

## Grupos de trabajo

---

# Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad

**Grupo de Trabajo SEMES- Insalud**

### INTRODUCCIÓN

---

Hasta ahora, y dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), la actividad asistencial realizada en los servicios de urgencias no ha sido adecuadamente tomada en cuenta al desarrollar los sistemas y contratos de gestión, fundamentalmente en los centros hospitalarios, ni ha tenido el adecuado asiento en los sistemas de información, lo que ha impedido establecer mecanismos ni herramientas de gestión de dicha actividad, incorporándola en los contratos de los hospitales. Por el mismo motivo, no se ha podido realizar hasta ahora una evaluación comparada en los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) de la calidad y cantidad de sus prestaciones, entre otras razones por la inexistencia de un conjunto definido de indicadores que sirvan como sistema de medida común y homogéneo para todos ellos. Ello ha condicionado en buena medida la posibilidad de realizar investigación evaluativa de servicios ni estudios comparativos entre diferentes centros, entre otros motivos porque con frecuencia el lenguaje no era común: se llamaban con el mismo nombre a cosas distintas, y se daban denominaciones diferentes a idénticas actividades.

Por ello, y en cumplimiento de uno de sus objetivos fundamentales, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), a través de su Comité Científico (CC), decidió formar un grupo de trabajo para elaborar un conjunto mínimo de indicadores de actividad y calidad que permitieran la evaluación, seguimiento y comparación de las actividades de los servicios de urgencias. Tras un intenso y fructífero debate, se acordó lo siguiente:

1. Trabajar conjuntamente con el objetivo de definir y desarrollar un marco común y mínimo de calidad, a partir del cual cada centro o servicio pueda desarrollar su propio plan de calidad y sus objetivos de mejora específicos. Además, se fijó el objetivo complementario de definir, diseñar y desarrollar un conjunto mínimo y básico de indicadores para los SUH. Dichos indicadores deberían ser universales, útiles y sencillos de medir, usar e interpretar.

2. Una vez realizado lo anterior, proponer al CC su aceptación y aval por parte de la Sociedad.

3. Trasladar a los diferentes Servicios de Salud de todo el SNS el documento final, con objeto de que pudiera ser incluido en sus sistemas de información y considerado por los mismos en los procesos de planificación y evaluación, así como en el diseño de los contratos de gestión de los centros hospitalarios dependientes.

A su vez, el Insalud, dentro de su política de colaboración con las Sociedades Científicas, llegó al acuerdo con SEMES de la constitución de un grupo de trabajo para elaborar, teniendo como base el documento presentado por la Sociedad, un Plan de Calidad en los Servicios de Urgencias que pudiera ser de aplicación en todos los hospitales. Este plan debía incluir la monitorización de una serie de indicadores básicos y el desarrollo de protocolos de actuación ante situaciones clínicas frecuentes. Para esto último se contó además con la participación de miembros de las Sociedades Científicas relacionadas con el protocolo a diseñar.

El presente documento es el resultado de este grupo de trabajo Insalud-SEMES.

---

#### Nota del Comité de Redacción

El 18 de Noviembre de 1998 se constituyó el grupo de trabajo SEMES-INSALUD de Calidad en Urgencias y Emergencias que elaboró el documento de Indicadores de Calidad y de Dolor torácico, consensuado con representantes de otras Sociedades Científicas. En estas reuniones se avanzó en la elaboración del documento de Disnea, pero el grupo fue disuelto antes de poder terminarlo y desarrollar otros documentos, en Octubre de 1999. Los dos trabajos que aparecen en este número son el fruto de cinco reuniones de trabajo que tuvieron lugar entre Noviembre de 1998 y Abril de 1999, con posteriores modificaciones de los borradores iniciales.



## INDICADORES BÁSICOS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

---

Se presentan un conjunto de indicadores que pretenden establecer un sistema común, homogéneo y fiable de información en los servicios de urgencias. Posiblemente no se hayan incluido todos los aspectos de la actividad asistencial, como también tal vez otros pudieran haber tenido mayor desarrollo. No obstante lo anterior, el conjunto de indicadores que se presenta refleja de un modo claro, fiable y significativo los perfiles básicos de la actividad asistencial de la mayoría de los servicios de urgencias, sin perjuicio de dejar abierta la posibilidad de estudiar y aceptar sugerencias que tiendan a completarlo y perfeccionarlo.

### TIPOS DE INDICADORES

---

Dependiendo del concepto que interese medir, los indicadores pueden ser de dos tipos: de demanda (por ejemplo, número de pacientes atendidos por cada mil habitantes y año) también conocidos como de cantidad, y de calidad de las actividades (por ejemplo, tiempo medio de demora en la atención a los pacientes). Dentro de los de calidad, nos hemos centrado en dos aspectos: indicadores de proceso (aquellos que evalúan la calidad de los procesos asistenciales, es decir, cómo se hacen las cosas) e indicadores de resultado (los que miden el resultado final de las actividades sanitarias, independientemente del modo como éstas hayan sido hechas).

Se establecen por tanto tres grupos de indicadores:

- **Indicadores de actividad:** son aquellos que miden la cantidad de solicitudes de asistencia que se presentan en el servicio de urgencias. Tienen un valor informativo para evaluar el uso de los recursos asistenciales y su gestión, además de permitir una comparación de la actividad del centro con otros servicios de urgencias de otros centros.

- **Indicadores de calidad de proceso:** son aquellos que miden aspectos cualitativos del proceso de asistencia de la urgencia. Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio de urgencias desde el punto de vista organizativo y de la calidad de los procesos.

- **Indicadores de resultado:** son aquellos que miden los resultados finales de las actividades asistenciales. Informan por tanto de la calidad y capacidad técnica y resolutiva del servicio de urgencias.

## 1 – Indicadores de actividad

---

### 1.1 Número de consultas urgentes

*Denominación:* Número de consultas urgentes.

*Descripción:* Describe el número total de consultas de asistencia sanitaria realizadas en un período de tiempo determinado. Se entiende por asistencia sanitaria en urgencias aquella atención que consume recursos asistenciales. Incluye las consultas informativas o administrativas que, aunque no reciben asistencia, consumen tiempo y recursos asistenciales y suponen carga de trabajo para los mismos.

*Fundamento:* Indicador puramente descriptivo de la cantidad total de trabajo asistencial realizado en un SUH, independientemente de la población bajo cobertura o de los recursos disponibles. Sirve para estimar costes y, en combinación con otros indicadores, para evaluar la adecuación de recursos.

*Expresión:* Número.

*Fórmula:* N° de casos que cumplen el requisito en un período de tiempo dado.

### 1.2. Frecuencia relativa

Bajo este epígrafe se incluyen dos indicadores que miden la actividad en relación a la población cubierta: la frecuentación anual (1.2.a) y la frecuentación diaria para un período de tiempo dado (1.2.b)

#### 1.2.a Frecuentación relativa anual

*Denominación:* Frecuentación anual

*Descripción:* Mide la cantidad de asistencias urgentes realizadas en relación con la población bajo cobertura del centro. Se define como "población cubierta" la del censo de población en el área geográfica de cobertura del centro hospitalario.

*Fundamento:* Permite identificar zonas o centros con mayor o menor demanda en relación a otros hospitales. También permite comparar dicha actividad con una media de hospitales de determinado grupo, o con un estándar. Facilita en caso de desviaciones significativas la investigación de factores causales (por ejemplo, carencias de recursos, déficit informativos, adhesión a un servicio, etc.). Al suprimir el sesgo de la estacionalidad es útil para planificar la gestión y los recursos asistenciales, así como para evaluar a posteriori la misma. En combinación con otros indicadores permite evaluar la adecuación de los recursos.

*Expresión:* Se expresa en forma de ratio por cada agregado de 100.000 habitantes (N° de consultas /100.000 habitantes/año). Eventualmente puede ser útil medirlo para períodos de tiempo menores (mes, trimestre, etc.).

*Fórmula:*

Numerador: Número total de consultas en el período estudiado.

Denominador: Población censada / 100.000.

## 1.2.b. Frecuentación relativa diaria

*Denominación:* Frecuentación diaria

*Descripción:* Mide el número de pacientes que consultan cada día con un servicio de urgencias en relación a la población cubierta por dicho servicio. Se define como población cubierta la población censada en el área geográfica asignada y bajo cobertura del centro.

*Fundamento:* Permite identificar zonas o centros con mayor o menor demanda en relación a otros hospitales. También permite comparar dicha actividad con una media de hospitales de determinado grupo. O con un estándar. Igualmente hace posible comparar demandas de servicios en áreas o lugares con diferente cantidad de población. Facilita, en caso de desviaciones significativas, la investigación de factores causales (por ejemplo, carencias de recursos, déficit informativos, adhesión a un servicio, etc.). Es útil para planificar la gestión y los recursos asistenciales, así como para evaluar a posteriori la misma. En combinación con otros indicadores permite evaluar la adecuación de los recursos.

*Expresión:* Se expresa en forma de ratio por cada agregado de 1.000 habitantes (Nº consultas/día/1.000 habitantes).

*Fórmula:*

Numerador: Número de pacientes atendidos en un período x de tiempo dividido por el número de días del período.

Denominador: Número de habitantes censados en el área de cobertura dividido por 1.000.

## 2. Indicadores de calidad

## 2.1. Tiempo medio de primera asistencia facultativa

*Denominación:* Tiempo medio de primera asistencia facultativa

*Descripción:* Mide el tiempo medio medido en minutos que tardan los pacientes en recibir la primera asistencia por un médico desde que accede al servicio de urgencias (definido por la hora registrada de llegada). Se excluye el contacto no asistencial con el médico que pudiera realizar la labor de triage en la puerta de Urgencias.

*Fundamento:* Uno de los aspectos clave en la calidad de la atención urgente, tanto desde el punto de vista clínico como del

de la calidad percibida por los usuarios, es la rapidez con la que un médico atiende y evalúa al paciente cuando éste acude por un problema que considera urgente. Este indicador permite conocer la rapidez (o lentitud) con la que se comienza a prestar atención por un médico, y por tanto la eficacia y eficiencia de la organización del proceso para evitar que las patologías graves no se vean afectadas negativamente por demoras en la asistencia inicial.

*Expresión:* Se expresará como minutos de media (En aquellos centros hospitalarios que dispongan de un sistema de información automatizado podrá incluir minutos y segundos).

*Criterios de exclusión:* Se excluirán del cómputo de este indicador aquellos casos en los que la consulta sea anulada o interrumpida, y aquellos otros en los que el usuario desista de consultar y se ausente. Igualmente deben excluirse los casos en los que no existe constancia o registro de los datos horario, sean de la llegada o de la consulta.

*Fórmula:*

Numerador: Sumatorio del tiempo de 1ª asistencia de cada uno de los pacientes atendidos en un período de tiempo dado que no tengan criterios de exclusión.

Denominador: Número total de pacientes atendidos en dicho período de tiempo sin criterios de exclusión.

## 2.2. Tiempo medio de permanencia en urgencias

*Denominación:* Tiempo medio de permanencia en Urgencias.

*Descripción:* Tiempo total que permanece el paciente en el SUH desde que llega hasta que abandona el mismo, sea por alta, por ingreso, por fallecimiento, por traslado a una unidad de observación o por traslado a otro centro.

*Fundamento:* Una característica fundamental de la atención urgente es la rapidez. El paciente que es visto en el SUH debe ser atendido sin grandes dilaciones con el objetivo de identificar en poco tiempo su problema y buscarle la solución más adecuada en el contexto real en que se presenta. Un tiempo de estancia prolongado en el SUH puede significar que existen déficits de coordinación, circuitos inadecuados, servicios de soporte insuficientes, etc. En este caso, cada hospital debería establecer sus indicadores internos para averiguar las causas del incremento de la permanencia.

*Expresión:* Minutos de permanencia media.

*Criterios de exclusión:* Se excluirán del cómputo de este indicador aquellos casos en los que la consulta sea anulada o interrumpida, y aquellos otros en los que el usuario desista de consultar y se ausente. Igualmente deben excluirse los casos en los que no existe constancia o registro de los datos horarios, sean de la llegada o de la consulta.



*Fórmula:*

Numerador: Sumatorio de los tiempos de permanencia de todos los pacientes atendidos en un determinado período de tiempo y que no tengan criterios de exclusión.

Denominador: Número total de pacientes atendidos en dicho período sin criterios de exclusión.

Se proponen además los indicadores de tiempo de permanencia que ya se vienen utilizando en los hospitales del Insalud y que están incluidos en el set de monitorización:

- Porcentaje de pacientes que permanecen más de 3 horas en el Servicio de Urgencias.
- Porcentaje de pacientes que permanecen más de 6 horas en el Servicio de Urgencias.

### 2.3. Grado de cumplimentación de la historia clínica

*Denominación:* Grado de cumplimentación de las historias clínicas (HC).

*Fundamento:* El registro correcto y completo de la documentación clínica generada en el proceso asistencial es un aspecto básico de la calidad de la asistencia: sin dicha documentación no es posible evaluar la calidad de los actos médicos y su idoneidad o adecuación al problema de salud del paciente. Además, la historia es el instrumento mediante el cual se comunica la información clínica a otros profesionales que puedan tener responsabilidad asistencial sobre el paciente y permite el seguimiento clínico del mismo, de modo que un acto médico no puede considerarse completo y de calidad sin una historia bien documentada y registrada de acuerdo a unas pautas comunes establecidas en cada centro.

*Descripción:* Proporción de historias clínicas que han sido cumplimentadas de manera legible en, al menos, los siguientes ítems:

- Identificación del paciente (se considera aceptable que conste el nombre y dos apellidos o algún término identificador; "desconocido" o similar, tales como sexo y edad y algún elemento fisonómico descriptor).
- Identificación del facultativo responsable (nombre y un apellido o dos apellidos; en todos los casos además el número de colegiado).
  - Hora de inicio de la asistencia médica.
  - Fecha.
  - Motivo de la consulta (el relatado por el paciente).
  - Exploración física.
  - Pruebas complementarias solicitadas. A efectos de valorar este ítem, se considera suficiente su enumeración, no siendo imprescindible que conste su informe o resultado).
  - Juicio Diagnóstico codificado. Debe constar, aunque és-

te sea provisional y sometido a las reservas y limitaciones propias de la asistencia urgente.

- Tratamiento prescrito o recomendado. Debe incluir, en su caso, el tratamiento administrado durante la permanencia en el SUH.

*Fórmula:* Se expresa en forma de proporción de historias clínicas correctamente cumplimentadas respecto del total de historias evaluadas.

Numerador: Número de historias correctamente cumplimentadas multiplicado por 100.

Denominador: Número total de H.C. analizadas.

Estándar: Debe tender a 100.

### 2.4 Información a pacientes y familiares

*Descripción:* Mide el hecho de que el paciente y sus familiares han sido informados acerca de: la identificación del médico responsable, motivo de consulta (impresión inicial, procedimientos y técnicas a realizar, circuitos en el SUH, diagnóstico y plan terapéutico, si existe y procede.

*Fundamento:* Al hecho positivo y suficiente de tratarse de un derecho de los pacientes reconocido en las leyes, se añade la evidencia constatada de que una buena información mejora la relación terapéutica médico-paciente y alivia la angustia de los familiares, además de evitar reclamaciones como consecuencia de una insuficiente comprensión de la naturaleza y alcance de los problemas y de los cuidados procurados.

*Medición:* Se recomienda medir los siguientes puntos:

- Existencia de un Plan de información del Servicio de Urgencias, basado en las líneas generales de la Guía Hospitalaria sobre la Información a Pacientes y Familiares.

Se medirá por variable dicotómica (existencia del plan de información documentado: sí/no).

- Existencia de información previa sobre el funcionamiento del servicio de urgencias. Se aconseja disponer de folletos en la sala de espera y reforzarlo con información escrita en las salas de espera u oral por parte de admisiones en la llegada.

Se medirá por variable dicotómica (presencia de información previa: sí/no).

- El resto de los aspectos relacionados con la información podrán medirse a partir de las preguntas que sobre este aspecto incluye "El informe del usuario", la nueva EPH que va a ser implantada en los hospitales del Insalud.

### 2.5. Codificación diagnóstica de altas

*Denominación:* Proporción de altas codificadas.

*Descripción:* Mide la cantidad de informes de alta en los

cuales el diagnóstico clínico ha sido codificado. Como instrumento de codificación se propone la CIE 9 MC. Se considera adecuado codificar al menos el diagnóstico principal. Si se emiten varios diagnósticos simultáneos respecto de la consulta actual, deben ser codificados todos ellos.

*Fundamento:* La enorme variabilidad de la práctica clínica tiene una expresión particularmente importante en el hecho diagnóstico. Siendo este elemento de la historia un objetivo fundamental del médico en su práctica, de una importancia capital tanto desde la perspectiva clínica (por razones evidentes) como desde las perspectivas investigadora, evaluativa y gestora, la simplificación y homogeneización de los diagnósticos por medio de un sistema definido de códigos universal, preciso y validado se constituye no sólo como una herramienta importante para la planificación y evaluación de los servicios, sino en elemento principal de la calidad asistencial. En este sentido el sistema desarrollado y avalado por la OMS denominado Clasificación Internacional de enfermedades, versión 9 modificación clínica (CIE 9 MC) establece una referencia universalmente válida, habiéndose constituido en un estándar.

*Expresión:* Proporción porcentual de altas codificadas.

*Fórmula:*

Numerador: Número de pacientes con informe de alta codificado multiplicado por 100.

Denominador: Número total de altas en el período evaluado.

Estándar: Debe tender a 100.

## 2.6. Proporción de ingresos

*Denominación:* Proporción de ingresos.

*Descripción:* Mide la cantidad de pacientes que han requerido ingreso hospitalario respecto del total de pacientes atendidos en el SUH.

*Fundamento:* Da información indirecta sobre la gravedad de las urgencias atendidas, así como (de forma indirecta y relativa) sobre la capacidad resolutoria del servicio de urgencias. Mide de modo indirecto la complejidad del servicio de urgencias. Es recomendable combinar esta información con la presión de urgencias.

*Expresión:* Proporción porcentual.

*Fórmula:*

Numerador: Número de pacientes ingresados con carácter urgente por el SUH multiplicado por 100. Este dato debe incluir los pacientes que son trasladados a otro centro hospitalario.

Denominador: Número total de urgencias atendidas en un período definido.

## 2.7. Tasa de retorno a urgencias

*Denominación:* Tasa de retorno.

*Descripción:* Mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en SUH y ser dados de alta, regresa él mismo en las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la calidad técnica de las soluciones dadas por el SUH. Si bien, en sentido estricto deberían tenerse en cuenta únicamente los que vuelven por el mismo motivo, resulta muy difícil, cuando no imposible, considerar si es o no el mismo motivo el que hace retornar. En este sentido, una complicación o un síntoma nuevo sobrevenido en el curso de un problema no bien resuelto podrían falsear la bondad del dato. Por este motivo es preferible incluir los retornos por cualquier causa, dado que el sesgo introducido es menor y menos relevante.

*Fundamento:* Aunque es normal que una proporción de pacientes, aún habiendo sido correctamente atendidos y tratados, tengan una evolución desfavorable y precisen de nuevo la asistencia por el SUH, no es menos cierto que cuando la calidad técnica de la misma no es la óptima (por diversas razones que no viene al caso enumerar ni debatir en este documento), es más probable que algunos pacientes no reciban el diagnóstico o el tratamiento adecuado, o no hayan sido detectados todos los problemas de salud, y precisen por ello de una nueva atención. Por este motivo parece pertinente medir y monitorizar en el tiempo este indicador como reflejo indirecto de la efectividad real y definitiva del SUH y de la calidad de su asistencia.

*Expresión:* En forma de tasa o ratio por cada 1.000 asistencias.

*Fórmula:*

Numerador: Número de pacientes que retornan al SUH en las 72 horas siguientes en un determinado período de tiempo.

Denominador: Número total de pacientes atendidos en el SUH en dicho período dividido por mil.

## 2.8 Tasa de mortalidad en urgencias

*Denominación:* Tasa de mortalidad en urgencias.

*Descripción:* Mide la proporción de pacientes que fallecen en el SUH habiendo accedido con vida al mismo. Se excluyen los que, ingresando cadáver, no reciben ninguna maniobra de reanimación ni otros actos terapéuticos. Incluye a todos los fallecidos por cualquier causa durante su permanencia en el Servicio de Urgencias y sus dependencias (incluyendo los desplazamientos a salas para pruebas diagnósticas tales como Radiología, etc.). Así como durante los traslados internos.

*Fundamento:* Mide indirectamente la capacidad y eficacia del SUH para resolver los casos más críticos con rapidez, sea



solucionando el problema con sus medios o derivando al paciente al servicio, unidad o centro adecuado a la gravedad del caso.

*Expresión:* En forma de tasa o ratio por cada 1.000 asistencias.

*Fórmula:*

Numerador: Número de pacientes fallecidos en el SUH en un período de tiempo definido multiplicado por 100.

Denominador: Número total de pacientes atendidos en el SUH en el mismo período de tiempo.

ANEXO. Relación de miembros grupo de trabajo SEMES-Insalud

**José Luis Azpiazu Macho**

Director Gerente de Emergencias. Osakidetza  
Vicepresidente de SEMES

**José Luis Casado Martínez**

Coordinador de Urgencias. Hospital Miguel Servet  
Presidente de SEMES. Aragón

**Luis García-Castrillo Riesgo**

Coordinador de Urgencias. Hospital Marqués de Valdecilla  
Presidente SEMES. Cantabria

**Luis Jiménez Murillo**

Coordinador de Urgencias. Hospital Reina Sofía  
Presidente SEMES. Andalucía

**Manuel Moya Mir**

Coordinador de Urgencias. Hospital Puerta de Hierro  
Director de la Revista Emergencias  
Miembro de SEMES

**Martín Tejedor Fernández**

Hospital El Tomillár. Sevilla  
Miembro de SEMES

**Ana Sáinz Rojo**

Consejera Técnica  
Área de Calidad  
Subdirección General de Atención Especializada  
Insalud

**Javier Guerra Aguirre**

Jefe de Área de Recursos Asistenciales y Formación  
Subdirección General de Atención Primaria  
Insalud