

# Indicadores Pediátricos

para medir los criterios  
de calidad de la  
atención sanitaria

Avalado



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



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



Este documento es una adaptación al ámbito pediátrico de la publicación:  
Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura R M<sup>a</sup>, Suñol R, Tomas S. Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de l'atenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de tecnologia i recerca mèdiques.Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat social. Generalitat de Catalunya.Juny 2001.



## **SERVICIOS DE URGENCIA**

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

*SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA (SEUP)*

### GRUPO DE TRABAJO DE INDICADORES DE CALIDAD

#### **Coordinador**

**C. Luaces.**

*Hospital Sant Joan de Déu.  
Esplugues. Barcelona.*

#### **Participantes**

**J. Benito.**

*Hospital de Cruces. Vizcaya.*

**F. Ferrés.**

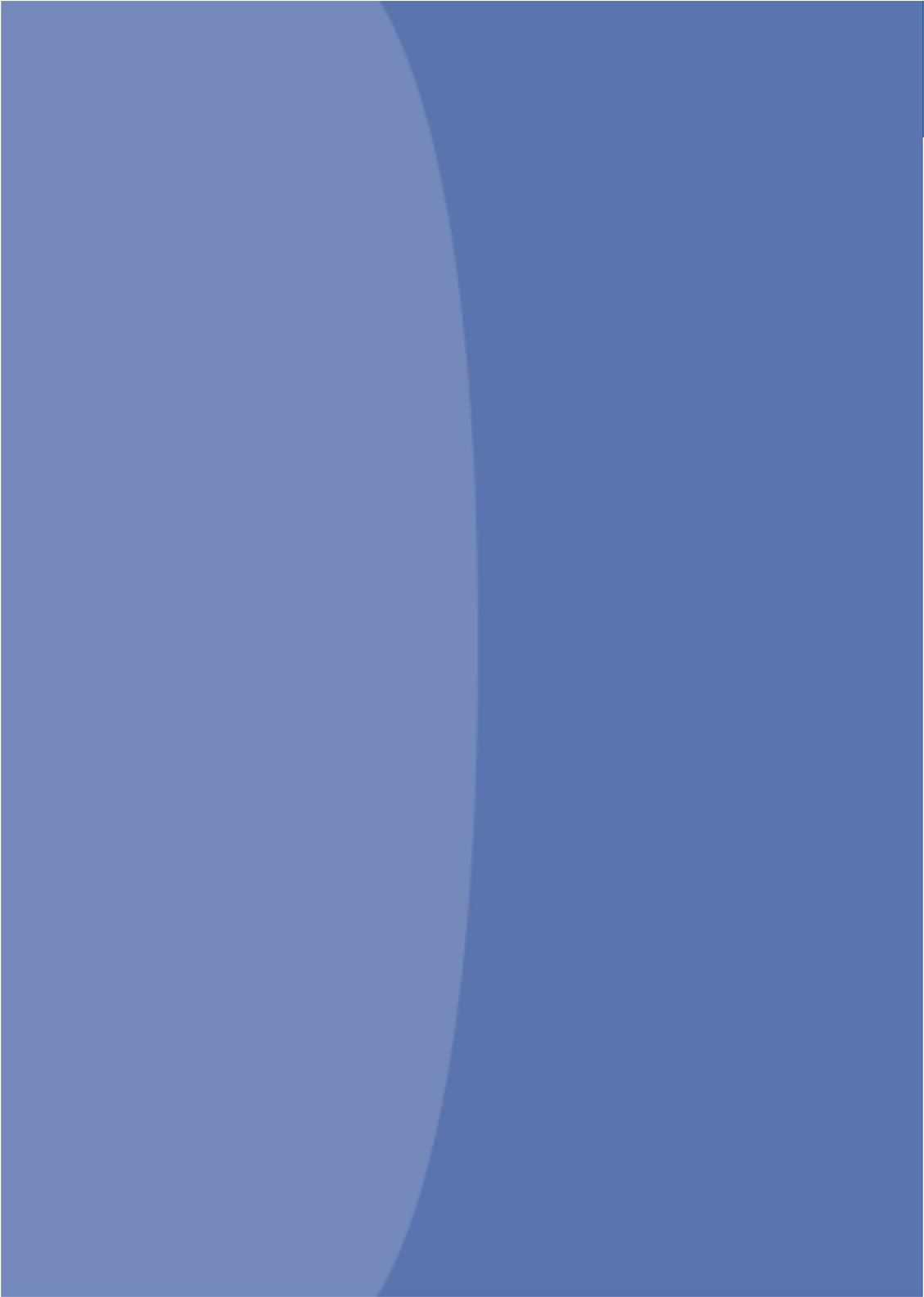
*Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.*

**A. González.**

*Hospital de Basurto. Vizcaya.*

**V. Sebastián.**

*Instituto Valenciano de Pediatría. Valencia.*



La OMS define como urgencia “ la aparición fortuita en cualquier sitio de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad de atención por parte del sujeto o su familia” . A partir de este concepto la demanda a los servicios de urgencias hospitalarias ha experimentado un incremento muy importante<sup>1</sup>. Este hecho ha provocado que, en ocasiones, el proceso asistencial en las áreas de urgencias, se realice con unos déficits funcionales y /o estructurales y que los profesionales que trabajan en urgencias se vean sometidos a una enorme presión que incide también en forma negativa en el mencionado proceso asistencial. Además, es evidente que entre los diferentes servicios de urgencias encargados de atender esta demanda existe una gran variabilidad tanto en su estructura como en su organización, actividad y gestión.

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

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

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

## INTRODUCCIÓN

En nuestro entorno, ya existen excelentes iniciativas en el campo de la elaboración y aplicación de Indicadores de Calidad en los servicios de Urgencias de adultos ; hay propuestas del Grupo de Trabajo de SEMES-Insalud<sup>2</sup>, del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias<sup>3</sup> y del grupo de Trabajo de la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias en colaboración con la Fundación Avedis-Donabedian (SCME-FAD)<sup>4</sup>. Esta última propuesta, se ha realizado con la financiación de la Agencia de Evaluación de tecnología médica (AATM) y tiene como objetivo definir unos indicadores de calidad en los servicios de urgencias. Con este trabajo, se ha diseñado un sistema de monitorización para la medida y evaluación periódica de los Servicios de Urgencias mediante indicadores. Una vez definidos estos indicadores se podrá establecer un sistema de evaluación.

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

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

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

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

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

La Metodología y definiciones utilizadas para crear y / o modificar cada indicador es la misma que ha utilizado el Grupo de trabajo de Definición de Indicadores y que se describe en el documento de la SCME-FAD<sup>4</sup>. A continuación y con el objeto de facilitar la comprensión e interpretación de los Indicadores, se describen los aspectos más relevantes de la metodología y definiciones<sup>4</sup>.

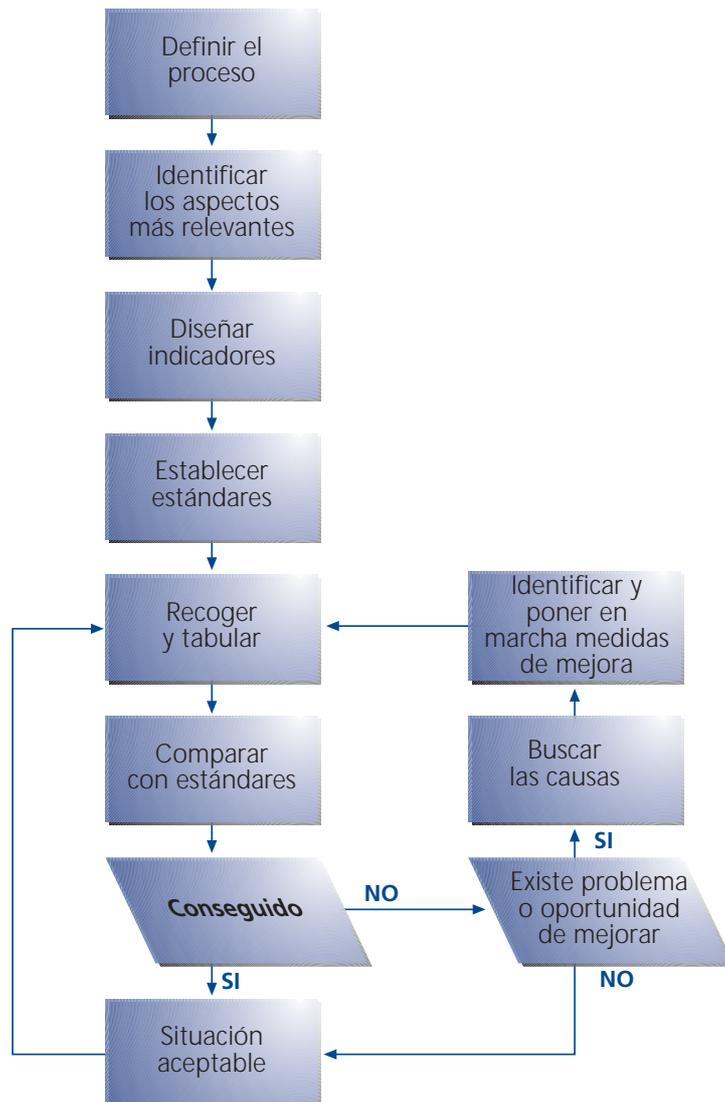
## 1. CARACTERISTICAS DE UN INDICADOR DE CALIDAD

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

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

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

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



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

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

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

### 2.3 Diseño de los Indicadores de Calidad (a)

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

### Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

**Justificación:** utilidad del indicador como medida de calidad.

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

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

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

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

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

*Proceso: forma en la que se desarrolla la atención.*

*Resultado: consecuencias de la atención.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Prevalencia: frecuencia de presentación del proceso.*

*Variabilidad: grado de variabilidad de la práctica clínica actual en cuanto al proceso diagnóstico y / o terapéutico.*

#### Resultados

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

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

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

## PATOLOGÍAS

### Digestivo

1. Pruebas de coagulación en el dolor abdominal . . . . . 20
2. Demora en el diagnóstico y tratamiento de la invaginación intestinal . . . . . 21
3. Uso de la rehidratación endovenosa en pacientes deshidratados con gastroenteritis aguda . . . . . 22

### Endocrino

4. Seguridad en el tratamiento de la cetoacidosis diabética . . . . . 23
5. Glucemia capilar precoz en el coma hipoglicémico . . . . . 24

### Genito-Urinario

6. Demora en la intervención por torsión testicular . . . . . 25

### Infecciones

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

### Neurología

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

### ORL / Oftalmología

15. Valoración hemodinámica de las epistaxis . . . . . 34

### Neumología

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

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

### Psiquiatría

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

### Traumatología / Muscosquelética

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

### ACTIVIDADES

#### Clasificación (TRIAGE)

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

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

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

**Salas de radiología**

- 83. Tiempo de demora en la radiología simple .....109
- 84. Adecuación salas de RX en urgencias .....110

**Laboratorio**

- 85. Tiempo de respuesta de las analíticas .....111
- 86. Rechazo de la analítica solicitada .....112

**Áreas de servicio (almacen, farmacia...)**

- 87. Rotura de stock de la farmacia de urgencias .....113
- 88. Correspondencia de mórficos .....114
- 89. Lencería en mal estado .....115

### 1. Pruebas de coagulación en el dolor abdominal

<b>Dimensión</b>	Eficiencia.
<b>Justificación</b>	La petición de analítica ha de estar orientada en los supuestos diagnósticos más probables en cada caso evitando las baterías de rutina que comportan sobrecarga de trabajo en el laboratorio y urgencias, disminución de la agudeza diagnóstica y demoras.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de dolor abdominal y dados de alta con pruebas de coagulación realizadas.}}{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de dolor abdominal y dados de alta.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pruebas de coagulación:</b> tiempos de cefalina, Quick y fibrinógeno. Las plaquetas se determinan automáticamente al determinar el hemograma.</li> </ul>
<b>Población</b>	<p>Todos los pacientes dados de alta de urgencias con diagnóstico de dolor abdominal, durante el período revisado.</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con coagulopatía de base.</li> <li>- Pacientes con tratamiento anticoagulante.</li> <li>- Altas por ingreso, traslados o éxitus.</li> </ul>
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	5%.
<b>Comentarios</b>	

## 2. Demora del diagnóstico y tratamiento de la invaginación intestinal

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

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

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

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

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

### 5. Glucemia capilar precoz en el coma hipoglucémico

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

## 6. Demora en la intervención por torsión testicular

<b>Dimensión</b>	Riesgo. Efectividad.
<b>Justificación</b>	La viabilidad del testículo torsionado disminuye drásticamente a partir de las 6 horas de sintomatología.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con torsión testicular operados con más de 6 horas de desde el inicio de síntomas.}}{\text{Nº de pacientes diagnosticados de torsión testicular.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	
<b>Población</b>	<p>Pacientes que acuden a urgencias por torsión testicular, durante el periodo revisado.</p> <p>Criterio de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes que llegan a urgencias después de las 6 horas del inicio de los síntomas.</li> </ul>
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	Tendencia a 0.
<b>Comentarios</b>	Hay que tener claro que el periodo de 6 horas se puede ver influenciado claramente por la demora del paciente en acudir a urgencias.

## PATOLOGÍAS

### INFECCIONES - ADAPTACIÓN PEDIÁTRICA (AP)

#### 7. Demora en el inicio del tratamiento antibiótico

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

### 8. Tratamiento antibiótico en el síndrome febril de origen viral

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

### 9. Gastroenteritis tratadas con antibióticos

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

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

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

### 11. Urocultivo de infecciones urinarias

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

## 12. Manejo ambulatorio de la sospecha de Meningitis vírica

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

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

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

#### 14. Hospitalización de pacientes diagnosticados de convulsión febril típica

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

### 15. Valoración hemodinámica de las epistaxis

<b>Dimensión</b>	Riesgo. Efectividad.
<b>Justificación</b>	La valoración hemodinámica de toda hemorragia es obligatoria ya que da una visión de las posibles pérdidas de sangre y, por tanto, de su gravedad.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con epistaxis y valoración hemodinámica.}}{\text{Nº de pacientes con epistaxis.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	• <u>Valoración hemodinámica</u> : constancia de medida en el informe y/o hoja de enfermería, de la tensión arterial y frecuencia cardíaca.
<b>Población</b>	Pacientes dados de alta de urgencias, con los diagnósticos de epistaxis, durante el período revisado.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	100%
<b>Comentarios</b>	

## 16. Valoración de severidad de la bronquiolitis

<b>Dimensión</b>	Efectividad. Riesgo.
<b>Justificación</b>	La bronquiolitis es una neumopatía viral aguda que afecta a la población de < de 2 años, y que debemos tratar en el medio hospitalario atendiendo el grado de severidad.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de bronquiolitis con constatación del grado de severidad.}}{\text{Nº de bronquiolitis atendidas.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constatación de la severidad: constancia en el informe de urgencias del grado de severidad en el diagnóstico, por registro de cualquier escala diseñada y validada para tal efecto.</li> </ul>
<b>Población</b>	Pacientes atendidos en urgencias con el diagnóstico de bronquiolitis, durante el período revisado.
<b>Tipo</b>	Documentación clínica.
<b>Fuente de datos</b>	Proceso.
<b>Estándar</b>	100%.
<b>Comentarios</b>	Escalas validadas como por ejemplo la escala de Wood-Downes, a pesar de que esta comporta la realización de una gasometría arterial, técnica que actualmente en la población infantil es sustituida por la pulsioximetría.

### 17. Valoración de la gravedad de la crisis asmática

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

### 18. Registros clínicos en la neumonía comunitaria

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

### 19. Valoración del peak-flow en asmáticos

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

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

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

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

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

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

## 22. Tratamiento conservador en el neumotórax espontáneo

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

### 23. Valoración psiquiátrica en los intentos de autolisis

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

## 24. Valoración neurológica en enolismo agudo

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

**25. Número de fugas de enfermos psiquiátricos.**

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

## 26. Cobertura antibiótica en las fracturas abiertas

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

## PATOLOGÍAS

### TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA

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

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

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

<b>Dimensión</b>	Efectividad. Riesgo.
<b>Justificación</b>	La GCS es un factor pronóstico del TCE con buena relación entre GCS y lesión intracraneal.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con registro de GCS Desglosada en TCE.}}{\text{Nº de pacientes atendidos por TCE.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Registro de la GCS:</u> constancia en el informe de alta de urgencias de la escala de Glasgow desglosando los tres ítems (a+b+c).</li> </ul>
<b>Población</b>	Pacientes con TCE atendidos en el servicio de urgencias, durante el periodo de estudio.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	100 %.
<b>Comentarios</b>	<p><b>Ref.:</b> "Recomendaciones en la valoración y tratamiento inicial craneoencefálico". Grupo de trabajo del traumatismo craneoencefálico en Cataluña. <i>Med clínica</i>, 1999; 112: 264-269.</p> <p><b>Ref.:</b> En pediatría se ha de utilizar la Escala de Glasgow adaptada a la edad pediátrica: "Urgencias en pediatría" Protocolos diagnóstico-terapéuticos. Unidad Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Editorial Ergon. 2ª Edición.</p>

## PATOLOGÍAS

### TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA (AP)

#### 29. Radiografías de cráneo en pediatría

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

**Radiografías de cráneo en pediatría (continuación)**

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

## PATOLOGÍAS

### TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA (IPE)

#### 30. Utilización del TAC en el TCE

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

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

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

## PATOLOGÍAS

### TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA

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

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

### 33. Demora craneotomía en pacientes con hematoma epidural o subdural

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

## PATOLOGÍAS

### TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA

#### 34. Radiología cervical en traumatismos cervicales

<b>Dimensión</b>	Efectividad. Riesgo.
<b>Justificación</b>	La radiología (Rx) de columna cervical es necesaria en pacientes con traumatismo cervical y/o inconscientes con la finalidad de descartar lesión ósea cervical. La evaluación radiológica es fundamental para diagnosticar y no agravar lesiones existentes. Es frecuente que esta radiología no permita visualizar la 7a vértebra cervical (C <sub>7</sub> ) y que lesiones a este nivel no puedan visualizarse.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con trauma cervical con Rx de columna que permite visualizar C}_7}{\text{Nº de pacientes con trauma de columna cervical con Rx de columna}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Trauma cervical</u>: Incluye el traumatismo de columna cervical aislada o en el contexto de un politraumatismo.</li></ul>
<b>Población</b>	Pacientes con traumatismo cervical o politraumáticos atendidos en el servicio de urgencias en el período estudiado.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica. Observación directa (de las Rx).
<b>Estándar</b>	100 %.
<b>Comentarios</b>	En los pacientes que presentan clínica de padecimiento medular, se hace RMN o TAC, que ya visualiza C <sub>7</sub> .

### 35. Control y supervisión en pacientes politraumáticos

<b>Dimensión</b>	Continuidad. Riesgo.
<b>Justificación</b>	El control y supervisión continuado después de padecer un traumatismo es fundamental para evitar morbimortalidad debida a deterioro clínico intrahospitalario y por detectar lesiones inicialmente desapercibidas.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados con politraumatismo y con registros adecuados.}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados con politraumatismo.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Control y supervisión:</b> registro en el ingreso en urgencias y como mínimo cada hora durante las 3 primeras horas (hasta el ingreso) de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensión arterial sistólica (TAS).</li> <li>- Frecuencia cardiaca (FC).</li> <li>- Frecuencia respiratoria (FR).</li> <li>- Escala de Glasgow documentada.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Población</b>	Todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias por un politraumatismo, durante el periodo estudiado.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	100%.
<b>Comentarios</b>	<b>Ref:</b> Filtro auditor de calidad asistencial del Committee on trauma de l'American College of Surgeons y de la Joint Comission. Manual de acreditación de hospitales Joint Commission.

### 36. Demora en el tratamiento de lesiones medulares

<b>Dimensión</b>	Efectividad. Riesgo.
<b>Justificación</b>	El tratamiento antes de las 8 horas con metil-prednisolona, mejora el pronóstico de los pacientes con lesiones medulares.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con lesión medular atendidos antes de las 8 horas del traumatismo y tratados con metil-prednisolona.}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con lesión medular atendidos antes de 8 horas.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Lesión medular</u>: alteración sensitiva y / o motora después de padecer un traumatismo vertebral, con fractura o sin, producida por lesión a nivel de la medula espinal.</li> </ul>
<b>Población</b>	Pacientes con lesión medular atendidos en el servicio de urgencias en el periodo estudiado.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	100 %.
<b>Comentarios</b>	<b>Ref:</b> NASCIS III. N. Eng. J. Med, 1996; 334 (8): 514-520.

### 37. Tratamiento de heridas no complicadas

<b>Dimensión</b>	Adecuación.
<b>Justificación</b>	Las heridas no complicadas son atendidas en urgencias de pediatría por diferentes colectivos, según la tradición del hospital. Las técnicas de reparación de heridas están contempladas en el plan de formación del pediatra de urgencias, elaborado por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Se incluyen la reparación quirúrgica, mediante sutura el uso de grapas, pegamento biológico y aproximadores. Es preferible que el propio equipo de urgencias de pediatría, pediatras y/o enfermería, sea capaz de atender esta patología.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con una herida no complicada atendida por el equipo de Urgencias pediátricas.}}{\text{Nº de pacientes que consultan con una herida no complicada.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Herida no complicada</u>: herida que afecta al plano cutáneo, no anfractuosa, sin pérdida de sustancia y cuya localización no afecta a la función de algún órgano.</li> </ul>
<b>Población</b>	Todos los pacientes que consulten por herida no complicada.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	90 %.
<b>Comentarios</b>	La aplicación de este indicador está condicionado por la dotación de personal e infraestructura del lugar de la asistencia (por ejemplo: presencia de cirujano plástico)

## PATOLOGÍAS

### TRAUMATOLOGÍA - MUSCULOESQUELÉTICA

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

<b>Dimensión</b>	Riesgo. Efectividad.
<b>Justificación</b>	La realización precoz de una ecografía abdominal o de una punción lavado peritoneal (PRP) en pacientes con traumatismo abdominal e hipotensión permitirá descartar la presencia de hemoperitoneo y la necesidad de intervención quirúrgica urgente.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con trauma abdominal con hipotensión y ecografía o PRP antes de 60 minutos del ingreso.}}{\text{Nº de pacientes con trauma abdominal e hipotensión.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	• <u>Hipotensión en pediatría</u> : valores inferiores a la fórmula $70 + (2 \times \text{edad en años})$ .
<b>Población</b>	Pacientes con trauma abdominal y TAS inferior a 90 mm Hg durante el periodo estudiado.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	100%.
<b>Comentarios</b>	Se debe tener en cuenta que actualmente según la literatura médica la mejor prueba para descartar la lesión interna es la ecografía, que por tanto será utilizada con preferencia a la PRP cuando se disponga del ecógrafo.

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

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

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

## ACTIVIDADES

### ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA

#### 40. Tiempo de respuesta de consultores

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

#### 41. Peticiones de radiología

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

## ACTIVIDADES

### ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA

#### 42. Constancia del estado vacunal antitetánico (VAT)

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

### 43. Hemocultivos contaminados

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

## ACTIVIDADES

### ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA

#### 44. Correlación diagnóstica entre urgencias y alta hospitalaria

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

#### 45. Readmisiones a las 72 horas

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

## ACTIVIDADES

### ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (AP)

#### 46. Readmisión con ingreso

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

#### 47. Demora en la primera asistencia facultativa

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

## ACTIVIDADES

### ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

#### 48. Tasa de hospitalización global

<b>Dimensión</b>	Eficiencia.
<b>Justificación</b>	La capacidad de un servicio de urgencias pediátrico de resolver los problemas, utilizando eficientemente todos los recursos hospitalarios, se refleja de forma muy clara en su tasa de hospitalización global.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes que consultan y son hospitalizados.}}{\text{Nº total de pacientes que consultan en urgencias.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	• <u>Hospitalización</u> : estancia en el hospital mayor de 24 horas.
<b>Población</b>	Todos los pacientes que consultan en urgencias.
<b>Tipo</b>	Resultado.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	Inferior al 5%.
<b>Comentarios</b>	No se consideran hospitalizaciones, las estancias de menos de 24 horas en la observación de urgencias o unidades de estancia corta.

#### 49. Evaluación de la mortalidad

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

## ACTIVIDADES

### ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (AP)

#### 50. Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias

<b>Dimensión</b>	Riesgo.
<b>Justificación</b>	La tasa de mortalidad mide indirectamente la capacidad y eficacia del servicio a la hora de resolver con rapidez, aquellos casos críticos, ya sea en el propio servicio de urgencias o derivando al paciente al centro de referencia.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos que son exitus}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos al servicio de urgencias}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	• <b>Exitus:</b> se excluyen los ingresados cadáveres.
<b>Población</b>	Todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias, excluidos los que ingresan cadáveres.
<b>Tipo</b>	Resultado.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	No hay datos pediátricos.
<b>Comentarios</b>	Datos de prevalencia de estudios de mortalidad hospitalaria.

### 51. Determinación de constantes básicas

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

## ACTIVIDADES

### ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

#### 52. Utilización de sedoanalgesia en procedimientos

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

**Utilización de sedoanalgesia en procedimientos (continuación)**

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

## ACTIVIDADES

### ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

#### 53. Utilización de anestesia tópica en procedimientos dolorosos

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

#### 54. Hospitalización de pacientes con laringitis

<b>Dimensión</b>	Adecuación.
<b>Justificación</b>	En todos los Servicios de Urgencia se deben evitar las hospitalizaciones innecesarias. La laringitis es una patología con gran prevalencia y el análisis de las hospitalizaciones por este proceso, permitirá evaluar el seguimiento del protocolo de tratamiento y la adecuación de dichos ingresos.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes ingresados con laringitis leve}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con laringitis leve}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Laringitis aguda:</b> Cuadro de instauración progresiva, con pródromos de síntomas de vías respiratorias superiores, seguido por la instauración de estridor inspiratorio, tos perruna y afonía. Para valorar su gravedad puede utilizarse cualquier escala validada en la literatura. Clínicamente se considera leve si hay ausencia de estridor en reposo y de signos y síntomas de dificultad respiratoria.</li> </ul>
<b>Población</b>	Pacientes atendidos por laringitis en Urgencias durante el periodo revisado. Criterio de exclusión: laringitis agudas moderadas o graves.
<b>Tipo</b>	Resultado.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	< 1%
<b>Comentarios</b>	

## ACTIVIDADES

### ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

#### 55. Evacuación gástrica en intoxicaciones

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

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

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

## ACTIVIDADES

### ADECUACIÓN DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICA (IPE)

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

##### Comentarios

Se comprende que la utilización de dispositivos MDI + espaciador presenta problemas logísticos como: disponer de un nº importante de cámaras, desinfección de las mismas, educación sanitaria etc.

**Ref.:** Boulet LP, Becker A, Berube D, Beveridge R, Ernst P. Canadian Asthma Consensus Report, 1999. Canadian Asthma Consensus Group. CMAJ 1999 Nov 30;161(11 Suppl):S1-61.

**Ref.:** <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>. National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 2: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma.

**Ref.:** Cates CJ, Rowe BH. Holding chambers versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; latest version Sep 28 1999.

### 57. Profilaxis quirúrgica antibiótica (PQA)

<b>Dimensión</b>	Riesgo.
<b>Justificación</b>	La administración de antibióticos durante la inducción anestésica (o en un máximo de 2 horas previas a la incisión) en la población de riesgo, contribuye juntamente con otros factores a disminuir la infección postoperatoria (herida, cavidad peritoneal o infecciones sistémicas).
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de IQ con PQA correctamente realizada.}}{\text{N}^\circ \text{ de IQ con indicación de PQA.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>IQ:</b> Intervención Quirúrgica.</li> <li>• <b>PQA correcta:</b> es la que sigue los términos del protocolo aprobado en cada centro, en cuanto a tipos de antibiótico, número de dosis y momento de la administración.</li> <li>• <b>Indicación de PQA:</b> Todas las intervenciones tributarias de profilaxis, según el protocolo de cada centro, o en su defecto toda la cirugía limpia-contaminada y la limpia con colocación de prótesis.</li> </ul>
<b>Población</b>	Todas las intervenciones quirúrgicas de urgencias, con indicación de profilaxis antibiótica, realizadas durante el periodo revisado.
<b>Tipo</b>	Procesos.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	100%.
<b>Comentarios</b>	Se debe tener en cuenta que la PQA es sólo uno de los factores que contribuye al control de la infección quirúrgica.

## ACTIVIDADES

### PREVENTIVAS - IDENTIFICACIÓN SITUACIONES DE RIESGO

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

<b>Dimensión</b>	Riesgo.
<b>Justificación</b>	Valora la correcta aplicación del protocolo establecido. La aplicación de medidas de aislamiento permiten reducir la posibilidad de contagio, tanto del propio personal como de los otros pacientes, en caso de sospecha o confirmación de determinadas patologías infecciosas (TBC, meningitis, varicela).
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con sospecha de TBC, meningitis o varicela y aplicación de medidas preventivas en urgencias}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en urgencias con sospecha de TBC, meningitis o varicela.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	• <u>Medidas Preventivas</u> : las especificadas en el protocolo de cada centro. Si no se dispone de protocolo, lo prioritario son las medidas de aislamiento respiratorio.
<b>Población</b>	Pacientes visitados en urgencias con la sospecha o la certeza de TBC, meningitis o varicela (con ingreso posterior o no).
<b>Tipo</b>	Procesos.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	100%.
<b>Comentarios</b>	

### 59. Caídas de pacientes

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

## ACTIVIDADES

### PREVENTIVAS - IDENTIFICACIÓN SITUACIONES DE RIESGO

#### 60. Seguimiento de las contenciones

<b>Dimensión</b>	Riesgo.
<b>Justificación</b>	Las contenciones realizadas en el servicio de urgencias delante de determinadas patologías psiquiátricas, son ineludibles, pero por evitar la prolongación innecesaria de una contención, que puede perjudicar al enfermo, se debe hacer una valoración periódica del estado del enfermo para determinar si está indicado continuar con la contención.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de contenciones de más de 4h. que son revaloradas periódicamente.}}{\text{Nº de contenciones de duración superior a 4h.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Revaloración periódica</u>: valoración del enfermo cada 4 horas.</li><li>• <u>Contención</u>: utilización de medidas físicas o mecánicas para restringir el movimiento de todo el cuerpo del paciente o de una parte, como medida de protección para sí mismo o otras personas.</li></ul>
<b>Población</b>	Todos los pacientes a quienes se hayan aplicado medidas de contención.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	100%
<b>Comentarios</b>	

### 61. Información a los pacientes

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

**ACTIVIDADES**  
**INFORMACIÓN - (PACIENTES Y FAMILIARES)**

**62. Reclamaciones por desinformación**

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

### 63. Consentimiento informado

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

## ACTIVIDADES

### INFORMACIÓN - (PACIENTES Y FAMILIARES) (IPE)

#### Consentimiento informado (continuación)

##### Explicación de los términos

- Adecuadamente cumplimentado: cuando el documento está firmado y con todos los datos debidamente anotados.
- Procedimientos de riesgo:
  - Procedimientos con anestesia general o regional.
  - Radiología con contraste intravascular, intervencionista o con anestesia
  - Endoscopia terapéutica
  - Transfusiones.
  - Sedoanalgesia.
- DCI adecuadamente cumplimentado en el que deben figurar los siguientes apartados, enunciados de forma breve y en lenguaje comprensible:
  - a) Datos personales del paciente.
  - b) Nombre y apellidos del médico que informa.
  - c) Nombre del procedimiento que se vaya a realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento, en qué consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo.
  - d) Descripción de las consecuencias seguras de la intervención, que deban considerarse relevantes o de importancia.
  - e) Descripción de los riesgos típicos del procedimiento.
  - f) Descripción de los riesgos personalizados.
  - g) A criterio del facultativo puede incluirse la información que haga referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias.
  - h) Declaración del paciente/ padres de haber recibido información acerca de los extremos indicados en los apartados anteriores, así como de alternativas diferentes al procedimiento, con pros y contras, de forma que el paciente/ padres participen, si así lo desean, en la elección de la más adecuada, y que dicha elección tenga en cuenta sus preferencias.
  - i) Manifestación del paciente / padres ( tutores ) acreditativa de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido información sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de su consentimiento para someterse al procedimiento.
  - j) Fecha y firmas del médico que informa y del paciente.
  - l) Apartado para la revocación del consentimiento, que deberá figurar en el propio documento.

**Consentimiento informado (continuación)**

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

**64. Encuesta de satisfacción del usuario**

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

**65. Adecuación del transporte intrahospitalario**

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

## 66. Cumplimentación del informe de asistencia

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

### 67. Epicrisis en los éxitus en urgencias

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

**Epicrisis en los éxitus en urgencias (continuación)**

**Comentarios**

**Ref.:** Legislació sobre acreditació d'urgències, Ordre 10/7/1991. DOG 1477 de 7 d'agost de 1991.

**Ref.:** Sería recomendable seguir la Normativa Utstein elaborada por el Grupo ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation).

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

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

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

## 68. Protocolos de riesgo vital

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

**ACTIVIDADES**  
DOCUMENTACIÓN (AP)

**Protocolos de riesgo vital (continuación)**

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

### 69. Existencia de protocolos clínicos

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

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

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

### 71. Codificación de diagnóstico

<b>Dimensión</b>	Adecuación.
<b>Justificación</b>	La codificación de los diagnósticos en urgencias es un índice de calidad que facilita la gestión de los responsables del servicio, la labor docente y científica de todos los integrantes del mismo y permite un feedback a los profesionales.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de altas con diagnóstico codificado.}}{\text{Nº de altas.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	• <u>Codificación</u> : ICD-9 CM.
<b>Población</b>	Todos los pacientes atendidos dados de alta en el servicio de urgencias, durante el periodo revisado.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Registro de codificaciones, hoja de informe asistencial.
<b>Estándar</b>	100%.
<b>Comentarios</b>	En pediatría debe utilizarse como referencia la codificación propuesta por el Grupo de Trabajo de Codificación de la SEUP. Versión siempre actualizada en la pagina de la Sociedad. <a href="http://www.seup.org">www.seup.org</a>

## 72. Codificación de motivos de consulta

<b>Dimensión</b>	Adecuación.
<b>Justificación</b>	La codificación de los motivos de consulta es un indicador de calidad que facilita la gestión de los responsables del servicio, el control de la calidad asistencial, la labor docente y la actividad científica.
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con motivo de consulta codificado.}}{\text{Nº total de pacientes atendidos en urgencias.}} \times 100$
<b>Explicación de los términos</b>	Motivo de consulta codificado: inclusión en el informe de alta del código de la causa que motiva la consulta.
<b>Población</b>	Todos los pacientes atendidos en urgencias durante el período revisado.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Documentación clínica.
<b>Estándar</b>	100 %.
<b>Comentarios</b>	Debe utilizarse como referencia la codificación propuesta por el Grupo de Trabajo de Codificación de la SEUP. Versión siempre actualizada en la página de la Sociedad. <a href="http://www.seup.org">www.seup.org</a>

### 73. Sesiones clínicas del servicio de urgencias

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

### 74. Formación continuada

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

### 75. Publicaciones científicas del servicio de urgencias

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

## 76. Actividades de investigación

<b>Dimensión</b>	Adecuación.
<b>Justificación</b>	La participación como profesional y/o como servicio, en becas de investigación y actividades de investigación puede ser un indicador del nivel de investigación del servicio.
<b>Fórmula</b>	Nº de trabajos de investigación en vigencia durante el año en curso.
<b>Explicación de los términos</b>	Actividades de investigación • <b>Becas:</b> La participación en la beca se puede considerar a título individual (para los profesionales) o como todo servicio. Las becas deben ser concedidas por instituciones oficiales. • <b>Trabajo de investigación:</b> Cualquier ensayo clínico que tenga la aprobación del correspondiente comité del hospital.
<b>Población</b>	Relación de becas y trabajos realizados por el servicio. Las becas o trabajos de duración superior a un año sólo se contabilizarán durante el primer año de vigencia.
<b>Tipo</b>	Proceso.
<b>Fuente de datos</b>	Memoria actividades del servicio de urgencias.
<b>Estándar</b>	1 beca o trabajo de investigación/año.
<b>Comentarios</b>	

### 77. Enfermos no visitados

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

### 78. Tiempo de demora de ingreso

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

### 79. Personas atendidas fuera de box

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

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

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

### 81. Tiempo de demora en intervenciones quirúrgicas urgentes

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

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

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

### 83. Tiempo de demora en la radiología simple

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

#### 84. Adecuación salas de Rx urgencias

<b>Dimensión</b>	Adecuación. Riesgo.
<b>Justificación</b>	El paciente inestable que requiere actos médicos en la sala de Rx, precisa que esta esté en condiciones.
<b>Fórmula</b>	Nº de sales de Rx de urgencias adecuadas
<b>Explicación de los términos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Sala de Rx adecuada</u> es la de fácil acceso con literas desde el S.U., que tiene O<sub>2</sub>, aspiración y carro de parada accesible.</li></ul>
<b>Población</b>	Sala/s de Rx utilizadas por el S.U.
<b>Tipo</b>	Estructura.
<b>Fuente de datos</b>	Observación directa.
<b>Estándar</b>	Mínimo 1 sala.
<b>Comentarios</b>	

### 85. Tiempo de respuesta de las analíticas.

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

### 86. Rechazo de analítica solicitada

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

### 87. Rotura de stock de la farmacia de urgencias

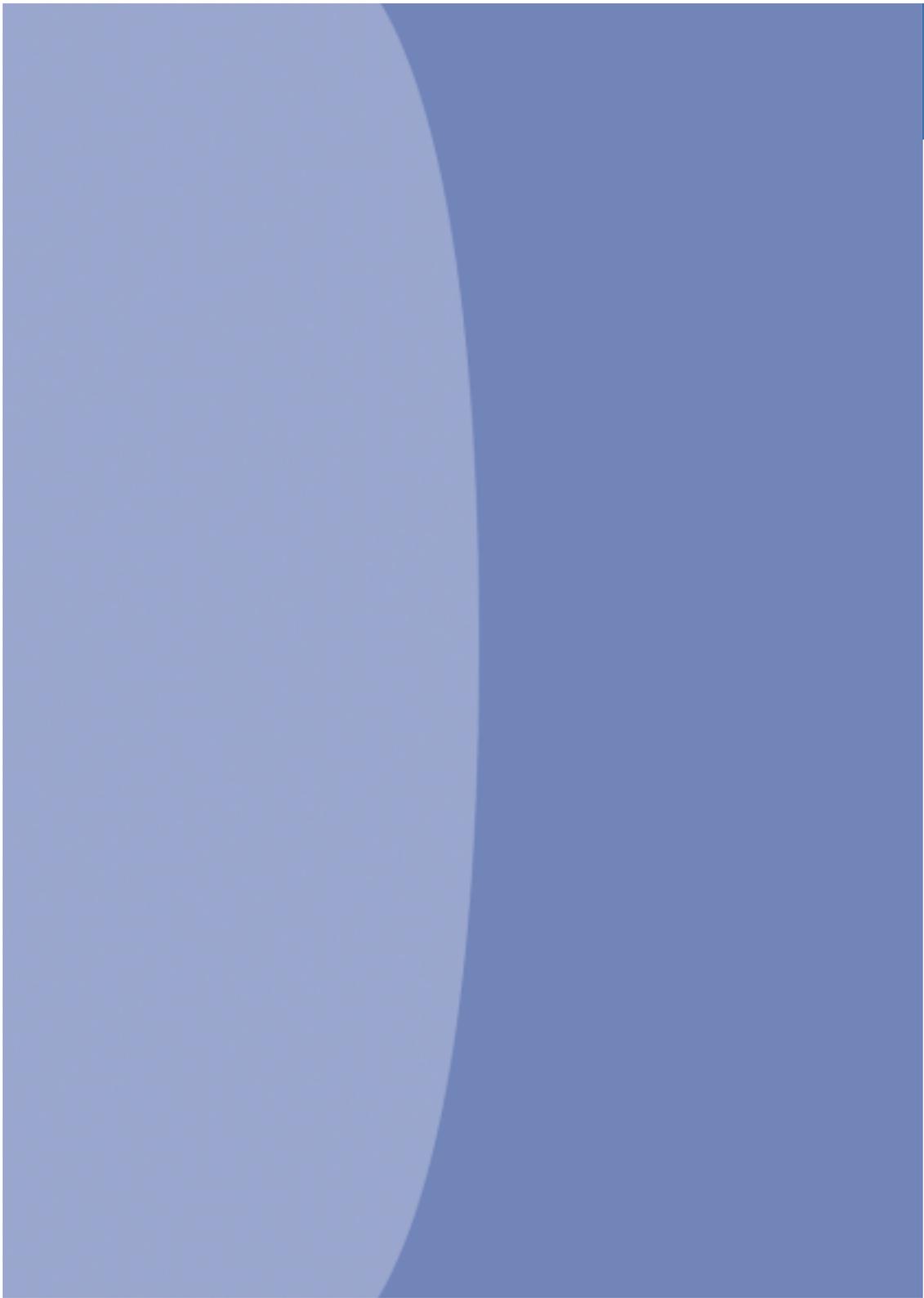
<b>Dimensión</b>	Eficiencia. Riesgo.
<b>Justificación</b>	Detecta situaciones de fallo de stock mínimo de fármacos en urgencias. La falta de algunos fármacos puede suponer un riesgo vital para el paciente.
<b>Fórmula</b>	Nº de situaciones de rotura de stocks (al mes).
<b>Explicación de los términos</b>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

### 88. Correspondencia de mórficos

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

### 89. Lencería en mal estado

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



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

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

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

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



## AGRADECIMIENTOS

---

Agradecemos a la Societat Catalana de Medicina d'Urgencia y a la Fundación Avedis Donabedian el habernos permitido utilizar su trabajo para el desarrollo de los Indicadores pediátricos.

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

1. Domenech P. Indicadores de Calidad en Urgencias. En: Libro de Ponencias de la 7ª Reunion nacional de la Sociedad Española de urgencias Pediátricas. Tarragona: Ediciones Ergon, 2001.
2. Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de Calidad. Emergencias 2001;13:60-65
3. Manual de Indicadores de actividad y calidad para los Dispositivos y Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. Grupo de Calidad del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2000.
4. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM<sup>a</sup>, Suñol R, Tomas S. Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de l'atenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de tecnologia i recerca mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de sanitat i Seguretat social. Generalitat de Catalunya. Juny 2001.

## FICHA TÉCNICA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ZINNAT 125 mg, Comprimidos. ZINNAT 250 mg, Comprimidos. ZINNAT 500 mg, Comprimidos. ZINNAT 125 mg, Sobres. ZINNAT 250 mg, Sobres. ZINNAT 500 mg, Sobres. ZINNAT 125 mg, Suspensión Extemporánea. ZINNAT 250 mg, Suspensión Extemporánea. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: ZINNAT Comprimidos. Cada comprimido contiene: ZINNAT 125 ZINNAT 250. ZINNAT 500. Cefuroxima (D.C.I.) (axetilo) 125mg, 250mg, 500mg. ZINNAT Suspensión Extemporánea. Cada 5mL de suspensión reconstituida contienen: ZINNAT 125, ZINNAT 250. Cefuroxima (D.C.I.) (axetilo) 125mg 250mg. ZINNAT Sobres: Cada sobre con tiene: ZINNAT 125, ZINNAT 250, ZINNAT 500. Cefuroxima (D.C.I.) (axetilo) 125mg 250mg 500mg. Relación de excipientes. ZINNAT Comprimidos. Croscarmellosa de sodio tipo A. Laurilsulfato de sodio. Aceite vegetal hidrogenado. Dióxido de silicio coloidal. Celulosa microcristalina. Hipromelosa. Propilenglicol. p-Hidroxibenzoato de metilo (E218). p-Hidroxibenzoato de propilo (E216). Dióxido de titanio (E171). Benzoato de sodio (E211). ZINNAT Sobres y ZINNAT Suspensión Extemporánea. Ácido esteárico. Sabor Tutti-Frutti 51.880/AP05.51. Povidona K30. Sacarosa.FORMA FARMACÉUTICA: Comprimidos recubiertos o gránulos para preparar una suspensión extemporánea de ingestión inmediata (sobres) o diferida (en frasco). DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas: Cefuroxima axetilo está indicada en el tratamiento oral de infecciones de intensidad leve o moderada, causadas por cepas sensibles de los microorganismos que se citan en el apartado Propiedades farmacodinámicas (excluyendo la localización meníngea), tales como: 1. Infecciones del tracto respiratorio superior (ORL): Otitis media. Sinusitis. Amigdalitis y faringitis causadas por *S. pyogenes* (estreptococos b-hemolíticos del Grupo A). NOTA: La penicilina es el fármaco de elección en el tratamiento y profilaxis de las infecciones estreptocócicas, incluyendo la profilaxis de la fiebre reumática. Cefuroxima axetilo es eficaz generalmente en la erradicación de los estreptococos de la orofaringe pero no está indicado en la profilaxis de la fiebre reumática subsiguiente, ya que no existen todavía datos que avalen esta indicación. 2. Infecciones del tracto respiratorio inferior: Bronquitis aguda y exacerbaciones agudas de la bronquitis crónica: Neumonías bacterianas causadas por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* (cepas sensibles a ampicilina) y *H. parainfluenzae* (cepas sensibles a ampicilina). 3. Infecciones del tracto urinario sin complicaciones urológicas (cistitis y uretritis) causadas por *E. coli* y *K. pneumoniae*. 4. Infecciones de la piel y tejidos blandos causadas por *S. aureus* y *S. pyogenes* (estreptococos b-hemolíticos del Grupo A). Deben realizarse análisis bacteriológicos para determinar el organismo causal y su sensibilidad a este antibiótico. El tratamiento se podrá comenzar mientras se obtiene el resultado de estos análisis. En el momento de obtenerse estos resultados, debe ajustarse adecuadamente el tratamiento antibiótico. Posología y forma de administración. ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 12 AÑOS: En la mayoría de las infecciones, incluyendo infecciones leves o moderadas del tracto respiratorio inferior (p.ej.bronquitis), la dosis habitual es de 250mg cada 12 horas. Infecciones más severas del tracto respiratorio inferior o sospecha de neumonía: 500mg cada 12 horas. Infecciones del tracto urinario: La dosis habitual recomendada es de 125mg cada 12 horas; en algunos pacientes, la dosis puede elevarse a 250mg cada 12 horas. NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS: Entre 3 meses y 5 años: En general, 15mg/kg/día. En niños con otitis media y en aquellos casos que el médico considere necesario, se recomienda una dosis de 15mg/kg dos veces al día. Entre 5 años y 12 años: En general, 125mg cada 12 horas. En niños con otitis media y en aquellos casos que el médico considere necesario puede incrementarse la dosis hasta 250 mg cada 12 horas. No hay experiencia en niños menores de 3 meses. La duración normal del tratamiento varía entre 5 y 10 días. En el tratamiento de infecciones por *S. pyogenes* (estreptococos b-hemolíticos del Grupo A), la administración de este antibiótico debe durar un mínimo de 10 días. EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL: Cuando el aclaramiento de creatinina sea inferior a 20ml/min, es recomendable reducir la dosificación a una única dosis al día. En pacientes sometidos a diálisis periódica, se administrará una dosis suplementaria al final de cada diálisis. Para una absorción óptima, cefuroxima axetilo en forma de comprimidos debe tomarse después de ingerir algún alimento y en forma de gránulos o suspensión debe tomarse siempre con los alimentos. Contraindicaciones: No debe ser administrado a pacientes alérgicos a las cefalosporinas o cefamincinas. Advertencias y precauciones especiales de empleo: Antes de la administración del preparado, debe investigarse en el paciente la posible existencia anterior de manifestaciones de hipersensibilidad a cefalosporinas, penicilinas o de un componente alérgico fundamentalmente de naturaleza medicamentosa. Se debe tener especial cuidado en pacientes que hayan experimentado una reacción alérgica a penicilinas u otros b-lactámicos. La aparición de cualquier manifestación alérgica requiere la suspen-

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

## FICHA TECNICA

debajo de 25°C. La suspensión reconstituida puede guardarse en nevera, si fuera necesario. Naturaleza y contenido del recipiente: ZINNAT Comprimidos va envasado en embalaje alveolar (blíster) doble de aluminio. Cada envase contiene 12 (envase normal) ó 500 comprimidos (envase clínico). ZINNAT Sobres se envasa en sobres a base de un laminado comprendiendo papel, polietileno, lámina de aluminio e ionómero del ácido etilmetacrílico, estando este último en contacto con el producto. Cada envase contiene 12 (envase normal) ó 500 sobres (envase clínico). ZINNAT Suspensión Extemporánea se envasa en frascos de vidrio tipo III, de color ámbar, provistos de un cierre a rosca a prueba de niños. El cierre contiene un revestimiento en su interior y la boca del frasco está obturada por una membrana termosellada. El envase incluye una jeringa dosificadora de 5 ml dividida en unidades de 1 ml y un adaptador a presión, que encaja en el cuello de la botella y un vasito con una línea de enrase para adicionar el agua. Instrucciones de uso/manipulación: Los comprimidos deberán ingerirse sin masticar ni machacar, con ayuda de un poco de agua o de algún otro líquido. No son adecuados para niños menores de 5 años; para estos, la forma más indicada es la suspensión oral. Para preparar los sobres, verter su contenido en un vaso. Añadir 1 ó 2 cucharadas de agua y mezclar bien. Ingerir inmediatamente. Para reconstituir ZINNAT Suspensión Extemporánea proceder como sigue: 1. Agitar el frasco para desprender los gránulos y quitar la tapa y la membrana termosellada. 2. Llenar con agua el vasito que se incluye en el estuche hasta la marca. 3. Añadir el agua al frasco de una vez y volver a colocar la tapa. 4. Invertir el frasco y sujetarlo. 5. Agitar el frasco durante unos 15 segundos de forma oscilante. 6. Volver a poner el frasco en posición vertical y agitar vigorosamente. 7. Anotar en el recuadro correspondiente el día y mes en el que se preparó el medicamento. 8. Si se emplea una jeringa dosificadora, mantener la suspensión reconstituida durante al menos una hora antes de tomar la primera dosis. Instrucciones de uso para la jeringa dosificadora: 1. Quite la tapa del frasco e introduzca el adaptador en el cuello del frasco. Presione hacia abajo completamente hasta que el adaptador encaje perfectamente en el cuello. 2. Inserte firmemente la jeringa en el adaptador. 3. Ponga el frasco boca a bajo y tire del émbolo hasta retirar la cantidad correcta. 4. Ponga el frasco en posición vertical y quite la jeringa del adaptador. 5. Con el paciente sentado en posición vertical, coloque la punta de la jeringa dentro de la boca del paciente, apuntando hacia el interior de la mejilla. 6. Presione el émbolo de la jeringa lentamente para administrar el fármaco sin que el paciente se atragante. NO administre el fármaco a chorros. 7. Tras administrar la dosis vuelva a poner la tapa del frasco sin quitar el adaptador de plástico. Desmonte la jeringa y lávela con agua. Deje que el émbolo y el cuerpo de la jeringa se sequen al aire. Antes de quitar la tapa, agitar el frasco concienzudamente hasta que se pueda escuchar la suspensión moviéndose en el frasco, a fin de asegurar que se va a extraer la dosis de forma correcta. La suspensión reconstituida o el polvo no deberán mezclarse con líquidos calientes. Si se desea, a la suspensión reconstituida pueden añadirse zumos de fruta o bebidas lacteadas frías, debiéndose tomar inmediatamente. Titular de la autorización de comercialización: GlaxoSmithKline, S.A. Parque Tecnológico de Madrid. C/ Severo Ochoa, 2. 28760 Tres Cantos (Madrid). PRESENTACIONES DE ZINNAT: COMP. 12 X 125 mg Con receta médica. Reembolsable por el SNS. PVP: 8,25€. PVP-IVA: 8,58€. COMP. 12 X 250 mg Con receta médica. Reembolsable por el SNS. PVP:14,91€. PVP-IVA:15,51€. COMP. 12 X 500 mg Con receta médica Reembolsable por el SNS. PVP:26,16€. PVP-IVA:27,21€. E.C. 125 mg X 500 SOBRES: Con receta médica PVP:255,95€. PVP-IVA:266,19€. E.C. 125 mg 500 COMP.: Con receta médica PVP:248,85€. PVP-IVA:258,81€. E.C. 250 mg X 500 SOBRES: Con receta médica PVP: 424,40€. PVP-IVA: 441,37€. E.C. 250 mg 500 COMP.: Con receta médica PVP: 452,40€. PVP-IVA: 470,73€. E.C. 500 mg 500 COMP.: Con receta médica PVP: 800,29€. PVP-IVA: 832,30€. E.C. 500 mg X 500 SOBRES: Con receta médica PVP: 766,55€. PVP-IVA: 797,21€. SOBRES 12 X 125 mg Con receta médica. Reembolsable por el SNS. PVP: 8,48€. PVP-IVA: 8,82€. SOBRES 12 X 250 mg Con receta médica. Reembolsable por el SNS. PVP:13,99€. PVP-IVA:14,55€. SOBRES 12 X 500 mg Con receta médica. Reembolsable por el SNS PVP: 25,09€. PVP-IVA: 26,09€. SUSPENSION 125 mg - 5 ml Con receta médica. Reembolsable por el SNS. PVP: 8,30€. PVP-IVA: 8,63€. SUSPENSION 250 MG- 5 ml Con receta médica. Reembolsable por el SNS. PVP: 14,45€. PVP-IVA: 15,03€. Para más información consulte la Ficha Técnica completa del medicamento.

FARINGOAMIGDALITIS - OTITIS



Buenos días ...  
... buenas noches

ALTA eficacia  
FÁCIL  
cumplimiento

2  
• TOMAS AL DÍA •



 GlaxoSmithKline

