



ORIGINAL

Cumplimiento de los requisitos de los servicios de urgencias de España: encuesta de autoevaluación

J. Sánchez Etxaniz^{a,*}, C. Luaces I Cubells^b y J. Benito Fernández^a, por el Grupo de Trabajo de Mejora de la Calidad de Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP)

^a Urgencias de Pediatría, Hospital de Cruces, Barakaldo-Bizkaia, España

^b Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona, España

Recibido el 15 de diciembre de 2010; aceptado el 16 de febrero de 2011

Disponible en Internet el 5 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Servicios de urgencias pediátricos;
Calidad;
Requisitos arquitectónicos; funcionales y de personal;
Cuestionario de autoevaluación

Resumen

Introducción: La medicina de urgencias pediátrica en España se practica en servicios de distinta configuración. Nuestro objetivo es conocer su situación y adaptación a los requisitos del Cuerpo Doctrinal de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.

Método: Se envió por correo electrónico una encuesta con el cuestionario de Autoevaluación del Cuerpo Doctrinal a los responsables de 47 servicios. Consta de 101 ítems, 69 considerados de cumplimiento obligatorio. Se establecieron 4 grupos de servicios según el cumplimiento de esos 69 ítems: I o situación óptima (cumplen 69); II o que precisan cambios mínimos (cumplen 62-68); III o que precisan cambios mayores (cumplen 41-61); IV o que precisan grandes modificaciones (cumplen menos de 41).

Resultados: Contestaron 39 servicios, que atienden una media de 35.310 urgencias anuales (5.000-115.000). Ninguno ha quedado incluido en el grupo I, 6 en el II, 27 en el III y 6 en el IV. Hay una tendencia a un mayor cumplimiento en los servicios más frecuentados, pero sin relación significativa entre el número de urgencias y los ítems cumplimentados.

Conclusiones: 1) Muchos servicios de urgencias pediátricos en España tienen problemas estructurales y funcionales que pueden dificultar dar una asistencia de calidad, sin relación significativa con el volumen de urgencias atendidas; 2) los puntos de mejora afectan principalmente a cuestiones funcionales, que deben ser acometidas por sus responsables; 3) un número significativo tienen serios problemas arquitectónicos y de dotación, que precisarían medidas económicas por parte de sus órganos directivos, y 4) nuestro cuestionario de autoevaluación permite identificar acciones de mejora.

© 2010 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesus.sanchezechaniz@osakidetza.net (J. Sánchez Etxaniz).

KEYWORDS

Paediatric emergency departments;
Quality standards;
Architectural;
organisational and staffing requirements;
Self-assessment questionnaire

Compliance with the requirements of paediatric emergency departments in Spain: a self-assessment survey

Abstract

Background: Paediatric emergency medicine in Spain is practiced in differently configured departments, staffing and organisation. Our goal was to determine the situation in Paediatric Emergency Departments (PED) and their adaptation to the quality standards proposed by the Spanish Society of Paediatric Emergencies.

Method: A self-assessment questionnaire on standards performance was sent to 47 PED directors by e-mail. It consisted of 101 items, 69 considered mandatory. According to the fulfilment of these 69 items 4 PED groups were selected: group I: in the best position (met 69), group II: requiring minimal changes (meeting 62-68), group III: requiring major changes (meeting 41-61); group IV: requiring a lot of major changes (meeting less than 41).

Results: Thirty nine questionnaires were completed in full. The PED included in the study tended to an average of 35310 annual emergencies (5000-115000). No PED was included in group I, 6 in II 27 in III and 6 in IV. There was a tendency towards higher compliance with standards in larger PED, but there was no significant relationship between the number of emergencies and the number of items fulfilled.

Conclusions: 1. Staffing and architectural and organizational aspects may not be adequate to achieve optimal patient outcome in many PED in Spain. This fact does not appear to be related to the annual patient census. 2. The areas for improvement mainly affect functional issues that must be undertaken by those responsible. 3. A significant number of PED have serious architectural and staffing deficiencies, which would require economic measures by their managers. 4. Our self-assessment questionnaire identifies improvement actions.

© 2010 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La Medicina de Urgencias Pediátrica (MUP) es una subespecialidad pediátrica relativamente nueva que ha evolucionado rápidamente en otras partes del mundo. El primer programa de capacitación en este campo empezó en 1981 en el Hospital Infantil de Pensilvania, en EE.UU. Actualmente diversos países cuentan con programas específicos para la formación en MUP: 48 en EE.UU., 9 en Canadá, 8 en Australia. En Europa, en los últimos años la MUP ha ido también creciendo en muchos países. En Reino Unido esta subespecialidad recibió en el año 2003 el reconocimiento oficial. En Italia y Francia no es una subespecialidad pediátrica reconocida, pero es practicada por un número creciente de pediatras. La situación de la MUP en nuestro país, al igual que en la mayoría de los países del continente europeo¹ y Norteamérica² es muy variable, practicándose en servicios de urgencias pediátricos (SUP) de muy distinta localización (hospitalarios/extrahospitalarios) y configuración, tanto desde el punto de los elementos arquitectónicos, como de la dotación de material, como del número y capacitación de los profesionales que llevan a cabo dicha labor, como de la organización funcional de la misma. Hasta hace una década las recomendaciones internacionales en cuanto a su dotación y funcionamiento estaban basadas en la experiencia de los servicios de urgencias generales, que atienden a población adulta^{3,4}. Pero en los últimos años se han publicado posicionamientos de diferentes organismos oficiales del ámbito pediátrico específicamente aplicables a los SUP⁵⁻⁹. En nuestro país se publicaron en el año 2008 los Estándares de acreditación de Centros y Servicios de

Urgencias Hospitalarias de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)¹⁰. Más recientemente se ha editado el Libro Blanco de las Urgencias¹¹, que dispone de un apartado específico para los SUP.

Desde su creación como sección de la Asociación Española de Pediatría (AEP) a finales del año 1997, la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) ha tenido como uno de sus objetivos promover y editar normas y estándares que ayuden a tener referentes sobre cómo deben estructurarse y funcionar los SUP. En el año 2000 se publicaron recomendaciones sobre codificación diagnóstica¹². En el año 2004 se publicaron los indicadores de calidad de la atención sanitaria en urgencias pediátricas¹³. En el año 2005 se constituyó otro grupo de trabajo (GT) cuyo objetivo fue elaborar su cuerpo doctrinal, *Normas y estándares de acreditación para servicios de urgencias pediátricos*, que puede ser consultado en la página web de SEUP (www.seup.org)¹⁴. En él se estableció: la definición de pediatra de urgencias, los requisitos arquitectónicos, funcionales y de personal y material que debieran reunir los SUP, el programa de formación/capacitación en MUP y los requisitos que deben reunir los centros que quieran acreditarse en ofrecer dicho programa. Además incluía un cuestionario de autoevaluación.

El objetivo principal de este trabajo es conocer la situación actual de los SUP integrados en la SEUP, y su grado de adaptación a los requisitos establecidos en nuestro cuerpo doctrinal¹⁴.

Secundariamente pretendemos concienciar en esta materia, para establecer puntos de mejora de todos los SUP basándonos en el cuestionario de autoevaluación.



Figura 1 Los 39 centros participantes.

Material y métodos

En el segundo semestre del año 2009 se envió por correo electrónico una encuesta (Anexos 1-4) a los responsables de 47 SUP nacionales, con el documento del cuerpo doctrinal de la SEUP, que incluía el cuestionario de autoevaluación con 101 ítems: de ellos, 69 se consideran de cumplimiento obligatorio (29 en relación con aspectos arquitectónicos y dotación de material; 7 en relación con la dotación de personal; y 33 con cuestiones funcionales u organizativas) y 32 de cumplimiento recomendable.

Previo al análisis de los datos, el GT estableció arbitrariamente y de forma informativa 4 grupos de SUP según el cumplimiento de los 69 ítems obligatorios: I o en situación óptima (los que cumplían los 69); II o que precisan cambios mínimos (cumplían 62-68 ítems: más del 90%); III o que precisan cambios mayores (cumplían 41-61 ítems: entre el 60 y 90%); IV o que precisan grandes modificaciones (cumplían menos de 41 ítems: menos del 60%).

Con las encuestas recibidas se elaboró una base de datos, que fue analizada desde el punto de vista estadístico con el programa SPSS.15.

Resultados

Contestaron la encuesta 39 SUP de todo el territorio nacional (fig. 1), que atienden una media de 35.310 urgencias anuales (5.000-115.000): 26 con una media inferior a las 35.000; 9 entre 36 y 70.000; 4 entre 71 y 115.000.

Basándose en las respuestas de la encuesta y la clasificación establecida previamente ningún SUP ha quedado incluido en el grupo I; 6 en el grupo II; 27 en el grupo III, y 6 en el grupo IV (fig. 2). Hemos realizado un análisis estadístico

de los subgrupos de los SUP según el número de urgencias atendidas, en relación con el grado de cumplimiento de los 69 ítems obligatorios. Aunque con una discreta tendencia a tener mayor cumplimiento los SUP más frecuentados (coeficiente de correlación $r^2 = 0,12$, fig. 3), sin embargo no hemos constatado una relación estadísticamente significativa entre el número de urgencias atendidas y el total de ítems cumplimentados, ni el cumplimiento específico de cada uno de ellos (excepto con la existencia de un «plan funcional escrito»: $p = 0,021$; $RR = 3,826$; $IC\ 95\%: 0,977-14,980$).

En la tabla 1 aparece detallado el grado de cumplimiento de algunos de los ítems más representativos, mostrados en porcentaje sobre el total de SUP, en orden decreciente.

Discusión

Este es el primer estudio sobre la aplicación de criterios de calidad en los SUP españoles. Hasta épocas aún no muy lejanas era habitual que la MUP se llevara a cabo en instalaciones no específicamente diseñadas para el ámbito pediátrico, con carencias en la dotación tanto de material como de personal, y en muchos casos sin una formación específica de sus profesionales ni una dedicación exclusiva o preferente. Sin embargo, tal y como establecen tanto la Academia Americana⁷ como Británica⁸ de Pediatría, es recomendable que, para que los SUP proporcionen una asistencia de calidad y sean eficientes, se lleve a cabo en un determinado marco arquitectónico y funcional, y con una dotación de material y personal especializado en MUP. Por ello, uno de los objetivos fundacionales de SEUP fue mejorar esa situación en nuestro país, promoviendo la creación de equipos especializados y SUP acordes a las recomendaciones internacionales actuales. Con este propósito se elaboraron, en primer lugar, unos

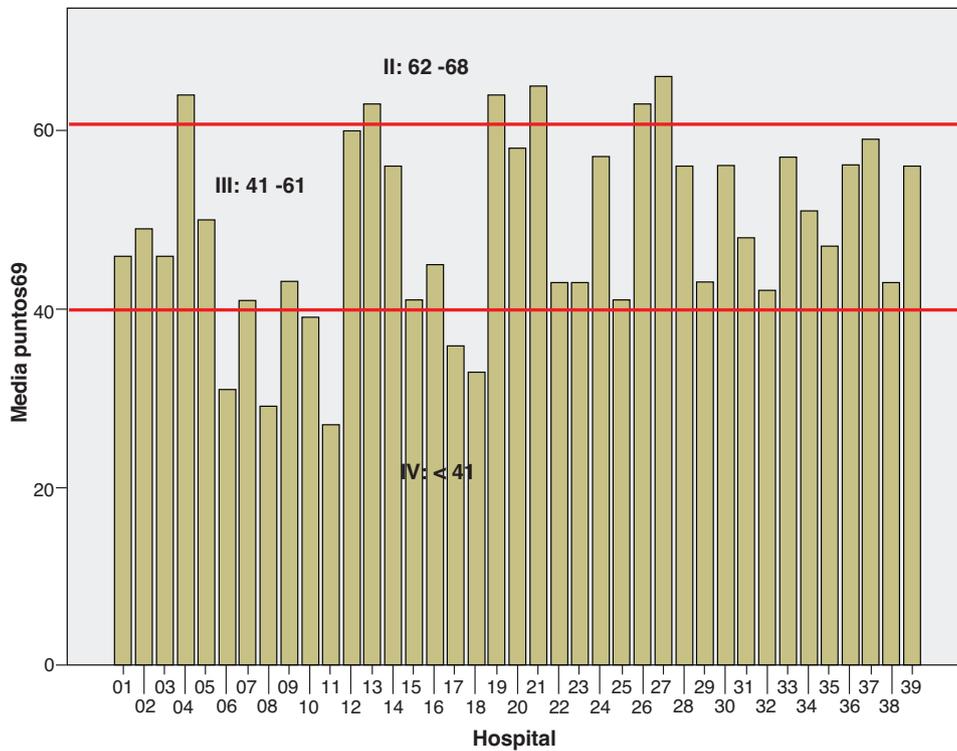


Figura 2 Puntuación de los 39 servicios.

indicadores para medir la calidad de la asistencia, y posteriormente los requisitos y estándares de acreditación de los SUP. A finales del año 2006 se realizó una encuesta nacional para conocer aspectos organizativos y funcionales básicos de los SUP y evaluar el grado de cumplimiento de los indicadores de calidad propuestos¹⁵. Unos años más tarde hemos querido conocer el grado de cumplimiento de los requisitos y estándares de acreditación de nuestros SUP para establecer puntos de mejora.

Del análisis de las encuestas contestadas concluimos que aún nos queda mucho camino por recorrer. Los resultados ponen de manifiesto grandes diferencias organizativas entre los diferentes SUP de nuestro país, no alcanzando en ningún caso los requisitos obligatorios recomendados por el GT de SEUP, lo que subraya la necesidad de seguir trabajando para adaptarse lo antes posible a ellos. Hemos considerado que 6 servicios solo precisan cambios o mejoras mínimas. La mayoría (27) necesitan acometer cambios más importantes,

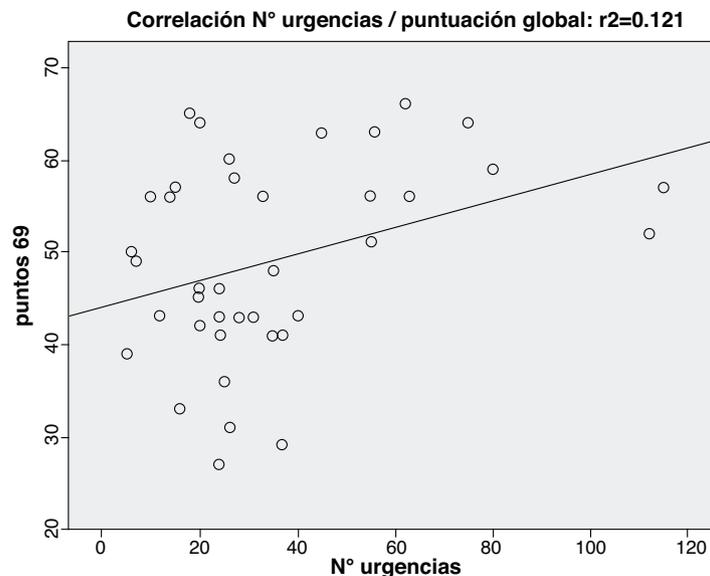


Figura 3 Relación número de urgencias/puntuación global.

Tabla 1 Grado de cumplimiento (total/%) de algunos ítems

Ítem	N.º	%
Informe de alta	39	100
Consentimiento informado	39	100
Adecuada dotación material en boxes	37	94,8
Registro de datos de visita	37	94,8
Guías clínicas basadas en MBE	35	89,7
Sala de críticos	35	89,7
Adecuada dotación material en sala de críticos	35	89,7
Sesiones clínicas	33	84,6
< 10% estancias unidad observación > 24 h	32	82
Sistema de triaje	31	79,5
Enfermero/a responsable	31	79,5
Unidad de observación	28	71,7
Boxes suficientes	28	71,7
Responsable médico con > 5 años experiencia	28	71,7
Triaje 24 h	27	69,2
Suficiente número enfermero/as	27	69,2
Médicos con formación específica	23	58,9
Suficiente número médicos	21	53,8
Manual de organización	20	51,2
Técnicas médicas especificadas	20	51,2
Técnicas de enfermería especificadas	20	51,2
Área de triaje adecuada	20	51,2
Indicaciones sala de críticos	17	43,6
Perfil profesionales	17	43,6
Área de unidad de observación adecuada	16	41
Plan funcional escrito	16	41
Evaluación/actualización reglada	13	33,3
Criterios de unidad de observación	13	33,3
Enfermería con formación específica	11	28,2

mientras que otros 6 precisarían modificaciones estructurales y funcionales profundas. Estos datos no difieren mucho de la experiencia en Gran Bretaña⁸ y en Norteamérica^{7,16}, en donde se ha constatado que solo un 6% de los SUP cumplen con las recomendaciones oficiales. Resulta interesante el hecho de no haber encontrado en el análisis estadístico de esta encuesta una relación significativa entre la media de urgencias atendidas y el grado de cumplimiento de los ítems obligatorios, tanto globalmente como con respecto a cada uno de ellos particularmente. Esto nos lleva a concluir que no necesariamente los «SUP pequeños» están peor dotados u organizados que aquellos con más carga de trabajo.

Como puntos fuertes queremos destacar la existencia en todos los servicios encuestados de un informe de alta estandarizado, así como de documentos de consentimiento informado. La mayoría de los SUP tienen una adecuada dotación de material, tanto en los boxes de atención (95%), como en la sala de críticos (90%). Un 90% refiere contar con guías clínicas basadas en medicina basada en la evidencia, y en un 85% se realizan sesiones clínicas periódicas de forma programada.

Una parte importante de los puntos de mejora competen a la organización funcional de los SUP en varios aspectos. En concreto, al establecimiento de un plan funcional: alrededor de un 50% no tienen un manual de organización, ni registradas por escrito las técnicas médicas y de enfermería, ni los procedimientos quirúrgicos que realizan. En lo que se refiere

al triaje un 20% de los SUP refieren no disponer de ningún sistema: cuando existe, en todos es llevado a cabo por enfermería, pero solo en un 43% hay un médico responsable de resolver los posibles conflictos, y en un 31% no funciona las 24 h del día, no constando por escrito sus criterios en el 28%. Algunos servicios no tienen claramente establecidos las indicaciones de utilización de su sala de críticos (56%) ni de su unidad de observación (67%); ni las competencias de cada uno de sus profesionales (64%). Solo 13 centros (33%) tienen un sistema de evaluación y de control de calidad. Todos estos aspectos organizativos y funcionales dependen directamente de los responsables de cada una de las unidades. Lo primero que debe hacerse es conocer los requisitos recomendados internacionalmente (en la encuesta norteamericana¹⁶ hasta un 50% de sus responsables los desconocían), y adaptados por el GT de la SEUP. Una vez conocidas las carencias respecto a ellos (la Encuesta de Autoevaluación del Cuerpo Doctrinal ayuda a detectarlas) el siguiente paso sería establecer un programa de acciones de mejora para corregirlas en la medida de sus posibilidades. A la hora de establecer este programa puede ayudar tomar como ejemplo alguno de los modelos de sistemas de mejora de la calidad en urgencias pediátricas¹⁷⁻¹⁹.

En otras unidades, sin embargo, las acciones de mejora se sitúan a otro nivel. Hay servicios con deficiencias arquitectónicas de diferente importancia: 29% no disponen de un número suficiente de boxes y otro tanto de unidad de observación; mientras que alrededor del 50% presenta falta de espacio y privacidad en el área de triaje y un 57% en el área de observación. En lo que se refiere a la dotación de personal, quedan patentes en algunos SUP deficiencias tanto de tipo organizativo (en un 20% no existe la figura de un enfermero/a responsable, y casi en un 30% un responsable médico con más de 5 años de experiencia en MUP), como numérico (el 30% dispone de menos enfermería y el 46% de menos médicos que los estándares internacionales recomiendan), como formativo (alrededor de un 40 y un 72% no tienen médicos y enfermería con formación específica en MUP, respectivamente). El corregir esta situación exige la adopción de medidas, principalmente económicas, que dependen sobre todo de la implicación de los órganos directivos de los centros hospitalarios correspondientes. Se estima que en los países desarrollados alrededor de un 25% de la población está en edad pediátrica, y entre un 20-25% de todas las urgencias que se atienden afectan a estas edades. Sin embargo, apenas un 13% del gasto sanitario se dedica a ellas: 1,7 veces menos que para la población adulta, y 5,6 veces menos que para los mayores de 64 años¹⁸.

Creemos que en aquellos centros en los que esté previsto realizar una remodelación o una nueva creación de SUP sería recomendable que los responsables conocieran previamente el documento de requisitos y estándares de las urgencias pediátricas de la SEUP¹⁴ y trataran de incorporar sus recomendaciones.

Es de interés destacar la ausencia de relación estadísticamente significativa entre la media de urgencias atendidas y la puntuación obtenida y grado de cumplimiento de cada uno de los 69 ítems considerados obligatorios.

Limitaciones del estudio:

- Es una encuesta de libre contestación, sin que se haya verificado por un observador externo la veracidad de las

respuestas ofrecidas por los responsables de los SUP participantes. Pero dado que la encuesta tenía un mero valor informativo, y que hay concordancia con algunos datos obtenidos en la encuesta del año 2006, asumimos que se corresponde de manera fiable con la realidad de sus servicios.

- Solo contestaron 39 de los 47 SUP a los que se remitió la encuesta. Aunque las respuestas de los centros que no la contestaron pudieran modificar algunos resultados, consideramos buena la representatividad dado el número y entidad de los que sí lo hicieron.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados de este estudio: 1) muchos servicios de urgencias pediátricos en España tienen problemas estructurales y funcionales que pueden dificultar dar una asistencia de calidad. Estas deficiencias se han detectado

en servicios de diferentes características, independientemente del volumen de urgencias atendidas anualmente. 2) Los puntos de mejora afectan principalmente a cuestiones funcionales, que deben ser acometidas por sus responsables. 3) Un número significativo tienen serios problemas arquitectónicos y de dotación, que precisarían medidas económicas por parte de sus órganos directivos. 4) El cuestionario de autoevaluación de la SEUP permite identificar acciones de mejora.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los responsables de los 39 SUP que respondieron a la encuesta.

Anexo 1. Encuesta de Autoevaluación (1)

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION DE REQUISITOS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIATRICOS

Marca con una X en la casilla correspondiente. Si tienes dudas en alguna pregunta lee el apartado correspondiente al documento del Cuerpo Doctrinal, en el capítulo Requisitos de los Servicios de Urgencias Pediátricos.

SERVICIO DE URGENCIAS DE.....

Responsable:.....

Media de urgencias anuales:.....

Tfno de contacto:.....

Email de contacto:.....

O: obligado/R: recomendable

SI NO No aplicable

¿Existe un **Manual de organización** escrito que describa de forma general y clara la organización? **O**

Personal médico

¿Hay un médico Responsable del Servicio con experiencia de trabajo efectivo en MUP de al menos 5 años? **O**

¿Ejerce el responsable del Servicio la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito al mismo, incluyendo facultativos de otros servicios cuando realicen su actividad en él? **O**

¿Es adecuado el número de médicos en el servicio? **O**

Si la clasificación de pacientes es realizada por un médico, ¿existe un facultativo con esta función específica por turno? **O**

¿Tiene el personal médico experiencia suficiente en MUP? **R**

¿Tiene el personal médico formación específica en MUP? **R**

Personal de enfermería

¿Existe un Enfermero Responsable del servicio? **O**

¿Existe un responsable de reposición y revisión de funcionamiento del instrumental clínico? **O**

¿Tiene el servicio enfermeros suficientes para asegurar la calidad asistencial? **O**

Si la clasificación de pacientes es realizada por un enfermero, ¿existe un enfermero con esta función específica por turno? **O**

¿Tiene el personal de enfermería experiencia suficiente en MUP? **R**

¿Tiene el personal de enfermería formación específica en MUP? **R**

¿Tiene el servicio auxiliares de enfermería suficientes para asegurar la calidad asistencial? **O**

Otro personal. ¿Tiene el servicio personal administrativo y de servicios generales suficientes? **O**

Acceso de vehículos y peatones

¿Son adecuados, independientes, disponen del espacio suficientes, están cubiertos señalizados e iluminados? **O**

Las rutas de entrada y salida de vehículos, ¿son unidireccionales? **R**

La zona de recepción de vehículos y descarga, ¿tiene una altura mínima de cuatro metros y cierre de puertas con mecanismo de fotosensibilidad? **R**

Anexo 2. Encuesta de Autoevaluación (2)

O: obligado/R: recomendable

SI NO No aplicable

Área de Recepción y Admisión

¿Hay un almacén de sillas de reuda y camillas en la zona de *recepción*? O

¿Permite la visión de la zona de entrada y acceso? O

¿Permite la privacidad? O

¿Dispone de espacio suficiente? O

¿Tiene acceso directo a las áreas específicas? R

¿Está dotada de personal de seguridad? R

¿Existe área de información al usuario? R

Sala de espera de familiares

¿Está ubicada de forma adecuada? O

¿El mobiliario es adecuado? O

¿Está provista de teléfono, aseos, fuente de agua, bar automático y megafonía? R

¿Dispone de espacio suficiente? O

El Area de clasificación de pacientes o Triage

¿Permite la visión de la zona de entrada y sala de espera y está cerca de la sala de criticos? O

¿Permite la privacidad? O

¿Dispone de espacio suficiente? O

¿Está bien dotada de material? O

¿Dispone el Servicio de sistema informático? R

Consultas médicas/boxes.

¿Tiene un número suficiente? O

¿El espacio de cada una es suficiente? O

¿El mobiliario es adecuado? O

¿Están bien dotadas de material? O

Sala de críticos

¿Es adecuada? O

¿Tiene una dotación de material adecuada? O

Área de Observación

¿Tiene capacidad suficiente? O

¿Garantiza la intimidad del paciente y el trabajo de los profesionales? O

Del total de camas, ¿el 20% están dotadas de monitorización? O

¿Tiene una dotación de material adecuada? O

¿El mobiliario es adecuado? O

Otras Áreas

¿La Sala de curas es adecuada? R

¿La Sala de yesos está bien dotada? R

¿Dispone de sala de trabajo? O

¿Dispone de sala de descanso para el personal? O

¿Dispone de biblioteca, mesa de reuniones y equipo informático? R

¿Existen baños, aseos, duchas para el personal? O

¿Existe un espacio dedicado al almacén? O

¿Se dispone durante las 24 horas del día de la posibilidad de realización de pruebas analíticas? O

Si el volumen de asistencia anual es > 50.000, ¿cuenta con una zona de radiología exclusiva para Urgencias? R

Anexo 3. Encuesta de Autoevaluación (3)

O: obligado/R: recomendable

SI NO No aplicable

¿Hay una secretaria del servicio? O

¿Está garantizada la limpieza durante las 24 horas del día? O

Pian funcional asistencial

¿Existe un plan escrito? O

¿Dispone de una descripción gráfica del proceso total de asistencia? R

¿Es fácilmente accesible para todo el personal? R

¿Dispone de un departamento de admisión de pacientes con actividad las 24 del día? O

Anexo 3 (Continuación)

O: obligado/R: recomendable	SI	NO	No aplicable
¿Queda registrado un número de identificación, filiación del paciente, hora de llegada y de alta, diagnóstico, destino y médico que da el alta? O			
¿Existe un documento escrito del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos y técnicas que se realizan en las diferentes áreas? O			
Sistema de triaje			
¿Existe un sistema de triaje? O			
¿Se realiza las 24 horas del día? O			
¿Es llevado a cabo por médicos o enfermeros?			
Si la clasificación la realiza un enfermero, ¿hay designado un médico concreto para la resolución de dudas o conflictos? O			
¿Existe un documento que describa los criterios de clasificación? O			
¿Queda recogido en el proceso de clasificación el motivo de consulta, el nivel de prioridad y el destino inmediato del paciente? O			
Procesos asistenciales, Guías clínicas			
¿Existen protocolos, procedimientos específicos o guías clínicas, consensuadas por el equipo del propio hospital? O			
¿Cubren estos protocolos al menos el 80% de los procesos más frecuentes? O			
¿Están realizados de acorde a la evidencia científica actual? O			
Hoja de asistencia, Informe al alta.			
¿Se le proporciona a todo paciente un informe médico al alta? O			
¿Incluye, al menos: datos de filiación, antecedentes personales y familiares, anamnesis, exploración física, resultados de pruebas complementarias, juicio clínico, tratamiento y destino al alta? O			
¿Es archivado este documento, de modo que sea recuperable, al menos durante 5 años? R			
Consentimiento Informado y otros documentos legales			
¿Se solicita el Consentimiento Informado en los casos previstos por la ley? O			
¿Existen y son accesibles los documentos médico-legales de obligado cumplimiento? O			
Procedimientos quirúrgicos y sedoanalgesia.			
¿Dispone de documentos escritos que describan los procedimientos quirúrgicos y técnicas diagnósticas que se realizan? O			
¿Dispone de documentos escritos que describan los procedimientos de sedo-analgesia que se realizan? O			
Procedimientos de enfermería			

Anexo 4. Encuesta de Autoevaluación (4)

O: obligado/R: recomendable	SI	NO	No aplicable
¿Existen planes de cuidados de enfermería escritos y consensuados? O			
Sala de Críticos			
¿Están definidos por escrito los criterios de uso de la sala de críticos? O			
¿Hay asignado en todo momento personal sanitario (médico y enfermería) responsable de la asistencia en esta área? R			
Unidad de Observación.			
¿Tienen los pacientes de esta área en todo momento un médico asignado como responsable? O			
¿Existe un documento escrito del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos y técnicas en esta área? R			
¿Están definidos por escrito los criterios de ingreso y alta de esta área? O			
¿Existe un límite de tiempo planteado en la estancia en esta área? O			
¿Las estancias > 24 horas son menos del 10% del total? O			
Programa de Formación, formación continuada.			
¿Se realiza docencia pregrado? R			
¿Se realiza docencia postgrado? O			
¿Se realiza sesiones clínicas periódicas? O			
¿Se realiza sesiones bibliográficas periódicas? R			
¿Se realiza sesiones de actualización de protocolos periódicas? O			

Anexo 4 (Continuación)

O: obligado/R: recomendable	SI	NO	No aplicable
¿Se realiza sesiones de mejora de la calidad periódicas? R			
Programa de Investigación.			
¿Existe documentación de las actividades de investigación? R			
Plan de catástrofes.			
¿Existe un Plan escrito de Emergencias internas y externas? O			
¿Es conocido por los miembros del Servicio? R			
¿Es conocido por otros dispositivos sanitarios implicados en la asistencia de urgencias? R			
¿Se efectúan simulacros sobre catástrofes internas y externas, al menos una vez cada dos años? R			
¿Existe documentación de las actividades de coordinación con otros dispositivos sanitarios implicados en la asistencia de urgencias? R			
Programa de Calidad.			
¿Existe un Programa de Calidad escrito? O			
¿Hay un responsable de dicho programa? R			
¿Hay un apartado de prevención de la infección y accidentes en los pacientes y el personal? R			
¿Hay un apartado de detección, análisis y corrección de errores, <i>complicaciones y reacciones adversas</i> ? R			
¿Se evalúan y actualizan en forma reglada los protocolos asistenciales, procedimientos generales y equipamiento? O			

Bibliografía

- Mintegui S, Shavit I, Benito J. Pediatric emergency care in Europe: a descriptive survey of 53 tertiary medical centers. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24:359–63.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric Emergency Medicine. Access to optimal Emergency Care for children. *Pediatrics*. 2007;119:161–4.
- Policy Statements. Emergency department planning and resource guidelines. *Ann Emerg Med*. 2005;45:231–8.
- Jelinek G, Mountain D, O'Brien D, Rogers IR, Wilkes G, Wenban J, et al. Re-engineering an Australian emergency department: can we measure success? *J Qual Clin Pract*. 1999;19:133–8.
- Child Health Network reports. Report and recommendations of the Observation Unit Task Force. Endorsed by the Child Health Network Steering Committee on October 16, 1998. Disponible en: <http://www.echn.ca/hsc/chn-chn.nsf/805059e4336defc985256a1c0055e626>.
- Krug S, Kuppermann N. Twenty years of emergency medical services for children. A cause for celebration and a call for action. *Pediatr Emerg Care*. 2005;21:223–6.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians Pediatric Committee, Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Joint Policy Statement. Guidelines for Care of children in the Emergency Department. *Pediatrics*. 2009;124:1233–43.
- Salter R, Maconochie IK. Implementation of recommendations for the care of the children in UK emergency departments: national postal questionnaire survey. *BMJ*. 2005;330:73–4.
- Hue V, Bonnel C, Martinot A. Les zones de surveillance de très courte durée aux urgences: organisation et potentialités. *Arch Pédiatrie*. 2005;12:706–8.
- López Andújar L, Tejedor M, Fernández J, Benito J. *Estándares de acreditación para servicios de urgencias de hospitales. SEMES*. Madrid: Grupo Saned; 2008.
- Unidad de Urgencias hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: www.msps.es.
- Grupo de Trabajo de Codificación diagnóstica de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría de la Asociación Española de Pediatría. Codificación diagnóstica en urgencias de pediatría. *An Esp Pediatr*. 2000;53:261–72.
- Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Servicios de Urgencias: indicadores de calidad de la atención sanitaria. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:569–80.
- Sánchez J, Luaces C, Benito J, Míguez MC. Estándares Acreditación Urgencias Pediátricas. Disponible en: www.seup.org/seup/pdf/publicaciones/estandar.acreditacion.pdf.
- Luaces C, Ortiz J, Trenchs V, Pou J. Encuesta nacional sobre urgencias pediátricas. Aspectos organizativos y funcionales. *Emergencias*. 2008;20:322–7.
- Gausche-Hill M, Schmitz C, Lewis RJ. Pediatric preparedness of United States emergency departments: a 2003 survey. *Pediatrics*. 2007;120:1229–37.
- Acute hospital portfolio topic guide: accident and emergency. Healthcare Commission. 2004;2.
- Khan NS, Jain S. Quality initiatives in the emergency department. *Curr Opin Pediatr*. 2010;22:262–7.
- Guttmann A, Razaq A, Lindsay P, Zagorski B, Anderson GM. Development of measures of the quality of emergency department care for children using a structured panel process. *Pediatrics*. 2006;118:114–23.