

Unidad de urgencias hospitalaria

Estándares y recomendaciones

Unidad de urgencias hospitalaria

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



www.msp.s.es

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2010
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Unidad de urgencias hospitalaria

Estándares y recomendaciones



MINISTERIO DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL
Paseo, del Prado, 18-20
NIPO LÍNEA:

Unidad de urgencias hospitalaria

Estándares y recomendaciones

LISTADO DE PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Concepción Colomer. Subdirectora General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social

Dirección y coordinación

- Inés Palanca Sánchez. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS. Dirección técnica e institucional.
- Javier Elola Somoza. Director técnico. Elola Consultores S.L..
- Fernando Mejía Estebarez. Director Médico H.U. 12 de Octubre. Madrid. Coordinador científico

Comité de redacción

- Javier Elola Somoza. Elola Consultores S.L.
- José Luis Bernal Sobrino. EC Consultoría y Gestión en Sanidad S.L.
- Fernando Mejía Estebarez. Director Médico H.U. 12 de Octubre. Madrid
- José León Paniagua Caparrós. Doctor arquitecto
- Inés Palanca Sánchez. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS

Grupo de expertos

- Antonio Álvarez García. Coordinador del Servicio de Urgencias. Hospital U. Central de Asturias (Oviedo).
- Miguel Ángel Castro Villamor. Hospital U. Río Ortega (Valladolid). SEMFYC.
- Carmen Díaz Pedroche. Médico Adjunto. Servicio de Medicina Interna. Hospital Quirón (Madrid)
- Francisco Javier Fonseca del Pozo. H. Valle de los Pedroches (Pozoblanco; Córdoba). Secretario Nacional del Grupo de Urgencias de SEMERGEN.
- Gonzalo García de Casasola Sánchez. Jefe de Servicio de Medicina Interna-Urgencias. Hospital Infanta Cristina (Parla; Madrid). Sociedad Española de Medicina Interna, Coordinador del grupo de trabajo de urgencias.
- José Luis Gómez Barreno. Gerente de Empresa Pública Emergencias Sanitarias de Andalucía.
- Luis López-Andújar Aguiriano. Hospital U. de Alicante. SEMES.
- Juan Ignacio Manrique Martínez. Instituto Valenciano de Pediatría (Valencia). Sociedad Española de Urgencias de Pediatría de la Asociación Española de Pediatría.
- Fernando Mejía Estebarez. Director Médico Hospital U. 12 de Octubre. (Madrid)
- Justo Menéndez Fernández. Coordinador de Urgencias. Hospital U. Norte Sanchinarro (Madrid).
- Domingo Muñoz Arteaga. Secretario General de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias
- José León Paniagua Caparrós. Doctor arquitecto
- M^a Dolores Pérez Díaz. Adjunto de Cirugía del H.G.U. Gregorio Marañón (Madrid). Secretaria de la Sección de Politraumatizados de la Asociación Española de Cirugía.
- Manuel Quintana Díaz. Jefe de Urgencias del Hospital U. La Paz (Madrid). SEMICYUC.
- José Manuel Rabanal Llevot. Hospital U. Marqués de Valdecilla (Santander). SEDAR.
- Jerónimo Romero Nieva. Presidente de la de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

Apoyo de edición

- José de Arribas. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS. MSPS
- Alberto Segura. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS. MSPS.

ÍNDICE		
Resumen ejecutivo		
1	Introducción	10
2	Análisis de situación	13
2.1.	Saturación de la UUH	13
2.2.	Autorización y acreditación de hospitales y la UUH en España	14
2.3.	Guías de la UUH	15
2.4.	Experiencia en la UUH en España y otros países	16
3	Derechos y garantías del paciente	21
3.1.	Información al paciente y familiares. Consentimiento informado.	21
3.2.	Garantía de los derechos del paciente	23
4	Seguridad del paciente	25
4.1.	Cultura de seguridad	27
4.2.	Identificación del paciente	28
4.3.	Comunicación durante el traspaso de pacientes	29
4.4.	Prevención de infección	29
4.5.	Gestión de hemoderivados	30
4.6.	Prevención de caídas y reducción del daño	30
4.7.	Seguridad del uso de medicamentos	30
4.8.	Prevención de úlcera por presión	32
4.9.	Implicación del paciente en su seguridad	33
4.10.	Plan de autoprotección para el personal de la UUH	33
5	Organización y gestión	34
5.1	Red asistencial. Sistema de urgencias. Hospital local y la red asistencial de urgencias	35
5.2	Cartera de servicios	36
5.3	Proceso de atención al paciente en la UUH	37
5.4.	Organización y funcionamiento de la UUH	42
5.5.	Gestión de pacientes	44
6	Estructura y recursos materiales	46
6.1.	Programa funcional de la UUH: criterios	46
6.2.	Programa funcional de la UUH: descripción de zonas y locales	54
6.3.	Programa genérico de locales	79
6.4.	Material sanitario. Esterilización	81
6.5.	Limpieza de la UUH	82
6.6.	Gestión de residuos sanitarios	82
7	Recursos humanos	83
7.1.	Registro del personal sanitario	83
7.2.	Expediente personal	83
7.3.	Titulación y funciones	83
7.4.	Identificación y diferenciación del personal	85
7.5.	Medios documentales	85
7.6.	Formación continuada	86
7.7.	Criterios para el cálculo de los recursos	86
8	Calidad	90
9	Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad	95

Anexos		
1.	Criterios de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña que afectan al área de urgencias	96
2.	Recomendaciones en relación con las urgencias hospitalarias contenidas en otros documentos de estándares y recomendaciones	101
3.	Sistema modificado de alerta temprana	103
4.	Criterios de dimensionado de recursos	104
5.	Programa funcional	106
6.	Plan de equipamiento	111
7.	Indicadores de calidad para el servicio de urgencias	118
8.	Indicadores de calidad para el servicio de urgencia pediátricas	122
9.	Indicadores de funcionamiento del traslado desde otro centro	125
10.	Estándares clínicos para sistemas de urgencias	126
11.	Índice alfabético de definiciones y términos de referencia.	127
12.	Abreviaturas y acrónimos	134
13.	Bibliografía	135
Tablas		
1.1.	Niveles de asistencia hospitalaria	11
5.1.	Conjunto mínimo de servicios requeridos para mantener la UUH en un hospital local	36
5.2.	Nivel de triaje y tiempo de atención médica recomendada	39
6.1.	Zona de recepción y admisión: funciones y características	59
6.2.	Zona de consultas: funciones y características	61
6.3.	Zona de exploración, diagnóstico y tratamiento: funciones y características	68
6.4.	Zona de observación de urgencias: funciones y características	72
6.5.	Zona de urgencias pediátricas: funciones y características	76
6.6.	Zona de personal: funciones y características	79
6.7.	Programa de locales de la UUH	79
8.1.	Indicadores recomendados por la SEMES para evaluación de la UUH	91
8.2.	Objetivos de calidad y asistenciales de la UUH	94
Fotos		
1	Marquesina de acceso a una UUH	54
2 y 3	Puertas de acceso a urgencia y emergencia	55
4 y 5	Mostrador de recepción y admisión de la UUH	56
6 y 7	Sala de triaje	57
8	Sala de espera general desde el mostrador de recepción y admisión y el vestíbulo general de la UUH	58
9	Entrada de emergencias y acceso al box de reanimación	62
10, 11 y 12	Box de reanimación del paciente crítico	62
13 y 14	Boxes polivalentes y detalle de puerta de acceso	63
15 y 16	Box polivalente de exploración, diagnóstico y tratamiento	63
17, 18 y 19	Box de traumatología	64
20	Sala de espera de resultados	65
21 y 22	Control de enfermería: mostrador y zona de trabajo	66
23	Almacén de material fungible	67
24	Oficio sucio con desinfectador de cuñas	67
25	Sala de observación de adultos	71
26	Equipamiento asociado al control de enfermería	71
27	Sala de espera de pediatría	75
28	Despacho clínico	78

Resumen ejecutivo del documento de estándares y recomendaciones de la unidad de urgencias hospitalarias

1. Urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que la sufre o de su familia (OMS).

Emergencia es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

2. La UUH se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a la urgencias y la emergencia.

3. En 2007, fueron atendidas en los hospitales españoles 26.265.096 urgencias (79,4% en hospitales públicos). En España, la frecuentación de las urgencias hospitalarias se estima en 585,3 urgencias por cada mil habitantes, con un porcentaje de ingresos del 10,5%. El número total de urgencias hospitalarias aumentó un 23,2%, entre 2001 y 2007.

4. En 2007, el 52,5% de los 5.239.416 ingresos hospitalarios, fueron urgentes. Este porcentaje alcanza el 69% en los hospitales generales del SNS.

5. El Informe del Defensor del Pueblo señaló en 1988, como elementos definitorios de las urgencias, el aumento de frecuentación, la masificación (saturación) y el uso inapropiado de las urgencias hospitalarias. Estos fenómenos están ampliamente documentados a nivel internacional.

6. La tasa de frecuentación de urgencias en España es notablemente más elevada que la del Reino Unido o la de los Estados Unidos. En España, la estimación del uso inapropiado de las urgencias varía en un rango entre el 24% y 79%.

7. El 80% de los pacientes acuden a la UUH por iniciativa propia, sin ser referidos desde otros servicios. Aproximadamente un 80% de los pacientes atendidos en la UUH es dado de alta a domicilio. Entre los motivos del usuario para demandar asistencia en la UUH como primera opción, se identifica la confianza en la unidad y la expectativa de una atención rápida.

Derechos y garantías del paciente

8. **La información de la UUH al paciente debe ser clara, precisa y suficiente.**

9. Tanto la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud, requerirán, siempre que la situación lo permita, el consentimiento por escrito del paciente.

Seguridad del paciente

10. **El hospital y la UUH debe fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad.**

11. **La UUH debe actualizar con frecuencia, la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas eficaces en la reducción de errores, basadas en la evidencia científica.**

12. **Se recomienda realizar reuniones periódicas en la UUH para analizar los incidentes de seguridad y establecer medidas para prevenir nuevos incidentes.**

13. **Se recomienda realizar en la UUH, un análisis de proactivo de riesgos de aquellos procedimientos de mayor riesgo, con el fin de identificar los posibles fallos e implantar medidas**

para subsanarlos. Se recomienda efectuar al menos un análisis anual y siempre que se introduzca una nueva técnica o procedimiento de riesgo.

14. Se recomienda introducir medidas de valoración y control de la saturación de urgencias. Hay numerosos indicadores que identifican que la saturación de urgencias tiene consecuencias negativas sobre la calidad y la seguridad del paciente atendido en la UUH.

15. Algunos problemas de seguridad del paciente en la UUH derivan de factores asociados a una evaluación inicial pobre o inaceptable, a la falta de reconocimiento de deterioro en la condición clínica del paciente y la inadecuada comunicación en el traspaso de la información clínica. Se concentran en la fase de triaje y en los cambios de turno del personal.

16. Se recomienda introducir medidas de valoración del sistema de triaje de la UUH.

17. Se recomienda el desarrollo de un sistema de respuesta ante el riesgo de deterioro clínico del paciente en su estancia en la UUH.

18. Se recomienda aumentar la efectividad de la comunicación entre los profesionales implicados en la atención al paciente durante los cambios de turno y en transcurso del traslado de un paciente a otra unidad del hospital o de otro centro asistencial.

19. Se recomienda el uso de *checklist* para verificar la transferencia eficaz de los principales elementos de información clave tanto para el paciente como para el siguiente prestador de asistencia sanitaria.

20. La UUH debe disponer de un sistema que permita la identificación inequívoca del paciente. Se verificará la identidad del paciente antes de realizar cualquier intervención de riesgo sobre el mismo.

21. La UUH debe fomentar la implantación de nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC), especialmente la historia clínica informatizada y el sistema de prescripción farmacológica asistida.

22. La UUH debe disponer de protocolos actualizados de tratamiento y/o guías de uso de medicamentos, basados en la evidencia, sobre las principales enfermedades tratadas en la unidad.

23. En la UUH se evitará la prescripción de medicamentos considerados inapropiados para el anciano, por presentar una relación riesgo / beneficio desfavorable y existir alternativas terapéuticas.

24. En la UUH se efectuará una revisión de la medicación domiciliaria antes de prescribir nuevos medicamentos, para evaluar la adecuación de la medicación (indicación, efectividad, dosificación, etc.).

25. Observación de la UUH debe proporcionar una lista completa (y conciliada) de la medicación al alta del paciente, cuya atención se transfiere a atención primaria, que debe estar disponible para el profesional responsable de asegurar la continuidad de la asistencia.

26. La UUH debe disponer de un programa de vigilancia y prevención de la infección.

27. En el área de observación de la UUH se debe implantar un programa para la prevención de la caída que incluya la identificación del paciente con riesgo de caída y de las situaciones que intervienen en la misma: paso a cama, eliminación de excretas y espera radiológica

28. Se debe identificar al paciente en riesgo de desarrollar úlcera por presión y valorar el estado de la piel.

Organización y gestión

29. La gestión de la emergencia se basa en la existencia de un sistema integral de urgencias y de un centro coordinador de urgencias sanitarias. El paciente que sufre un proceso que genera situación de emergencia puede ver mejorada su esperanza y calidad de vida si se desarrolla un sistema que garantice su atención lo más rápidamente posible, lo derive al centro más adecuado para la asistencia a su proceso

agudo, evite demoras en la UUH (técnicas de “fast track”), y le proporcione el tratamiento más adecuado en el intervalo de tiempo en donde es más eficaz. Las TIC pueden facilitar la gestión de este sistema.

30. Se recomienda el desarrollo e implantación de un sistema integral de urgencias para la asistencia del paciente con ictus, politraumatismo y síndrome coronario agudo.

31. La UUH debe formar parte de un sistema de atención integral a la urgencia. La continuidad asistencial debe constituirse como el elemento nuclear del sistema, que inspira su organización y funcionalidad. Para lograr dicha continuidad asistencial es necesario avanzar en la integración funcional de los niveles e instituciones que intervienen en la atención urgente y disponer de protocolos de coordinación.

32. La integración del hospital local en redes regionalizadas, mejora la seguridad y equidad. Para ello es fundamental el uso de las TIC y el desarrollo de un sistema de movilidad / traslado urgente del paciente.

33. La UUH debe disponer de un sistema de triaje, validado, integrado en el sistema informático del hospital, que permita la rápida clasificación del paciente en función de su gravedad, asignándole un tiempo máximo de espera para ser atendido en el recurso apropiado.

34. El triaje es un método de trabajo estructurado que permite una evaluación rápida de la gravedad del paciente, de una manera reglada, válida y reproducible, con el propósito de priorizar el orden de atención médica y determinar el lugar y los medios que precise.

35. La cartera de servicios de apoyo a la UUH, debe estar en relación con el volumen de urgencias y con las características del hospital donde se ubique la unidad.

36. Los estándares de gestión y calidad asociados a un menor riesgo de saturación de urgencias son:

- El 90% de los pacientes debería ser dado de alta en la UUH, ingresado en el hospital o trasladado a otros centros, en un periodo de cuatro horas.
- El paciente de la UUH, pendiente de ingreso hospitalario, no debería permanecer en esta unidad más de doce horas (desde que se procede a la orden de ingreso)
- El tiempo máximo de observación-valoración de la evolución del paciente en la UUH debería ser inferior a veinticuatro horas
- Cuando el paciente deba permanecer en urgencias más de seis horas debe ser atendido en una unidad de observación específica

37. Se recomienda mejorar la calidad de la atención prestada al paciente ingresado en observación de la UUH, con la introducción del servicio ampliado de cuidados críticos, así como el desarrollo del sistema de seguimiento y activación.

38. La UUH debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Funcionamiento durante las veinticuatro horas del día, todos los días del año
- La protocolización del funcionamiento del equipo en la resucitación cardiopulmonar
- La protocolización de la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos más frecuentemente atendidos / realizados en la UUH.
- El cumplimiento de los estándares de seguridad y atención a los derechos del paciente.
- Disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y seguridad de la atención.
- A todo paciente asistido se le proporciona un informe de alta firmado que permita identificar al responsable de la asistencia.

39. La UUH debe disponer de un médico responsable de la unidad, con experiencia de trabajo efectivo en medicina de urgencias y emergencias

40. La UUH debe disponer de un responsable del personal de enfermería de la unidad, con experiencia de trabajo efectivo en medicina de urgencias y emergencias

Estructura

41. La UUH debe estar físicamente diferenciada del resto de áreas asistenciales del hospital (consultas externas y hospitalización). El hospital debe señalar cuidadosamente la ubicación de la UUH.

42. **La UUH deberá disponer de espacio de acceso, recepción y clasificación de los pacientes que precisan atención urgente (triaje y admisión), espera, consulta, exploración y tratamiento, observación, área de personal y apoyos.**

43. **El programa funcional de la UUH debe tener en cuenta las necesidades de todos los usuarios de la unidad, así como algunas condiciones específicas de la misma como son la ubicación y acceso, circulación y relación con otras unidades** (cuidados intensivos; hospitalización convencional; quirófano; diagnóstico por imagen y laboratorio; etc.), **seguridad y los requerimientos de los sistemas de información.**

44. La urgencia pediátrica puede estar integrada en la UUH, evitando que los niños se crucen con la circulación de emergencias. La urgencia obstétrica debe ser atendida en la maternidad hospitalaria.

Recursos humanos

45. El personal necesario en la UHH es el siguiente:

- Médico. Los facultativos que prestan servicio en la UUH son tanto los médicos de plantilla de la propia unidad como los especialistas que están de guardia de presencia física o localizada y que acuden a la UUH cuando se les requiere. El listado diario de médicos de guardia tanto de presencia física como localizada, debe estar accesible en la UUH, con la forma de contacto actualizada.
- Enfermeros y auxiliar de enfermería.
- Celador / personal de transporte interno y gestión auxiliar.
- Personal auxiliar administrativo.

46. Se recomienda que se calcule la necesidad de recursos de la UUH, sobre el mix histórico de pacientes atendidos, por turno, imputando un tiempo medio de atención médica por nivel de gravedad.

47. La organización y gestión del personal de la UUH (turnos, sustituciones, etc.) incide directamente en el dimensionado de la plantilla. La dotación de recursos humanos, tanto de médicos como de enfermeras y resto del personal, debe adecuarse a las variaciones de actividad, por turno, por días de la semana y estacionales. La mayor parte de la actividad se concentra entre las 08:00 y las 22:00-24:00 horas.

Calidad

48. El documento propone un conjunto de indicadores asistenciales y de calidad, cuyo seguimiento permitiría identificar medidas de mejora de la atención en la UUH, relacionados con la coordinación de la UUH con el sistema de urgencias; con la eficiencia de la UUH (estancia media en la UUH, tiempo medio puerta-médico y admisión-ingreso); con la calidad científico-técnica (tratamiento del ictus, síndrome coronario agudo, politraumatismo, resucitación cardio pulmonar,...); reclamaciones y altas voluntarias; satisfacción del profesional y del paciente / usuario de la UUH.

Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de la UHH

49. Se recomienda que se realice una revisión y actualización de este documento en un plazo no superior a diez años.

50. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que la próxima revisión recoja, además de los aspectos abordados en este documento, los siguientes:

- Un análisis sistemático de los estándares de las UUH, que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en este informe, homogeneizando las unidades por su volumen y complejidad.
- Se deberían desarrollar proyectos piloto que evalúen los costes y beneficios de la implantación de algunas recomendaciones relativamente novedosas en aspectos organizativos y de gestión que se han incluido en el documento, como la implantación de “sistemas de urgencias” o de procesos de “vía rápida”, especialmente para el ictus, síndrome coronario agudo y politraumatismos.
- Se recomienda que se realice un análisis de las necesidades de personal en la UUH del SNS, homogeneizando las unidades por su volumen y complejidad, así como por modelo organizativo y en función de resultados. El dimensionado de recursos humanos ha sido un motivo de debate entre los componentes del grupo que ha elaborado el documento, sin poder elaborar recomendaciones basadas en la realidad de la UUH del SNS. No existe una fórmula ampliamente aceptada o indicador sencillo para dimensionar el número de médicos necesario en la UUH.

1. Introducción

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS establece la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad que deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

El RD 1277/2003, de 10 de octubre, que establece las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, define y relaciona aquellos que deben ser objeto de establecimiento de requisitos que garanticen su calidad y seguridad. Urgencias es la unidad 68 de la oferta asistencial incluida en esta normativa, que la define como *una unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico, está destinada a la atención sanitaria de pacientes con problemas de etiología diversa y gravedad variable, que generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata*.

En la serie de documentos de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales desarrollada por el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS), se define como unidad asistencial a una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que tienen una características determinadas, que determinan las especificidades organizativas y de gestión de la propia unidad.

La unidad de urgencias hospitalaria (UUH) puede definirse como una organización de profesionales sanitarios, ubicada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias.

La UUH se configura como una unidad intermedia, que presta servicios (asistencia médica, cuidados de enfermería) hasta la estabilización del cuadro clínico a los pacientes que son finalmente ingresados en el hospital, y como un servicio final para aquellos pacientes que, habiendo acudido a la unidad, son finalmente dados de alta.

En este documento de estándares y recomendaciones se entenderá por urgencia, la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que los sufre o de su familia” (OMS). Urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata. Asociación Médica Americana (AMA).

En este documento se entenderá por emergencia, aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

En este documento se entenderá por cuidados críticos, aquellos que requieren los pacientes con niveles de necesidad de asistencia 1 a 3 de la siguiente clasificación recogida en la tabla 1.1, tomada del *Department of Health* del Reino Unido¹:

Tabla 1.1 Niveles de asistencia hospitalaria

Nivel	Descripción de la necesidad de asistencia
0	Pacientes cuyas necesidades pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización convencional de hospital de agudos.
1	Pacientes en riesgo de que su condición se deteriore, o que provienen de un nivel más alto de cuidados, cuyas necesidades de cuidados pueden ser satisfechas en hospitalización convencional con asesoramiento y apoyo del equipo de cuidados críticos.
2	Pacientes que requieren observación más frecuente o intervención, incluido el soporte a un sistema orgánico, o cuidados postoperatorios o aquellos que provienen de niveles más altos de cuidados.
3	Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos sistemas orgánicos. Este nivel incluye todos los pacientes complejos requiriendo soporte por fallo multiorgánico.
Fuente: Comprehensive Critical Care. DH (2000).	

Esta clasificación atiende a las necesidades asistenciales del paciente y no al recurso físico donde aquel está ingresado^{2,3,4,5}.

Las características de la demanda de urgencias, atención no programada generada por diferentes necesidades de asistencia, requieren una adecuada disposición y dotación de recursos de la UUH, así como su estrecha coordinación con el resto de las unidades del hospital (cuidados intensivos; hospitalización convencional; quirófano; diagnóstico por imagen, laboratorio; etc.).

Existe, para determinadas condiciones como ictus^{6,7}, politraumatismo⁸ y síndrome coronario agudo⁹, una relación entre el tiempo de atención desde la presentación del problema y la efectividad de la asistencia en términos de disminución de la mortalidad o mejora de la esperanza y calidad de vida de futuro, por lo que resulta imprescindible establecer una estrecha coordinación entre el servicio de urgencia prehospitalario (que incluye el transporte sanitario), la UUH y la unidad de cuidados críticos.

La UUH debe estar coordinada con atención primaria. Una elevada proporción de pacientes acude a la unidad por causas que pueden ser tratadas en atención primaria ya que no requieren atención inmediata.

1.1. Objetivo del documento

El documento de estándares y recomendaciones sobre la unidad de urgencias hospitalaria no tiene un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos o estándares para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación.

El objetivo del documento de estándares y recomendaciones para la UUH es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores públicos y privados, y profesionales, criterios para la organización y gestión de esta unidad, que pueden contribuir a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios, así como para su diseño y equipamiento.

La Estrategia 7 del PC-SNS: Acreditar y auditar centros, servicios y unidades asistenciales, contiene como primer objetivo el establecimiento de los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de centros sanitarios a nivel del SNS¹⁰.

El MSPS revisó¹¹ la guía de CMA¹², en el marco del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (PC-SNS), reiniciando con ese documento la elaboración de estándares y recomendaciones de seguridad y calidad, de varias unidades hospitalarias como el hospital de día médico y onco-hematológico (HdD)¹³, la unidad de pacientes pluripatológicos¹⁴, la maternidad hospitalaria¹⁵, el bloque quirúrgico¹⁶, la cuidados

paliativos, la unidad de enfermería en hospitalización polivalente de agudos y unidad de cuidados intensivos

1.2. Metodología de trabajo

Los aspectos que aborda el documento son los derechos y garantías de los pacientes, la seguridad del paciente, criterios organizativos y de gestión, la estructura física y recursos materiales, los recursos humanos, los aspectos relativos a la calidad asistencial y la revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones para la UUH.

La Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad (AC-SNS) del MSPS ha dirigido el proceso de elaboración del documento de estándares y recomendaciones dentro del marco establecido por el PC-SNS.

La elaboración del documento se ha realizado con el apoyo de un grupo de expertos, algunos seleccionado por la AC-SNS del MSPS, en base a la experiencia y conocimiento de los mismos en los aspectos relacionados con el alcance propuesto, y otros nombrados -con el mismo criterio- por sociedades científicas y asociaciones profesionales.

El coordinador científico del trabajo, designado por la AC-SNS, ha sido el Dr. Fernando Mejía Estebaranz, Director Médico del Hospital 12 de Octubre (Madrid).

La AC-SNS ha contado con un grupo de apoyo, con funciones de secretaría del grupo de expertos, seguimiento de los trabajos, apoyo técnico en las reuniones de expertos, elaboración del análisis de situación, revisión de documentos intermedios y análisis de evidencia, y colaboración en la elaboración de los distintos borradores y del documento final.

El documento de estándares y recomendaciones de la UUH se apoya en una amplia experiencia nacional e internacional, recogida en las referencias que figuran en el Anexo 13.

Este informe recoge algunas recomendaciones fuertes, en el sentido de que están amparadas por requisitos normativos o por una evidencia suficientemente sólida, a criterio del grupo de expertos que ha colaborado en la redacción del mismo. Cuando se realizan estas recomendaciones se mencionan expresamente como tales y se destacan en **negrita**.

2. Análisis de situación

La *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado* muestra que, en el año 2007, las urgencias atendidas en los hospitales españoles fueron de 26.265.096¹⁷ (79,4% en hospitales públicos), estimándose una frecuentación de las urgencias hospitalarias en España en 585,3 urgencias por cada mil habitantes, con un porcentaje de ingresos del 10,5%. El número total de urgencias hospitalarias creció un 23,2%, entre 2001-2007. El 52,5% de los 5.239.416 pacientes ingresados en hospitales en 2007 fueron ingresos urgentes. La explotación de la base de datos de GRD muestra que, en 2006, el 69% de los ingresos en los hospitales generales del SNS fueron urgentes¹⁸.

En 1988 un Informe del Defensor del Pueblo denunció el aumento de frecuentación, la masificación⁽¹⁾ y el uso inapropiado de las urgencias hospitalarias. Se trata de fenómenos internacionales, que se comparten con sistemas sanitarios próximos, como el National Health Service inglés (NHS)^{19,20}, o alejados en estructura, organización y funcionamiento, como el de los Estados Unidos^{21,22,23}. La tasa de frecuentación de la UUH en España es notablemente más elevada que la del NHS (370), con una tasa más baja de ingresos sobre urgencias (11% - 21%), y que en el sistema sanitario de los Estados Unidos de América (382).

La calidad asistencial de la UUH, influida por las condiciones en las que se desarrolla el trabajo de esta unidad, tiene un amplio margen de mejora. Una reciente publicación de la *National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death* (NCEPOD) señalaba que, en el NHS, más de un tercio de los pacientes atendidos en esta unidad había recibido una atención insuficiente desde la perspectiva clínica u organizativa y, en el 7,1% de los casos, la evaluación inicial fue considerada pobre o inaceptable¹⁹.

2.1. Saturación de la UUH⁽²⁾

La saturación de la UUH es un problema que afecta a la mayoría de los países, independientemente de su nivel socioeconómico. La situación de sobrecarga en urgencias es un problema de todo el hospital, y no exclusivo de la UUH.

Las causas mas frecuentemente implicadas en la saturación de urgencias, identificadas en una reciente revisión sistemática²⁴, son las siguientes:

- Obligación de la UUH de atender al paciente con patología no urgente (que en algunos hospitales supera el 70% de las urgencias). La movilidad de la población y la dotación de hospitales más próximos a los ciudadanos, facilitan el acceso a la UUH.
- Alta derivación de pacientes muy ancianos y con pluripatología⁽³⁾ a la UUH
- Pacientes hiperfrecuentadores⁽⁴⁾.
- Factores estacionales, como la epidemia de gripe en invierno o la agudización asma bronquial en primavera.
- Personal sanitario insuficiente o con inadecuada preparación.
- Retrasos en la realización del ingreso o en el transporte en ambulancia.
- Falta de camas para el ingreso en el hospital. En muchos estudios esta es la causa más importante de saturación de la UUH²⁵. En la mayoría de hospitales se prioriza el ingreso del paciente en lista de

⁽¹⁾ Se ha optado por utilizar el término *saturación* para la traducción de la palabra inglesa *overcrowding*.

⁽²⁾ Apartado elaborado por Gonzalo García de Casasola.

⁽³⁾ En el documento de estándares y recomendaciones de la Unidad de pacientes pluripatológicos se propone un modelo de gestión asistencial que tiene como uno de sus indicadores de resultados la disminución de la frecuentación de la UUH de este tipo de pacientes (Unidad de pacientes pluripatológicos: estándares y recomendaciones. AC-SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009).

⁽⁴⁾ Los paciente pluripatológicos constituyen un subgrupo de pacientes de elevada frecuentación de la UUH.

espera quirúrgica. Este criterio de priorización es, para muchos, un indicador de fracaso del sistema sanitario²⁶.

La saturación de la UUH dificulta la correcta atención sanitaria al paciente cuando el tiempo de instauración del tratamiento es fundamental (síndrome coronario agudo, ictus isquémico agudo, traumatismo grave); provoca retrasos diagnósticos, se relaciona con un aumento de la morbi-mortalidad²⁵; favorece el error humano, incrementa la mortalidad hospitalaria^{24,25,27}; e incrementa la estancia media hospitalaria.

La saturación de la UUH reduce la satisfacción del usuario, por lo que incrementa el número de quejas y eleva el porcentaje de pacientes que abandona la urgencia sin ser atendido²⁸.

Se recomienda que el sistema de información de la UUH permita identificar la situación de saturación de urgencias. No hay una forma uniformemente aceptada para cuantificar la saturación de urgencias. Algunos indicadores permiten alertar sobre la situación de saturación de urgencias^{29,30}.

- Tiempo de espera media > 60 minutos (filiación administrativa - valoración por un facultativo).
- Camas/boxes de urgencias ocupados al 100% más de seis horas al día, que implica la existencia de pacientes en el pasillo.
- Sensación de sobrecarga por parte de los facultativos (criterio subjetivo) más de seis horas al día.
- Número de días al año en los que no hay disponibilidad de camas en el hospital para ingresar al paciente que lo necesita (esto generalmente sucede cuando el índice de ocupación de camas del hospital es superior a 90%).
- Tiempo > 4 horas (orden de ingreso-sube a planta de hospitalización). Este tiempo está relacionado con la falta de disponibilidad de camas.
- Número de pacientes filiados para ser valorados en urgencias que abandonan el hospital sin ser atendidos (altas voluntarias).

2.2. Autorización y acreditación de hospitales y la UUH, en España

Tanto la administración general del estado como la totalidad de comunidades autónomas disponen de normas relativas a la autorización y registro de centros y establecimientos sanitarios. Existen dos tipos de normas: las de autorización y registro, que evalúan un centro antes de su puesta en funcionamiento, y las de acreditación, que lo evalúan con posterioridad a su funcionamiento.

Todas las comunidades autónomas disponen de normas de autorización de centros y establecimientos sanitarios. Desde la aparición del RD 1277/2003, diez comunidades han modificado su legislación autonómica para adaptarla a esta nueva realidad normativa, en tanto que otras siete mantienen la previa. La normativa de autorización de centros sanitarios de Canarias exige que el hospital general cuente con UUH⁽⁵⁾ y establece sus requisitos mínimos.

La acreditación se define como un proceso por el que una organización se somete de forma voluntaria a un sistema de verificación externa que evalúa y mide el nivel en que se sitúa en relación a un conjunto de estándares, previamente establecidos, consensuados con los expertos y adaptados al territorio.

Las experiencias de acreditación de centros y servicios sanitarios en España son escasas. Cuatro comunidades (Andalucía, Cataluña, Galicia y Extremadura) disponen de normativa y programas oficiales de acreditación basados en evaluación externa y voluntaria. En algunos casos existen programas de

⁽⁵⁾ Orden de 15 de junio de 2000, de la Consejería de Sanidad y Consumo.

acreditación de algún tipo de centros, servicios o actividades, como la extracción y trasplante de órganos, la reproducción asistida o la hemoterapia.

Andalucía basa su sistema de acreditación en el Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía⁽⁶⁾. El programa se basa en un patrón de referencia que comprende una serie de estándares característicos del Sistema Sanitario Público Andaluz. En el sistema de indicadores no hay ninguno referido de forma específica a las UUH.

Cataluña es la comunidad autónoma que desarrolló en primer lugar un procedimiento oficial para la acreditación de centros sanitarios. El sistema actual es el tercero⁽⁷⁾, regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras. Se completa con dos manuales de acreditación con los estándares establecidos^{31,32}. Existen criterios de acreditación específicos al proceso de atención urgente, así como otros criterios que afectan a la UUH (Anexo 1).

La comunidad autónoma de Galicia estableció en 2001 un sistema de acreditación de centros hospitalarios, regulado por decreto⁽⁸⁾. Es de aplicación a los centros hospitalarios pertenecientes a la red asistencial del Servicio Gallego de Salud, y los que actualmente tengan suscritos o quieran suscribir conciertos con éste, deberán obtener el certificado de acreditación previsto en el referido decreto. En relación con las UUH señala que los hospitales generales deberán disponer de un área de urgencias con capacidad asistencial, dirección y organización acordes con la complejidad de los servicios que ofrece el hospital y adecuadas al cumplimiento de sus fines, estableciendo los requisitos organizativos y estructurales mínimos para estas unidades.

De forma similar a los modelos de Andalucía y Galicia, el sistema de Extremadura de acreditación de centros de 2005 se orienta a centros sanitarios tanto ambulatorios como hospitalarios con carácter general, y no hace referencia a las UUH⁽⁹⁾.

2.3. Guías de la UUH

Tanto el MSPS como las comunidades autónomas han elaborado guías para algunas unidades, que sin tener carácter normativo persiguen la elaboración de estándares y recomendaciones. El Servicio de Salud de Castilla y León ha elaborado una guía sobre *Estructura de un servicio de urgencias hospitalarias*³³. En el marco de los trabajos para la elaboración del mapa sanitario de Cataluña³⁴, se elaboró un amplio informe sobre la actividad y organización de los servicios de urgencia hospitalarios. El grupo de trabajo de la Dirección Provincial de Insalud en Madrid, analizó en 1996 las urgencias sanitarias en esa comunidad autónoma, y elaboró propuestas de organización y gestión de la UUH, como su configuración como unidad de gestión del hospital, disponer de un responsable, identificarla como servicio final, dotarla de una plantilla específica y nombrar un responsable³⁵.

⁽⁶⁾ Resolución de 24 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación por la que se establece el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el modelo de calidad del sistema sanitario de Andalucía.

⁽⁷⁾ Decreto 5/2006, de 17 de enero, de la Generalidad de Cataluña.

⁽⁸⁾ Galicia. Decreto 52/2001, de 22 de febrero.

⁽⁹⁾ Extremadura. Decreto 227/2005 de 27/septiembre. Orden 18/julio de 2006.

2.4. Experiencia en la UUH, en España y otros países

El aumento de la demanda asistencial urgente, la saturación de la UUH y la inadecuada utilización de este servicio son hechos compartidos por la mayor parte de los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados. La estimación de uso inapropiado varía en un rango de “menos del 10%” a “más del 75%”³⁶, en una revisión sobre la UUH en distintos países desarrollados (Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Suecia), que se señala que no parece existir un método efectivo para reducir la demanda de casos leves e inapropiados sin demorar los casos graves.

Un Informe elaborado por el College of Emergency Medicine (CEM) y la British Association for Emergency Medicine (BAEM), como consecuencia de las recientes reformas de este servicio en el NHS inglés, en el que se analizan *siete mitos sobre la UUH*³⁷, se muestra escéptico con la posibilidad de derivar eficazmente una parte relevante de la demanda asistencial de la UUH hacia otros servicios de atención primaria, comunitarios y *call centers*. El análisis de este aspecto y respuesta que se dé al mismo en el SNS es relevante para la adecuada configuración del servicio.

España

Desde la publicación del Informe del Defensor del Pueblo en 1988 hasta la actualidad, se ha producido un importante incremento de la demanda asistencial de la UUH en España. La tasa de frecuentación a la UUH en hospitales de agudos, se incrementó un 24% en 8 años (1997-2005). En este mismo periodo, y en términos absolutos el incremento fue de un 37%⁽¹⁰⁾, a pesar del desarrollo de los dispositivos de atención continuada en atención primaria^{(11),38}.

Se estima una frecuentación de 460 urgencias totales por 1.000 habitantes y año³⁹ para el SNS y de 562 urgencias por 1.000 habitantes y año para el conjunto del sistema sanitario español.

La estimación del uso inapropiado de la UUH en España varía en un rango entre el 24% y 79%³⁶. La mayor parte de los pacientes acuden de forma espontánea a la UUH, a pesar de que la mayoría conoce el funcionamiento de la atención continuada en atención primaria⁴⁰. Se puede estimar que un 80% de las urgencias hospitalarias se realizan a iniciativa del paciente, sin ser referido desde otros servicios^{34,35,(12)}. Aproximadamente un 80% de los pacientes son dados de alta a domicilio. El usuario elige como primera opción la UUH por mayor confianza y la expectativa de atención más rápida en ella⁴⁰.

Una investigación cualitativa realizada en un área rural y otra urbana de Cataluña puso de manifiesto la importancia del análisis de la frecuentación de la UUH desde la perspectiva del usuario. El conocimiento de la oferta de servicios (nivel de información), las experiencias previas y la situación vital de la persona modulan el tipo de demanda originada tras el autodiagnóstico del paciente ante la pérdida de su nivel de salud. El paciente acude al dispositivo donde cree que su atención va a ser más efectiva, en términos de seguridad (confianza) y calidad técnica, y en ausencia de criterios éticos o de gasto⁴¹.

El Estudi sobre L'Activitat i L'Organització dels Serveis D'Urgències Hospitalaris, referido al conjunto de hospitales de agudos de la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña, señala un tiempo medio de 13,59' ($\pm$ 16,4) desde la llegada del paciente a la UUH hasta el triaje⁽¹³⁾; de 66,7' ($\pm$ 84,01) desde llegada a la consulta; 173,4' ($\pm$ 316,1) desde la visita al alta; y 221,5' ($\pm$ 329,2) desde la llegada a la UHU

⁽¹⁰⁾ Fuente: INE (<http://www.ine.es>), elaboración propia.

⁽¹¹⁾ Véase, por ejemplo: Guerra J, Aguilera M. Atención a Urgencias-Emergencias, en: Aguilera M, Alfaro M, Crespo B, y otros (Coord.). Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. INSALUD, 2002; pp.: 78-96.

⁽¹²⁾ En: Estudi Sobre L'Activitat i L'Organització dels Serveis D'Urgències Hospitalaris. Informe final. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Referencia 28. El 79,6% de los pacientes acudieron por iniciativa propia a la UUH de los hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña.

⁽¹³⁾ En el documento se utiliza indistintamente los términos de clasificación y triaje.

hasta el alta. Un 24,1% de los pacientes tenían tiempos superiores a las 4 horas desde la llegada al alta. La duración del episodio en urgencias era superior a 8 horas y 24 horas en el 8,5% y 1,9% de los casos, respectivamente. La tasa de reingresos en menos de 72 horas era, en este estudio, del 6%.

Utilizando la fuente de datos del Estudi sobre L'Activitat i L'Organització dels Serveis D'Urgències Hospitalaris, el 20% de los episodios de urgencia hospitalarias estaba generado por pacientes menores de 15 años, y el 19% por mayores de 64 años. En la distribución por especialidades, el 37,5% se clasificaban como urgencia médica o *urgencia*; el 20% como traumatología; el 17%, pediátrica; el 9%, quirúrgica; el 9% gineco-obstétrica; el 1% de salud mental; y un 6% restante como *otras especialidades*. Las categorías diagnósticas mayores más frecuentes eran el sistema músculo-esquelético (8%), piel y mama (6%), ORL (5%), respiratorio (4%) y digestivo (4%).

En un estudio que utilizaba los Ambulatory Patient Groups (APG), basándose en la recogida de un conjunto mínimo y básico de datos (CMBD) de alta adaptado a la UUH, en seis hospitales de Barcelona, 10 categorías de APG explicaban el 20% de la casuística⁴²: bronquitis aguda (2,7%); gastroenteritis y colitis no infecciosas (2,6%), fiebre (2,5%), rinoфарингитis aguda/resfriado común (2,4%), otitis media aguda (2%), dolor torácico (2%), lumbalgia (1,7%), cólico renal (1,4%), esguinces de tobillo (1,2%) y supervisión del embarazo (1,1%).

El 84% de los pacientes que acudieron a la UUH de hospitales de agudos de Cataluña fue catalogado de complejidad baja (alta a domicilio sin necesidad de seguimiento especial posterior).

La estimación de efectos adversos en hospitalización relacionados con la atención en la UUH es, en nuestro medio, del 0,75%⁴³.

En relación con aspectos organizativos y de gestión, existen dos experiencias de integración de la UUH con la unidad de cuidados intensivos⁴⁴, una en el Servicio Andaluz de Salud⁽¹⁴⁾ y otra en el Hospital San Pablo (Barcelona). Ambas iniciativas tienden hacia una concepción más integrada de la gestión clínica del paciente que requiere cuidados críticos, en la misma línea que iniciativas impulsadas en otros países occidentales desarrollados (Australia, Canadá, Estados Unidos y Reino Unido), si bien no se dispone de estudios que comparen indicadores de procesos o resultados que permitan evaluar la eficacia de estas experiencias. Una revisión de la experiencia andaluza, elaborada por la SEMES y la Escuela Andaluza de Salud Pública, sugiere la conveniencia de integración de la UUH con los servicios de urgencia de atención primaria⁴⁵.

La SEMES, con el antecedente de la elaboración de criterios de calidad por procesos en 1998⁴⁶, ha desarrollado un sistema de acreditación de la UUH con criterios obligatorios y recomendaciones^{47,48}, que incluye especificaciones para la urgencia pediátrica, adaptadas a las recomendaciones de la SEUP así como aspectos organizativos y de gestión adaptados a otras guías relacionadas con la UUH^{49,50}.

Recientemente se ha publicado el Manual de indicadores para el servicio de urgencias de hospitales⁵¹.

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias⁽¹⁵⁾ (SEEUE) ha elaborado *Estándares de enfermería de urgencias*⁵², y recomendaciones para la *Recepción acogida y clasificación asistencial de pacientes en urgencias*⁵³.

El Manual de acreditación para la formación médica especializada del MSPS incluía criterios de asistencia al paciente en la UUH. Un estudio, publicado en 2004, realizado sobre nueve hospitales de siete comunidades autónomas, evaluando el cumplimiento en la UUH de los criterios de acreditación docente, señalaba que los servicios de urgencia disponían en general de una dotación tecnológica adecuada,

⁽¹⁴⁾ Resolución 6/1994, de 15 de marzo por la que se crea el servicio de cuidados críticos y urgencias en hospitales del Servicio Andaluz de Salud.

⁽¹⁵⁾ www.enfermeriadeurgencias.com

definían las prestaciones ofertadas, realizaban una evaluación inicial de las necesidades asistenciales - pero sin asignación de niveles de riesgo- y disponían de protocolos de actuación. Como área de mejora señalaba la adecuación de la UUH a la demanda asistencial, la garantía de la confidencialidad en la información a pacientes, el desarrollo de normas reguladoras de su organización y funcionamiento, el desarrollo de programas de calidad específicos y la supervisión del residente en la guardia en la UUH⁵⁴.

Estados Unidos

El sistema sanitario de los Estados Unidos de América comparte con el sistema sanitario español -a pesar de sus notables diferencias- algunos de los problemas de la UUH: aumento de la frecuentación, saturación, uso inadecuado y largos tiempos de espera²³. En 2006 el *Institute of Medicine* publicó un informe titulado “*The Future of Emergency Care in the United States Health System*”⁽¹⁶⁾ que señalaba como elemento más relevante la saturación de la mayoría de los servicios de emergencia. Los retrasos derivados de esta situación contribuían a bajos niveles de calidad asistencial, insatisfacción del paciente, incremento de costes, riesgos potenciales y estrés para pacientes y profesionales. Una de las causas de la elevada frecuentación de la UUH en los Estados Unidos puede ser la insuficiente cobertura sanitaria de algunos grupos de población⁵⁵. En un estudio realizado sobre hospitales universitarios se estimó que, como media, en el 35% (rango: 12-73%) del tiempo existía saturación de la UUH (*Emergency Department*)⁵⁶.

El *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) ha desarrollado una iniciativa para la mejorar la gestión clínica y organización de la UUH en los Estados Unidos⁽¹⁷⁾. *Urgent Matters*, es una iniciativa nacional financiada por la *Robert Wood Johnson Foundation (The George Washington University)*, dedicada a identificar y, desarrollar estrategias para mejorar el proceso de atención al paciente y reducir la saturación de la UUH⁽¹⁸⁾.

En los estándares de la *Joint Commission* para el hospital de agudos no existen referencias específicas a la UUH, siendo aplicable a ésta los criterios de la hospitalización convencional⁵⁷.

La *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) ha desarrollado un índice de valoración de la severidad en urgencias, como instrumento de triaje⁵⁸.

El *American College of Emergency Physicians* (ACEP)⁽¹⁹⁾ ha publicado numerosos documentos sobre los distintos aspectos de la emergencia, incluyendo los relativos a administración y gestión^{59,60,61,62}.

La *Emergency Nurses Association* (ENA)⁽²⁰⁾ ha publicado numerosos documentos^{63,64,65,66,67,68,69} sobre la UUH.

⁽¹⁶⁾ <http://www.iom.edu/CMS/3809/16107.aspx>. Consultado el 31.12.08.

⁽¹⁷⁾ <http://www.ihl.org/IHI/Programs/InnovationCommunities/IMPACTICImprovingED2006.htm> Consultado 31.12.08

⁽¹⁸⁾ <http://urgentmatters.org/317165> Consultado 31.12.08

⁽¹⁹⁾ <http://www.acep.org> Consultado 31.12.08

⁽²⁰⁾ www.ena.org. Consultado 31.12.08

Reino Unido

En 1992 el NHS inglés publicó la *Health Building Note* nº 22 sobre *Accident and emergency department in an acute general hospital*⁷⁰, centrada en aspectos de diseño e instalaciones de la UUH⁷⁰.

Los problemas señalados en un documento de 2001 del Departamento de Salud de Inglaterra en relación con la asistencia urgente eran los siguientes^{71,(21)}:

- Sobrecarga de trabajo del personal de la UUH (A&E Department), debido al incremento de la demanda (un 16% en 10 años).
- Índices de ocupación elevados de las camas de hospitalización convencional (90%), con un incremento del 20% de los ingresos urgentes.
- Retrasos en las altas hospitalarias, por falta de recursos sociales.
- Competencia por recursos entre pacientes con necesidades urgentes y programadas.
- Servicios diagnósticos y terapéuticos no disponibles durante las tardes y los fines de semana.
- Única lista de espera en muchas UUH.
- Barreras profesionales e interespecialidades.
- Selección inadecuada por el paciente del lugar del servicio.
- Fragmentación del servicio
- Variaciones en los niveles de asistencia en diferentes partes del sistema.

Como consecuencia de este análisis el Departamento de Salud inglés ha desarrollado un programa de reformas de la UUH^{72,73}, con el objetivo de que ningún paciente tarde más de cuatro horas desde la llegada al servicio hasta su alta, ingreso o traslado (un reciente estudio de la *Healthcare Commission* mostraba que en el 97,9% de los pacientes se lograba este objetivo²⁰). El objetivo de las cuatro horas admite excepciones clínicas para garantizar la calidad del servicio⁷⁴.

Un reciente informe de la NCEPOD¹⁹, señalaba la existencia de fallos en la calidad de la asistencia prestada en la UUH. En un 7,1% de los casos la evaluación inicial se consideró como pobre o inaceptable. En el 15,1% de las UUH no se disponía de tomografía axial computerizada (TAC) durante las 24 horas y en un 4,8% se producían retrasos en pruebas complementarias. Un 69% de los pacientes estaban bajo la responsabilidad de *consultants* con más de una actividad mientras estaban en situación de alerta. En el 50% de los casos no se pudo determinar el momento en el que el paciente fue revisado por un *consultant*. El 6,8% de los pacientes no tenían controles clínicos adecuados, tanto por tipo o frecuencia. La necesidad de establecer un sistema sistemático de controles clínicos y alertas (*track and trigger*) coincide con los criterios desarrollados por la *Joint Commission* para la acreditación del hospital de agudos (especialmente en el apartado de *Provision of care, treatment and services*), y especialmente con las recomendaciones de la guía NICE para la asistencia al paciente agudamente enfermo⁷⁵. En el mismo sentido, el estudio de la *National Patient Safety Agency* incide en la necesidad de reconocer mejor al paciente en riesgo o con signos de deterioro⁷⁶.

El informe de la NCEPOD concluía con un conjunto de recomendaciones, haciendo énfasis en la necesidad de supervisión de la actividad por un especialista competente, registro de la actividad, disponibilidad de TAC las veinticuatro horas del día. El informe de la *Healthcare Commission*²⁰ contiene asimismo recomendaciones, haciendo énfasis en la necesidad de que los *Primary Care Trust* (equiparable, en cuanto ámbito geográfico y poblacional, a un área de salud) dispongan de un plan para la prestación de un sistema integrado de urgencias y emergencias para el conjunto del área.

⁽²¹⁾ Se reproducen en este documento por las coincidencias con algunos problemas del sistema de urgencias y por resaltar la naturaleza sistémica de los mismos.

Las sociedades científicas y colegios profesionales del Reino Unido han publicado numerosos informes en relación con la asistencia sanitaria urgente^{77,78,79,80,81,82}. Asimismo, el *Institute for Public Policy Research* ha publicado un interesante informe sobre el *hospital del futuro*, que aborda ampliamente aspectos relacionados con la asistencia urgente⁸³. Una de las líneas estratégicas comunes a estos documentos es la propuesta de una mayor integración de servicios, con tendencia hacia la concentración de servicios de alta complejidad dentro de una red, en unidades más grandes y mejor equipadas, en el sentido propuesto por los colegios de cirujanos del Reino Unido⁸⁴.

Una publicación del *Institute for Innovation and Improvement* del NHS, centrada sobre algunos procesos y la asistencia sanitaria en la UUH⁸⁵, señala algunos objetivos y criterios organizativos y de gestión, así como la publicación de la *National Audit. Office*, que analiza el funcionamiento de estos servicios en Inglaterra⁸⁶.

3. Derechos y garantías del paciente

El hospital deberá observar y respetar los derechos del paciente recogidos en la legislación sanitaria vigente. En este capítulo se recogen con cierto detalle aspectos sobre la información a pacientes y familiares de la UUH y, de forma general, aquellos otros incluidos en la normativa y que deben ser tenidos en cuenta en esta unidad y, en el hospital donde se ubique.

3.1. Información al paciente. Consentimiento informado

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención. Por ello, como principio general, la información debe ser clara, precisa y suficiente.

La información que debe entregarse al paciente atendido en la UUH atenderá a los siguientes aspectos:

- Información sobre las características generales de la UUH.
- Información detallada sobre los procesos, su tratamiento y cuidados en la UUH.
- Consentimiento informado, en los supuestos contemplados por la Ley⁽²²⁾.
- Instrucciones y recomendaciones

Información sobre las características generales de la UUH

Se debe facilitar información ordenada sobre las condiciones que rodean la estancia del paciente en los diferentes recursos de la UUH: horario, normas para acompañantes, uso de la sala de espera, etc.

La información sobre las características generales de la UUH habrá de expresarse en los idiomas de los usuarios que la utilizan con mayor frecuencia.

Información sobre los procesos, su tratamiento y cuidados en la UUH

Se recomienda que la información aportada al paciente conste de los siguientes apartados:

- Información clara y entendible sobre el proceso que motiva atención del paciente en la UUH.
- Información clara y entendible sobre cuidados y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, realizados en la UUH.
- El profesional informará al paciente y cuidador sobre las medidas que han de adoptarse como consecuencia del plan terapéutico y de cuidados.

⁽²²⁾ Ley 88/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Art. 8.2 *Se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente*

Consentimiento informado

Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado con información particularizada por cada procedimiento diagnóstico o terapéutico de estas características incluido en la cartera de servicios de la UUH.

La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirá su consentimiento por escrito, según lo previsto en la legislación aplicable.

La realización de cualquier procedimiento que implique un cierto nivel de riesgo debe disponer de un entorno de información necesario para que el paciente y, en su caso, familia /cuidadores puedan conocer estos riesgos y las consecuencias de no asumirlos.

El consentimiento informado está regulado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (B.O.E. 274, 15 de noviembre de 2002). En ella se define como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. En cada hospital deberá elaborarse un documento de Consentimiento Informado adaptado a cada actividad y especialidad clínica.

El consentimiento informado abordará de forma específica los aspectos relativos al procedimiento a realizar, incluyendo unos apartados mínimos de información ⁽²³⁾:

- Identificación del enfermo, del profesional que indica y pide el consentimiento, y de los servicios médicos que lo llevarán a cabo
- Nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Riesgos generales y específicos personalizados
- Beneficios esperados y alternativas diagnósticas/terapéuticas
- Información del derecho a aceptar o a rehusar lo que se le propone y a retractarse del consentimiento ya decidido, e información del derecho a explicitar los límites que crea convenientes
- Confidencialidad y uso de datos
- Fecha del consentimiento
- Apartado diferenciado para el consentimiento del representante legal
- Declaraciones y firmas (paciente y médico)
- El documento será emitido por duplicado (una copia para el paciente/tutor legal y otra para la historia clínica) y el paciente podrá disponer de un facultativo para aclarar dudas o ampliar la información.

En el caso de que para realizar el procedimiento sea necesario algún tipo de anestesia, es precisa también la obtención de consentimiento informado sobre la técnica anestésica una vez realizada la valoración del riesgo anestésico e informado el paciente de forma clara sobre el acto anestésico. Esta autorización específica generalmente se introduce en el documento de consentimiento para el procedimiento.

EL NQF recomienda preguntar a cada paciente o tutor legal explicar en sus propias palabras la información clave sobre los procedimientos o tratamientos para los que se solicita el consentimiento⁸⁷.

⁽²³⁾ Comité de Bioética de Cataluña .Guía sobre el consentimiento informado. Octubre 2002.

En España, las instrucciones previas (o voluntades anticipadas) han sido reguladas en la ley de autonomía del paciente, que las define como el documento por el que la persona mayor de edad manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situación en la que no sea capaz de expresar personalmente su opinión sobre los cuidados y el tratamiento de su salud^{(24),88}.

El clínico que atiende a un paciente y que cree que no sería ninguna sorpresa que falleciera en los siguientes seis meses, debe realizar una planificación avanzada de sus cuidados, para que la asistencia sea consistente en situaciones más avanzadas de la enfermedad^{89,90}.

3.2. Garantía de derechos del paciente

El hospital con UUH deberá disponer de la siguiente documentación y procedimientos, además de aquellos más específicos incluidos en el apartado 3.1.:

- a) La cartera de servicios
- b) El plan de acogida
- c) El código ético
- d) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados
- e) Los procedimientos escritos de ensayos clínicos
- f) La historia clínica
- g) Procedimiento sobre instrucciones previas
- h) El informe de alta médica y de enfermería de continuidad de cuidados al alta
- i) Protocolo que garantice la seguridad, confidencialidad y el acceso a los datos del paciente
- j) El libro de reclamaciones y sugerencias
- k) La póliza de seguros.

Se deberá garantizar el derecho de acceso a estos documentos por parte del paciente o personas vinculadas por razones familiares o de hecho, en los términos señalados en la legislación vigente, a excepción de los señalados en los apartados d), e) e i).

A continuación se desarrollan, con especial referencia a la UUH, algunos aspectos relativos a estos derechos. Los apartados cartera de servicios e historia clínica están contemplados en el capítulo 5 de este documento, sobre organización y gestión.

Plan de acogida

El hospital dispondrá de un plan de acogida destinado al paciente ingresado. La UUH puede contar con un plan de acogida destinado al paciente, en el que se recoja la información general señalada en el apartado 3.1.1, y 3.1.2, así como la relacionada con el listado anterior de derechos y deberes del paciente.

Código ético

El hospital con UUH dispondrá de un código ético, en el que se plasme el conjunto de principios y reglas éticas que inspirarán su actividad.

⁽²⁴⁾ Artículo 11. Instrucciones previas, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Guías de práctica clínica

Como en el resto de unidades y servicios del hospital, la UUH dejará constancia documental fehaciente de las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados que apliquen en cada una de las prestaciones de su cartera de servicios, junto con sus evaluaciones y, en su caso, modificaciones y adaptaciones.

Procedimientos de ensayos clínicos

La realización de ensayos clínicos deberá sujetarse a las condiciones y garantías establecidas en su legislación específica.

Lista de precios

El hospital con UUH deberá disponer de una lista de precios a disposición del usuario, que deberá ser comunicada a la administración competente de acuerdo con la normativa específica en la materia.

4. Seguridad del paciente⁽²⁵⁾

Los avances en medicina producidos en siglo XX han modificado completamente el pronóstico y el tratamiento de muchas enfermedades. Sin embargo, esta evolución ha ido acompañada de numerosos factores, especialmente de un enorme incremento en la complejidad, la especialización y la segmentación de la asistencia, que implican un mayor riesgo y posibles daños innecesarios para el paciente. La provisión de asistencia sanitaria entraña unos riesgos superiores en ocasiones a los de otras actividades o incluso otras situaciones consideradas de riesgo⁹¹.

El error asistencial tiene consecuencias graves para el paciente y su familia, genera un coste asistencial y económico muy elevado, erosiona la confianza del paciente en el sistema, y daña a las instituciones y al profesional sanitario que es, sin duda, su segunda víctima. Por ello, la seguridad del paciente constituye hoy en día una prioridad para las principales organizaciones de salud, como la OMS⁹², organismos internacionales, como la Unión Europea⁹³ y el Consejo de Europa⁹⁴, autoridades sanitarias, sociedades profesionales y organizaciones de pacientes.

En España, el MSPS en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto⁽²⁶⁾, ha considerado que la seguridad del paciente es un componente clave de la calidad y la ha situado en el centro de las políticas sanitarias. Así se refleja en la estrategia número ocho del PC-SNS⁹, cuyo objetivo es mejorar la seguridad del paciente atendido en los centros sanitarios del SNS a través de distintas actuaciones, entre las que se encuentran: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes; diseñar y establecer sistemas de información y notificación de efectos adversos para el aprendizaje; e implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del SNS. Esta estrategia se basa en las recomendaciones de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS y de otros organismos internacionales⁹⁵.

Como se ha señalado, la calidad asistencial de la UUH tiene un amplio margen de mejora. Los problemas de seguridad para el paciente derivan de los problemas ya mencionados en el apartado 2.1.2. en relación con la saturación de la UUH, o por una evaluación inicial pobre o inaceptable¹⁹, o por la falta de reconocimiento de deterioro en la condición clínica del paciente⁷⁶. En nuestro medio, los efectos adversos más frecuentemente encontrados en la UUH son⁴³:

- Relacionados con el diagnóstico o pruebas diagnósticas: error en diagnóstico clínico (incluye urgencias); retraso en el diagnóstico por falta de pruebas pertinentes; falta de atención a la anamnesis; error de identificación del paciente; error de etiquetas identificativas en los tubos de muestras biológicas; contaminación de la sangre en el laboratorio
- Relacionados con una valoración del estado general del paciente: demora peligrosa en la atención en urgencias y alta prematura

El trabajo de Chanovas y cols⁴³ señala los momentos del proceso asistencial de la urgencia hospitalaria en los que son más importantes y frecuentes los errores.

- Triage: las equivocaciones en la clasificación del enfermo puede tener consecuencias importantes. La implantación de un sistema de triaje estructurado es uno de los mejores avances en seguridad.
- El cambio de turno: es otro de los momentos críticos cuando se pasa la información del paciente. Es responsabilidad del profesional entrante y saliente preocuparse de transmitir y recibir toda la información.
- La inadecuada o ausencia de comunicación entre profesionales o entre médico-enfermo.

⁽²⁵⁾ Este capítulo está basado en el correspondiente del documento: Unidad de pacientes pluripatológicos: estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

⁽²⁶⁾ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. BOE, nº 128 (29-5-2003).

El NQF ha publicado recientemente una actualización de las prácticas seguras para una mejor asistencia sanitaria⁸⁷. La mayor parte de las medidas seguras recomendadas por el NQF tienen aplicación en la UUH, entre ellas:

- Consentimiento informado. Referido en el apartado 3.1.3.
- Tratamiento de soporte vital. Asegurar que las preferencias del paciente en relación con los tratamientos de soporte vital están expuestos de forma destacada en su hoja de seguimiento clínico.
- Transparencia. Si se producen resultados graves no previstos, incluyendo aquellos que han sido producidos claramente por fallos organizativos, se debe informar al paciente y, cuando sea adecuado, a la familia de forma oportuna, transparente y clara sobre los que se conoce sobre el evento.
- Atención al proveedor de la asistencia. Si se producen daños graves no previstos y no intencionados debido a fallos organizativos y/o errores humanos, el proveedor de asistencia involucrado debe recibir asistencia oportuna y sistemática, que debe incluir: tratamiento justo, respeto, compasión, atención médica de soporte y la oportunidad de participar en la investigación del evento, identificación del riesgo y desarrollo de actividades que reduzcan el riesgo de futuros incidentes.
- Información sobre la asistencia al paciente. Asegurarse que la información sobre la asistencia es transmitida y documentada de forma oportuna y claramente comprensible al paciente y a todos los proveedores de asistencia que precisen la información para prestar una asistencia continuada, dentro y entre servicios sanitarios.
- Comprobación de las órdenes y abreviaturas. Incorporar dentro de la organización sanitaria sistemas, estructuras y estrategia de comunicación seguras. Se debe verificar la orden verbal (o telefónica) o el resultado de la prueba haciendo que la persona que reciba la orden o comunicación repita la orden completa o el resultado. Se debe estandarizar una lista de abreviaturas, acrónimos, símbolos y denominaciones de dosis que no pueden ser utilizados en la organización.
- Etiquetado de los estudios diagnósticos. Implantar políticas, procesos y sistemas normalizados para asegurar el etiquetado seguro de radiografías, especímenes de laboratorio u otros estudios diagnósticos, garantizando que el estudio corresponde al paciente.
- Higiene de las manos
- Prevención de la infección asociada a catéter central
- Prevención de la infección de la herida de localización quirúrgica⁽²⁷⁾
- Prevención de la infección por organismos multirresistentes
- Prevención de la infección asociada a sonda urinaria
- Prevención de errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente⁽²⁸⁾
- Prevención de la úlcera por presión
- Prevención del tromboembolismo venoso
- Prevención de efectos adversos derivados de tratamientos anticoagulantes

La AC-SNS ha evaluado veintiocho prácticas seguras para la prevención de efectos adversos en pacientes hospitalarios en función de su impacto y la complejidad de su implantación⁹⁶. Las que tienen mayor aplicación en la UUH se señalan a continuación.

Medidas de muy alto impacto y baja complejidad de implantación son: mejorar la higiene de las manos; vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe; medidas para prevenir la neumonía nosocomial asociada al uso de ventilación mecánica; medidas relacionadas con la prevención de

⁽²⁷⁾ Este aspecto ha sido tratado en: Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS. 2008.

⁽²⁸⁾ Este aspecto ha sido tratado en: Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS. 2008.

infecciones en lugar quirúrgico; utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir la infección.

Medidas de alto impacto y media complejidad de implantación son: usar una sola vez los dispositivos de inyección⁽²⁹⁾; medidas para la prevención de infecciones en vías centrales; medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos; promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales; medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto; medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa; medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes⁽³⁰⁾.

Moderado impacto y media complejidad o alto impacto y alta complejidad de implantación: recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión; medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (entre profesionales, unidades o servicios, hospitales, etc.); medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes; identificación de los pacientes; evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión; evaluación del riesgo de tromboembolismo; medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados; medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias alta complejidad asociadas al látex.

De limitado impacto y baja complejidad o muy alto impacto y muy alta complejidad de implantación son las medidas para la valoración efectiva de pacientes en urgencias con traumatismo.

Algunas de las prácticas seguras, de entre las recomendadas por el NQF o seleccionadas por la AC-SNS del SNS, se comentan en mayor profundidad en los apartados de este capítulo.

4.1. Cultura de seguridad

Se recomienda fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad en el hospital en que se encuentre ubicada la UUH. Ello supone el desarrollo de las siguientes actuaciones⁹⁷: establecer y mantener un liderazgo que promueva una cultura de seguridad, evaluar periódicamente la cultura de seguridad de la institución, comunicar los resultados y tomar medidas para mejorarla, formar a los profesionales en técnicas de trabajo en equipo y de los principios de reducción de errores y establecer programas de notificación y aprendizaje, para identificar y analizar los incidentes que se producen y las situaciones de riesgo, y aplicar y evaluar acciones de mejora en relación con los mismos.

La creación de una cultura de seguridad se considera que es un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera práctica segura recomendada por el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, el National Quality Forum y otras organizaciones^{94,97,98}. Según el US Department of Veterans Affairs la cultura de seguridad podría entenderse como “todas aquellas características de una organización, como los valores, la filosofía, las tradiciones y las costumbres que conducen a un comportamiento de búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria”⁹⁹.

Una cultura de seguridad es esencialmente una cultura en la que la organización, los procesos y los procedimientos de trabajo están enfocados a mejorar la seguridad, y donde todos los profesionales

⁽²⁹⁾ Asimismo la SEEUE recomienda usar sistemas de inyección seguros, dotados de seguridad pasiva mejor que activa, <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION5.pdf>

⁽³⁰⁾ Se recomienda que el protocolo de contención mecánica será vigilado y confirmado o no como orden terapéutica cada 2 h. como máximo.

están concienciados de manera constante y activa del riesgo de que se produzcan errores, o dicho de otra manera “de que algo puede ir mal”, y de que tienen un papel y contribuyen a la seguridad del paciente en la institución. También es una cultura abierta, donde los profesionales son conscientes de que pueden y deben comunicar los errores, de que se aprende de los errores que ocurren y de que se ponen medidas para evitar que los errores se repitan (cultura de aprendizaje)⁹⁷.

Se recomienda realizar reuniones periódicas del equipo de la UUH para analizar con un enfoque sistémico los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la UUH y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes¹⁰⁰.

Se recomienda realizar un análisis de riesgos proactivo (mediante un Análisis Modal de Fallos y Efectos -AMFE- o similar) de aquellos procedimientos que puedan suponer un mayor riesgo en la UUH, con el fin de identificar los posibles fallos que puedan existir e implantar medidas para subsanarlos. Se recomienda efectuar al menos un análisis al año proactivo y siempre que se introduzca una nueva técnica o procedimiento de riesgo.

Se recomienda fomentar el flujo de comunicación con atención primaria respecto a temas de seguridad de pacientes, incluyendo la discusión regular de incidencias de seguridad registradas (Capítulo 5).

Se recomienda promover la formación del profesional en materia de seguridad, incluyendo temas de seguridad en los programas de acogida y de formación continuada.

Se recomienda actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad del paciente atendido en la UUH.

4.2. Identificación del paciente

En un reciente trabajo, promovido dentro de la estrategia de seguridad del paciente en el SNS, se realizan las siguientes recomendaciones para una identificación inequívoca del paciente¹⁰¹:

- Fomentar, al menos, dos identificadores, apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de tarjeta sanitaria. Ninguno de ellos deberá ser el número de cama.
- Utilizar una pulsera identificativa, impresa de forma automática, que contenga los datos de identificación.
- Elaborar y difundir protocolos que contemplen criterios claros para la diferenciar pacientes con el mismo nombre y la identificación del paciente no identificable.
- Promover el etiquetado de las muestras del paciente en el mismo momento de la extracción.
- Establecer controles para evitar que la selección incorrecta de un paciente en la historia clínica se perpetúe.
- Formar al personal en el procedimiento adecuado para la identificación del paciente y la necesidad de verificarla ante cualquier intervención de riesgo.
- Transmitir a los profesionales la necesidad de comprobar la identidad de los pacientes y certificar que se trata del paciente correcto y el procedimiento indicado antes de realizarlo.
- Incorporar activamente al paciente y a su familia en el proceso de identificación.
- Hacer un seguimiento periódico del proceso de identificación en pacientes ingresados.

4.3. Comunicación durante el traspaso del paciente

A lo largo del tiempo y de su proceso asistencial, un paciente puede ser atendido por una serie de profesionales en múltiples unidades, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, equipos de atención de emergencia, atención hospitalaria o rehabilitación¹⁰². De forma adicional, puede encontrarse (en determinadas modalidades de atención) con hasta tres turnos de personal por día.

La comunicación entre las unidades y los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información, lo que supone un riesgo de seguridad para el paciente. Además, el paciente anciano y el paciente pluripatológico son particularmente complejos y tienen una mayor vulnerabilidad a las brechas de comunicación durante el traspaso¹⁰³ que conducen a efectos adversos.

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro o de los prestadores de atención al paciente y su familia, a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención. Aumentar la efectividad de la comunicación entre profesionales implicados en la atención, es un objetivo de seguridad para los grupos líderes en seguridad como la OMS¹⁰⁴, la Joint Commission¹⁰⁵ y el National Quality Forum⁹⁸.

Se recomienda estandarizar la comunicación entre los profesionales en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención en el transcurso del traslado de un paciente a otra unidad. Para ello se recomienda la asignación de tiempo suficiente para comunicar la información importante y para formular y responder preguntas sin interrupciones y el uso de técnica SBAR¹⁰⁶: modelo de lenguaje común para comunicar la información crucial, estructurada en cuatro apartados: situation (situación), background (antecedentes), assessment (evaluación) y recommendation (recomendación).

Se recomienda estandarizar la planificación al alta para garantizar que en el momento del alta hospitalaria, el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento y cuidados, los medicamentos, y los resultados de las pruebas. Para ello se recomienda el uso de checklist^{98,107} para verificar la transferencia eficaz de los principales elementos de información clave tanto al paciente como al siguiente prestador de asistencia sanitaria.

4.4. Prevención de infección

El lavado de las manos probablemente sea la medida más costo – efectiva para reducir la infección nosocomial^{108,109}. El MSPS ha publicado las directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria¹¹⁰.

Todos los locales en los que se atienda al paciente de la UUH deben disponer de equipamiento para la higiene de manos del personal (solución hidro alcólica), como elemento básico para la prevención de la transmisión de la infección.

La Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) y la Infectious Diseases Society of America (IDSA), han publicado recientemente un compendio, en el que han participado la Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC), la Joint Commission y la American Hospital Association (AHA), de recomendaciones para desarrollar prácticas de prevención de la infección¹¹¹, referidas a: la prevención de la infección por catéter venoso central¹¹²; la prevención de neumonía asociada a respirador¹¹³; la prevención de la infección asociada a sonda urinaria¹¹⁴; la prevención de infección de localización quirúrgica¹¹⁵; la prevención de la infección por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina¹¹⁶, y la prevención de la infección por *Clostridium difficile*¹¹⁷.

La UUH dispondrá de un programa de vigilancia y prevención de la infección, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación del paciente en riesgo y procedimientos de riesgo, así como la información a las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones vigentes.

4.5. Gestión de hemoderivados

La gestión y seguridad de los hemoderivados es competencia del banco de sangre del centro, que debe estar acreditado para ello⁽³¹⁾.

Asegurar la identificación inequívoca del paciente receptor previamente a la toma de muestras y, de nuevo, antes de la transfusión de sangre y hemoderivados.

Asegurar la trazabilidad del proceso de transfusión y delimitar las responsabilidades en la perfusión de los hemoderivados entre el banco de sangre y la UUH.

4.6. Prevención de caídas y reducción del daño

La caída del paciente en los escenarios de atención sanitaria (hospital, atención primaria, atención ambulatoria y atención domiciliaria) representa un importante problema de salud, máxime en personas mayores. Aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años se cae una vez al año y de éstas un 50% se vuelve a caer durante ese año¹¹⁸. La caída es más frecuente en mayores institucionalizados, por su mayor fragilidad, morbilidad y dependencia¹¹⁹. La prevención primaria (evitar que se produzcan) y secundaria (evitar el daño si se producen) de la caída constituyen una de las líneas estratégicas internacionales básicas en Seguridad del Paciente de los principales grupos líderes: Institute of Healthcare Improvement¹²⁰, Joint Commission^{121,122} y National Quality Forum¹²³ o el Centro Nacional de Prevención y Control de lesiones del CDC¹²⁴.

Aunque existe un considerable conocimiento sobre caídas en ancianos y numerosas guías de práctica clínica aplicadas a su prevención^{125,126,127,128}, hay escasa evidencia del impacto de las diferentes intervenciones.

La UUH, en el área de observación, debe desarrollar e implantar un programa para la prevención de las caídas que incluya la identificación del paciente con riesgo de caída y de las situaciones relacionadas con ella: paso a cama, eliminación de excretas y espera radiológica.

4.7. Seguridad del uso de los medicamentos

El medicamento constituye la intervención sanitaria más frecuente, por lo que no es de extrañar que sea una de las principales causas de efectos adversos en la asistencia sanitaria, tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito ambulatorio. En nuestro país, los estudios ENEAS y APEAS revelaron que el medicamento era la causa del 37,4% de los efectos adversos detectados en pacientes hospitalizados y del 47,8% en pacientes ambulatorios^{129,130}. La implantación de prácticas para reducir los errores de medicación en la UUH tendrá una gran repercusión en la mejora de la calidad y seguridad de su asistencia^{131,132}.

Una gran parte de los errores de medicación se producen en los procesos de transición asistencial, fundamentalmente por problemas en la comunicación de la información sobre la medicación

⁽³¹⁾ RD 1.088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión y RD 1.301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos.

entre los profesionales responsables o entre éstos y el paciente. Estos errores dan lugar hasta un 20% de los acontecimientos adversos en hospitales y un porcentaje importante de los reingresos hospitalarios^{133,134}. Por ello, actualmente **se recomienda que se promueva la implantación de prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales**^{98,135}.

Recomendaciones generales

La UUH seguirá los procedimientos generales establecidos en el hospital para garantizar la seguridad en los procesos de prescripción, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos.

Se prestará especial atención a los medicamentos de alto riesgo que se manejen en la UUH, para los que, anualmente, se revisarán las condiciones de almacenamiento y se establecerán directrices que aseguren la estandarización de su preparación y administración (concentraciones de las soluciones para infusión, velocidades de administración, criterios para utilización de bombas de infusión, etc.).

Prácticas de mejora de la prescripción

Se debe fomentar desde la UUH la implantación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, especialmente la disponibilidad de historia clínica informatizada y de sistemas de prescripción farmacológica asistida electrónica. Para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos se recomienda implantar un sistema de prescripción electrónica integrado en la historia del paciente y conectado con el sistema de laboratorio/farmacia, con el fin de que alerte sobre la necesidad de realizar ajustes en la dosis de los medicamentos; además debe incluir alertas sobre alergias, dosis máximas, medicamentos inapropiados en ancianos, interacciones medicamento-medicamento y medicamento-enfermedad.

Se dispondrá de guías de uso de medicamentos basados en la evidencia y/o protocolos actualizados de tratamiento, sobre las principales enfermedades tratadas en la UUH, con el fin de estandarizar la prescripción y el seguimiento de la eficacia y seguridad de los tratamientos. Estos protocolos contemplarán la adecuación de la dosificación en el paciente anciano.

Se evitará la prescripción de medicamentos considerados inapropiados para los ancianos por presentar una relación riesgo / beneficio desfavorable en estos pacientes y existir otras alternativas terapéuticas^{136,137,138}. Si es posible, se incluirán estos medicamentos en las alertas del sistema de prescripción electrónica asistida.

En el momento de la prescripción se realizará sistemáticamente un ajuste de la dosis de los medicamentos considerando la edad, la función renal y la función hepática del paciente.

Se procurará simplificar al máximo el tratamiento, utilizando formulaciones de liberación retardada, medicamentos con pautas semanales, mensuales, etc., así como adecuar la forma farmacéutica a las características del paciente, como por ejemplo con el uso de formas efervescentes para aquellos con problemas de deglución.

Conciliación y revisión de la medicación al ingreso

Al ingreso del paciente se debe obtener un perfil farmacoterapéutico completo que incluya los medicamentos que toma con y sin receta, así como las plantas medicinales y tratamientos alternativos o complementarios. Para ello es preciso entrevistar al paciente (o cuidador) para verificar el tratamiento real del paciente. Una vez obtenido el perfil, **se efectuará una revisión pormenorizada de la medicación**

domiciliaria antes de prescribir nuevos medicamentos, para evaluar la adecuación de la medicación¹³⁹ (indicación, efectividad, dosificación, etc.).

En caso de alta y transferencia a atención primaria del paciente que ha sido atendido en observación, se proporcionará una lista completa (y conciliada) de la medicación para el profesional responsable de la continuación de la asistencia. Se harán constar los cambios realizados sobre la medicación previa del paciente.

Se proporcionará al paciente (o cuidador) información oral y escrita sobre los medicamentos que se prescriban al alta hospitalaria, y se le instruirá para que pueda consultar cualquier duda con la medicación. La información proporcionada será clara y comprensible.

La información escrita incluirá una lista del tratamiento domiciliario al alta del paciente (o plan farmacoterapéutico) que especifique: nombre genérico y comercial (si no se receta por principio activo), pauta posológica, horario de administración, indicación, duración del tratamiento, posibles efectos adversos y observaciones importantes.

Se recomienda, valorar la colaboración del servicio de farmacia hospitalaria para realizar la intervención de educación y conciliación del tratamiento en el alta¹⁴⁰.

4.8. Prevención de úlcera por presión

La úlcera por presión es una complicación frecuente en cualquier nivel de la asistencia sanitaria, especialmente en pacientes con problemas de movilidad y edad avanzada. La implementación de intervenciones basadas en la evidencia en la prevención de las úlceras por presión es una prioridad en el campo internacional de la seguridad del paciente, siendo un objetivo de seguridad del NQF¹⁴¹ y 1 de las 12 estrategias seleccionadas por el *Institute of Healthcare Improvement* en su campaña nacional para proteger a los pacientes de cinco millones de incidentes adversos 5 Million Lives Campaign¹⁴², así como para el MSPS¹⁰.

Cuando el paciente es atendido en la sala de observación, el programa de atención debe incluir la prevención de úlcera por presión, abordando las siguientes acciones:

- Identificación del paciente en riesgo de desarrollar úlcera por presión y valoración del estado de la piel
- Mantener y mejorar la tolerancia de los tejidos a la presión para prevenir las lesiones mediante el reconocimiento y tratamiento de los factores que afectan la tolerancia de los tejidos (edad, competencia vascular, control glucémico en diabéticos, nutrición)
- El plan de cuidados individualizado que debe incluir: cuidados locales de la piel, prevención específica en pacientes con incontinencia, cambios posturales en pacientes con movilidad limitada, utilización de superficies especiales en el manejo de la presión en la cama y/o asiento del paciente, protección local ante la presión en las prominencias óseas, protección de la piel de las fuerzas de fricción y cizalla mediante técnicas adecuadas en la posición, traslados y cambios posturales

La formación continuada del profesional sanitario vinculado con la UUH debe incluir la prevención y tratamiento de la úlcera por presión. La SEEUE ha elaborado una recomendación⁽³²⁾.

⁽³²⁾ SEEUE Recomendación 00/02/04, de 2000. Prevención y tratamiento de úlceras crónicas en urgencias <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION4.pdf>

4.9. Implicación del paciente en su seguridad

En numerosas de las medidas de seguridad mencionadas se ha señalado la importancia de la implicación de los pacientes y su familia en su propia seguridad. La implicación del paciente en su propia seguridad contribuye a¹⁴³:

- Alcanzar un diagnóstico correcto.
- Elegir al proveedor de asistencia sanitaria.
- Participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Observar y controlar el proceso de asistencia.
- Identificar e informar complicaciones y efectos adversos del tratamiento.
- Disminuir las tasas de errores de medicación.
- Reducir las tasas de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Identificar inexactitudes en la documentación clínica.
- Configurar mejoras en el diseño y provisión de los servicios sanitarios.
- Controlar y gestionar tratamientos y procedimientos.

4.10. Plan de autoprotección para el personal de la UUH

La *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA)⁽³³⁾ relaciona como riesgos más específicamente relacionados con la UUH las infecciones transmitidas por la sangre, los accidentes químicos, la alergia al látex, los relacionados con el equipamiento (por ejemplo, la descarga eléctrica por desfibrilador), los resbalones y caídas, el terrorismo, la transmisión de tuberculosis y estafilococo dorado resistente a oxacilina y la violencia en el lugar de trabajo. La SEEUE recomienda el uso de materiales de seguridad pasiva para la prevención de riesgos biológicos⁽³⁴⁾.

El hospital debe implantar un plan de autoprotección, que establecerá la organización de los medios humanos y materiales disponibles para la prevención del riesgo de incendio o de cualquier otro equivalente, así como para garantizar la evacuación y la intervención inmediata, ante eventuales catástrofes, ya sean internas o externas.

El plan de autoprotección comprenderá la evaluación de los riesgos, las medidas de protección, el plan de emergencias y las medidas de implantación y actualización.

Dentro del plan de autoprotección se deberá prestar especial atención a la prevención y respuesta a la agresión al personal de la UUH.

Prevenir las agresiones estableciendo planes de reforzamiento de la comunicación profesional hacia el paciente y la familia, disponiendo de espacios para la comunicación adecuados y confortables, evitando que las comunicaciones se realicen en espacios abiertos ante la presencia de personas no interesadas.

⁽³³⁾ <http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/er/er.html>

⁽³⁴⁾ SEEUE. Recomendación 01/01/05, de 2001. Prevención ante riesgos biológicos. Revisada 30/07/2005.

5. Organización y gestión

La UUH es una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias.

La UUH debe formar parte del sistema integral de urgencias establecido en su ámbito territorial, por lo que debe mantener una relación sistematizada con el centro coordinador de urgencias y el resto de las unidades que se integren en el sistema.

La UUH es una unidad intermedia, para aquellos pacientes que tras ser atendidos en la misma son ingresados en hospitalización convencional o en una unidad de cuidados críticos, y una unidad final para la mayoría de los pacientes, que son dados de alta tras ser atendidos en consulta, en un box de exploración o en observación.

- **La UUH debe funcionar las veinticuatro horas del día, todos los días al año.**
- **Se recomienda la existencia de un responsable médico y de un responsable del personal de enfermería de la UUH.**
- **Se recomienda que la UUH disponga de protocolos de coordinación con el sistema de urgencias, que atenderán de forma diferenciada, los procesos que se consideren relevantes como ictus, politraumatismo y síndrome coronario agudo. La coordinación con el sistema de urgencias, incluye la actuación de la UUH, en coordinación con el resto de servicios, en caso de catástrofe.**
- **Se recomienda que la UUH disponga de un sistema de triaje, que permita la rápida clasificación del paciente en función de su gravedad, asignándole un tiempo máximo de espera.**
- **Se recomienda que el tiempo máximo de observación-valoración del paciente en la UUH no sobrepase las veinticuatro horas**
- **Se recomienda que la atención en la unidad de observación del paciente que debe permanecer más de seis horas en la UUH.**
- **Se recomienda que ningún paciente pendiente de ingreso permanezca en la UUH más de doce horas desde que se ordena el mismo.**
- **Se recomienda que el 90% de los pacientes atendidos en la UUH, sea dado de alta, ingresado o trasladado a otro centro en cuatro horas. Sobrepasar este dintel incrementa el riesgo de saturación de urgencias.**
- **Se recomienda la protocolización del funcionamiento del equipo en la resucitación cardiopulmonar.**
- **Se recomienda la protocolización de la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos más frecuentemente atendidos / realizados en la UUH.**
- **Se recomienda el cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente y atención a los derechos de los pacientes, con sistemas seguros de prescripción y administración de medicamentos y protocolos de higiene de las manos, identificación del paciente, prevención de efectos adversos derivados de tratamientos anticoagulantes, prevención de errores en la localización del área quirúrgica (procedimiento o paciente), prevención de la herida de localización quirúrgica, prevención de la infección asociada a catéter central, prevención de la infección asociada a sonda urinaria, prevención de caídas, prevención de las úlceras por presión, prevención del tromboembolismo venoso, conciliación de la medicación a través de la continuidad de los cuidados, Voluntades anticipadas y órdenes de no resucitación.**
- **La UUH debe disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y seguridad de la atención.**
- **La UUH debe proporcionar informe de alta a todo paciente asistido, firmado y con identificación del responsable de la atención.**

5.1. Red asistencial. Sistema de urgencias. Hospital local y la red asistencial de urgencias.

La UUH se relaciona con otros hospitales, de los que recibe o a los que remite pacientes, según el nivel o capacidad de resolución, con la atención primaria y con los servicios de emergencia y urgencia extrahospitalaria.

La UUH debe formar parte de un sistema de atención integral a la urgencia⁽³⁵⁾. Un sistema integral de urgencias⁽³⁶⁾ se puede definir como un conjunto de unidades funcionales (recursos de varios niveles asistenciales), que actúan en un espacio geográfico definido y desarrollan actividades organizadas y secuenciales de un proceso coordinado, para lograr un objetivo final como es aminorar las secuelas y reducir la mortalidad de un conjunto determinado de procesos.

Los elementos estructurales relevantes del sistema de urgencias son el centro coordinador de urgencias (recepción, identificación de la necesidad, clasificación de la demanda, asignación de la respuesta y movilización del recurso), los recursos asistenciales desplazados al lugar del evento y los hospitales integrados en el sistema, en los que se identifican diferentes unidades fundamentales en el funcionamiento del mismo, entre otras, la propia UUH, el bloque quirúrgico, la unidad de hospitalización, cuidados intensivos, hemodinámica o la unidad de rehabilitación psíquica y psicológica.

El sistema de urgencia debe garantizar la continuidad asistencial, para lo que es necesaria la integración funcional de las instituciones de diferentes niveles que intervienen en la atención urgente, a través del desarrollo de acuerdos de funcionamiento, procedimientos asistenciales en fase pre-hospitalaria, protocolos de derivación, el sistema de registro, los procedimientos de evaluación y garantía de calidad del sistema de urgencias, y el programa de formación continuada.

El ciudadano decide la forma de acceso al sistema de urgencias, demandando asistencia en alguno de los recursos vinculados con el sistema de urgencias. Esta demanda puede ser telefónica, a través del *Centro coordinador de urgencias*, o en presencia física en un consultorio o punto de urgencias de atención primaria o en la UUH. Con independencia del lugar de residencia del paciente o de la puerta de entrada al sistema de urgencias, la respuesta sanitaria debe ser la mas adecuada posible en tiempo y en calidad técnica y humana. Las tecnologías de la información (TIC) contribuyen de forma notable a la gestión de este sistema¹⁴⁴.

La existencia de un sistema de urgencias tiene especial relevancia en la gestión de la emergencia, que incluye los procesos que se benefician de una atención precoz en el servicio que pueda realizar determinados procedimientos, por disponer del equipo experimentado o unidades de soporte, instalaciones y equipamientos. El sistema de urgencias debe garantizar la equidad en el acceso en relación con aquellos procesos que se benefician de la regionalización de servicios. Entre estos procesos se deben mencionar el ictus⁷, el politraumatismo^{145, 146, 147} y el síndrome coronario agudo⁹, en los que, cuando se presentan como situación de riesgo vital o emergencia sanitaria, el sistema de urgencias debe garantizar la atención e intervención terapéutica dentro de un plazo determinado, en el centro más adecuado, evitando demoras innecesarias en los diferentes recursos, especialmente en la UUH (técnicas de *fast track*), ya que , el paciente puede ver así mejorada su esperanza y calidad de vida.

Se recomienda el desarrollo e implantación de un sistema integral de urgencias para la asistencia de pacientes con ictus, politraumatismo y síndrome coronario agudo

⁽³⁵⁾ Adaptado de: Bernard B., Consejo C., Lopetegui P., Menéndez J.M., Pérez A., Téllez G., Tomás S. Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

⁽³⁶⁾ Adaptado de: L. Pérez. Organización a la asistencia al paciente traumatizado. Hospital Gregorio Marañón.

La integración del hospital local (área de salud con baja población, por ejemplo) en la red regionalizada fortalece la provisión local de servicios y mejora su seguridad y equidad. Los sistemas de movilidad / traslado urgente del paciente y las TIC son elementos fundamentales de la red asistencial.

El Informe del National Leadership Network for Health and Social Care sobre el proyecto de hospital local¹⁴⁸ es un ejemplo de red hospitalaria para apoyo de la UUH. En la tabla 5.1 se recoge el conjunto mínimo de servicios del hospital local y de la red hospitalaria en la que se integra para contar con una UUH.

Tabla 5.1. Conjunto mínimo de servicios requeridos para mantener la UUH en un hospital local.

En el hospital local (365 días * 24 horas)
Medicina aguda
Nivel II de asistencia hospitalaria
Unidad coronaria no invasiva
Laboratorio básico de análisis clínicos
Diagnóstico por Imagen ⁽³⁷⁾
Apoyado en una red multi-hospitalaria (no necesariamente en el hospital local)
Cirugía urgente
Traumatología
Pediatría
Obstetricia y ginecología
Salud mental
Cirugía especializada
Radiología intervencionista
Fuente: National Leadership Network for Health and Social Care. Strengthening Local Services: The Future of the Acute Hospital. 21st March 2006.

5.2. Cartera de servicios

La amplitud de la cartera de servicios de apoyo debe estar en relación con el volumen de urgencias que atiende la UUH, así como con las características del hospital donde se ubique.

Se identifican las siguientes actividades para la atención del paciente en la UUH^{78, 149}:

- Clasificación. El triaje es la primera actividad de gestión clínica, como se ha descrito en el apartado 5.2., que permite asignar prioridad de atención y recurso asistencial a los pacientes que acuden a la UUH y supone la puerta de entrada a la asistencia hospitalaria.
- Atención a la urgencia vital (parada cardiorrespiratoria, politraumatizado y a la emergencia⁽³⁸⁾).
- Atención a la patología urgente, clínicamente objetiva.
- Atención a la patología menos urgente y no urgente, con respuesta adaptada a la solicitud.
- La observación clínica. El funcionamiento de la observación de UUH es equiparable a una unidad de hospitalización, posibilitando el tratamiento del paciente y/o el seguimiento de su evolución, previamente a la decisión de su ingreso, derivación o alta.

La UUH tiene relación con la práctica totalidad de unidades y servicios del hospital. La UUH debe estar muy bien relacionada con el área de diagnóstico por imagen, el laboratorio, el bloque quirúrgico, la unidad de cuidados intensivos y/o otras unidades de cuidados críticos. La UUH requiere del apoyo de la unidad de anestesiología, el banco de sangre, cirugía general, cirugía ortopédica y traumatología, cuidados críticos / intensivos, medicina interna y pediatría.

⁽³⁷⁾ Radiología, ecografía y TAC.

⁽³⁸⁾ Técnicas de "fast track" (5.1.1.).

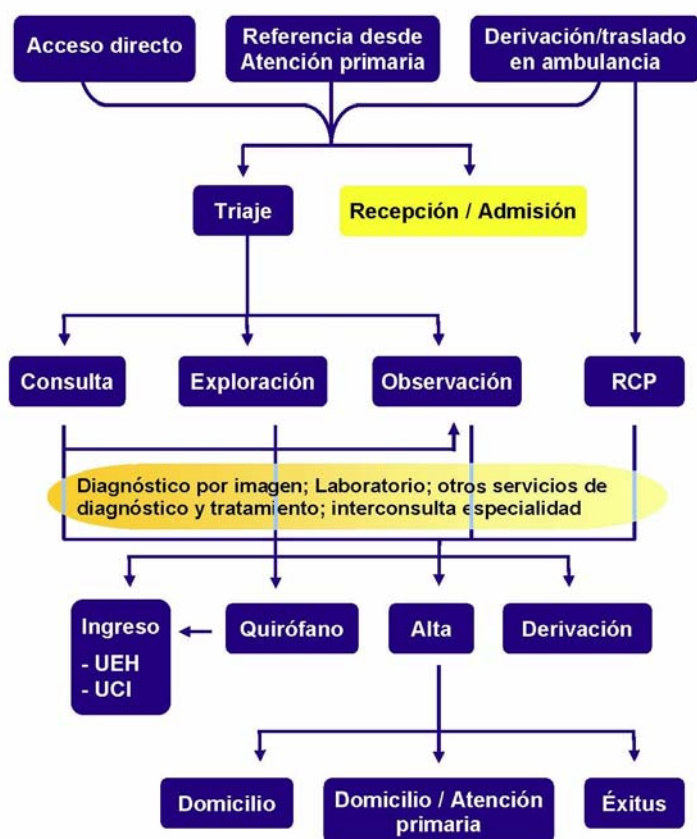
5.3. Proceso de atención al paciente en la UUH

En la figura 5.1. se ha esquematizado el proceso de atención al paciente en una UUH. Una vez clasificado el paciente debe ser atendido en los distintos recursos de la UUH en los tiempos recomendados.

La UUH debe disponer de protocolos, procedimientos específicos, vías o guías de práctica clínica, aprobados por la comisión central de garantía de la calidad u órgano colegiado equivalente para el conjunto del hospital, 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 cada momento.

En este apartado se abordan algunos aspectos de la atención del paciente urgente, específicos de la UUH y otros que condicionan ese proceso como: el triaje / clasificación; la unidad de observación; el servicio ampliado de cuidados críticos; la resucitación cardiopulmonar; la urgencia quirúrgica. Algunas recomendaciones han sido obtenidas de la guía NICE recientemente publicada sobre la atención a pacientes con procesos agudos atendidos en el hospital⁷⁵. Las recomendaciones en relación con la urgencia hospitalaria contenidas en los documentos de la unidad pacientes pluripatológicos, la maternidad hospitalaria y el bloque quirúrgico, se recogen en el Anexo 2.

Figura 5.1. Proceso de atención del paciente en UUH⁽³⁹⁾



⁽³⁹⁾ Adaptado de: Proceso Asistencial Urgencias. H. Ntra. Sra. de América. 30.04.09, y de National Audit Office. Improving Emergency Care in England. Report by the Comptroller and Auditor General. HC 1075 Session 2003-2004: 13 October 2004. London: The Stationery Office. 2004

5.3.1. Triage o clasificación del paciente en la UUH ^{(40),50,150,151,152,153,154,155,156,}

157,158,159,160,161,162,163, 164

Se considera esencial para la gestión de calidad de la UUH, que disponga de un sistema de clasificación, ágil, reproducible y revisable (que permita auditorías).

El sistema de triaje debe estar validado, no generar colas, permitir una clasificación rápida de la gravedad del paciente y la posibilitar su integración con las diferentes herramientas informáticas ya existentes.

La UUH no puede establecer criterios de indicación del ingreso en la unidad, debiendo atender a todo paciente que demanda atención, en general, de forma espontánea, sin ser referido por otros dispositivos sanitarios. Este hecho motiva que en UUH coincidan pacientes con procesos que producen un riesgo vital (emergencias) y otros con procesos banales, que pueden ser atendidos en una consulta o con una cura. Por ello, la clasificación del paciente es una actividad nuclear de la UUH, y permite dirigirle al recurso más adecuado dentro de la UUH, y establece un tiempo máximo para su completa evaluación, en función de la gravedad.

Hasta hace pocos años, la clasificación del paciente en la UUH se realizaba de una forma subjetiva, basada fundamentalmente en la experiencia profesional, lo que la hacía poco reproducible. Para controlar la mayor demanda asistencial y mejorar la calidad de la atención, algunos hospitales han implantado un sistema de jerarquización de las necesidades que recibe el nombre de triaje.

El triaje es un método de trabajo estructurado que permite una evaluación rápida de la gravedad de cada paciente, de una manera reglada, válida y reproducible, con el propósito de priorizar el orden de atención médica y determinar el lugar y medios apropiados.

La metodología diseñada para asignar prioridad clínica a un paciente, se basa en tres principios fundamentales. El primero señala que el objetivo del proceso de clasificación (priorización clínica) del paciente, en una UUH es ayudar a su tratamiento y a la organización del servicio. El segundo indica que la duración del proceso de triaje es tal, que no permite diagnosticar con total precisión a un paciente. Finalmente se debe señalar que el diagnóstico no se relaciona exactamente con la prioridad clínica, ya que ésta refleja una serie de aspectos de la situación particular en la que llega el paciente además del propio diagnóstico. La prioridad clínica del paciente es un marcador de la casuística de la UUH. Tiene gran importancia como base para controles de calidad, y puede utilizarse como un instrumento de ayuda para la gestión de la UUH.

La *Australasian triage scale* (ATS), la *Manchester triage Scale* (MTS) y la *Canadian triage and acuity scale* (CTAS) son sistemas de clasificación con algunas características comunes, y que han superado, con mayor o menor éxito, los análisis que avalan su utilidad.

En España se utiliza el sistema de triaje MST y el andorrano (Web_e-pat), así como las versiones pediátricas del sistema del triaje canadiense y del andorrano, todas ellas validadas⁵⁰. La SEMES avala el *Sistema español de triaje* (SET), basado en el andorrano.. El modelo de triaje KARPAX está en fase de pilotaje.

El triaje avanzado^{165,166} contempla la posibilidad de realizar, antes de la visita convencional, determinadas pruebas complementarias, básicamente analíticas y radiología simple o, incluso acciones terapéuticas, como canalizar vías periféricas, administrar analgesia, etc., de acuerdo con la prioridad asignada y con protocolos de enfermería, estrictos y especialmente diseñados para tal fin. Por lo tanto lleva implícitas mas acciones que la de asignar prioridades para la asistencia, es decir es “traje y algo

⁽⁴⁰⁾ Adaptado del texto y referencias elaborados por Gonzalo García de Cassasola para este documento de estándares y recomendaciones.

mas" y supone menos rapidez en el proceso de clasificación. Bajo esta premisa, determinados pacientes de baja prioridad se visitan con mayor rapidez, aunque supone prolongar la duración del sistema de clasificación, lo que es contradictorio con el criterio de acortar cuanto sea posible la duración del proceso de triaje.

Nivel de gravedad

Los sistemas de clasificación más difundidos (ATS, CTAS y MTS) se basan en una metodología diseñada para asignar una prioridad clínica.

En el ámbito europeo la escala mas ampliamente utilizada es el MTS; más de diez millones de pacientes se clasifican cada año en los distintos hospitales europeos con esta escala. En España las dos escalas de clasificación mas utilizadas son el MTS y el SET. Todas ellas clasifican en cinco niveles, parece generalmente aceptado que la categorización en cinco niveles es la mas adecuada.

La nomenclatura y definiciones varían de una escala a otra aunque son muy similares. La ATS, el CTAS, la MST y el SET asignan a cada una de las cinco categorías un numero, un color (rojo, naranja amarillo, verde, azul), un nombre (inmediato o emergencia, muy urgente, urgente, normal o menos urgente, y no urgente) y un objetivo de tiempo máximo para el primer contacto o la primera valoración por el terapeuta, que se recoge en la Tabla 5.2.

Tabla 5.2. Nivel de triaje y tiempo de atención médica recomendada

Nivel de gravedad	Nivel de urgencia	tiempo de atención	Color
Nivel 1	Emergencia	Inmediata	Rojo
Nivel 2	Muy urgente	15 minutos	Naranja
Nivel 3	Urgente	30 minutos	Amarillo
Nivel 4	Menor urgente	60 minutos	Verde
Nivel 5	No urgente	120 minutos	Azul

Tiempo recomendado

El SET y el CTAS incorporan el tiempo máximo recomendado para una primera intervención médica, cualquier actuación de la que se derive el inicio del estudio o el tratamiento. También debe ser aplicado en el caso de planes de cuidados (protocolos) que pudieran ser establecidos basándose en el motivo de consulta. Además se señala que cuando se rebasa el tiempo recomendado el paciente debe ser reevaluado por enfermería para confirmar que la situación sigue siendo la misma y que no ha habido cambios.

El CTAS señala como objetivos unas tasas de cumplimentación según el nivel de triaje:

- Nivel 1: Inmediata (100%)
- Nivel 2: 15 minutos (95%)
- Nivel 3: 30 minutos (90%)
- Nivel 4: 60 minutos (85%)
- Nivel 5: 120 minutos (80%)

5.3.2. Unidad de observación de la UUH

Cuando el paciente debe permanecer en la UUH más de seis horas debe ser atendido en la unidad de observación, dotada de camas o, en su caso, sillones, donde se puedan prestar cuidados continuados de enfermería, servicios hosteleros y con acceso a aseo. El tiempo máximo de observación-valoración de la evolución de un paciente en urgencias debe ser inferior a veinticuatro horas.

Se recomienda que se establezcan criterios de admisión de pacientes en el área de observación de la UUH, basados en un instrumento similar al *Appropriateness Evaluation Protocol* (Protocolo de Evaluación del Uso Inapropiado, AEP), elaborado para evaluar la indicación del ingreso en hospitalización^{167,168}. El área de observación no debe utilizarse cuando se ha ordenado el ingreso del paciente, como subestación previa al mismo, salvo que no existan camas disponibles.

La observación de UUH debe tener la misma pauta de funcionamiento de una unidad de enfermería que pueda atender al paciente con nivel 0 a 1 de asistencia hospitalaria.

Una vez tomada la decisión de que el paciente permanezca en observación, los pacientes ingresados en una UUH deben tener:

- Asignación, presentación e identificación del médico responsable de la atención al paciente.
- Asignación, presentación e identificación de la enfermera responsable de la atención al paciente (en cada turno)
- Registro de constantes en el momento de su ingreso o evaluación inicial.
- Un plan de monitorización que especifique las constantes que deben ser registradas y con qué frecuencia. Sistema de track & trigger (seguimiento y activación)^{75,169,170}

La unidad de observación de la UUH debe utilizar un sistema de seguimiento sistemático de las constantes fisiológicas y activación de la atención. El sistema de seguimiento y activación debe utilizar parámetros múltiples o de puntuación agregada ponderada. El sistema debe definir los parámetros a medir y la frecuencia de las observaciones e incluir una declaración expresa de los parámetros, puntos de corte o puntuaciones que provocan una respuesta. La respuesta debe ser graduada.

El sistema (multiparámetros o puntuación agregada ponderada) debe medir: frecuencia cardiaca; frecuencia respiratoria; presión arterial; nivel de consciencia; saturación de oxígeno; temperatura. Las constantes deben ser controladas, al menos, cada cuatro horas. Se debe aumentar la frecuencia de los controles si se detectan datos anormales, de conformidad con una estrategia de respuesta graduada.

En circunstancias concretas, se deberá considerar la vigilancia de otras constantes como la diuresis horaria; analítica, como lactato, glucemia, pH arterial o evaluación del dolor.

Un ejemplo de sistema de seguimiento se recoge en el Anexo 3, en el que se recogen las actividades médicas (evaluación médica; explicar el / los procedimientos a realizar durante el ingreso. Consentimiento informado; solicitud de exploraciones complementarias y tratamiento) y las actividades de enfermería (plan de cuidados).

Para evaluar los recursos de la observación de UUH se utiliza la clasificación empleada por el Department of Health del Reino Unido (ver tabla 1.1), que atiende a las necesidades asistenciales del paciente en lugar del recurso físico donde está ingresado¹⁻⁵.

5.3.3 Servicio ampliado de cuidados críticos

La Sociedad de Cuidados Intensivos del Reino Unido define el *Servicio ampliado de cuidados críticos* como “una aproximación multidisciplinar para la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar una enfermedad crítica y aquellos pacientes recuperándose de un período de enfermedad crítica, para facilitar una intervención temprana o trasladar (si indicado) a un área adecuada para atender las necesidades de estos pacientes. La ampliación del servicio debe realizarse en colaboración entre el servicio de cuidados críticos y otros servicios para asegurar la continuidad de la asistencia con independencia de la unidad de atención, y debe mejorar las habilidades y el conocimiento de todo el personal en la prestación de cuidados críticos”¹⁷¹.

Si bien la guía NICE recomienda este tipo de servicios, una reciente revisión Cochrane no halló evidencia suficiente sobre la eficacia del *Servicio ampliado de cuidados críticos* en relación con la prevención del ingreso en UCI o de muerte en la unidad de hospitalización convencional¹⁷².

El personal sanitario que atiende al paciente en el hospital de agudos debe tener competencias en la vigilancia, medición, interpretación y respuesta rápida y apropiada al nivel de cuidados que presta. Se debe proveer educación y entrenamiento para asegurar que el personal sanitario tiene estas competencias.

La estrategia de respuesta para el paciente en riesgo de deterioro clínico debe activarse tanto por el sistema de seguimiento y activación como por la inquietud clínica sobre su evolución.

El umbral del sistema de seguimiento y activación para requerir el apoyo del equipo ampliado de cuidados críticos debe ser establecido por el hospital y revisado periódicamente para optimizar su sensibilidad y especificidad.

El hospital debe establecer su política de graduación de respuesta para aquellos pacientes en los que se identifica un deterioro en su condición clínica. Se pueden identificar tres niveles (de ponderación del riesgo):

- Bajo: Aumento de la frecuencia de los controles y alerta de la enfermera responsable.
- Medio: Llamada urgente al equipo médico responsable del paciente y llamada simultánea a personal con entrenamiento en la atención al paciente agudo y gravemente enfermo. La organización de este servicio depende de cada hospital: servicios ampliados de cuidados críticos, equipo de guardia o un especialista entrenado en atención a este tipo de pacientes.
- Alto: Llamada urgente al equipo con competencias y habilidades para la asistencia a este tipo de pacientes. El equipo debe incluir a un médico con preparación para evaluar al paciente gravemente enfermo, manejo avanzado de la vía aérea y maniobras de resucitación. La capacidad de respuesta debe ser inmediata.

Aquel paciente identificado como “urgencia clínica” debe cortocircuitar el sistema de graduado de respuesta. Con la excepción del paciente con parada cardíaca, estos pacientes deben ser tratados como los del nivel alto de ponderación del riesgo.

Para el paciente en el grupo medio o alto de ponderación de riesgo, el profesional sanitario debe: iniciar las actividades apropiadas, evaluar la respuesta y establecer un plan de gestión asistencial, incluyendo lugar y nivel de atención. Si el equipo considera el traslado del paciente a una unidad que garantice un nivel de cuidados más intensivo (cuidados intensivos u otra) debe consultarlo con el responsable de esa unidad, que será quien indique su ingreso.

5.3.4 Resucitación cardiopulmonar (RCP)

La UUH debe protocolizar la composición e intervención del equipo RCP. El equipo de RCP debe tener las siguientes habilidades¹⁷³:

- Intervenciones en la vía aérea, incluyendo intubación intratraqueal.
- Canulación intravenosa, incluyendo catéter venoso central.
- Desfibrilación (automática o manual) y cardioversión.
- Administración de medicamentos.
- Maniobras de resucitación avanzadas, incluyendo marcapasos externo y pericardiocentesis.
- Asistencia post-resucitación.

5.3.5 La urgencia quirúrgica¹⁶

La UUH debe valorar, en su organización, el riesgo de intervención quirúrgica en horario nocturno. La NCEPOD ha publicado varios informes demostrando que existe un mayor riesgo de muertes peri-operatorias si el paciente había sido intervenido por la noche (a partir de las 21:00 horas), recomendando -si posible- diferir la cirugía para realizarla, de día, dentro de las primeras 24 horas (cirugía urgente).

Los informes de la NCEPOD, avalados por el Departamento de Salud del Reino Unido recomiendan dedicar quirófanos a la cirugía urgente¹⁷⁴. El Royal College of Surgeons of England propuso (1997) una mayor centralización de los servicios de urgencia quirúrgicos, con mayor cobertura poblacional, así como hacer factible disponer de un servicio de referencia para la urgencia quirúrgica, con quirófanos dedicados las 24 horas a intervenciones quirúrgicas de urgencia^{175, 176, 177, (41)}.

La *Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*, señala algunas medidas que pueden reducir las demoras en cirugía urgente, así como evitar que esta demanda interfiera con la cirugía programada^{178, 179, 180, 181, 182, 183 (42)} (Anexo 2).

5.4. Organización y funcionamiento de la UUH

Responsable de la UUH

El responsable de la UUH es el médico que ejerce la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito a la unidad, incluyendo los facultativos de otros departamentos, cuando realicen actividad en ella. Debe organizar al conjunto de profesionales sanitarios vinculados con la UUH, de diversas especialidades, en un marco protocolizado y consensuado entre todos, con una asignación de recursos adaptada a la demanda. Debe disponer de sistema de información y soporte administrativo. Es el responsable de la gestión de calidad de la UUH, que debe incluir la seguridad del paciente.

Cuando la UUH se configura como una unidad de gestión, el responsable tiene autoridad y responsabilidad sobre la gestión del presupuesto.

⁽⁴¹⁾ Los informes del Grupo de Trabajo de la *Academy of Royal Colleges* (2007) y de la "Task Force of Acute Medicine" del *Royal College of Physicians* (2007), ambos del Reino Unido, abundan en el criterio de concentrar procesos no sólo por razones de calidad de los resultados vinculadas al volumen, sino también por eficiencia en la gestión de los recursos, incluyendo los humanos.

⁽⁴²⁾ Un problema relativamente frecuente es la fractura de cadera en personas mayores anticoaguladas. La *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* recomienda la intervención dentro de las 24 horas, en horario diurno, incluidos los fines de semana.

Responsable de enfermería de la UUH

Es la responsable de la coordinación de los profesionales de enfermería asignados a la UUH. Organiza toda la operativa diaria para garantizar los cuidados de enfermería. Asegura la formación del personal de nueva incorporación. Participa en la discusión y confección de protocolos, guías clínicas y asegura su cumplimentación. Colabora con gestión de pacientes para que el circuito de ingresos, altas o traslados de pacientes sea más efectivo. Asegura que paciente y familia tengan la formación e información que precisen. Colabora con la dirección de enfermería en la planificación y cobertura del personal, la evaluación del personal fijo y suplente, analizar las necesidades de formación de los profesionales, y realizar el seguimiento de los objetivos y evaluación de los resultados.

Manual de organización y funcionamiento

La necesidad de dotarse de un manual frecuentemente se visualiza como un requerimiento meramente administrativo. Sin embargo, es útil que cada miembro de la plantilla reciba un manual que suministre información sobre los objetivos del servicio, su plantilla, su estructura de gestión, sus comités, uniformes y disciplina, líneas de responsabilidad y comunicación, directrices éticas, etc. El manual debe facilitar al personal clínico un sentimiento de pertenencia. Su necesidad es aún mayor en el caso de la UUH, en donde interactúan numerosas personas y servicios del hospital.

La UUH deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento en el que se refleje el organigrama de la UUH, la cartera de servicios, la disposición física de la unidad y los recursos estructurales y de equipamiento de que dispone y el manual de normas:

- Instrumentos de coordinación con otros servicios y unidades dentro del sistema de urgencias en donde se inserte la UUH. Entre estos instrumentos se incluyen los protocolos de actuación en situaciones de emergencia (ictus, politraumatismo, RCP, síndrome coronario agudo y catástrofes).
- Descripción de las actividades de cada proceso asistencial.
- Los protocolos necesarios y los puntos de introducción de éstos en el circuito asistencial.
- Las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos.

En el manual se respetarán los requisitos generales organizativos previamente descritos. El manual deberá ser abierto y actualizable según las modificaciones en la cartera de servicios o cuando los cambios estructurales o funcionales de la UUH así lo requieran.

Tienen que estar definidas las responsabilidades, líneas jerárquicas, atribuciones y competencias de cada miembro de la UUH.

El manual de organización y funcionamiento deberá incluir la descripción de los recursos al servicio de la UUH, el equipamiento disponible, la ubicación de la UUH y sus relaciones con otras áreas del hospital

La UUH deberá disponer de un manual de normas que se ajuste a los requisitos organizativos y en el que estén descritos secuencialmente los actos del proceso asistencial, los protocolos necesarios y los puntos de inclusión en el circuito, así como las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos.

5.5. Gestión de pacientes

Admisión

La admisión estará integrada en la general del centro. Siendo la UUH la principal puerta de entrada para la hospitalización convencional, es aconsejable que exista un espacio físico adecuado donde se ubique el zona de admisión en el área de recepción de pacientes de la UUH.

Documentación clínica

Los aspectos relativos a la documentación clínica, registro de pacientes, informe de alta y protección de datos afectan al hospital al que está vinculada la UUH.

La documentación clínica está integrada por el conjunto de documentos resultantes del proceso asistencial, cualesquiera que sean su formato y soporte.

La gestión de la documentación clínica corresponderá a la unidad de admisión y de documentación clínica o equivalente. La gestión comprenderá la generación, custodia, préstamo, duplicación, copia, seguimiento y depuración de cualquier documento clínico.

La documentación clínica deberá ser conservada en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la terminación de cada proceso asistencial.

La UUH debe garantizar la existencia de aquellos documentos médico-legales de obligada cumplimentación. Los principales son: el parte de lesiones y accidentes por el que el médico comunica a la autoridad judicial la asistencia a un lesionado; la historia clínica e informe de alta de urgencias.

Historia clínica

La historia clínica deberá ser única para cada paciente y deberá ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales. Asimismo, deberá cumplir las exigencias técnicas de compatibilidad que cada servicio de salud establezca.

La información asistencial recogida en la historia clínica podrá constar en soporte papel o a través de medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que garantice su recuperación y uso en su totalidad. En lo relativo al diseño, contenido mínimo, requisitos y garantías y usos de la historia clínica se atenderá a lo previsto en la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Cada centro sanitario contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo. Su gestión se realizará de acuerdo con un protocolo que garantice su trazabilidad y localización, e incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación.

Informe de alta de urgencias

Al final del proceso asistencial, así como con ocasión de traslado, el paciente o, en su caso, cuidador, familiar o persona vinculada, tiene derecho a la expedición por la UUH del informe de alta de urgencias.

La UUH debe cumplimentar, al alta del paciente, un informe de alta de urgencias 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.

Protección de datos sanitarios

Los datos de carácter personal relativos a la salud de los pacientes tienen la consideración de datos especialmente protegidos a los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los centros sanitarios adoptarán las medidas de organización, procedimientos y técnicas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos referentes a la salud de los pacientes, así como para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los mismos.

Los informes de alta de urgencias y la documentación resultante de las exploraciones complementarias se archivan (preferentemente en formato electrónico) y están disponibles para su revisión y uso al menos durante cinco años.

El hospital garantizará la seguridad y conservación de todos los ficheros de los que dispongan, estén o no automatizados.

El hospital designará la persona responsable de los ficheros automatizados que se comunicará a la administración competente. El responsable del fichero y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de los pacientes están sometidos al deber de secreto profesional.

Todo paciente tiene derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud en los términos establecidos por la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La cesión de los datos relativos a los pacientes requerirá en todo caso, el consentimiento expreso de los afectados, con las excepciones previstas en la legislación sanitaria y en la legislación de protección de datos.

Sistema de información

El sistema de información estará integrado en el sistema general del hospital, debiendo atender a los distintos requerimientos de la UUH:

- Gestión de pacientes: Filiación; citación; admisión; alta y codificación; gestión de la documentación clínica.
- Estación clínica: historia clínica electrónica y aplicaciones departamentales (laboratorio, diagnóstico por la imagen)
- Gestión económico-administrativa y de servicios generales: almacén (pactos de consumo, gestión de stocks, solicitudes de compra, etc.); farmacia (sistema de prescripción electrónica; unidosis; sistema de conciliación de medicación); contabilidad; esterilización; gestión de personal (incapacidad transitoria, incidencias, permisos, sustituciones, etc.).
- Evaluación (cuadro de mando): costes por proceso (contabilidad analítica); encuestas de satisfacción; indicadores de actividad; indicadores de calidad. Incluyendo los relativos a los tiempos de respuesta por nivel de gravedad, y tiempos de resolución (alta, ingreso o traslado) de la urgencia; indicadores de rendimiento.

6. Estructura y recursos materiales

En este capítulo se desarrollan criterios funcionales y estructurales del programa funcional de la UUH así como su distribución en zonas y locales, incluyendo sus características ambientales y de diseño. En el Anexo 4 se desarrolla dimensionado de recursos de los recursos físicos de la UUH, en el Anexo 5 un ejemplo de programa funcional de espacios para la UUH ubicada en el hospital general de un área de referencia con 250.000 habitantes, con una demanda de 125.000 urgencias al año, y en el Anexo 6, su equipamiento.

6.1. Programa funcional de la UUH: criterios

El programa funcional de la UUH, necesario para la definición de una nueva estructura o para la remodelación de la existente, debe ajustarse a la estructura organizativa descrita en el capítulo anterior. El programa funcional es el instrumento en el que se definen los recursos necesarios de cada una de las zonas que integran la UUH.

La organización física de la unidad se adapta al proceso de atención de pacientes urgentes, por lo que dispone de una estructura secuencial desde el acceso directo desde el exterior hasta la circulación interna del hospital. De esta manera, tras la zona de acceso exterior, se encuentra la zona de recepción, con sus espacios para admisión y clasificación o triaje; luego se dispone la zona consultas, exploración, diagnóstico y tratamiento. En el área más interna de la UUH, se localiza la unidad de observación.

El programa funcional de la UUH contemplará la definición de los espacios y locales, con indicación de las instalaciones y el equipamiento, necesarios para el desarrollo de la función asistencial, atender las urgencias y emergencias, en condiciones de seguridad calidad y eficiencia.

El programa funcional contemplará las necesidades derivadas de la provisión de los servicios incluidos en la cartera de la UUH.

El programa funcional de la UUH debe desarrollarse teniendo en cuenta las necesidades de todos los usuarios de la unidad, entre los que se incluye el paciente y acompañantes, además de los diferentes tipos de personal que trabajan en la misma (admisión, personal de enfermería o médico, etc.) o se relacionan con ella (personal del transporte sanitario, seguridad, etc.). La UUH dispone de una zona de apoyo y de personal.

El diseño de la UUH debe permitir el acceso a los recursos asistenciales, compaginando las necesidades funcionales con los aspectos ambientales, a fin de que el entorno resulte agradable, especialmente en las zonas públicas de entrada a la unidad y salas de espera, que deben adecuarse para estancias ocasionalmente prolongadas.

En cualquier caso, se deberán resolver requerimientos que pueden parecer contradictorios entre sí, tales como proteger la privacidad y dignidad del paciente (en particular cuando hombres y mujeres comparten circulaciones o son atendidos en espacios adyacentes), proporcionar al personal sanitario las condiciones de observación directa que requiere el cuidado del paciente y facilitar la rapidez del desplazamiento, incluso cuando para ello es necesario el uso de silla de ruedas o camilla.

Para la redacción del programa funcional resulta necesario realizar los siguientes trabajos :

- Análisis sociodemográfico del entorno del hospital, que incluya las variaciones estacionales además de las estimaciones poblacionales en diferentes horizontes temporales. En el caso de establecimientos privados, el estudio de mercado identificará las características de los clientes potenciales.
- Estudio de la demanda teórica de cada una de las prestaciones asistenciales de la UUH, atendiendo a la cartera de servicios de la unidad y a las tendencias observadas de frecuentación de las

urgencias hospitalarias. Para centros de nueva creación, deberá tenerse en cuenta la capacidad de penetración de la unidad en su entorno, una vez se encuentre esta en pleno funcionamiento, así como la relación de esta con los demás dispositivos asistenciales habilitados para la atención urgente en áreas geográficas adyacentes.

- Análisis de los recursos físicos en los que se desarrollarán las actividades de la unidad.
- Dimensionado de los recursos asistenciales de la unidad.
- Programa de espacios, que incluye sus características y dimensiones, cuantificación y criterios organizativos.
- Definición de sus criterios de funcionamiento, recogidos en el manual de normas, y detallando los esquemas de circulación de pacientes, personal, familiares y materiales.
- Configuración del circuito asistencial, esquema de ordenación funcional (formas de acceso de los pacientes, triaje y registro, consulta de alta resolución, exploración, observación y tratamiento, resucitación cardiopulmonar, alta, etc.) y relaciones funcionales con las demás unidades del hospital.
- Estudio de necesidades de personal y de equipamiento, atendiendo a la demanda, a la actividad prevista y a la cartera de servicios del hospital en que se encuentre ubicada la UUH.
- Análisis de la capacidad de producción, según escenarios de mayor o menor eficiencia: tiempos de intervención, rendimientos, etc.
- Estudio de viabilidad, que reflejará los costes de inversión en infraestructura y equipamiento y la estimación de gastos corrientes de funcionamiento (personal, suministros y mantenimiento) necesarios para el funcionamiento de la UUH. También debe recoger el impacto económico-sanitario de su funcionamiento en la institución de que dependa.

El programa funcional debe tener en cuenta algunas condiciones específicas de la UUH, como son la señalización, ubicación, relación con otras unidades, seguridad y sistema de información.

Señalización

Con el fin de facilitar el acceso de los pacientes a la urgencia, el hospital debe señalar la ubicación de la UUH.

Conviene instalar señales orientando la ubicación de la UUH en todos los accesos al recinto hospitalario, en el aparcamiento, en las entradas al edificio y, en general, en todos aquellos puntos que, por su relación funcional con la unidad, se consideren estratégicos a este respecto.

Las señales exteriores, incluso las instaladas en el interior del recinto del hospital, deberán adecuarse a la normativa vigente en materia de señalización vertical de autopistas, autovías, carreteras y/o vías urbanas.

Las señales interiores deben ajustarse al mínimo necesario para dirigir los principales flujos de circulación y comunicación con las áreas del hospital más relacionadas con la UUH, evitando exceso de información, que pueda resultar confuso, y utilizando pictogramas que sean comprensibles, incluso para las personas que no conozcan el idioma.

En el interior de la unidad, conviene señalar las diferentes zonas y locales, de forma que exista siempre una referencia sencilla, que permita al paciente identificar el lugar en que se encuentra o al que haya de dirigirse. En la medida de lo posible, debe evitarse la utilización de soportes informativos no homologados, circunstanciales o improvisados.

Ubicación y acceso

La accesibilidad física a la UUH debe estar garantizada, tanto para vehículos y personas, de un modo seguro y cómodo. Muy especialmente, debe facilitarse el acceso seguro del transporte sanitario, incluyendo el medicalizado.

Se recomienda que la UUH disponga de una entrada específica desde el exterior, próxima a la unidad, bien comunicada con las vías rápidas del entorno del hospital. El acceso exterior a la UUH debe funcionar ininterrumpidamente.

La UUH debe situarse a nivel de calle y suficientemente separada de la entrada principal del hospital, para evitar la congestión del tráfico en el interior del recinto hospitalario.

La entrada de la unidad debe ser fácilmente identificable y el acceso a la misma claro. Los pacientes y sus acompañantes deben acceder directamente a la unidad desde el exterior sin pasar por otras dependencias del hospital ni utilizar pasillos o corredores.

Se recomienda que la UUH cuente con un aparcamiento de uso específico para el paciente que acude por sus medios a la unidad. Se recomienda que la UUH disponga de una zona reservada para el vehículo utilizado para el transporte sanitario, con unas tomas eléctricas de intemperie para la recarga de baterías de sus equipos.

En el caso de que la UUH se use durante la noche como entrada principal, tanto para la admisión de los pacientes que hayan de ingresar en el hospital como para el acceso al mismo del personal sanitario, los accesos y circulaciones deben organizarse para que el uso de los espacios de la unidad no resulte comprometido, adoptándose las medidas de vigilancia y control necesarias para garantizar la seguridad.

Circulación y relación con otras unidades

La UUH debe garantizar la circulación de paciente/acompañante/personal y el nivel de relación que requiere el proceso asistencial del paciente urgente (pruebas diagnósticas, exploraciones complementarias o intervenciones terapéuticas) entre las zonas de la unidad y con otras unidades del hospital.

La circulación interior de la UUH debe organizarse de acuerdo con esta estructura secuencial, de manera que exista la posibilidad de comunicación directa desde las distintas zonas de la UHH con la circulación interna del hospital mediante un pasillo general, que sirve para el traslado del paciente desde cada zona (consulta, triaje, reanimación, exploración y diagnóstico, urgencia pediátrica y observación) hacia el resto de las unidades del hospital (radiodiagnóstico, unidad de cuidados intensivos, bloque quirúrgico, exploraciones especiales, hospitalización o mortuorio en su caso), sin interferir en funcionamiento otras áreas de la unidad. Ese pasillo de circulación general de la UUH sirve asimismo para el personal y servicios de la unidad.

La circulación interna que conecta las distintas zonas de la UUH entre sí o con el resto del hospital, será amplia, sin barreras y bien señalizada.

La unidad de radiología, el bloque obstétrico⁽⁴³⁾, cuidados intensivos, el bloque quirúrgico y gabinetes de exploraciones funcionales centrales (especialmente los de digestivo / endoscopias, y los del área del corazón) requieren una relación de proximidad física y fácil comunicación con la UUH, a través de la circulación interna del hospital por la que se traslada al paciente. En el caso de radiología, es conveniente la existencia de salas próximas y ubicadas preferentemente en el mismo nivel de la UUH, específicamente dedicadas a exploraciones urgentes para las modalidades que correspondan según el dimensionado de la unidad. La urgencia tocológica debe ser atendida en la maternidad hospitalaria /

⁽⁴³⁾ Se recomienda que la urgencia obstétrica sea atendida en el bloque obstétrico (Maternidad hospitalaria: estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS. 2009).

bloque obstétrico, por lo que en la UUH sólo será atendida la urgencia ginecológica⁽⁴⁴⁾, por lo que es necesario garantizar la rápida comunicación física entre la UUH y el bloque obstétrico. Resulta conveniente facilitar la comunicación física de la UUH con la unidad de cuidados intensivos y unidad coronaria y bloque quirúrgico, en tanto que un número significativo de los pacientes atendidos en urgencias, y la mayor parte de las veces precisamente los casos más críticos, requerirán ser atendidos en estas unidades o precisarán intervención quirúrgica.

En el caso de que estas unidades se ubiquen en plantas diferentes que la UUH, deberá habilitarse un transporte vertical exclusivo mediante ascensores específicamente dedicados a este fin, con dimensiones adecuadas (cabina y ancho de puertas de acceso) para trasladar al paciente acompañado de hasta tres profesionales con equipamiento (respirador, balón de contrapulsación, bomba de perfusión).

En otros casos no es necesario el traslado del paciente, por lo que la relación con la UUH puede resolverse mediante sistemas de transporte neumático de muestras y la infraestructura de voz y datos del hospital, como ocurre con algunas unidades de apoyo diagnóstico y de tratamiento, como laboratorios de análisis clínicos o farmacia. La instalación de estos sistemas hace que resulte indiferente la ubicación del laboratorio/farmacia respecto de la UUH.

Es necesario valorar la proximidad de la UUH con las zonas en que se realizan otras exploraciones y pruebas diagnósticas, teniendo en cuenta la frecuencia de su indicación, la gravedad asociada a los casos en que resulten indicadas, la posibilidad de transportar el equipamiento necesario o los condicionantes físicos y/o clínicos existentes para el desplazamiento del paciente.

Por otra parte, debemos señalar que la UUH debe disponer de instalaciones y mecanismos que garanticen la comunicación con atención primaria y otros hospitales mediante los diversos sistemas de información y comunicación disponibles: historia clínica informatizada, videoconsulta, transferencia de imagen y teleconsulta.

Seguridad

Algunos de los pacientes atendidos en la unidad, o sus acompañantes, muestran estados de agitación y estrés que llegan a producir situaciones que van desde el ataque verbal hasta la agresión física, ya sea al personal sanitario o a otros usuarios de la UUH. El comportamiento agitado es común en algunas condiciones clínicas que determinan la necesidad de que el paciente sea atendido en la UUH. Por otra parte, tanto el paciente como sus acompañantes pueden desarrollar agresividad por razones asociadas al episodio asistencial, tales como ansiedad derivada de la espera, con incertidumbre sobre la evolución del proceso, o de su percepción sobre la atención recibida.

La UUH debe diseñarse de forma que se minimicen las contingencias por incidentes violentos, por lo que conviene tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Un entorno agradable y bien equipado, particularmente en las zonas de recepción y espera, que son las potencialmente más conflictivas, contribuye a reducir la agresividad. Resulta recomendable la existencia de control visual de la sala de espera general desde el puesto de recepción y admisión de la UUH.
- El mobiliario y equipamiento debe seleccionarse cuidadosamente, evitando en la medida de lo posible que pueda utilizarse como arma arrojadiza.

⁽⁴⁴⁾ Dependiendo del tipo de hospital y su actividad obstétrico-ginecológica, las urgencias ginecológicas pueden ser atendidas también en el bloque obstétrico.

- La ausencia de barreras y rincones en las zonas de espera permite el contacto visual entre pacientes, acompañantes y personal sanitario y mejora la capacidad de respuesta en caso de incidentes violentos.
- Garantizar condiciones de privacidad en la información al paciente y familiares.
- La instalación de dispositivos de comunicación facilita el aviso a los vigilantes de seguridad.

La actitud del personal que interviene en las tareas de recepción e información resulta ser un factor importante en el desarrollo de las actitudes agresivas, por lo que se recomienda su capacitación para reducir la conflictividad en la UUH.

Se recomienda valorar la instalación de dispositivos electrónicos de seguridad, tales como alarmas o cámaras de videovigilancia.

La prevención del robo de objetos, tanto si son propiedad del hospital como si lo son de los pacientes, de sus acompañantes o del personal sanitario, es una cuestión más a considerar en el diseño de la UUH.

Requerimientos del sistema de información

Se asume que en la actualidad la práctica totalidad de UUH disponen de un sistema de información de soporte para el desarrollo de la actividad asistencial, siendo cada vez más frecuente la existencia de sistemas integrados de historia clínica digital, de forma que todos los locales con función asistencial y aquellos en los que se lleven a cabo actividades de naturaleza administrativa, dispondrán de conexión a la red de voz y datos, mobiliario adecuado para el uso de estaciones clínicas, ordenadores personales, portátiles o fijos, impresión de documentos y, en su caso, monitores aptos para la visualización de imágenes con calidad.

Criterios derivados de la incorporación de la perspectiva de los usuarios (paciente y personal) en la organización funcional y estructural de la UUH

La perspectiva del usuario debe orientar los criterios estructurales y funcionales de la UUH.

El principio de “actuaciones necesarias; movimiento mínimo del paciente” debe enmarcar la organización funcional de la UUH. Los circuitos de trabajo deben facilitar una organización funcional eficiente, debiéndose aplicar. La UUH debe incorporar técnicas diagnósticas y terapéuticas que colaboren en ese objetivo.

Algunos elementos facilitan la estancia de los usuarios en la UUH, como son la legibilidad de las circulaciones, la proximidad a los puntos de atención, la comodidad del mobiliario o su disposición para favorecer en la medida de lo posible condiciones de intimidad.

La información sobre la demora previsible y sus causas es, sin duda, el factor que más contribuirá a aliviar la ansiedad del paciente y acompañantes en las zonas de espera, por lo que resulta aconsejable incluir en el diseño de la unidad dispositivos audiovisuales con este fin.

El paciente de la UUH que lo desee debe poder estar acompañado por una persona, excepto en el box de reanimación cardiopulmonar. En el caso de pacientes pediátricos, el acompañamiento por sus padres es un requisito imprescindible.

El paciente frágil y, en general, todo el que espera a ser atendidos, así como sus acompañantes, son especialmente vulnerables, por lo que deben adoptarse las medidas necesarias para facilitar el control de acceso a áreas de personas sin autorización.

La familia/acompañante debe tener información del cambio de ubicación del paciente dentro de la UUH, de la realización de pruebas fuera de la UUH, y en su caso del ingreso. Durante la estancia del paciente en la unidad de observación de la UUH, se debe facilitar información periódica (al menos cada tres horas).

El local de atención urgente (consulta, box de exploración y diagnóstico, observación) debe favorecer la intimidad, privacidad y confort del paciente.

Los distintos espacios que integran la zona de urgencias pediátricas deberán estar adaptados a los usuarios específicos de la misma, debiendo ser espacios seguros, afectivos, confortables y acogedores.

La zona de personal de la UUH debe diseñarse considerando que el tipo de trabajo en la unidad es intensivo, y el personal pasa toda su jornada laboral en la misma.

Criterios estructurales de la UUH

La UUH debe estar físicamente diferenciada del resto de áreas asistenciales, como la ambulatoria o la hospitalización.

La estructura de la UUH debe disponer de espacios amplios (vestíbulo, salas de espera, pasillos,...) que permitan su utilización en situaciones de catástrofe, tanto interna como externa.

En el vestíbulo general (pacientes ambulatorios) será amplio e incluirá una zona de celadores y otra para el aparcamiento de sillas de ruedas.

La zona de recepción y admisión debe contar con control visual tanto del vestíbulo general como de la sala de espera general de la unidad.

La recepción en la UUH conlleva la realización, en el menor tiempo posible, de dos procesos, cuya prelación vendrá determinada en general por las condiciones que presente el paciente a su llegada a la unidad: triaje, que tiene por objeto la valoración del paciente que acude a la UUH, a fin de garantizar que reciban una atención adecuada a sus necesidades, priorizando el orden de atención médica y determinando el lugar y los medios que, en cada caso, precise; y admisión, que comprende la identificación del paciente, el registro de su entrada en la unidad y la recogida de la información relevante para la gestión administrativa del episodio.

El diseño de las zonas de recepción y clasificación de los pacientes debe facilitar la rápida realización de ambos procesos, facilitando el acceso y teniendo, en cuenta que, en ocasiones, pueden producirse acumulaciones de pacientes que esperan ser atendidos.

En la entrada a la unidad se ubica una sala de espera general para familiar/acompañante, con aseos y máquinas de refrigerio, a la que se podrá acceder directamente desde el exterior.

La UUH dispondrá de sala de espera específica para pacientes pendientes de resultados de alguna prueba diagnóstica (radiología, laboratorio,...) o consulta y que no requieran estar en observación, siempre que el volumen de pacientes atendidos y, por tanto, el tamaño de la unidad lo permita. Se debe situar en la zona de exploración y diagnóstico de la UUH, próxima al puesto de control de enfermería.

La UUH dispondrá de despachos de información. La UUH dispondrá de un local para interconsultas y videoconferencias, siempre que resulte adecuado por el volumen de pacientes atendidos y, por tanto, el tamaño de la unidad.

La mayor parte de la asistencia dispensada en la UUH tiene lugar en el área de consultas, exploración y tratamiento, que comprende un abanico de recursos asistenciales, adecuados al diferente nivel de gravedad que puede presentar el paciente que acude a la unidad: desde la consulta destinada a los casos menos complejos, que son los más numerosos, con tiempos cortos de atención y rotación

elevada; hasta el box de críticos, específicamente dedicado a atender la urgencia vital, poco frecuente, y equipado para realizar la resucitación cardiopulmonar; pasando por una gama más o menos amplia de boxes de exploración, diagnóstico y tratamiento apropiados para la atención a diferentes tipos de pacientes, conforme a la variedad de las prestaciones incluidas en la cartera de servicios de la unidad.

Algunos pacientes, previamente atendidos o no en el área de consulta, exploración y tratamiento, presentarán condiciones clínicas que requieran atención en un recurso específico de observación, dotado de camas o, en su caso, sillones, habilitados para prestar cuidados continuados de enfermería, servicios hosteleros y acceso a aseo, hasta el alta o ingreso en hospitalización, que debería producirse antes de veinticuatro horas de permanencia en la unidad.

La zona de observación, donde la estancia del paciente es mayor, debe disponer de iluminación (natural y artificial) adecuada para la atención del paciente y con posibilidad de ser graduada para facilitar el reposo y recuperación de los mismos.

La UUH debe contar con un sistema de transporte automático de muestras (cuyas terminales se localizan en los puestos de trabajo del personal, mostrador y controles de enfermería), con acceso inmediato a los equipos de radiología de urgencias y con fácil acceso a determinadas exploraciones funcionales (endoscopias digestivas, ecocardiografía, ...).

Se tenderá a la utilización de dispensadores automatizados de medicamentos.

La zona de personal estará segregada de las zonas de atención al paciente y conectada con éstas por un pasillo de circulación general de la UUH.

Algunos recursos de diferentes zonas de la UUH pueden compartirse, lo que depende del dimensionamiento de la unidad. Una UUH pequeña (en el entorno de una demanda asistencial de 30.000 urgencias al año), puede disponer de un control de enfermería común para las distintas zonas de exploración, diagnóstico y tratamiento y observación. Algunos espacios de apoyo pueden ser comunes en función de las características funcionales específicas de la UUH.

Características ambientales y de diseño de la UUH

Con carácter adicional a lo antes expuesto, deben considerarse las siguientes condiciones ambientales y de diseño en la UUH:

- Los accesos, circulaciones generales, locales y equipos (por ejemplo, los teléfonos públicos o máquinas expendedoras de refrigerios) deben ser accesibles para la persona con problemas de movilidad (personas en sillas de ruedas) y dificultades sensoriales o de orientación.
- La iluminación natural y artificial se deben considerar especialmente en el diseño y las instalaciones de la UUH. Se considera un elemento básico para asegurar la calidad ambiental de la UUH, la referencia de luz natural en el vestíbulo, sala de espera, consultas de urgencias menores, boxes de exploración, diagnóstico y tratamiento, sala de observación, locales de trabajo del personal y circulación general de la unidad. La iluminación artificial se adaptará y regulará en función de las actividades de cada local.
- Debe considerarse la necesidad de disponer de elementos (particiones, puertas,...) que aseguren un nivel acústico aceptable que no interfiera con la actividad en la UUH y que asegure un ambiente tranquilo para paciente y profesional.
- Los acabados de los paramentos (pasillos de circulación general, consultas, boxes de exploración, diagnóstico y tratamiento, salas de observación, etcétera), deben ser suficientemente resistentes a lavados intensos, así como a impactos accidentales (camillas, camas, carros,...).
- Las puertas son elementos especialmente sensibles a los golpes de los elementos móviles que

funcionan en la unidad (camas o equipos portátiles), por lo que deben ser amplias y con elementos transparentes que faciliten la observación y la privacidad según se demande en cada momento.

- Los acabados de suelos deben ser durables, de fácil mantenimiento y limpieza. Los techos deben ser registrables en pasillos de circulación general y puntualmente en los locales asistenciales con objeto de facilitar los trabajos de mantenimiento de las instalaciones.
- Los elementos de las diferentes instalaciones (protección contra incendios, electricidad, gases, transporte neumático de muestras, iluminación, seguridad eléctrica, etc.), deben estar empotrados en paramentos de manera que no disminuyan secciones de paso ni supongan un obstáculo a los tráficos en el interior de la unidad.
- Resulta importante un diseño adecuado del equipamiento fijo en mostrador de recepción y control de enfermería y sala de espera de pacientes.

Urgencia pediátrica y obstétrica

La UUH puede integrar la zona de urgencia pediátrica o desarrollarse ésta de forma completamente diferenciada, dependiendo del tipo hospital y actividad pediátrica.

Si la urgencia pediátrica está integrada, se tenderá a que tenga sólo en común con el resto de las urgencias el acceso y la zona de recepción y admisión. El acceso de los niños no debe cruzarse con el acceso de las situaciones de emergencias. La zona de urgencias pediátricas estará conectada con el resto de las zonas de la unidad mediante un pasillo de circulación general interno, para facilitar el traslado de los pacientes y permitir la atención de aquellos especialistas comunes para adultos y niños (traumatología, ORL, oftalmología,...).

Todos los recursos necesarios para la atención urgente pediátrica (espera específica, boxes de exploración, diagnóstico y observación y con un control de enfermería común para la zona), deben diseñarse considerando que el niño pueda estar acompañado durante todo el proceso.

En los documentos de estándares y recomendaciones elaborados sobre la unidad hospitalaria de atención al parto se recomienda *“siempre que no existan condicionantes arquitectónicos que lo impidan, ubicar en el espacio físico de la maternidad hospitalaria los recursos necesarios para la recepción y valoración clínica de la gestante con sospecha o pródromo de parto, de forma que, cuando resulte necesario, pueda acceder directamente al bloque obstétrico desde la consulta y box de exploración, **debiendo evitarse, en consecuencia, la atención de estas pacientes en el área de urgencias del hospital.**”*

Los aspectos estructurales de la urgencia obstétrica se detallan en el capítulo 6 del citado documento de estándares y recomendaciones, y sus anexos recogen el programa funcional de espacios.

6.2 Programa funcional de la UUH: descripción de zonas y locales

A continuación se incluye una descripción de las características estructurales y funcionales de las distintas zonas (entorno exterior; acceso, recepción, admisión y clasificación; zona de consultas; zona de exploración, diagnóstico y tratamiento; zona de observación; zona de apoyo; y zona de personal) y locales que integran la UUH. En el anexo 5 a este documento se incluye el programa funcional genérico de una UUH dimensionada para la atención de 250.000 habitantes.

6.2.1. Entorno exterior de la UUH

Se recomienda la planificación del entorno físico exterior a la UUH, que condiciona su funcionamiento efectivo.

Este espacio exterior inmediato a la UHH debe estar protegido contra las inclemencias del tiempo en cada caso, mediante estructuras de marquesinas más o menos abiertas, que faciliten la descarga de pacientes en condiciones adecuadas, con una adecuada iluminación exterior y que sirvan por sí mismas de señalización de una de las entradas más importantes del hospital.

Foto 1. Marquesina de acceso a una UUH



La UUH debe disponer de espacio exterior suficiente para la circulación de, al menos, dos ambulancias en paralelo, así como para el tráfico de vehículos privados.

El acceso de vehículos dispondrá del espacio suficiente para que se pueda realizar el giro sin utilizar la marcha atrás. Las rutas de entrada y salida de vehículos serán unidireccionales, evitando la posibilidad de cruces.

El paciente que acude a la UUH lo hace, en general, mediante ambulancia, vehículo privado o transporte público (taxi u otro sistema). La ambulancia representa un menor número de situaciones que responden a situaciones de emergencia. El uso de vehículo privado o transporte público es la situación mayoritaria y responde a pacientes con urgencias en general menos severas.

Es aconsejable -dependiendo del volumen de pacientes atendidos- disponer de un aparcamiento específico que se debe ubicar en una zona próxima al acceso de urgencias, para los pacientes que acuden acompañados mediante vehículo particular,

Asimismo debe existir una zona de aparcamiento reservado para ambulancias localizado también en una zona próxima al acceso de la unidad.

Estas dos situaciones de acceso de los pacientes desde el exterior a la UHH explica la necesidad de disponer en el interior de la misma de dos puertas diferenciadas: una para los pacientes urgentes y otra para las situaciones de emergencia.

En la UUH, sobre todo en aquella que se encuentre en zonas de lo que se denomina “riesgo tecnológico” (nuclear, biológico o químico – NBQ -), puede ser conveniente contar con una unidad de descontaminación, ya sea portátil (de fácil y rápido montaje) o de una fija, donde se descontamine al

paciente que llegue al hospital sin haber sido previamente descontaminado por el equipo de emergencias prehospitalario. La unidad de descontaminación debe contar con el espacio y el equipamiento necesario y estará situada siempre antes de la entrada a las dependencias de la UUH. Su implantación requiere además de espacios y equipamiento un entrenamiento adecuado y continuo del personal tanto sanitario como no sanitario de la UUH.

Cuando el hospital disponga de infraestructura para el transporte aéreo (helisuperficie / helipuerto), ésta tendrá una fácil comunicación con la UUH.

6.2.2. Entrada, recepción, admisión, clasificación y espera

Esta zona sirve de soporte a la entrada del paciente que acude a la UUH y el desarrollo de las actividades relacionadas con su recepción o acogida, admisión y clasificación, incluyendo la espera del paciente hasta el momento de su atención y la espera de acompañantes durante permanencia del paciente en la unidad.

Esta zona tendrá los siguientes espacios y locales:

Entrada

La UUH debe contar, siempre que su tamaño y el volumen de pacientes atendidos lo permita, con dos entradas independientes, para urgencias y emergencias, a partir de las cuales se disponen secuencialmente el resto de las zonas de la unidad y que sirven de referencia para la estructura de las circulaciones interiores de la misma.

Las entradas se deben encontrar cubiertas y protegidas para facilitar el acceso del paciente ambulante y la descarga del paciente en camilla.

Las entradas de la UHH deben disponer de vestíbulo cortavientos con puertas automáticas con objeto de facilitar el acceso del paciente en silla de ruedas o camilla. La dimensión del espacio del vestíbulo cortavientos debe ser suficiente (al menos 3,5 metros en el caso de paso de camillas) para evitar las corrientes de aire en el interior de la unidad.

El suelo del espacio del cortavientos debe disponer de una alfombra que permita recoger la suciedad proveniente del exterior.

Tanto las puertas de entrada como el conjunto de la fachada exterior de la UUH, en la zona de acceso, deben ser suficientemente acristaladas para facilitar la visión del espacio exterior de la unidad desde el mostrador de recepción.

Foto 2 y 3. Puertas de acceso a urgencias y emergencias



Vestíbulo

El vestíbulo general, asociado a la entrada de urgencias, es un espacio muy utilizado que sirve al acceso de la mayoría de los pacientes/ acompañantes de la unidad (adultos y pediatría).

Sus dimensiones deben ser suficientes para evitar aglomeraciones, incluso en momentos de especial afluencia, por lo que deben considerarse las situaciones previstas en el programa funcional de mayor número de urgencias (picos).

El dimensionado del vestíbulo general de la unidad debe contemplar asimismo las situaciones de catástrofe previstas en el plan de emergencias externas del hospital.

El vestíbulo vinculado a la entrada de emergencias (en general, pacientes que son transportados a la UUH mediante ambulancia), no requiere un espacio importante, y se debe encontrar asociado al local de reanimación cardiopulmonar de la unidad.

Recepción y admisión

Comprende el espacio necesario para la atención a los pacientes que acudan a la UUH y a sus acompañantes durante el proceso de admisión en el que se realiza la filiación, ingreso, en su caso, determinación de citas, etc. Deberá tenerse en cuenta la necesidad de un cierto grado de privacidad, que puede alcanzarse mediante la existencia de una distancia bien señalada para la espera de otras personas ante el mostrador de admisión.

Fotos 4 y 5. Mostrador de recepción y admisión de la UUH.



Desde el mostrador de recepción y admisión se controlan tanto la entrada general de pacientes urgentes como la entrada de las situaciones de emergencia.

El área administrativa funcionará las veinticuatro horas del día y contará con el equipamiento necesario para desarrollar eficazmente su actividad (ofimática, informática, correo electrónico, teléfonos, fax,) y prever espacio para almacenar la documentación específica: protocolos, folletos informativos, etc.

El mostrador de admisión se diseñará de forma que resulte accesible desde la entrada principal y fácilmente localizable para los pacientes y sus acompañantes, y, que el personal de recepción pueda observar la puerta de entrada, las circulaciones del público y la espera general de la unidad. Dispondrá de una zona que permita la atención sin barreras arquitectónicas y con los usuarios acomodados en silla de ruedas.

Se recomienda que la tramitación administrativa se realice, siempre que sea posible, en el propio mostrador de recepción, evitando la disposición de despachos adyacentes. Se considera que, en nuevos

diseños, el sistema de información debe soportar íntegramente el desarrollo de todas las actividades, incluyendo, además de las meramente administrativas, la gestión de la documentación clínica.

Box de triaje

Ubicado de forma que permita la visión de la zona de entrada y de la sala de espera y contiguo a la admisión, es un local destinado a la clasificación de los pacientes a fin de priorizar la atención urgente según su gravedad, determinando el tiempo de atención y el recurso más adecuado en cada caso.

La clasificación es una valoración preliminar de la urgencia / gravedad basada en el motivo de consulta y la existencia de otros signos y síntomas evidentes, que no precisa de diagnóstico médico. Por ello, el diseño del local atenderá preferentemente a lograr unas condiciones de intimidad y confort acordes con la naturaleza de esta actividad, permitiendo la privacidad para un breve examen clínico y/o información confidencial y facilitando la inmediatez de la atención y la rotación de los pacientes.

Es conveniente que permita, al menos, el trabajo simultáneo de dos profesionales en situación de pico de demanda asistencial.

Los boxes de triaje se localizan entre la zona de recepción y la zona de consultas, exploración y diagnóstico.

Fotos 6 y 7. Sala de triaje.



Sala de espera general

Adyacente a la recepción y admisión de la unidad y al box de triaje, deberá existir un espacio para la estancia específico para pacientes que aún no han sido atendidos y sus acompañantes.

No es posible prever con exactitud el flujo de llegada de pacientes a la UUH ni las condiciones clínicas de los mismos. El tiempo de espera será variable en cada momento, aunque el triaje adecuará la prioridad de atención médica. El acompañante del paciente debe poder estar en la sala de espera durante el tiempo que requiera la atención del paciente, hasta su alta o ingreso en el hospital.

El dimensionado de los recursos asistenciales debe establecerse en función del volumen esperado de pacientes y de la frecuencia relativa estimada para los diferentes niveles de gravedad, debiendo contar con una previsión de, al menos, dos asientos cómodos (los tiempos de espera pueden ser largos) por paciente que se encuentre en cualquier área de la unidad, debiéndose considerar las previsiones del programa funcional en cuanto a los picos de afluencia a la UUH.

Esta sala tendrá acceso directo desde el vestíbulo general de entrada, permitirá el contacto visual con el mostrador de admisión y dará acceso a la zona asistencial donde se lleva a cabo la atención a los pacientes. La sala de espera debe estar dotada de dispositivos que permitan la llamada a los pacientes y acompañantes, ya sea mediante megafonía o monitores indicativos, cuando sean avisados para acceder a

la zona asistencial o se les vaya a informar de los tiempos previsibles de espera o de la evolución del paciente.

La sala de espera estará dotada de aseos públicos (uno de ellos adaptado), teléfono público, televisión, fuente automática de agua fría y maquina expendedora de bebidas y alimentos envasados. El mobiliario deberá ser consistente para garantizar su durabilidad, pero confortable y adecuado para personas frágiles o dependientes que precisen ayuda para desplazarse, y el entorno, lo más agradable posible.

Existirá una sala de espera específica para pacientes pediátricos y familiares en la zona específica de urgencias pediátricas de la unidad.

Foto 8. Sala de espera general vista desde el mostrador de recepción y admisión y el vestíbulo general de la UUH



Despachos polivalentes

Su número dependerá del volumen de urgencias de la UUH. Cumplen las siguientes funciones:

- Información:

Habilitado para que el personal facultativo y sanitario facilite a los familiares y acompañantes de los pacientes información de su evolución clínica, en condiciones adecuadas de privacidad.

Si fuera posible, resulta conveniente que disponga de doble acceso desde la sala de espera y la zona interior de atención urgente.

- Atención al paciente

En aquellas UUH que lo precisen en función de su volumen de actividad, puede ubicarse en la zona de recepción un despacho de atención al paciente, dotado con acceso a la red de voz y datos, mobiliario ergonómico y con condiciones de privacidad suficientes para la toma de datos y atención a los pacientes y a sus acompañantes en condiciones de privacidad.

- Atestados e informes

En función del volumen de urgencias atendidas en la UUH, se puede requerir una sala para garantizar condiciones de privacidad en la realización de atestados e informes, para el personal de seguridad y prensa. Este despacho debe disponer de infraestructura de comunicaciones.

- Interconsultas y videoconferencia

Despacho de trabajo dotado de infraestructura de comunicaciones con capacidad para dos personas.

- Trabajo social

Asistencia social de los pacientes que lo requieran.

Espacio para sillas de ruedas

Adyacente a la entrada principal, se precisa un espacio para almacenar sillas de ruedas y camillas. Debe ser muy accesible para facilitar su disponibilidad en caso de necesidad, pero no debe interrumpir las circulaciones del vestíbulo y la zona de recepción.

Sala de conductores de ambulancias

En aquellos hospitales con grandes volúmenes de urgencias. Con acceso próximo al exterior de la UUH y con conexiones telefónicas e informática.

Tabla 6.1 Zona de recepción y admisión: funciones y características

Ámbito	Función	Características estructurales
Entrada	Permiten la entrada al vestíbulo de pacientes ambulantes urgentes y situaciones de emergencia en ambulancia.	Señalización exterior adecuada. Ubicación a nivel de calle. Con dos entradas para diferenciar el acceso mediante ambulancia (emergencia) y el de pacientes en otros sistemas de transporte. Accesos con vestíbulos cortavientos de dimensiones apropiadas para el paso de camillas y con alfombras limpiabarros en la entrada y el suelo antideslizante de fácil limpieza. Con marquesina para proteger la llegada y salida de pacientes y acompañantes
Vestíbulo general	Espacio cubierto dentro de la UUH, que da acceso a la zona recepción y espera.	Con dimensiones suficientes para evitar aglomeraciones, incluso en momentos de especial afluencia. Diseñado para facilitar la circulación a pacientes que precisen camilla, silla de ruedas o ayuda para caminar.
Mostrador de recepción y admisión	Atención a los pacientes y a sus acompañantes durante el proceso de acogida y registro.	Espacio fácilmente localizable desde el vestíbulo, en funcionamiento de forma ininterrumpida. Debe permitir que el personal de recepción, estando sentado, observe la entrada a la unidad y la sala de espera. Requiere un cierto grado de privacidad para la atención a los pacientes. Dotado con recursos de ofimática, informática, telefonía, contestador automático, fax, etc.
Box de triaje	Clasificación de los pacientes a fin de priorizar la atención urgente según su gravedad, determinando el tiempo de atención y el recurso más adecuado en cada caso	Ubicado de forma que permita la visión de la zona de entrada y de la sala de espera y contiguo a la admisión. Con condiciones de intimidad y confort acordes con la naturaleza de la actividad. Es conveniente que permita, al menos, el trabajo simultáneo de dos profesionales en situación de pico de demanda asistencial.
Sala de espera	Facilita la permanencia de pacientes y acompañantes en las mejores condiciones posibles de comodidad.	Confortabilidad (posibles largas esperas). Al menos, con 2 cómodos asientos por paciente que se encuentre en cualquier área de la unidad. Aseos Incluidos en la sala de espera general de la unidad.. Dotados de lavabo e inodoro en número proporcional a la dimensión de la actividad de las urgencias. Debe incluir un aseo adaptado para minusválidos. Teléfono público y televisión. Megafonía. Fuente automática de agua fría. Máquinas expendedoras de bebidas y alimentos.

Ámbito	Función	Características estructurales
Despachos polivalentes	Información a pacientes y familiares. Atención al paciente Realización de atestados e informes por parte de seguridad y prensa Interconsulta y videoconferencia con otros profesionales Trabajo social	Despacho con condiciones adecuadas de privacidad. Doble acceso desde la sala de espera y la zona interior de atención urgente. Acceso a la red de voz y datos.
Espacio para sillas de ruedas y camillas	Almacenamiento de elementos para el transporte de pacientes	Adyacente a la entrada principal. En ningún caso, debe interrumpir las circulaciones del vestíbulo y la zona de recepción.
Sala de conductores de ambulancias	Estancia del personal conductor de ambulancias, en hospitales con grandes volúmenes de actividad.	Despacho dotado de infraestructura de comunicaciones Puede incluir aseo (lavabo, inodoro y ducha).

6.2.3. Zona de consultas

Dentro de la UUH, y en función del volumen de la actividad de la misma, se debe disponer de una zona específica para consulta de las urgencias menores. El paciente accede desde una sala de espera específica. La consulta de urgencias se comunica con un pasillo interno de la UUH para el acceso de los profesionales sanitarios y en su caso para el traslado del paciente a otra zona de la UUH o del hospital.

Local de consulta

El local de consulta es el espacio físico donde se lleva a cabo la exploración y reconocimiento de los pacientes que, conforme al resultado del triaje, precisan una atención de nivel 4 (al menos, una parte de ellos) y 5. Son los casos más frecuentes, los que, en principio, permiten un tiempo de respuesta mayor (entre 60 y 120 minutos) y aquellos en los que el episodio asistencial es menos complejo y, en consecuencia, de menor duración.

Se asume que la consulta debe permitir la atención de estos pacientes en un único local, sin perjuicio de que, en ocasiones, el paciente deba permanecer en una de sala de espera el tiempo necesario para la obtención de resultados de las pruebas diagnósticas, mientras en la misma consulta son atendidos otros pacientes.

La consulta puede disponerse como local con una única puerta y dos ambientes (despacho/consulta y vestuario/exploración), de forma que se optimicen las condiciones de intimidad y se logre mayor versatilidad en la utilización de un espacio que, funcionalmente, resulta mucho más flexible.

La consulta debe tener un tamaño suficiente para acoger al facultativo y, en su caso, el personal sanitario que se precise. Será necesario, además del mobiliario de despacho (mesa, sillón y sillas), una camilla de exploración accesible por ambos lados, lámpara de exploración, tomas de oxígeno y vacío y mobiliario clínico para contener el material fungible e instrumental de uso en la consulta. La distribución del espacio facilitará al máximo la privacidad de la consulta y la comunicación con otras consultas adyacentes, a fin de posibilitar la circulación del personal sanitario.

El número de consultas vendrá determinado por el volumen esperado de actividad, en un horario

de funcionamiento continuado durante las veinticuatro horas del día.

Sala de espera de consulta

Asociada a las consultas y destinada a la permanencia del paciente / familiar / acompañante, que ha accedido a la zona de atención urgente después de su recepción y triaje, durante el tiempo que espere a ser atendido o pendiente de los resultados de las pruebas diagnósticas que se le hayan realizado.

Las características estructurales de la sala de espera de consulta serán similares a las demás salas de espera de la UUH, adecuando su tamaño al número de locales consultas de la UUH, el tiempo medio previsto de duración del episodio asistencial en este recurso y previsión de picos de demanda asistencial.

Debe disponer de aseos públicos, uno de ellos adaptado.

Tabla 6.2. Zona de consultas: funciones y características

Ámbito	Función	Características estructurales
Consulta	Exploración y reconocimiento del paciente que, conforme al resultado del triaje, precisa una atención de nivel 4 y 5.	Tamaño suficiente para acoger al facultativo y al personal sanitario. Mobiliario de despacho (mesa, sillón y sillas), una camilla de exploración accesible por ambos lados, lámpara de exploración, tomas de oxígeno y vacío y mobiliario clínico para contener el material fungible e instrumental de uso en la consulta. La distribución del espacio facilitará al máximo la privacidad de la consulta y la comunicación con otras consultas adyacentes, a fin de posibilitar la circulación del personal sanitario. El número de consultas vendrá determinado por el volumen esperado de actividad, en un horario de funcionamiento continuado durante las 24 horas del día.
Sala de espera	Para espera de los pacientes que van a ser atendidos en la consulta	Características estructurales similares a las demás salas de espera de la unidad, adecuándose su tamaño al número de consultas de que disponga la UUH, el tiempo medio previsto de duración del episodio asistencial en estos recursos y previsión de picos de demanda asistencial.

6.2.4. Zona de exploración, diagnóstico y tratamiento

La zona de atención urgente comprende recursos asistenciales adecuados a los niveles de gravedad que puede presentar el paciente que acude a la UUH, incluyendo, box de exploración y tratamiento y box para el paciente en estado crítico.

Esta zona integra los siguientes tipos de locales:

Box de reanimación del paciente crítico y emergencias

Destinado a la recuperación del paciente crítico con parada cardiorrespiratoria, politraumatismo o afección grave, cuya situación vital no permita demora en la asistencia (nivel 1 según el sistema de triaje). Situado junto a la entrada de emergencias de la UUH.

Espacio con acceso directo desde el exterior y puerta amplia que permita el acceso de camas, diferenciada del resto de pacientes ambulantes urgentes.

Con capacidad para atender, al menos, a dos pacientes simultáneamente, a los que se podrá acceder desde cualquier lado y con separación mediante mamparas o cortinas que permitan cierto grado de intimidad.

Foto 9. Entrada de emergencias y acceso al box de reanimación.



Estará dotado del equipamiento necesario para reanimación cardiorrespiratoria y soporte vital, y permitirá la utilización de equipos portátiles de RX. Dotado de la instalación eléctrica necesaria para su iluminación y la conexión de los equipos electromédicos; el sistema de llamada paciente-enfermero con visualización externa; tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido; lavabo con grifo monomando, accionable con el codo, con dispensador de jabón y toallas de papel; y barra de techo para sueros.

Las instalaciones deben estar dispuestas en cabeceros colgados que permitan el libre movimiento de personal y equipos en el entorno del paciente.

Fotos 10, 11 y 12. Box de reanimación del paciente crítico



Box polivalente de exploración, diagnóstico y tratamiento

Es un espacio polivalente destinado a la exploración, diagnóstico y prestación de cuidados al paciente médico o quirúrgico que, conforme al resultado del triaje, no es enviado a la consulta, no precisa una atención de nivel 1 (emergencia) ni requiere recursos especiales (traumatología, ORL, oftalmología,...). También puede derivarse a este box, el paciente procedente de la consulta, cuando se indique la necesidad de un mayor nivel de atención.

Se recomienda que esta habitación permita la máxima privacidad, por lo que debe poder cerrarse con elementos de paso amplios (puertas correderas o mamparas rígidas) que posibiliten un control desde el pasillo general de la zona (elementos acristalados, con distintos niveles de matización de la visión). En cualquier caso, esta zona puede llegar a disponer de un conjunto de boxes más cerrados y otros abiertos (con cortinas en las zonas de paso), de manera que puedan llegar a atenderse a las necesidades de privacidad y conseguir un buen control por parte del personal que atiende la zona.

Fotos 13 y 14. Boxes polivalentes y detalle de puerta de acceso.



Cada box tendrá espacio para una cama y estará dotado de la instalación eléctrica necesaria para su iluminación y la conexión de los equipos electromédicos a utilizar; el sistema de llamada paciente-enfermera con visualización externa; tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido; lavabo con grifo monomando, accionable con el codo, con dispensador de jabón y toallas de papel; barra de techo para sueros. Es conveniente que disponga de indicador externo del estado de ocupación.

El local incluye una zona de preparación de limpio con armarios y dispensador automático de medicamentos.

Fotos 15 y 16. Box polivalente de exploración, diagnóstico y tratamiento.



Boxes especiales

Espacios dedicados a la atención del paciente que, conforme a los resultados del triaje, requiere un nivel de atención similar al del paciente atendido en el box polivalente de exploración, diagnóstico y tratamiento, pero que precisa de medios o procedimientos específicos.

Sus características estructurales son similares a las del box polivalente, pero debe adaptarse a los requerimientos especiales y el equipamiento específico que implique la atención a cada tipo de paciente.

Su número y finalidad dependerá de la demanda asistencial de la UUH y de su cartera de servicios.

■ Box de psiquiatría

El box de psiquiatría debe ubicarse próximo a la entrada del área de atención urgente desde la entrada de emergencias, disponer de cristales de seguridad de visión unidireccional, puertas que abran hacia el exterior, luces que se accionen desde el exterior y otras medidas que permitan la asistencia con seguridad

al paciente agitado que, habitualmente, se atiende en este área. La camilla de este box debe estar anclada al suelo.

Pueden programarse asimismo otros boxes especiales, como el destinado al paciente en régimen penitenciario o para la estancia de aquel paciente que fallece en la UUH, en espera de ser trasladado al mortuario. En este último caso, se recomienda la existencia de una pequeña sala adyacente para la estancia del acompañante.

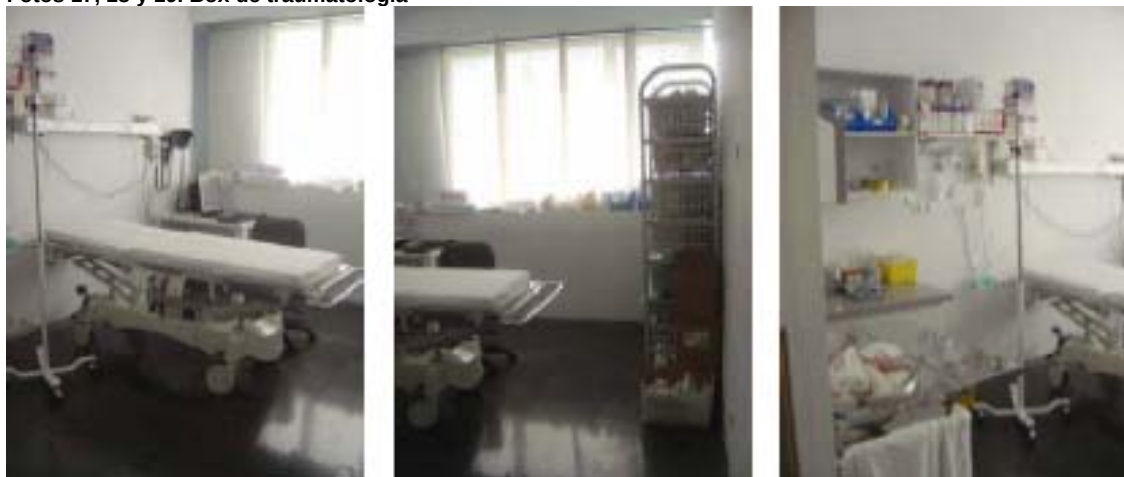
■ Box de traumatología

Diseñado para la asistencia del paciente que haya sufrido un traumatismo y requiera nivel de atención similar al descrito para el box polivalente.

Se recomienda que forme un conjunto funcional con la sala de yesos, que estará contigua, existiendo comunicación entre ambos espacios.

Las características estructurales son similares a las del box polivalente, diferenciándose de este por su equipamiento, y almacenamiento de material (férulas y fungible de gran tamaño), que incluirá lo necesario para atender a este tipo de paciente.

Fotos 17, 18 y 19. Box de traumatología



■ Sala de yesos

Contigua al box de traumatología.

Dispondrá de la infraestructura necesaria para la asistencia al paciente traumatizado que requiere inmovilización y para la maniobrabilidad del personal sanitario que le asiste.

Con espacio para camilla, tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, lavamanos, carril de techo para sueros, sistema llamada, tomas eléctricas, espacio para equipo de escopía, carro de yesos y contenedores para grandes desperdicios.

Pila de yesos con grifo monomando accionable por el codo con dispensador de jabón y toallas de papel, y desagüe para la decantación de yesos.

■ Sala de curas

Espacio destinado a la realización de curas y suturas.

Con características estructurales similares al del box polivalente, pero dotado del equipamiento e instalaciones para la realización de pequeña cirugía, tanto limpia como sucia. Dispone de tomas de gases de oxígeno, aire medicinal y vacío.

Debe estar localizada en una ubicación próxima y bien comunicada con la sala de reanimación de pacientes críticos de la UUH.

Sala de pacientes en espera de resultados

Destinada a albergar al paciente ya clasificado y que, conforme al resultado del triaje no requiere atención inmediata, en espera de pasar a la consulta o box de exploración y diagnóstico, o ya atendido en estos recursos pero que aguarda resultados de pruebas complementarias.

Sus características estructurales son similares a las descritas para la sala de espera de consulta, considerándose que el paciente puede estar en silla de ruedas.

Su número y dimensiones vendrá dado por el volumen de pacientes previstos en cada área de la zona de atención urgente y de los tiempos medios de espera estimados.

La sala de espera del paciente en espera de resultados de esta zona de la UUH deberá ubicarse en un lugar próximo al control, de enfermería de la zona, con objeto de que, en su caso, pueda ser atendido de forma inmediata por el personal.

Foto 20. Sala de espera de resultados



Aseo de pacientes

Junto a las sala de espera de resultados existirá zona de aseos para los pacientes, incluyendo uno adaptado para minusválidos, dotados de lavabo e inodoro.

Baño asistido

Para la limpieza del paciente con impedimentos especiales.

Con puerta corredera amplia que permita el paso de camillas y/o camas. Con aseo dotado de lavabo e inodoro, asideros y ayudas en la pared, timbre de alarma y ducha empotrada en pavimento, con posibilidad de que el paciente sea duchado en la camilla.

Con suelo antideslizante y sumidero.

Puesto de control de enfermería (mostrador y zona de trabajo del personal de enfermería)

La zona de atención urgente dispondrá de un puesto de control para el trabajo del personal de enfermería, que se ubicará en una zona próxima al acceso a la zona y lo más cerca del centro de gravedad de la misma, a fin de minimizar los recorridos y facilitar la visión y el acceso a los boxes de exploración y diagnóstico.

El puesto de control tendrá un mostrador con superficie para el trabajo del personal e instalación de equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera y espacio para almacenar el material de trabajo, además de una zona de trabajo de personal, que contará con una estación clínica para el acceso al sistema de información del hospital y el trabajo con historia clínica informatizada.

Junto al mostrador de trabajo del personal se localiza la terminal del sistema de transporte neumático de muestras y documentos, así como las diversas alarmas y cuadros de instalaciones.

Asociados al mostrador y zona de trabajo del puesto de control se disponen los diferentes locales de apoyo al funcionamiento del personal de la zona: sala de estar del personal, oficio limpio, despachos de trabajo, etc.

Fotos 21 y 22. Mostrador y zona de trabajo del control de enfermería



Sala de estar del personal

Destinada al reposo del personal que durante su horario de trabajo permanece en la UUH. La sala debe disponer de asientos cómodos y una zona equipada para el refrigerio del personal: lavabo, microondas, frigorífico, etcétera. Debe tener privacidad respecto de familiares y pacientes y estar localizada junto al control de enfermería.

Junto a esta sala se deben localizar los aseos del personal de la zona.

Oficio limpio

Próximo al mostrador del control de enfermería sirve para la preparación de limpio y almacenamiento de medicamentos, así como para material estéril de la unidad.

Local dotado de lavabo, frigorífico y sistema de dispensación de medicamentos.

Despacho de supervisor de enfermería

Despacho para la organización de los recursos de enfermería de la unidad, dotada de infraestructura de comunicaciones.

Despacho de trabajo médico

Despacho para el trabajo médico, informes y análisis de la situación de la unidad en todo momento. Dotado de infraestructura de comunicaciones.

Aseos de personal

Incluye aseo con lavabo, inodoro y ducha (en compartimentos segregados).

Almacén de material fungible

Para el almacenamiento de sueros y otro material fungible.

Foto 23 y 24. Almacén de material fungible y Oficio sucio con desinfectador de cuñas



Almacén de lencería

Para el almacén del textil de la unidad.

Almacén de material y equipos

Para portasueros, equipos de radiología portátil y otro material de gran tamaño que se usa en la zona. Local con un ancho de paso grande (1,40 m) para facilitar el movimiento de los equipos.

Oficio sucio y clasificación de residuos

Local con lavabo, vertedero y espacio para clasificación de los residuos generados en la unidad. Con desinfectador de cuñas.

Este local sirve asimismo para el aparcamiento de carros de ropa sucia hasta que son retirados de la unidad.

Oficio de limpieza

Con lavabo y espacio para material y carro de limpieza.

Tabla 6.3 Zona de exploración, diagnóstico y tratamiento: funciones y características

Ámbito	Función	Características estructurales
Box de reanimación de pacientes críticos y emergencias	Recuperación de pacientes críticos con parada cardiorrespiratoria, politraumatismos o afecciones graves cuya situación vital no permita demora en la asistencia (nivel 1 según el sistema de traje)	Espacio con acceso directo desde el exterior y puerta amplia que permita el acceso de camas. Con capacidad para atender, al menos, a dos pacientes simultáneamente, a los que se podrá acceder desde cualquier lado. Con separación mediante mamparas o cortinas. Dotado del equipamiento necesario para reanimación cardiorrespiratoria y soporte vital. Permitirá la utilización de equipos portátiles de RX Instalaciones eléctricas necesarias para su iluminación y la conexión de los equipos electromédicos a utilizar, sistema de llamada paciente-enfermero con visualización externa, tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, lavabo con grifo monomando accionable por el codo con dispensador de jabón y toallas de papel y barra de techo para sueros.
Box polivalente de exploración y diagnóstico	Exploración, diagnóstico y prestación de cuidados a los pacientes médicos o quirúrgicos que, conforme al resultado del triaje, no son enviados a las consultas, no precisan una atención de nivel 1 (emergencia) ni requieren recursos especiales (traumatología, psiquiatría..)	Habitaciones que permitan unas condiciones adecuadas de privacidad y control visual por parte del personal de la unidad. En todo caso, deben permitir el acceso inmediato de los pacientes, por lo que el paso a la habitación debe ser amplio (no menos de 1,20 m; recomendable, 1,40 m.). Tendrán espacio para una cama y estarán dotados de las instalaciones eléctricas necesarias tanto para su iluminación como para la conexión de los equipos electromédicos a utilizar, sistema de llamada paciente-enfermero con visualización externa, tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, lavabo con grifo monomando accionable por el codo con dispensador de jabón y toallas de papel, barra de techo para sueros y es conveniente que dispongan de indicador externo del estado de ocupación.
Boxes especiales:	Atención a pacientes que, con conforme a los resultados del triaje, requieren un nivel de atención similar a los pacientes atendidos en los boxes polivalentes de exploración y diagnóstico, pero que precisan de medios o procedimientos específicos.	Con características estructurales similares a los boxes polivalentes, pero adaptados a los requerimientos necesarios para tipo de paciente. Su número y finalidad dependerán de la demanda asistencial de la UUH y de su cartera de servicios. En el caso de ser necesarios, se habilitarán boxes especiales para la atención de pacientes de psiquiatría y otros.
Box de psiquiatría	Atención a pacientes psiquiátricos	El box de psiquiatría debe ubicarse próximo a la entrada del área de atención urgente, 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. La camilla de exploración debe estar anclada al suelo.
Box de traumatología	Asistencia de los pacientes que hayan sufrido un traumatismo y requieran niveles de atención similares a los descritos para los boxes polivalentes	Con características estructurales similares a los boxes polivalentes, diferenciándose de estos por su equipamiento, que incluirá lo necesario para atender a este tipo de pacientes Se recomienda que forme un conjunto funcional con la sala de yesos, que estará contigua, existiendo comunicación entre ambos espacios.
Sala de yesos	Asistencia a pacientes traumatizados que requieren inmovilizaciones.	Contigua al box de traumatología. Dispondrá de la infraestructura necesaria para las inmovilizaciones y permitirá la maniobrabilidad del personal sanitario. Con espacio para camilla, tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, lavamanos, carril de techo para sueros, sistema llamada, tomas eléctricas, espacio para equipo de escopía, carro de yesos y contenedores grandes de desperdicios. Pila de yesos con grifo monomando accionable por el codo con dispensador de jabón y toallas de papel, y desagüe para la eliminación de yesos.

Ámbito	Función	Características estructurales
Sala de curas	Realización de curas y suturas.	Con características estructurales similares los boxes polivalentes, pero dotados del equipamiento e instalaciones para la realización de pequeña cirugía, tanto limpia como sucia
Sala de espera de pacientes	Espera del paciente ya clasificado que no requiere atención inmediata o, habiendo sido atendido, aguarda resultados	Con características estructurales que permitan la estancia de pacientes en sillas de ruedas. Su número y dimensiones vendrá dado por el volumen de pacientes previstos en cada área de la zona de atención urgente y de los tiempos medios de espera estimados. Pueden disponerse salas de espera diferenciadas para los boxes polivalentes, el box de traumatología . En cualquier caso, el box especial de psiquiatría precisará una pequeña sala de espera diferenciada. La sala de espera de pacientes en espera de resultados, se ubicará en una zona próxima al control de enfermería de la zona para posibilitar el control visual por parte del personal.
Aseos de pacientes	Aseo de pacientes	Ubicados junto a la sala de pacientes en espera de resultados. Con lavabo e inodoro Las puertas tendrán el ancho suficiente para permitir el paso de personas en sillas de ruedas. Incluirán un aseo adaptado para minusválidos..
Baño asistido	Para la limpieza de pacientes con impedimentos especiales	Puerta corredera amplia que permita el paso de camillas y/o camas. Suelo antideslizante y sumidero. Con aseo dotado de lavabo e inodoro, asideros y ayudas en la pared, timbre de alarma y ducha empotrada en pavimento, con posibilidad de que el paciente sea duchado en la camilla.
Puesto de control de enfermería: mostrador y zona de trabajo	Trabajo del personal de enfermería. Vigilancia y control de la zona de atención urgente.	Se ubicará en una zona próxima al acceso exterior y al centro de la unidad, a fin de minimizar los recorridos y facilitar la visión y el acceso a los boxes de exploración, diagnóstico y tratamiento. En su entorno se localizarán los distintos espacios de apoyo al funcionamiento de la UUH. El mostrador se concibe como una zona de trabajo del personal y estará dotado de sistemas y equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera y espacio para almacenar el material de trabajo, además de una zona de trabajo de personal, que contará con una estación clínica para el acceso al sistema de información del hospital y el trabajo con historia clínica informatizada.
Sala de estar de personal	Estancia del personal de la unidad	Dotada de equipamiento e instalaciones para el refrigerio del personal.
Oficio limpio	Preparación de limpio	Con lavabo, frigorífico y almacenamiento de medicamentos y material estéril.
Despacho de supervisora de enfermería	Organización del trabajo de enfermería de la zona	Con infraestructura de comunicaciones.
Despacho de trabajo médico	Trabajo médico, preparación de informes y análisis de la situación de los pacientes de la zona	Espacio para trabajo médico con infraestructura de comunicaciones.
Aseos de personal	Aseo y limpieza del personal de la zona	Asociados a la sala de estar de personal. Dotado de lavabo, inodoro y ducha en espacios diferenciados.
Almacén de material fungible	Almacenamiento del material fungible de la zona	Estanterías y bandejas para el almacenamiento de sueros y otro material fungible.
Almacén de lencería	Almacenamiento de material textil de la unidad	Espacio para carros de distribución de textil y estanterías.

Ámbito	Función	Características estructurales
Almacén de material y equipos	Almacenamiento de material de la zona	Para portasueros y otro material de gran tamaño.
Oficio sucio y clasificación de residuos	Clasificación de residuos de la unidad y desinfección	Con lavabo, vertedero y espacio para la clasificación de los distintos tipos de residuos generados en la unidad. Equipamiento e instalación para la desinfección de cuñas.
Oficio de limpieza	Apoyo para la limpieza de la zona	Con lavabo y espacio para equipo y almacenamiento del material de limpieza.

6.2.5. Zona de observación (adultos)

El área observación de la UUH tiene las mismas pautas de funcionamiento que una unidad de enfermería habilitada para atender al paciente con nivel 0 a 1 de asistencia hospitalaria y, en consecuencia, sus requerimientos estructurales son similares, si bien ha de tenerse en cuenta que la configuración de los espacios físicos debe adaptarse al perfil de la atención urgente, con estancias cortas, inferiores, en todo caso, a un día, y que en este área tiene por objeto principal el control de la evolución clínica del paciente para la toma de decisiones encaminada a la mejor utilización de la hospitalización.

La sala de observación debe configurarse para que el paciente disponga de intimidad suficiente, a fin de que la anamnesis resulte lo más reservada posible, y pueda aislarse visualmente, en especial durante la realización de maniobras de exploración física.

La zona de observación comprende recursos asistenciales adecuados para el cuidado del paciente adulto que, habiendo sido atendido en la consulta y/o en el box de exploración y diagnóstico, reúne las condiciones de ingreso en la zona de observación.

Esta zona está integrada por los siguientes locales:

Sala de observación (adultos)

Para el cuidado de pacientes que requieran la realización de tratamientos o la valoración secuencial de estado clínico durante varias horas.

Es imprescindible que los pacientes dispongan en esta sala de la suficiente intimidad que les permita estar aislados visualmente, sobre todo cuando se deben llevar a cabo maniobras de exploración física necesarias y sería deseable que este aislamiento permitiera también entrevistas en las que la anamnesis fuera lo más íntima posible.

Los puestos de observación se ubicarán en una sala común, dotada de sillones confortables para la administración de tratamientos cortos que no precisen de encamamiento y camas para la observación de pacientes que sí lo requieran.

Se habilitarán medios de separación de los puestos de observación que permitan la visión y control de los pacientes por parte del personal, y, en caso de necesidad posibiliten la privacidad requerida.

Los puestos de observación tendrán tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, tomas de corriente eléctrica suficientes para la utilización de los equipos electromédicos necesarios para la administración de tratamientos y/o el cuidado de los pacientes en observación, sistema de llamada paciente-enfermera con visualización externa, lavabo para el personal con grifo monomando, accionable con el codo, con dispensador de jabón y toallas de papel, punto de luz artificial, de techo, con superficie lisa que se pueda limpiar externamente, barra de techo para sueros e indicador externo del estado de ocupación del box.

Foto 25 y 26. Sala de observación de adultos y Equipamiento asociado al control de enfermería



Aseo de pacientes

Dotados de lavabo e inodoro. Un aseo será del tipo adaptado para minusválidos.

Puesto de control (mostrador y zona de trabajo del personal) de enfermería

La zona de observación dispondrá de un puesto de control para el trabajo del personal de enfermería, que se ubicará en una zona próxima al centro de gravedad de la sala de observación, entre las salas destinadas a camas y sillones, a fin de minimizar los recorridos y facilitar la visión y el acceso a los puestos de observación. El puesto de control tendrá características estructurales similares a las descritas para el control de la zona de exploración, diagnóstico y tratamiento.

Sala de estar de personal

Con características funcionales y estructurales similares a los descritos en el apartado 6.2.4.

Aseos de personal

Localizados en el entorno del mostrador del control de enfermería. Dotados de lavabo, inodoro y ducha en ámbitos independientes.

Oficio limpio

Con características funcionales y estructurales similares a los descritos en el apartado 6.2.4.

Almacén de material fungible

En función de la localización, este local puede ser común con el programado en el apartado 6.2.4. Con características funcionales y estructurales similares a las descritas en el apartado 6.2.4.

Almacén de lencería

En función de la localización, este local puede ser común con el programado en el apartado 6.2.4. Con características funcionales y estructurales similares a las descritas en el apartado 6.2.4.

Oficio sucio y clasificación de residuos

Con características funcionales y estructurales similares a las descritas en el apartado 6.2.4.

Oficio de limpieza

Compartido con el oficio de limpieza general de la UUH. Con características funcionales y estructurales similares a las descritas en el apartado 6.2.4.

Oficio de comidas

Local preparado y equipado para proporcionar alimentos al paciente ingresado en la sala de observación, así como para la distribución de comida emplatada.

Sala de trabajo médico

Despacho para el trabajo del personal médico de la zona. Con infraestructura de comunicaciones.

Despacho de información

Despacho para información a familiares en condiciones de privacidad.

Tabla 6.4 Zona de observación de urgencias: funciones y características

Ámbito	Función	Características estructurales
Sala de observación	Cuidado de pacientes que requieran la realización de tratamientos o la valoración secuencial de estado clínico durante varias horas	Los puestos de observación se ubicarán en una sala común, dotada de sillones confortables para la administración de tratamientos cortos que no precisen de encamamiento y camas para la observación de pacientes que sí lo requieran. Se habilitarán medios de separación de los puestos de observación que permitan la visión y control de los pacientes por parte del personal, y, en caso de necesidad posibiliten la privacidad requerida. Los puestos de observación tendrán tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, tomas de corriente eléctrica suficientes para la utilización de los equipos electromédicos necesarios para la administración de tratamientos y/o el cuidado de los pacientes en observación, sistema de llamada paciente-enfermo con visualización externa, lavabo para el personal con grifo monomando accionable con el codo con dispensador de jabón y toallas de papel, punto de luz artificial, de techo, con superficie lisa que se pueda limpiar externamente, barra de techo para sueros e indicador externo del estado de ocupación del box.
Aseos de pacientes	Aseo de pacientes	Con lavabo e inodoro.
Puesto de control	Trabajo del personal de enfermería. Vigilancia y control de la zona de observación.	Ubicará en una zona próxima al centro de gravedad de las salas de observación a fin de minimizar los recorridos y facilitar la visión y el acceso a los puestos de observación. Con características estructurales similares a las descritas para el control de la zona de exploración, diagnóstico y tratamiento.
Sala de estar de personal	Estancia del personal de la unidad	Dotada de equipamiento e instalaciones para el refrigerio del personal
Aseos de personal	Aseo y limpieza del personal	Dotados de lavabo, inodoro y ducha en ámbitos separados.

Ámbito	Función	Características estructurales
Oficio limpio	Preparación de limpio	Con lavabo, frigorífico y almacenamiento de medicamentos y material estéril.
Almacén de material fungible	Almacenamiento del material fungible de la zona	Estanterías y bandejas para el almacenamiento de sueros y otro material fungible.
Almacén de lencería	Almacenamiento de material textil de la unidad	Espacio para carros de distribución de textil y estanterías.
Oficio sucio y clasificación de residuos	Clasificación de residuos de la unidad y desinfección	Con lavabo, vertedero y espacio para la clasificación de los distintos tipos de residuos generados en la unidad. Equipamiento e instalación para la desinfección de cuñas.
Oficio de limpieza	Apoyo para la limpieza de la zona	Con lavabo y espacio para equipo y almacenamiento del material de limpieza.
Oficio de comidas	Alimentación de los pacientes en observación	Equipado para preparación de alimentos para los pacientes y distribución de comida emplatada.
Sala de trabajo médico	Trabajo clínico	Con infraestructura de comunicaciones
Despacho de información	Información a familiares	Con infraestructura de comunicaciones.

6.2.6. Zona de urgencias pediátricas

Se recomienda que dentro de la UUH exista una zona específica de urgencias pediátricas que tiene en común con la general, la zonas de acceso, recepción y admisión, pero que dispone de recursos específicos para la espera, atención inmediata (exploración, diagnóstico y tratamiento), y observación, con un control de enfermería común para estas dos últimas zonas.

Esta zona requiere de la atención de algunos especialistas (ORL, oftalmología, traumatología,...), algunos de los cuales se encuentran localizados en boxes especiales, por lo que éstos deben localizarse en una ubicación que permita una fácil comunicación tanto con la zona de exploración, diagnóstico y tratamiento de la UUH como con esta zona de urgencias pediátricas.

En esta zona, el paciente podrá estar acompañado en todo momento del proceso asistencial, por un adulto responsable del menor.

El dimensionado de los recursos asistenciales básicos de la UUH viene dado, entre otros factores, por el volumen esperado de atenciones urgentes para un determinado período. La distribución por edades de los pacientes que demandarán estas atenciones urgentes permite establecer el alcance de la urgencia pediátrica, donde se atenderán los pacientes con edades comprendidas entre 0 y 14 años, y su configuración estructural en relación con la urgencia general, donde serán atendidos los demás pacientes que demanden atención urgente, con la excepción de las urgencias obstétricas a que se refiere el epígrafe anterior.

A partir de la cantidad de recursos asistenciales que, en cada caso resulten necesarios y de su distribución entre generales y pediátricos, se establecerá la configuración estructural de la urgencia pediátrica que, conceptualmente, puede oscilar entre una solución “integrada”, con diseño de los recursos pediátricos como un área específica de la UUH, y, otra, situada en el extremo opuesto, absolutamente “independiente” sin ningún tipo de relación entre ambas urgencias.

El criterio de decisión para determinar la configuración estructural de la urgencia pediátrica en relación con la urgencia general será el uso eficiente de los recursos, sin otra limitación que la seguridad

de los pacientes y la calidad de la asistencia dispensada. Desde este punto de vista, la relación óptima entre ambas y, en consecuencia, el alcance de la urgencia pediátrica será aquella que, garantizando los niveles necesarios de seguridad y calidad, resulte más eficiente a través del uso compartido de los recursos cuyas características estructurales sean similares.

En todo caso, la atención urgente a pacientes pediátricos precisa de los siguientes requerimientos estructurales específicos, que deben tenerse en cuenta para el diseño de la urgencia pediátrica cualquiera que sea la solución adoptada.

Si el dimensionado de la urgencia pediátrica lo permite, el acceso a la misma debería ser específico y estar diferenciado de la urgencia general. En todo caso, las salas de espera de la zona de recepción deberían estar diferenciadas, adecuándose el ambiente y mobiliario de la sala de espera de la urgencia pediátrica a la edad de los pacientes.

En el caso de soluciones integradas, los recursos pediátricos se concentrarán en una misma área, diferenciada de las demás, y, en la medida de lo posible con circulaciones independientes.

La atención urgente al paciente pediátrico precisa de los siguientes recursos asistenciales específicos diferenciados de los recursos asistenciales de la urgencia general: consulta, box de exploración y diagnóstico y sala de observación.

Los recursos asistenciales de uso específico para atención urgente pediátrica estarán adaptados a la edad del paciente. La sala de observación dispondrá de cunas para lactantes, camas y sillones de tratamiento.

Es conveniente destinar una pequeña sala para lactancia y cambio de pañales.

En general, las áreas en que es atendido el paciente pediátrico 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, y protectores de esquinas (paredes, mesas, etc.); deben eliminarse cuerdas de persianas o similares; no deben existir juguetes u otros entretenimientos que contengan piezas pequeñas que puedan ser ingeridas o aspiradas; y debe existir fuerte sujeción de todo tipo de mobiliario y aparatos que esté al alcance del niño.

Se deberá tener especial cuidado para el diseño en el área de urgencias pediátricas de espacios seguros, afectivos, familiares y acogedores tanto para el niño como para su padre o madre que lo acompañe.

En función de la demanda de la UUH, se puede programar una UUH pediátrica independiente de la unidad de urgencia de adultos, en hospital de referencia con una gran volumen de población infantil.

Los locales que integran esta zona de la UUH son los siguientes:

Sala de espera de pacientes

Sala de espera específica con área de juegos, y mobiliario adecuado a la edad de los usuarios, localizada junto al aseo pediátrico.

Foto 27. Sala de espera pediátrica.



Boxes polivalentes de exploración, diagnóstico y tratamiento

Con características funcionales y estructurales similares a los descritos.

Sala de curas

Con características funcionales y estructurales similares a los descritos.

Sala de observación

En la misma zona de urgencias pediátricas, adyacente a los boxes de exploración, diagnóstico y tratamiento, se ubica una sala de observación del paciente pediátrico con características similares a las definidas en el apartado 6.2.5., en la que el paciente puede estar acompañados por un adulto, responsable del menor.

Mostrador y zona de trabajo del personal del control de enfermería

Ubicado entre los boxes de exploración, diagnóstico y tratamiento, y la sala de observación.

Con características funcionales y estructurales similares a los descritos.

Sala de estar de personal

Con características funcionales y estructurales similares a los descritos

Oficio limpio

Con características funcionales y estructurales similares a los boxes de adultos descritos.

Baño asistido

Con características funcionales y estructurales similares a los descritos.

Almacén de material fungible

En función de la localización, este local puede ser común con el programado en la zona 6.2.4. Con características funcionales y estructurales similares a los descritos.

Almacén de lencería

En función de la localización, este local puede ser común con el programado en la zona 6.2.4. Con características funcionales y estructurales similares a los boxes de adultos descritos.

Oficio sucio y clasificación de residuos

Con características funcionales y estructurales similares a los descritos.

Oficio de limpieza

Compartido con el local definido en el apartado 6.2.4.

Tabla 6.5 Zona de urgencias pediátricas; funciones y características

Ámbito	Función	Características estructurales
Sala de espera de pediatría	Espera de paciente pediátrico y acompañantes	Sala de espera específica con área de juegos, y mobiliario adecuado a la edad de los usuarios. Junto al aseo pediátrico.
Aseos de pacientes	Aseo de pacientes adaptados a pediatría	Ubicados junto a la sala de espera pediátrica. Con lavabo e inodoro Las puertas tendrán el ancho suficiente para permitir el paso de personas en sillas de ruedas.
Boxes polivalentes de exploración y diagnóstico	Exploración, diagnóstico y prestación de cuidados a los pacientes médicos o quirúrgicos que, conforme al resultado del triaje, no son enviados a las consultas, no precisan una atención de nivel 1 (emergencia) ni requieren recursos especiales (traumatología, psiquiatría..)	Habitaciones que permitan unas condiciones adecuadas de privacidad y control visual por parte del personal de la unidad. En todo caso, deben permitir el acceso inmediato de los pacientes, por lo que el paso a la habitación debe ser amplio (no menos de 1,20 m; recomendable, 1,40 m.). Tendrán espacio para una cama y estarán dotados de las instalaciones eléctricas necesarias tanto para su iluminación como para la conexión de los equipos electromédicos a utilizar, sistema de llamada paciente-enfermero con visualización externa, tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, lavabo con grifo monomando accionable por el codo con dispensador de jabón y toallas de papel, barra de techo para sueros y es conveniente que dispongan de indicador externo del estado de ocupación.
Sala de curas	Realización de curas y suturas.	Con características estructurales similares los boxes polivalentes, pero dotados del equipamiento e instalaciones para la realización de pequeña cirugía, tanto limpia como sucia
Sala de observación	Observación de pacientes	Sala abierta con elementos que permitan privacidad y con un control de enfermería común para el conjunto de recursos de la zona. Características estructurales similares a las definidas en el apartado 6.1.2.5.
Mostrador de zona de trabajo del puesto de control de enfermería	Trabajo del personal de enfermería. Vigilancia y control de la zona de atención urgente.	Se ubicará en una zona próxima al acceso exterior y al centro de la unidad, a fin de minimizar los recorridos y facilitar la visión y el acceso a los boxes de exploración, diagnóstico y tratamiento. En su entorno se localizarán los distintos espacios de apoyo al funcionamiento de la UUH. El mostrador se concibe como una zona de trabajo del personal y estará dotado de sistemas y equipos de comunicación, incluyendo la

Ámbito	Función	Características estructurales
		central de recepción de llamadas a la enfermera y espacio para almacenar el material de trabajo, además de una zona de trabajo de personal, que contará con una estación clínica para el acceso al sistema de información del hospital y el trabajo con historia clínica informatizada.
Sala de estar de personal	Estancia del personal de la unidad	Dotada de equipamiento e instalaciones para el refrigerio del personal.
Oficio limpio	Preparación de limpio	Con lavabo, frigorífico y almacenamiento de medicamentos y material estéril.
Baño asistido	Para la limpieza de pacientes con impedimentos especiales	Puerta corredera amplia que permita el paso de camillas y/o camas. Suelo antideslizante y sumidero. Con aseo dotado de lavabo e inodoro, asideros y ayudas en la pared, timbre de alarma y ducha empotrada en pavimento, con posibilidad de que el paciente sea duchado en la camilla.
Almacén de material fungible	Almacenamiento del material fungible de la zona	Estanterías y bandejas para el almacenamiento de sueros y otro material fungible.
Almacén de lencería	Almacenamiento de material textil de la unidad	Espacio para carros de distribución de textil y estanterías.
Oficio sucio y clasificación de residuos	Clasificación de residuos de la unidad y desinfección	Con lavabo, vertedero y espacio para la clasificación de los distintos tipos de residuos generados en la unidad. Equipamiento e instalación para la desinfección de cuñas.
Ofiuco de limpieza	Apoyo para la limpieza de la zona	Con lavabo y espacio para equipo y almacenamiento del material de limpieza.

6.2.7. Zona de personal

Se consideran incluidos en esta zona los espacios necesarios de despachos y salas de reuniones del personal que trabaja en la unidad, de manera que puedan desarrollarse adecuadamente las actividades asistenciales y docentes, así como el descanso del personal.

Despachos

El número de despachos será proporcional a las dimensiones de la plantilla de la unidad, en concreto de profesionales cuya actividad precise la utilización de despacho, ya sean individuales (responsable de la UUH) o comunes (salas de trabajo clínico).

Los despachos estarán dotados de mobiliario ergonómico, garantizarán la privacidad y facilitarán el trabajo en equipo. Dispondrán de comunicaciones telefónicas y acceso a la red de datos, así como de puestos de trabajo informáticos con acceso a las aplicaciones de estación clínica.

Resulta conveniente, así mismo, que se disponga de medios para la realización de interconsultas por videoconferencia para emergencia, coordinación con atención primaria y otros recursos sanitarios.

Este local dispone de las características definidas en el apartado 6.1.2.2., zona donde puede estar también ubicado.

Foto 28. Despacho clínico.



Secretaría

Despacho para el trabajo administrativo de la unidad, dotado de infraestructura de comunicaciones.

Sala de reuniones polivalente

Espacio para las sesiones de trabajo del equipo de la UUH, así como para la realización de actividades docentes y de formación del personal. Con infraestructura de comunicaciones.

Sala de estar y refrigerio del personal

Equipada para la estancia y refrigerio del personal: lavabo, frigorífico, microondas, tomas eléctricas y estanterías para el almacenamiento de material.

Dormitorios de médicos de guardia

Dormitorios de personal de la UUH con aseo (lavabo, inodoro y ducha).

Vestuarios y aseos de personal

Vestuarios de la UUH con lavabos, inodoros y duchas en función del personal que trabaja en la unidad. Con espacio destinado a taquillas.

Tabla 6.6 Zona de personal: funciones y características

Ámbito	Función	Características estructurales
Despachos	Actividades de documentación clínica, estudio y gestión.	Dotados de mobiliario ergonómico, garantizarán la privacidad y facilitarán el trabajo en equipo. Dispondrán de comunicaciones telefónicas y acceso a la red de datos.
Secretaría	Actividad administrativa de la UUH.	Dispondrá de comunicaciones telefónicas y acceso a la red de datos.
Sala de reuniones	Reuniones de trabajo del personal de la unidad. Actividades de docencia y formación del personal de la unidad.	Espacio para mesa de reuniones y sillas de trabajo Dispondrá de comunicaciones telefónicas y acceso a la red de datos.
Sala de estar de personal	Estancia del personal de la unidad	Dotada de equipamiento e instalaciones para el refrigerio del personal: lavabo, frigorífico, microondas, tomas eléctricas y almacenamiento de material.
Dormitorio de médicos de guardia	Descanso de los médicos de guardia	Espacios con una o dos camas y mesa de trabajo y armario por cama.
Vestuarios y aseos de personal	Vestuario y aseo del personal de la unidad	Equipado con lavabos, inodoros, duchas y espacio para taquillas.

6.3. Programa genérico de locales

El programa genérico de locales (un ejemplo concreto de UUH se recoge en el Anexo 5 a este documento de estándares y recomendaciones) queda configurado de la siguiente forma⁽⁴⁵⁾:

Tabla 6.7. Programa de locales de la UUH

UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS				
Zona	Local	N.º	Sup.	Sup. total
Acceso exterior	1. Espacio de movimiento y aparcamiento de vehículos y ambulancias de transporte de pacientes a las entradas de urgencias y emergencias.			
Recepción y admisión	2. Entradas 3. Vestíbulo 4. Recepción y admisión 5. Box de triaje 6. Sala de espera general 7. Despacho de información 8. Despacho de atención al paciente 9. Despacho de atestados e informes 10. Sala de interconsultas y videoconferencias 11. Despacho de trabajo social 12. Espacio para sillas de ruedas y camillas			

⁽⁴⁵⁾ Se indican en este programa exclusivamente las zonas y locales, puesto que el número de estos y su superficie deben especificarse para unas dimensiones concretas de la UUH. Para un ejemplo de programa funcional, véase el Anexo 5.

UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS				
Zona	Local	N.º	Sup.	Sup. total
	13. Despacho de conductores de ambulancias			
Consulta	14. Consultas (urgencias menores) 15. Sala de espera de urgencias menores 16. Aseos de público			
Exploración, diagnóstico y tratamiento	17. Box de reanimación de pacientes críticos y emergencias 18. Boxes de exploración, diagnóstico y tratamiento 19. Box especial de psiquiatría 20. Box de traumatología 21. Sala de yesos 22. Sala de curas 23. Salas de pacientes en espera de resultados 24. Aseos de pacientes 25. Baño asistido 26. Puesto de control de enfermería: mostrador y zona de trabajo 27. Sala de estar y refrigerio de enfermería 28. Oficio limpio 29. Despacho de supervisora de enfermería 30. Despacho de trabajo médico 31. Aseos de personal 32. Almacén de material fungible 33. Almacén de lencería 34. Almacén de material y equipos 35. Oficio sucio y clasificación de residuos 36. Oficio de limpieza			
Urgencia pediátrica	37. Sala de espera de pacientes (con aseo pediátrico) 38. Boxes de exploración diagnóstico y tratamiento 39. Sala de curas 40. Sala de observación 41. Puesto de control de enfermería: mostrador y zona de trabajo 42. Sala de estar de personal 43. Oficio limpio 44. Baño asistido 45. Almacén de material fungible 46. Almacén de lencería 47. Oficio sucio y clasificación de residuos 48. Oficio de limpieza			
OBSERVACIÓN ADULTOS	49. Sala de observación (adultos) 50. Aseos de pacientes 51. Control de enfermería: mostrador y zona			

UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS				
Zona	Local	N.º	Sup.	Sup. total
	de trabajo 52. Sala de estar de personal 53. Aseos de personal 54. Oficio limpio 55. Almacén de material fungible 56. Almacén de lencería 57. Oficio de sucio y clasificación de residuos 58. Oficio de limpieza 59. Oficio de comidas 60. Despacho de trabajo médico 61. Despacho de información			
Zona de personal	62. Despacho del responsable de la UUH 63. Secretaría 64. Despacho polivalente de trabajo médico. 65. Sala de reuniones. 66. Sala de estar y refrigerio del personal. 67. Dormitorio de médico de guardia 68. Vestuarios y aseos de personal.			
Se recomienda integrar el área de urgencias obstétricas en el bloque obstétrico, debiendo evitarse la atención a las gestantes con sospecha o pródromo de parto en la UUH.				

6.4 Material sanitario. Esterilización

El hospital deberá controlar el almacenamiento, distribución del material e instrumental sanitario, con especial atención a su caducidad.

Todos los centros sanitarios deberán disponer de un espacio seguro destinado al almacenamiento de material e instrumental sanitario, adecuado en su capacidad a las necesidades de los mismos y que permita su clasificación y control.

Los centros sanitarios deberán garantizar el uso adecuado del material estéril. El material de uso único deberá desecharse después de la atención a cada paciente, sin que sea posible en ningún caso su reutilización. El embalaje del material estéril deberá señalar siempre la fecha de la esterilización así como la fecha límite de utilización.

Todo material o instrumental no desechable que atravesase la piel o las mucosas o que contacte con mucosas, sangre u otros fluidos orgánicos deberá ser limpiado, desinfectado y esterilizado antes de su uso en cada paciente, mediante un sistema eficaz y adaptado a sus características.

Siempre que lo requiera la actividad, se utilizarán elementos de protección personal para el profesional y el paciente.

6.5 Limpieza de la UUH

La UUH es considerada como una de las áreas de muy alto riesgo¹⁸⁴.

La prioridad de limpieza de la UUH debe ser permanente y si existen incidencias, estas deben ser solventadas inmediatamente o tan pronto como sea posible. La limpieza debe ser una responsabilidad del equipo de la UUH. Las responsabilidades deben estar claramente establecidas y entendidas.

Los aseos, despachos, salas y otras áreas de la UUH deben ser tratados como de muy alto riesgo.

Se debe limpiar el siguiente equipamiento instalado en la UUH: todo el mobiliario; equipamiento médico; manillas de puertas; rejillas de ventilación; superficies horizontales; suelo completo.

Debe realizarse para cada local un listado de elementos a limpiar de manera completa, estableciendo un protocolo específico de la limpieza del mismo.

6.6 Gestión de residuos sanitarios

El hospital tiene la obligación de identificar y clasificar los residuos sanitarios, garantizando su adecuada retirada y eliminación.

A los efectos de cumplir con la anterior obligación, deberán contar con un protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de los residuos sanitarios, adaptado a la legislación vigente, que deberá ser conocido y aplicado por el personal de la UUH.

7. Recursos humanos

7.1. Registro de personal sanitario

En los centros en donde existan UUH deberá haber un registro actualizado de los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su vinculación jurídica y la modalidad y lugar de prestación de la asistencia.

El registro incluirá los datos siguientes: número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo, y, además, cuantos otros sean preceptivos de acuerdo con los principios generales establecidos por el Consejo Interterritorial del SNS en desarrollo de lo previsto en la legislación de ordenación de profesiones sanitarias.

El registro de profesionales sanitarios se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará, al menos, una vez cada tres años, verificando el cumplimiento por parte de los profesionales de los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión.

Constará en el registro de profesionales sanitarios la adscripción de cada profesional a la unidad funcional en que preste servicio y, específicamente, a la UUH.

7.2. Expediente personal

Todos los centros sanitarios dispondrán de un expediente personal de cada profesional sanitario, incluyendo el personal que se encuentre en la situación de pasivo, en el que se conservará toda la documentación relativa a la titulación, formación especializada, experiencia profesional y vida laboral.

Se garantizará el derecho de acceso del interesado, así como la seguridad y confidencialidad de los datos personales.

7.3. Titulación y funciones

El personal ejercerá su profesión de acuerdo con los principios, condiciones y requisitos contenidos en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y en las demás normas legales y deontológicas aplicables⁽⁴⁶⁾.

El personal necesario en una UUH responde a las siguientes titulaciones:

- **Responsable de la unidad.** Para ser responsable de la unidad se requiere una experiencia de al menos cinco años en medicina de urgencias y emergencias. Sus funciones han sido descritas en el apartado 5.5.1. Deberá existir un responsable las 24 horas del día, por lo que en todo momento se deberá conocer públicamente quién es el responsable y la persona en que, en su caso, se delega, debiéndose recoger este aspecto en las normas de funcionamiento de la unidad.
- **Médicos.** Los facultativos que prestan servicio en la UUH son tanto los médicos de plantilla de la propia unidad (que es la solución más frecuentemente utilizada) como los especialistas que están de guardia de presencia física o localizada y que acuden a la UUH cuando se les requiere. El listado diario de médicos de guardia tanto de presencia física como localizada, con la forma de contacto debe estar inmediatamente accesible y actualizado para el personal de la UUH.

La función de un médico de urgencias es evaluar, estabilizar y atender a los pacientes que están o que pueden estar sufriendo una enfermedad o lesión grave o urgente. Estos pacientes pueden ser de todos los grupos de edad y tener diversos problemas médico-quirúrgicos y del comportamiento^{185,(47)}.

⁽⁴⁶⁾ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

- Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan al servicio de urgencias del hospital, con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto de los servicios hospitalarios en la atención de la urgencia.
- Decidir el ingreso de los pacientes en el hospital cuando su situación clínica así lo aconseje, de acuerdo con el procedimiento establecido en cada centro.
- Dar el alta al paciente desde el servicio de urgencia una vez atendido y con el informe clínico correspondiente.
- Informar al paciente y/o, en su caso, a sus familiares de su proceso clínico, exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.
- Decidir y organizar, en condiciones idóneas, el traslado de los pacientes que lo precisen, desde el servicio de urgencias a otros hospitales con mayor cartera de servicios o cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.
- Hacer los informes establecidos por la normativa legal vigente, en los casos que corresponda.
- Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.
- Gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor efectividad y eficiencia.
- Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.
- Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su especialidad.
- Cooperación y coordinación con el resto de los dispositivos de atención a la asistencia sanitaria urgente.

Los médicos que prestan servicio en la UUH deben tener formación específica en urgencias y emergencias.

- **Responsable de enfermería.** Sus funciones han sido descritas en el apartado 5.5.1.
- **Enfermeros.** La función de las enfermeras de emergencia es evaluar, dar prioridad a la atención de los pacientes y proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes que acuden a una UUH. Las funciones asistenciales que desarrollan las enfermeras en la UUH son:
 - Identificar problemas y necesidades actuales del paciente y la familia.
 - Realizar diagnósticos de enfermería y planificación de cuidados según objetivos y prioridades.
 - Aplicar adecuadamente las técnicas y procedimientos de las intervenciones propias de enfermería.
 - Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente.
 - Administración de los tratamientos prescritos.
 - Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona enferma.
 - Proveer medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.
 - Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento.
 - Establecer una relación de ayuda a través del acompañamiento.
 - Alentar al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el autocuidado y la autoestima.
 - Realizar la evaluación del dolor u otros síntomas, identificando causas, mecanismo fisiopatológico y poner en práctica las medidas adecuadas para aliviar el sufrimiento.

⁽⁴⁷⁾ Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD.

- Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Observación, registro y comunicación al resto del equipo sobre los cambios en el estado del paciente⁽⁴⁸⁾.
- Identificación del mapa de riesgos potenciales del paciente.
- Prevención de complicaciones y situaciones de crisis⁽⁴⁹⁾.
- Alentar la comunicación a través del tacto y otras medidas no verbales.
- Brindar soporte, información y entrenamiento a la familia permitiendo una activa participación de la misma en los cuidados.
- Orientar el apoyo emocional del paciente y sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales.
- Brindar soporte a la familia en el período de duelo.

En el supuesto de que la clasificación de pacientes sea responsabilidad de enfermería, debe haber, como mínimo, una enfermera con experiencia por turno, destinada específicamente a este fin⁽⁵⁰⁾.

Las enfermeras que prestan servicio en la UUH deben tener formación específica en urgencias y emergencias.

- **Auxiliar de Enfermería:** Las tareas de las Auxiliares de Enfermería son las derivadas de las necesidades de los pacientes en función de la planificación de cuidados y por delegación enfermera.
- **Celador / personal de transporte interno y gestión auxiliar.**
- **Personal auxiliar administrativo.**

7.4. Identificación y diferenciación del personal

El hospital adoptará las medidas necesarias para garantizar la identificación de su personal y la diferenciación del mismo según su titulación y categoría profesional ante los usuarios o sus acompañantes, de modo que a estos les sea posible conocer quién los atiende.

El personal sanitario estará diferenciado por categorías profesionales reconocibles por el uniforme e identificado mediante una tarjeta personal, en la que conste de forma visible su nombre, apellidos y categoría laboral.

El profesional sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse cuando así sea requerido por el paciente o usuario, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función, siempre que ésta no sea correctamente percibida por el paciente.

7.5. Medios documentales

Para el correcto ejercicio de su profesión, los centros facilitarán al personal sanitario que preste servicio en la UUH, en función de su categoría profesional, los siguientes recursos:

- a) El acceso a la historia clínica de sus pacientes.
- b) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y asistencial.
- c) Las normas escritas de funcionamiento interno, así como la definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicas de la unidad.
- d) La documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.

⁽⁴⁸⁾ Sistemas de “seguimiento y activación”. Relevante para la sala de observación de la UUH.

⁽⁴⁹⁾ Sistemas de “alarma precoz” y “servicios ampliados de cuidados críticos”. Relevante para la sala de observación de la UUH.

⁽⁵⁰⁾ Dependiendo del volumen de urgencias, puede combinar esta función, que tiene prioridad, con otras actividades dentro de la UUH.

e) Los procedimientos, informes, protocolos de elaboración conjunta o indicadores que permitan asegurar la continuidad asistencial de los pacientes.

7.6. Formación continuada

La UUH debe adoptar las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continuada y de investigación y docencia de sus profesionales.

La UUH dispondrá de un programa de formación para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a la seguridad de los pacientes y la calidad.

7.7. Criterios para el cálculo de recursos

El informe del CEM: *"The way ahead"* (2005)⁷⁹, señalaba en relación con los recursos humanos de las UUH los siguientes aspectos generales⁽⁵¹⁾:

1. La necesidad de recursos humanos de la UUH va a modificarse.
2. El perfil de pacientes atendidos, disponibilidad de apoyo local, procedimientos y saturación de la UUH, son variables que tienen influencia sobre la eficiencia de los recursos humanos, por lo que *un solo tamaño no sirve para todos*.
3. La existencia de puestos de observación debe incorporarse al cálculo de los recursos.
4. Se deben establecer criterios de interconsulta con especialistas.

Médicos

La SEMES propone calcular las necesidades de facultativos sobre la carga de trabajo y los tiempos medios de atención por nivel de prioridad propuestos por diversos organismos como la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals Organization*, *American Academy of Emergency Medicine*, *Australasian College of Emergency Medicine*. Se calculan sobre el nivel de gravedad de los pacientes que acuden a la UUH, estableciendo un tiempo medio de atención médica por nivel:

- Nivel I: 76 min.
- Nivel II: 40 min.
- Nivel III: 25 min.
- Nivel IV: 12,5 min.
- Nivel V: 7,5 min.

Una fórmula genérica para calcular la plantilla de facultativos es⁽⁵²⁾:

[0,37 x nº de asistencias año / nº de horas anuales contratadas por facultativo]

Teniendo en cuenta los cálculos realizados anteriormente, en consultas, aproximadamente hace falta un *equivalente de médico adjunto a tiempo completo*⁽⁵³⁾ por cada 4.000 pacientes asistidos y año.

⁽⁵¹⁾ El documento del CEM se utiliza como referencia. Debe advertirse sobre los problemas que genera la comparación entre sistemas sanitarios. El 25% de la carga de pacientes en algunas UUH del Reino Unido, es atendido por enfermeras (nurse practitioners, nurse specialists y nurse consultants).

⁽⁵²⁾ Los médicos residentes que hacen guardia en la UUH. Los estándares de acreditación de la SEMES recomiendan no considerar para el cálculo al residente de primer año y considerar como la mitad de un equivalente a tiempo completo al residente de años superiores. En el informe del CEM *Way Ahead* (2005) señala la tendencia hacia integrar en la UUH al profesional de atención primaria, para que el paciente sea atendido en el lugar adecuado. Esta solución puede ser especialmente adecuada, en el contexto del SNS para áreas rurales dispersas, con menos de 40.000 habitantes (experiencia de los CHARE en Andalucía).

⁽⁵³⁾ Equivalente a tiempo completo (*full time equivalent*): resulta de dividir el total anual de las horas de trabajo necesarias para cubrir la estructura de puestos de trabajo previstos, entre la jornada anual (véase fórmula de cálculo de F). Se trata de un cálculo habitual en el dimensionado de plantillas que define plantilla horizonte, sin que ello suponga que haya de cubrirse íntegramente con contratos fijos, en tanto que el resultado obtenido del cálculo incluye las

0,37 se supone que es la media de porcentaje horario que consume un paciente en urgencias. Sin embargo, esta carga que varía en función de la prioridad y el mix de pacientes atendidos puede variar de forma importante, por lo que **se recomienda que la necesidad de recursos se calcule, por turno, sobre el mix histórico de pacientes atendidos.**

$$F = \frac{[\sum N_{I-V} * T_{I-V}]}{(Hd * DA * 60 * RA)}$$

Donde:

F es el número necesario de facultativos especialistas adscritos a la UUH⁽⁵⁴⁾

N_{I-V} es el número de casos por cada nivel de gravedad.

T_{I-V} es el tiempo medio estimado por nivel de gravedad expresado en minutos de atención.

HD es el número diario de horas de trabajo de un facultativo especialista.

DA es el número de días de trabajo en un año de un facultativo especialista.

RA es el rendimiento asistencial de los facultativos expresado en porcentaje. Para atender a este criterio se puede estimar, para los médicos especialistas de plantilla de la UUH que se multiplique por un factor de 80% para atender a otras actividades (formación continuada -incluidos congresos, reuniones-, investigación y docencia), y por un factor entre 50% al 70% para el responsable de la UUH.

Las fórmulas anteriormente citadas para el cálculo de la dotación de médicos son orientativas. El número de facultativos asignados a la urgencia debe incrementarse si esta unidad debe atender a los pacientes que permanecen en unidades de observación específicas durante más de 12 horas o a los enfermos pendientes de ingreso. Esta última circunstancia sucede con relativa frecuencia en la mayoría de las urgencias hospitalarias y supone una importante sobrecarga asistencial tanto para médicos como para el resto del personal sanitario de urgencias.

La recomendación de SEMES para la sala de observación de urgencias es de un facultativo por cada 8 pacientes, por turno, o determinar el personal en función de la fórmula⁴⁷:

$$[0,75 \times \text{total de asistencias en sala de observación} * \text{año} / \text{nº de horas anuales contratadas por facultativo}]$$

Debe, en relación con la dotación de médicos en la sala de observación, alertarse sobre la necesidad de adecuar los recursos humanos a la carga de trabajo real existente en la UUH. Existen notables diferencias dependiendo del tipo de hospital y UUH y, por tanto, del volumen de pacientes atendidos y su complejidad. Asimismo la organización de la UUH y su relación con el hospital tiene una incidencia directa sobre las necesidades de recursos humanos. Los requerimientos para una sala de observación de menos de veinticuatro horas son distintos que si ésta se utiliza como un sustituto de la hospitalización convencional (por ejemplo, por falta de disponibilidad de camas en las unidades de enfermería de hospitalización polivalente).

La organización y gestión de los recursos humanos (turnos, sustituciones, etc.) tiene una incidencia directa en el dimensionado de las plantillas. Es relevante que el patrón de dotación de recursos humanos, tanto de médicos como de enfermeras y resto del personal, se adecue a las posibles variaciones, por turno, así como en días de la semana y estacionales. La mayor parte de la actividad se concentra generalmente entre las 08:00 y las 22:00-24:00 horas^{34,35}.

vacaciones, que suelen concentrarse en los periodos estivales y existen variaciones estacionales de la demanda, es necesario establecer una cierta relación de sustitución entre contratos fijos y contratos de suplencias.

⁽⁵⁴⁾ Para la elaboración de este cálculo:

- Se deben considerar al residente de segundo o años superiores como 0,5 equivalentes a tiempo completo, al médico del servicio de medicina interna y especialidades del hospital y de atención primaria que hacen guardia de UUH.
- Si la asistencia quirúrgica y traumatológica son atendidas por el profesional de guardia del respectivo servicio, deben descontarse del cálculo de la plantilla específica de la UUH.
- En la atención de la urgencia pediátrica, el residente de pediatría rota por la UUH y, en ocasiones la atención pediátrica urgente se amplía con médicos de familia, que hacen guardias y cubren turnos.

Enfermería

La recomendación de la SEMES es que el personal de enfermería en consultas / boxes de exploración debe estar en número no inferior a una enfermera por cada 4.000 asistencias / año o bien determinarlo en función a la fórmula:

[$0,37 \times \text{n}^\circ \text{ de asistencias año} / \text{n}^\circ \text{ de horas anuales contratadas por enfermera}$]

Los ratios de enfermeras han de estar basados en problemas y necesidades de los pacientes, dependencias y cargas de trabajo derivadas.

Al número de enfermeras asistenciales calculado hay que sumarle el derivado de la cobertura de 24 horas de los puestos de clasificación (si lo realiza una enfermera) y, si existe, de control de procesos.

En la sala de observación el número de enfermeras debe estar en relación con la necesidad de cuidados de los pacientes ingresados. En el documento: “Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones” se señalan las dificultades de los métodos de cálculo de necesidad de recursos humanos¹⁸⁶, refiriéndose a las orientaciones propuestas por el Colegio de Enfermería de Cataluña¹⁸⁷. La *California Nurses Association* y la SEEUE, recomiendan una relación de 1 enfermera por cada cuatro pacientes^{(55),(56)}.

El informe del CEM *The way ahead*(2005)⁷⁹, señala que el modelo tradicional de desplazamiento de personal al box de paradas en caso necesario paraliza otras zonas de la UUH. Para evitar este problema, el mencionado informe sugiere que las zonas de reanimación tienen que dotarse de personal de enfermería clínica con habilidades y experiencia avanzada en reanimación. Mientras no se necesiten en la sala de reanimación, este personal puede prestar servicio en otras partes de la UUH. Utilizando datos históricos, el promedio de ocupación de la sala de reanimación, por turno, se puede estimar la necesidad de este personal, con el criterio de una enfermera por paciente.

Auxiliares de enfermería

La SEMES recomienda que el personal auxiliar de enfermería tenga una relación de una por cada dos enfermeras, por turno, en el área de consultas / boxes de exploración, mientras que la SEEUE recomienda que en el área de observación la relación debe ser de 1 auxiliar de enfermería por cada seis pacientes.

Los criterios proporcionados para la dotación de personal de enfermería, tomados de las recomendaciones de la SEMES, no están basados en una evidencia empírica suficientemente contrastada y adaptada a las diferentes tipos de UUH, por volumen de pacientes y mix de casos. Además, el personal de enfermería en estas unidades puede, como en otros ámbitos de la actividad asistencial, asumir nuevas actividades y competencias^{79,188}, por lo que se recomienda que se realice un análisis y recomendaciones sobre la dotación de personal de enfermería en las UUH, previa a la revisión de este documento.

Otro personal

Las necesidades de otro personal asignado o que colabora con la UUH: trabajador social, auxiliar administrativo, auxiliar de transporte / celadores, etc. dependen de múltiples variables, que incluyen el perfil de pacientes de la UUH, los sistemas organizativos y de gestión, la estructura física, instalaciones y

⁽⁵⁵⁾http://www.calnurses.org/nursing-practice/ratios/ratios_index.html

⁽⁵⁶⁾<http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/recomendacionratios.pdf>. Este ratio no aplica al área si funciona como “unidad de corta estancia” (permanencia en observación por más de 12 horas), en el que la proporción enfermera : paciente debe determinarse en función de la carga asistencial específica como una unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos (véanse criterios en. Unidad de Enfermería de Hospitalización Polivalente de Agudos. Estándares y recomendaciones. MSPS. 2009).

equipamiento del hospital, incluyendo sistemas de información, comunicación y transporte, por lo que no es posible establecer recomendaciones sobre el dimensionado de estos recursos, debiendo adaptarse a las características específicas de cada centro.

8. Calidad

Un grupo de trabajo de la *Society for Academic Emergency Medicine* ha propuesto un conjunto de definiciones e indicadores de rendimiento de las UUH¹⁸⁹. Un aspecto que se resalta en las conclusiones de este grupo de consenso es la conveniencia de establecer benchmarking entre UUH, homogéneas por volumen de casos atendidos y complejidad de los mismos.

La CEM⁷⁹ propone clasificar las UUH por actividad en aquellas con menos de 40.000 asistencias, entre 40.000-70.000 asistencias y más de 70.000 asistencias. Esta clasificación posiblemente se acerca a la realidad del sistema español.

La *Society of Academic Emergency Medicine* propone una clasificación de la UUH basada en tres criterios: tasa de admisión (porcentaje de pacientes a los que se ingresa en el hospital) > 20%; Transplantes en la cartera de servicios del hospital; hospital como centro de referencia para traumatismos (véase apartado 5.1.1. y referencias 153 a 155).

Indicadores de la Society for Academic Emergency Medicine

Los indicadores propuestos por la *Society for Academic Emergency Medicine* se refieren a medidas de tiempo, quejas y altas voluntarias, e indicadores de flujo.

Las medidas de tiempo se calculan sobre pacientes dados de alta, pacientes ingresados y pacientes trasladados.

- Paciente dado de alta:
 - Puerta – médico: el intervalo de tiempo en minutos entre la hora de llegada del paciente y contacto con un médico.
 - Médico - alta: el intervalo de tiempo en minutos entre el primer contacto con el médico y el alta.
 - Estancia media en UUH: intervalo de tiempo en minutos entre la hora de llegada y el alta.
- Paciente ingresado:
 - Puerta – médico: el intervalo de tiempo en minutos entre la hora de llegada y contacto de un médico con el paciente.
 - Médico - admisión: el intervalo de tiempo en minutos entre el primer contacto con el médico y la decisión de ingresar.
 - Admisión – ingreso: el intervalo de tiempo en minutos entre la decisión de admitir y la salida física del paciente de la UUH.
 - Estancia media en UUH: el intervalo de tiempo en minutos entre la hora de llegada y salida física de la paciente de la UUH.
- Paciente trasladado:
 - Puerta – médico: el intervalo de tiempo en minutos entre la hora de llegada y contacto de un médico con el paciente.
 - Médico – decisión traslado: el intervalo de tiempo en minutos entre el primer contacto con el médico y la decisión de trasladar.
 - Decisión de traslado-aceptación del traslado: el intervalo de tiempo en minutos entre la decisión de trasladar al paciente y la aceptación del traslado.
 - Estancia media en UUH: el intervalo de tiempo en minutos entre la hora de llegada y salida del paciente de la UUH.
- Porcentaje de altas sin haber sido visto sobre el total de pacientes que acuden a la UUH.
- Porcentaje de altas sin el tratamiento completado, que corresponde con los pacientes asistidos por

un médico que abandonan la UUH sin haberles dado el alta.

- Porcentaje de altas voluntarias: mismo criterio que el anterior, pero se han analizado con el paciente las ventajas e inconvenientes de su decisión, con firma o rechazo a firmar el alta voluntaria.
- Tasa de quejas por mil visitas.
- Porcentaje de derivaciones por que la UUH está saturada. Porcentaje de tiempo en que se comunica el cierre por saturación de la UUH, para atender nuevos pacientes.
- Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en la UUH.

Indicadores del NQF

El NQF está en el proceso de elaboración de indicadores de funcionamiento de la UUH, que básicamente coinciden con los propuestos por la *Society for Academic Emergency Medicine*, a los que propone añadir los siguientes⁽⁵⁷⁾:

- Adecuado manejo de la sepsis grave y shock séptico
- Confirmación de la correcta colocación del tubo endotraqueal
- Prueba del embarazo en mujer de 14-50 años con dolor abdominal
- Anticoagulación para paciente con embolismo pulmonar agudo
- Toma de peso en paciente pediátrico

Indicadores del sistema de urgencia

Asimismo el NQF ha propuesto un conjunto de indicadores (*National Voluntary Consensus Standards for Emergency Care – Phase I: Emergency Department Transfer Performance Measures*)¹⁹⁰ para evaluar la calidad en el traslado del paciente desde la UUH a otro hospital, posibilitan evaluar el funcionamiento del sistema de urgencias y que se recogen en el Anexo 9.

El CEM ha elaborado un conjunto de indicadores que pueden servir para evaluar el funcionamiento del sistema de urgencias, en el Anexo 10 se recogen los referidos al infarto de miocardio, traumatismo grave y resucitación (*advanced life support*)¹⁹¹.

Indicadores de la SEMES

La SEMES ha elaborado un conjunto de indicadores para evaluar el funcionamiento de las UUH⁵¹ (Anexo 7). Los indicadores recomendados se recogen en la Tabla 8.1.

Tabla 8.1. Indicadores recomendados por la SEMES para evaluación de la UUH

Dimensión	Indicador
Accesibilidad	Tiempo hasta primera asistencia facultativa
Seguridad	Revisión del carro de paradas / box de reanimación
	Registro de efectos adversos
	Evaluación de efectos adversos
Eficacia-efectividad	Retornos a las 72 horas
Eficiencia	Existencia de triaje
	Estancia media en el área de observación
	Permanencia en urgencias
Adecuación	Sesiones clínicas
	Protocolos de riesgo vital
	Evaluación de la mortalidad
Continuidad	Cumplimentación del informe de asistencia
Satisfacción	Tasa de reclamaciones
	Satisfacción de pacientes
	Enfermos no visitados

⁽⁵⁷⁾ Se trata de un borrador que no se puede citar o referir.

Indicadores del IHI

El IHI utiliza los siguientes indicadores para evaluar el desempeño de las UUH, muchos de los cuales coinciden con las de otras agencias de calidad:

- Estancia media global de la UUH.
- Estancia media para pacientes ingresados.
- Estancia media para pacientes dados de alta (no incluye a pacientes incluidos en *fast track*)
- Estancia media para paciente en procesos de *fast track*⁽⁵⁸⁾ ⁽⁵⁹⁾: tiempo de estancia, en minutos, desde la llegada a la UUH de pacientes con síndrome coronario agudo, ictus agudo isquémico y politraumatismo.
- Puerta – médico.
- Admisión – ingreso.
- Alta sin haber sido visto.
- Derivaciones por cierre de la UUH.
- Infarto agudo de miocardio: % con aspirina; % betabloqueantes; puerta – medicación; puerta – hemodinámica; puerta – angioplastia.
- Neumonía: % con antibiótico dentro de las 4 horas; % con hemocultivo previo a la administración de antibiótico; % con evaluación de la oxigenación sanguínea.
- Dolor: Tiempo medio hasta analgesia (cólico nefrítico, fractura de cadera, lesiones en extremidades, etc.).
- Satisfacción del paciente.

Saturación de urgencias

Por último, aunque no hay una forma uniformemente aceptada para cuantificar el problema de la saturación en urgencias, a continuación se describen una serie de indicadores para valorar la saturación de urgencias^{27,28}:

- Tiempo de espera media desde filiación administrativa hasta valoración por un facultativo > 60 minutos.
- Camas/boxes de urgencias ocupados al 100% más de 6 horas al día (implica la existencia de pacientes en pasillos).
- Sensación de sobrecarga por parte de los facultativos (criterio subjetivo) más de 6 horas al día.
- Número de días al año en los que no hay disponibilidad de camas en el hospital para ingresar a los pacientes que lo necesitan en urgencias.
- Tiempo desde que se cursa administrativamente ingreso hasta que el paciente sube a planta de hospitalización > 4 horas (este tiempo está directamente relacionado con la falta de disponibilidad de camas del hospital).
- Número de pacientes filiados para ser valorados en urgencias que abandonan el hospital sin ser atendidos (altas voluntarias).

⁽⁵⁸⁾ Deben existir criterios para la entrada del paciente en procesos de *fast track*

⁽⁵⁹⁾ Véase apartado 5.1.1.

Indicadores de satisfacción del usuario y del profesional

La evaluación sistemática de la satisfacción tanto del usuario como del profesional de la UUH debe ser una de las entradas principales de su planificación estratégica y operativa. Su valoración se hará a través de encuestas de opinión, buzón de quejas / sugerencias.

Indicadores de urgencias pediátricas

La SEUP ha elaborado un conjunto de indicadores para las urgencias pediátricas, que se recogen en el Anexo 8. Las dimensiones de calidad recogidas en la tabla 8.2.: 2. eficiencia de la UUH, 4. reclamaciones, 5. desarrollo y satisfacción profesional, y 6. satisfacción, son aplicables a la urgencias pediátricas. Se recomienda que la SEUP elabore una síntesis de indicadores de calidad científico-técnica, seleccionando un número discreto de aquellos que tengan mayor incidencia sobre la calidad de la atención pediátrica urgente.

PROPUESTA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE LA UUH

Se propone un conjunto de objetivos de cumplimiento de la UUH, que se resumen en la tabla 8.2.

Tabla 8.2. Objetivos de calidad y asistenciales de la UUH⁽⁶⁰⁾

Dimensión de la calidad	Indicador	Objetivo
1. Integración de la UUH en un sistema de urgencias	Disponer de protocolos establecidos de coordinación con el sistema de urgencias en donde la UUH se inserte. Estos protocolos atenderán, de forma diferenciada, a aquellos procesos que se consideren relevantes para un sistema integral de urgencias, incluyendo como mínimo: Ictus, Politraumatismo, Síndrome coronario agudo.	
2. Eficiencia de la UUH.	2.1. Estancia media global de la UUH	< 4 horas. < 24 horas en sala de observación
	2.2. Tiempo medio puerta - médico	Emergencia: inmediata. Muy urgente < 15 minutos. Urgente < 30 minutos. Menos urgente < 60 minutos. No urgente < 120 minutos
	2.3. Tiempo admisión - ingreso	< 4 horas
	2.4. % Reingresos	$[a / b] * 1.000$ a) Número de altas con reingresos en la UUH en un período ≤ 72 horas. b) Total de altas de la UUH.
3. Calidad científico-técnica	3.1. Tratamiento del ictus	Cumplimiento de los estándares de la estrategia del SNS. Establecimiento de procedimientos de "vía rápida" (fast track).
	3.2. Tratamiento del síndrome coronario agudo	Cumplimiento de los estándares de la estrategia del SNS. Establecimiento de procedimientos de "vía rápida" (fast track).
	3.3. Tratamiento del politraumatismo	Un médico con experiencia apropiada debe estar disponible dentro de los 10 minutos de llegada para el tratamiento de los casos de trauma grave. Hoja de documentación específica. Establecimiento de procedimientos de "vía rápida" (fast track).
	3.4. RCP	Un médico con experiencia apropiada debe estar disponible de forma inmediata. Hoja de documentación específica.
	3.5. Otros procesos	Deben estar protocolizados al menos aquellos procesos que sumen el 80% de la casuística.
4. Reclamaciones y altas voluntarias	4.1. Porcentaje de reclamaciones	$[a / b] * 100$ a) Reclamaciones presentadas. b) Total de pacientes atendidos.
	4.2. Porcentaje de altas sin haber sido visto	$[a / b] * 100$ a) Pacientes que se van sin haber sido vistos por un médico. b) Total de pacientes atendidos.
	4.3. Porcentaje de altas voluntarias	$[a / b] * 100$ a) Pacientes que habiendo sido vistos no terminan el tratamiento o solicitan el alta voluntaria. b) Total de pacientes atendidos.
5. Desarrollo y satisfacción profesional	5.1. Índice de satisfacción.	$[a / b] * 100$ a) Encuestados que declaran estar satisfechos o muy satisfechos con su trabajo y desarrollo profesional. b) Total de encuestados.
	5.2. Sensación de sobrecarga	$[a / b] * 100$ a) Encuestados que declaran estar sobrecargados > de 6 horas al día. b) Total de encuestados.
6. Índice de satisfacción usuario	6.1. Índice de satisfacción.	$[a / b] * 100$ a) Encuestados que han acudido en el último año a la UUH que declaran haber recibido una atención buena o muy buena. b) Encuestados que han utilizado dichos servicios en el último año.

⁽⁶⁰⁾ Se recomienda que el benchmarking se realice entre UUH homogéneas por volumen y gravedad del perfil de pacientes atendidos.

9. Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de la UUH

Se recomienda que **se realice una revisión y actualización de este informe en un plazo no superior a diez años.**

A lo largo del proceso de debate para la elaboración de este informe se han identificado lagunas de conocimiento, en especial en lo referente a la disponibilidad de información y experiencia contrastada sobre el funcionamiento de las UUH en el sistema sanitario español. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que la próxima revisión recoja, además de los tópicos abordados en este documento, un análisis sistemático de los **estándares** de las UUH, que comprenda el conjunto de estándares recomendado en el apartado 8 de este informe, homogeneizando las unidades por su volumen y complejidad.

A lo largo del documento se han hecho algunas recomendaciones en aspectos organizativos y de gestión relativamente novedosas, como la implantación de los “sistemas de urgencias” o de procesos de “vía rápida”, especialmente para el ictus, síndrome coronario agudo y politraumatismos. Se deberían desarrollar proyectos piloto que evalúen los costes y beneficios de la implantación de estos procesos.

Como señala el Australian Health Workforce Advisory Committee¹⁸⁵ no existe una fórmula aceptada o indicador sencillo para dimensionar el número de médicos necesario en una UUH. El dimensionado de recursos humanos ha sido un motivo de debate entre los componentes del grupo que ha elaborado el documento, sin poder llegar a unas recomendaciones que puedan estar basadas en una experiencia fundada en la realidad de las UUH del Sistema Nacional de Salud. Se recomienda que, previamente a la revisión de este documento, se realice, homogeneizando las unidades por su volumen y complejidad, así como por sus modelos organizativos y en función de los resultados (estándares propuestos), un análisis de las necesidades de personal en las UUH del Sistema Nacional de Salud.

Anexo 1. Criterios de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña que afectan al área de urgencias⁽⁶¹⁾

Estándares esenciales específicamente referidos a la atención urgente

CRITERIO 5: PROCESOS

Subcriterio 5.b: Producción, distribución y servicio de atención de los productos y servicios.

Agrupador conceptual: Atención urgente - 02

Definición: La organización, de acuerdo con su política y estrategia, dispone de un proceso para ofrecer atención urgente a los clientes, ya sean ingresados o de otras procedencias.

Objetivo: La organización garantiza:

Su funcionamiento 24 horas al día y todos los días del año.

Clasificación de los clientes y priorización de su asistencia.

Que no interfiera con la actividad no urgente.

Disponibilidad permanente para realizar pruebas radiológicas y analíticas.

Disponibilidad de tratamiento quirúrgico urgente.

Disponibilidad de atención especializada (dentro o fuera del centro).

Disponibilidad de traslado (a otros centros, al domicilio).

La comunicación interna y externa al servicio.

Información en tiempo y forma oportuna.

Medidas:

La organización, de acuerdo con su política y estrategia, garantiza la atención asistencial inmediata al cliente ingresado o de otras procedencias, 24 horas al día.

La organización tiene un procedimiento para ordenar los flujos y repartir la demanda.

Hay un procedimiento para comunicar e informar a las autoridades y servicios públicos competentes en cada caso.

Teléfonos, documentación médico-legal: Policía; Bomberos; Juzgados (incluido forense).

La organización establece unos criterios y forma al personal sanitario competente para identificar a los clientes con necesidades inmediatas y prioriza su tratamiento.

Hay unos criterios establecidos o protocolos para ingresar a los clientes en la unidad y para los traslados externos de los clientes. Incluye las áreas de observación y otras áreas creadas para facilitar la respuesta a la demanda del centro.

Hay unos criterios establecidos documentados para garantizar la continuidad asistencial hasta la aceptación explícita por parte del centro receptor.

Hay un procedimiento para la identificación de los clientes que acuden al área de urgencias sin posibilidad de identificarse.

La organización tiene un registro de la actividad realizada en urgencias que recoge: Nombre y apellidos; Edad y sexo; CIP; Fecha y hora de entrada y salida; Procedencia del cliente; Destino del cliente;

⁽⁶¹⁾ Tomado de: Acreditación de centros de Atención Hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 1. Estándares esenciales, Volumen 2. Estándares no esenciales. Generalitat de Catalunya Departament de Salut.

Identificación del personal médico y de enfermería; Diagnóstico o motivo de la consulta; Tratamiento; Otros.

Se garantiza el control de ubicación y seguimiento del proceso del cliente durante su estancia en el servicio de urgencias.

Incluye las áreas de observación y otras áreas creadas para facilitar la respuesta a la demanda del centro.

Los criterios de valoración o clasificación de los clientes son conocidos por todo el personal implicado.

Hay una primera valoración del cliente, con el fin de priorizar su asistencia y dirigirlo al área concreta.

Se garantiza la utilización inmediata: radiología, laboratorio, utilización de sangre y utilización de medicamentos.

Se facilita la posibilidad de recibir atención especializada, con medios propios o ajenos.

Durante el proceso asistencial urgente se genera la documentación clínica correspondiente que queda archivada.

Se facilita el acceso a la historia clínica, en el caso de que tenga visitas anteriores en el centro.

Existe y se aplica un protocolo de tratamiento inmediato de la emergencia cardiorespiratoria.

Hace referencia a la existencia de protocolos y procedimientos específicos y a equipamientos adecuados (carro de paro cardíaco, monitores, desfibrilador, etc.).

Se entrega la información asistencial en el traslado interno o externo.

Se entrega un informe de alta. Contenido del informe: nombre y apellidos; edad y sexo; hora de entrada y salida; anamnesis; exploración física y complementaria; diagnóstico; tratamiento; derivación; nombre del personal médico y de enfermería; número de colegiado y firma.

Se intercambia la información entre el personal, durante el cambio de turno y el traslado.

Hay una coordinación documentada con otros centros.

La organización evalúa periódicamente la situación de las demoras de atención urgente y actúa para corregirlas.

Otros estándares esenciales aplicables a la atención urgente

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS

- Subcriterio 4.a: Gestión de las alianzas externas

Agrupador conceptual: Prestadores externos de servicios asistenciales - 01

Se aplican los criterios para la selección del mejor proveedor con referencia a: Características y requisitos en cuanto a los contenidos de la prestación; Programación; Cobertura de urgencias; Agilidad en la respuesta; Emisión de resultados; Otros aspectos específicos.

La organización dispone de sistemas de comunicación interna y personal para situaciones de urgencia o de necesidad de localización.

- Subcriterio 4.c.: Gestión de los edificios, de los equipamientos y de los materiales

Agrupador conceptual: Seguridad del edificio y de su entorno - 05

Hay un procedimiento para garantizar la seguridad de los bienes personales de los clientes, tanto en las áreas de hospitalización como en urgencias, hospital de día u otros. Hay un procedimiento para el depósito de bienes.

CRITERIO 5: PROCESOS

- Subcriterio 5.b: Producción, distribución y servicio de atención de los productos y servicios

Agrupador conceptual: Laboratorios - 05

La organización garantiza el servicio de laboratorio de análisis clínicos las 24 horas del día, de todos los días del año, y determina las prestaciones que cumplen esta premisa, incluidas las urgencias.

Agrupador conceptual: Radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear - 08

La organización garantiza el servicio de radiodiagnóstico las 24 horas del día y todos los días del año, y determina las prestaciones que cumplen esta premisa, incluidas las urgencias.

Agrupador conceptual: Nutrición - 10

Hay un petitorio de dietas (soporte papel/informático), con un sistema de identificación de dietas especiales, distribuido por todas las áreas de hospitalización, incluido urgencias.

Ejemplos: básica normal, líquida normal e hiposódica, por sonda normal e hiposódica, para patología digestiva normal e hiposódica, para diabéticos normal e hiposódica, hipoproteica normal e hiposódica, hipocalórica normal e hiposódica. Variación de consistencia. Dieta infantil y lactantes s/p.

Agrupador conceptual: Gestión de los clientes - 12

Se registran los episodios y/o contactos asistenciales: de hospitalización, urgencias, actividad quirúrgica, actividad de consultas externas.

Funcionalmente los registros están centralizados, aunque físicamente puedan estar descentralizados (en diferentes espacios).

CRITERIO 6: RESULTADOS EN LOS CLIENTES

- Subcriterio 6.a.: Medidas de percepción

Agrupador conceptual: Percepción del cliente – 01

Se evalúa la percepción del cliente sobre la información recibida de los servicios ofertados por la organización.

Se evalúa la satisfacción del cliente a través de instrumentos creados ad hoc (encuestas, etc.). Estos instrumentos tienen en cuenta, además, aspectos sobre la detección de oportunidades de mejora que afectan al conjunto de los estándares de este agrupador conceptual. Para un análisis detallado, los resultados obtenidos tienen que ser discriminados por:

- Unidad funcional
- Área asistencial: la medida de la percepción tiene que cubrir dos de las áreas siguientes: hospitalización, urgencias y consultas externas.
- Práctica.

CRITERIO 9: RESULTADOS CLAVE

- Subcriterio 9.c.: Resultados e indicadores operacionales clave

Agrupador conceptual: Procesos clave - 01

- Se cuantifica la actividad del área de urgencias.
- Esta medida tiene que permitir el conocimiento de la actividad del área, de sus flujos horarios, diarios, semanales etc. Se podrá discriminar por especialidad.
- Se cuantifica la presión de urgencias: Número de ingresos hospitalarios procedentes de urgencias; Porcentaje de urgencias que ingresan sobre el total de urgencias.
- Se cuantifican los clientes que vuelven a urgencias antes de las 72 horas del alta desde el área. Ajustados por Áreas y/o unidades/servicios.

- Se evalúa el tiempo de espera para ser visitado en el área de urgencias. Diferenciados por: visitados; técnicas diagnósticas; porcentaje de clientes que esperan más de una hora para ser visitados
- Se cuantifica la mortalidad en el área de urgencias y los motivos.

CRITERIO 9: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD

Subcriterio9.c.: Resultados e indicadores operacionales clave

Agrupador conceptual: Procesos de apoyo – 02

- Laboratorio. Se cuantifican las determinaciones realizadas en las diferentes áreas: Hospitalización; Urgencias; Ambulatoria. Diferenciadas por: Programadas; Urgentes; Tipo de técnica.
- Radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear. Se cuantifica la actividad realizada: Número de estudios diagnósticos realizados en un intervalo (áreas, servicios, etc.) en los dos ámbitos; Número de estudios por cliente hospitalizado; Número de estudios por cliente atendido en consulta externa; Número de estudios por cliente atendido en urgencias; Número de estudios por intervención quirúrgica (preoperatorio); Número de procedimientos terapéuticos en los tres ámbitos.
- Archivo, documentación, gestión de los clientes y sistemas de información. Se cuantifica el grado de disponibilidad de la historia clínica en el área de atención hospitalaria, ambulatoria y de urgencias.
- Archivo, documentación, gestión de los clientes y sistemas de información. Se evalúa el porcentaje de formalización de los datos de identificación del proceso asistencial.

Estándares no esenciales

La estructura y la disposición de los espacios destinados a la atención urgente del cliente son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- Urgencias. Por ejemplo, se evaluará como mejora:

Acceso diferenciado para clientes ambulatorios y para los que acceden con transporte sanitario.

Polivalencia y flexibilidad de uso de todos los boxes con que se cuenta.

Box en torno a los espacios de apoyo directo, en disposición única y centralizada.

Conexión de esta área con la unidad funcional de gestión de clientes, a través del espacio de circulación de público.

Todos los espacios dispondrán de aire acondicionado, que como mínimo tendrá aportación de aire primario y filtrado de calidad G4.

- La estructuración del edificio prioriza las relaciones de adyacencia, proximidad o buena comunicación entre las áreas o los servicios.

Vinculación de Urgencias con diagnóstico por la imagen, bloque quirúrgico y UCI.

Buena comunicación entre Laboratorio y área de hospitalización, urgencias, bloques quirúrgico y obstétrico, y hospital de día

- Hay una cartera de servicios del área de urgencias.
- Hay un sistema objetivo para evaluar la actividad del área de urgencias y de su tipología.
- Hay un sistema objetivo para evaluar la calidad del área asistencial de urgencias. Las posibles fuentes de información son los registros del centro, informes de alta, encuestas de satisfacción del cliente y reclamaciones y agradecimientos. Algunos de los parámetros a evaluar son los siguientes: Tiempo de espera en la visita; Tiempo de espera para resultado de pruebas complementarias; Tiempo de espera para el ingreso; Tiempo de espera para dar información; Trato recibido; Informes de alta; Retorno a urgencias antes de 24 h.

- La organización revisa periódicamente y modifica, si es preciso, los procedimientos del área de urgencias.
 - La organización evalúa periódicamente la actividad realizada en el área de urgencias y su calidad.
 - La unidad funcional responsable de farmacia evalúa los consumos de fármacos de las diferentes unidades funcionales en correlación con la patología atendida y el volumen de actividad. Se refiere a consumo de fármacos y coste asociado por estancia, ingreso, urgencia, DRG y servicio asistencial.
 - La unidad funcional de Gestión de Clientes gestiona el registro de urgencias y coordina el proceso asistencial.
 - Se cuantifica la facturación generada por cada área asistencial o de gestión y por unidad de producción. Diferenciada por los ingresos por alta, ingresos por estancia, ingresos por urgencia, ingresos por visita, ingresos por proceso. Discriminado por entidad pagadora.
 - Se cuantifican los costes, discriminados por naturaleza, generados por cada área asistencial o de gestión y por unidad de producción: Costes por alta; Costes por estancia; Costes por urgencia; Costes por visita; Costes por proceso.
 - Se evalúa el destino o derivación de los clientes atendidos en el área de urgencias.
 - Se evalúa el tiempo de espera para ser ingresado en el área de hospitalización desde urgencias.
- Tiempo de espera para ser ingresado
- Porcentaje de clientes que están más de 24 horas en urgencias antes de ser ingresados.
- Se cuantifica el número de accidentes de los clientes en el área de urgencias y los motivos. Por ejemplo: caídas desde la camilla, silla, etc.

Anexo 2. Recomendaciones en relación con las urgencias hospitalarias contenidas en otros documentos de estándares y recomendaciones

Unidad de pacientes pluripatológicos (UPP)

Los ingresos hospitalarios de los pacientes pluripatológicos con plan de asistencia continuada se programarán a través del médico responsable en atención primaria quien contactará directamente con el responsable de la UPP de referencia para indicar el ingreso, **siendo un objetivo evitar en la medida de lo posible que el paciente recurra al circuito del servicio de urgencias del hospital.**

La **relación de la UPP con el servicio de urgencias** tiene como principal objetivo evitar un uso inadecuado por los PPP y, en lo posible, minimizar los episodios de atención en dicho Servicio cuando los pacientes sufren reagudizaciones. Para ello se pueden contemplar, entre otros, los siguientes circuitos:

- Pacientes remitidos a la UPP desde el servicio de urgencias para estudio preferente y control estrecho (primera visita). La característica principal de estos pacientes será la de que en otras circunstancias estos pacientes serían ingresados.
- Enfermos crónicamente sintomáticos, posiblemente PPP, con mejoría parcial en el servicio de urgencias pero que precisan controles cercanos para evitar volver al mismo.
- Captación de pacientes que precisan transfusiones de hemoderivados periódica sin control por el servicio de hematología y aquellos que necesitan paracentesis evacuadoras sin control por el especialista de digestivo, y otros procedimientos.

Los pacientes con PAC activado serán atendidos en el servicio de urgencias en las horas de no cobertura de la unidad de día de la UPP desde donde se decidirá el posible ingreso del paciente en las camas de hospitalización convencional asignadas a la UPP. En tal caso se deberá evitar ingresos inadecuados en camas de hospitalización de agudos y dar preferencia los ingresos en la UPP de los pacientes que son atendidos por médicos de atención primaria que cooperan con la respectiva UPP.

Atención hospitalaria el parto

La exploración de la mujer que acude con sospecha de parto o pródromos de parto se puede realizar en el área de urgencias, pero cada vez un mayor número de hospitales derivan a estas usuarias, así como al resto de las urgencias obstétricas, al espacio físico de la maternidad, donde se ubican las consultas y boxes de exploración, comunicadas directamente con el área de partos (bloque obstétrico), siendo ésta la conducta recomendable, y **evitando por tanto su atención en el área de urgencias del hospital.**

Por esta razón, se recomienda, siempre que no existan condicionantes arquitectónicos que lo impidan, ubicar en el espacio físico de la maternidad los recursos necesarios para la recepción y valoración clínica de las gestantes con sospecha o pródromo de parto, de forma que, cuando resulte necesario, puedan acceder directamente al bloque obstétrico desde las consultas y boxes de exploración, debiendo evitarse, en consecuencia, la atención de estas pacientes en el área de urgencias del hospital.

Bloque quirúrgico

La NCEPOD ha publicado varios informes demostrando que existe un mayor riesgo de muertes perioperatorias si los pacientes habían sido intervenidos por la noche (a partir de las 21:00 horas), **recomendando -si es posible- diferir la cirugía para realizarla dentro de las primeras 24 horas (cirugía urgente).**

El Royal College of Surgeons of England ha propuesto una mayor concentración de los servicios de urgencia quirúrgicos, con mayor cobertura poblacional, y **hacer factible disponer de un servicio de referencia para las urgencias con quirófanos dedicados las 24 horas a operaciones de urgencia**, con la recomendación de programar aquellas intervenciones donde sea posible diferir dentro de las 24-36 horas (la mayoría) en sesiones de mañana y de tarde.

El 80% de las urgencias quirúrgicas pueden ser atendidas durante el día laboral normal, siempre que se provea de sesiones quirúrgicas especialmente dedicadas a esta actividad, adecuadamente dotados de recursos humanos y de equipamiento.

Se recomienda realizar en las primeras 24-36 horas las intervenciones de cirugía traumatológica en pacientes ancianos, no debiendo demorarse por causas que no sean clínicas.

Se debe valorar la posibilidad de adoptar una clasificación de la cirugía en relación con la urgencia de su realización más refinada que la actualmente utilizada en España (NCEPOD o similar).

Anexo 3. Sistema modificado de alerta temprana (62)

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	
Temperatura		< 35	35,1-36	36,1-37,4	37,5-38,4	> 38,5		
Frecuencia cardíaca		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 130	
Tensión arterial (sistólica)	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200		
Frecuencia respiratoria		< 9		9-14	15-20	21-29	> 30	
Saturación de oxígeno (%)	< 85	85-89	90-94	> 95				
Volumen orina (ml)	0 (comprobar sonda)	< 20 ml / hr	< 35 ml / hr			> 200 ml / hr		
Nivel de consciencia			Agitación o confusión nuevos	Alerta	Llamada	Dolor	Inconsciente	
PUNTUACIÓN TOTAL								

Si la puntuación total del paciente está entre 1 y 3, la se repetirán las mediciones en 30 minutos

Si la puntuación total del paciente es ≥ 4 es preciso avisar al responsable y cumplimentar el documento siguiente:

	Fecha	Hora	Puntuación	Medidas/s adoptada/s	Firma
Nivel de dolor					
Nivel de sedación					
Analgesia					
Pérdida de sangre					
Herida operatoria					
Estado neurovascular					
Nivel de dolor: 0 = no dolor; 1 = leve; 2 = moderado; 3 = grave; 4 = insoportable					
Nivel de sedación: 0 = despierto; 1 = somnoliento; 2 = se puede despertar; 3 = no se puede despertar					

(62) Central Middlesex Hospital. North West London Hospitals NHS Trust. October, 2005.
<http://www.library.nhs.uk/Pathways/ViewResource.aspx?resID=105039&tabID=288>. Consultado: 05.01.09

Anexo 4. Criterios de dimensionado de recursos

La determinación de las dimensiones básicas de los recursos asistenciales de la UUH depende de factores demográficos (estructura de la población atendida), epidemiológicos (morbilidad), clínicos (criterios de indicación de las diferentes modalidades que integran su cartera de servicios) y de gestión (utilización de la capacidad productiva disponible).

Es necesario estimar la demanda a medio plazo y de adecuar a ella las dimensiones de los recursos-tipo de la unidad (consultas, boxes de exploración y diagnóstico y puestos de observación), ajustadas a un perfil de productividad previamente establecido. Para ello se parte de la proyección de población a medio plazo (10-15 años), que permite plantear distintos escenarios que tengan en cuenta la evolución de la demanda en el territorio, especialmente en el área de referencia de la UUH, y en otros hospitales, las variables específicas del área, la gestión de la demanda y la organización y gestión de la asistencia.

Es recomendable que el cálculo de la demanda y sus picos se calculen sobre la base de los datos históricos del área de referencia para la UUH. En caso de no disponer de estos datos, las fórmulas utilizadas para calcular los picos de demanda son las siguientes:

- Pico mensual de carga de trabajo (PMCT): representa el número máximo de pacientes atendidos en un mes. Aproximadamente representa el 10% de la demanda anual de la UUH.
- Media diaria del PMCT (MDPMCT): es el número medio de pacientes que se atienden en el mes de máxima demanda asistencial. Se calcula mediante la fórmula: $PMCT/30,5$.
- Pico diario de carga de trabajo (PDCT): viene determinado de acuerdo con una distribución de Poisson, con un intervalo de confianza del 99%, y se calcula mediante la fórmula siguiente:

$PDCT: MD + 2,33 \times \sqrt{MDPMCT}$

- Pico de carga de trabajo por turno (PCTT): representa el número máximo de pacientes en un turno de 8 horas. Coincide de forma muy aproximada con el 50% del PDCT, por lo que puede estimarse con este método.
- Pico de carga de trabajo por hora ($PCTT_1$): representa el número máximo de pacientes en una hora. Se calcula dividiendo el PCTT entre 7. $PCTT_1 = PCTT / 7$.
- Pico diario de carga de trabajo en consulta de urgencias menores (PDCT-C). Se basa en que en la mayoría de centros con este modelo, aproximadamente el 40-60% de pacientes pueden ser atendidos en consultas. Se calcula mediante la fórmula: $PDCT \times 0,4$.
- Pico de carga de trabajo por turno en consulta rápida (PCTT-CR): se estima que hasta el 75% de los pacientes atendidos en este dispositivo asistencial a lo largo del día acuden durante este turno pico. Se calcula mediante la fórmula: $PDCT \times 0,75$.

Con una frecuentación anual de la urgencia hospitalaria estimada en 500 por mil habitantes, excluyendo urgencias obstétricas, para una población de 250.000 hab. con distribución etaria similar a la española (14,5% de menores de catorce años), y suponiendo que la frecuentación general y pediátrica fuera similar, podría esperarse una media diaria de 350 atenciones urgentes, 50 de las cuales serían pediátricas.

Algunas medidas organizativas pueden modificar la tendencia al incremento de la frecuentación de urgencias hospitalarias. Un objetivo de gestión de la unidad de pacientes pluripatológicos es la reducción de la frecuentación de urgencias hospitalarias en personas mayores de 65 años en un 65%¹⁴.

El pico diario de la carga de trabajo, calculado con la fórmula propuesta, es de unas 450 urgencias al día de adultos (excluyendo obstetricia), y 80 urgencias pediátricas; y de unas 32 urgencias a la hora, y 6 pediátricas.

Los parámetros de utilización de recursos por la urgencia se recogen en la tabla :

Recurso (R)	pp _r	t	Rto
Consulta	40-60%	20'	85%
Box de exploración y diagnóstico	60-40%	60'	85%
Puestos de observación	12,5%	576'	90%

Para cada local se calcula el máximo nivel de derivación desde triaje (60% para consultas y 60% para boxes de exploración), lo que implica un cierto solapamiento de recursos. Se utilizan redondeos. Los recursos de consultas y boxes deben ser polivalentes. A estos recursos se deben añadir, en su caso, el de RCP y los "específicos" que se consideren necesarios, en función del volumen de actividad del hospital.

- Consultas $C = [(32 * 60\% * 20') / (60' * 85\%)] \cong 7-8$, a las que se deben añadir, para hospitales con suficiente volumen de actividad, dos consultas dotadas específicamente, una para oftalmología y otra para O.RL.

- Boxes de exploración y diagnóstico $BED = [(32 * 60\% * 60') / (60' * 85\%)] \cong 22$ boxes, incluyendo los de traumatología, a los que se deben añadir el de RCP y los boxes especiales que se determinen (salud mental, etc.).

- Puestos de observación, calculados sobre la media diaria de urgencias y 24 horas. Se ha estimado que un 40% de los pacientes permanecen 6 horas y un 60%, 12 horas en observación (576' promedio) $PO = [(448 * 12,5\% * 576') / (60' * 24 * 90\%)] \cong 24$ puestos. Dos terceras partes de los cuales serían camas (16) y el resto (8), sillones de tratamiento.

- Análogamente para la urgencia pediátrica, suponiendo los siguientes parámetros de utilización:

Recurso (R)	pp _r	t	Rto
Consulta	60-80%	20'	85%
Box de exploración y diagnóstico	50%	60'	80%
Puesto de observación	10%	480'	80%

- Consultas $\cong 2$
- Boxes de exploración y diagnóstico $\cong 4$
- Puestos de observación $\cong 4$

Anexo 5. Programa funcional

En relación con el desarrollo de esquemas ergonómicos de locales y dimensiones críticas de los principales locales de la unidad se ha optado por desarrollar, a título indicativo, un programa funcional de una UUH con 10 consultas, 21 boxes de exploración y diagnóstico y 19 puestos de observación (13 camas y 6 sillones de tratamiento) para urgencias generales y 2 consultas, 3 boxes de exploración y diagnóstico y 2 puestos de observación (dotados indistintamente con cunas para lactantes y/o camas) para urgencias pediátricas, que podría asociarse en España a las necesidades de una población de unos 250.000 habitantes⁽⁶³⁾.

Con estas dimensiones, se ha optado por una solución “integrada” para la urgencia pediátrica, que en el ejemplo propuesto se configura como una zona diferenciada, que comparte con la urgencia general las zonas de recepción (aunque tendría una sala de espera diferenciada para los niños y sus acompañantes), apoyos generales y administrativa y de personal.

⁽⁶³⁾ Véase el Anexo 4 de criterios de dimensionado de los recursos asistenciales básicos de la UUH.

Tabla A 5.1. Acceso y recepción: programa funcional de espacios ⁽⁶⁴⁾.

RECEPCIÓN				
Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Características funcionales
1. Acceso				Los accesos de vehículos y de peatones serán independientes. Ambos estarán cubiertos, claramente señalizados e iluminados, siendo conveniente que la entrada principal a la UUH disponga de una marquesina que sirva de señal visual para ayudar a los pacientes y a sus acompañantes a identificar su ubicación, además de protegerlos de las inclemencias del clima al descender del vehículo en que hayan llegado para acceder a la unidad. La zona bajo la marquesina debe permitir la circulación de vehículos, incluidas las ambulancias medicalizadas y estar bien iluminada. El acceso de vehículos dispondrá del espacio suficiente para que se pueda realizar el giro sin utilizar la marcha atrás. Las rutas de entrada y salida de vehículos serán unidireccionales, evitando la posibilidad de cruces. El acceso al vestíbulo de entrada a la UUH debe estar protegido por puertas de apertura y cierre automáticos mediante mecanismo de fotosensibilidad, a fin de facilitar el acceso a pacientes que lleguen en camilla o silla de ruedas y evitar corrientes de aire, siendo conveniente, además, que dichas puertas sean transparentes para permitir la visibilidad en ambas direcciones.
2. Vestíbulo	30	1	30	Diseñado para facilitar la circulación a pacientes que precisen camilla, silla de ruedas o ayuda para caminar; resulta conveniente que disponga a la entrada de alfombras limpiabarros y que el suelo sea antideslizante y de fácil limpieza.
3. Espacio para sillas de ruedas y camillas	6	1	6	Fuera de la circulación de la unidad.
4. Admisión	24	1	24	Atención a los pacientes que acuden a la UUH y a sus acompañantes durante el proceso de admisión en el que se realiza la filiación, ingreso, en su caso, determinación de citas, etc. Necesidad de de privacidad, que puede alcanzarse mediante la existencia de una distancia bien señalada para la espera de otras personas ante el mostrador de admisión o la colocación de mamparas. El mostrador se diseñará de forma que resulte accesible desde la entrada principal y fácilmente localizable para los pacientes y sus acompañantes, y, que el personal de recepción pueda observar la puerta de entrada y las circulaciones del público. Dispondrá de una zona que permita la atención sin barreras arquitectónicas y con los usuarios acomodados en silla. Conexiones informáticas y telefónicas.
5. Box de triaje	24	1	24	Ubicado de forma que permita la visión de la zona de entrada y de la sala de espera y contiguo a la admisión. El diseño del local atenderá a lograr unas condiciones de intimidad y confort acordes con la naturaleza de esta actividad, permitiendo la privacidad para un breve examen clínico y/o información confidencial y facilitando la inmediatez de la atención y la rotación de los pacientes. Es conveniente que permita, al menos, el trabajo simultáneo de dos profesionales en situación de pico de demanda asistencial. Con conexiones telefónicas e informáticas.
6. Sala de espera de urgencias generales.	80	1	80	Adyacente a la admisión y al box de triaje, espacio para estar y espera específico para pacientes de la urgencia general que aún no han sido atendidos y sus acompañantes. Área dotada de aseos, teléfono público, televisión, fuente automática de agua fría y máquina expendedora de bebidas y alimentos envasados. El mobiliario deberá ser consistente para garantizar su durabilidad intenso, pero confortable y adecuado para personas frágiles o dependientes que precisen ayuda para desplazarse, y el entorno, lo más agradable posible. Con acceso directo desde el vestíbulo de entrada, permitirá el contacto visual con el mostrador de admisión y dará acceso a la zona asistencial donde se lleva a cabo la atención a los pacientes. Con dispositivos que permitan la llamada a los pacientes y acompañantes, ya sea mediante megafonía o monitores indicativos.
7. Aseos de público	12	4	48	Servicios higiénicos para el público. Con lavabo e inodoro. Al menos uno, adaptado para minusválidos.
8. Sala de espera de urgencias pediátricas	24	1	24	Con características similares a la sala de espera de la urgencia general. Se adecuará el ambiente y mobiliario de la sala a la edad de los pacientes.
9. Aseos de público (sala de espera de urgencias pediátricas).	6	2	12	Servicios higiénicos para el público. Con lavabo e inodoro. Al menos uno, adaptado para minusválidos.
10. Despacho de información	12	1	12	Para información a pacientes y familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.
11. Despacho de atención al paciente	12	1	12	Para trámites de atención a pacientes. Con conexiones informáticas y telefónicas.
12. Sala de ambulancias	6	1	6	Para conductores de ambulancias. Con conexiones telefónicas.
SUPERFICIE TOTAL DEL ÁREA DE RECEPCIÓN 278				

⁽⁶⁴⁾ Todas las superficies se expresan en m².

Tabla A 5.2. Área de atención urgente: programa funcional de espacios ⁽⁶⁵⁾.

ATENCIÓN URGENTE (URGENCIAS GENERALES)				
Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Características funcionales
13. Box de reanimación de pacientes críticos y emergencias.	36	1	36	Recuperación de pacientes críticos con parada cardiorrespiratoria, politraumatismos o afecciones graves cuya situación vital no permita demora en la asistencia (nivel 1 según el sistema de traje). Espacio con acceso directo desde el exterior y puerta amplia que permita el acceso de camas. Con capacidad para atender, al menos, a dos pacientes simultáneamente, a los que se podrá acceder desde cualquier lado y con separación mediante mamparas o cortinas que permitan cierto grado de intimidad. Estará dotado del equipamiento necesario para reanimación cardiorrespiratoria y soporte vital, y permitirá la utilización de equipos portátiles de RX. Dotado de las instalaciones eléctricas necesarias tanto para su iluminación como para la conexión de los equipos electromédicos a utilizar, sistema de llamada paciente-enfermero con visualización externa, tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, lavabo con grifo monomando accionable por el codo con dispensador de jabón y toallas de papel y barra de techo para sueros. Conexiones informáticas y telefónicas.
14. Consultas	10	16	160	Exploración y reconocimiento de los pacientes que precisan atención de nivel 4 o 5. Locales con una única puerta y dos ambientes (despacho/consulta y vestuario/exploración). La consulta debe tener un tamaño suficiente para acoger al facultativo y, en su caso, el personal sanitario que se precise. Será necesario, además del mobiliario de despacho (mesa, sillón y sillas), una camilla de exploración accesible por ambos lados, lámpara de exploración, tomas de oxígeno y vacío y mobiliario clínico para contener el material fungible e instrumental de uso en la consulta. La distribución del espacio facilitará al máximo la privacidad de la consulta y la comunicación con otras consultas adyacentes, a fin de posibilitar la circulación del personal sanitario. Toma de gases (oxígeno y vacío). Conexiones informáticas y telefónicas. Mueble clínico con piletta y espacio de almacenamiento inferior y superior. Se ha contabilizado una consulta de oftalmología y otra de O.R.L. con equipamiento específico.
15. Sala de espera de consultas	30	1	30	Asociada a las consultas. Sus características estructurales serán similares a las demás salas de espera de la unidad.
16. Box polivalente de exploración y diagnóstico	22	18	396	Destinados a la exploración, diagnóstico y prestación de cuidados a los pacientes médicos o quirúrgicos que, no son enviados a las consultas, no precisan una atención de nivel 1 (emergencia) ni requieren recursos especiales (traumatología). Cubículos cerrados lateralmente con posibilidad de cerrarse en caso de necesidad también por delante. Deben permitir el acceso inmediato de los pacientes. Tendrán espacio para una cama y estarán dotados de las instalaciones eléctricas necesarias tanto para su iluminación como para la conexión de los equipos electromédicos a utilizar, sistema de llamada paciente-enfermero con visualización externa, tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, lavabo con grifo monomando accionable por el codo con dispensador de jabón y toallas de papel, barra de techo para sueros y es conveniente que dispongan de indicador externo del estado de ocupación. Conexiones informáticas y telefónicas.
17. Boxes especiales	16	2	32	
18. Box de traumatología	20	4	80	Asistencia de los pacientes que hayan sufrido un traumatismo y requieran niveles de atención similares a los descritos para los boxes polivalentes. Se recomienda que forme un conjunto funcional con la sala de yesos, que estará contigua, existiendo comunicación entre ambos espacios. Las características estructurales son similares a las de los boxes polivalentes, diferenciándose de estos por su equipamiento, que incluirá lo necesario para atender a este tipo de pacientes.
19. Sala de yesos	24	2	48	Contigua al box de traumatología. Dispondrá de la infraestructura necesaria para la asistencia a pacientes traumatizados que requieren inmobilizaciones y para la maniobrabilidad del personal sanitario que les asiste. Con espacio para camilla, tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, lavamanos, carril de techo para sueros, sistema llamada, tomas eléctricas, espacio para equipo de escopia, carro de yesos y contenedores grandes de desperdicios. Pila de yesos con grifo monomando accionable por el codo con dispensador de jabón y toallas de papel, y desagüe para la eliminación de yesos. Conexiones informáticas y telefónicas.
20. Sala de curas	24	1	24	Para la realización de curas. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostático con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Tomas de oxígeno y vacío. Con conexión informática
21. Salas de espera de pacientes	30	3	90	Estar de pacientes ya clasificados y que, conforme al resultado del triaje no requieren atención inmediata, en espera de pasar a los boxes de exploración y diagnóstico, o ya vistos en estos recursos pero que aguardan resultados de pruebas complementarias. Características estructurales son similares a las descritas para las salas de espera de las consultas. Ubicadas tan próximas como sea posible a los recursos asistenciales a los que sirvan de soporte, distribuidas de forma que se minimicen los recorridos.
22. Aseos de pacientes	12	2	24	Junto a las salas de espera existirán zonas de aseos para los pacientes, incluyendo alguno adaptado para minusválidos, dotados de lavabo e inodoro. Las puertas tendrán el ancho suficiente para permitir el paso de personas en sillas de ruedas.
23. Ducha asistida	10	1	10	Limpieza de pacientes con impedimentos especiales. Puerta corredera amplia que permita el paso de camillas y/o camas. Suelo antideslizante y sumidero. Con aseo dotado de lavabo e inodoro, asideros y ayudas en la pared, timbre de alarma y ducha empotrada en pavimento, con posibilidad de que el paciente sea duchado en la camilla.
24. Puesto de control	25	1	25	Para el trabajo del personal de enfermería, ubicada en una zona próxima al acceso exterior y al centro de la unidad, a fin de minimizar los recorridos y facilitar la visión y el acceso a las zonas de consultas y boxes de exploración y diagnóstico. Con un mostrador con superficie para escribir e instalación de equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera y espacio para almacenar el material de trabajo, además de una zona de trabajo de personal, que contará con una estación clínica para el acceso al sistema de información del hospital y el trabajo con historia clínica informatizada. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios, cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.
SUPERFICIE TOTAL DEL ÁREA DE ATENCIÓN URGENTE 955				

⁽⁶⁵⁾ Todas las superficies se expresan en m².

Tabla A 5.3. Área de observación: programa funcional de espacios ⁽⁶⁶⁾.

OBSERVACIÓN (URGENCIAS GENERALES)				
Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Características funcionales
25. Puesto de control	25	1	25	Para el trabajo del personal de enfermería, ubicado para minimizar los recorridos y facilitar la visión y el acceso a los puestos de observación. Con un mostrador con superficie para escribir e instalación de equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera y espacio para almacenar el material de trabajo, además de una zona de trabajo de personal, que contará con una estación clínica para el acceso al sistema de información del hospital y el trabajo con historia clínica informatizada. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios, cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.
26. Sala de observación	240	1	240	Para el cuidado de pacientes que requieran la realización de tratamientos o la valoración secuencial de estado clínico durante varias horas. Con 24 puestos en sala común, 16 de los cuales serán camas y, los 8 restantes, sillones de tratamiento. Es imprescindible que los pacientes dispongan en esta sala de la suficiente intimidad que les permita estar aislados visualmente, sobre todo cuando se deben llevar a cabo maniobras de exploración física necesarias y sería deseable que este aislamiento permitiera también entrevistas en las que la anamnesis fuera lo más íntima posible. Los puestos de observación se ubicarán en una sala común, dotada de sillones confortables para la administración de tratamientos cortos que no precisen de encamamiento y camas para la observación de pacientes que sí lo requieran. Se habilitarán medios de separación de los puestos de observación que permitan la visión y control de los pacientes por parte del personal, y, en caso de necesidad posibiliten la privacidad requerida. Los puestos de observación tendrán tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, tomas de corriente eléctrica suficientes para la utilización de los equipos electromédicos necesarios para la administración de tratamientos y/o el
27. Aseos de pacientes	4	2	8	Características similares a los demás aseos de pacientes de la zona.
SUPERFICIE TOTAL DEL ÁREA DE OBSERVACIÓN 273				

Tabla A 5.4. Área de urgencias pediátricas: programa funcional de espacios ⁽⁶⁷⁾.

URGENCIAS PEDIÁTRICAS				
Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Características funcionales
28. Puesto de control	25	1	25	Para el trabajo del personal de enfermería, ubicado para minimizar los recorridos y facilitar la visión y el acceso a las consultas, boxes de exploración y puestos de observación. Con un mostrador con superficie para escribir e instalación de equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera y espacio para almacenar el material de trabajo, además de una zona de trabajo de personal, que contará con una estación clínica para el acceso al sistema de información del hospital y el trabajo con historia clínica informatizada. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios, cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.
29. Consultas	16	2	32	Características similares a las consultas de la urgencia general, adaptadas a la edad de los pacientes pediátricos.
30. Boxes de exploración y diagnóstico	16	4	64	Características similares a los boxes de exploración de la urgencia general, adaptadas a la edad de los pacientes pediátricos.
31. Box de reanimación de pacientes críticos y emergencias.	18	1	18	
32. Sala de observación	40	1	40	2 puestos en sala común, indistintamente cunas de lactantes y/o camas, según necesidades en cada momento. Características similares a la sala de observación de la urgencia general, adaptadas a la edad de los pacientes pediátricos.
33. Despacho de información	12	1	12	Similar al de la zona de recepción
34. Sala de lactancia	12	1	12	Para lactancia y cambio de pañales.
35. Aseos para pacientes	4	1	4	Similares a los demás aseos de pacientes de la unidad; adaptado para niños.
SUPERFICIE TOTAL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS 207				

⁽⁶⁶⁾ Todas las superficies se expresan en m².

⁽⁶⁷⁾ Todas las superficies se expresan en m².

Tabla A 5.5. Área de apoyos generales: programa funcional ⁽⁶⁸⁾.

APOYOS GENERALES				
Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Características funcionales
36. Estar de personal.	12	1	12	Para descanso del personal. Próximo al control. Con punto de agua.
37. Oficio de limpio para la preparación de farmacia.	10	1	10	Almacén de material limpio y preparación de fármacos. Punto de agua para mueble con doble lavabo.
38. Oficio de comidas.	10	1	10	Llegada de carros de comida y preparación de alimentos. Adaptado a la tecnología de preparación de comidas y distribución del hospital, con encimera con fregadero de dos senos y escurridor, espacio para almacenamiento de carros de comida.
39. Almacén de material fungible.	10	1	10	Para pequeño material de uso habitual. Espacio para carros de suministro de material mediante sistemas de reposición periódica. Las superficies deben ser lavables. Sistemas modulares de estanterías con altura superior a la de los carros. Espacio adecuado para almacenamiento de sueros.
40. Almacén de lencería.	8	1	8	Para ropa limpia..
41. Almacén de equipos.	6	1	6	Para aparatos y equipos.
42. Almacén de traumatología.	6	1	6	Para equipos de traumatología.
43. Oficio de sucio y clasificación de residuos.	6	1	6	Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.
44. Oficio de limpieza.	6	1	6	Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.
SUPERFICIE TOTAL ÁREA DE APOYOS GENERALES 74				

Tabla A 5.6. Área administrativa y de apoyos para el personal: programa funcional

ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL				
Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Características funcionales
45. Despacho del responsable de la UUH	12	1	12	Con conexiones informáticas y telefónicas.
46. Despacho de supervisora.	12	1	12	Con conexiones informáticas y telefónicas.
47. Secretaría	12	1	12	Trabajo administrativo de la unidad, con conexiones informáticas y telefónicas
48. Sala polivalente de trabajo médico.	24	1	24	Área de trabajo para los facultativos de la unidad. Con acceso a la red de voz y datos.
49. Sala de reuniones.	30	1	30	Para reuniones de el personal, con conexiones informáticas y telefónicas
50. Sala de estar del personal.	12	1	12	Para descanso del personal. Punto de agua y conexiones telefónicas
51. Dormitorio de médico de guardia	10	5	50	Para descanso del médico de guardia. Punto de agua y conexiones informáticas y telefónicas
52. Aseos y vestuarios de personal	16	3	48	Con esclusa. Para apoyo del personal de la unidad. Con características similares a los aseos de visitantes
SUPERFICIE TOTAL ÁREA ADMITVA. Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL 200				

⁽⁶⁸⁾ Todas las superficies se expresan en m².

Anexo 6. Plan de equipamiento

URGENCIAS GENERALES		
Zona	Local	Equipamiento
RECEPCIÓN	1. Acceso	Sin equipamiento específico (no fijo, fungible o instalación)
	2. Vestíbulo	Sin equipamiento específico (no fijo, fungible o instalación)
	3. Espacio para sillas de ruedas y camillas	Silla de transporte de enfermos. Camilla de transporte.
	4. Admisión	Puestos de trabajo / ordenadores. Impresora láser. Mueble mostrador. Cajoneras. Estanterías. Sillones ergonómicos c/r (con ruedas). Teléfono. Fax.
	5. Box de triaje	Mesa modular de trabajo con cajonera. Silla sin ruedas Sillón ergonómico con ruedas. Armario. Camilla exploración. Impresora láser. Puestos de trabajo / ordenadores. Esfigmomanómetro digital portátil. Teléfono. Biombo.
	6. Sala de espera	Sillas / sillones. Bancadas de tres plazas. Cuadros. Mesas bajas. Perchas. Fuente de agua fría. Máquinas expendedoras de bebidas frías, calientes y alimentos sólidos. TV. Teléfonos públicos.
	7. Despacho de información	Mesa modular de trabajo con cajonera. Sillón ergonómico con ruedas. Sillas sin ruedas. Estación de trabajo / ordenador. Teléfono. Cuadro.
	8. Despacho de atención al paciente	Sillón ergonómico con ruedas. Armario estantería cerrado. Cuadro. Estación de trabajo / ordenador. Impresora láser. Mesas de despacho con cajonera. Teléfono. Papelera. Percha. Sillas sin ruedas. Armario archivo. Pizarra mural.
	9. Sala de ambulancias	Cuadro. Mesa centro. Sillones de descanso. Sillas. Papelera.
	10. Aseos	Dispensadores de papel. Dispensador de jabón. Dispensadores de toallas de papel. Escobillas. Espejos. Papelera con tapa basculante de 25L. Percha.

URGENCIAS GENERALES		
Zona	Local	Equipamiento
ATENCIÓN URGENTE	11. Box de reanimación de pacientes críticos y emergencias	Armario mural de medicación Armario mural para material fungible Cabecero para box de paciente crítico con accesorios Carro de curas. Encimera inoxidable con piletta y mueble accesorio. Frigorífico. Cama articulada radiotransparente con accesorios. Lámpara de exploración con ruedas. Taburete. Papelera con tapa basculante de 25 l Vacuómetro. Caudalímetro. Estaciones de trabajo / ordenadores. Impresora láser. Carro de parada. Balón de resucitación. Respirador de transporte. Monitor de transporte. Camilla de transporte. Pulsioxímetro. Diverso instrumental. Desfibrilador con palas de adulto e infantil. Monitor de respiración, temperatura, ECG, frecuencia cardíaca y presión no invasiva e invasiva. Larigo-otoscopio-oftalmoscopio. Teléfono.
	12. Consultas	Armario de consulta. Sillas sin ruedas. Vitrina metálica alta con puertas correderas. Sillón ergonómico con ruedas. Camilla exploración. Lámpara de exploración. Balanza de pie para adultos con tallímetro. Cuadro. Taburete. Carro auxiliar. Linterna de lápiz. Mesa modular de trabajo con cajonera. Esfigmomanómetro digital portátil. Impresora láser. Fonendoscopio. Instrumental diverso. Teléfono. Puestos de trabajo / ordenadores. Vacuómetro. Caudalímetro. Dispensadores de toallas de papel. Papelera con tapa basculante de 25 L. Dispensador de jabón. Encimera inoxidable con piletta y mueble accesorio.
	13. Sala de espera de consultas	Sillas / sillones. Bancadas de tres plazas. Cuadros. Mesas bajas.
	14. Box polivalente de exploración y diagnóstico	Lámpara de exploración con ruedas. Armario mural de medicación Encimera inoxidable con piletta y mueble accesorio. Material vario (sistema de rieles, ganchos techo, etc.). Taburete. Papelera con tapa basculante de 25L. Camillas de exploración de urgencias. Lámpara de exploración con ruedas. Vacuómetro. Caudalímetro. Carro de curas. Estaciones de trabajo / ordenadores. Impresora láser. Teléfono. Pulsioxímetro.

URGENCIAS GENERALES		
Zona	Local	Equipamiento
		Otoscopio-oftalmoscopio. Monitor multiparamétrico. Esfigmomanómetro digital portátil. Balón de resucitación autoinflable. Diverso instrumental. Electrocardiógrafo de alta resolución.
	15. Boxes especiales (polivalentes)	Mismo equipamiento que en los polivalentes, evitando equipamiento fijo salvo que por el volumen de atención de una determinada especialidad justifique su uso específico.
	16. Box de traumatología	Armario mural de medicación. Armario mural para material fungible. Armario para férulas y vendajes. Encimera inoxidable con pileta y mueble accesorio. Frigorífico. Material vario (sistema de rieles, ganchos techo, etc.). Papelera con tapa basculante de 25L. Taburete. Sillón de exploración. Camilla fija preparada para la tracción y reducción de fracturas. Lámpara de exploración con ruedas. Impresora láser. Estaciones de trabajo / ordenadores. Diverso instrumental de traumatología. Caudalímetro. Vacuómetro. Teléfono.
	17. Sala de yesos	Vitrina con armario. Mueble clínico con pileta almacenamiento inferior y superior. Camilla exploración. Taburete. Vacuómetro. Caudalímetro. Sierra de yesos con aspirador. Sierra de yesos. Instrumental para inmovilizaciones. Estaciones de trabajo / ordenadores. Mesa auxiliar. Dispensadores de toallas de papel. Papelera con tapa basculante de 25 L. Dispensador de jabón. Teléfono. Multibox de material.
	18. Sala de curas	Armario material estéril. Lámpara de exploración con luz fría y ruedas. Multibox material. Material vario (sistema de rieles, ganchos techo, etc.). Mesa auxiliar. Taburete. Papelera con tapa basculante de 25L. Encimera inoxidable con pileta y mueble accesorio. Camilla exploración. Estaciones de trabajo / ordenadores. Impresora láser. Teléfono. Instrumental de curas. Vacuómetro. Caudalímetro. Aspirador. Carro de curas.
	19. Salas de espera de pacientes	Sillas / sillones. Bancadas de tres plazas. Cuadros. Mesas bajas.
	20. Aseos de pacientes	Dispensador de jabón Dispensadores de papel. Dispensadores de toallas de papel.

URGENCIAS GENERALES		
Zona	Local	Equipamiento
		Escobillas. Espejos. Papelera con tapa basculante de 25L. Percha.
	21. Ducha asistida	Dispensador de papel Silla móvil para ducha asistida. Dispensador de jabón. Percha. Dispensador de toallas de papel. Papelera con tapa basculante de 25L. Escobillas. Espejos.
	22. Puesto de control	Mueble mostrador. Sillones ergonómicos con ruedas. Impresora láser. Armario archivo. Cuadro. Estanterías metálicas. Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. Teléfono. Mesa modular de trabajo con cajonera. Papelera. PDA's gestión cuidados. Percha. Sillas sin ruedas. Armario estantería cerrado. Estaciones de trabajo / ordenadores. Reloj de pared con fecha. Plafón de avisos.
OBSERVACIÓN	23. Puesto de control	Mueble mostrador. Sillones ergonómicos con ruedas. Impresora láser. Armario archivo. Cuadro. Estanterías metálicas. Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. Teléfono. Mesa modular de trabajo con cajonera. Papelera. PDA's gestión cuidados. Percha. Sillas sin ruedas. Armario estantería cerrado. Estaciones de trabajo / ordenadores. Reloj de pared con fecha. Plafón de avisos.
	24. Sala de observación	Cama eléctrica con accesorios. Sillones de tratamiento reclinables hasta la posición Trendelemburg. Material vario (sistema de rieles, ganchos techo, etc.). Mesa auxiliar. Mesa cigüeña para comer. Mesilla. Silla sin ruedas. Vacuómetro. Caudalímetro. Dispensadores de toallas de papel. Papelera con tapa basculante de 25 L. Dispensador de jabón. Camilla de transporte. Bomba perfusión. Teléfono. Estaciones de trabajo / ordenadores. Impresora láser. Biombos. Monitor multiparamétrico. Otoscopio-oftalmoscopio . Respirador de transporte. Balón de resucitación autoinflable. Electrocardiógrafo de alta resolución.

URGENCIAS GENERALES		
Zona	Local	Equipamiento
		Desfibrilador con palas de adulto y recién nacido. Carro medicación urgencia. Carro de parada. Carro de curas. Camilla móvil y articulada con sistemas de freno.
	25. Aseos de pacientes	Dispensador de jabón Dispensadores de papel. Dispensadores de toallas de papel. Escobillas. Espejos. Papelera con tapa basculante de 25L. Percha.
APOYOS GENERALES	26. Estar de personal.	Armarios altos y bajos. Cuadros. Encimera con lavabo, microondas y frigorífico. Mesa centro. Percha. Sillas. Sillones de descanso. Papelera con tapa basculante de 25 L. Dispensador de toallas de papel. Teléfono.
	27. Oficio de limpio para la preparación de farmacia.	Armario vitrina colgado de 80 x 90 x 35 cm. Carro de curas con cajones. Dispensador de jabón. Dispensador de toallas de papel. Frigorífico. Mueble clínico con doble piletta y espacio de almacenamiento inferior. Papelera con tapa basculante de 25L. Taburete fijo de 60 cm. Armario automático para la dispensación de medicamentos.
	28. Oficio de comidas.	Armario para vajilla. Frigorífico. Microondas. Mueble escurridor, doble lavabo y basura. Papelera con tapa basculante de 25 L. Dispensador de toallas de papel.
	29. Almacén de material fungible.	Sistema de almacenamiento de doble cajetín. Estanterías metálicas.
	30. Almacén de lencería.	Carros de lencería para ropa limpia. Estanterías metálicas.
	31. Almacén de equipos.	Estanterías metálicas.
	32. Almacén de traumatología.	Estanterías metálicas.
	33. Oficio de sucio y clasificación de residuos.	Mueble de doble piletta y basura. Papelera con tapa basculante de 25L. Dispensador de jabón. Dispensador de toallas de papel. Carro portacontenedores instrumental. Cubos para clasificación de residuos. Encimera. Estanterías metálicas. Vertedero (equipamiento fijo).
	34. Oficio de limpieza.	Estanterías metálicas. Mueble de doble piletta y basura.
ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	35. Despacho del responsable de la UUH	Sillón ergonómico con ruedas. Armario estantería cerrado. Cuadro. Estación de trabajo / ordenador. Impresora chorro de tinta. Mesa de despacho con ala y cajonera. Mesa de reuniones circular. Papelera. Percha. Sillas sin ruedas. Armario archivo.

URGENCIAS GENERALES		
Zona	Local	Equipamiento
		Pizarra mural. Teléfono.
	36. Despacho de supervisora.	Armario archivo. Armario estantería cerrado. Cuadro Estación de trabajo / ordenador Impresora chorro de tinta. Mesa de despacho con ala y cajonera. Mesa de reuniones circular. Papelera. Percha. Pizarra mural. Sillas sin ruedas. Sillón ergonómico con ruedas. Teléfono.
	37. Secretaría	Sillón ergonómico con ruedas. Armario estantería cerrado. Cuadro. Estación de trabajo / ordenador. Impresora láser. Mesas de despacho con cajonera. Teléfono. Papelera. Percha. Sillas sin ruedas. Armario archivo. Pizarra mural.
	38. Sala polivalente de trabajo médico.	Mesa de despacho con ala y cajonera. Armario archivo. Armario estantería cerrado. Cuadro. Puestos de trabajo / ordenadores. Impresora láser. Papelera. Percha. Pizarra mural. Silla s/r. Sillón ergonómico. Teléfono.
	39. Sala de reuniones.	Estanterías de madera. Pizarra mural. Percha. Papelera. Impresora láser. Estaciones de trabajo / ordenadores. Cuadros. Cañón de proyección. Armarios archivo. Mesa circular de reuniones. Sillas sin ruedas. Teléfono.
	40. Sala de estar del personal.	Armarios altos y bajos. Cuadros. Encimera con pileta, microondas y frigorífico. Mesa centro. Teléfono. Percha. Sillas. Sillones de descanso. Papelera con tapa basculante de 25L. Dispensador de toallas de papel.
	41. Dormitorio de médico de guardia	Cama. Mesilla. Mesa de estudio. Teléfono. Papelera. Silla con ruedas. Armario. Percha. WC, lavabo y ducha. Papelera con tapa basculante de 25 L.

URGENCIAS GENERALES		
Zona	Local	Equipamiento
		Espejo.
	42. Aseos y vestuarios de personal.	Espejo. Papelera con tapa basculante de 25L. Dispensador de toallas de papel. Percha. Dispensador de jabón. Dispensador de papel. Taquilla. Banco. Escobilla. Dotación de pijamas quirúrgicos. Dotación de calzado lavable.
EQUIPAMIENTO ESPECÍFICO PARA URGENCIAS PEDIÁTRICAS: En general: adaptación para uso pediátrico del equipamiento indicado para urgencias generales, cuando sea precisa. Mantas y lámparas calentadoras. Escalas de pesos. Equipo de irrigación ótico y eliminación de cerumen. Box de críticos: Monitor de CO2 tidal. Nebulizador. Peak flow. Calentadores de sangre y otros fluidos. Sala de observación: Cuna para lactantes. Sala de lactancia: Sillón de lactancia Extractor de leche electrónico Mesa de trabajo. Encimera con pileta y mueble accesorio. Dispensador de jabón. Dispensador de toallas de papel. Papelera con tapa basculante de 25l.		

Anexo 7. Indicadores de calidad para el servicio de urgencias⁽⁶⁹⁾

Por actividad

Actividad	Indicador	Nº
Clasificación / triaje	Existencia de una sistemática de clasificación o selección de pacientes (traje)	1
	Tiempo de espera para triaje	2
	Tiempo de duración del triaje	3
Adecuación diagnóstico-terapéutica	Constancia de la frecuencia respiratoria	4
	Peticiones de radiología	5
	Constancia del estado vacunal antitetánico	6
	Hemocultivos contaminados	7
	Correlación diagnóstica entre urgencias y alta hospitalaria	8
	Tasa de laparotomías urgentes blancas	9
	Tasa de retornos en 72 horas	10
	Retornos con ingreso	11
	Evaluación de la mortalidad	12
	Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias	13
Preventiva	Peticiones de analítica	14
	Profilaxis quirúrgica antibiótica	15
	Prevalencia de flebitis post-venopunción en urgencias	16
	Aplicación de medidas de prevención en pacientes con riesgo infecto-contagioso	17
	Caídas de pacientes	18
	Medidas de prevención de broncoaspiración	19
	Medidas de contención	20
	Seguimiento de las contenciones	21
	Registro de efectos adversos	22
	Evaluación de efectos adversos	23
Información	Tasa de efectos adversos	24
	Información a los pacientes	25
	Provisión de información escrita al alta	26
Reclamaciones / percepción	Existencia de protocolo de información a pacientes y familiares	27
	Tasa de reclamaciones	28
	Reclamaciones por desinformación	29
Traslados	Satisfacción de pacientes	30
	Adecuación al transporte intrahospitalario	31
Documentación	Transferencia del paciente trasladado por el equipo de emergencias extrahospitalarias	32
	Cumplimentación del informe de asistencia	33
	Epicrisis en los éxitos en urgencias	34

⁽⁶⁹⁾ Roqueta Egea F et al. SEMES. Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales. Grupo Saned. Madrid 2009.

	Codificación de diagnóstico	35
	Protocolos de riesgo vital	36
	Existencia de protocolos clínicos	37
	Existencia de protocolos de detección de situaciones de riesgo social	38
Organización	Tiempo de la primera asistencia facultativa	39
	Tiempo de respuesta de consultores	40
	Detección y actuación ante las diferentes situaciones de ocupación del SUH	41
Docencia / Investigación	Sesiones clínicas del servicio de urgencias	42
	Existencia de plan de formación	43
	Formación continuada	44
	Publicaciones científicas del servicio de urgencias	45
	Actividad de investigación	46
Clima profesional	Encuestas de satisfacción de los profesionales	47
	Punciones accidentales en profesionales de urgencias	48
	Absentismo por lesiones laborales	49
	Existencia de protocolo de actuación ante violencia contra profesionales del SUH	50

Por área de trabajo

Área de trabajo	Indicador	
Admisión	Enfermos no visitados	51
	Tiempo de demora de ingreso	52
	Adecuación del ingreso hospitalario	53
Áreas de atención	Personas atendidas fuera de box	54
	Permanencia superior a 24 horas en el servicio de urgencias	55
	Permanencia de las pacientes en el SUH	56
Quirófano	Tiempo de demora en intervenciones quirúrgicas urgentes	57
Reanimación	Revisión del material y aparataje de la sala de reanimación	58
	Revisión del material y aparataje del carro de paradas	59
Radiología	Adecuación salas de RX en urgencias	60
	Tiempo de respuesta de las exploraciones radiológicas	61
Laboratorio	Tiempo de respuesta de las analíticas	62
	Rechazo de analítica solicitada	63
Farmacia	Roturas de existencias de la farmacia de urgencias	64
	Correspondencia de mórficos	65
Área de observación	Estancia media en el área de observación de urgencias	66
	Adecuación del ingreso en la unidad de observación	67

Por grupo de patologías

Grupo de patologías	Indicador	
Cardiocirculatorio	Demora en la realización del electrocardiograma (ECG) en pacientes con síndrome coronario agudo	68
	Administración de AAS en pacientes con síndrome coronario agudo	69
	Tiempo puerta-aguja en pacientes afectados de SCACEST (demora en el inicio del tratamiento fibrinolítico)	70
	Tiempo puerta balón en pacientes afectados de SCACEST	71
	Demora diagnóstica en pacientes con aneurisma aórtico complicado	72
	Uso de digitálicos en pacientes con fibrilación auricular aguda	73
	Utilización de megadosis de adrenalina en paciente con paro cardíaco	74
Digestivo	Retraso en el tratamiento de los pacientes con cólico biliar	75
	Pruebas de coagulación en pacientes con dolor abdominal	76
	Realización de fibrogastroscoopia en pacientes que acuden por ingesta de cáusticos	77
	Valoración de la gravedad en pacientes con hemorragia digestiva alta	78
Endocrinometabólico	Seguridad en el tratamiento de pacientes con cetoacidosis diabética	79
	Monitorización cardíaca del paciente afecto de hiperpotasemia moderada-grave sintomática	80
	Determinación precoz de la glucemia capilar en pacientes con coma hipoglucémico	81
Genitourinario	Demora en la intervención de pacientes afectados de torsión testicular	82
	Valoración de la próstata en los pacientes con retención urinaria	83
	Retraso en el tratamiento de los pacientes con cólico nefrítico	84
Infeccioso	Demora en el inicio del tratamiento antibiótico	85
	Tratamiento antibiótico en pacientes con síndrome febril de origen viral	86
	Pacientes con gastroenteritis tratados con antibióticos	87
	Urocultivo en infecciones del tracto genitourinario en pacientes de sexo masculino	88
Neurológico	Tiempo puerta-TAC en pacientes con ictus	89
	Determinación de la tensión arterial en pacientes con cefalea	90
	Determinación precoz de la glicemia capilar en pacientes con alteración de la consciencia	91
Oftalmología y ORL	Retornos de pacientes afectados de emergencias oftálmicas	92
	Valoración hemodinámica en pacientes afectados de epistaxis	93
Respiratorio	Factores clínicos pronósticos en pacientes afectados de neumonía comunitaria	94

	Gravedad de las hemoptisis	95
	Valoración del <i>peak flow</i> en asmáticos	96
	Tiempo de demora en atender al paciente con disnea grave	97
	Tratamiento anticoagulante del paciente con sospecha de tromboembolismo pulmonar	98
	Tratamiento conservador en pacientes con neumotórax espontáneo	99
Salud mental	Valoración psiquiátrica de los pacientes con intento de autolisis	100
	Valoración neurológica en pacientes con enolismo agudo	101
	Número de fugas de enfermos psiquiátricos	102
Toxicológico	Disponibilidad del protocolo asistencial de tratamiento específico del tóxico responsable de la intoxicación	103
	Disponibilidad del antídoto necesario para tratar al paciente intoxicado	104
	Tiempo puerta-inicio descontaminación en paciente afecto de intoxicación por vía digestiva	105
	Tiempo puerta-asistencia del paciente afecto de intoxicación	106
	Administración de flumazenil ante el diagnóstico de intoxicación aguda por benzodiacepina con Glasgow > 12	107
Traumatología / musculoesquelético	Complicaciones de las heridas en las manos	108
	Valoración correcta del esguince de tobillo	109
	Radiología de control en fracturas de Colles y luxaciones de hombro	110
	Indicación de radiología en patología aguda de rodilla y tobillo	111
	Indicación de radiología en pacientes afectados de lumbalgia mecánica	112
	Valoración neurológica en pacientes con lumbalgia	113
	Cobertura antibiótica en pacientes con fracturas abiertas	114
	Riesgo de infección en fracturas abiertas: demora en el tratamiento quirúrgico	115
	Demora en procedimientos ortopédicos	116
	Registro de la escala de coma de Glasgow desglosada (GCS) en pacientes con traumatismo craneo-encefálico	117
	Demora en la realización de TAC craneal después de la primera valoración en pacientes con TCE	118
	Demora en el traslado de pacientes con hematoma epidural o subdural al centro neuroquirúrgico	119
	Demora en la craneotomía en pacientes con hematoma epidural o subdural	120
	Radiología cervical en pacientes con traumatismos cervicales	121
	Control y supervisión en pacientes politraumáticos	122
	Demora en el tratamiento de lesiones medulares	123
	Demora en la práctica de la ecografía abdominal o de la punción lavado peritoneal en traumatismos abdominales	124
	Demora en la intervención por trauma abdominal grave	125

Anexo 8. Indicadores de calidad para el servicio de urgencias pediátricas⁽⁷⁰⁾

Indicadores básicos

- Consentimiento informado.
- Control y supervisión de politraumatizados.
- Correlación entre el diagnóstico de urgencias y el alta.
- Cumplimentación correcta de la prescripción.
- Cumplimentación del informe de alta.
- Demora al ingreso.
- Demora de TAC en TCE.
- Demora en el inicio del tratamiento antibiótico.
- Demora en Intervención quirúrgica urgente.
- Demora en la Administración de tratamiento antibiótico urgente.
- Demora en la asistencia al paciente con dificultad respiratoria.
- Determinación de la Sat de Hb (pulsioximetría) en la dificultad respiratoria.
- Diagnóstico de ITU en pacientes no continentes.
- Encuesta de satisfacción del usuario.
- Epicrisis de fallecidos.
- Evacuación gástrica en intoxicaciones.
- Existencia de codificación diagnóstica.
- Existencia de protocolos clínicos.
- Existencia de triage.
- Frecuencia diaria y anual de consultas urgentes.
- Hospitalización de pacientes diagnosticados de convulsión febril.
- Pacientes con observación superior a 24 horas.
- Pacientes no atendidos.
- Peticiones de radiología.
- Porcentaje de seguimiento de protocolos.
- Protocolos de riesgo vital.
- Radiografías de cráneo en pediatría.
- Readmisión con hospitalización.
- Realización de sesiones clínicas en el Servicio de Urgencias.
- Reclamaciones.
- Revisión sistemática de la sala de estabilización.
- Tasa de hospitalización global.
- Tiempo de permanencia en Urgencias.
- Tiempo medio de primera asistencia de facultativo.
- Tiempos de respuesta de la analítica.
- Urocultivos en ITU.
- Uso de antibioticoterapia empírica en pacientes menores de 2 años con amigdalitis.
- Uso de Eco ó TAC en traumatismo abdominal grave.

⁽⁷⁰⁾ Fuente: Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.

- Utilización de anestesia tópica en procedimientos dolorosos.

Nuevos indicadores

- Codificación de motivos de consulta
- Constancia de vacunas recibidas en menores de 2 años
- Demora en el diagnóstico y tratamiento de la invaginación intestinal
- Determinación de constantes básicas
- Determinación de Sat O2 en pacientes con dificultad respiratoria
- ECG en dolor torácico
- Encuesta de satisfacción al usuario
- Frecuencia diaria y anual de consultas urgentes
- Frecuentación anual
- Frecuentación diaria
- Hospitalización de pacientes con laringitis
- Hospitalización de pacientes diagnosticados de convulsión febril
- Maltrato infantil
- Manejo ambulatorio de la meningitis linfocitaria
- Número de consultas urgentes
- Pacientes remitidos por su pediatra o centro de asistencia Primaria
- Porcentaje de seguimiento de la prescripción
- Proporción de ingresos
- Tasa de pacientes que precisan hospitalización
- Tiempo de demora en la radiología
- Tiempo medio de permanencia en Urgencias
- Tiempo medio de primera asistencia facultativa
- Tratamiento de asma con inhaladores
- Tratamiento de heridas en Urgencias
- Urocultivos contaminados
- Uso de antibioticoterapia empírica en pacientes < 2 a. con amigdalitis
- Uso de la RO en pacientes deshidratados con GEA
- Utilización de anestesia tópica en procedimientos dolorosos
- Utilización de la TAC en TCE
- Utilización de sedo analgesia en procedimientos mayores
- Valoración de la severidad de crisis asmática

Se propone la adaptación pediátrica para los siguientes indicadores

- Demora en el diagnóstico e intervención de torsión testicular
- Demora en la práctica de ECO o TAC en paciente con trauma abdominal
- Determinación de FR y saturación de O2 en niños con dificultad respiratoria
- Factores clínicos pronósticos de la neumonía extrahospitalaria
- Frecuencia diaria y anual de consultas urgentes
- GEA tratadas con antibióticos
- Hemocultivos contaminados

- Peticiones de radiología
- Protocolos de riesgo vital
- Readmisión a las 72 horas
- Readmisión con hospitalización
- Tratamiento antibiótico en el síndrome febril de origen viral
- Urocultivos en ITU

Anexo 9. Indicadores de funcionamiento del traslado desde otro centro⁽⁷¹⁾

Área		Descripción
IAM		
1	Ácido Acetil Salicílico (AAS) al ingreso en la UUH	% de pacientes (> 18 años) con IAM o dolor torácico de probable origen cardíaco sin contraindicaciones para el AAS que recibieron aspirina 24 horas antes de al ingreso o antes de ser trasladados
2	Tiempo para la fibrinólisis	Tiempo medio (en minutos) desde la llegada de los pacientes (>18 años) a UUH hasta la instauración de la fibrinólisis en pacientes con elevación del ST o bloqueo de la rama izquierda
3	Instauración de terapia fibrinolítica < 30' de la llegada a UUH	% de pacientes (> 18 años) con elevación del ST o bloqueo de rama izquierda en los que se inicia la fibrinólisis ≤ 30' del ingreso
4	Tiempo para ECG	Tiempo medio (en minutos) desde la llegada de los pacientes a UUH con dolor torácico o IAM y ECG previo al traslado
5	Tiempo para traslado a otro centro con revascularización urgente	Tiempo medio (en minutos) desde la llegada de los pacientes a UUH y traslado a un hospital con revascularización (angioplastia primaria o by-pass aortocoronario)
Documentación		
6	Comunicación administrativa	% de pacientes transferidos a otro hospital en los que conste que la documentación administrativa ha sido remitida dentro de los 60' desde la salida
7	Información del paciente	% de pacientes transferidos a otro hospital en los que conste que la documentación clínica ha sido remitida dentro de los 60' desde la salida
8	Signos vitales	% de pacientes transferidos a otro hospital en los que conste que la información sobre signos vitales ha sido remitida dentro de los 60' desde la salida
9	Información sobre medicación	% de pacientes transferidos a otro hospital en los que conste que la información sobre medicación ha sido remitida dentro de los 60' desde la salida
10	Información sobre el médico responsable	% de pacientes transferidos a otro hospital en los que conste que la información sobre el médico responsable ha sido remitida dentro de los 60' desde la salida
11	Información sobre el enfermera responsable	% de pacientes transferidos a otro hospital en los que conste que la información sobre la enfermera responsable ha sido remitida dentro de los 60' desde la salida
12	Información sobre pruebas complementarias	% de pacientes transferidos a otro hospital en los que conste que la información sobre pruebas complementarias ha sido remitida dentro de los 60' desde la salida

⁽⁷¹⁾ Fuente: National Voluntary Consensus Standards for Emergency Care – Phase I: Emergency Department Transfer Performance Measures. NQF Consensus Process, Version 1.8–May 9, 2007. www.qualityforum.org.

Anexo 10. Estándares clínicos para el sistema de urgencias⁽⁷²⁾

1. Infarto de miocardio

- Tiempo llamada – aguja $\leq$ 60 minutos.
- Tiempo llamada – puerta* $\leq$ 30 minutos.
- Puerta – ECG $\leq$ 10 minutos (90%).
- Puerta – aguja $\leq$ 30 minutos (75%).
- Llamada – aguja $\leq$ 60 minutos (75%).
- Aspirina suministrada al 90% (si no está contraindicada).

2. Traumatismo grave

- Un médico con experiencia apropiada debe estar disponible dentro de los 10 minutos de llegada para el tratamiento de los casos de trauma grave.
- Se debe realizar una auditoría multidisciplinaria al menos cada cuatro meses.
- Todos los hospitales que reciben pacientes con traumatismos graves deben tener una hoja de documentación específica para el tratamiento de los pacientes con lesiones graves.

3. Soporte vital avanzado⁽⁷³⁾

- Un médico con experiencia apropiada debe estar disponible dentro de los 10 minutos de llegada para el tratamiento de la RCP.
- Se debe realizar una auditoría multidisciplinaria al menos cada cuatro meses.
- Todas las UUH deben tener una hoja de documentación específica para el tratamiento de los pacientes con paro cardíaco.

* Puerta: entrada a la UUH.

⁽⁷²⁾ Adaptado de: Clinical Effectiveness Committee. Clinical Standards for Emergency Departments. The College of Emergency Medicine. Review January 2009. www.collemergencymed.ac.uk. En el anexo se recogen algunos aspectos, el CEM propone estándares también para el tratamiento del dolor, fractura de cuello de fémur, luxación de hombro, asma en adultos y niños, sobredosis de paracetamol, fiebre en niños, radiología, retención de orina, neumotorax y traumatismo craneal en adultos.

⁽⁷³⁾ Este criterio está bajo revisión.

Anexo 11. Índice alfabético de definiciones y términos de referencia.

Acreditación

“Acción de facultar a un sistema o red de información para que procese datos sensibles, y determinación del grado en el que el diseño y la materialización de dicho sistema cumple los requerimientos de seguridad técnica preestablecidos”. Procedimiento al que se somete voluntariamente una organización en el cual un organismo independiente da conformidad de que se cumplen las exigencias de un modelo determinado.

Alta

Resolución clínica y administrativa que, decidida por el médico responsable del paciente o por éste mismo (alta voluntaria), pone fin (provisional o definitivamente) a la asistencia sanitaria relacionada con un motivo de consulta en la UUH.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Ambulancia asistencial

Vehículo destinado al traslado de enfermos que permite la asistencia técnico-sanitaria en ruta, sea ésta mediante soporte vital básico o avanzado. Debe cumplir los requisitos exigidos por la legislación vigente en sus aspectos técnicos, de equipamiento y de dotación de personal.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Ambulancia medicalizada (ambulancia de soporte vital avanzado, UVI MÓVIL y UCI móvil)

Ambulancia asistencial especialmente equipada para una atención médico-sanitaria cualificada que permita un soporte vital avanzado, en ruta o in situ, y que debe contar en su dotación al menos con un médico y un profesional de enfermería con formación acreditada en medicina de urgencias y emergencias.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Ambulancia no asistencial

Vehículos destinados al traslado de enfermos en camilla, pero que no precisan acondicionamiento para la asistencia sanitaria en ruta. Deben cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Auditoría de la calidad: Auditoría

“Proceso que recurre al examen de libros, cuentas y registros de una empresa para precisar si es correcto el estado financiero de la misma, y si los comprobantes están debidamente presentados”. Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.

Autorización / Habilitación

Autorización sanitaria: resolución administrativa que, según los requerimientos que se establezcan, faculta a un centro, servicio o establecimiento sanitario para su instalación, su funcionamiento, la modificación de sus actividades sanitarias o, en su caso, su cierre.

Fuente: Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Cartera de servicios

Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de un centro, servicio o establecimiento sanitario.

Fuente: Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios

comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

Centro coordinador de urgencias médicas

Lugar o espacio físico en el que se reciben, clasifican y procesan las demandas sanitarias urgentes de los ciudadanos, asignando a cada una de ellas la respuesta más adecuada en función de los recursos disponibles, del contexto y de las necesidades expresadas o detectadas.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Centro sanitario

Conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas.

Fuente: Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Código ético

Conjunto de reglas o preceptos morales que el centro sanitario aplica en la conducta profesional relacionada con la atención sanitaria de los enfermos que atiende.

Consentimiento informado

Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Cuidados críticos

Es un sistema integral que atiende las necesidades de aquellos pacientes que están en riesgo de enfermedad crítica, durante el transcurso de la enfermedad, así como aquellos que se han recuperado. Su provisión depende de la disponibilidad de un continuo de experiencias y facilidades, dentro de y entre hospitales, con independencia del lugar o especialidad.

Comprehensive Critical Care. A Review of Adult Critical Care Services. Department of Health. May, 2000.

Documentación clínica

Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Efecto adverso: Se define para este estudio como todo accidente o incidente recogido en la Historia Clínica del paciente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela en el momento del alta, la muerte o cualquier combinación de estos. El incidente, no causa lesión ni daño, pero puede facilitarlos.

Para reunir esta condición, tendrá que darse una lesión o complicación, prolongación de la estancia, tratamiento subsecuente, invalidez al alta o exitus, consecuencia de la asistencia sanitaria y desde moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa a total evidencia.

Fuente: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Emergencia (también urgencia vital):

Aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Urgencia sanitaria que pone en peligro -real o potencial- la vida o funciones biológicas importantes de una persona y que requiere asistencia inmediata, cualificada "in situ". Tipos especiales de emergencias son los *accidentes con múltiples víctimas* (AMV) o *emergencia colectiva* (aquellos en los que, existiendo varios

pacientes, la capacidad asistencial del sistema no ha sido superada), y la *catástrofe*, que es aquella situación en la que los recursos disponibles no son suficientes para hacer frente a las necesidades asistenciales.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Equipo de respuesta rápida (o equipo de emergencia médica)

Equipo de profesionales que suministran asesoramiento en planta sobre la atención a pacientes con deterioro clínico.

Estancia media en UUH:

Intervalo de tiempo en minutos entre la hora de llegada y el tiempo de alta de la UUH (a domicilio, ingreso en el hospital, traslado a otro centro).

Academic Emergency Medicine.

Historia clínica

Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Incluye la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales (Art. 3 y 14 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Hora de llegada

Tiempo que el paciente solicitante de asistencia es reconocido y registrado por el sistema de la UUH.

Academic Emergency Medicine.

Hospitalización convencional

Ingreso de un paciente con patología aguda o crónica reagudizada en una unidad de enfermería organizada y dotada para prestar asistencia y cuidados intermedios y no críticos las 24 horas del día a pacientes, y en la que el paciente permanece por más de 24 horas.

Informe de alta

Documento emitido por el médico responsable de un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente o con ocasión de su traslado a otro centro sanitario, en el que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Otros términos similares utilizados: Informe Clínico de Alta; Informe de Alta Médica (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984).

Ingreso

Resolución clínica y administrativa que, decidida por el médico responsable del paciente con su consentimiento, supone la hospitalización del mismo y la transferencia de la responsabilidad de los cuidados a una unidad o servicio hospitalario para continuar la asistencia bajo supervisión permanente.

Fuente: Grupo de trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Llamada nula (no pertinente)

Aquella llamada que se reciben en un centro coordinador cuando no tengan relación alguna con las actividades realizadas en el mismo.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Llamada informativa

aquella en la que se solicita información sobre algún aspecto del sistema sanitario.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Llamada de demanda

Aquella en la que un ciudadano expresa un problema de salud vivido como una urgencia y solicita ayuda

sanitaria.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Media diaria del PMCT

Número medio de pacientes que se atienden diariamente en el mes de máxima demanda asistencial. Se calcula mediante la fórmula: Pico Mensual de Carga de Trabajo/30,5.

Observación

Situación clínica y administrativa transitoria y breve, que no debe ser superior a 24 horas, en la cual el paciente permanece en el servicio de urgencias y bajo su dependencia y responsabilidad para continuar el proceso diagnóstico, la administración de un tratamiento, comprobar la evolución clínica o facilitar una resolución con adecuadas garantías de calidad y seguridad.

Fuente: Adaptado de Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Otras llamadas

Cualquier otra llamada realizada al centro coordinador para actividades propias del mismo, pero que no sean clasificables como informativa o de demanda, tales como la coordinación de transporte, coordinación de trasplantes, actividad programada y cualquier otra no relacionada directamente con la atención a las urgencias.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Paciente ingresado

Paciente que genera ingreso (pernocta) en una cama de hospital.

Pico diario de carga de trabajo (PDCT)

Determinado de acuerdo con una distribución de Poisson, con un intervalo de confianza del 99%, y se calcula mediante la fórmula siguiente: PDCT: $MD + 2,33 \times \sqrt{MDPMCT}$.

Pico de carga de trabajo por turno (PCTT)

Número máximo de pacientes en un turno de 8 horas. Coincide de forma muy aproximada con el 50% del PDCT.

Pico horario de carga de trabajo por turno en la hora de máxima actividad

Número máximo de pacientes en una hora. Se calcula dividiendo el PCTT entre 5.

Pico diario de carga de trabajo en consulta ambulatoria alta resolución

Se estima que el 40% de la demanda de un UUH puede ser atendido en un dispositivo de ambulantes de alta resolución con un mínimo de pruebas.

Pico de carga de trabajo por turno en consulta de alta resolución

Número máximo de pacientes en un turno de 8 horas en consulta de alta resolución. Coincide de forma muy aproximada con el 50% del PDCT

Pico mensual de carga de trabajo (PMCT)

Número máximo de pacientes atendidos en un mes. Si no existen datos históricos se calcula estimando que aproximadamente representa el 10% de la demanda anual de la UUH.

Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios

Conjunto de anotaciones de todas las autorizaciones de funcionamiento, modificación y, en su caso, instalación y cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios concedidas por las respectivas Administraciones sanitarias.

Fuente: Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Registro de pacientes

Conjunto de datos seleccionados sobre los pacientes y su relación con el centro sanitario, con motivo de

un proceso sanitario asistencial.

Regulación

En el seno de un sistema de urgencias, proceso de atención, generalmente realizado por médicos en el centro coordinador, consistente en recibir, procesar y clasificar las demandas asistenciales de los ciudadanos, asignando a cada una la respuesta más adecuada en el nivel asistencial óptimo, teniendo en cuenta las necesidades del paciente, los recursos disponibles y el contexto sanitario, social, geográfico y epidemiológico de un modo homogéneo, flexible, coordinado, rápido y eficiente.

Fuente: Adaptado de Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Reiteración (reingreso)

Consulta en el servicio de urgencias que realiza un paciente ya atendido en el mismo en las 48/72 horas anteriores por idéntico o similar motivo, haya habido o no modificación del estado clínico del mismo.

Fuente: Adaptado de Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Requisitos para la autorización

Requerimientos, expresados en términos cualitativos o cuantitativos, que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios para ser autorizados por la administración sanitaria, dirigidos a garantizar que cuentan con los medios técnicos, instalaciones y profesionales adecuados para llevar a cabo sus actividades sanitarias.

Fuente: Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Saturación

Situación que se produce en la UUH cuando la demanda, por razones puntuales o estacionales, supera la capacidad de asistencia en tiempo y forma normal, generando retrasos notables en la atención médica y acúmulo de pacientes en el servicio y mermando la capacidad resolutoria del mismo.

Fuente: Adaptado de Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Servicio ampliado de cuidados críticos (critical care outreach)

El servicio ampliado de cuidados críticos es una aproximación multidisciplinar para la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar una enfermedad crítica y aquellos pacientes recuperándose de un período de enfermedad crítica, para facilitar una intervención temprana o trasladar (si indicado) a un área adecuada para atender las necesidades de estos pacientes. La ampliación del servicio debe realizarse en colaboración entre el servicio de cuidados críticos y otros servicios para asegurar la continuidad de la asistencia con independencia de la unidad de atención, y debe mejorar las habilidades y el conocimiento de todo el personal en la prestación de cuidados críticos.

Fuente: Guidelines for the introduction of Outreach Services. Intensive Care Society. 2003.

Sistema de información

Conjunto de procesos, sean o no automáticos, que, ordenadamente relacionados entre sí, tienen por objeto la administración y el soporte de las diferentes actividades que se desarrollan en los centros, servicios, y establecimientos sanitarios, así como el tratamiento y explotación de los datos que dichos procesos generen.

Tiempo Médico - Alta:

El intervalo de tiempo en minutos entre el primer contacto con el médico y el alta.

Academic Emergency Medicine.

Tiempo Puerta – Médico o Tiempo de la primera asistencia facultativa:

El intervalo de tiempo en minutos entre la hora de llegada a la UUH y contacto de un médico con el paciente.

Academic Emergency Medicine.

Transferencia / traslado

Proceso mediante el cual se traspasa la responsabilidad asistencial y la información relevante relativa a un paciente entre los profesionales que han prestado la asistencia sanitaria actual al paciente y los que han de continuarla en el centro o servicio receptor.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Transporte primario (asistencial inicial, asistencial in situ, etc.)

Servicio asistencial consistente en la prestación de atención clínica a un paciente en situación de urgencia en el medio extrahospitalario (sea en domicilio, vía pública o centro sanitario primario) que requiere un traslado a un centro hospitalario manteniendo durante el mismo la asistencia y cuidados sanitarios por parte de personal cualificado, con los medios materiales adecuados para el soporte vital.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Transporte secundario (traslado secundario, traslado interhospitalario)

Servicio asistencial consistente en trasladar y transferir a un paciente de un centro hospitalario a otro, sea en ambulancia asistencial o en ambulancia medicalizada, por estar contemplado así en los protocolos de atención urgente a un determinado proceso o a la inadecuación entre los recursos del centro emisor y las necesidades del paciente.

Fuente: Adaptado de Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Triage / triage (también clasificación)

Proceso por el cual se discriminan y clasifican los pacientes en el momento del acceso o primer contacto con el personal sanitario en la UUH, estableciendo prioridades en su asistencia en función de la situación clínica y funcional del paciente y de la disponibilidad de recursos asistenciales.

Fuente: Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren: a) soporte respiratorio avanzado; o b) que precisan soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos órganos o sistemas; así como c) todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.

Definición propuesta en el documento de Estándares y Recomendaciones para las UCI.

Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos (UEH)

Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes con procesos agudos o crónicos agudizados que, estando hospitalizados por procesos médicos o quirúrgicos agudos, no precisan o solamente requieren un nivel 1 de cuidados críticos, pero no superior.

Unidad de urgencias hospitalarias

Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma

que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias.

Definición propuesta en el documento de Estándares y Recomendaciones para las UUH.

Urgencia (también urgencia subjetiva)

La aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que los sufre o de su familia.

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata.

Fuente: *American Medical Association (A.M.A.)*.

Anexo 12. Abreviaturas y acrónimos

AEP	Protocolo de Evaluación del Uso Inapropiado,
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Estados Unidos).
BAEM	British Association for Emergency Medicine.
CEM	College of Emergency Medicine (Reino Unido).
CC.AA	Comunidades Autónomas.
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria.
CMBD	Conjunto Mínimo y Básico de Datos.
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico.
HdD	Hospitalización de Día.
IEMA	Índice de Estancia Media Ajustado a complejidad.
INE	Instituto nacional de Estadística.
IoM.	Institute of Medicine (Estados Unidos de América).
EA	Efecto Adverso.
ICNP	International Classification for Nursing Practice.
IHI	Institute for Healthcare Improvement (Estados Unidos de América).
LOPD	Ley Orgánica Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
MSPS	Ministerio de Sanidad y Política Social.
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association.
NCEPOD	National Confidential Enquiry into Patient Outcomes and Deaths.
NIC	Nursing Intervention Classification.
NIPE	Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería.
NOC	Nursing Outcomes Classification.
NPSG	National Patient Safety Goals (Joint Commission, Estados Unidos de América).
NPSA	National Patient Safety Agency (Reino Unido).
NQF	National Quality Forum (Estados Unidos de América).
NHS	National Health Service (Reino Unido).
RCP	Resucitación cardiopulmonar.
SEEUE	Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
SET	Sistema Español de Triage.
SEUP	Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms.
SNS	Sistema Nacional de Salud.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos (también se utilizan los acrónimos de UVI –unidad de vigilancia intensiva- y UMVI -unidad médica de vigilancia intensiva-).
UE	Unión Europea.
UEH	Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos.
UUH	Unidad de urgencias hospitalarias.

Anexo 13. Bibliografía

- 1 Comprehensive Critical Care. A Review of Adult Critical Care Services. Department of Health. May, 2000.
- 2 Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2002.
- 3 Postoperative management in adults. SIGN. August 2004.
- 4 Acute medicine. Making it work for patients. A blueprint for organisation and training. Report of a Working Party. Royal College of Physicians. 2004
- 5 Department of Health. Critical Care Information Advisory Group. Levels of Care: (summarised from: Levels of Critical Care for Adult Patients, Intensive Care Society, 2002). January 2006
- 6 Management of patients with stroke or TIA: Assessment, investigation, immediate management and secondary prevention. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). December, 2008. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/108/index.html>, consultado el 26.12.2008.
- 7 Estrategia de Atención al Ictus en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
- 8 Findlay G, Smith N, Martin IC, Weyman D, Carter S, Mason M (Comp.). Trauma: Who cares?. A report of the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. 2007.
- 9 Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS. MSPS. 2006.
- 10 AC-SNS del SNS. "Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud". Marzo, 2006. <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
- 11 Unidad de cirugía mayor ambulatoria. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS, 2008.
- 12 Cirugía mayor ambulatoria. Guía de organización y funcionamiento. Madrid, MSPS, 1993.
- 13 Unidad de hospitalización de día. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS, 2008.
- 14 Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS, 2009.
- 15 Atención hospitalaria al parto. Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS, 2009.
- 16 Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS. 2009.
- 17 Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Indicadores hospitalarios. Año 2007. Instituto de Información Sanitaria. AC-SNS. MSPS.
(<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/home.htm>)
- 18 Altas atendidas en los Hospitales Generales del SNS Año 2006 (Informe Resumen). Instituto de Información Sanitaria. MSPS. 5 de febrero 2008.
- 19 Emergency Admissions: A journey in the right direction?. A report of the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. 2007.
- 20 Healthcare Commission. Not just a matter of time. A review of urgent and emergency care services in England. February, 2008.
- 21 McCaig LF, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 Emergency Department Summary. Advance Data from Vital and Health Statistics 2004;340:1-35. Accesible en: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/ahcd/adata.htm>. Consultado el 26.12.08.
- 22 McCaig LF, Nawar EW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 Emergency Department Summary. Advance Data from Vital and Health Statistics 2006;372:1-30. Accesible en: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/ahcd/adata.htm>. Consultado el 26.12.08.
- 23 Wilson M, Siegel B, Williams M. Perfecting Patient Flow. America's Safety Net Hospitals and Emergency Department Crowding. National Association of Public Hospitals and Health Systems Washington, DC. 2005.

-
- 24 Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Ann Emerg Med*. 2008; 52: 126-136.
- 25 Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 2003; 20: 402-405.
- 26 Graff L. Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. *Am J Emerg Med* 1999;17:208-9.
- 27 Miro O, Antonio MT, Jimenez S, et al. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med* 1999;6:105-107.
- 28 Rowe BH, Channan P, Bullard M, et al. Characteristics of patients who leave emergency departments without being seen. *Acad Emerg Med* 2006;13:848-852.
- 29 Bernstein SL, Asplin BR. Emergency Department Crowding: Old Problem, New Solutions. *Emerg Med Clin N Am* 2006; 24: 821-37.
- 30 Hwang U, Concato J. Care in the emergency department: how crowded is overcrowded?. *Acad Emerg Med* 2004; 11: 1097-1101.
- 31 Acreditación de centros de Atención Hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 1. Estándares esenciales. Generalitat de Catalunya Departament de Salut.
- 32 Acreditación de centros de Atención Hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 2. Estándares esenciales. Generalitat de Catalunya Departament de Salut.
- 33 Grupo de Trabajo. Estructura de un Servicio de Urgencias Hospitalarias. Servicio de Emergencias. Dirección General de Desarrollo Sanitario. Gerencia Regional de Salud. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Noviembre, 2004.
- 34 Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Consejería de Salud de Cataluña. Octubre, 2006.
- 35 Grupo de Trabajo sobre urgencias. Plan de reordenación de las urgencias en la Comunidad de Madrid. Dirección Provincial Insalud. Madrid. 1996.
- 36 Peiró S, Sempere T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. *Economía y Salud*. 1999;33:1-15.
- 37 College of Emergency Medicine & British Association for Emergency Medicine. Seven Myths about A&E services. A document for NHS (England) Regional Review teams. Accesible en www.collemergencymed.ac.uk/asp/document.asp?ID=3920. Consultado el 28.12.08.
- 38 Guerra J, Aguilera M. Atención a Urgencias-Emergencias, en: Aguilera M, Alfaro M, Crespo B, Custodi J, Guerra J, Ichaso MS, Pérez JA, Ruiz AM (Coord.). Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. INSALUD, 2002.
- 39 Indicadores Clave del SNS. Nivel Nacional. Datos disponibles diciembre 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Accesible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm. Consultado el 28.12.08.
- 40 Aranaz JM, Martínez R, Gea MT, Rodrigo V, García PA, Gómez F. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia?. *Gac Sanit*. 2006;20(4):311-5.
- 41 Pasarín MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, y cols. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit*. 2006;20:91-100.

-
- 42 Conesa A, Vilardell L, Muñoz R, Casanellas JM, Torre P, Gelabert G, Trilla A, Asenjo MA. Análisis y clasificación de las urgencias hospitalarias mediante los Ambulatory Patient Groups. *Gac Sanit* 2003;17(6):447-52.
- 43 Chanovas M, Campodarve I, Tomás S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente?. *Monografías Emergencias* 2007;3:7-13
- 44 Vázquez G, Benito S, Cáceres E, Net A, y cols. Una nueva concepción de urgencias: el Complejo de Urgencias, Emergencias y Críticos del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:45-54.
- 45 SEMES. EASP. Servicios de Urgencias y Emergencias de la Comunidad Autónoma de Andalucía. EASP. 2001.
- 46 Bernard B., Consejo C., Lopetegui P., Menéndez J.M., Pérez A., Téllez G., Tomás S. Grupo de Trabajo SEMES. Calidad en los servicios de urgencias y emergencias. SEMES, 1998.
- 47 Aljama M, López-Andújar L. Fernández -Valderrama J, Jimenez L, Tejedor M, Torres Roldán R. Manual de estándares de acreditación para Servicios de Urgencias de Hospitales. SEMES. Edicomplet. Madrid 2004.
- 48 López-Andújar Aguiriano L, Tejedor Fernandez M, Fernández Valderrama Benavides J, Benito Fernández J, Murillo Jimenez L, Torres Roldán R. Estándares de acreditación para servicios de urgencias de hospitales. SEMES. Grupo Saned. Madrid 2008.
- 49 Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Recomendaciones sobre el Transporte Sanitario. 2001.
- 50 Gómez J, Torres M, López J, Jiménez L. Sistema Español de Triage (SET), SEMES, Edicomplet 2004.
- 51 Roqueta Egea F et al. SEMES. Manual de indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales. Grupo Saned. Madrid 2009.
- 52 Fernández J., Hernández J.E., Herrero J., López M., Romero-Nieva J., Rovira E, Valenzuela A.J. Estándares para la práctica de enfermería de urgencias y emergencias.
(<http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/fundamentos/estandares.pdf>)
- 53 Recepción acogida y clasificación asistencial de los pacientes en urgencias. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recomendación científica 99/01/01, de 15 de junio de 1999, revisado y adaptada el 15 de noviembre de 2004.
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION1.pdf>
- 54 Tejedor JM, Zancajo JL, Moro J. Los servicios de urgencias hospitalarios en el proceso de acreditación docente. *Emergencias* 2004;16:258-264.
- 55 Ruger JP, Richter CJ, Spitznagel EL, Lewis LM. Analysis of Costs, Length of Stay, and Utilization of Emergency Department Services by Frequent Users: Implications for Health Policy. *Academic Emergency Medicine* 2004; 11:1311–1317.
- 56 Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, y cols. Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Academic Emergency Medicine* 2004; 11:38–50
- 57 2009. Hospital Accreditation Standards. The Joint Commission.
- 58 Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). No.05-0046-2. May 2005.
- 59 American College of Emergency Physicians. Emergency Department Director Responsibilities. Information Paper. Developed by members of the Subcommittee on Emergency Department Director

Responsibilities Emergency Medicine Practice Committee April 1998. Accesible en: www.acep.org. Consultado el 31.12.08.

60 American College of Emergency Physicians. A Uniform Triage Scale in Emergency Medicine. Information Paper. Developed by the Subcommittee on National Triage Scale Emergency Medicine Practice Committee, June 1999. Accesible en: www.acep.org. Consultado el 31.12.08.

61 Wiler J, Fite D (Chairs). Emergency Medicine Practice Committee of the American College of Emergency Physicians. Optimizing Emergency Department Front End Operations. January 2008. Accesible en: www.acep.org. Consultado el 31.12.08.

62 Vicellio P (Chair.).ACEP Task Force report on Boarding. Emergency Department Crowding: High – Impact Solutions. April 2008.

63 Emergency Nurses Association (ENA). Crowding in the Emergency Department. Accesible en: www.ena.org. 2005.

64 Emergency Nurses Association (ENA). Customer Service and Satisfaction in the Emergency Department. Accesible en: www.ena.org. 2003.

65 Emergency Nurses Association (ENA). Family Presence at the Bedside During Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation. Accesible en: www.ena.org. 2005.

66 Emergency Nurses Association (ENA). Holding Patients in the Emergency Department. Accesible en: www.ena.org. 2002.

67 Emergency Nurses Association (ENA). Observation Units. Accesible en: www.ena.org. 2002.

68 Emergency Nurses Association (ENA). Patient Safety in the Emergency Department. Accesible en: www.ena.org. 2005.

69 Emergency Nurses Association (ENA). Staffing and Productivity in the Emergency Care Setting. Accesible en: www.ena.org. 2003.

70 Accident and Emergency Department in an Acute General Hospital. Health Building Note / Scottish Hospital Planning Note 22. NHS Estates. HMSO. 1995.

71 Reforming Emergency Care. DH. October, 2001.

72 Transforming Emergency Care in England. A report by Professor Sir George Alberti. Department of Health. October, 2004.

73 Emergency access. Clinical case for change: Report by Sir George Alberti, the National Director for Emergency Access. Department of Health. 2006.

74 Alberti G (National Clinical Director for Emergency Access), Heyworth J (BAEM), Holt L (RCN Emergency Care Association), McGowan A (FAEM). Clinical exceptions to the 4 hour Emergency Care Target. Department of Health, 2003.

75 Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.

76 Safer care for the acutely ill patient: learning from serious incidents. National Patient Safety Agency. 2005.

77 Academy of Medical Royal Colleges. Acute health care services. Report of a Working Party. September 2007.

78 Acute medical care. The right person, in the right setting – first time. Report of the Acute Medicine Task Force. Royal College of Physicians. October 2007.

79 British Association for Emergency Medicine. The College of Emergency Medicine. Way Ahead 2005.

80 British Association for Emergency Medicine. The College of Emergency Medicine. The Reorganisation of Emergency Services (England). July 2007.

-
- 81 British Association for Emergency Medicine. The College of Emergency Medicine. Securing Local Services. 2006.
- 82 College of Emergency Medicine. British Association for Emergency Medicine. Emergency Care 2015- Building on the Evidence. January 2008.
- 83 Farrington-Douglas J, Brooks R. The Future Hospital. The progressive case for change. Institute for Public Policy Research. January 2007.
- 84 Senate of Surgery of Great Britain and Ireland. Reconfiguration of surgical, accident and emergency and trauma services in the UK. Glasgow, 2004.
- 85 NHS. Institute for Innovation and Improvement Delivering quality and value. Focus on: Fractured neck of femur. Primary hip and knee replacement. Acute stroke. Caesarean section. Short stay emergency care. Department of Health. 2005.
- 86 National Audit Office. Improving Emergency Care in England. Report by the Comptroller and Auditor General. HC 1075 Session 2003-2004: 13 October 2004. LONDON: The Stationery Office. 2004.
- 87 National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare—2009 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; 2009.
- 88 The National Council for Palliative Care. Advance Decisions to Refuse Treatment. A Guide for Health and Social Care Professionals. Department of Health. September, 2008.
- 89 Tulsy J. A. . Beyond advanced directives. JAMA 2005;294:359-.365.
- 90 Lorenz K.A. , Rosenfeld K. and Wenger N.. Quality indicators for palliative and end-of-life care in vulnerable elders. JAGS 2007;55:S318-S326.
- 91 Shojania KG, Wald H, Gross R. Understanding medical error and improving patient safety in the inpatient setting. Med Clin N Am 2002; 86: 847-67.
- 92 World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. Disponible en: www.who.int/patientsafety
- 93 European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient safety- Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety. 5 April 2005.
- 94 Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 24 May 2006. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>
- 95 Terol E., Agra Y., Fernández M.M., Casal J., Sierra E., Bandrés B., García M.J., del Peso P. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. Medicina Clínica, 2008; 131; N° Extra 3:4-11
- 96 Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- 97 National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. London: National Patient Safety Agency. February 2004.
- 98 NQF. Safe Practices for Better Healthcare—2006 Update: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum; 2006. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: http://www.qualityforum.org/publications/reports/safe_practices_2006.asp.
- 99 Kizer KW. Large system change and a culture of safety. En: Proceedings of Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care, Rancho Mirage, CA, 1998. Chicago: National Patient Safety Foundation; 1999.p.31-3.

-
- 100** Institute for Healthcare Improvement. Safety Briefings. 2004. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: <http://www.wsha.org/files/82/SafetyBriefings.pdf>
- 101** Morís de la Tassa J., Fernández de la Mota E., Aibar C., Casyan S., Ferrer J.M. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. Med. Clin. (Barc.) 2008; 131, Número Extraordinario 3: 72-78.
- 102** Bodenheimer T. Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System. N Engl J Med 2008;358;10 (www.nejm.org march 6, 2008). Downloaded from www.nejm.org at BIBLIOTECA VIRTUAL SSPA on January 27, 2009 .
- 103** Halasyamani L, Kripalani S, Coleman EA, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, Torcson P, Bookwalter T, Budnitz T, Manning D. Transition of care for hospitalized elderly - the development of a Discharge Checklist for Hospitalists. Journal of Hospital Medicine. 2006;(1):354-360.
- 104** WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Volumen1, Solución 3. Mayo 2007. Disponible en: World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: <http://www.icpatientsafety.org/14685/>
- 105** Joint Commission 2009 National Patient Safety Goals Hospital Program. <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>
- 106** Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Mar 2006;32(3):167-175.
- 107** The Care Transitions Program. Checklist for patients. <http://www.caretransitions.org/documents/checklist.pdf>
- 108** Pi-Sunyer T., Navarro M., Freixas N., Barcenilla F. Higiene de las manos: evidencia científica y sentido común. Med Clin Monogr (Barc).2008;131(Supl 3):56-9.
- 109** Pittet D., Hugonnet S., Harbath S., Mourouga P., sauvan V., Touveneau S., Perneger T.V., members of the Infection Control Programme. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. The Lancet 2000;356: 1307 – 1312.
- 110** Directrices de la OMS sobre Higiene de las Manos en Atención Sanitaria. Resumen. MSPS. 2006.
- 111** Yokoe D.S., Mermel L.A., Anderson D.J., Arias K.M., Burstin H., Calfee D.P., Coffin S.E., et al. Executive Summary: A Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals. Infection Control and Hospital Epidemiology 2008;29:S1, S12-S21.
- 112** Marschall J., Mermel L.A., Classen D., Arias K.M., Podgorny K., Anderson D.J., Burstin el at. Strategies to Prevent Central Line–Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals. Infection Control and Hospital Epidemiology 2008 29:s1, S22-S30.
- 113** Coffin S.E., Klompas M., Classen D., Arias K.M., Podgorny K., Anderson D.J., Burstin H., et al. Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29:S31–S40.
- 114** Lo E., Nicolle L., Classen D., Arias K.M., Podgorny K., Anderson D.J., Burstin H., et al. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29:S41–S50.
- 115** Anderson D.J., Kaye K.S., Classen D., Arias K.M., Podgorny K., Burstin H., et al. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29:S51–S61.

-
- 116** Calfee D.P., Salgado C.D., Classen D., Arias K.M., Podgorny K., Anderson D.J., Burstin H., et al. Strategies to Prevent Transmission of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29:S62–S80.
- 117** Dubberke E.R., Gerding D.N., Classen D., Arias K.M., Podgorny K., Anderson D.J., Burstin H., et al. Strategies to Prevent *Clostridium difficile* Infections in Acute Care Hospitals *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29:S81–S92.
- 118** Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD000340.
- 119** Silva Gama, Zenewton André da, Gómez Conesa, Antonia and Sobral Ferreira, Marta Epidemiología de caídas de ancianos en España: Una revisión sistemática, 2007. *Rev. Esp. Salud Pública*, Feb 2008, vol.82, no.1, p.43-55
- 120** Institute of Healthcare Improvement. Reducing Harm from Falls. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/ReducingHarmfromFalls/>
- 121** National Quality Forum. Joint Commission 2009 National Patient Safety Goals. Hospital Program. <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>
- 122** Catalano K, Fickenscher K. Complying with the 2008 National Patient Safety Goals. *AORN J.* 2008 Mar;87(3):547-56.
- 123** Safe Practices For Better Healthcare: 2009 Update. <http://www.qualityforum.org/projects/ongoing/safe-practices>.
- 124** Stevens JA, Sogolow ED. Preventing Falls: What Works A CDC Compendium of Effective Community-based Interventions from Around the World. 2008. Centers for Diseases Control and Prevention. National Center for Injury Control.
- 125** NICE guideline Nº 21. Falls: The assesment and prevention of falls in older people. 2004. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG021NICEguideline.pdf>.
- 126** Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Prevention of falls and fall injuries in the older adult. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2005 Mar.
- 127** American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:664-72.
- 128** US Department of Veteran Affairs. National Center for Patient Safety. National Center for Patient Safety Falls Toolkit. <http://www.va.gov/ncps/SafetyTopics/fallstoolkit/>.
- 129** Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: AC-SNS del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero 2006. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
- 130** Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: AC-SNS del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
- 131** Aspden P, Wolcott JA, Lyle Bootman J et al. Preventing medication errors. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press; 2007.
- 132** Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Marzo 2007. Disponible en: Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices.

Strasbourg: Council of Europe, 2007. Disponible en: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/public_health/pharma_and_medicine/Specific_projects.asp#TopOfPage

133 Rozich JD, Resar RK. Medication safety: One organization's approach to the challenge. *J Clin Outcomes Management* 2001; 8: 27-34.

134 Nassaralla CL, Naessens JM, Chaudhry R et al. Implementation of a medication reconciliation process in an ambulatory internal medicine clinic. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 90-4.20.

135 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) and National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. December 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byld&o=11897>

136 Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, MacLean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Results of a US Consensus Panel of Experts. *Arch Intern Med* 2003; 163:2716-2725.

137 Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63: 725-31.

138 Pennsylvania Patient Safety Authority. The Beers criteria: screening for potentially inappropriate medications in the elderly. *PA-PSRS Patient Safety Advisory Vol 2,Nº 4*, Dec 2005.

139 Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 1045-51.

140 Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalisation. *Arch Intern Med* 2006; 166: 565-571).

141 Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*. Vol. 17, Nº. 3, 2006 , pags. 154-172

142 JCAHO. Strategies for preventing Pressure Ulcers. *The Joint Commission Perspectives on Patient Safety*. January 2008. Vol 8; issue 1.

143 Davis R.. Patient involvement in patient safety - the patient as part of the safety solution: how can patients be involved?. *NLH Patient and Public Involvement Specialist Library* (<http://www.library.nhs.uk/ppi/ViewResource.aspx?resID=273565&tabID=289>). Consultado el 05.01.09.

144 Adams J, Feied C, Gillam M, et al. Emergency Medicine Information Technology Consensus Conference: Executive Summary. *Academic Emergency Medicine*. 2004;11:1112-13.

145 Celso B., Tepas J., Langeland-Orban B., Pracht E., Papa L., Lottenberg L., Flint L. A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Outcome of Severely Injured Patients Treated in Trauma Centres Following the Establishment of Trauma Systems. *J Trauma*. 2006;60:371-378.

146 Hildreth C.J. Effect of Trauma Center Designation on Outcome in Patients With Severe Traumatic Brain Injury. *JAMA* 2009; 301. 582.

147 DuBose J.D., Timothy T.Browder, Inaba K., Teixeira P.G.R., Chan L.S., Demetriades D. Effect of Trauma Center Designation on Outcome in Patients With Severe Traumatic Brain Injury. *Archives of Surgery*. 2008;143:1213-

148 National Leadership Network for Health and Social Care. Strengthening Local Services: The Future of the Acute Hospital. 21st March 2006.

149 Plan funcional de la sección de urgencias del servicio de cuidados críticos y urgencias. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Asistencia Especializada – Gestión Sanitaria. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

-
- 150** Worster A., Gilboy N, Fernandes C.M., Eitel D., Eva K., Geisler R., Tanabe P. Assessment of inter-observer reliability of two five-level triage and acuity scales: a randomized controlled trial: Assessment of inter-observer reliability of two five-level triage and acuity scales: a randomized controlled trial. *CJEM*. 2004;6:240-5.
- 151** Beveridge R, Ducharme J, Janes L, Beaulieu S, Walter S. Reliability of the Canadian emergency department triage and acuity scale: interrater agreement. *Ann Emerg Med* 1999;34(2):155-9.
- 152** Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G, et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. *CJEM* 1999;1(3 Suppl). Online version available at: www.caep.ca/002.policies/002-02.ctas.htm (accessed 19 May 2004).
- 153** MacKway-Jones K, editor. Manchester Triage Group. Emergency Triage. London: BMJ Publishing Group; 1997.
- 154** The Australasian Triage Scale [policy document]. Australasian College for Emergency Medicine. *Emerg Med* 1994;6:145-6.
- 155** Wuerz RC, Milne LW, Eitel DR, Travers D, Gilboy N. Reliability and validity of a new five-level triage instrument. *Acad Emerg Med* 2000;7(3):236-42.
- 156** Eitel DR, Travers DA, Rosenau AM, Gilboy N, Wuerz RC. The emergency severity index triage algorithm version 2 is reliable and valid. *Acad Emerg Med* 2003;10(10):1070-80.
- 157** Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Kyriacou DN, Adams JG. Reliability and validity of scores on The Emergency Severity Index version 3. *Acad Emerg Med* 2004;11(1):59-65.
- 158** Jelinek GA, Little M. Inter-rater reliability of the National Triage Scale of 11,500 simulated occasions of triage. *Emerg Med* 1996;8:226-30.
- 159** Hollis G, Sprivilis P. Reliability of the National Triage Scale with changes in emergency department acuity level. *Emerg Med* 1996;8:231-4.
- 160** Manos D, Petrie DA, Beveridge RC, Walter S, Ducharme J. Inter-observer agreement using the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale. *Can J Emerg Med* 2002;4(1):16-22.
- 161** Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2003. p. 148-51.
- 162** Brillman JC, Doezema D, Tandberg D, Sklar DP, Davis KD, Simms S, et al. Triage: limitations in predicting need for emergent care and hospital admission. *Ann Emerg Med* 1996;27(4):493-500.
- 163** Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1995. p. 144-6.
- 164** Sun BC, Adams JG, Burstin HR. Validating a model of patient satisfaction with emergency care. *Ann Emerg Med* 2001;38:527-32.
- 165** Lee K, Wong T, Chan R, Lau CC, Fu YK, Fung KH. Accuracy and efficiency of X-ray requests initiated by triage nurses in an accident and emergency department. *Accid Emerg Nurs* 1996; 4: 179-81.
- 166** Sánchez M, Salgado E, Miro O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencias. *Emergencias* 2008; 20: 48-53.
- 167** Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19: 855-871.
- 168** Kurylo LL. Measuring inappropriate utilization. *Hosp Health Serv Administration* 1976; 21: 73-89.
- 169** Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. London:NHS. National Patient Safety Agency. November, 2007.
- 170** Safer care for the acutely ill patient: learning from serious incidents. London:NHS. National Patient Safety Agency. 2007.

-
- 171** Guidelines for the introduction of Outreach Services. Intensive Care Society. 2003.
- 172** McGaughey J, Alderdice F, Fowler R, Kapila A, Mayhew A, Moutray M. Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention of Intensive Care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD005529. DOI: 10.1002/14651858.CD005529.pub2.
- 173** Cardiopulmonary resuscitation. Standards for clinical practice and training. A Joint Statement from The Royal College of Anaesthetists, The Royal College of Physicians of London, The Intensive Care Society, and The Resuscitation Council (UK). Resuscitation Council (UK). October 2004.
- 174** NHS Executive, Good Practice in Operating Theatre Management, DoH, 1994.
- 175** The Provision of Emergency Surgical Services: An Organisational Framework. The Royal College of Surgeons, 1997.
- 176** Acute health care services. Report of a Working Party. Academy of Medical Royal Colleges. September 2007.
- 177** Acute medical care. The right person, in the right setting – first time. Report of the Acute Medicine Task Force. Royal College of Physicians. October 2007.
- 178** The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Recommendations for Standards of Monitoring During Anaesthesia and Recovery. Marzo, 2007.
- 179** The Emergency Department: Medicine and Surgery Interface Problems and Solutions. A Report of the Working Party. The Royal College of Surgeons of England. 2004. Reedición, 2008.
- 180** The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Anaesthesia and Peri-Operative Care of the Elderly. Diciembre, 2001.
- 181** Prevention and Management of Hip Fracture in Older People. SIGN. Enero 2002.
- 182** Prevention and Management of Hip Fracture in Older People. SIGN. Enero 2002.
- 183** Ribes J., Areosa A., Orts E.J.. Emergencia y urgencia en la fractura de cadera. En: Avellana J.A. y Fernández L. (Coord.). Guía de buena práctica clínica en Geriátría. Anciano afecto de fractura de cadera. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y Elsevier Doyma. 2007. Págs.: 21-39
- 184** National Patient Safety Agency. The National Specifications for Cleanliness in the NHS: a Framework for Setting and Measuring Performance Outcomes. Abril 2007.
- 185** Australian Health Workforce Advisory Committee. Health workforce planning and models of care in emergency departments. AHWAC report 2006.X. October 2006.
- 186** Unidad de Enfermería de hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2010.
- 187** Ferrus L. (Dir). Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2007.
- 188** Freedom to practise: dispelling the myths. Royal College of Nursing. Department of Health. 2003.
- 189** Welch S, Augustine J, Camargo CA, Reese C, Emergency Department Performance. Measures and Benchmarking Summit. Academic Emergency Medicine 2006;13:1074-1080.
- 190** National Voluntary Consensus Standards for Emergency Care – Phase I: Emergency Department Transfer Performance Measures. NQF Consensus Process, Version 1.8–May 9, 2007. www.qualityforum.org
- 191** Clinical Effectiveness Committee. Clinical Standards for Emergency Departments. The College of Emergency Medicine. Review January 2009. www.collemergencymed.ac.uk