



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

Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

22 de diciembre de 2014

Versión 1

Autores:

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

CLASIFICACIÓN (TRIAJE)

Proceso en el que se asigna un nivel de prioridad en la asistencia al paciente, el circuito en el que será atendido y un profesional responsable de la misma. En la actualidad el profesional responsable de esa asistencia es un facultativo en la mayoría de los casos o un profesional enfermero en aquellos en los que se encuentre habilitado un circuito específico para las prioridades 5 en las que la actuación enfermera sea finalista (Práctica Avanzada de Enfermería). En el futuro las modificaciones que se implementen en Diraya deben permitir que todos los pacientes sean asignados a un profesional médico y otro enfermero como responsables de su asistencia.

CIRCUITO

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

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

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

Circuito de Pacientes Críticos

Es el circuito destinado a la atención de pacientes con prioridad 1, según el sistema de clasificación utilizado. Los pacientes pueden presentar cualquier tipo de patología que se incluya en esta prioridad, **no** siendo un área de atención exclusiva a la parada cardio-respiratoria.

Circuito de Atención Básica

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

Se destina a la atención de pacientes con prioridades 4 y 5 exclusivamente (pueden incluirse o no pacientes traumatológicos en función de la organización funcional del Servicio). Se conoce también por el nombre de circuito "rápido", de "banales" o "primer nivel", aunque la denominación adoptada por el PAUE es la ya especificada de "Circuito de Atención Básica".

Circuito Polivalente

Destinado a la atención de pacientes médicos o quirúrgicos (no traumatológicos) con prioridad 2 y 3. También se conoce como "poli-clínica" o circuito "médico-quirúrgico", aunque la denominación adoptada por el PAUE es la ya especificada de "Circuito Polivalente".

Circuito Traumatológico

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

Circuito Pediátrico

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

Circuito Obstétrico-Ginecológico

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

PRIORIDAD ASISTENCIAL

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

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

Prioridad 2. 15 minutos.

Prioridad 3. 60 minutos.

Prioridad 4. 100 minutos.

Prioridad 5. 120 minutos.

DISEÑO DE ESTRUCTURA POR TIPO DE HOSPITAL

1. SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES CON ADMISIÓN ÚNICA

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

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV	
Servicio de Urgencias	ÁREA DE ADMISIÓN (Área/Bloque/Planta)			
	ÁREA DE CLASIFICACIÓN (Área/Bloque/Planta)	Definir las consultas existentes ("Clasificación 1", 2,..., X)		
	ÁREA DE CONSULTAS (Área/Bloque/Planta)	Circuito de Críticos (A/B/P)		Puestos, "1",..., X
		Circuito de Atención Básica (A/B/P)		Consultas*
		Circuito Polivalente (A/B/P)		Consultas*
		Circuito Traumatológico (A/B/P)		Consultas*
		Circuito Pediátrico (A/B/P)		Consultas*
	ÁREA DE OBSERVACIÓN (Área/Bloque/Planta)	Circuito Obstétrico-Ginecológico (A/B/P)		Consultas*
		Observación CAMAS (A/B/P)		Definir camas estructurales: 1, 2,..., X.
	Observación SILLONES (A/B/P)		Definir sillones estructurales: 1, 2,..., X.	

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

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

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

1. Servicio de Urgencias General con Admisión Diferenciada

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
Servicio de Urgencias General	ÁREA DE ADMISIÓN (Área/Bloque/Planta)		
	ÁREA DE CLASIFICACIÓN (Área/Bloque/Planta)	Definir las consultas existentes ("Clasificación 1", 2, ..., X)	
	ÁREA DE CONSULTAS (Área/Bloque/Planta)	Circuito de Críticos (A/B/P)	Puestos, "1" ..., X
		Circuito de Atención Básica (A/B/P)	Consultas*
		Circuito Polivalente (A/B/P)	Consultas*
		Circuito Traumatológico (A/B/P)**	Consultas*
	ÁREA DE OBSERVACIÓN (Área/Bloque/Planta)	Observación CAMAS (A/B/P)	Definir camas estructurales: 1, 2, ..., X.
Observación SILLONES (A/B/P)		Definir sillones estructurales: 1, 2, ..., X.	

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

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

2. Servicio de Urgencias Pediátrico

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
Servicio de Urgencias Pediátrico	ÁREA DE ADMISIÓN (Área/Bloque/Planta)		
	ÁREA DE CLASIFICACIÓN (Área/Bloque/Planta)	Definir las consultas existentes ("Clasificación 1", 2, ..., X)	
	ÁREA DE CONSULTAS (Área/Bloque/Planta)	Circuito de Críticos (A/B/P)	Puestos, "1" ..., X
		Circuito de Atención Básica (A/B/P)	Consultas*
		Circuito Polivalente (A/B/P)	Consultas*
		Circuito Traumatológico (A/B/P)**	Consultas*
	ÁREA DE OBSERVACIÓN (Área/Bloque/Planta)	Observación CAMAS (A/B/P)	Definir camas estructurales: 1, 2, ..., X.
Observación SILLONES (A/B/P)		Definir sillones estructurales: 1, 2, ..., X.	

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

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

3. Servicio de Urgencias Obstétrico-Ginecológico

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
Servicio de Urgencias Obstétrico-Ginecológico	ÁREA DE ADMISIÓN (Área/Bloque/Planta)		
	ÁREA DE CLASIFICACIÓN (Área/Bloque/Planta)	Definir las consultas existentes ("Clasificación 1", 2,..., X)	
	ÁREA DE CONSULTAS (Área/Bloque/Planta)	Circuito de Críticos (A/B/P)	Puestos, "1",..., X
		Circuito de Atención Básica (A/B/P)	Consultas*
		Circuito Polivalente (A/B/P)	Consultas*
	ÁREA DE OBSERVACIÓN (Área/Bloque/Planta)	Observación CAMAS (A/B/P)	Definir camas estructurales: 1, 2,..., X.
Observación SILLONES (A/B/P)		Definir sillones estructurales: 1, 2,..., X.	

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

4. Servicio de Urgencias Neuro-Traumatológico

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV
Servicio de Urgencias Neuro-Traumatológico	ÁREA DE ADMISIÓN (Área/Bloque/Planta)		
	ÁREA DE CLASIFICACIÓN (Área/Bloque/Planta)	Definir las consultas existentes ("Clasificación 1", 2,..., X)	
	ÁREA DE CONSULTAS (Área/Bloque/Planta)	Circuito de Críticos (A/B/P)	Puestos, "1",..., X
		Circuito de Atención Básica (A/B/P)	Consultas*
		Circuito Polivalente (A/B/P)	Consultas*
		Circuito Pediátrico (A/B/P)**	Consultas*
	ÁREA DE OBSERVACIÓN (Área/Bloque/Planta)	Observación CAMAS (A/B/P)	Definir camas estructurales: 1, 2,..., X.
Observación SILLONES (A/B/P)		Definir sillones estructurales: 1, 2,..., X.	

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

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

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

Igualmente, en aquellos centros en los que por su diseño puedan existir consultas que presten asistencia a más de un circuito, éstas se denominarán en estructura de igual forma, añadiendo al número de la consulta la inicial del circuito de que se trate. Por ejemplo si en estructura tenemos definida la "Consulta 1" que presta asistencia tanto al circuito de atención

básica como al circuito polivalente, ésta quedará reflejada en el nivel IV como "Consulta 1AB" en el circuito de atención básica y como "Consulta 1POL" en el polivalente. Las siglas para cada uno de los circuitos serían: "AB" para el de Atención Básica, "POL" para el Polivalente, "TRA" para el Traumatológico, "PED" para el Pediátrico y "OG" para el Obstétrico-Ginecológico.

CRITERIOS EN EL DISEÑO DE LA CARTELERÍA EN URGENCIAS

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

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

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

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

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

"Circuito de Atención Básica"

"Circuito Polivalente"

"Circuito Traumatológico"

"Circuito Pediátrico"

"Circuito Obstétrico-Ginecológico"

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

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

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

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

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

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

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

MÉTRICA DE TIEMPOS

1. Tiempo de espera de Admisión (TEA)

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

2. Tiempo de Admisión (TA)

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

3. Tiempo de espera de Clasificación (TECLA)

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

4. Tiempo de Clasificación (TICLA)

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

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

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

6. Tiempo de asistencia médica en consulta (TAMCO)

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

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

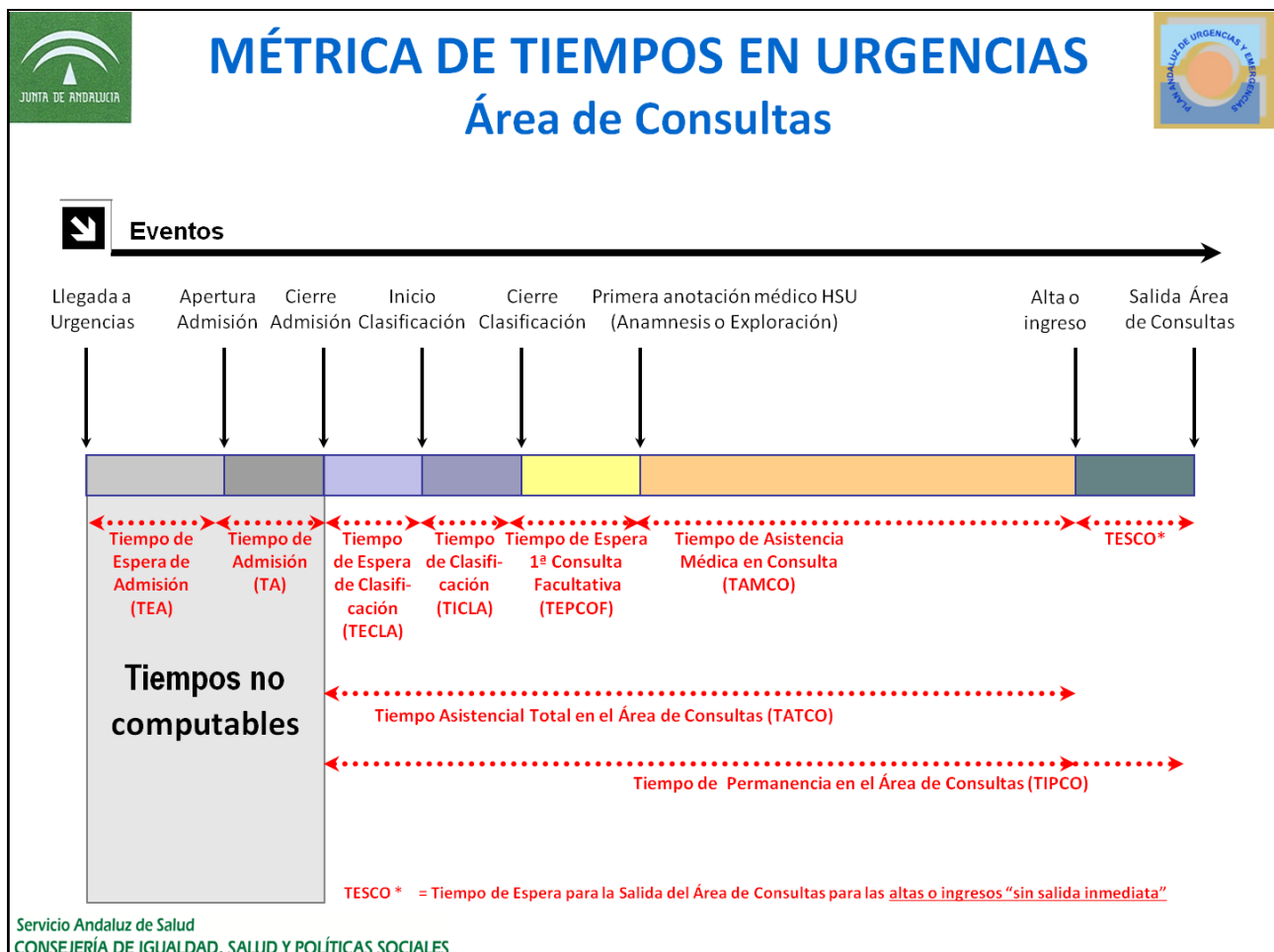
7. Tiempo asistencial total en el Área de Consultas (TATCO)

Es el tiempo que transcurre desde que el paciente es admitido (cierre Admisión) hasta que

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

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

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

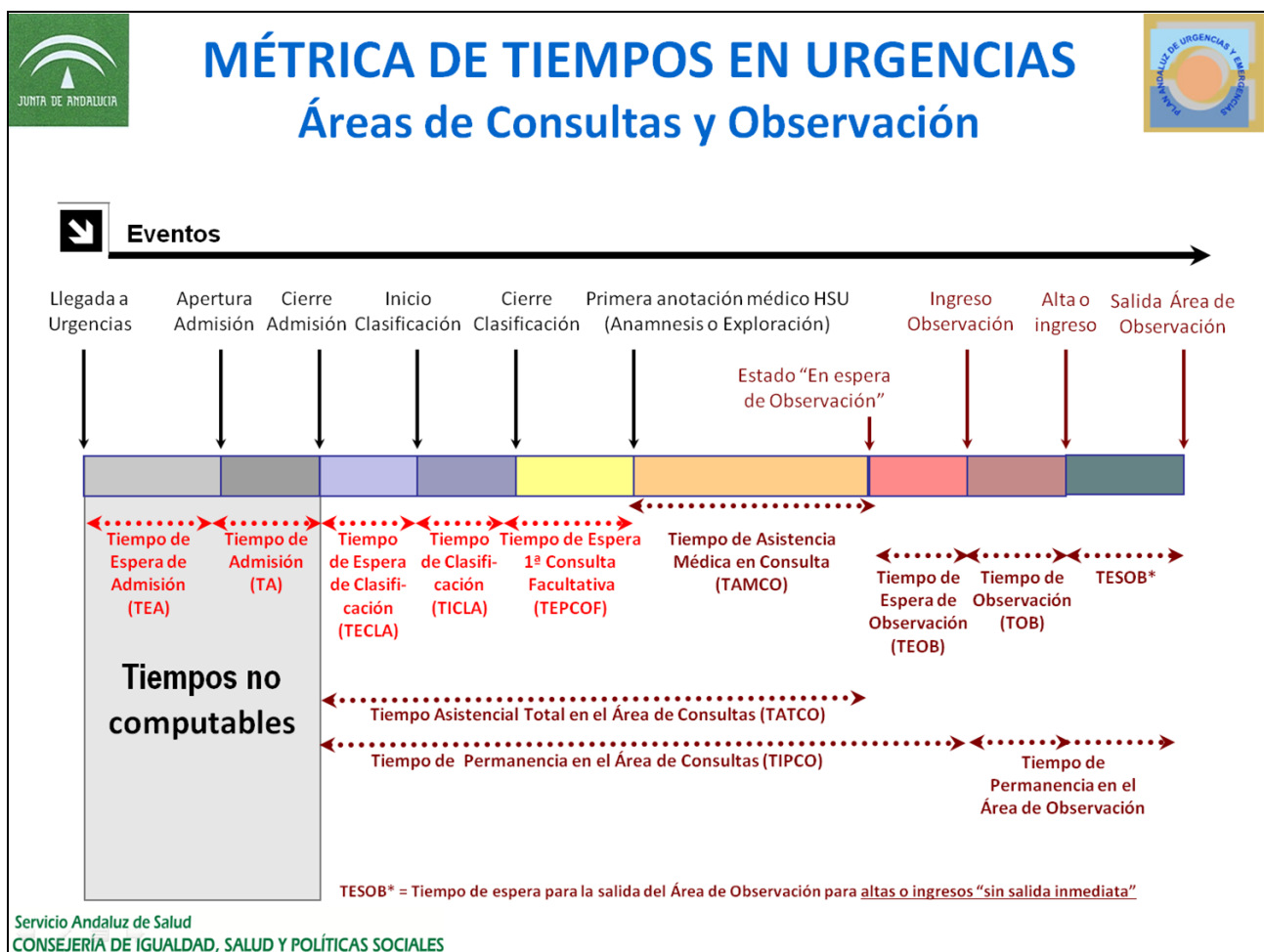


Para poder medirlo de una forma efectiva, se necesita que cuando el paciente tras el alta no vaya a tener una salida inmediata del Servicio, se active el slot “Alta sin salida inmediata” en Diraya y que, en este caso, el administrativo de Admisión deshabilite la marca de “salida inmediata” cuando el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

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

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

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



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

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

Hay que tener en cuenta que los "estados" del paciente en la aplicación Diraya son puestos manualmente por el operador, excepto el estado "clasificado" tras culminar el proceso de clasificación. Por tanto, este tiempo puede estar sesgado por el hecho de que el operador se

demore en la asignación del estado “en espera de Observación” u obvie dicha asignación, en cuyo caso este tiempo sería cero.

11. Tiempo de Observación (TOB)

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

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

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

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

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

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

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

ESTÁNDARES DE TIEMPOS EN ESPERA DE RESULTADOS DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

1. Analítica básica

La demora entre la solicitud de pruebas analíticas básicas (hematimetría, glucosa, urea, creatinina e iones en sangre y sistemático de orina) y la recepción de sus resultados debe ser inferior a 45 minutos en el 85% de los pacientes.

2. Radiología simple

La demora entre la solicitud de la prueba y la recepción de los resultados debe ser inferior a 30 minutos en el 85% de los pacientes.

3. Ecografía

La demora entre la solicitud de la prueba y la recepción de los resultados debe ser inferior a 60 minutos en el 85% de los pacientes.

4. TAC

La demora entre la solicitud de la prueba y la recepción de los resultados debe ser inferior a 90 minutos en el 85% de los pacientes.