



## **Cuadro de Mando de los Servicios de Urgencias de Hospitales**

### **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

## Cuadro de Mando de los Servicios de Urgencias de Hospitales

### Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

#### INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

#### ACTIVIDAD GENERAL

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

**Asistencias.** Es el número de asistencias o demandas urgentes realizadas en el Servicio en el periodo que corresponda. Incluye a todos los pacientes que hayan sido admitidos administrativamente, aunque hayan abandonado el Servicio sin ser clasificados o atendidos por el médico.

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

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

proceso de asistencia.

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

## ACTIVIDAD POR CIRCUITOS ASISTENCIALES

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

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

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

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

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

**Actividad circuito obstétrico-ginecológico.** Porcentaje de asistencias realizadas en el circuito de obstetricia-ginecología sobre el total de asistidos en el periodo que corresponda.

## ÁREA DE CLASIFICACIÓN (“Triaje”)

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

**Tiempos de espera de Clasificación > 5 minutos.** Es el porcentaje de asistencias cuyo TECLA es superior a 5 minutos. Son excluidos para el cálculo los tiempos superiores a 60 minutos. El estándar óptimo establece que este porcentaje no debe sobrepasar el 5% de los pacientes.

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

**Tiempos de Clasificación > 5 minutos.** Es el porcentaje de asistencias cuyo TICLA es superior a 5 minutos. Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 30 minutos. El estándar óptimo establece que este porcentaje no debe sobrepasar el 5% de los pacientes.

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

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

## ÁREA DE CONSULTAS

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

TIEMPOS DE ESPERA MÁXIMOS POR PRIORIDAD Y ESTÁNDAR		
TEPCOF P2	15 min	90%
TEPCOF P3	60 min	85%
TEPCOF P4	100 min	80%
TEPCOF P5	120 min	80%

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

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

**Tiempo asistencial total en el Área de Consultas (TATCO) superior a 4 horas.** Es el porcentaje de asistencias cuyo TATCO es superior a las 4 horas. El estándar que se pretende alcanzar es que menos del 15% de los pacientes tengan un TATCO superior a las 4 h.

**Tiempo de espera para la salida del Área de Consultas (TESCO).** Es el promedio de tiempo que transcurre en el Área de Consultas desde que el médico da el alta del paciente hasta la salida efectiva del mismo de esta área. Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 12 horas. En su cómputo no serán incluidos los pacientes que hayan pasado por el Área de Observación.

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

## ÁREA DE OBSERVACIÓN

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

**Ingresos en Observación-camas.** Porcentaje de pacientes que ingresan en la zona de Observación-camas, sobre el total de asistidos en el periodo que corresponda.

**Ingresos en Observación-sillones.** Porcentaje de pacientes que ingresan en la zona de Observación-sillones, sobre el total de asistidos en el periodo que corresponda.

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

**Tiempo de espera para la entrada en Observación (TEOB).** Es el promedio de tiempo durante el cual el paciente permanece en el estado “en espera de Observación” o sea, pendiente de ingreso en este área. Concluye con la adjudicación al paciente de una cama o un sillón de observación. Se excluyen para el cálculo los tiempos superiores a 4 horas. El estándar que se pretende alcanzar es que al menos el 70% de los pacientes ingresen en Observación en menos de 30 minutos.

**Tiempo de Observación (TOB).** Es el promedio de tiempo que transcurre entre el ingreso del paciente en Observación (asignación de ubicación en cama o sillón por el operador) y la “decisión” de alta.

**Pacientes con Tiempo de Observación Camas (TOB Camas) inferior a 24 horas.** Es el porcentaje de pacientes con un TOB Camas inferior a 24 horas. El estándar que se pretende alcanzar es que sea inferior en al menos el 85% de los pacientes.

**Pacientes con Tiempo de Observación Sillones (TOB Sillones) inferior a 12 horas.** Es el porcentaje de pacientes con un TOB Sillones inferior a 12 horas. El estándar que se pretende alcanzar es que sea inferior en al menos el 85% de los pacientes.

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

- **Tiempo de espera para la salida del Área de Observación para pacientes que ingresan en hospitalización.** Es el promedio de tiempo que transcurre desde que se toma la decisión de ingreso en el hospital de un paciente que está en Observación hasta que este sale efectivamente del Servicio de Urgencias hacia la planta de hospitalización. El estándar que se pretende alcanzar es que al menos el 70% de los pacientes tengan un TESOB inferior a las 12 horas.
- **Tiempo de espera para la salida del Área de Observación para pacientes que no ingresan en hospitalización.** Es el promedio de tiempo que transcurre desde que se toma la decisión de alta de un paciente que está en Observación hasta que este sale efectivamente del Servicio de Urgencias con un destino diferente al de ingreso en el mismo hospital. El estándar que se pretende alcanzar es que al menos el 90% de los pacientes tengan un TESOB inferior a las 4 horas.

**Tiempo de permanencia en el Área de Observación (TIPOB).** Es el promedio de tiempo que transcurre entre el ingreso efectivo del paciente en Observación (adjudicación de cama o sillón) y

el momento en que sale realmente de este área. Es decir, es el tiempo de Observación más el tiempo de espera para la salida del Área de Observación.

## EFICIENCIA

### Índice de eficiencia en Urgencias (Índice de Martina)

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

## INDICADORES DE PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS TIEMPO-DEPENDIENTES

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

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

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

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

## CALIDAD PERCIBIDA

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

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