infantil, oftalmología, ORL, neurocirugía). <b>R</b>		
Tiene acceso a un Servicio de radiografía las 24 horas del día (Apéndice II). <b>O</b>		
Tiene acceso a un Laboratorio las 24 horas del día (Apéndice II). <b>O</b>		
Dispone del Equipo y aparataje que se detalla en el Apéndice 1. <b>O</b>		
Tiene al menos 2 Tutores acreditados. <b>O</b>		
Tiene al menos 2 Profesores acreditados. <b>R</b>		
Dispone de un Sistema de triaje, con sus criterios detallados. <b>O</b>		
Dispone de Unidad de Observación, con sus criterios establecidos. <b>O</b> .		
Dispone de un Box específico de Reanimación, con las características descritas. <b>O</b>		

## 8. Bibliografía

---

- SEMES: Criterios de acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitales. 3ª Edición 2015. <https://semes.org/sites/default/files/manual-acreditacion-2019.pdf>
- Federación Internacional para la Medicina de Emergencias. Estándares Internacionales de Cuidados de Niños en Departamentos de Emergencias. 2012 [https://seup.org/pdf\\_public/pub/paeds\\_standards.pdf](https://seup.org/pdf_public/pub/paeds_standards.pdf)
- Royal College on Pediatrics and Child Health. Curriculum for Pediatric training. Pediatric emergency medicine 2012. [https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/april-2015-paediatric-emergency-medicine-curriculum\\_pdf-60878691.pdf](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/april-2015-paediatric-emergency-medicine-curriculum_pdf-60878691.pdf)
- Westergaard F. Promoting a patient and family-centered environment of care in the emergency department, in Krug SE. Pediatric Patient Safety in the Emergency Department. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2010.
- Alessandrini E, Gorelick M, Shaw K, Kennebeck S, et al. Using performance measures to drive improvement in pediatric emergency care. Maternal and Child Health Bureau, Emergency Medical Services for Children Webinar, 11/2/2010. Available at: <http://learning.mchb.hrsa.gov/archivedWebcastDetail.asp?id=239>.
- Woodward T. Communication involving pediatric patients and their families in the ED and beyond, in Krug SE. Pediatric Patient Safety in the Emergency Department. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2010.
- Codificación diagnóstica en urgencias de Pediatría. Sociedad Española de Urgencias pediátricas. [http://seup.org/seup/html/gtrabajo/cod\\_diagnostica.htm](http://seup.org/seup/html/gtrabajo/cod_diagnostica.htm)
- Abramo TJ. Pediatric Emergency Medicine Fellowship programs. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21: 274-280.
- American board of pediatrics web site. Changes in training requirements for subspecialty certification. Available at: <http://www.abp.org/RESIDENT/trchanges.htm>. Accessed Jun 13, 2005.
- American College of Emergency Physicians. Emergency department observations units. *Ann Emerg Med* 1995;25:863-4.
- Babl FE, Weiner DL, Bhanji F, Davies F, Berry K, Barnett P. Advanced training in pediatric emergency medicine in the United States, Canada, United Kingdom and Australia: An International Comparison and resource guide. *Ann Emerg Med*, 2005; 45: 269-275.
- Confederation Européenne des Spécialistes en Pédiatrie (CESP/UEMS): Charter on training of medical specialists in the EU: Requirements for the specialty paediatrics. UEMS no, 9415, 1990.
- Child Health Network reports. Report and recommendations of the Observation Unit Task Force. Endorsed by the Child Health Network Steering Committee on October 16, 1998. <http://www.echn.ca/hsc/chn-chn.nsf/805059e4336defc985256a1c0055e626>
- Emergency department planning and resource guidelines. *Ann Emerg Med*, 2005; 45: 231-238
- Faculty and accident and emergency medicine. Curriculum for higher specialist training in paediatric accident and emergency medicine 2001. [http://www.faem.org.uk/site/downloads/documents/curriculum\\_paeds\\_2001.doc](http://www.faem.org.uk/site/downloads/documents/curriculum_paeds_2001.doc). Accessed June 13, 2005.
- Jelinek G, Mountain D et al. Re-engineering an Australian emergency department: can we measure success?. *J Qual Clin Pract* 1999;19:133-8.
- Hue V, Bonnel C, Martinot A. Les zones de surveillance de très courte durée aux urgences: organisation et potentialités. *Archives de Pédiatrie* 2005;12 (6):706-708.
- Krug S, Kuppermann N. Twenty years of emergency medical services for children. A cause for celebration and a call for action. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21: 223-226.
- Mace SE. Pediatric observation medicine. *Emerg Med Clin North Am* 2001;19:239-54.
- Royal Australasian College of Physicians. Advanced training. Vocational training. Paediatric emergency medicine. Available at: <http://www.racp.edu.au/training/paed2003/advanced/vocational/emergency.htm>
- Royal College of physicians and surgeons of Canada web site. Specific standards of accreditation for residency programs in pediatric emergency medicine. 2001. Available at: [http://www.rcpsc.medical.org/residency/accreditation/ssas/pedem\\_e.html](http://www.rcpsc.medical.org/residency/accreditation/ssas/pedem_e.html).