



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS



Plan de Mejora de los Servicios de Urgencias de Hospital del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

Febrero 2019 (versión 4.0)

AUTORES

- Luis Jiménez Murillo. Jefe de Servicio de Urgencias. Director del PAUE.
- José Díaz Borrego. Subdirector de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud.
- Manuel López Serrato. Subdirector de Coordinación y Salud.
- José Manuel Calderón de la Barca Gázquez. Jefe de Sección de Urgencias. Subdirector de estructura y recursos. PAUE.
- Francisco Javier Montero Pérez. Facultativo Especialista de Área de Urgencias. Subdirector de gestión clínica, formación e investigación. PAUE.
- Ángela Romero Bravo. Jefa de Bloque de Urgencias. Subdirectora de Cuidados. PAUE.
- Pedro Rojas Parras. Médico SUAP. Subdirector Servicios de Urgencias de Atención Primaria. PAUE.

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	4
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	7
1. El hospital debe hacer una adecuada gestión de las camas de que dispone.....	7
2. Disponibilidad de una superficie adecuada en tamaño y distribución.....	9
3. El Servicio de Urgencias de Hospital (SUH).....	9
4. Las personas. Dotación de recursos humanos	10
5. La protocolización de los procesos clínicos	10
6. La decisión del ingreso de los pacientes en el hospital desde el SUH	11
7. El proceso del ingreso administrativo en el hospital de un paciente proveniente del SUH	12
8. Responsabilidad de la asistencia de los pacientes ingresados que permanecen en el SUH...	12
9. El soporte informático para el sistema de información y el Cuadro de Mando	13
10. Sistema de triaje homogéneo para todo el SSPA.....	14
MÉTODO	14
1ª fase. Análisis de la situación de partida	14
2ª fase. Presentación del Plan, análisis y discusión conjunta en cada hospital	15
3ª fase. Implantación del Plan y seguimiento	16
DOCUMENTACIÓN	17
Anexo 1. Cuestionario para la autoevaluación de los SUH.....	18
Anexo 2. Glosario de términos y estructura de los SUH.....	28
Anexo 3. Cuadro de Mando de los SUH	38

RESUMEN EJECUTIVO

Al mismo tiempo que los usuarios de los Servicios de Urgencias de Hospital (SUH) del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) muestran su satisfacción con la calidad de la asistencia clínica que reciben en los mismos, las reclamaciones por las demoras en la atención o por los tiempos de asistencia, a pesar de haber disminuido, son una constante y un problema persistente en estos Servicios desde hace décadas.

Los Defensores del Pueblo Español y de las Comunidades Autónomas, conscientes de esta situación, elaboraron un informe en enero de 2015 sobre la aplicación práctica de los derechos y garantías de los pacientes en los SUH del Sistema Nacional de Salud, que ha puesto de manifiesto una serie de debilidades muy generalizadas.

La actividad que desarrollan los Servicios de Urgencias y Emergencias es de una importancia trascendental para los ciudadanos, ya que con mucha frecuencia son la puerta de entrada para recibir asistencia en el SSPA. La atención que se presta a los pacientes en estos Servicios tiene, en muchas ocasiones, una influencia decisiva en el resultado clínico final y su coste un impacto económico considerable.

En los países de nuestro entorno económico también existe una lógica preocupación de las Autoridades Sanitarias por este tipo de asistencia, pues, aunque los ciudadanos confían en la atención urgente y la valoran con un alto nivel de satisfacción, esperan de ella un servicio aún más ágil y de mayor calidad.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía decidió diseñar y llevar a cabo un Plan de Mejora de los Servicios de Urgencias y Emergencias de la Comunidad Autónoma. Un nuevo equipo de Dirección del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE) fue designado en mayo de 2014 para realizar esta tarea como una prioridad.

Este documento contiene un resumen del trabajo desarrollado en el periodo desde junio de 2014 hasta la fecha actual, específicamente en los SUH andaluces del SSPA. No se han incluido en estas páginas las líneas generales del abordaje de otros sectores del sistema integral de urgencias y emergencias de Andalucía: los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria y los Servicios de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, EPES-061.

La aplicación de una encuesta sobre la dotación de estructura, instalaciones, organización y plan funcional de cada uno de los SUH permitió hacer una primera evaluación documental y una planificación del trabajo a realizar (anexo 1).

El equipo de Dirección del PAUE y la Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud (SAS), visitaron cada uno de los 32 hospitales del SSPA. Las jornadas de trabajo se realizaron sin límite de tiempo, con una duración que osciló entre las 4 y 7 h para cada uno de los SUH. El resumen del contenido de las mismas fue el siguiente:

1. Se contrastó la información incluida en la encuesta mencionada, que había sido cumplimentada por cada uno de los centros, con los equipos directivos de los mismos encabezados por la Dirección Gerencia, así como con los responsables de los Servicios

de Urgencias correspondientes (médico y de enfermería), hasta precisar con exactitud la situación real.

2. Se explicó y se analizó con detalle el Plan de Mejora a aplicar en cada uno de los Servicios de Urgencias en función de la información disponible.
3. Se visitaron las instalaciones del SUH.

Durante la semana siguiente al día de la visita se elaboró un informe de cada uno de los SUH por el equipo directivo del PAUE que se remitió a la Gerencia del hospital respectivo, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

El resultado global de esta primera fase de forma resumida permite concluir:

1. La estructura y las instalaciones de los Servicios de Urgencias de los hospitales del SSPA son, en general, adecuadas según los estándares del PAUE. Las excepciones se señalaron en los informes de los SUH afectados para su abordaje en cuanto fuera posible. En algunos casos ya se ha procedido a su corrección.
2. La distribución de personas en los diferentes turnos de trabajo en general es la adecuada para los recursos disponibles, con algunas excepciones señaladas en el informe correspondiente.
3. Se precisan importantes cambios organizativos en los Planes Funcionales de los Hospitales y de los correspondientes SUH, que han sido detallados en los informes que se remitieron a cada uno de los centros y que se están aplicando progresivamente, estando actualmente en fase de evaluación continua.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La atención sanitaria urgente ocupa un lugar destacado en el SSPA, tanto por el volumen de la demanda, como por la trascendencia social de esta actividad. Debido a dicha importancia social y sanitaria, la Comunidad Autónoma de Andalucía ha desarrollado y puesto en marcha importantes estrategias e iniciativas relacionadas con las urgencias y emergencias sanitarias, con el objetivo de responder a las necesidades y expectativas ciudadanas, así como de los profesionales del sistema.

Durante las últimas décadas, el PAUE ha conseguido homogeneizar e implantar las líneas estratégicas marcadas por el SAS.

Es conocido por los profesionales, por los ciudadanos y por la Consejería de Salud, que el SSPA dispone de SUH que, aún prestando asistencia sanitaria muy satisfactoria, precisan de la introducción de medidas para mejorar aspectos especialmente relacionados con los tiempos de atención, la alta concentración de pacientes en las salas de espera en algunos momentos y una mayor agilidad en el ingreso de los pacientes que lo precisen.

Las urgencias que se atienden en los hospitales constituyen una prioridad asistencial del SSPA por varios motivos:

- Con frecuencia es el primer contacto del ciudadano con los centros sanitarios ante la aparición de un problema agudo de salud y constituyen una vía de acceso a la atención hospitalaria que a veces "puentea" la preceptiva derivación desde Atención Primaria.
- Habitualmente la demanda del ciudadano se acompaña de una gran ansiedad.
- Gran afluencia de pacientes que, en ocasiones, genera una aparente masificación de los SUH.
- La celeridad necesaria para la resolución de la demanda de atención de los pacientes.
- El alto consumo de recursos que supone. En la actualidad, el SSPA cuenta con una importante red de Centros y Servicios destinados a la atención sanitaria urgente y emergente, con una capacidad de resolución de más del 90% de los casos gracias a la cualificación de sus profesionales que dan una asistencia de alta calidad científico-técnica.

De una forma aproximada, una idea de su importancia cuantitativa puede obtenerse al contemplar que para la atención de urgencias en los hospitales se destinan por el SAS más de 1.100 profesionales médicos, más de 2.900 enfermeras y 1.800 auxiliares de enfermería, así como celadores, personal de admisión y gestión, con formación y experiencia para atender a más de 4 millones de pacientes al año.

Una de las prioridades de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía es ofrecer a los ciudadanos una asistencia de calidad en todos los centros sanitarios.

Por lo expuesto anteriormente, durante el año 2014, la Consejería decidió iniciar un Plan de Mejora de los SUH. Para el diseño, aplicación y evaluación de los resultados del plan se designó

a un equipo de profesionales por la Gerencia del SAS.

Por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y el equipo de dirección del PAUE se decidió que el alcance inicial del plan de mejora fuese de los SUH, para posteriormente abordar los planes de mejora de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria y de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, EPES-061.

El Plan de Mejora de los SUH del SSPA contempla objetivos y medidas concretas para su aplicación práctica que abordan aspectos estructurales, de proceso y de resultados. Incorpora además algunos elementos de actuación sobre la estructura y el sistema de información, lo que ha permitido disponer de un Cuadro de Mando homogéneo para toda la Comunidad Autónoma.

Este documento es una actualización realizada en septiembre de 2018 sobre una versión anterior.

OBJETIVOS

El **objetivo general** del Plan es mejorar la asistencia que se presta en los SUH del SSPA.

Los **objetivos específicos** se han elaborado para cada uno de sus 10 principios básicos. Son los siguientes:

1. El hospital debe hacer una adecuada gestión de las camas de que dispone y asegurar unos tiempos de respuesta adecuados en las exploraciones complementarias urgentes

Un SUH precisa de una **adecuada gestión de las camas del hospital**, de tal forma, que se garantice la disponibilidad diaria de éstas para los ingresos de pacientes urgentes. El número de camas/día que precisa cualquier SUH oscila en un rango bastante estable a lo largo del tiempo. Puede utilizarse para su estimación la experiencia del hospital en el último año.

Este es un requisito imprescindible para evitar la aglomeración de los pacientes en el SUH. Con frecuencia, es esta una de las causas fundamentales de que pacientes y familiares permanezcan durante horas en los SUH. No tiene ningún sentido y, además, no es responsabilidad del SUH que pacientes que tienen decidido su ingreso prolonguen su estancia en esta unidad a la espera exclusiva de la disponibilidad de una cama de hospitalización.

El papel de la Dirección del hospital es absolutamente determinante. Por tanto, este aspecto es responsabilidad de la Gerencia del centro.

La experiencia ha demostrado que la implicación directa de la Gerencia en la gestión de la hospitalización resulta de una gran utilidad. El PAUE recomienda la realización de una sesión conjunta de trabajo, diaria, a primera hora de la mañana, en la que participen como mínimo: el Gerente del hospital, representantes del Servicio de Admisión, el Jefe y la supervisión del Servicio de Urgencias y los directores y supervisiones de enfermería de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) que disponen de hospitalización (Medicina Interna, Traumatología, Cirugía General y otros). Esta sesión debe realizarse para garantizar que los pacientes ingresados que pudiera haber en el Servicio de Urgencias (Área de Consultas y Área de Observación) a la espera de ser encamados en una unidad de hospitalización, lo hagan en las primeras horas de la mañana.

Objetivo 1

Establecer mejoras en la organización global del hospital en relación con la utilización de las camas y tiempos de respuesta de las exploraciones complementarias urgentes, que faciliten el drenaje de los Servicios de Urgencias, a través de las siguientes medidas:

Medidas

1.1. La Dirección Gerencia del centro hospitalario, debe garantizar la evaluación diaria de la ocupación y la situación de urgencias. En épocas de alta frecuentación y siempre que existan dificultades para el ingreso de pacientes desde Urgencias, deben realizar sesiones de trabajo diarias con todos los directores de las UGC que tienen hospitalización para garantizar la disponibilidad de camas para los ingresos urgentes.

1.2. El centro hospitalario debe garantizar que en los hospitales se proceda diariamente a dar altas tempranas (antes de las 10-11 h), que deben generar camas libres antes de las 13 h. El porcentaje de altas dadas, así como de camas disponibles, antes de las 11 y 13 h respectivamente, debe ser cercano al 30% respecto al total de altas dadas en las 24 h. El seguimiento de esta medida se realizará de forma continua.

1.3. El centro hospitalario y las Unidades de Apoyo al Diagnóstico deben analizar los tiempos medios de respuesta de los resultados en pruebas complementarias de laboratorio, radiología, ecografía y TAC, que deben adecuarse a los tiempos mínimos necesarios para su realización y envío al Servicio de Urgencias. Una vez analizados los tiempos de entrega de resultados, deben tomar las medidas organizativas que se requieran para cumplir con los estándares establecidos. Teniendo en cuenta que el tiempo medido es el que transcurre desde que se solicita la exploración hasta que se reciben los resultados (incluido el informe radiológico en caso de ecografía y TAC), los estándares de estos tiempos de espera en al menos el 85% de los pacientes son los siguientes:

- Analítica sanguínea o urinaria: <60 minutos.

- Radiología simple: <30 minutos.

- Ecografía: <60 minutos.

- TAC: <90 minutos.

1.4. El centro hospitalario establecerá medidas concretas para eliminar, en lo posible, los retrasos en la realización del ingreso, el transporte en ambulancia y la respuesta de la interconsulta realizada con otra especialidad, ya que se encuentran entre las causas más frecuentes en la saturación de urgencias. En este sentido es importante destacar dos estándares:

- Demora del celador para realizar el ingreso: <30 minutos.

- Demora de la ambulancia para realizar el destino: <30 minutos.

- Demora de la interconsulta con otra especialidad: <60 minutos

1.5. Disponer de Hospital de Día médico y consultas preferentes como recursos alternativos a la hospitalización convencional, especialmente útiles en momentos de alta frecuentación.

2. Disponibilidad de una superficie adecuada en tamaño y distribución

La **superficie del SUH** debe ser adecuada a la presión asistencial que soporta. Esta debe estimarse según la fórmula de cálculo del PAUE. En este sentido el PAUE elaborará anualmente las necesidades de cada SUH según la actividad asistencial y la complejidad.

El resultado de la estimación es una ayuda para la toma de decisiones, pero no una obligación absoluta para la modificación o ampliación inmediata de la superficie del SUH sin tener en cuenta previamente aspectos funcionales y organizativos.

Objetivo 2

Análisis y adecuación de las estructuras a las necesidades asistenciales y frecuentación media del Servicio de Urgencias, para ello se deberán tomar las siguientes medidas:

Medidas

2.1.- Distribuir el espacio disponible en función de la frecuentación y del tipo de necesidades que se plantean en cuanto al número de consultas, salas de espera, camas y sillones de observación.

2.2.- Planificar las necesidades de espacio reales de los Servicios de Urgencias, teniendo en cuenta el cálculo de los picos máximos de asistencia por meses, días y horas.

2.3.- Definir el mapa de los procesos clave de urgencias, a saber: admisión, clasificación, área de consultas con sus circuitos asistenciales (críticos, atención básica, polivalente, traumatológico, pediátrico y obstétrico-ginecológico) y área de observación (zona de camas y zona de sillones).

2.4.- Decidir el número de consultas de clasificación y el de cada uno de los circuitos asistenciales definidos, el número de salas de espera y de sillones y camas de observación, en función de la demanda asistencial global del Servicio y del número de pacientes de cada prioridad que se atienden habitualmente.

2.4.- Establecer circuitos claros y bien definidos de las distintas áreas de conocimientos establecidas: Obstetricia, pediatría, traumatología, oftalmología, psiquiatría...

3. El Servicio de Urgencias de Hospital

Los SUH son una UGC más del hospital, con existencia de un director o **jefe de servicio** que depende directamente de la Dirección del centro. En todos los hospitales del SSPA se procederá a la creación de Servicios de Urgencias con dependencia directa de la Dirección Asistencial, en base a la Resolución SA 0003/15 de 09 de enero de 2015 de Creación del Servicio de Urgencias y del Servicio de Cuidados Intensivos en los Hospitales del SAS.

Los SUH podrán constituir UGC conjuntamente con otros Servicios, siempre que los profesionales de ambos Servicios estén de acuerdo y la Dirección Gerencia del Hospital lo autorice.

Objetivo 3

Configurar las Secciones de Urgencias de los antiguos Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias como Servicios de Urgencias de Hospitales a través de la implantación de las siguientes medidas:

Medidas

3.1.- Designar, en caso de que no lo esté, un Jefe de Servicio o Sección, responsable específico del Servicio de Urgencias que lo gestione directamente y que mantenga relación permanente con la Dirección del centro hospitalario.

3.2.- Establecer una coordinación adecuada y circuitos estructurados entre los profesionales de urgencias / observación / hospitalización a la hora de realizar ingresos, para ello el hospital debe establecer y revisar sus protocolos internos.

3.4.- Disponer por escrito de criterios de ingreso en observación, especificando camas y sillones.

3.5.- Implantar progresivamente y según lo que marque el PAUE, nuevas fórmulas de gestión y organización de los SUH, no sólo para momentos de saturación sino como medida de calidad asistencial, como pueden ser, la consulta de Enfermería de Práctica Avanzada para pacientes con prioridad 5 o el Triage Avanzado de Enfermería.

4. Las personas. Dotación de recursos humanos

El SUH debe disponer de los **recursos humanos mínimos necesarios**, que deben estar distribuidos por turno y circuito asistencial, para permitir una respuesta adecuada a la demanda.

La estimación del número de profesionales necesarios se ha realizado por el PAUE para cada uno de los SUH. En este sentido el PAUE revisará anualmente las necesidades de cada SUH según la actividad asistencial y la complejidad.

El resultado de la estimación es una ayuda para la toma de decisiones y no implica necesariamente la modificación o ampliación de la plantilla, siendo necesaria la consideración previa de aspectos funcionales y organizativos.

Objetivo 4

Adecuar el número y el perfil de los profesionales en los turnos asistenciales en función de las necesidades planteadas por los ciudadanos, para ello el centro hospitalario y el Servicio de Urgencias deben tomar las siguientes medidas:

Medidas

4.1.- Establecer la dotación de facultativos, personal de enfermería, celadores y administrativos, en función de la carga de trabajo por puesto y turno. Para ello analizarán el informe facilitado por el PAUE y realizarán propuestas de mejora.

4.2.- Redistribuir los profesionales en función del perfil (área de conocimiento, adjuntos, médicos residentes, experiencia...) más adecuados en los puestos (clasificación, consulta, observación) y en los turnos (mañana, tarde, noche, laborables, festivos).

5. La protocolización de los procesos clínicos

El SUH debe disponer de **protocolos específicos de actuación** para los procesos clínicos más prevalentes, consensuados con los diferentes Servicios del hospital de otras especialidades médicas y quirúrgicas. Al menos el 80% de los pacientes que demanden asistencia en el SUH

deben beneficiarse de la existencia de estos protocolos específicos. Estos protocolos deben incluir siempre los criterios de ingreso.

La Dirección Médica del hospital debe garantizar que se elaboran conjuntamente por el SUH y otros Servicios Clínicos, con la máxima celeridad, los criterios de ingreso para cada una de las patologías y especialidades más prevalentes.

Este punto es de primordial importancia para poder llevar a cabo lo recogido en el objetivo siguiente.

Objetivo 5

Configurar los aspectos organizativos en base a dar la mejor respuesta clínica y la más eficiente a las demandas en salud que requiere cada paciente que acude al Servicio de Urgencias del Hospital, a través de la implantación de las siguientes medidas:

Medidas

5.1.- Establecer una coordinación adecuada y circuitos estructurados entre los profesionales de urgencias / observación / hospitalización a la hora de realizar ingresos, para ello el hospital debe establecer y revisar sus protocolos internos.

5.2.- Disponer por escrito de protocolos para las patologías más prevalentes atendidas en Urgencias que incluyan criterios de ingreso en el hospital. Al menos deben existir protocolos en el 80 % de los procesos más prevalentes.

5.3.- Garantizar que estos protocolos son conocidos por todas las UGC con responsabilidad asistencial.

5.4.- Disponer por escrito de protocolos de ingreso en el área de Observación, diferenciando la zona de camas de la de sillones.

6. La decisión del ingreso de los pacientes en el hospital desde el SUH

La decisión del ingreso urgente de los pacientes en las unidades de hospitalización corresponde al médico de urgencias, tanto desde el área de consultas como desde el área de observación.

Los facultativos de los Servicios de Urgencias disponen de la mayor experiencia en la valoración clínica de los pacientes con patología urgente y sobre la necesidad o no de someterlos a un régimen de internamiento.

Si los criterios de ingreso están previamente establecidos y acordados con todas las especialidades, la decisión es sencilla en la mayoría de los supuestos. Estos criterios deben revisarse periódicamente para adaptarse al estado del arte.

Objetivo 6

Adecuar el proceso administrativo del ingreso de pacientes urgentes en las unidades de hospitalización, para ello el centro hospitalario debe tomar las siguientes medidas:

Medidas

6.1.- Establecer normativamente que la **decisión del ingreso urgente** de los pacientes en las unidades de hospitalización corresponde al médico de urgencias, tanto desde el área de consultas como desde el área de observación.

6.2.- Modificar la estructura informática de DIRAYA - ATENCIÓN ESPECIALIZADA para que sea posible realizar ingresos ectópicos en ubicaciones situadas dentro del Servicio de Urgencias (tanto en el área de consultas como en observación), a cargo de todas las especialidades que disponen de hospitalización, según proceda.

7. El proceso del ingreso administrativo en el hospital de un paciente proveniente del SUH

Una vez decidido **el ingreso urgente de un paciente, el Servicio de Admisión lo ejecutará administrativamente de forma inmediata**, independientemente de la disponibilidad o no, de cama libre en el hospital.

Cuando el médico de urgencias decida el ingreso de un paciente, el Servicio de Admisión procederá a su ingreso administrativo de forma inmediata, de tal manera que los facultativos de la especialidad de destino puedan conocer instantáneamente que tienen un enfermo ingresado a su cargo y su ubicación.

Objetivo 7

Adecuar el proceso administrativo del ingreso de pacientes urgentes en las unidades de hospitalización, para ello el centro hospitalario debe tomar las siguientes medidas:

Medidas

7.1.- Establecer normativamente que, una vez tomada la **decisión del ingreso urgente** por un médico de urgencias se proceda de manera inmediata a su ingreso administrativo a cargo de la especialidad correspondiente. En este sentido es importante hacer constar que no sirve el preingreso que aparece cuando en DIRAYA URGENCIAS se realiza un ingreso en hospitalización.

7.2.- Modificar la estructura informática del DIRAYA - ATENCIÓN ESPECIALIZADA para que sea posible realizar ingresos ectópicos en cualquier área asistencial del Servicio de Urgencias (consultas y observación) a cargo y bajo la responsabilidad asistencial de los facultativos de la especialidad correspondiente, de entre aquellas que disponen de hospitalización, en función de la patología del paciente.

8. Responsabilidad de la asistencia de los pacientes ya ingresados que permanecen en el SUH

Desde el mismo momento en que se realice el ingreso administrativo, **el Servicio clínico de la especialidad de destino del paciente debe asumir la responsabilidad de la asistencia de este**, independientemente de su ubicación (área de consultas o área de observación).

Mientras que el paciente esté físicamente en el Servicio de Urgencias, el personal sanitario del mismo se ocupará de atender cualquier necesidad urgente del enfermo por empeoramiento o si surge alguna emergencia. No obstante, desde el momento en que se realice el ingreso administrativo, es el profesional médico de la especialidad de destino el responsable de la asistencia del paciente: actualizar tratamiento, indicar las exploraciones complementarias e

informar de su evolución al enfermo y/o familiares.

Objetivo 8

Establecer la responsabilidad de la asistencia clínica facultativa de los pacientes ingresados ectópicamente en el Servicio de Urgencias, para ello el centro hospitalario debe tomar las siguientes medidas:

Medidas

La Gerencia del hospital deberá establecer normativamente que:

8.1.- Una vez tomada la **decisión del ingreso urgente** por un médico de urgencias se proceda de manera inmediata a su ingreso administrativo a cargo de la especialidad correspondiente y que a partir de ese momento la responsabilidad de la asistencia del paciente corresponde a la especialidad de destino.

8.2.- Mientras que el paciente permanezca físicamente en el Servicio de Urgencias, el médico de Urgencias se ocupará de la atención a cualquier emergencia o empeoramiento que pueda sufrir el paciente y de resolver la situación clínica.

8.3.- Mientras que los pacientes permanezcan físicamente en el Servicio de Urgencia, el personal de enfermería de este se ocupará de la administración de los cuidados que precisen.

9. El soporte informático para el sistema de información y el Cuadro de Mando

La **aplicación DIRAYA - URGENCIAS** es el soporte informático de los SUH del SSPA. Por tanto, la historia clínica electrónica debe ser realizada en esta aplicación por todos los profesionales que intervienen en la asistencia. La tabla de estructura de DIRAYA – URGENCIAS debe adecuarse a los circuitos asistenciales establecidos en el SUH para conseguir la homogeneidad de los datos y posibilitar su análisis.

Para hacer posibles los cambios funcionales recogidos en los puntos anteriores se ha modificado ya la estructura del DIRAYA - ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

Las recomendaciones generales elaboradas por el PAUE para llevar a cabo estas modificaciones en ambas aplicaciones se incluyen en el anexo 2.

Mejorar el registro de las actuaciones realizadas en la historia de salud, a través de las siguientes medidas:

Medidas

9.1.- El registro correcto de la prioridad debe realizarse en el sistema unificado corporativo (DIRAYA - URGENCIAS).

9.2.- El hospital dará prioridad a registrar en el sistema DIRAYA frente a otros programas no corporativos locales, para evitar la pérdida de información.

9.3.- Concienciar a los profesionales de la importancia de registro de los hitos fundamentales del paciente en la Unidad para que del análisis de los indicadores que estos generan, se puedan extraer conclusiones encaminadas a la mejora asistencial. En este sentido se fomentará la

implantación de objetivos concretos en los acuerdos de gestión clínica de las Unidades.

9.4.- Estas medidas están permitiendo disponer de un Cuadro de Mando, homogéneo para todo el SSPA, integral (contiene indicadores de actividad y calidad), muy útil para la gestión meso en cada uno de los Servicios de Urgencias, así como en el nivel macro o estratégico, a nivel de la Dirección del PAUE.

10. Sistema de triaje homogéneo para todo el SSPA

Con objeto de poder realizar comparaciones entre los SUH del SSPA, la clasificación de pacientes o **triaje se realizará mediante el Sistema Español de Triage (SET)**, que es la aplicación institucional actual. Debe ser implantado y utilizado en cada uno de los SUH con carácter obligatorio.

Objetivo 10

Implantar o desarrollar el Sistema de Triage estructurado (clasificación de pacientes según gravedad), aplicando las siguientes medidas:

Medidas

10.1.- Aplicación del SET.

10.2.- Intensificar la formación de los profesionales en este ámbito.

10.3.- Potenciar el registro fiable y completo del triaje en la Historia de Salud.

10.4.- Implantar en todos los Servicios Urgencias de los Hospitales, dentro de lo posible y de forma progresiva, el Triage Avanzado¹, con protocolos para la atención al paciente frágil/vulnerable.

10.5.- Evaluación constante de la implantación del modelo.

MÉTODO

El Plan se ha ido ejecutando por fases.

1ª fase. Análisis de la situación de partida

Por indicación del Director Gerente del SAS, en febrero de 2014 se constituyó un equipo de profesionales expertos con la misión de elaborar un instrumento de análisis de la situación que permitiera disponer con rapidez de una descripción de la realidad en los SUH del SSPA, de una forma objetiva y homogénea. El equipo se formó por un Director Médico de hospital, un Jefe de Servicio de Urgencias, un facultativo de Urgencias y un Jefe de Servicio de Calidad. Este equipo

¹ El triaje avanzado y las directrices médicas avanzadas son protocolos, circuitos y órdenes médicas preestablecidas, para intervenciones, procedimientos o tratamientos, que pueden ser aplicados por personal de enfermería de forma autónoma después del triaje inicial, en ciertos tipos de pacientes, y bajo criterios estrictos y circunstancias específicas.

elaboró el cuestionario de auto-evaluación ya referido en el anexo 1.

El cuestionario explora una serie de aspectos claves: gestión de la utilización de camas por el hospital, actividad del SUH, dotación de estructura física y de recursos humanos, proceso funcional (triaje, protocolos clínicos, tiempos de asistencia, decisión sobre ingresos, tiempos de respuesta de los Servicios de soporte y otros). El contenido se estructura en varios bloques de información:

- Bloque 1: Datos del Centro.
- Bloque 2: Datos Asistenciales.
- Bloque 3: Tiempos de los procesos asistenciales.
- Bloque 4: Aspectos Organizativos:
 - a) Dimensionamiento del Servicio de Urgencias.
 - b) Funcionamiento organizativo del Servicio de Urgencias.
- Bloque 5: Dotación de recursos humanos, según turnos y circuitos asistenciales en consultas y observación.

Este cuestionario fue presentado y enviado a los Gerentes de todos los hospitales del SSPA para su cumplimentación y posterior envío a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud (esto se realizó entre febrero y marzo de 2014).

Una vez recibidos los cuestionarios cumplimentados por los centros y volcados los datos, un equipo de técnicos de la Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud procedió a su depuración, tratamiento, generación de indicadores y análisis de los mismos, elaborando un informe inicial del que se deduce el comportamiento general de cada centro comparado con los de su mismo grupo (esta tarea se realizó del 3 al 21 de abril de 2014).

Posteriormente se hizo un análisis de los datos de cada apartado y se realizaron una serie de recomendaciones en base a ello. Los informes realizados se validaron por la Dirección del PAUE y la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Una vez validados se remitieron a los centros.

2ª fase. Presentación del Plan, análisis y discusión conjunta en cada hospital

Tras el acuerdo de la Dirección del PAUE y la Dirección General de Asistencia Sanitaria con la Gerencia del Hospital para establecer la fecha y la agenda, el equipo directivo del PAUE realizó una visita a cada centro durante los meses de junio a octubre de 2014.

El PAUE elaboró dos documentos: uno denominado Glosario de Términos y Estructura Funcional de los Servicios de Urgencias de Hospital que resume la terminología empleada en general en los nuevos documentos del PAUE y la estructura funcional propuesta (anexo 2) y otro, el Cuadro de Mando con indicadores de seguimiento (anexo 3).

Para la presentación, análisis y discusión del Plan el PAUE elaboró una presentación en PowerPoint para su uso en las sesiones conjuntas de trabajo que se mencionan a continuación.

Se mantuvo una sesión conjunta de trabajo de 4 a 7 horas de duración en cada uno de los hospitales, en la que participaron: la Dirección Gerencia y el equipo directivo del hospital, la Dirección del PAUE con su equipo evaluador, la Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud, el Director de la UGC de Cuidados Críticos y Urgencias, y el Jefe de la Unidad de Urgencias.

En las sesiones se trataron los siguientes temas:

1. El director del PAUE hizo una presentación del Plan deteniéndose en una serie de aspectos del mismo: el mapa de actividades del proceso de urgencias, la clasificación de pacientes, el establecimiento de prioridades, los circuitos asistenciales básicos, la métrica de los tiempos de proceso y los principios básicos que deberían cumplirse para el funcionamiento óptimo de un SUH.
2. A continuación, se procedió a un análisis del informe previo realizado por la Subdirección de Gestión y Evaluación de Resultados en Salud en base a las respuestas del centro al cuestionario y de la documentación específica que la Dirección del hospital aportó en el mismo acto.
3. El Jefe del Servicio de cada Servicio de Urgencias expuso las características estructurales y organizativas del SUH.

Posteriormente, los asistentes a la sesión de trabajo visitaron las instalaciones del Servicio de Urgencias.

De cada una de las visitas, el PAUE realizó un informe sobre la situación de cada SUH y las recomendaciones que se consideraban oportunas. Estos informes se enviaron a los Gerentes de Hospitales, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y al Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud.

3ª fase. Implantación del Plan y seguimiento

Desde octubre de 2014 hasta la fecha actual se ha procedido a la implantación efectiva y progresiva del Plan, así como a su control y seguimiento por la Dirección del PAUE.

La Dirección del PAUE solicitó de cada uno de los equipos directivos de los hospitales un informe detallado de las mejoras realizadas en base al documento remitido por el PAUE a cada uno de ellos.

Se realizó una segunda ronda de sesiones de trabajo presenciales con los equipos directivos de los Servicios de Urgencias y con el equipo de directivo de los hospitales presidido por la Dirección Gerencia. Estas sesiones de trabajo se llevaron a cabo en los Servicios Centrales del SAS, en las Delegaciones de Salud o bien en el hospital Reina Sofía de Córdoba, con la presencia en todas ellas de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. En estas sesiones se procedió a la evaluación de todas las medidas puestas en marcha, grado de cumplimiento y resultados.

Para garantizar su aplicación efectiva, los Acuerdos de Gestión Clínica incluirán una serie de objetivos emanados de este Plan de Mejora.

Para el seguimiento del detalle, la Dirección del PAUE elaboró un *checklist* por cada hospital (con los puntos clave del Plan que aún no se habían puesto en marcha en ese hospital) que se remitió a cada centro para su cumplimentación. Una vez cumplimentado por el hospital y recibido por la Dirección del PAUE, se ha contactado con cada uno de los responsables de los SUH para ir ajustando la realidad operativa de los SUH a lo establecido en el Plan.

Durante el mes de marzo de 2015 se procedió a realizar las modificaciones necesarias en la estructura del DIRAYA de asistencia hospitalaria (DAH) para poder monitorizar los aspectos contenidos en el Cuadro de Mando de una manera homogénea en todo el SSPA. Para efectuar esta tarea se han mantenido sesiones de trabajo operativas a las que han asistido:

- Equipo directivo del PAUE.
- Equipo directivo del Servicio de Urgencias correspondiente. Cuando lo han considerado conveniente ha participado también algún representante de la Dirección del hospital.
- El responsable del Servicio de Informática del centro.
- El responsable de informática del Hospital “Valle de los Pedroches” de Pozoblanco, que ha intervenido dando soporte técnico.
- Un responsable técnico de la empresa INDRA.

Durante las mismas sesiones se ha procedido a cambiar la estructura en DIRAYA.

Por el PAUE se sigue haciendo un seguimiento sistemático de los resultados alcanzados en cada uno de los SUH, utilizando como instrumento el *checklist* específico elaborado a tal fin.

Del mismo modo se están atendiendo las incidencias que se producen.

DOCUMENTACIÓN

Las Urgencias Hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías de los pacientes. Estudio conjunto de los Defensores del Pueblo. Madrid, enero de 2015. Disponible en: www.defensordelpueblo.es

Estándares de Acreditación para Servicios de Urgencias de Hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2ª Edición. 2008. ISBN:978-84-87450-17-4.

Resolución SA 0003/15 de 09 de enero de 2015 de Creación del Servicio de Urgencias y del Servicio de Cuidados Intensivos en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud.

Anexo 1. Cuestionario para la autoevaluación de Servicios de Urgencias de Hospital

Servicio Andaluz de Salud

CUESTIONARIO PARA LA AUTOEVALUACION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITAL

Autores:

Claudio Bueno Mariscal

Luis Jiménez Murillo

David Moreno Ramírez

Martín Tejedor Fernández

Hospital:

Servicio de Urgencias:

General	
Pediatría	
Obstetricia	
Ginecología	
Traumatología	
Otros (especificar)	

Datos de la persona que cumplimenta el cuestionario:

Nombre:

Cargo:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

Servicio Andaluz de Salud

AUTOEVALUACION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITAL

Este documento es una guía para la auto-evaluación de los Servicios de Urgencias de Hospitales (SUH) del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Debe ser cumplimentado por el Jefe de Servicio de Urgencias del hospital de que se trate.

Responder a este cuestionario atendiendo sólo a la Sección de Urgencias del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.

DATOS DEL CENTRO

1. Porcentaje de ocupación en el año 2013 por meses del hospital

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

Observaciones:

2: índice de utilización de estancias del hospital en el año 2013:

DATOS ASISTENCIALES

1. Número de pacientes asistidos en el año 2013 por meses y turnos.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
MAÑANA												
TARDE												
NOCHE												
TOTAL												

Observaciones:

2. Número de pacientes asistidos en el año 2014 por meses y turnos.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
MAÑANA												
TARDE												
NOCHE												
TOTAL												

Observaciones:

Los datos a los que se hace referencia en los apartados que siguen corresponderán al año 2013.

Dato	Valor	Observaciones
3. Frecuentación (número de asistencias por mil habitantes).		
4. Porcentaje de asistencias por prioridad.		
Prioridad 1:		
Prioridad 2:		
Prioridad 3:		
Prioridad 4:		
Prioridad 5:		
5. Porcentaje de ingresos urgentes.		
6. Porcentaje de ingresos urgentes por prioridad		
Prioridad 1:		
Prioridad 2:		
Prioridad 3:		
Prioridad 4:		
Prioridad 5:		
7. Porcentaje de traslados a otro centro hospitalario		
8. Porcentaje de ingresos en Observación.		
9. Porcentaje de ingresos en hospitalización desde Observación.		
10. Presión de Urgencias.		

TIEMPOS DE PROCESO

Los datos a los que se hace referencia en los apartados que siguen corresponderán al año 2013.

Dato	Valor	Observaciones
1. Tiempo medio de respuesta en clasificación		
2. Porcentaje de pacientes que esperan a clasificarse más de 5 minutos		
3. Tiempo medio de clasificación		
4. Porcentaje de pacientes que tardan en clasificarse más de 5 minutos		
5. Tiempo medio de espera en primera consulta facultativa		
6. Tiempo medio de salida del área de consultas		
7. Tiempo medio de salida del área de Observación		
8. Tiempo medio en espera de Observación		
9. Tiempo medio de permanencia en consultas		
10. Tiempo medio de estancia en Observación de camas		
11. Tiempo medio de estancia en Observación de sillones.		
12. Porcentaje de pacientes que superan las 24 horas de estancia en Observación de camas.		

13. Porcentaje de pacientes que superan las 12 horas de estancia en Observación de sillones.		
--	--	--

ASPECTOS ORGANIZATIVOS

Los datos a los que se hace referencia en los apartados que siguen corresponderán al año 2013.

Dato	Valor	Observaciones
1. ¿Está distribuida la asistencia por circuitos asistenciales en la Unidad de Urgencias? (señale con una "X" los circuitos de que dispone su Unidad)		
Traumatología		
Patología rápida o banal		
Médico-quirúrgico o policlínica		
Críticos		
Pediátricos		
Obstétrico-Ginecológicos		
Psiquiátricos		
Otros (especificar:)		
2. Número de consultas o boxes físicos por circuito asistencial en la Unidad de Urgencias		
Traumatología		
Patología rápida o banal		
Médico-quirúrgico o policlínica		
Críticos		
Pediátricos		
Obstétrico-Ginecológicos		
Psiquiátricos		
Otros (especificar:)		
3. Porcentaje de asistencias en cada circuito asistencial en la Unidad de Urgencias		
Traumatología		
Patología rápida o banal		
Médico-quirúrgico o policlínica		
Críticos		
Pediátricos		
Obstétrico-Ginecológicos		
Psiquiátricos		
Otros (especificar:)		
4. ¿Dispone de sala específica de espera cada uno de los circuitos? (señale con una "X" los circuitos de su Unidad que disponen de sala específica de espera)		
Traumatología		

Patología rápida o banal		
Médico-quirúrgico o policlínica		
Críticos		
Pediátricos		
Obstétrico-Ginecológicos		
Psiquiátricos		
Otros (especificar:)		
5. ¿Dispone de Área de Observación?		
Número de camas		
Número de sillones		
6. Número de metros cuadrados del área de consultas y Observación (incluyendo salas de espera de pacientes y de familiares)		
7. ¿Hay un responsable médico del Servicio de Urgencias dedicado con exclusividad a esta área, incluyendo las guardias?		
8. El responsable del Servicio de Urgencias, ¿gestiona directamente con la Dirección para la gestión de los asuntos relacionados con este área?		
9. ¿Tiene el médico de urgencias autorización para realizar el ingreso en hospitalización sin supervisión/visto bueno del especialista?		
10. Una vez firmado el ingreso por el médico de urgencias en el área de consultas ¿el Servicio de Admisión ejecuta el ingreso de forma inmediata, independientemente de la disponibilidad de camas?		
11. Si la respuesta a la cuestión anterior es afirmativa, ¿Qué Servicio asume la responsabilidad asistencial?		
Urgencias		
Especialidad de destino		
12. Una vez firmado el ingreso por el médico de urgencias en Observación ¿el Servicio de Admisión ejecuta el ingreso de forma inmediata, independientemente de la disponibilidad de camas?		
13. Si la respuesta a la cuestión anterior es afirmativa, ¿Qué Servicio asume la responsabilidad asistencial?		
Urgencias		
Especialidad de destino		
14. ¿Qué facultativo decide el ingreso del paciente en el área de Observación?		
Médico de consulta		
Médico de Observación		
Cualquier facultativo del hospital		

15. Dispone el Servicio de protocolos asistenciales de las patologías más prevalentes, consensuados con otros Servicios del hospital?		
16. Estos protocolos, ¿incluyen criterios de ingreso en hospitalización?		
17. Se dispone por escrito de criterios de ingreso en el área de Observación?		
18. ¿Qué herramientas utiliza habitualmente el Servicio para su gestión?. Especificar en cada ítem la herramienta utilizada		
Listados de DIRAYA		
Módulo de tratamiento de la información (MTI) de DIRAYA		
Otros (especificar:)		
19. ¿Con qué periodicidad se utilizan estas herramientas en el Servicio?		
Diaría		
Semanal		
Mensual		
Otra		
20. La Dirección del hospital analiza diariamente la ocupación del hospital y, específicamente, la situación de Urgencias?		
21. En épocas de alta frecuentación, ¿se realizan sesiones diarias por la Dirección del hospital y los Directores de las Unidades de Gestión Clínica con procesos más prevalentes, incluyendo Urgencias, para gestionar la ocupación del hospital?		
22. En su hospital, ¿se dan altas tempranas (antes de las 10 h.) para ubicar los pacientes pendientes de ingreso en el Área de Urgencias?		
23. Las UGC que no tienen camas libres y tienen pacientes esperando para ingreso, ¿asumen la responsabilidad de generar camas para estos pacientes pendientes?		
24. Si la respuesta anterior es negativa, ¿los pacientes son ingresados en otra planta?		
25. ¿Se permite el acceso de los familiares a las áreas asistenciales de Urgencias?		
26. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿a cuántos familiares se les autoriza a acompañar al paciente?		
27. Tiempo medio de recepción de los resultados de las exploraciones complementarias (tiempo que transcurre desde la solicitud del estudio hasta la recepción del resultado en Urgencias)		
Bioquímica		
Hematimetría		

Coagulación		
Radiología simple		
Ecografía		
TAC		
28. ¿Cuánto tarda, por término medio, el Servicio de ambulancias en proceder al traslado de los pacientes dados de alta en Urgencias?		
Menos de una hora		
Entre una y dos horas		
Más de dos horas		
29. ¿Cuánto tarda, por término medio, el celador en proceder al traslado de los pacientes a las plantas de hospitalización, una vez realizado el ingreso?		
Menos de media hora		
Entre media y una hora		
Más de una hora		
30. ¿Existen recursos alternativos a la hospitalización?		
Hospital de día médico		
Consultas especializadas preferentes desde Urgencias		
Otros (especificar)		

RECURSOS HUMANOS			L	M	X	J	V	S	D
Mañana	Consultas	Médico							
		MIR1							
		MIR2							
		MIR3							
		MIR4-5							
		Enfermería							
		TCAE							
	Observación	Celadores							
		Médico							
		MIR1							
		MIR2							
		MIR3							
		MIR4-5							
		Enfermería							
	Total	TCAE							
Celadores									
Médico									
MIR									
Enfermería									
TCAE									
Celadores									
Tarde	Consultas	Médico							
		MIR1							
		MIR2							
		MIR3							
		MIR4-5							
		Enfermería							
		TCAE							
	Observación	Celadores							
		Médico							
		MIR1							
		MIR2							
		MIR3							
		MIR4-5							
		Enfermería							
	Total	TCAE							
Celadores									
Médico									
MIR									
Enfermería									
TCAE									
Celadores									
Noche	Consultas	Médico							
		MIR1							
		MIR2							
		MIR3							
		MIR4-5							
		Enfermería							
		TCAE							
	Observación	Celadores							
		Médico							
		MIR1							
		MIR2							
		MIR3							
		MIR4-5							
		Enfermería							
	Total	TCAE							
Celadores									
Médico									
MIR									
Enfermería									
TCAE									
Celadores									

OBSERVACIÓN: Si no puede diferenciarlo por Áreas, hágalo de forma global.

Anexo 2. Glosario de términos y estructura funcional de los Servicios de Urgencias de Hospital

Glosario de términos y estructura funcional de los Servicios de Urgencias de Hospital

Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

Autores:

Luis Jiménez Murillo
José Manuel Calderón de la Barca Gázquez
Francisco Javier Montero Pérez
Martín Tejedor Fernández

CLASIFICACIÓN (TRIAJE)

Proceso en el que se asigna un nivel de prioridad en la asistencia al paciente, el circuito en el que será atendido y un profesional responsable de la misma. En la actualidad el profesional responsable de esa asistencia es un facultativo en la mayoría de los casos o un profesional enfermero en aquellos en los que se encuentre habilitado un circuito específico para las prioridades 5 en las que la actuación enfermera sea finalista (Práctica Avanzada de Enfermería).

En el futuro las modificaciones que se implementen en Diraya deben permitir que todos los pacientes sean asignados a un profesional médico y otro enfermero como responsables de su asistencia.

CIRCUITO

Es un espacio físico (cuyo uso puede compartirse por más de un circuito en función de sus respectivas demandas) con unos recursos específicos destinados a un grupo determinado de pacientes que han sido clasificados según una característica concreta: prioridad de la asistencia (Críticos, Atención Básica, Polivalente), grupo de edad (Pediátrico) o patología (Traumatológico, Obstétrico-Ginecológico). Son excluyentes entre sí, aunque la evolución del paciente puede determinar la reubicación del mismo en otro circuito distinto al inicial y, por tanto, la asignación del mismo a un profesional distinto.

El porcentaje de pacientes dado de alta desde los diferentes circuitos determina las necesidades de estructura. También influyen en las necesidades de recursos humanos en general.

La existencia de circuitos facilita realizar comparaciones entre Servicios de Urgencias, incluso con una organización asistencial o cartera de servicios diferentes, ya que permiten establecer grupos homogéneos de pacientes.

Circuito de Pacientes Críticos

Es el circuito destinado a la atención de pacientes con prioridad 1, según el sistema de clasificación utilizado. Los pacientes pueden presentar cualquier tipo de patología que se incluya en esta prioridad, **no** siendo un área de atención exclusiva a la parada cardiorrespiratoria. Asimismo, pueden atenderse pacientes con prioridades 2 que requieran inicialmente monitorización continua.

Circuito de Atención Básica

En él se incluyen consultas habitualmente de acto único y que no precisen de exploraciones complementarias. El médico, o la enfermera en su caso, no puede utilizar más que tiras reactivas como ayuda al diagnóstico y eventualmente radiología simple. Se puede administrar medicación por vía intravenosa o intramuscular. La necesidad de extracción de sangre para otras determinaciones implica el cambio de ubicación del paciente, previa aceptación del mismo por parte del facultativo responsable del circuito de destino.

Se destina a la atención de pacientes con prioridades 4 y 5 (pueden incluirse o no pacientes traumatológicos en función de la organización funcional del Servicio, y pacientes con prioridades 2 y 3 que precisen de un aparataje o condiciones estructurales determinadas como los oftalmológicos, otorrinolaringológicos o psiquiátricos).

Circuito Polivalente

Destinado a la atención de pacientes médicos o quirúrgicos (no traumatológicos) con prioridad

2 y 3.

Circuito Traumatológico

Dedicado a la atención de pacientes con patología traumatológica con prioridades 2, 3, 4 y 5. Los pacientes con prioridades 4 y 5 también pueden atenderse en el circuito de Atención Básica en función de la organización funcional del Servicio.

Circuito Pediátrico

Circuito específico para la atención de pacientes pediátricos (menores de 14 años de edad) con prioridades 2, 3, 4 y 5.

Circuito Obstétrico-Ginecológico

Circuito específico para mujeres con problemas obstétricos y ginecológicos. Prioridades 2, 3, 4 y 5.

PRIORIDAD ASISTENCIAL

Es el grado de exigencia en el tiempo de respuesta para la primera asistencia facultativa, en función de la gravedad del paciente. Se define a través del sistema estructurado de clasificación adoptado. El análisis de los grupos de pacientes por prioridad determina la necesidad de recursos humanos, ya que el tiempo que se precisa para atender a cada prioridad es diferente. En el momento actual, el PAUE recomienda las siguientes demoras máximas de atención:

Prioridad 1. Los pacientes deben atenderse inmediatamente, sin ninguna demora.

Prioridad 2. 15 minutos.

Prioridad 3. 60 minutos.

Prioridad 4. 100 minutos.

Prioridad 5. 120 minutos.

DISEÑO DE ESTRUCTURA POR TIPO DE HOSPITAL

1. SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES CON ADMISIÓN ÚNICA

Todos los pacientes, incluidos niños y obstétrico-ginecológicos, se registran administrativamente en la misma admisión y se clasifican en el mismo punto de triaje. A partir de ahí siguen un circuito diferenciado física y funcionalmente.

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV	
Servicio de Urgencias	ÁREA DE ADMISIÓN			
	ÁREA DE CLASIFICACIÓN	Definir las consultas existentes ("Clasificación 1, 2, ..., X")		
	ÁREA DE CONSULTAS	Circuito de Críticos		"Puesto 1, 2, ..., X"
		Circuito de Atención Básica		Consultas*
		Circuito Polivalente		Consultas*
		Circuito Traumatológico		Consultas*
		Circuito Pediátrico		Consultas*
	Circuito Obstétrico-Ginecológico		Consultas*	
	ÁREA DE OBSERVACIÓN	OBS Camas		Definir las camas estructurales: "Cama 1, 2, ..., X".
		OBS Sillones		Definir los sillones estructurales: "Sillón 1, 2, ..., X".

*Se denominarán el total de ellas consecutivamente ("Consulta 1, 2, ..., X") agrupando en cada circuito las que le correspondan.

2. SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES CON ADMISIÓN DIFERENCIADA Y MONOGRÁFICOS

Los pacientes son admitidos y clasificados en puestos diferenciados en función de su edad o tipo de patología (Hospitales Generales de Adultos, Maternales, Infantiles o Neurotraumatológicos). A partir de ahí siguen un circuito diferenciado física y funcionalmente según sus requerimientos.

1. Servicio de Urgencias General con Admisión Diferenciada

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
Servicio de Urgencias General	ÁREA DE ADMISIÓN		
	ÁREA DE CLASIFICACIÓN	Definir las consultas existentes ("Clasificación 1, 2, ..., X")	
	ÁREA DE CONSULTAS	Circuito de Críticos	"Puesto 1, 2, ..., X"
		Circuito de Atención Básica	Consultas*
		Circuito Polivalente	Consultas*
		Circuito Traumatológico **	Consultas*
	ÁREA DE OBSERVACIÓN	OBS Camas	Definir las camas estructurales: "Cama 1, 2, ..., X".
OBS Sillones		Definir los sillones estructurales: "Sillón 1, 2, ..., X".	

*Se denominarán el total de ellas consecutivamente ("Consulta 1, 2, ..., X") agrupando en cada circuito las que le correspondan.

**Excepto en Hospitales que no atiendan este tipo de pacientes.

2. Servicio de Urgencias Pediátrico

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
Servicio de Urgencias Pediátrico	ÁREA DE ADMISIÓN		
	ÁREA DE CLASIFICACIÓN	Definir las consultas existentes ("Clasificación 1, 2, ..., X")	
	ÁREA DE CONSULTAS	Circuito de Críticos	"Puesto 1, 2, ..., X"
		Circuito de Atención Básica	Consultas*
		Circuito Polivalente	Consultas*
		Circuito Traumatológico**	Consultas*
	ÁREA DE OBSERVACIÓN	OBS Camas	Definir las camas estructurales: "Cama 1, 2, ..., X".
OBS Sillones		Definir los sillones estructurales: "Sillón 1, 2, ..., X".	

*Se denominarán el total de ellas consecutivamente ("Consulta 1, 2, ..., X") agrupando en cada circuito las que le correspondan.

**Excepto en Hospitales que no atiendan este tipo de pacientes.

3. Servicio de Urgencias Obstétrico-Ginecológico

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
Servicio de Urgencias Obstétrico-Ginecológico	ÁREA DE ADMISIÓN		
	ÁREA DE CLASIFICACIÓN	Definir las consultas existentes ("Clasificación 1, 2, ..., X")	
	ÁREA DE CONSULTAS	Circuito de Críticos	"Puesto 1, 2, ..., X"
		Circuito de Atención Básica	Consultas*
		Circuito Polivalente	Consultas*
	ÁREA DE OBSERVACIÓN	OBS Camas	Definir las camas estructurales: "Cama 1, 2, ..., X".
		OBS Sillones	Definir los sillones estructurales: "Sillón 1, 2, ..., X".

*Se denominarán el total de ellas consecutivamente ("Consulta 1, 2, ..., X") agrupando en cada circuito las que le correspondan.

4. Servicio de Urgencias Neuro-Traumatológico

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV	
Servicio de Urgencias Neuro-Traumatológico	ÁREA DE ADMISIÓN			
	ÁREA DE CLASIFICACIÓN	Definir las consultas existentes ("Clasificación 1, 2, ..., X")		
	ÁREA DE CONSULTAS	Circuito de Críticos		"Puesto 1, 2, ..., X"
		Circuito de Atención Básica		Consultas*
		Circuito Polivalente		Consultas*
		Circuito Pediátrico**		Consultas*
ÁREA DE OBSERVACIÓN	OBS Camas		Definir las camas estructurales: "Cama 1, 2, ..., X".	
	OBS Sillones		Definir los sillones estructurales: "Sillón 1, 2, ..., X".	

*Se denominarán el total de ellas consecutivamente ("Consulta 1, 2, ..., X") agrupando en cada circuito las que le correspondan.

**Excepto en Hospitales que no atiendan este tipo de pacientes.

Por último, si en cualquiera de los tipos de Hospital mencionados se admitieran y clasificaran pacientes con una patología concreta que **no** fuesen asistidos directamente por los facultativos de urgencias, es necesario crear un circuito funcional específico para ellos en el área de consultas. Por ejemplo, en aquellos hospitales en los que se admitan y clasifiquen pacientes con patología oftalmológica u otorrinolaringológica que sean asistidos directamente por el especialista correspondiente se creará un Circuito Oftalmológico u ORL dentro del área de consultas, independientemente del lugar físico donde sean atendidos.

Igualmente, en aquellos centros en los que por su diseño puedan existir consultas que presten asistencia a más de un circuito, éstas se denominarán en estructura de igual forma, añadiendo al número de la consulta las iniciales del circuito de que se trate. Por ejemplo, si en estructura tenemos definida la "Consulta 1" que presta asistencia tanto al circuito de atención básica como al circuito polivalente, ésta quedará reflejada en el nivel IV como "Consulta 1AB" en el circuito de atención básica y como "Consulta 1POL" en el polivalente. Las siglas para cada uno de los circuitos serían: "AB" para el de Atención Básica, "POL" para el Polivalente, "TRA" para el Traumatológico, "PED" para el Pediátrico y "OG" para el Obstétrico-Ginecológico.

CRITERIOS EN EL DISEÑO DE LA CARTELERÍA EN URGENCIAS

La cartelería en Urgencias se realizará de acuerdo con las recomendaciones corporativas y en los siguientes términos:

"Área de Admisión": Identifica la zona destinada a la admisión de pacientes.

"Área de Clasificación": Identifica la zona de entrada destinada a la clasificación. De disponer de más de una consulta para este fin, se denominarán sucesivamente "Clasificación 1", "Clasificación 2", ...etc.

"Circuito de Críticos": Identificará la sala destinada a la atención de pacientes con prioridad 1. Los puestos existentes dentro de ella se numerarán sucesivamente ("1", "2"...).

Cuando se disponga de zonas diferenciadas estructuralmente que permitan la identificación de los distintos **circuitos asistenciales** dentro del Área de Consultas, éstas se denominarán:

"Circuito de Atención Básica"

"Circuito Polivalente"

"Circuito Traumatológico"

"Circuito Pediátrico"

"Circuito Obstétrico-Ginecológico"

Todas las **consultas** disponibles se denominarán y numerarán sucesivamente ("Consulta 1", "Consulta 2"...). Cuando se encuentren agrupadas por áreas en función de los circuitos como se ha indicado anteriormente, no será necesario mayor detalle en su identificación. Sin embargo, cuando por el diseño estructural del Servicio ello no sea posible, se añadirá el nombre del circuito al que presten atención debajo del nombre de la consulta. En el circuito traumatológico se identificarán debajo del nombre de las consultas la "Sala de yesos" y la "Sala de curas". Igualmente, de existir consultas destinadas a patologías concretas, éstas se identificarán debajo del nombre de la consulta ("ORL", "Oftalmología", "Psiquiatría..."), debiendo quedar funcionalmente incluidas en el circuito de Atención Básica o Polivalente en cualquier caso.

"Sala de Aislamiento": destinada a pacientes que deban permanecer aislados desde un punto de vista clínico o social.

"Sala de Información": destinada a la información a familiares.

"Sala de Espera": Se identificarán con números o con el nombre del circuito asistencial al que pertenecen debajo, en función del diseño estructural del Servicio.

"Área de Observación": Define el área destinada a albergar las camas y sillones de observación.

"Observación Camas": Las camas existentes se identificarán con números.

"Observación Sillones": Los sillones existentes se identificarán con números.

DEFINICIÓN DE TIEMPOS

1. Tiempo de espera de Admisión (TEA)

Es el periodo de tiempo que transcurre entre la llegada del paciente a Urgencias y la apertura del registro de Admisión. En la actualidad no es computable.

2. Tiempo de Admisión (TA)

Es el tiempo que transcurre entre la apertura del registro de Admisión y el cierre del mismo. En la actualidad no es computable.

3. Tiempo de espera de Clasificación (TECLA)

Periodo que va desde el cierre de Admisión hasta el inicio del *triaje* (apertura de la hoja de *triaje*), expresado en minutos. Indica la demora que existe para iniciar el proceso de clasificación en la que influye el flujo de pacientes y la destreza del operador en el proceso de *triaje*.

4. Tiempo de Clasificación (TICLA)

Periodo que va desde el inicio del *triaje* (apertura de la hoja de *triaje*) hasta el cierre del mismo. Expresado en minutos. Es decir, es el tiempo que se tarda en realizar el proceso de clasificación completo, incluida la asignación del nivel de prioridad y la asignación del circuito asistencial y facultativo que va a asistir al paciente. Depende fundamentalmente de la competencia y experiencia de la enfermera que lo realice y del sistema estructurado seleccionado.

5. Tiempo de espera de 1ª Consulta Facultativa (TEPCOF)

Es el tiempo que transcurre desde el cierre del *triaje* hasta la primera anotación médica en la historia, que puede ser referente a la anamnesis o a la exploración.

6. Tiempo de asistencia médica en consulta (TAMCO)

Es el tiempo que transcurre desde la primera anotación médica en la historia, que puede ser referente a la anamnesis o a la exploración, hasta que se "*decide*" el alta del paciente o su ingreso en hospitalización. Para pacientes que ingresan en Observación es el tiempo que transcurre desde la 1ª anotación médica en la historia, que puede ser referente a la anamnesis o a la exploración, hasta que el paciente es puesto en el estado "en espera de Observación". Expresado en horas. Una vez finalizada la asistencia, el médico debe activar en Diraya el *slot* "alta sin salida inmediata" para que el sistema establezca el final en el registro en aquellos casos en los que la salida del paciente no se vaya a realizar de manera inmediata, generalmente cuando el alta sea por ingreso en hospitalización, derivación a otro centro hospitalario o necesite ambulancia para el traslado a su domicilio.

Durante este período de tiempo se producen otros eventos propios de la asistencia médica, que podrían ser medidos si se utilizan adecuadamente los diferentes estados del operacional de Diraya, como el **tiempo de espera de interconsulta**, el **tiempo de espera de realización de pruebas complementarias**, el **tiempo de espera de evolución** y el **tiempo de espera de procedimiento terapéutico**.

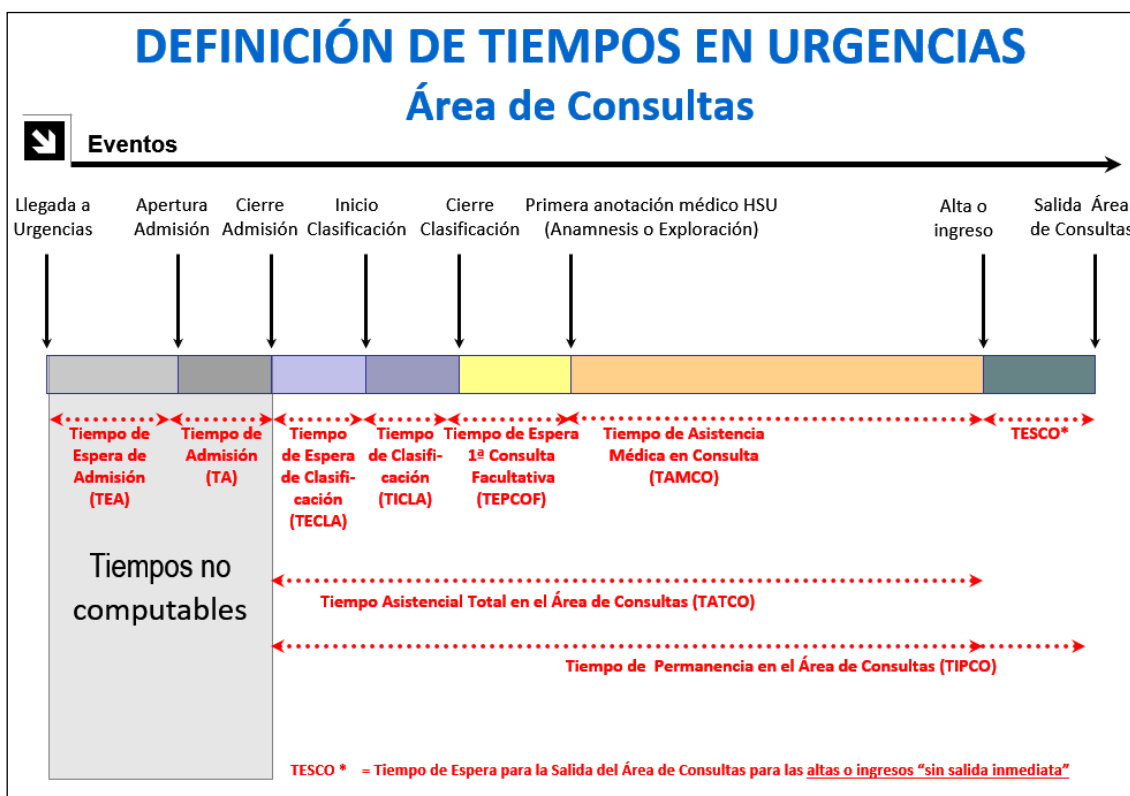
7. Tiempo asistencial total en el Área de Consultas (TATCO)

Es el tiempo que transcurre desde que el paciente es admitido (cierre Admisión) hasta que se le da el alta (con o sin salida inmediata) o es puesto en el estado "en espera de Observación", en su caso. Expresado en horas. Es el tiempo durante el cual el paciente recibe asistencia sanitaria y/o espera algún evento relacionado con ésta, en el Área de Consultas. Incluye los tiempos de espera de clasificación, de clasificación, de espera de 1ª consulta facultativa y de asistencia médica en consulta.

8. Tiempo de espera para la salida del Área de Consultas (TESCO)

Es el tiempo que transcurre en el Área de Consultas desde el alta hasta la salida efectiva del paciente de esta área. Expresado en horas. Es por tanto un indicador que mide tiempo no asistencial, ya que el proceso asistencial ha finalizado, durante el cual el paciente está en espera de ambulancia, de cama en planta de hospitalización, de traslado a otro centro, de espera a familiar, etc. Obsérvese que este tiempo de salida es el tramo no asistencial del Tiempo de permanencia en el Área de Consultas (ver punto 9).

Para poder medirlo de una forma efectiva, se necesita que cuando el paciente tras el alta no vaya a tener una salida inmediata del Servicio, se active el *slot* "Alta sin salida inmediata" en Diraya y que, en este caso, el administrativo de Admisión deshabilite la marca de "salida inmediata" cuando el paciente se marche efectivamente a su domicilio, a otro hospital o a su planta de hospitalización. En su computo no serán incluidos los pacientes que hayan pasado por el Área de Observación.



9. Tiempo de permanencia en el Área de Consultas (TIPCO)

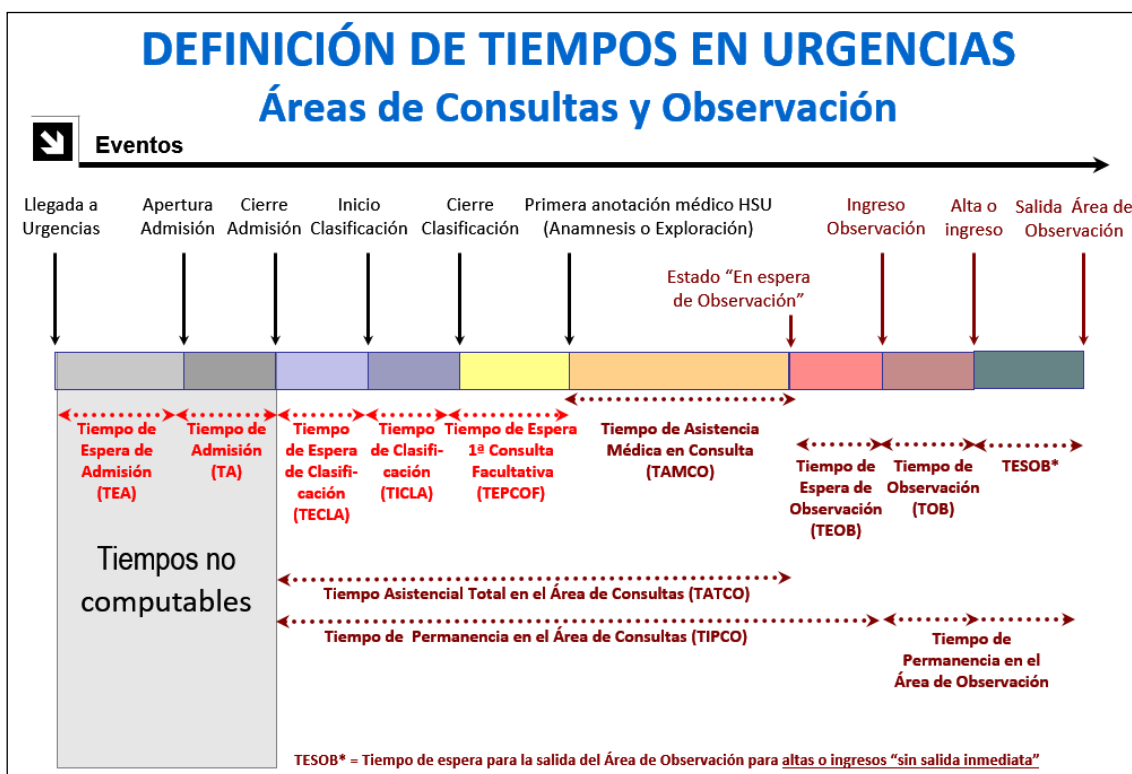
Es el tiempo que transcurre entre el cierre de Admisión (final del registro) y el momento en que el paciente abandona efectivamente el Área de Consultas (salida inmediata por alta o ingreso efectivo en Observación). Expresado en horas. A diferencia del tiempo asistencial total en el Área de Consultas, no sólo incluye tiempo asistencial, sino una vez concluido éste, tiempo no asistencial como es el tiempo de espera para abandonar definitivamente el Área (de ambulancia, de cama en planta de hospitalización, de traslado a otro centro, de espera para ingreso en el Área de Observación, entre otros).

Cuando se produce un ingreso en Observación (camas o sillones), se generan cuatro tiempos nuevos:

10. Tiempo de espera para la entrada en Observación (TEOB)

Es el tiempo durante el cual el paciente permanece en el estado "en espera de Observación", pendiente de ingreso en esta área. Expresado en minutos. Concluye con la adjudicación al paciente de una cama o sillón de observación.

Hay que tener en cuenta que los "estados" del paciente en la aplicación Diraya son puestos manualmente por el operador, excepto el estado "clasificado" tras culminar el proceso de clasificación. Por tanto, este tiempo puede estar sesgado por el hecho de que el operador se demore en la asignación del estado "en espera de Observación" u obvie dicha asignación, en cuyo caso este tiempo sería cero.



11. Tiempo de Observación (TOB)

Es el tiempo que transcurre entre el ingreso del paciente en Observación (asignación de ubicación en cama o sillón por el operador) y la "decisión" de alta. Para poder medirlo de una forma efectiva, se necesita que cuando el paciente tras el alta no vaya a tener una salida inmediata del Servicio, por las razones ya expuestas en el Área de Consultas (ambulancia, traslado o ingreso en planta) se active el *slot* "Alta sin salida inmediata" en Diraya.

12. Tiempo de espera para la salida del Área de Observación (TESOB)

Es el tiempo que transcurre desde que se toma la decisión de alta de Observación hasta que el paciente sale efectivamente del Servicio de Urgencias, o sea, se va a su domicilio por medios propios o transporte sanitario o pasa a planta. Este tiempo de salida concluye cuando Admisión deshabilita el *slot* de "alta sin salida inmediata" en su caso.

13. Tiempo de permanencia en el Área de Observación (TIPOB)

Es el tiempo que transcurre entre el ingreso efectivo del paciente en Observación (adjudicación de cama o sillón) y el momento en que sale realmente de esta área. Es decir, es el tiempo de Observación más el tiempo de espera para la salida del Área de Observación.

14. Índice de eficiencia en Urgencias (Índice de Martina)

Es el cociente o razón entre la suma de tiempos de asistencia directa al paciente (4, 6 y 11 en su caso) que constituyen el numerador, y la de los tiempos de espera sin asistencia directa (3, 5, 8, y 10 y 12 en su caso) que constituyen el denominador.

Anexo 3. Cuadro de Mando de los Servicios de Urgencias de Hospital

Cuadro de Mando de los Servicios de Urgencias de Hospital

Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

Autores:

Luis Jiménez Murillo
José Manuel Calderón de la Barca Gázquez
Francisco Javier Montero Pérez
Martín Tejedor Fernández

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el desarrollo de las aplicaciones corporativas del Sistema Sanitario Público de Andalucía permite la explotación de una serie de datos objetivos relacionados con la actividad asistencial y la elaboración de un Cuadro de Mando como herramienta imprescindible para la adecuada gestión de los Servicios de Urgencias de Hospitales.

Los indicadores relacionados en este documento, un número limitado de manera intencionada, son los considerados actualmente como esenciales por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias para su uso por parte de los responsables de los Servicios, los gestores del centro y el equipo de dirección del Plan.

Como recomendación general, los resultados deben analizarse, como mínimo, mensualmente, debiéndose hacer partícipes a los profesionales tanto de los datos obtenidos como de su análisis. Se sugiere que la retroalimentación de la información obtenida se garantice a través de sesiones clínicas o algún procedimiento similar.

Inicialmente, para el cálculo de los indicadores propuestos se excluirán del conjunto de datos los casos con valores atípicos (*“outliers”*) fuera de rango, especificándose en cada uno de aquellos su nivel de corte. Los valores atípicos son observaciones que suelen ser debidas a errores de medición. Una vez se disponga de datos validados en sucesivas mediciones, se plantearán de nuevo los límites para el corte. Se debe poner especial atención a aquellos casos extremos pero que sean reales, que deben ser considerados como *“casos centinela”* y proceder a su análisis causal detenido.

En el presente documento todas las unidades de los indicadores de tiempos se refieren a minutos y las fracciones de éstos. Un mayor detalle en la descripción de los mismos puede consultarse en el documento *“Glosario de términos y estructura funcional de los Servicios de Urgencias y Emergencias”*.

ACTIVIDAD GENERAL

Población de referencia. Es la población asignada al hospital o área de gestión sanitaria para prestar la asistencia urgente.

Asistencias. Es el número urgencias atendidas en el Servicio en el periodo que corresponda. Incluye a todos los pacientes que hayan sido admitidos administrativamente, aunque hayan abandonado el Servicio sin ser clasificados o atendidos por el médico.

Frecuentación. Es el número de asistencias anuales realizadas por cada mil personas de la población de referencia asignada.

Fugas. Es el número de pacientes que, habiendo sido registrados en Admisión, abandonan el Servicio de Urgencias del Hospital en cualquier momento, sin haber finalizado totalmente su proceso de asistencia.

Ingresos urgentes. Es el porcentaje de ingresos urgentes sobre el total de asistencias realizadas por el Servicio. Incluye a los pacientes derivados para ingreso a otros centros del mismo complejo donde se encuentra el Servicio de Urgencias.

ACTIVIDAD POR CIRCUITOS ASISTENCIALES

Actividad Circuito de Críticos. Porcentaje de asistencias realizadas en el circuito de críticos sobre el total de asistidos en el periodo que corresponda.

Actividad Circuito de Atención Básica. Porcentaje de asistencias realizadas en el circuito de atención básica sobre el total de asistidos en el periodo que corresponda.

Actividad Circuito Polivalente. Porcentaje de asistencias realizadas en el circuito polivalente sobre el total de asistidos en el periodo que corresponda.

Actividad Circuito Traumatológico. Porcentaje de asistencias realizadas en el circuito traumatológico sobre el total de asistidos en el periodo que corresponda.

Actividad Circuito Pediátrico. Porcentaje de asistencias realizadas en el circuito pediátrico sobre el total de asistidos en el periodo que corresponda.

Actividad Circuito Obstétrico-Ginecológico. Porcentaje de asistencias realizadas en el circuito Obstétrico-Ginecológico sobre el total de asistidos en el periodo que corresponda.

ÁREA DE CLASIFICACIÓN (“Triaje”)

Tiempo de espera de Clasificación (TECLA). Es el promedio de tiempo del período que va desde el cierre de admisión hasta el inicio de la clasificación (apertura de la hoja de *clasificación*). Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 60 minutos.

Tiempos de espera de Clasificación ≤ 10 minutos. Es el porcentaje de asistencias cuyo TECLA es menor o igual a 10 minutos. Son excluidos para el cálculo los tiempos superiores a 60 minutos. El estándar óptimo establece que este porcentaje debe sobrepasar el 90% de los pacientes.

Tiempo de Clasificación (TICLA). Es el promedio de tiempo del período que va desde el inicio de la *clasificación* (apertura de la hoja de la *clasificación*) hasta su cierre. Se excluyen para su cálculo los tiempos superiores a 30 minutos.

Tiempos de Clasificación ≤ 5 minutos. Es el porcentaje de asistencias cuyo TICLA es menor o igual a 5 minutos. Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 30 minutos. El estándar óptimo establece que este porcentaje debe sobrepasar el 95% de los pacientes.

Asistencias por nivel de prioridad. Es el porcentaje de asistencias clasificadas de una determinada prioridad sobre el total de asistencias en el periodo que corresponda. Se estratifican por cada uno de los niveles de prioridad.

Ingresos urgentes por prioridad. Es el porcentaje de ingresos urgentes en cada nivel de prioridad sobre el total de asistencias de la misma en el periodo que corresponda.

ÁREA DE CONSULTAS

Tiempo de espera de Primera Consulta Facultativa (TEPCOF) por prioridad. Es el tiempo promedio, para un periodo dado, que transcurre desde el cierre de la clasificación hasta la primera anotación médica en la historia, que puede ser referente a la anamnesis o a la exploración. Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 12 horas, así como las prioridades 1 por entender que en éstas la atención del paciente es inmediata prevaleciendo esta ante cualquier anotación en la historia.

TIEMPOS DE ESPERA MÁXIMOS POR PRIORIDAD Y ESTÁNDAR		
TEPCOF P2	15 min	80%
TEPCOF P3	60 min	80%
TEPCOF P4	100 min	80%
TEPCOF P5	120 min	80%

Tiempo de asistencia médica en consulta (TAMCO) por prioridad. Es el promedio de tiempo que transcurre desde la primera anotación médica en la historia, que puede ser referente a la anamnesis o a la exploración, hasta que se adopta la "decisión" de alta del paciente, bien a domicilio o por ingreso en hospitalización, o el paciente es puesto en el estado "en espera de Observación" para aquellos casos en los que se haya decidido el pase del paciente a esta área. Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 12 horas.

Tiempo asistencial total en el Área de Consultas (TATCO). Es el promedio del tiempo que transcurre desde que el paciente es admitido (cierre de Admisión) hasta que se le da el alta ("con o sin salida inmediata") o es puesto en el estado "en espera de Observación", en su caso. Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 12 horas.

Tiempo de asistencial total en el Área de Consultas (TATCO) \leq 4 horas. Es el porcentaje de asistencias cuyo TATCO es menor o igual a las 4 horas. El estándar que se pretende alcanzar es que más del 80% de los pacientes tengan un TATCO menor o igual a las 4 h.

Tiempo de espera para la salida del Área de Consultas (TESCO). Es el promedio del tiempo que transcurre en el Área de Consultas desde que el médico da el alta del paciente, a domicilio o por hospitalización, hasta la salida efectiva del enfermo de esta área. Este tiempo de salida concluye cuando Admisión deshabilita el *slot* de "alta sin salida inmediata" en su caso. Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 12 horas. En su cómputo no serán incluidos los pacientes que hayan pasado por el Área de Observación y se diferenciará un TESCO de pacientes con ingreso y otro para pacientes no ingresados.

Tiempos de espera para la salida del Área de Consultas (TESCO) en pacientes con ingreso < 6 horas. Es el porcentaje de pacientes que ingresan en hospitalización procedentes del Área de Consultas con un TESCO menor de 6 horas. El estándar óptimo establece que este porcentaje debe sobrepasar el 80% de los pacientes.

Tiempo de permanencia en el Área de Consultas (TIPCO). Es el promedio de tiempo que transcurre entre el cierre de Admisión (final del registro) y el momento en que el paciente abandona efectivamente el Área de Consultas (salida inmediata por alta o ingreso en planta de hospitalización, o ingreso efectivo en Observación). Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 24 horas.

ÁREA DE OBSERVACIÓN

Ingresos en Observación. Porcentaje de pacientes que ingresan en el Área de Observación (camas y sillones), sobre el total de asistidos en ese día. El estándar que se pretende alcanzar está entre el 7,5 y 15%.

Ingresos en Observación-camas. Porcentaje de pacientes que ingresan en la zona de Observación-camas, sobre el total de asistidos en ese día.

Ingresos en Observación-sillones. Porcentaje de pacientes que ingresan en la zona de Observación -sillones, sobre el total de asistidos en ese día.

Ingresos en planta desde el Área de Observación. Porcentaje de pacientes que ingresan en hospitalización desde el Área de Observación (zona de camas más la zona de sillones), sobre el total de pacientes ingresados ese día en dicha área. El estándar que se pretende alcanzar está entre el 45 y 55%.

Tiempo de espera para la entrada en Observación (TEOB). Es el promedio del tiempo durante el cual el paciente permanece en el estado "en espera de Observación", pendiente de ingreso en esta área. Concluye con la adjudicación al paciente de una ubicación de cama o sillón de

observación. Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 4 horas. El estándar que se pretende alcanzar es que más del 80% de los pacientes lo hagan en un plazo de tiempo menor o igual a 60 minutos.

Tiempo de Observación (TOB). Es el promedio de tiempo que transcurre entre el ingreso del paciente en Observación (asignación de ubicación en cama o sillón por el operador) y la "decisión" de alta (no la salida efectiva). No se considerarán los tiempos superiores a 7 días.

Pacientes con Tiempo de Observación Camas (TOB Camas) inferior a 24 horas. Es el porcentaje de pacientes con un TOB Camas inferior a 24 horas. El estándar que se pretende alcanzar es que sea inferior en más del 80% de los pacientes.

Pacientes con Tiempo de Observación Sillones (TOB Sillones) inferior a 12 horas. Es el porcentaje de pacientes con un TOB Sillones inferior a 12 horas. El estándar que se pretende alcanzar es que sea inferior en más del 80% de los pacientes.

Tiempo de espera para la salida del Área de Observación (TESOB). Es el promedio de tiempo que transcurre desde que se toma la decisión de alta de Observación hasta que el paciente sale efectivamente del Servicio de Urgencias, o sea, se va a su domicilio por medios propios o transporte sanitario o pasa a planta. Este tiempo de salida concluye cuando Admisión deshabilita el slot de "alta sin salida inmediata" en su caso. No se considerarán los tiempos superiores a 7 días.

- **Tiempo de espera para la salida del Área de Observación para pacientes que ingresan en hospitalización.** Es el promedio de tiempo que transcurre desde que se toma la decisión de ingreso en el hospital de un paciente que está en Observación hasta que este sale efectivamente del Servicio de Urgencias hacia la planta de hospitalización. El estándar que se pretende alcanzar es que más del 80% de los pacientes tengan un TESOB inferior a las 8 horas.
- **Tiempo de espera para la salida del Área de Observación para pacientes que no ingresan en hospitalización.** Es el promedio de tiempo que transcurre desde que se toma la decisión de alta de un paciente que está en Observación hasta que este sale efectivamente del Servicio de Urgencias con un destino diferente al de ingreso en el mismo hospital. El estándar que se pretende alcanzar es que más del 80% de los pacientes tengan un TESOB inferior a las 4 horas.

Tiempo de permanencia en el Área de Observación (TIPOB). Es el promedio de tiempo que transcurre entre el ingreso efectivo del paciente en Observación (adjudicación de cama o sillón) y el momento en que sale realmente de esta área. Es decir, es el tiempo de Observación más el tiempo de espera para la salida del Área de Observación. Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 7 días.

EFICIENCIA

Índice de eficiencia en Urgencias (Índice de Martina)

Es el cociente o razón entre la suma de tiempos de asistencia directa al paciente: tiempo de clasificación + tiempo de asistencia médica en consulta + tiempo de observación (en su caso) que constituyen el numerador y la de los tiempos de espera sin asistencia directa: tiempo de espera de clasificación + tiempo de espera de primera consulta facultativa + tiempo de espera para la salida del área de consultas + tiempo de espera para la entrada en observación y tiempo de espera para la salida de observación (estos dos últimos cuando corresponda) que constituyen el denominador. Aún no se dispone de estándares ni de objetivos. Inicialmente se medirá para

la totalidad de los pacientes (hayan pasado por observación o no).

INDICADORES DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS TIEMPO-DEPENDIENTES

Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST). Porcentaje de pacientes con activación del código SCACEST sobre el total de pacientes atendidos por SCACEST con criterios de activación.

Ictus isquémico agudo. Porcentaje de pacientes con activación del código Ictus sobre el total de pacientes atendidos por ictus agudo con criterios de activación.

Sepsis grave. Porcentaje de pacientes con activación del código Sepsis Grave sobre el total de pacientes atendidos por sepsis grave con criterios de activación.

Trauma grave. Porcentaje de pacientes con activación de “Código Trauma Grave” sobre el total de traumas graves. A efectos de este indicador se considerará trauma grave con criterios de activación del Código Trauma Grave, una puntuación del Trauma Score < 12.

CALIDAD PERCIBIDA

Reclamaciones. Es el número de reclamaciones escritas que recibe el Servicio de Urgencias del Hospital en el periodo.

Tasa de reclamaciones. Es el número de reclamaciones escritas que recibe el Servicio de Urgencias del Hospital en el periodo, por cada mil asistencias.