



Instrución: 19/20

ASUNTO: Criterios organizativos para a optimización da asistencia sanitaria nos servizos de urxencias dos hospitais do Servizo Galego de Saúde.

ORIXE: Xerencia do Servizo Galego de Saúde.

ÁMBITO: centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde

A atención sanitaria urxente é unha actividade crecente na Unión Europea. No caso de España calcúlase que se realizan máis de 27 millóns de atencións nos servizos de urxencias hospitalarias (SUH).

Este incremento acompáñase dun importante aumento na complexidade dos/as pacientes atendidos/as, tanto polo envellecemento da poboación como pola elevada incidencia de procesos pluripatolóxicos ou debido á polimedicación.

A Organización Mundial da Saúde (OMS), nos seus informes do 8 de abril e do 21 de maio de 2019, avala a importancia da atención urxente nas enfermidades onde o tempo é unha dimensión da calidade asistencial. Tamén recoñece este tipo de atención como un elemento esencial da cobertura sanitaria universal. Incide, ademais, en que, en moitas ocasións, é o primeiro punto de contacto do/da paciente cos sistemas de saúde, e que a axeitada xestión da atención urxente garante un recoñecemento oportuno da enfermidade, a xestión do tratamento, a reanimación e derivación rápidos, así como o tratamento continuado de enfermidades agudas no nivel apropiado do sistema de saúde, é dicir, aumentan a eficiencia e efectividade de todo o sistema sanitario.

A Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de Sanidade, no seu artigo 3 recolle que os medios e actuacións do sistema sanitario estarán orientados prioritariamente á promoción da saúde e á prevención das enfermidades, polo que as administracións públicas competentes organizarán e desenvolverán todas as accións sanitarias ás que se refire o título I, dentro dunha concepción integral do sistema sanitario, segundo se recolle no artigo 4.1.

O Real decreto 1030/2006, do 15 de setembro, polo que se establece a carteira de servizos comúns do Sistema nacional de saúde e o procedemento para a súa actualización, refírese no seu anexo IV á carteira de servizos comúns de prestación de atención de urxencia.

Instrución 19/20



No ámbito da nosa comunidade, a Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia, nos artigos 48 e 52 fai referencia explícita á atención de urxencia.

O Decreto 290/2001, polo que se crea a categoría de médico de urxencias hospitalarias, no seu artigo 3º establece, ademais da función de prestar asistencia médica aos/ás pacientes que acoden ao servizo de urxencias do hospital, a de priorización dos mesmos, a de participación no traslado dos/as pacientes que o precisen e a de participar nas actividades de mellora da calidade propias da súa unidade e nas xerais do centro, entre outras.

Cómpre engadir que, ao igual que calquera sistema de atención sanitaria, os servizos de urxencias hospitalarias teñen como obxectivo garantir unha atención de calidade, segura e centrada no/a paciente. Para iso, é necesario analizar os procesos de atención e establecer os requisitos de calidade que deben cumprir, identificando os puntos críticos e os riscos para a seguridade do/da paciente, que deben ser analizados e avaliados para identificar e priorizar as accións de tratamento necesarias para eliminalos ou, de non ser posible, establecer os controis e barreiras necesarias para minimizar a súa frecuencia e o seu impacto no/na paciente.

Nesta liña de actuación, a Orde do 26 de febreiro de 2020 creou a Comisión galega de seguridade clínica e calidade asistencial dos servizos de urxencias hospitalarias, coa finalidade da promoción da ordenación e homoxeneización dos procesos asistenciais da atención urxente, así como o desenvolvemento de programas, protocolos e estratexias que incidan na optimización da calidade asistencial e na seguridade clínica do/da paciente, o que permitirá avaliar os procesos clave e puntos críticos da atención urxente, os requisitos de calidade que debe cumprir e os riscos para a seguridade do/da paciente, priorizando as accións necesarias para a súa mellora.

Por outra banda, o escenario sanitario tras a pandemia polo virus SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) cambiou significativamente. Así, nos servizos de urxencias hospitalarias, entre outras medidas, establecéronse circuitos asistenciais tendo en conta aos/ás pacientes con posible infección pola COVID-19 e implantáronse medidas para a vixilancia, control e prevención da infección por este virus.

Neste contexto, compre realizar unha adaptación organizativa nos servizos de urxencias hospitalarias, de xeito que permita solventar unha situación asistencial extraordinaria, mantendo os niveis de calidade asistencial así como a coordinación cos distintos niveis asistenciais.

Instrución 19/20



Tendo en conta o anteriormente exposto, cómpre ditar as seguintes

INSTRUCCIÓNS:

PRIMEIRA. Obxecto

As presentes instrucións teñen por obxecto establecer os criterios organizativos para a optimización da asistencia sanitaria nos servizos de urxencias dos hospitais do Servizo Galego de Saúde, a coordinación cos diferentes servizos dos centros sanitarios e o establecemento de criterios de calidade asistencial e seguridade clínica.

SEGUNDA. Ámbito

Os criterios contidos nas presentes instrucións aplicaranse ao conxunto de actividades asistenciais realizadas nos servizos de urxencias hospitalarias do Servizo Galego de Saúde, en relación coa atención aos/ás pacientes e os diferentes pasos secuenciais do mesmo.

TERCEIRA. Criterios organizativos.

Os criterios organizativos para a optimización da asistencia sanitaria nos servizos de urxencias son os seguintes:

- 1.- A atención nos servizos de urxencias hospitalarias ofrecerá a todas as persoas o acceso, en condicións de equidade, a unha atención urxente homoxénea, segura e de calidade.
- 2.- Constitúe unha prioridade do Servizo Galego de Saúde a optimización da xestión da atención urxente e a implantación dos plans autonómicos para a atención de patoloxías tempo dependentes.
- 3.- A detección de áreas de mellora e a realización das intervencións oportunas na atención nos servizos de urxencias hospitalarias do Servizo Galego de Saúde implica:
 - a) A definición de indicadores que permitan coñecer a actividade dos servizos de urxencias hospitalarias.
 - b) Garantir a trazabilidade dos procesos e subprocesos e a seguridade do paciente.

CUARTA.- Proceso de atención no servizo de urxencias hospitalarias

O proceso de atención nos servizos de urxencias hospitalarias implica unha visión integral e integrada da asistencia sanitaria, dado que pode iniciarse de xeito ambulatorio e finalizar nos distintos servizos hospitalarios.

Require da máxima coordinación entre os profesionais de diferentes categorías debido a que calquera actuación repercute no resultado final do proceso asistencial, polo que é

Instrucción 19/20





clave a interlocución correcta, perfectamente definida e rexistrada (trazabilidade) da atención para evitar demoras innecesarias na cadea asistencial.

No proceso de atención sanitaria nos SUH cómpre distinguir os seguintes tipos de actuacións:

1.-Actuacións previas á atención no servizo de urxencias hospitalarias (SUH).

A asistencia sanitaria nos SUH pode ser demandada directamente polos/as pacientes, ser solicitada polos/as facultativos/as de atención primaria ou a través do servizo de emerxencias (061) ou doutras entidades (xulgados, forenses, etc.) alleas ao sistema sanitario.

Para garantir a correcta xestión dos servizos de urxencias hospitalarias e, polo tanto, da atención dos/as pacientes, seguiranse as directrices que se detallan a continuación:

1.1. As derivacións de pacientes dende atención primaria cara aos SUH, realizaranse en base a criterios clínicos de urxencia/emergencia. Polo tanto, a solicitude dunha proba diagnóstica ou consulta médica doutra especialidade que non corresponda a unha atención urxente deberá tramitarse pola vía ordinaria e segundo os protocolos vixentes no Servizo Galego de Saúde.

1.2. A xestión dos ingresos nas áreas de hospitalización convencional está protocolizada polos servizos de admisión das Áreas Sanitarias, e cumpren coas directrices comúns previstas no Servizo Galego de Saúde. Así, evítanse as derivacións aos servizos de urxencias como transición para o ingreso noutro servizo hospitalario.

1.3. Respecto do transporte secundario interhospitalario, o ingreso do/a paciente trasladado/a realizarase, agás situacións excepcionais, directamente no servizo correspondente, evitando o tránsito asistencial polo servizo de urxencias do centro de destino.

2.- Actuacións relacionadas coa primeira atención:

2.1. Triaxe de pacientes nos servizos de urxencias hospitalarias (SUH):

A triaxe é un dos puntos clave da asistencia sanitaria nos SUH, xa que determina a prioridade da asistencia e define os circuitos asistenciais posteriores. Debe ser un sistema estandarizado en cinco niveis, realizado por profesionais sanitarios, con

Instrución 19/20





aval científico, auditable, informatizado e operativo os 365 do ano durante as 24 horas do día. No Servizo Galego de Saúde, actualmente utilízase o sistema Manchester.

A correcta triaxe de pacientes, tamén implica garantir os tempos nos que se realiza a mesma, existindo uns estándares mínimos que se deben cumprir tanto para a pretrixaxe coma a triaxe (ver Anexo 1). Así mesmo, na última fase da triaxe, debe asignarse un/unha profesional médico/a ao/á paciente.

No que respecta aos pacientes que son derivados ao SUH por un facultativo do ámbito extrahospitalario, priorizárase a triaxe e a posterior atención dos mesmos dentro do nivel de triaxe establecido.

Por outra banda, é importante garantir a formación continuada e actualizada na utilización desta ferramenta. Con este obxectivo programárase anualmente polo menos unha actividade formativa de actualización no sistema de triaxe.

2.2. Tempo de primeira asistencia médica:

Defínese como o tempo que transcorre entre a finalización da triaxe e o momento en que ten lugar a atención por un/unha médico/a, e que da inicio aos procedementos diagnósticos e terapéuticos oportunos.

Os/as pacientes considerados/as como prioridade 1 ou cor vermella serán atendidos/as de forma inmediata e os/as considerados/as de cor laranxa en 10 minutos. No que respecta aos/as pacientes clasificados/as como cor amarela, verde ou azul serán atendidos/as o antes posible en función da demanda do servizo (respetando a prioridade establecida na triaxe).

2.3. Circuitos asistenciais:

A triaxe define a prioridade e, por tanto, a asignación a un circuito asistencial determinado, establecéndose polo menos catro circuitos asistenciais diferenciados:

- Circuito de pacientes críticos ou prioridade I: estes pacientes son atendidos/as na área de críticos.
- Circuito de pacientes urxentes ou prioridade II-III: circuito que atende á maior parte dos/as pacientes que acceden ao servizo de urxencias.
- Circuito de prioridade IV-V o de alta frecuentación: organízase en consultas de baixa prioridade.
- Circuitos específicos de determinadas especialidade ou patoloxías: COVID-19, pacientes pediátricos/as, atención obstétrica, etc.

Instrución 19/20





2.4. Solicitude de probas complementarias:

- a) Todas as probas diagnósticas solicitaranse de maneira electrónica e o resultado das mesmas incorporárase á historia clínica electrónica (IANUS) do/da paciente.
- b) Estableceranse tempos óptimos de resposta para a remisión de informe de resultados polos servizos de radioloxía, análises clínicas, microbioloxía clínica, etc. Ditos tempos recóllense no anexo 1.

2.5. Solicitudes de interconsultas con outras especialidades hospitalarias

Os tempos de resposta nas interconsultas realizadas dende os SUH a outras especialidades médicas, poden condicionar o tempo de asistencia ao/á paciente. Ditas interconsultas realizaranse utilizando as ferramentas electrónicas do Servizo Galego de Saúde. Ademais, cómpre establecer un circuíto áxil de resposta ás interconsultas solicitadas, así como definir indicadores relacionados co tempo de resposta ás mesmas (anexo 1). Organizarase á atención nos servizos hospitalarios para garantir os tempos de resposta definidos.

3.- Atención na área de observación:

Nesta área atenderanse aos/ás pacientes do SUH que precisan estabilización, vixilancia médica ou/e de enfermaría, monitorización, confirmación diagnóstica e/ou completar estudos.

A área de observación forma parte dos servizos de urxencias e o traslado de pacientes á mesma debe ser consensuado co/a médico/a de urxencias responsable. En caso de discrepancia no criterio de traslado, a decisión última corresponde ao/á coordinador/a do servizo de urxencias ou á persoa que el/ela designe.

Ademais, cómpre avaliar o tempo transcorrido dende a chegada do/da paciente á área de observación ata a súa alta domiciliaria/ingreso en hospitalización convencional (anexo 1).

4. Actuacións relacionadas coa alta de pacientes do servizo de urxencias hospitalarias:

Dentro destas actuacións inclúense a alta domiciliaria, o ingreso en hospitalización e o traslado a outro centro sanitario.

Instrución 19/20





4.1. Alta ao domicilio: arredor do 85% dos/as pacientes atendidos/as nos servizos de urxencias hospitalarias son dados/as de alta ao seu domicilio. Ao respecto cómpre establecer os seguintes criterios de calidade:

- Entregarase ao/á paciente, antes de abandonar o SUH, o informe de alta e as follas de recomendacións que precise, preferentemente en formato electrónico. No informe de alta especificarase polo menos, o xuízo clínico e o plan terapéutico. Así mesmo, explicaranse ao/á paciente e familiar/coidador/a as recomendacións a seguir, as indicacións terapéuticas establecidas, os controis que deba realizar tras a alta, etc.
- Realizaranse as prescricións electrónicas do tratamento farmacoterapéutico instaurado, previa conciliación e revisión da medicación.

4.2. Ingreso en hospitalización: a axilidade do ingreso en planta de hospitalización é un dos factores clave na prevención de situacións de sobreaforo nos SUH. De forma xeral, o tempo medio transcorrido dende a solicitude de ingreso dende o SUH ata o ingreso efectivo do paciente en planta de hospitalización no pode exceder as cinco horas (unha hora se a cama asignada está dispoñible). Con todo, este tempo axustarase anualmente, en función dos obxectivos asistenciais establecidos pola Dirección Xeral de Asistencia a cada área sanitaria.

Por outra banda, os/as profesionais médicos/as do servizo de urxencias terán a capacidade e responsabilidade de indicar o ingreso hospitalario. Para iso, consensuaranse os criterios de ingreso e indicadores para o seu seguimento co resto de especialidades médicas hospitalarias.

QUINTA.- Criterios organizativos para a xestión do incremento da demanda nos servizos de urxencias hospitalarias

A planificación da asistencia nos servizos de urxencias hospitalarias pode estar suxeita a cambios como consecuencia de incrementos puntuais da demanda e outras circunstancias estacionais ou extraordinarias. Para dar unha resposta asistencial adecuada a ditas circunstancias, elaboraranse anualmente plans de continxencia nos centros hospitalarios.

Instrución 19/20



Estes plans deben recoller as medidas asistenciais e criterios organizativos que se implantarán nos centros hospitalarios co obxectivo de axilizar a atención dos/as pacientes e adaptarse ás potenciais fluctuacións da demanda asistencial.

En función das entradas globais de pacientes nos servizos de urxencias e os tempos para a súa hospitalización, estableceranse distintos niveis coas accións que se deben levar a cabo nos centros hospitalarios, tal e como se describe no anexo 2. O desenvolvemento destas accións será avaliado de maneira continua e sistemática, para a detección de áreas de mellora e a posta en marcha das medidas correctoras oportunas.

SEXTA.- Calidade asistencia e seguridade do paciente nos servizos de urxencias hospitalarias

Os servizos de urxencias hospitalarias deberán desenvolver e aplicar os distintos protocolos do Servizo Galego de Saúde sobre calidade asistencial e seguridade do/a paciente co obxectivo de minimizar os riscos inherentes á asistencia sanitaria. Así, implantaranse as medidas dirixidas a potenciar prácticas seguras, que deberán ser avaliadas de forma continua, e realizaranse actividades formativas e informativas para mellorar a cultura de seguridade.

Os protocolos de calidade e seguridade do/a paciente incluírán, como mínimo, os indicadores recollidos no anexo 3.

Sétima.- Aplicación

As presentes instrucións producirán efectos dende a data da súa sinatura e comunicaranse a todos os centros previstos na instrución segunda.

O Xerente do Servizo Galego de Saúde

Antonio Fernández-Campa García Bernardo





ANEXO I

Indicadores sobre os tempos de atención nos servizos de urxencias hospitalarias

Tempo de pretriaxe:

Definición: tempo que discorre entre a admisión administrativa do/a paciente no servizo de urxencias hospitalarias e o momento en que se produce o primeiro contacto cun/cunha profesional sanitario/a para asignarlle o nivel de gravidade que corresponda ao proceso que presenta o/a paciente.

Xustificación: un tempo de demora excesivo dificulta a identificación precoz dos/as pacientes que requiren asistencia inmediata ou rápida.

Fórmula: (número de pacientes con tempo de chegada á triaxe inferior a 10 minutos/número de pacientes totais triados) x 100. Excluíndo as prioridades 1.

Estándar: $\geq 90\%$ das atencións prestadas cun tempo de triaxe inferior a 10 minutos, excluíndo as prioridades 1.

Tempo de triaxe

Definición: tempo que discorre entre o contacto co persoal sanitario en funcións de triaxe ata a asignación do seu nivel de prioridade asistencial e do médico responsable.

Xustificación: coñecer a actividade real do SUH, valorando o tempo de resposta na clasificación de pacientes a través do sistema de triaxe.

Fórmula: media da diferenza entre o momento de entrada na área de clasificación e a asignación dun nivel de prioridade e do médico responsable.

Estándar: o tempo de triaxe será inferior aos 5 minutos no 100% das atencións prestadas.

Tempo porta-electrocardiograma (ECG) en pacientes con dor torácica

Definición: tempo transcorrido entre a admisión administrativa do/a paciente no servizo de urxencias hospitalarias ata a realización do ECG en pacientes con dor torácica.

Xustificación: a realización dun ECG nun/nunha paciente con dor torácica non pode demorarse máis de 10 minutos dada a importancia no inicio precoz do tratamento en casos de síndrome coronaria agudo.

Fórmula: (número de pacientes con dor torácica aos/ás que se lles realiza un ECG en menos de 10 minutos dende a súa admisión administrativa no SUH/número de pacientes que acoden ao SUH con dor torácica) x 100

Estándar: 100%

Tempo porta-agulla en pacientes con ictus isquémico

Definición: tempo que discorre entre a admisión administrativa do paciente no servizo de urxencias hospitalarias e a administración de tratamento fibrinolítico nos/as pacientes que cumpran criterios de código ictus.

Xustificación: unha demora do tratamento fibrinolítico superior a 60 minutos aumenta a morbi-mortalidade dos/as pacientes con ictus cerebral isquémico.

Fórmula: (número de pacientes con ictus cerebral isquémico que recibiron tratamento fibrinolítico

Instrución 19/20





nun tempo igual ou inferior aos 60 minutos dende a súa admisión administrativa no SUH/número total de pacientes con ictus cerebral isquémico que recibiron tratamento fibrinolítico) x 100.

Estándar: >95%

Tempo de inicio de tratamento antibiótico en paciente con sepse

Definición: é o tempo transcorrido dende o diagnóstico do/a paciente con sepse no SUH e o inicio da administración do tratamento antibiótico. Este tempo debería de ser inferior a 60 minutos.

Xustificación: a administración precoz de antibióticos demostrou mellorar a supervivencia dos/as pacientes con sepse. Está demostrado que a mortalidade aumenta por cada hora que se atrasa o inicio do tratamento.

Fórmula: (número de pacientes con sepse aos que se administra un antibiótico na primeira hora tras o diagnóstico de sepse no SUH/número total de pacientes con sepse diagnosticados no SUH)x 100.

Estándar: >90%

Tempo de resposta dos servizos de análises clínicas:

Definición: é o tempo transcorrido dende o envío da mostra a analizar ao servizo de análises clínicas ata a súa validación por parte do mesmo.

Xustificación: coñecer o tempo do proceso de atención urxente dependente de tempos de resposta de provedores do servizo de urxencias hospitalarias.

Fórmula: (número de mostras validadas polo servizo de análises clínicas no tempo establecido dende o envío da mostra polo SUH/número total de mostras enviadas polo SUH) x 100

Estándar: en función da complexidade da proba solicitada estableceranse un tempo medio de validación e un estándar determinados. Para o perfil analítico de urxencias establécese o seguinte estándar: $\geq 90\%$ das mostras enviadas cun tempo de validación ≤ 90 minutos.

Tempo de resposta de dos servizos de radioloxía

Definición: é o tempo transcorrido dende a solicitude electrónica da proba radiolóxica por parte do SUH ata a obtención do informe validado polo servizo de radioloxía.

Xustificación: coñecer o tempo do proceso de atención urxente dependente de tempos de resposta de provedores do servizo de urxencias hospitalarias.

Fórmula: (número de probas radiolóxicas solicitadas polo SUH e validadas polo servizo de radioloxía no tempo establecido/número total de probas radiolóxicas solicitadas dende o SUH) x100.

Estándar: en función da complexidade da proba solicitada e a prioridade do/a paciente establecerase un tempo de validación do informe e un estándar determinados:

Pacientes con emerxencias tempo dependentes: 100% das probas solicitadas cun tempo de validación ≤ 30 minutos.

Pacientes con outras urxencias:

No caso da radioloxía simple: $\geq 90\%$ das probas solicitadas cun tempo de validación ≤ 90 minutos.

No resto de probas estableceranse os tempos óptimos de xeito consensuado entre o servizo de urxencias hospitalarias e o de radioloxía do centro.

Instrución 19/20





Tempo de resposta de interconsulta

Definición: é o tempo transcorrido dende a solicitude de interconsulta ata a asistencia prestada polo/a médico/a consultor/a.

Xustificación: coñecer o tempo do proceso de atención urxente dependente de tempos de resposta doutros/as especialistas consultores/as.

Fórmula: (número de interconsultas solicitadas polo SUH e atendidas polo servizo consultado no tempo establecido/número total de interconsultas solicitadas dende o SUH) x100.

Estándar: en función da prioridade do/a paciente estableceranse un tempo de atención e un estándar determinados:

Pacientes con emerxencias tempo dependentes: 100 % das interconsultas solicitadas atendidas en ≤30 minutos.

Pacientes con outras urxencias:

- ≥ 80% das interconsultas solicitadas, atendidas en ≤60 minutos en xornada ordinaria.

- ≥ 80% das interconsultas solicitadas, atendidas en ≤60 minutos nas especialidades médicas que realizan gardas presenciais.

- ≥ 80% das interconsultas solicitadas, atendidas en ≤120 minutos nas especialidades médicas que realizan gardas localizadas.

En calquera caso os servizos de urxencias hospitalarias e os implicados na resolución da consulta poderán establecer procedementos consensuados para o cumprimento deste indicador.

Estancia dos/as pacientes na área de observación

Definición: é o tempo transcorrido dende a chegada dun/dunha paciente á área de observación ata que se produce a súa saída da mesma por calquera causa.

Xustificación: optimizar e homoxeneizar a utilización das áreas de observación dos servizos de urxencias hospitalarias.

Fórmula: (número de pacientes con tempo de permanencia na área de observación inferior ou igual a 24 horas/número total de pacientes na área de observación) x100.

Estándar: ≥ 90% dos ingresos.

Tempo para o ingreso en hospitalización

Definición: é o tempo transcorrido dende a hora de solicitude de ingreso ata que o/a paciente abandona fisicamente o servizo de urxencias hospitalarias.

Xustificación: a axilidade nos ingresos hospitalarios mellora o funcionamento dos servizos de urxencias hospitalarios.

Fórmula: (número de pacientes con tempo de ingreso inferior ou igual a 5 horas (unha hora se a cama asignada está dispoñible)/ número de pacientes con solicitude de ingreso) x 100

Instrución 19/20





Estándar: $\geq 90\%$ dos ingresos.

Este indicador e o seu estándar axustarase anualmente en función dos obxectivos asistenciais establecidos pola Dirección Xeral de Asistencia a cada área sanitaria.

Estadía media no servizo de urxencias hospitalarias dos pacientes dependentes do mesmo (GFH á alta urxencias), cuxo destino a alta sexa domicilio.

Definición: mide o tempo transcorrido dende a hora da admisión administrativa no SUH ata a hora na que o/a paciente é dado de alta con destino ao domicilio.

Xustificación: o tempo de estadía nos servizos de urxencias hospitalarios é unha medida de control de calidade dos mesmos.

Fórmula: (tempo de estancia no SUH dos/as pacientes que son dados/as de alta a domicilio/número total de pacientes con alta a domicilio no SUH)

Estándar: ≤ 6 horas

Instrucción 19/20



ANEXO II

Cráterios para a xestión do incremento na demanda nos servizos de urxencias hospitalarias

- Nivel 1. 5-7% das entradas globais de urxencias en espera de hospitalización:
 - Xérase aviso dende dirección a todos os servizos hospitalarios.
 - Priorízanse os ingresos dende o servizo de urxencias hospitalarias.
 - Estúdase a oportunidade de reforzar as unidades de hospitalización a domicilio (HADO).
 - Estúdase a oportunidade de derivar aos/ás pacientes aos hospitais de día e ás vías ambulatorias preferentes.
 - Establécense reunións periódicas entre os/as responsables do servizo de urxencias hospitalarias e a dirección da área sanitaria.
- Nivel 2. 7-12% das entradas globais de urxencias en espera de hospitalización:
 - Refórzanse as unidades e servizos que se consideren precisos, prestando especial atención a aqueles que poidan axilizar as altas domiciliarias e o ingreso en plantas de hospitalización.
 - Reunión diaria cos/as responsables do servizo de urxencias hospitalarias e os servizos con maior número de pacientes en espera de hospitalización para consensuar as medidas que se deben implantar: reforzos de persoal nos SUH, xestión de infraestruturas hospitalarias, etc.
 - Adaptación da actividade cirúrxica ás necesidades asistenciais (suspensión parcial das intervencións con ingreso clasificadas como prioridades tres, se fose necesario).
 - Planificación de áreas de expansión para a atención urxente e hospitalización.
- Nivel 3. 12-15% das entradas globais de urxencias en espera de hospitalización:
 - Suspensión da actividade cirúrxica excepto as intervencións urxentes o prioridades 1.
 - Apertura das áreas de expansión para a atención urxente e hospitalización.
 - Reforzaranse todos os servizos hospitalarios que se considere necesario.

Instrución 19/20





ANEXO III

INDICADORES DE SEGURIDADE DO PACIENTE

Identificación inequívoca de pacientes

Definición: é o número de pacientes identificados na área de observación do servizo de urxencias por cada 100 pacientes na área de observación de urxencias.

Xustificación: é imprescindible identificar de forma fiable á persoa a quen está dirixida a intervención sanitaria. En todos os procedementos asistenciais que se realicen nos servizos de urxencias do Servizo Galego de Saúde é imperativo garantir que se trata ao paciente correcto.

Fórmulas:

(número de pacientes con pulseira identificativa en observación de urxencias / número total de pacientes en observación de urxencias) x 100

(número de pulseiras identificativas con datos lexibles en observación de urxencias / número total de pulseiras revisadas en observación de urxencias) x 100

Estándar: 100%

Tasa de incidencia de caídas (‰)

Definición: é o número de caídas no servizo de urxencias hospitalarias nun periodo determinado por cada 1000 estancias no servizo de urxencias hospitalarias nese período.

Xustificación: as caídas constitúen un dos riscos que poden sufrir os/as pacientes atendidos/as nos servizos de urxencias hospitalarias, podendo ter repercusións na súa saúde e calidade de vida.

Fórmula: (número de rexistros de caídas no SUH nun determinado período/número de estancias no SUH nese período) x 1000.

Estándar: ≤ 1 ‰

Conciliación da medicación

Definición: establecemento dun programa de conciliación da medicación ao ingreso e á alta no servizo de urxencias hospitalarias

Xustificación: diminuír os erros de medicacións e os eventos adversos prevenibles causados por medicamentos como omisións de prescricións, duplicidades terapéuticas e outros erros na medicación prescrita.

Estándar: Si

Formación en seguridade do/a paciente: Sistema de notificación e aprendizaxe para a seguridade do paciente (SINASP)

Definición: porcentaxe de profesionais sanitarios/as do servizo de urxencias hospitalarias que realizan o curso de SINASP

Xustificación: fomentar a cultura de seguridade do paciente e consolidar e ampliar a implantación do sistema de notificación e aprendizaxe en seguridade do/a paciente nos servizos de urxencias hospitalarias.

Instrución 19/20





Fórmula: (número de profesionais sanitarios/as do SUH que realizan o curso de SINASP/ número total de profesionais sanitarios/as do SUH) x 100.

Estándar: $\geq 50\%$ do persoal facultativo e $\geq 50\%$ do persoal de enfermaría.

Adherencia á hixiene das mans

Definición: porcentaxe de oportunidades nas que se realiza correctamente a hixiene das mans, segundo a metodoloxía dos cinco momentos da OMS, en relación ás oportunidades para hixienizar as mans observadas.

Xustificación: a hixiene das mans constitúe unha das medidas máis eficaces no control e prevención da transmisión de infeccións.

Fórmula: (número de oportunidades observadas nas que se realiza correctamente a hixiene das mans/número total de oportunidades observadas) x 100.

Estándar: $\geq 50\%$ de adherencia.

Verificación do carro de parada cardio-respiratoria

Definición: avaliación da correcta revisión do carro de parada cardio-respiratoria nos servizos de urxencias hospitalarias.

Xustificación: o tempo de resposta ante unha parada cardio-respiratoria é vital para a supervivencia e a diminución das complicacións evitables para o/a paciente. Para actuar de maneira óptima ante este tipo de situacións de urxencia vital é imprescindible garantir a dispoñibilidade e o correcto mantemento de todo o material específico necesario do carro de parada cardio-respiratoria.

Fórmula: realización da revisión do carro de parada segundo a periodicidade establecida no protocolo do centro hospitalario.

Estándar: Sí

Uso seguro de medicamentos de alto risco: CLK

Almacenaxe

Definición: existencia dunha zona de almacenaxe de ampolas de CIK separada do resto de medicamentos.

Xustificación: evitar erros na administración de CIK. A súa administración sen dilución produce hiperpotasemia que pode conducir a un bloqueo e parada cardíaca, con risco de morte para o/a paciente.

Estándar: si (aínda que a tendencia é eliminar o almacenaxe de ampolas de CIK se non é estritamente necesario)

Prescrición

Definición: porcentaxe de prescricións de CIK revisadas nas que a dose de CIK aparece en mEq ou mmol fronte ao total de prescricións de CIK revisadas.

Xustificación: evitar erros na prescrición de CIK.

Fórmula: (número de prescricións de CIK revisadas ca dose de CIK en mEq ou mmol/número total de prescricións de CIK revisadas) x 100.

Estándar: $\geq 98\%$

Instrución 19/20





Rexistros

Definición: existencia de rexistro de dobre chequeo na preparación e administración de concentrados de CIK.

Xustificación: evitar erros na preparación e administración de CIK.

Estándar: si.

Identificación

Definición: porcentaxe de soros cargados con CIK que están etiquetados con dose e velocidade de infusión fronte ao total de soros cargados con CIK .

Xustificación: evitar erros na administración de CIK.

Fórmula: $(\text{número de soros cargados con CIK etiquetados con dose e velocidade de infusión} / \text{número total de soros cargados con CIK}) \times 100$.

Estándar: $\geq 95\%$

Instrucción 19/20

