

Unidad de Enfermería en hospitalización polivalente de agudos

Estándares
y recomendaciones

Unidad de Enfermería en hospitalización polivalente de agudos

Estándares
y recomendaciones



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO: 840-10-116-9

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://www.060.es>

Unidad de Enfermería en hospitalización polivalente de agudos

Estándares
y recomendaciones



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



Listado de personas que han participado en la elaboración del documento de estándares y recomendaciones de calidad y seguridad en los servicios sanitarios: Unidad de enfermería en hospitalización polivalente de agudos

Concepción Colomer Revuelta. Subdirectora de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Dirección y coordinación

- Inés Palanca Sánchez. Oficina de Planificación y Calidad. Agencia de Calidad SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Dirección y coordinación técnica e institucional.
- Javier Elola Somoza. Dirección técnica. Elola Consultores. S. L.
- Luisa González Cabezas. Coordinadora científica. Cap de la Unitat de Formació del Institut Català de la Salut Barcelona.

Comité de redacción

- Yolanda Agra Valera. Oficina de Planificación y Calidad. Agencia de Calidad SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- José Luis Bernal Sobrino. EC Consultoría y Gestión en Sanidad S. L.
- Javier Elola Somoza. Elola Consultores, S. L.
- Beatriz Gómez González. Oficina de Planificación y Calidad. Agencia de Calidad SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Luisa González Cabezas. Cap de la Unitat de Formació del Institut Català de la Salut Barcelona.
- Inés Palanca Sánchez. Oficina de Planificación y Calidad. Agencia de Calidad SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- José León Paniagua Caparrós. Doctor Arquitecto.

Grupo de expertos

- Luisa González Cabezas. Cap de la Unitat de Formació del Institut Català de la Salut Barcelona.
- María del Carmen de la Cruz. Presidenta de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica. Supervisora de Enfermería de Área Funcional CEX/AECP del Hospital Universitario de Móstoles.

- Magdalena Díaz Benavente. Supervisora Unidad de Gestión UCAMI. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla.
- Ana Giménez Maroto. Jefa de Servicio de la Unidad de Enfermería. Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Elena Martín Pérez. Vicesecretaria de la Asociación Española de Cirujanos. Jefa Sección del Hospital Universitario de la Princesa.
- José León Paniagua Caparrós. Doctor Arquitecto. Inmaculada Pérez Castro. Coordinadora asistencial. Unidad de Cirugía Hepática. Hospital Clínic de Barcelona
- Sara Pupato Ferrari. Directora de INGESA. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Asunción Ruiz de la Sierra Martín-Gil. INGESA. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Toni Trilla. Coordinador de Calidad. Hospital Clinic de Barcelona.
- Antonio Zapatero Gaviria. Sociedad Española de Medicina Interna. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Apoyo

- Alberto Segura Fernández-Escribano. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. MSPSI.
- José de Arriba Enríquez. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. MSPSI. Coordinador de edición
- María José Ruiz. EC Consultoría y Gestión en Sanidad, S. L.

Índice

Resumen ejecutivo	13
1. Introducción	23
1.1. Objetivo del documento	25
1.2. Metodología del trabajo	26
2. Análisis de situación	29
2.1. Estándares y recomendaciones para la UEH en España	33
2.2. Experiencia nacional e internacional	35
3. Derechos y garantías de los paciente	43
3.1. Información a pacientes. Consentimiento informado	43
3.2. Atención a la persona cuidadora	46
3.3. Garantías de los derechos de los pacientes	46
4. Seguridad del paciente	49
4.1. Cultura de seguridad	54
4.2. Pase de visita diario	55
4.3. Comunicación durante el traspaso de pacientes	56
4.4. Seguridad del uso de los medicamentos	57
4.5. Prevención de úlcera por presión	61
4.6. Prevención de caídas y reducción del daño	62
4.7. Prevención de la infección	64
4.8. Identificación de pacientes	65
4.9. Gestión de hemoderivados	65
4.10. Alerta epidemiológica	66
4.11. Implicación del paciente en su seguridad	66
4.12. Plan de autoprotección	67
5. Organización y gestión	69
5.1. Criterios de ingreso	70
5.2. Cartera de servicios	71
5.3. Proceso de atención al paciente en la UEH	72
5.4. Relación con otras unidades y servicios	81
5.5. Organización y funcionamiento de la UEH	83
5.6. Gestión de pacientes	86
6. Estructura y recursos materiales	91
6.1. Programa funcional	96
6.2. Material Sanitario. Esterilización	128

6.3.	Prevención y control de las enfermedades transmisibles	128
6.4.	Protocolo de limpieza	129
6.5.	Gestión de residuos sanitarios	129
7.	Recursos humanos	131
7.1.	Registro del personal sanitario	131
7.2.	Expediente personal	131
7.3.	Titulación y funciones	131
7.4.	Identificación y diferenciación del personal	134
7.5.	Medios documentales	134
7.6.	Formación continuada	134
7.7.	Criterios para el cálculo de los recursos necesarios	135
8.	Calidad asistencial	139
8.1	Autorización y registro	139
8.2	Acreditación y auditoría	139
8.3	Indicadores	139
9.	Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de la UEH	149
Anexos		151
1.	Criterios de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña que afectan a la hospitalización	151
2.	Normas de atención a pacientes con patología transmisible. Tipos de precauciones	155
3.	Modelo de impreso para la conciliación	159
4.	Niveles de cuidados	161
5.	Protocolo de evaluación de la adecuación	163
6.	Vía clínica de estancia en UEH	167
7.	Sistema modificado de alerta precoz	175
8.	Planificación del alta hospitalaria	177
9.	Dimensionado de la UEH	187
10.	Programa funcional de espacios de la UEH	191
11.	Marco de referencia profesional para la función de supervisora de enfermería	195
12.	Recomendaciones para la dotación de enfermeras en las UEH	201
13.	Índice alfabético de definiciones y términos de referencia	203
Abreviaturas		211
Bibliografía		213

Tablas

1.1	Clasificación de los niveles de cuidados	24
2.1	Actividad en UEH	29
2.2	Camas en hospitales (públicos y privados) de agudos por 1.000 hab. UE	30
2.3	Estancia media en hospitales (público y privados) de agudos en 15 países UE	31
2.4	Normas de autorización de centros sanitarios	33
6.1	Características de la zona de acceso y vestíbulo de la UEH	99
6.2	Características de la zona de enfermería y apoyos	105
6.3	Características de la habitación y aseo de paciente	112
6.4	Características de la zona de apoyos generales	115
6.5	Características de la zona de personal	116
6.6	Características de la circulación general de la unidad	119
6.7	Programa genérico de recursos de una UEH	120
6.8	Relación de equipamiento por local	121
8.1	Indicadores de calidad y asistenciales de la UEH	146

Resumen ejecutivo

1. La Unidad de enfermería de hospitalización polivalente (UEH) de agudos se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes con procesos agudos o crónicos agudizados que, estando hospitalizados por procesos médicos o quirúrgicos, no requieren soporte respiratorio avanzado o básico ni soporte a uno o más órganos o sistemas.

2. La UEH se configura como una unidad intermedia, que presta servicios (principalmente cuidados de enfermería y también de hostelería) a los pacientes que son atendidos (diagnóstico y/o tratamiento) por los servicios clínicos, generalmente médicos o quirúrgicos, y para cuyo correcto funcionamiento precisa de la integración y coordinación con la práctica totalidad de las restantes unidades del hospital.

3. En 2007 se produjeron 3,7 millones de altas en hospitales para *medicina interna y especialidades médicas, cirugía y especialidades quirúrgicas y cirugía ortopédica y traumatología*, que son las que generalmente hacen uso de la UEH. La frecuentación global para estos tres grupos de especialidades fue, en 2007, de 82 ingresos por mil habitantes, con una estancia media global de 6,8 días.

4. Las tendencias en la evolución del hospital que más influyen sobre la organización, gestión y funcionamiento de la UEH son:

- Disminución de camas de hospitalización de agudos.
- Estancia media más corta.
- Estabilidad en la tasa de frecuentación hospitalaria.
- Resolución ambulatoria de procesos que previamente requerían hospitalización.
- Los pacientes ingresados en los hospitales de agudos están más gravemente enfermos, con mayor grado de dependencia, sometidos a mayor intensidad tecnológica y de cuidados.
- Una notable proporción de los pacientes atendidos en la UEH son pacientes pluripatológicos con desestabilizaciones episódicas y altos niveles de dependencia, que determina la importancia de garantizar la continuidad de la asistencia y de los cuidados, así como la integración de los equipos asistenciales.

5. El trabajo de enfermería ha experimentado importantes cambios, entre los que destacan los siguientes:

- Aumento del número de enfermeras por cama de hospital de agudos.
- Cambios de la organización y gestión de la asistencia, mediante reingeniería o rediseño de procesos. Se modifica la organización de la enfermería y su relación con otros estamentos profesionales.
- Cambios de las cargas de trabajo de enfermería.

6. La UEH debe facilitar al paciente información general sobre las características de la unidad y, detallada, sobre el proceso, diagnóstico, tratamiento y cuidados en la unidad. La información debe ser clara, precisa y suficiente. Se recomienda la inclusión, en el folleto o tríptico a entregar al paciente o su cuidador en su primer contacto con la UEH, de advertencias o consejos sobre el acceso o utilización, así como de fotografías que ayuden en la comprensión del funcionamiento de la unidad.

7. En cualquier estrategia de atención y especialmente desde la perspectiva de la seguridad del paciente es relevante la implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud.

8. Se recomienda la protocolización de los aspectos de seguridad y atención a los derechos del paciente.

9. El consentimiento del paciente, por escrito, es un requisito tanto para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos como en la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre su salud.

10. En los hospitales **se debe fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad**, que se considera un paso decisivo para mejorar la seguridad del paciente.

11. **Se recomienda realizar reuniones periódicas del equipo de la UEH para analizar con un enfoque sistemático los incidentes de seguridad** que hayan ocurrido en la misma y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes.

12. **Se recomienda actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad de los pacientes atendidos en la UEH.**

13. **Se recomienda disponer de protocolos actualizados de tratamiento y/o guías de uso de medicamentos basados en la evidencia sobre las principales enfermedades tratadas en la UEH.**

14. **Se recomienda utilizar un procedimiento estandarizado para comparar y conciliar la medicación del paciente previa al ingreso con los medicamentos prescritos al ingreso en la UEH.**

15. **Se procurará simplificar al máximo el tratamiento. En el momento de la prescripción se realizará, sistemáticamente, un ajuste de la dosis del**

medicamento, considerando edad, función renal y hepática del paciente. Se recomienda implantar un sistema de prescripción electrónica integrado en la historia del paciente, con el fin de que alerte sobre la necesidad de realizar ajustes en la dosis del medicamento. Se evitará la prescripción de medicamentos considerados inapropiados para los ancianos por presentar una relación riesgo / beneficio desfavorable en éstos y existir otras alternativas terapéuticas, recomendando la inclusión de estos medicamentos en las alertas del sistema de prescripción electrónica asistida.

16. Se recomienda proporcionar al paciente dado de alta una lista completa (y conciliada) de la medicación para entregar o enviar a los profesionales que serán responsables de la continuación de la asistencia.

17. Se recomienda coordinar con atención primaria el procedimiento de reevaluación periódica de toda la medicación de los pacientes, con el fin de verificar la adecuación de la prescripción, la necesidad de continuación del tratamiento.

18. La UEH debe desarrollar e implementar un programa de prevención de úlcera por presión que incluya la identificación del paciente en riesgo y la valoración del estado de la piel.

19. La UEH debe desarrollar e implementar un programa para la prevención de caídas que incluya la identificación del paciente con riesgo de caídas, la evaluación multidimensional del riesgo, así como la estrategia multifactorial para reducir el riesgo de caídas.

20. La UEH debe disponer de un programa de vigilancia y prevención de la infección, adaptado a sus características y actividad, que incluya la identificación del paciente en riesgo. La UEH debe disponer y aplicar el protocolo de higiene de manos, uso de solución hidroalcohólica, utilización de antisépticos, profilaxis antibiótica y de prevención de infección en procedimientos invasivos.

21. El plan de cuidados individualizado debe incluir cuidados locales de la piel, prevención específica en paciente con incontinencia y cambio postural en paciente con movilidad limitada.

22. El plan de cuidados debe incluir la atención de la persona cuidadora, especialmente en paciente que presente un deterioro funcional o cognitivo importante.

23. La UEH debe disponer de un sistema que permita la identificación inequívoca del paciente.

24. La protocolización de la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos más frecuentemente atendidos / realizados en la UEH.

25. Se recomienda la elaboración de vías clínicas, instrumentos de gestión clínica que estandarizan el proceso de atención desde una perspectiva multidisciplinaria.

26. La UEH debe garantizar al paciente ingresado:

- **La asignación, presentación e identificación del médico responsable de su atención.**
- **La asignación, presentación e identificación de la enfermera responsable de su atención en cada turno**
- **La evaluación inicial de enfermería y el registro de constantes vitales en el momento de su ingreso**
- **El plan de monitorización que especifique las constantes y parámetros que deben ser registrados y su frecuencia.**
- **La evaluación médica, información (en su caso, consentimiento informado), solicitud de exploraciones complementarias y prescripción del tratamiento, si precisa.**
- **Actividades de enfermería: valoración integral de problemas de salud, recogida de datos, instauración de plan de cuidados y desarrollo de intervenciones propias y delegadas.**

27. Se recomienda la utilización de un sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación (sistemas de “track & trigger”), que sistematice el control del paciente en UEH.

28. Se recomienda la colaboración entre el servicio de cuidados críticos y la UEH para asegurar la continuidad de la asistencia mediante el servicio ampliado de cuidados críticos que puede definirse como: “una aproximación multidisciplinar para la identificación del paciente con riesgo de desarrollar una enfermedad crítica y para aquel paciente que está recuperándose de un período de enfermedad crítica, con el fin de facilitar una intervención temprana o transferir (si está indicado) a un área adecuada para atender las necesidades de este paciente. El servicio debe servir también para mejorar las habilidades y el conocimiento de todo el personal en la prestación de cuidados críticos”.

29. El hospital debe establecer y revisar periódicamente los umbrales de los sistemas de seguimiento y activación del equipo ampliado de cuidados críticos para optimizar su sensibilidad y especificidad. El hospital debe establecer su política de graduación de respuesta para el paciente en el que se identifica un deterioro en su condición clínica.

30. Se recomienda incrementar la efectividad de la comunicación entre los profesionales implicados en la atención al paciente, lo que afecta a la visita diaria, al cambio de turno, al traslado de pacientes entre unidades y al alta del paciente.

31. Se recomienda la implantación del pase de visita multidisciplinar.

32. El pase de visita multidisciplinar debe formar parte de la rutina asistencial, por lo que debe haber un acuerdo entre profesionales para su realización. Es recomendable que el pase de visita comprenda al médico y a

la enfermera responsables de la atención al paciente, al menos. Es preciso que los otros profesionales se pongan de acuerdo con el responsable de la UEH para participar en el pase de visita cuando sea necesario. Se ha vinculado la implantación de un sistema formalizado de intercambio de información y pase de visita multidisciplinar con un 15% de reducción de la estancia media, mayor satisfacción por la asistencia y mejor comunicación y colaboración entre los profesionales participantes.

33. **Se recomienda la práctica diaria del pase de visita como medida para la calidad, seguridad y eficiencia de la asistencia en la UEH, lo que incluye su realización los sábados, domingos y festivos,** evitando de esta manera la permanencia en la UEH del paciente en condiciones de ser dado de alta. **Se recomienda que el pase de visita se realice a primera hora de la mañana,** lo que facilita la gestión de las camas.

34. **Se recomienda la implantación de un sistema formalizado de intercambio de información o de comunicación entre los profesionales en el momento de cambio de turno.**

35. **Se debe estandarizar la comunicación entre los profesionales en la transferencia del paciente entre distintas unidades de atención. La UEH debe garantizar la continuidad de la asistencia durante el traspaso de un paciente entre diferentes unidades del hospital. Se debe formalizar un sistema estructurado, sustentado en el plan de cuidados escrito.** La responsabilidad de la asistencia del paciente se comparte entre la unidad que traslada al paciente y la unidad que lo recibe, garantizando que la UEH, con apoyo del servicio ampliado de cuidados críticos, puede prestar el plan de cuidados acordado. El traslado del paciente desde una unidad de cuidados más intensivos a la UEH debe realizarse, una vez indicado, lo antes posible. **Debe evitarse, en lo posible, transferir al paciente entre las 22:00 y 07:00 horas. En caso de realizarse durante ese intervalo horario debe documentarse como un incidente adverso.**

36. **Se recomienda estandarizar el proceso de alta** para garantizar la disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento, cuidados y medicamentos. **Se debe planificar el alta desde la admisión del paciente en la UEH. Es recomendable que:**

- **Se realice una planificación precoz del alta hospitalaria del paciente de la UEH.**
- **La organización de la UEH permita tramitar altas sábados, domingos y festivos, con las mismas garantías que otros días.**
- **La UEH deberá disponer de profesionales de referencia (enfermera comunitaria de enlace / gestora de casos y/o trabajador social) que faciliten la coordinación de los recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales para la continuidad de cuidados.**

- **El informe de alta médica se acompañe del informe de alta de enfermería. El informe de alta de la UEH ha de contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico. El informe de alta debe ponerse a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de AP).**
- **Se evite el retraso de la gestión del alta derivado de la insuficiencia de medios de transporte del paciente a su domicilio.**

37. **Es recomendable la relación entre la UEH y unidad de subagudos, para garantizar una atención rehabilitadora precoz a pacientes con ictus, fractura de cadera y ancianos que presentan deterioro funcional de su situación basal subsidiario de recuperación, una vez estabilizada la fase aguda de su enfermedad y con el objetivo de reducir su dependencia. Esta unidad puede ubicarse en el hospital o en su proximidad.**

38. **Es recomendable disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad de la atención. La UEH debe disponer de acceso las 24 horas del día a intervenciones quirúrgicas, pruebas radiológicas y de laboratorio, a la unidad de cuidados intensivos o cuidados intermedios, para asegurar la calidad y continuidad de la atención al paciente**

39. **La UEH debe tener garantizada la provisión de componentes sanguíneos para transfusiones. La UEH debe tener garantizado el acceso a medios de transporte de pacientes para traslados de emergencia. La UEH debe disponer permanentemente de provisión de material estéril y de medicamentos. La UEH debe tener garantizado el servicio de alimentación, mantenimiento y reparaciones.**

40. **La UEH debe disponer de una coordinadora asistencial gestora de cuidados o supervisora), responsable de la coordinación de los profesionales de enfermería asignados a la UEH.**

41. **Se debe conocer públicamente quién es la coordinadora asistencial de la UEH, gestora de cuidados, supervisora y la persona en que, en su caso, se delega, por lo que este aspecto deberá estar contemplado en las normas de funcionamiento de la unidad.**

42. **La UEH debe disponer de personal de enfermería y asignar a cada paciente a una enfermera referente, que planifica los cuidados del paciente. En cada turno habrá una enfermera responsable de la atención al paciente, que aplicará los cuidados planificados por la enfermera referente. La enfermera debe presentarse al paciente y, en su caso, familiar y cuidador, en cada cambio de turno.**

43. **Se recomienda la existencia de un médico responsable de la asistencia al paciente durante su estancia en la UEH, claramente identificado, que deberá haberse presentado al paciente y sus familiares / cuidador. La**

UEH debe disponer de médico especialista de la especialidad que participe en la atención de los pacientes ingresados en la unidad.

44. **La UEH debe disponer de personal celador y de transporte del paciente.**

45. **Es adecuado que colaboren con la UEH el trabajador social, dietista / nutricionista, el fisioterapeuta y el farmacéutico.**

46. **La UEH deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento** en el que se refleje su organigrama, cartera de servicios, disposición física de la unidad, los recursos estructurales, el equipamiento de que dispone y el manual de normas.

47. **El recurso “cama” debe ser asignado desde la unidad de gestión de pacientes. Es recomendable que el hospital realice la asignación de un paciente a una UEH diferenciando el ingreso médico y el quirúrgico, salvo en el caso de hospital con un reducido número de camas. Es desaconsejable la asignación de UEH o de cama por especialidad de forma rígida aunque, en función del volumen asistencial, se pueden asignar UEH o camas a distintas especialidades, siendo recomendable que la asignación se adapte a las variaciones de la demanda.**

48. **El hospital contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo. La historia clínica deberá ser única para cada paciente y compartida entre profesionales. Es recomendable que la historia clínica sea accesible y compartida desde otros centros y niveles asistenciales, responsables de la atención de paciente.**

49. **El personal de enfermería debería ocupar el 70% de su tiempo a los cuidados directos al paciente (90% a actividades que añadan valor al proceso asistencial).** Corresponde a los diplomados universitarios en enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades. La actividad de la enfermería dentro de la UEH está condicionada por el funcionamiento de las unidades y servicios que se relacionan con ella, así como por aspectos estructurales, funcionales, de equipamiento e instalaciones. La organización de la actividad médica influye de forma notable en la utilización del tiempo de enfermería. Una adecuada organización y funcionamiento del conjunto del hospital (diagnóstico por imagen, laboratorio, gestión de pacientes, limpieza, mantenimiento, restauración, etc.), contribuyen notablemente a que el personal de enfermería pueda organizar las actividades propias.

50. **Se recomienda que el hospital incorpore el cálculo de plantilla de enfermería adaptado a las necesidades identificadas por unidad y turno.** El sujeto de los cuidados de enfermería no es la cama sino el paciente. La necesidad de personal de la UEH varía en función del número y com-

plejidad de cuidados del paciente ingresado y la cartera de servicios de la UEH.

51. La UEH debe contar con ascensores diferenciados para visitas, transporte de camas y suministros.

52. La UEH debe estar libre de barreras arquitectónicas, especialmente en los aseos de los pacientes ingresados.

53. La UEH debe ser independiente en relación con la circulación de enfermos y visitas y no debe servir de tráfico de paso entre otras unidades.

54. La UEH debe diferenciar las siguientes zonas: acceso y vestíbulo, área de pacientes u familiares, control de enfermería y apoyos, apoyos generales de la unidad, zona de personal y circulación general de la unidad.

55. Los recursos de la UEH deben estar orientados tanto hacia la garantía de las necesidades asistenciales, seguridad y confort del paciente, como a la realización de las funciones de enfermería de hospitalización. Los usuarios principales de la UEH son el paciente ingresado y el personal de enfermería.

56. La UEH debe disponer de espacio para el trabajo de médicos.

57. Los pasillos de circulación general de la unidad deben permitir el cruce de dos camas (anchura mínima de 2,20 m.) así como el giro de la cama para el acceso o salida de la habitación. El diseño de los pasillos de circulación general de la unidad debe ser próximo al residencial.

58. El control de enfermería debe localizarse de manera que se minimice la distancia media al enfermo. Se recomienda que esta distancia media desde el control de enfermería y el enfermo no supere los 30 metros. Se recomienda que la distancia máxima entre el control de enfermería y el paciente (de la habitación más alejada) no supere los 45 metros. La estructura física, instalaciones y equipamiento tienen una notable influencia en la productividad de enfermería. Unidades con escaso número de camas, distancias superiores a 30 metros desde el control a la habitación, inadecuados sistemas de comunicación entre habitación y control, camas inadecuadas (o transporte en camillas), inexistencia de sistemas mecanizados de transporte y recogida de muestras, inexistencia de unidosis, inexistencia de sistemas de reposición de material (doble cajetín), etc. disminuye el rendimiento del personal de enfermería y, por el contrario, su existencia debería mejorarlo.

59. La UEH debe disponer de instalaciones de comunicaciones e informática en todas las habitaciones, especialmente en la cabecera de la cama del paciente ingresado. La habitación debe contar con instalación eléctrica y de gases medicinales en la cabecera de paciente

60. Se recomienda que la UEH disponga de entre 28 y 36 camas funcionantes.

61. El paciente debe poder estar acompañado en todo momento por

una personal para lo que existirán recursos, tanto en la habitación del paciente como en el resto de la UEH.

62. La UEH debe disponer de habitaciones individuales. Se recomienda que un porcentaje mínimo del 50% de las habitaciones de la UEH sea individual. La habitación individual se puede dimensionar para su uso doble, lo que permite la adaptación de la UEH a los incrementos estacionales de la demanda.

63. El diseño de la UEH debe tener en cuenta aspectos relacionados con el confort, seguridad y privacidad del paciente. La iluminación, vistas y atenuación acústica son elementos esenciales en la ubicación, orientación y diseño de la UEH y de la habitación de pacientes.

64. La habitación del paciente debe disponer de un área libre alrededor de la cama que asegure el acceso al paciente por parte del personal clínico y de enfermería con aparatos (carro de paradas). La habitación debe disponer de armario para guarda de los enseres del paciente durante su estancia en el hospital.

65. La habitación del paciente debe disponer de un aseo (lavabo, inodoro, ducha y lavacañas) que permita el acceso y movimiento de una silla de ruedas con ayuda, sin que existan barreras arquitectónicas.

66. La UEH debe disponer de instalaciones de transporte neumático de muestras y de documentos. La UEH debe disponer del espacio necesario para garantizar la dispensación de medicamentos y la disponibilidad del material necesario para los cuidados (curas, extracción de muestras,...) y el alojamiento (alimentación, lencería, limpieza,...) del paciente. La disponibilidad de estos espacios de almacenamiento y distribución está condicionados por la política y gestión de suministros del hospital.

67. Se propone un conjunto de indicadores para el seguimiento de la UEH, como son la estancia media ajustada por casuística (EMAC), la estancia media ajustada por funcionamiento (EMAF), la mortalidad hospitalaria, la tasa de códigos de emergencia vital por 1000 días de estancia, el porcentaje de reingresos, la tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos, la tasa de infección hospitalaria, la tasa de reacciones transfusionales, la tasa de caídas, la tasa de úlceras por presión e índices de satisfacción del personal y de los pacientes.

68. Se recomienda la utilización del índice de estancia media ajustado a complejidad (IEMAC), que permite la comparación de los procesos atendidos por un determinado hospital o servicio asistencial, agrupados mediante los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) con la media del SNS y es una forma de aproximarse a los días de estancia inapropiada. Un ingreso inapropiado es el que se produce cuando el paciente debería ser atendido de forma ambulatoria (CMA o HdD). Entre el 2,1% y el 44,8% de los ingresos en hospitales españoles son inapropiados. La incidencia que

puede tener los días de estancia inapropiados o innecesarios muestra en España un rango entre el 15% y el 43,9%. La AC-SNS agrupa los procesos y procedimientos mediante GDR a partir del sistema de clasificación de la CIE-10-MC. Los GRD sirven como referentes de la cartera de los procesos clínicos atendidos en una determinada UEH. No existe una utilización generalizada de la clasificación internacional de cuidados de enfermería

69. Se recomienda que se realice una revisión y actualización de este informe en un plazo no superior a diez años.

70. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que la próxima revisión recoja, además de los tópicos abordados en este documento, un análisis sistemático de los indicadores de la UEH, que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en este informe.

71. A lo largo del documento se han hecho algunas recomendaciones en aspectos organizativos y de gestión relativamente novedosas, o que reimplantan procesos en la organización y gestión de la UEH que han sido abandonados: la generalización de los pases de visita interdisciplinares diarios (incluyendo festivos), el desarrollo de los “cuidados críticos ampliados”, la implantación de forma sistemática de la planificación precoz del alta, el desarrollo de “unidades de convalecencia” gestionadas por personal de enfermería, etc. Se deberían desarrollar proyectos piloto que evalúen los costes y beneficios de la implantación de estos instrumentos organizativos y de gestión.

1. Introducción

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) establece, en los artículos 27, 28 y 29, la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las CC.AA. de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios define y relaciona aquellos que deben ser objeto de establecimiento de los requisitos que garanticen su calidad y seguridad. La Unidad 2 de la oferta asistencial desplegada por las citadas normas, “Enfermería” se define como: “unidad asistencial en la que personal de enfermería es responsable de desarrollar funciones y actividades propias de su titulación”.

En la serie de documentos de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) “unidad asistencial” se define como “una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes” que tienen una características determinadas, que determinan las especificidades organizativas y de gestión de la propia unidad.

La unidad de enfermería en hospitalización polivalente (médico / quirúrgica) de agudos (UEH), que es el objeto de este documento de estándares y recomendaciones, acota la definición de unidad de enfermería establecida en el Real Decreto 1277/2003 en las siguientes dimensiones:

— A la unidad de enfermería en **Hospital de Agudos**, que se define en la caracterización del Real Decreto (RD) 1277/2003 como C.1. Hospital (centro con internamiento): centro sanitario destinado a la **asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche)**, cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria. Dentro de los hospitales, la Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado del INE y MSPSI, considera hospital de agudos al hospital general y al hospital especializado (*otros hospitales de agudos*)¹:

- C.1.1. Hospital general: “Hospital destinado a la atención de pacientes afectos de diversa patología y que cuentan con las áreas de

medicina, cirugía, obstetricia y ginecología y pediatría. También se considera general cuando, aun faltando o estando escasamente desarrollada alguna de estas áreas, no se concentre la mayor parte de su actividad asistencial en una determinada”.

- C.1.2. Hospital especializado: “Hospital dotado de servicios de diagnóstico y tratamiento especializados que dedica su actividad fundamental a la atención de determinadas patologías o de pacientes de determinado grupo de edad o con características comunes”.

El presente documento de estándares y recomendaciones no incluye, por tanto, a la unidad de enfermería en hospitales o unidades de recuperación funcional, o de media o larga estancia, o lo que se denomina en la literatura inglesa “unidades de cuidados intermedios”^{2,3,4} (1).

— Atiende a pacientes adultos con patologías agudas (o crónicas agudizadas) médicas o quirúrgicas (**polivalente**). Excluye, por tanto, la hospitalización neonatal, obstétrica, pediátrica y de salud mental.

— Con niveles de cuidados 0 ó 1 de la siguiente clasificación, tomada de la del Departamento de Salud del Reino Unido (Tabla 1)⁵. Excluye, por tanto, la unidad de cuidados críticos, incluyendo cuidados intensivos, recuperación post-anestésica, cuidados coronarios, quemados y urgencias hospitalarias.

Tabla 1.1. Clasificación de los niveles de cuidados

Nivel	Descripción de la necesidad de asistencia
0	Paciente cuyas necesidades pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización convencional de hospital de agudos.
1	Paciente en riesgo de que su condición se deteriore, o que provienen de un nivel más alto de cuidados, cuyas necesidades de cuidados pueden ser satisfechas en hospitalización convencional con asesoramiento y apoyo del equipo de cuidados críticos.
2	Pacientes que requiere observación más frecuente o intervención, incluido el soporte a un sistema orgánico, o cuidados postoperatorios o aquel que proviene de niveles más altos de cuidados.
3	Paciente que requiere soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos sistemas orgánicos. Este nivel incluye todo paciente complejo que requiere soporte por fallo multiorgánico.

Fuente: Comprehensive Critical Care. DH (2000).

(1) Las “*intermediate care units*” son unidades que prestan exclusivamente cuidados de enfermería y se aproximan más al concepto de “unidades de recuperación”. No se deben confundir con los “cuidados intermedios” en la denominación española, que se refiere a niveles de cuidados críticos 1 ó 2.

La clasificación del *Department of Health* (DH) del Reino Unido atiende a las necesidades asistenciales del paciente en lugar de a los recursos físicos de los que se dispone donde está ingresado^{6,7,8,9}.

La *unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos* se puede definir, por tanto, como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con procesos agudos o crónicos agudizados que, estando hospitalizado por procesos médicos o quirúrgicos, **no requiere** soporte respiratorio avanzado o básico ni soporte a uno o más órganos o sistemas.

La definición de hospital establecida en el R.D.1277/2003 puede ser complementada por una descripción más amplia de los servicios que necesariamente tiene que prestar la UEH para cumplir su misión esencial, que es la de prestar asistencia continuada en régimen de internamiento. La definición de hospital de Miller¹⁰, utilizada por McKee y Healy¹¹, atiende a estas dimensiones: “Una institución que provee cama, alimento y cuidados continuados de enfermería al paciente que recibe tratamiento provisto por profesionales de la medicina, con el objetivo de restaurar su salud”. Aunque la definición de Miller contiene otros elementos de interés, se han destacado dos aspectos, que son esenciales para definir la misión de la unidad de enfermería en un hospital: prestación de cuidados continuados de enfermería y los aspectos hoteleros.

El papel de enfermería en la mejora de la calidad, seguridad y eficiencia del hospital se considera paralelo al que aportaron, en el siglo XIX, los avances médicos y las mejoras en los edificios e instalaciones¹².

La UEH se configura como una unidad intermedia, que presta servicios (principalmente cuidados de enfermería y también de hostelería) al paciente atendido (diagnóstico y/o tratamiento) por los servicios clínicos, generalmente médicos o quirúrgicos, y para cuyo correcto funcionamiento precisa de la integración y coordinación con prácticamente la totalidad de las restantes unidades del hospital.

1.1. Objetivo del documento

La Estrategia 7 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (PC-SNS): Acreditar y auditar centros, servicios y unidades asistenciales; contiene como primer objetivo el establecimiento de los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de centros sanitarios del SNS¹³.

En 2007, el MSPSI actualizó la guía de CMA¹⁴ editada en 1993¹⁵, en el marco del PC-SNS y desarrolló los estándares y recomendaciones de seguridad y calidad referentes al hospital de día médico y onco-hematológico¹⁶. A lo largo del ejercicio 2008 se han elaborado los documentos de estándares y recomendaciones correspondientes a la unidad de pacientes pluripatológicos¹⁷, maternidad hospitalaria¹⁸ y bloque quirúrgico¹⁹.

El objetivo de este documento de estándares y recomendaciones para la UEH es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores —públicos y privados— y profesionales, criterios para la organización y gestión de esta unidad, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad en la prestación de los servicios, así como facilitar aquellos correspondientes a su diseño y equipamiento.

El documento de estándares y recomendaciones sobre la unidad de enfermería en hospitalización polivalente de agudos no tiene un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades o su acreditación.

1.2. Metodología de trabajo

Los aspectos que aborda el documento son:

- a) Los derechos y garantías de los pacientes.
- b) La seguridad del paciente.
- c) Los criterios organizativos y de gestión de la UEH.
- d) La estructura física y recursos materiales de la UEH.
- e) Los recursos humanos de la UEH.
- f) Los aspectos relativos a la calidad asistencial de la UEH.
- g) La revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones para la UEH.

La Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad de la AC-SNS del MSPSI ha dirigido el proceso de elaboración del documento de estándares y recomendaciones dentro del marco establecido por el PC-SNS.

La elaboración del documento se ha realizado por un grupo de expertos seleccionado en base a la experiencia y conocimiento de los mismos en los aspectos relacionados con el alcance propuesto, así como nombrados —con el mismo criterio— por las sociedades científicas y asociaciones profesionales.

La coordinadora científica del trabajo ha sido D.^a Luisa González Cabezas, Cap de la Unitat de Formació del ICS (Cataluña).

Asimismo, la AC-SNS ha contado con un grupo de apoyo, que ha realizado las funciones de secretaría del grupo de expertos, seguimiento de los trabajos, apoyo técnico en las reuniones del grupo, elaboración del análisis de situación, revisión de los documentos elaborados por los expertos y análisis de evidencia, colaboración en la elaboración de los distintos borradores, así como del documento final.

El documento de estándares y recomendaciones de la UEH se apoya en una amplia experiencia nacional e internacional, recogida en las referencias que figuran en el Anexo 15.

Este informe recoge algunas recomendaciones «fuertes» en el sentido de que están amparadas por requisitos normativos, o por una evidencia suficientemente sólida a criterio del grupo de expertos que ha colaborado en la redacción del mismo. Cuando se realizan estas recomendaciones se mencionan expresamente como tales y se destacan en **negrita**.

2. Análisis de situación

La *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado de 2007*¹ muestra que los siguientes datos referidos a altas en la UEH (medicina interna y especialidades médicas; cirugía general y especialidades quirúrgicas; y traumatología):

Tabla 2.1. Actividad en UEH

Especialidad	Hospitales SNS		Hospitales privados		Total	
	Altas	Estancias	Altas	Estancias	Altas	Estancias
M. Interna	1.407.963	12.521.636	315.402	2.082.859	1.723.365	14.604.495
Cirugía y especialidades quirúrgicas	942.889	5.983.146	429.339	1.154.608	1.372.228	7.137.754
Traumatología	356.219	2.608.143	247.348	873.711	603.567	3.481.854
Total	2.707.071	21.112.925	992.089	4.111.178	3.699.160	25.224.103

Fuente: EECRSRI, 2007 (MSPS). Estimaciones propias. EM.: estancia media en días; Frec.: Frecuentación (ingresos por mil habitantes y año).

En resumen, con 3,7 millones de altas, la frecuentación global para estos tres grupos de especialidades fue en 2007 de 82 ingresos por mil habitantes y año, con una estancia media global de 6,8 días.

La organización, gestión y funcionamiento de la UEH dependen de las características del hospital donde está situada y éste, a su vez, se configura en relación con el sistema sanitario en donde se inserta, por lo que no es posible realizar comparaciones internacionales sobre la UEH que no estén contaminadas por variables que, correspondiendo a las características del hospital o del sistema (o subsistema) sanitario, influyen decisivamente en su funcionamiento. Existe, sin embargo, un notable volumen de información sobre la gestión de esta unidad, que permite identificar aquellas prácticas que permiten realizar la actividad con unos niveles de calidad, seguridad y eficiencia adecuados. Asimismo, la organización, gestión y funcionamiento de la UEH en España están enmarcados y participan de las tendencias del hospital de agudos en los países occidentales desarrollados y en la UE.

Está fuera del alcance de este documento cuál debe ser el “hospital del futuro” para el SNS. Se señalarán aquí únicamente las tendencias en la evolución de los hospitales que aparentemente más influyen sobre la organización, gestión y funcionamiento de la UEH. Estas tendencias son:

— **Disminución de camas de hospitalización de agudos**, en 15 años se ha producido un descenso del 15% en la tasa de camas de agudos por mil habitantes en los estados de la UE de los 15, como promedio, tal y como puede observarse en la tabla 2.2.:

Tabla 2.2. Camas en hospitales (públicos y privados) de agudos por 1.000 habitantes UE

Quince países de la UE	1990	2004	Δ
Austria	7,5	6,1	-18,7%
Bélgica	5,2	4,4	-15,4%
Dinamarca	4,1	3,3	-19,5%
Finlandia	4,3	2,9	-32,6%
Francia	5,2	3,7	-28,8%
Alemania	8,3	6,4	-22,9%
Grecia			
Irlanda	3,2	2,8	-12,5%
Italia	6,2	3,3	-46,8%
Luxemburgo	6,7	5,2	-22,4%
Países Bajos	3,8	3,1	-18,4%
Portugal	3,4	3	-11,8%
España	3,6	2,9	-19,4%
Suecia	4,1	2,2	-46,3%
Reino Unido	3,6	3,1	-13,9%
Media	4,4	3,7	-14,8%

Fuente: ECO-SALUD OECD 2007²⁰, julio 07. Media no ponderada.

No se han tenido en consideración los países de los que no se dispone de datos en los dos años considerados.

El sistema sanitario basado en el modelo de servicio nacional de salud tiende a tener menos camas de agudos que aquel basado en el modelo de seguro social.

El descenso en el número de camas de agudos se debe, en parte, a su sustitución por camas de recursos sociosanitarios o sociales²¹.

— **Estancias medias más cortas**. La tabla 2.3., tomada de la misma fuente, período y criterios, muestra una reducción media de la estancia del 32% en los quince estados de la UE.

— Estabilidad en la tasa de frecuentación hospitalaria. La tasa de frecuentación hospitalaria (número de altas por 1.000 habitantes y año) está estabilizada o presenta un ligero incremento, que no compensa la reducción de la estancia media en los estados de la UE —incluyendo España²²—, así como en USA²³.

Tabla 2.3. Estancia media en hospitales (públicos y privados) de agudos en UE

Quince países de la UE	1990	2005	Δ
Austria	9,3	5,9	-36,56%
Bélgica			
Dinamarca	6,4	3,5	-45,31%
Finlandia	7	4,8	-31,43%
Francia	7	5,4	-22,86%
Alemania	16,7	8,6	-48,50%
Grecia	7,5		-100,00%
Irlanda	6,7	6,6	-1,49%
Italia			
Luxemburgo		7,3	
Países Bajos	10	6,8	-32,00%
Portugal	8,4	7,1	-15,48%
España	9,6	6,7	-30,06%
Suecia	6,5	4,6	-29,23%
Reino Unido	9,5	6,1	-35,79%
Media	8,8	6,0	-31,91%

— Resolución ambulatoria de procesos que previamente requerían hospitalización. Esta tendencia se ha producido principalmente en procesos de cirugía mayor, mediante el desarrollo de la CMA¹⁵, así como probablemente en la HdD vinculada a procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

— El paciente ingresado en el hospital de agudos está más gravemente enfermo, con mayor grado de dependencia, sometido a mayor intensidad tecnológica y de cuidados, como consecuencia de las tendencias anteriores así como por el progresivo envejecimiento de la población de los países occidentales desarrollados.

— Una notable proporción de los pacientes atendidos en la UEH son pacientes pluripatológicos con desestabilizaciones episódicas¹⁷ y altos niveles de dependencia, lo que determina la importancia de garantizar la continuidad de la asistencia y de los cuidados, así como la integración de los equipos asistenciales²⁴ (2).

El trabajo de enfermería ha experimentado asimismo importantes cambios. El *Institute of Medicine* (IoM) de USA señala, entre otros, los siguientes²⁵(3):

(2) Una de las iniciativas del NQF (www.qualityforum.org) es evaluar la eficiencia a lo largo de episodios asistenciales. Los trabajos disponibles sobre este tema se encuentren en forma de borrador por lo que no pueden ser citados.

(3) Algunos de los factores impulsores de los cambios o los cambios en sí son específicos de USA, por lo que se omiten en este resumen, otros se han adaptado.

— Aumento del número de enfermeras por cama de hospital de agudos. En el período 2000-2005 se ha incrementado un 18,5% la ratio de personal licenciado de enfermería (ATS, DUE, matronas y fisioterapeutas) por cada 100 camas (de 92,5 a 109,7), y un 17% en personal de enfermería total (de 162,6 a 191,1)²¹ (4).

— Cambios en la organización y gestión de la asistencia, mediante reingeniería o rediseño de procesos, que incorpora el entrenamiento cruzado del personal para realizar nuevas actividades; modificaciones en la composición de la plantilla; o la redistribución de personal de enfermería desde los servicios clínicos de soporte (diagnóstico por la imagen, laboratorio) a unidades clínicas.

La reingeniería y el rediseño de los procesos asimismo han tenido incidencia en:

- La forma en la que la enfermería se organiza y se relaciona con otros estamentos profesionales.
- La expansión del papel de la enfermería en la prestación de la asistencia²⁶.

Ambos fenómenos han generado un considerable número de estudios y publicaciones sobre la mejor forma de organización del trabajo en enfermería. El IoM²⁷ concluye que es probable que no exista un modelo de prestación de servicios mejor que otro, debiéndose adecuar a la estructura, procesos y recursos de cada unidad debido a las variaciones existentes entre unidades de enfermería relacionadas con niveles de experiencia, personal de soporte, necesidades de los pacientes y en recursos.

- Cambios en las cargas de trabajo (5). Las tendencias señaladas crean un escenario de cambio en la organización y gestión de los propios sistemas sanitarios, de los hospitales y, dentro de ellos, de la UEH.

(4) El trabajo del IoM señala que este aumento no necesariamente se acompaña de un aumento del tiempo de cuidados directos de personal de enfermería al paciente —aplicable al SNS—.

(5) El trabajo del IoM cita varios estudios centrados en el análisis de cargas de trabajo. Uno de ellos, realizado sobre una muestra de 55 hospitales de California, incluía 330 unidades de enfermería (cuidados intensivos, cuidados críticos y polivalentes). Las enfermeras prestaban el 92% de los cuidados en las UCI, 87% en las de cuidados críticos y 57% en las polivalentes. El rango de las ratios de este personal en este tipo de unidades era: UCI: 0.5–5.3 pacientes por cada enfermera (media 1.6); Cuidados críticos: 1.5–11.6 pacientes por cada enfermera (media 4.2); polivalentes: 2.7–13.8 pacientes por cada enfermera (media 5.9). En un estudio sobre 135 hospitales de los USA y para las unidades polivalentes, se encontró una media de 1 enfermera por cada seis pacientes en el turno de mañana, con un rango de 1:3 a 1:12. En unidades de cuidados críticos la media era de 1:2 en cada turno.

Uno de los aspectos que señala el IoM, así como otras instituciones de USA como la *Joint Commission*, la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) o el *National Quality Forum* (NQF) es la relación existente entre adecuados niveles de personal de enfermería y la seguridad del paciente^{28, 29, 30, 31}, especialmente en las UCI.

2.1. Estándares y recomendaciones para la UEH en España

Tanto la administración general del estado como la totalidad de CC.AA. disponen de normas relativas a la autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Existen dos tipos de normas: las de autorización y registro, que evalúan un centro antes de su puesta en funcionamiento, y las de acreditación, que lo evalúan con posterioridad a su funcionamiento.

2.1.1. Autorización

Todas las CC.AA. disponen de normas de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Desde la aparición del RD 1277/2003, diez CC.AA. han modificado su legislación autonómica para adaptarla a esta normativa, en tanto que otras siete mantienen la previa. Las normas de autorización de centros sanitarios que afectan a la UEH se recogen en la tabla 2.4.

Tabla 2.4. Normas de autorización de los centros sanitarios	
Aragón	La Orden de 8 de marzo de 2006, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regulan los requisitos mínimos para la autorización de centros quirúrgicos en la Comunidad Autónoma (C.A.) de Aragón establece que los centros que realicen procedimientos quirúrgicos deberán disponer de asistencia médica y de enfermería las 24 horas. Define un “área funcional de enfermería”, señalando algunas características del “control de enfermería”, apoyos y habitaciones de pacientes. No establece ratios de personal.
Canarias	La Orden de 15 de junio de 2000, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las condiciones mínimas que deben cumplir los centros hospitalarios de la C.A. de Canarias, establece que el hospital general deberá contar un área de hospitalización general, señalando algunas de las características de este área.

2.1.2. Acreditación

Se define como un proceso por el que una organización se somete de forma voluntaria a un sistema de verificación externa que evalúa y mide, mediante un conjunto de estándares, el nivel en que se sitúa dicha organización con relación a un conjunto de referentes previamente establecidos, consensuados con los expertos y adaptados al territorio.

Las experiencias de acreditación de servicios sanitarios en España son escasas. Cuatro CC.AA. disponen de normativa y programas oficiales de acreditación de centros sanitarios basados en evaluación externa y voluntaria: Andalucía, Cataluña, Galicia y Extremadura. En algunos casos existen programas de acreditación de algún tipo de centros, servicios o actividades (extracción y trasplante de órganos, reproducción asistida, hemoterapia, etc.).

Andalucía basa su sistema de acreditación en el Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía (6). El programa se basa en un patrón de referencia que comprende una serie de estándares característicos del Sistema Sanitario Público Andaluz. En el sistema de indicadores no hay ninguno referido de forma específica a las UEH.

Cataluña es la C.A. que desarrolló en primer lugar un procedimiento oficial para la acreditación de centros sanitarios. El sistema actual es el tercero (7), regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras. Se completa con dos manuales de acreditación con los estándares establecidos^{32,33}. Existen criterios de acreditación específicos al proceso de hospitalización, así como otros criterios que afectan a la UEH (Anexo 1).

La C.A. de Galicia estableció en 2001 un sistema de acreditación de centros hospitalarios, regulado por decreto (8). Es de aplicación a los centros hospitalarios pertenecientes a la red asistencial del Servicio Gallego de Salud, y los que actualmente tengan suscritos o quieran suscribir conciertos con éste, deberán obtener el certificado de acreditación previsto en el referido decreto. En relación con las UEH señala que los hospitales generales

(6) Resolución de 24 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación por la que se establece el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema sanitario público de Andalucía.

(7) Decreto 5/2006, de 17 de enero, de la Generalidad de Cataluña. Resolución SLT/1325/2006, de 29 de marzo, por la que se da publicidad al Acuerdo del Gobierno de la Generalidad de 28 de marzo de 2006, mediante el que se aprueban los estándares de acreditación que se regulan en el artículo 4 del Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras.

(8) Galicia. Decreto 52/2001, de 22 de febrero.

deberán disponer de un área de enfermería adecuadamente estructurada y organizada, destinada a administrar los cuidados de enfermería necesarios para los pacientes del hospital, estableciendo los requisitos organizativos para este área. Asimismo define el área de hospitalización como una estructura físico-funcional para la prestación de asistencia a pacientes con régimen de internado, de forma que se garanticen medidas de confort, seguridad y calidad asistencial, definiendo requisitos organizativos, estructurales y funcionales para este área.

De forma similar a los modelos de Andalucía y Galicia, el sistema de acreditación de centros de 2005 de Extremadura se orienta a centros sanitarios, tanto ambulatorios como hospitalarios con carácter general y no hace referencia a la UEH (9).

2.1.3. Guía de unidad

Tanto el MSPSI como las CC.AA. han elaborado guías para algunas unidades, que sin tener carácter normativo persiguen la elaboración de estándares y recomendaciones. No se han encontrado referencias de guías relativas a la UEH.

2.2. Experiencia nacional e internacional

Como se ha señalado en la introducción a este capítulo, frente a la dificultad de comparar UEH entre sistemas sanitarios y organizaciones hospitalarias distantes en su organización, gestión y funcionamiento, las referencias internacionales permiten identificar tendencias comunes, así como buenas prácticas que han mostrado su calidad y eficiencia.

2.2.1. España

El *Estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización* (ENEAS)³⁴ estimó una incidencia de efectos adversos (EA) de un 8,4% relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (1,4 EA por cada 100 días de estancia). El 42,8% de los EA se consideró evitable. El 37,4% de los EA estaban relacionados con la medicación, la infección nosocomial repre-

(9) Extremadura. Decreto 227/2005 de 27 de septiembre. Orden 18 de julio de 2006.

sentó el 25,3% de los EA y un 25,0% estaba relacionado con problemas técnicos durante un procedimiento.

En el 22,2% de los pacientes en los que se detectó un EA éste fue la causa del reingreso. Los mayores de 65 años con riesgos extrínsecos presentaban una incidencia de EA 2,5 veces superior a aquellos que no tenían estos riesgos. El 31,4% de los EA produjeron un incremento de la estancia.

En un trabajo patrocinado por el MSPSI³⁵ se ha estudiado el grado de implementación de las recomendaciones del NQF para mejorar la seguridad de los pacientes³⁶ en una muestra de 22 hospitales del SNS de distinto tamaño. Un hallazgo de este estudio es la importante variabilidad entre hospitales en las diferentes dimensiones analizadas de seguridad del paciente. En relación con la UEH, el 80% de los hospitales analizados no disponían de normas explícitas y razonadas sobre la dotación de personal de enfermería, y sólo el 15% medían las cargas de trabajo que supone el tipo concreto de pacientes que atienden, una premisa de interés para fundamentar una de las dimensiones analizadas (existencia de normas para la dotación de personal de enfermería). Otra de las conclusiones del trabajo, relevante para la UEH, eran los fallos en la comunicación entre los diversos servicios y profesionales involucrados en la atención así como con los pacientes que son atendidos, encontrando un nivel de protocolización bastante deficiente.

En cuanto a procesos clínicos específicos, el grado de normalización / protocolización que reveló el citado estudio del MSPSI sobre seguridad del paciente en los hospitales del SNS era muy desigual. En el 90% de los hospitales existían protocolos de lavado/descontaminación de manos; en el 75% protocolos de prevención de úlceras por presión, profilaxis antibiótica para prevención de infección en herida quirúrgica, y preparación quirúrgica de piel y mucosas (sólo en el 20% se contempla el corte eléctrico del vello, que es el procedimiento recomendado), y en el 70% prevención de infecciones asociadas al uso de catéter venoso central. Sin embargo, el nivel de protocolización de la prevención de la malnutrición, vacunación del personal contra la gripe y prevención de lesiones asociadas al uso de manguito de isquemia era muy bajo. Cuando se analizaban los indicadores de proceso, la valoración del riesgo de úlceras por presión sólo se realiza en un tercio de los pacientes, en únicamente un 5% se valoraba el riesgo de tromboembolismo venoso o pulmonar y en menos del 20% de los pacientes se realiza una correcta valoración para ajustar la dosis de heparina.

Los aspectos relativos a la gestión de los medicamentos derivados del estudio sobre seguridad del paciente en los hospitales del SNS son también relevantes para la UEH. En especial la escasa normalización en relación con los medicamentos de alto riesgo de EA, no habiendo encontrado en ningún hospital normas explícitas sobre etiquetado y almacenamiento espe-

cial para este tipo de medicamentos. Asimismo, tampoco estaba protocolizado en la mayoría de los hospitales (a excepción de los grandes) el mecanismo de conservación y mantenimiento de los botiquines de enfermería en las plantas. Las ausencias más frecuentes son las relativas al stock de medicamentos, el sistema de reposición, y la conservación de los medicamentos fotosensibles. En el 55% de los hospitales (todos ellos de tamaño mediano y pequeño) no tenían establecidas normas explícitas para el almacenamiento, conservación y reposición de la medicación en el servicio de farmacia; y en 40% de los hospitales no tenían establecido de forma explícita el procedimiento para el mantenimiento de los carros de parada.

Parece existir, de conformidad con los datos del citado estudio, un amplio margen para la mejora de las prácticas en la prestación de asistencia en la UEH de los hospitales del SNS.

2.2.2. Estados Unidos

Los criterios de acreditación de hospitales de la *Joint Commission* incorporan requerimientos en relación con distintas dimensiones de la asistencia prestada en estos centros³⁷. Estando todos los aspectos vinculados entre sí, probablemente dos de los capítulos más estrechamente relacionados con el funcionamiento de las UEH son los referidos a “Enfermería”, “Provisión de la asistencia, tratamiento y servicios” y los “*National Patient Safety Goals*” (NPSG) aplicables a la asistencia hospitalaria. Según los estándares establecidos el responsable ejecutivo de enfermería es aquel que:

- Dirige la prestación de cuidados, tratamientos y servicios de enfermería.
- Es un licenciado cualificado mediante educación de postgrado y experiencia de gestión.
- Dirige los servicios de enfermería del hospital.
- Establece las directrices para la prestación de cuidados, tratamiento y servicios de enfermería.
- Dirige la implementación de las políticas y procedimientos, estándares y planes de recursos humanos de enfermería.

En relación con la provisión de la asistencia, tratamiento y servicios, los estándares de la *Joint Commission* atienden los distintos componentes del proceso de atención (ingreso y planificación, implementación de la asistencia y alta o traslado), que afectan a todos los componentes de la asistencia y los cuidados, incluyendo los residenciales u hoteleros, y de forma muy relevante al trabajo necesariamente conjunto de médicos y enfermeras:

- Ingreso del paciente para asistencia, tratamiento o servicios.
- Evaluación y reevaluación del paciente.
- Planificación de la asistencia al paciente.
- Prestación de asistencia, tratamiento y servicios al paciente.
- Coordinación de la asistencia, tratamiento y servicios.
- Educación del paciente.
- Planificación de la intervención quirúrgica u otros procedimientos de alto riesgo, incluyendo aquellos que requieren sedación moderada o severa.
- Asistencia al paciente que requiere restricción de movilidad.
- Asistencia al paciente que requiere restricción de movilidad por motivos de salud mental.
- Satisfacción de las necesidades del paciente basada en la continuidad de la asistencia, tratamiento y servicios tras el alta o traslado.

Los NPSG más directamente relacionados con el funcionamiento de la UEH son:

- Mejorar la seguridad en la identificación del paciente.
- Mejorar la efectividad de la comunicación entre prestadores de cuidados.
- Mejorar la seguridad en el uso de medicación.
- Reducción el riesgo de infección nosocomial.
- Conciliar la medicación a lo largo de la continuidad de la asistencia.
- Reducir el riesgo de lesión del paciente por caídas.
- Reducir el riesgo de gripe o neumonía en pacientes mayores ingresados.
- Estimular la participación del paciente en su propia asistencia, como estrategia de seguridad.
- Identificar los riesgos de seguridad inherentes a su población de pacientes.
- Mejorar el reconocimiento y respuesta a los cambios en la condición del paciente.
- Aplicación del protocolo universal (pre-procedimiento, marcar el área quirúrgica y post-procedimiento).

La prevención de la úlcera por presión asociada a la asistencia se ha retirado como objetivo aplicable al hospital, debido probablemente a que puede ser una variable equívoca si no se ajusta por su presencia pre-admisión³⁸.

La *Joint Commission* publicó en 2002 un “libro blanco”³⁹, basándose en la evidencia disponible en la relación entre seguridad del paciente y cuidados de enfermería, incluyendo la existencia de niveles adecuados de personal de enfermería.

El Institute for Healthcare Improvement (IHI), en colaboración con la Robert Wood Johnson Foundation, ha desarrollado una iniciativa para mejorar la gestión clínica y la organización de las UEH de los hospitales de los Estados Unidos(10), a través del proyecto Transforming care at the bedside, que tiene cuatro líneas de desarrollo: asistencia segura y fiable; vitalidad y trabajo en equipo; asistencia centrada en el paciente; procesos de valor añadido a la asistencia.

El IHI considera que, trabajando simultáneamente en estas cuatro líneas, se pueden alcanzar los siguientes objetivos en la UEH:

- Reducir los EA a menos de 1 por cada 1.000 estancias.
- 25% de reducción de la mortalidad en la UEH.
- 95% de cumplimiento de las medidas clave de proceso para los tres procesos más frecuentes en la UEH.
- 95% del personal (clínico — médicos y enfermeras—; estudiantes; y resto del personal) satisfecho con un ambiente que les apoya, forma y desarrolla profesionalmente.
- 95% de los pacientes, satisfecho con el confort físico, apoyo emocional y respeto a sus valores y preferencias.
- Los clínicos (médicos y enfermeras) utilizan el 70% de su tiempo en atención directa al paciente y el 90% en actividades que añaden valor al proceso asistencial.

Dentro de la mencionada estrategia, el IHI recomienda la práctica de *pase de visita multidisciplinario*. La implantación de esta medida ha reducido la estancia media⁴¹ y mejorado la comunicación y satisfacción profesional⁴². Otra medida patrocinada por el IHI es la implantación de *equipos de respuesta rápida* (11) fundamentada parcialmente en la experiencia (iniciada en Australia) de los equipos médicos de urgencia⁴³. La AHRQ sugiere una aproximación más prudente, con mayor base en evidencia científica contrastada, en cuanto a recomendar la implantación de *sistemas de respuesta rápida* (12).

El NQF aprobó en 2004 unos estándares nacionales voluntarios para los cuidados de enfermería⁴⁴ (13).

A continuación seleccionamos las recomendaciones relevantes para la UEH de entre las propuestas por IoM²⁵ sobre la actividad de enfermería:

(10) <http://www.ihl.org/IHI/Topics/ReducingMortality/>. Consultado el 05.01.09.

(11) Este aspecto es tratado también en el documento de Estándares y recomendaciones sobre la unidad de cuidados intensivos.

(12) Consultado en <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=4> el 19.12.08.

(13) <http://www.qualityforum.org/nursing/#measures>. Consultado el 12.01.09.

- El hospital debe utilizar un sistema de dimensionado de la plantilla de enfermería que identifique las necesidades de personal para cada unidad y turno (14).
- El hospital debe realizar una evaluación continua de su sistema de dimensionado de enfermería y su relación con la seguridad del paciente.
- Cuando el número de horas de personal licenciado en enfermería por paciente y día en la UCI está por debajo de 12 horas, el hospital debe incrementar la supervisión externa de sus métodos, niveles y efectos del dimensionado de plantilla sobre la seguridad del paciente.
- IoM señala trabajos que relacionan niveles adecuados con mayor seguridad del paciente aunque no recomienda estándares de personal de enfermería en UEH.
- La organización sanitaria debe dedicar un determinado porcentaje de la masa salarial del personal de enfermería para promover de forma continuada la adquisición y mantenimiento de conocimientos y habilidades.
- El hospital debe apoyar la colaboración interdisciplinar adoptando sistemas formalizados de intercambio de información como el pase de visita interdisciplinarios, así como proveer de forma regular formación y entrenamiento en colaboración interdisciplinar.

El Estado de California estableció en 2003 un estándar de una enfermera por cada seis pacientes en UEH. La Kaiser Permanente, una *Health Maintenance Organization* con estándares de calidad elevados y estancia media por proceso notoriamente bajas^{45, 46} en hospital de agudos, adoptó en 2001 el estándar de una enfermera por cada cuatro pacientes en UEH. Normas similares a las de California se han aprobado en Oregon, Michigan y otros estados (15).

La *American Association of Critical-Care Nurses* ha aprobado un conjunto de estándares para la práctica de enfermería en asistencia de agudos y cuidados críticos (16).

(14) IoM señala que el uso de sistemas de clasificación de pacientes conlleva algunos de los problemas y propone para compensarlos otros principios para el dimensionado de plantillas.

(15) Referencia tomada de la Joint Commission (2002).

(16) <http://www.aacn.org/WD/Practice/Content/standards.for.acute.and.ccnursing.practice.pcms?menu=Practice>. Consultado el 15.12.08.

2.2.3. Reino Unido

En 1997 el NHS inglés publicó la *Health Building Note* número 4 sobre “In-Patient Accommodation”, centrándose básicamente en aspectos relativos al diseño e instalaciones de la UEH⁴⁷, existiendo otras publicaciones del NHS Estates que hacen referencia a la UEH^{48,49,50}.

Una evaluación sobre la gestión de camas en hospitales de agudos del NHS inglés, llevada a cabo por la *Audit Commission* en 2003⁵¹, obtuvo —entre otros— los siguientes hallazgos:

- El 81 % de los pacientes que requieren ingreso urgente es ingresado dentro de las cuatro horas siguientes a su llegada, sin embargo en el 20% de los hospitales el ingreso se producía en un recurso inapropiado. Para el ingreso de pacientes urgentes, los hospitales han desarrollando vías alternativas al servicio de urgencias, como: sala de observación del servicio de urgencias; otra área de emergencia; UEH en coordinación con el médico de AP (17).

1. El índice de ocupación medio era del 95%, lo que se considera muy elevado.

2. Sólo se producía un 1,4% (mediana) de cancelaciones de cirugía programada por falta de camas disponibles.

3. La estimación de camas que podrían liberarse por un mayor uso de la CMA también era muy baja (0,69%). Sin embargo, si la estancia media de los procesos de cirugía mayor con hospitalización convencional fuera igual a la de los 25 de los hospitales más eficientes, la mediana de días/cama liberados se estimaba en un 12,4%.

4. El 75% de los pacientes ingresados urgentemente utiliza el 35% de los días-cama, mientras que el 3,35% de los pacientes con estancias mayores de 56 días ocupan el 25% de los días-cama.

5. Los pacientes ingresados los jueves tenían casi un día más de estancia media que los ingresados el domingo. La más probable explicación para este hecho era la menor disponibilidad de medios de diagnósticos y de personal médico durante los fines de semana.

6. Se estimaba que un 5% de las camas estaban ocupadas por pacientes con demora en el traslado por falta de recursos sociales o socio-sanitarios alternativos.

(17) Un mecanismo similar al que se propugna en el documento de Estándares y recomendaciones sobre la Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009 (en edición).

En un informe de la *National Patient Safety Agency* (NPSA) sobre las comunicaciones de EA en el NHS de Inglaterra y Gales, referido al paciente con una enfermedad aguda⁵² se destacaban dos aspectos de la asistencia: el reconocimiento oportuno en el tiempo de deterioro de la condición clínica y la resucitación. Las recomendaciones de la NPSA, en relación con el reconocimiento temprano del deterioro de la condición clínica, son:

- Mejor identificación de pacientes en riesgo o que se han deteriorado⁵³.
- Seguimiento apropiado de los signos vitales.
- Correcta interpretación de los signos vitales.
- Solicitar precozmente ayuda y asegurarse de que se presta.
- Entrenamiento y formación en habilidades.
- Asegurarse de que están disponibles el equipamiento y los medicamentos adecuados.

Estas recomendaciones están enmarcadas en la estrategia del NHS de implantación de servicio ampliado de cuidados críticos en los hospitales ingleses, con una visión más integrada de la asistencia a pacientes con riesgo de deterioro, más allá de las fronteras físicas de la UCI y de las “*high dependency units*”: “critical care outreach”^{53, 54, 55, 56, 57}(18); dentro de una concepción más global de la atención al paciente hospitalizado⁵⁸ y siguiendo las tendencias de los “*track and trigger warning systems*” y “equipos de respuesta rápida”. Las recomendaciones de la *National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death* se alinean en el mismo sentido⁵⁹. Una reciente revisión Cochrane no halló evidencia suficiente sobre la eficacia del “servicio ampliado” de cuidados críticos en relación con la prevención del ingreso en UCI o de muerte en unidad de hospitalización convencional⁶⁰ (19).

Las recomendaciones de la NPSA, en relación con la resucitación cardiopulmonar⁶¹(20) son:

- Mejorar la comunicación.
- Mejor análisis de situación.
- Evaluar regularmente el proceso de resucitación.
- Entrenamiento y formación en habilidades.
- Asegurar que el equipamiento necesario está disponible.

(18) Servicio ampliado de cuidados críticos.

(19) Este aspecto se trata en el documento de estándares y recomendaciones sobre Unidad de cuidados intensivos.

(20) Soar J, Spearpoint K. In-hospital resuscitation. En: Resuscitation Guidelines 2005. Resuscitation Council (UK), disponible en www.resus.org.uk/pages/guide.htm, consultado el 12.01.09.

3. Derechos y garantías del paciente

El hospital con UEH deberá observar y respetar los derechos del paciente recogidos en la legislación sanitaria vigente. Este capítulo recoge con cierto detalle aspectos sobre la información al paciente y familiar/cuidador, de esta unidad y, de forma general, aquellos otros incluidos en la normativa y que deben de ser tenidos en cuenta en este tipo de unidad o en el hospital donde se ubica.

3.1. Información a pacientes. Consentimiento informado

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención. Por ello, como principio general, la información debe ser clara, precisa y suficiente.

La información que debe entregarse al paciente atendido en la UEH atenderá a los siguientes aspectos: información sobre las características generales de la UEH; información detallada sobre el proceso, su tratamiento y cuidados en la UEH; consentimiento informado, en los supuestos contemplados por la Ley (21); instrucciones y recomendaciones; atención a la persona cuidadora.

3.1.1. Información sobre las características generales de la UEH

Se recomienda que la información de acogida (folleto, tríptico) incluya, al menos, una descripción de la UEH, así como advertencias o consejos especiales sobre su acceso y utilización. La inclusión de fotografías de la UEH y sus recursos puede ayudar a la comprensión del funcionamiento de esta unidad.

(21) “Se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente” según el Art. 8.2 de la Ley 88/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Se debe facilitar información ordenada sobre las condiciones que rodean la estancia del paciente en los diferentes recursos de la UEH: horario, normas para acompañantes, uso de la sala de espera, utilización del teléfono, posibilidad de elección de menú, horario de comidas, utilización del televisor, etc.

3.1.2. Información sobre el proceso, su tratamiento y cuidados en la UEH

Se recomienda que la información aportada al paciente conste de los siguientes apartados:

- Nociones elementales sobre los procesos que tiene el paciente y que motivan su ingreso en la UEH.
- Nociones elementales sobre los procedimientos de tratamiento y de cuidados realizados en la UEH.
- El profesional informará al paciente y cuidador sobre las medidas que han de adoptarse como consecuencia del plan terapéutico y de cuidados.

3.1.2. Consentimiento informado

La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirá su consentimiento por escrito, según lo previsto en la legislación aplicable.

Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado con información particularizada para cada procedimiento diagnóstico o terapéutico de estas características incluido en la cartera de servicios de la UEH.

La realización de cualquier procedimiento que implique un cierto nivel de riesgo debe disponer de un entorno de información necesario para que el paciente y, en su caso, familiar /cuidador puedan conocer estos riesgos y las consecuencias de no asumirlos.

El consentimiento informado está regulado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En

ella se define como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. Cada hospital deberá elaborar un documento de consentimiento informado adaptado a cada actividad y especialidad clínica.

El consentimiento informado abordará los aspectos relativos al procedimiento a realizar, incluyendo unos apartados mínimos de información (22): la identificación del enfermo, del médico que indica y pide el consentimiento y de los servicios médicos que lo llevarán a cabo; nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico; riesgos generales y específicos personalizados; beneficios esperados y alternativas diagnósticas/terapéuticas; información del derecho a aceptar o a rehusar lo que se le propone y a retractarse del consentimiento ya decidido, e información del derecho a explicitar los límites que crea convenientes; confidencialidad y uso de datos; fecha del consentimiento; apartado diferenciado para el consentimiento del representante legal; declaraciones y firmas (paciente y médico).

El documento será emitido por duplicado (una copia para el paciente/tutor legal y otra para la historia clínica) y el paciente podrá disponer de un facultativo para aclarar dudas o ampliar la información.

En el caso de que, para realizar el procedimiento, sea necesario algún tipo de anestesia, se precisa también la obtención de consentimiento informado sobre la técnica anestésica, una vez realizada la valoración del riesgo anestésico e informado el paciente de forma clara sobre el acto anestésico.

El NQF recomienda pedir a cada paciente o tutor legal que explique en sus propias palabras la información clave sobre los procedimientos o tratamientos para los que se solicita el consentimiento⁶².

En España, las instrucciones previas (o voluntades anticipadas) han sido reguladas en la Ley de autonomía del paciente, que las define como el documento por el que la persona mayor de edad manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que lleguen a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresar personalmente su opinión o preferencia sobre los cuidados y el tratamiento de su salud⁶³ (23).

En aquel paciente cuya esperanza de vida se prevea inferior a seis meses se debe disponer de una planificación avanzada de sus cuidados, para

(22) Comité de Bioética de Cataluña .Guía sobre el consentimiento informado. Octubre 2002.

(23) Artículo 11. Instrucciones previas, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

que la asistencia sea consistente **con sus valores y preferencias en situaciones más avanzadas de la enfermedad**^{64, 65}.

El documento de estándares y recomendaciones sobre la unidad de cuidados paliativos atiende de una forma más extensa los aspectos relativos a voluntades anticipadas y planificación avanzada en el paciente con enfermedad avanzada y terminal⁶⁶.

3.2. Atención a la persona cuidadora

El familiar o acompañante adquiere una dimensión adicional en su papel como cuidador. Para la evolución longitudinal de muchos de los pacientes atendidos por la UEH es fundamental la participación activa e informada del cuidador, lo que implica formarle e informarle. El cuidador es, a la vez, un recurso que presta cuidados al paciente y un cliente de la UEH.

El cuidador principal del paciente crónico es la persona que habitualmente proporciona cuidados a una persona enferma o con discapacidad, física o psíquica, que le impide ser autónoma. Se distingue así de otros cuidadores que intervienen, ocasional o intermitentemente.

El trabajo con cuidadores no debe ceñirse al desarrollo de actividades informativas y de adiestramiento sobre los cuidados del paciente, sino que debe abarcar aspectos relacionados con la atención al cuidador mismo, abordando sus problemas y previniendo situaciones patológicas.

Las actividades de atención al cuidador se desarrollan tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario (domicilio del paciente, centro de salud). Una referencia más extensa a estas actividades se realiza en los documentos de estándares y recomendaciones sobre UPP¹⁷ y UCP⁶⁶.

3.3. Garantías de los derechos del paciente

El hospital deberá disponer de la siguiente documentación y procedimientos, además de aquellos más específicos incluidos en el apartado 3.1.:

- a) La cartera de servicios.
- b) El plan de acogida.
- c) El código ético.
- d) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados.
- e) Los procedimientos escritos de ensayos clínicos.
- f) La historia clínica.
- g) Procedimiento sobre instrucciones previas.

- h) El informe de alta médica y de enfermería.
- i) Los protocolos que garanticen la seguridad, confidencialidad y el acceso legal a los datos de los pacientes..
- j) El libro de reclamaciones y sugerencias.
- k) La póliza de seguros.

Se deberá garantizar el derecho de acceso a estos documentos por parte del paciente o personas vinculadas por razones familiares o de hecho, en los términos señalados en la legislación vigente, a excepción de los señalados en las apartados d), e) e i).

A continuación se desarrollan, con especial referencia a la UEH, algunos aspectos relativos a estos derechos. Los apartados a) Cartera de servicios y f) Historia clínica, están contemplados en el capítulo 5. “Organización y gestión”, de este documento.

3.3.1. Plan de acogida

El hospital dispondrá de un plan de acogida destinado al paciente ingresado. La UEH puede contar con un plan de acogida destinado a sus pacientes, en el que se recoja la información general señalada en el apartado 3.1.1, y 3.1.2, así como la relacionada con el listado anterior de derechos y deberes del paciente.

3.3.2. Código ético

El hospital dispondrá de un código ético, en el que se plasme el conjunto de principios y reglas éticas que inspirarán su actividad.

3.3.3. Guías de práctica clínica

Como en el resto de unidades y servicios del hospital, la UEH dejará constancia documental fehaciente de las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados que apliquen en cada una de las prestaciones de su cartera de servicios, junto con sus evaluaciones y, en su caso, modificaciones y adaptaciones.

3.3.4. Procedimientos de ensayos clínicos

La realización de ensayos clínicos deberá sujetarse a las condiciones y garantías establecidas en su legislación específica.

3.3.5. Lista de precios

El hospital deberá disponer de una lista de precios a disposición de los usuarios, que deberá ser comunicada a la administración competente de acuerdo con la normativa específica en la materia.

3.3.6. Reclamaciones y sugerencias

El hospital tendrá, a disposición del usuario, hojas de reclamaciones y sugerencias que permitan dejar constancia de las quejas, reclamaciones, iniciativas o sugerencias relativas a su funcionamiento que estimen convenientes.

Su existencia se señalará de forma visible y su situación deberá ser la más accesible para hacer posible su identificación y uso. La UEH debe facilitar al paciente ingresado y acompañantes, el acceso a las reclamaciones.

El usuario del hospital tiene derecho a obtener respuesta por escrito de las quejas o reclamaciones presentadas por parte del responsable del centro o persona autorizada, sin perjuicio de su remisión a la administración competente, de acuerdo con lo previsto en la normativa autonómica correspondiente.

Las quejas, reclamaciones, iniciativas y sugerencias deberán ser objeto de evaluación periódica.

3.3.7. Seguro de responsabilidad

El profesional sanitario que ejerza en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como la persona jurídica o entidad de titularidad privada que preste cualquier clase de servicios sanitarios, deberán disponer del preceptivo seguro de responsabilidad, aval u otra garantía financiera, que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas, causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.

El hospital deberá disponer de póliza de seguro de responsabilidad acorde con su actividad para hacer frente a las eventuales indemnizaciones por daños a los pacientes de los que deban responder.

3.3.8. Archivo de pólizas

El hospital y, en su caso, el profesional sanitario por cuenta propia deberán conservar copia de los documentos acreditativos de las garantías de responsabilidad exigidas.

4. Seguridad del paciente (24)

Los avances en medicina producidos en siglo xx han modificado el pronóstico y el tratamiento de muchas enfermedades. Sin embargo, esta evolución ha ido acompañada de un incremento en la complejidad, la especialización y la segmentación de la asistencia, que implican un mayor riesgo y posibles daños innecesarios para el paciente. La provisión de asistencia sanitaria entraña unos riesgos que pueden ocasionar un daño importante al paciente y un alto coste a la institución sanitaria y a la sociedad. Tanto la hospitalización como la exposición a medicamentos en el hospital se asocian a una mortalidad mayor que la atribuida a las armas de fuego y a los accidentes de tráfico, según estudios realizados en Estados Unidos⁶⁷.

Los errores asistenciales (errores del sistema) tienen consecuencias graves para el paciente y su familia, generan un coste asistencial y económico muy elevado, erosionan la confianza del paciente en el sistema y dañan a las instituciones y al profesional sanitario que es, sin duda, su segunda víctima. Por ello, **la seguridad del paciente**, entendida como la minimización del riesgo de producir daño asociado a la asistencia sanitaria (International Classification for Patient Safety. OMS 2007, June) constituye hoy en día una prioridad para las principales organizaciones de salud, como la OMS⁶⁸, organismos internacionales, como la UE⁶⁹ y el Consejo de Europa⁷⁰, autoridades sanitarias, sociedades profesionales y organizaciones de pacientes.

El MSPSI, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como marca la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS (25), ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias. Así se refleja en la estrategia número ocho del PC-SNS¹³, cuyo objetivo es mejorar la seguridad del paciente atendido en centros sanitarios del SNS, a través de distintas actuaciones, entre las que se encuentran: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes (fomentando la formación e investigación en esta área); diseñar y establecer sistemas de información y notificación de EA para el aprendizaje; implicar a los ciudadanos e implantar prácticas seguras recomendadas y avaladas pro la evidencia disponible en los centros del SNS. Esta estrategia se basa en las recomendaciones de la OMS y de otros organismos internacionales⁷¹.

(24) Este capítulo está basado en el correspondiente del documento UPP: estándares y recomendaciones. MSPS 2009.

(25) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. BOE nº 128 (29-5-2003).

Este capítulo recoge algunas recomendaciones y prácticas dirigidas a mejorar la seguridad del paciente durante su asistencia en la UEH y cuando se traslada a otros servicios sanitarios.

Algunas de las prácticas aquí recogidas se encuentran en nuestro país en una fase de implantación inicial. Se trata de prácticas innovadoras, propuestas recientemente, conforme ha aumentado el conocimiento en el área de la seguridad del paciente. Su consolidación es lenta, ya que implican un profundo cambio en la cultura de las organizaciones o conllevan inversión en tecnología, personal y formación⁷². La inclusión de prácticas seguras en estos estándares de la UEH puede contribuir a su implantación.

Cabe señalar que la implantación de algunas de las prácticas básicas para la seguridad del paciente, como es la disponibilidad de historia clínica electrónica o la prescripción electrónica, no se desarrollan en este capítulo por estar determinadas por la política de las CC.AA. o del centro sanitario donde se encuentre la UEH y no son específicas de ésta.

El NQF ha publicado recientemente una actualización de las prácticas seguras para una mejor asistencia sanitaria⁶². La mayor parte de las treinta y cuatro medidas seguras recomendadas por el NQF tienen aplicación en la UEH, entre ellas:

- Consentimiento informado. Referido en el apartado 3.1.3.
- Tratamiento de soporte vital. Asegurar que las preferencias del paciente en relación con los tratamientos de soporte vital están expuestos de forma destacada en su hoja de seguimiento clínico.
- Transparencia. Si se producen resultados graves no previstos, incluyendo aquellos derivados de fallos organizativos, se debe informar de lo que se conoce acerca del evento, de forma oportuna, transparente y clara, al paciente y, cuando sea adecuado, a la familia.
- Atención al proveedor de la asistencia. Si se producen daños graves no previstos y no intencionados debido a fallos organizativos y/o errores humanos, el proveedor de asistencia involucrado debe tener la oportunidad de participar en la investigación del evento, identificación del riesgo y desarrollo de actividades que reduzcan el riesgo de futuros incidentes.
- Recursos humanos de enfermería. Implantar una política de recursos humanos de enfermería bien diseñada que refuerce la seguridad del paciente, incluyendo lo siguiente:
 - Sistema de dimensionado de plantilla de enfermería con evidencia, que determine los recursos necesarios por cada unidad y turno y esté gestionados activamente. La evaluación regular de su eficacia en relación con la seguridad del paciente.

- La existencia de responsables de enfermería, incluyendo una dirección de enfermería, como parte del equipo de dirección del hospital.
 - Órganos colegiados de dirección que asuman la responsabilidad de reducir los riesgos relacionados con las decisiones de plantilla de enfermería para la seguridad del paciente.
 - Provisión de recursos para formación continuada.
- Otros proveedores directos de cuidados. Asegurar que los recursos de proveedores directos de cuidados que no sean de enfermería sean adecuados, que el personal sea competente y que tenga una adecuada orientación, entrenamiento y formación para realizar sus actividades de cuidado directo.
 - Información sobre la asistencia al paciente. Asegurarse que la información sobre la asistencia sea transmitida y documentada de forma oportuna y claramente comprensible al paciente y a todos los proveedores de asistencia que precisen dicha información para prestar una asistencia continuada, dentro y entre servicios sanitarios.
 - Comprobación de las órdenes y abreviaturas. Incorporar sistemas, estructuras y estrategias de comunicación seguras dentro de la organización sanitaria, que incluyan lo siguiente:
 - Para aquellas órdenes verbales o telefónicas, o comunicaciones telefónicas que informen sobre resultados de pruebas importantes, se debe verificar la orden verbal o el resultado de la prueba haciendo que la persona que reciba la orden o comunicación repita la orden completa o el resultado.
 - Utilizar solamente abreviaturas y expresiones de dosis estandarizadas, para lo cual deben existir normas y procedimientos explícitos en la institución. Asimismo las instituciones deberán mantener una lista actualizada de las abreviaturas, acrónimos, símbolos, denominaciones y dosis que nunca podrán ser utilizadas en la organización.
 - Etiquetado de los estudios diagnósticos. Implantar políticas, procesos y sistemas normalizados para asegurar el etiquetado seguro de radiografías, especímenes de laboratorio u otros estudios diagnósticos, garantizando que corresponde al paciente.
 - Plan de alta. Se debe facilitar un plan de cuidados a cada paciente en el momento del alta hospitalaria, facilitando un conciso resumen al proveedor de servicios sanitarios que se haga cargo de la asistencia al paciente tras el alta. El hospital debe asegurarse que los pro-

fesionales que se hacen cargo del seguimiento del paciente reciben la información de alta.

- Adopción de sistemas de prescripción computerizados.
- Conciliación de la medicación a través de la continuidad de los cuidados.
- Estructura y sistema de gestión de farmacia. Los responsables de farmacia deben tener un papel activo en el equipo de dirección que refleje su autoridad y responsabilidad sobre el funcionamiento del sistema de gestión del medicamento dentro de la organización.
- Higiene de las manos.
- Prevención de la gripe para el personal de los servicios sanitarios.
- Prevención de la infección asociada a catéter central.
- Prevención de la infección de la herida de localización quirúrgica (26).
- Prevención de la infección por organismos multirresistentes.
- Prevención de la infección asociada a sonda urinaria.
- Prevención de errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente (27).
- Prevención de las úlceras por presión.
- Prevención del tromboembolismo venoso.
- Prevención de EA derivados de tratamientos anticoagulantes.

La AC-SNS ha evaluado veintiocho prácticas seguras recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de EA en pacientes atendidos en hospital, en función de su impacto y la complejidad de su implantación⁷³.

Son medidas de muy alto impacto y baja complejidad de implantación:

- Mejorar la higiene de las manos.
- Vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe.
- Medidas para prevenir la neumonía (neumonía nosocomial) asociada al uso de ventilación mecánica.
- Medidas relacionadas con la prevención de infecciones en lugar quirúrgico.
- Utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones

Son medidas de alto impacto y media complejidad de implantación:

(26) Este aspecto ha sido tratado en: Bloque quirúrgico: estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS. 2008.

(27) Este aspecto ha sido tratado en: Bloque quirúrgico: estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS. 2008.

- Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
- Medidas para la prevención de infecciones en vías centrales.
- Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos.
- Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación con procedimientos quirúrgicos.
- Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales.
- Medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto.
- Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa.
- Medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.

Son medidas de moderado impacto y media complejidad o alto impacto y alta complejidad de implantación:

- Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión.
- Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (entre médicos, hospitales, etc.)
- Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes.
- Identificación de los pacientes.
- Evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión.
- Evaluación del riesgo de tromboembolismo.
- Medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados.
- Medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex.

Es una medida de limitado impacto y baja complejidad o muy alto impacto y muy alta complejidad de implantación la valoración efectiva de pacientes con traumatismo en urgencias.

Algunas de las “prácticas seguras” de entre las recomendadas por el NQF o seleccionadas por la AC-SNS, se comentan en mayor profundidad en los apartados de este capítulo.

Asimismo la AC-SNS está impulsando el proyecto SENECA, que se encuentra actualmente en fase de desarrollo, cuyo objetivo es la elabora-

ción de un modelo de estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. El proyecto pretende evaluar si la práctica de cuidados basada en niveles de calidad, según un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales basado en el EFQM (SENECA 100) se relaciona con una mejora en la seguridad del paciente⁷⁴.

4.1. Cultura de seguridad

La creación de una cultura de seguridad se considera que es un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera práctica segura recomendada por el **Comité de Sanidad del Consejo de Europa**, el NQF y otras organizaciones^{70, 75, 76}. Según el **US Department of Veterans Affairs** la cultura de seguridad podría entenderse como “todas aquellas características de una organización, como los valores, la filosofía, las tradiciones y las costumbres que conducen a un comportamiento de búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria”⁷⁷. Según la European Society of Quality fo Health Care, la cultura de seguridad es el **modelo integrado de comportamiento individual y organizativo orientado a minimizar los daños relacionados con la atención sanitaria**.

Una cultura de seguridad es esencialmente una cultura en la que la organización, los procesos y los procedimientos de trabajo están enfocados a mejorar la seguridad, y donde todos los profesionales están concienciados, de manera constante y activa, del riesgo de que se produzcan errores, o dicho de otra manera “de que algo puede ir mal”, y de que tienen un papel y contribuyen a la seguridad del paciente en la institución. También es una cultura abierta, donde los profesionales son conscientes de que pueden y deben comunicar los errores, de que se aprende de los errores que ocurren y de que se instauran medidas para evitar que los errores se repitan (cultura de aprendizaje)⁷⁵.

Recomendaciones

1. Fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad en el centro sanitario en que se encuentre ubicada la UEH. Ello supone el desarrollo de las siguientes actuaciones⁷⁶:

- Establecer y mantener un liderazgo que promueva una cultura de seguridad.
- Evaluar periódicamente la cultura de seguridad de la institución, comunicar los resultados y tomar medidas para mejorarla.
- Formar a los profesionales en técnicas de trabajo en equipo y de los principios de reducción de errores.
- Establecer sistemas de notificación para el aprendizaje, para identificar y analizar los incidentes que se producen y las situaciones de riesgo, y aplicar y evaluar acciones de mejora en relación con los mismos, fomentando el análisis Causa Raíz cuando se produzcan eventos graves.

2. **Realizar reuniones periódicas del equipo de la UEH para analizar con un enfoque sistémico los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la UEH y, especialmente, para aprender de los errores y establecer las medidas de prevención y minimización pertinentes**⁷⁸.

3. **Realizar un análisis de riesgos proactivo** (mediante AMFE o similar) **de aquellos procedimientos que puedan suponer un mayor riesgo en la UEH**, con el fin de identificar los posibles fallos que puedan existir e implantar medidas para subsanarlos. Se recomienda efectuar al menos un análisis al año proactivo y siempre que se introduzca una nueva técnica o procedimiento de riesgo.

4. Fomentar el flujo de comunicación con AP respecto a temas de seguridad de pacientes, incluyendo regularmente la discusión sobre incidencias de seguridad registradas y la revisión de temas de seguridad del paciente en las reuniones y sesiones conjuntas (capítulo 5).

5. Promover la formación de los profesionales en materia de seguridad, incluyendo temas de seguridad en los programas de acogida y de formación continuada.

6. **Actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad de los pacientes atendidos en la UEH.**

4.2. Pase de visita diario

Por las razones que se exponen en el apartado 5.3.2.4., **el pase de visita diario debe considerarse una relevante medida de seguridad para el paciente ingresado en una UEH.**

4.3. Comunicación durante el traspaso de pacientes

Un mismo paciente puede ser atendido por diversos profesionales en múltiples unidades sanitarias como las correspondientes a atención primaria, ambulatoria especializada, de emergencias u hospitalaria, entre otras⁷⁵ y puede encontrarse con personal en tres turnos diarios en la UEH.

La comunicación entre las diferentes unidades y equipos de atención sanitaria en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o dar lugar a una interpretación incorrecta de la misma, lo que supone un riesgo de seguridad para el paciente. Además, los pacientes ancianos y los pacientes pluripatológicos son pacientes particularmente complejos y, por ello, más vulnerables a las brechas de comunicación⁸⁰ que facilitan los EA.

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro, de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente. **Aumentar la efectividad de la comunicación entre los profesionales implicados en la atención al paciente durante el traspaso es un objetivo de seguridad prioritario** para los grupos líderes en seguridad como la OMS⁸¹, la Joint Commission⁸² y el NQF⁷⁶. La conciliación de la medicación se tratará de forma específica en el apartado 4.3.

Recomendaciones

1. **Estandarizar la comunicación entre los profesionales en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención en el transcurso de la transferencia de un paciente a otra unidad asistencial.**

Para ello se recomienda:

- Uso de técnica SBAR⁸³: modelo de lenguaje común para comunicar la información crucial, estructurada en cuatro apartados:
 - S = Situation (Situación)
 - B = Background (Antecedentes)
 - A = Assessment (Evaluación)
 - R = Recommendation (Recomendación)
- Asignación de tiempo suficiente para comunicar la información importante y para formular y responder preguntas sin interrupciones.

2. **Estandarizar la planificación al alta** para garantizar que en el momento del alta hospitalaria, el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento y cuidados, los medicamentos, y los resultados de las pruebas. Para ello se recomienda:

- Uso de *checklist*^{76, 84} para verificar la transferencia eficaz de los principales elementos de información clave, tanto al paciente como al siguiente prestador de asistencia sanitaria.

4.4. Seguridad del uso de los medicamentos

Los medicamentos constituyen la intervención sanitaria más frecuente, por lo que no es de extrañar que sean una de las principales causas de EA en la asistencia sanitaria, tanto en el hospital como a nivel ambulatorio. En nuestro país, los estudios ENEAS y APEAS revelaron que los medicamentos eran la causa del 37,4% de los EA detectados en pacientes hospitalizados y del 47,8% en pacientes ambulatorios, respectivamente^{34, 85}.

En los pacientes ancianos el proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios, principalmente en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos, que hace que sean más vulnerables a los efectos de la medicación y que presenten una mayor incidencia de acontecimientos adversos por medicamentos que otros grupos de edad. La situación de pluriopatología, que implica el tratamiento con un mayor número de medicamentos, constituye un factor contribuyente añadido que incrementa aún más el riesgo de que se produzcan acontecimientos adversos por la medicación. Si bien algunos de estos acontecimientos adversos son inevitables, muchos de ellos son prevenibles, es decir, se producen como consecuencia de errores de medicación. Según los estudios efectuados, los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos afectan de un 4,4 a un 43% de los pacientes mayores de 65 años, en función del método empleado y el ámbito del estudio (pacientes hospitalizados, ambulatorios o en residencias de ancianos)^{86, 87}. Por consiguiente, la implantación de prácticas para reducir los errores de medicación en la UEH tendrá una gran repercusión en la mejora de la calidad y seguridad de su asistencia.

Los tipos de errores asociados frecuentemente con los incidentes prevenibles detectados en ancianos son la prescripción incorrecta, principalmente la prescripción de dosis elevadas o de medicamentos inapropiados para la edad o patología subyacente, el seguimiento insuficiente de los tratamientos y la falta de adherencia al tratamiento⁸⁸.

Una gran parte de los errores de medicación se producen en los procesos de transición asistencial, fundamentalmente por problemas en la comu-

nicación de la información sobre la medicación entre los profesionales responsables o entre éstos y los pacientes. Estos errores dan lugar hasta un 20% de los acontecimientos adversos en hospitales y un porcentaje importante de los reingresos hospitalarios^{89,90}. Por ello, actualmente **se recomienda que se promueva la implantación de prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales**^{76,91}.

A continuación se recogen algunas prácticas que sería conveniente implantar en la medida de lo posible en la UEH, en las que se ha considerado los procesos de utilización de medicamentos.

4.4.1. Recomendaciones generales

La UEH seguirá los procedimientos generales establecidos en el hospital para garantizar la seguridad en los procesos de prescripción, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos.

Se prestará especial atención a los medicamentos de alto riesgo que se manejen en la UEH, para los que se revisarán las condiciones de almacenamiento y se establecerán directrices que aseguren la estandarización de su preparación y administración (concentraciones de las soluciones para infusión, velocidades de administración, criterios para utilización de bombas de infusión, etc.). Estas directrices se revisarán y actualizarán anualmente.

4.4.2. Prácticas de mejora de la prescripción

Desde la UEH se debe fomentar la implantación de nuevas tecnologías de la información y comunicación, especialmente la disponibilidad de historia clínica informatizada y de sistemas de prescripción electrónica asistida. Para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos, se recomienda implantar un sistema de prescripción electrónica integrado en la historia del paciente y conectado con el sistema de laboratorio, con el fin de que alerte sobre la necesidad de realizar ajustes en la dosis de los medicamentos. Además debe incluir alertas sobre alergias, dosis máximas, medicamentos inapropiados en ancianos, interacciones medicamento-medicamento y medicamento-enfermedad.

Se dispondrá de protocolos actualizados de tratamiento y/o guías de uso de medicamentos basados en la evidencia sobre las principales enfermedades tratadas en la UEH, con el fin de estandarizar la prescripción y el seguimiento de la eficacia y seguridad de los tratamientos. Estos protocolos contemplarán la adecuación de la dosificación en pacientes ancianos.

Se evitará la prescripción de medicamentos considerados inapropiados para los ancianos por presentar una relación riesgo / beneficio desfavorable.

rable en estos pacientes y existir otras alternativas terapéuticas^{92,93,94}. Si es posible, se incluirán estos medicamentos en las alertas del sistema de prescripción electrónica asistida.

La *European Union Geriatric Medicine Society* ha acordado recientemente adoptar los criterios STOPP-START como base para el desarrollo de un sistema con actualizaciones periódicas que permita una detección más adecuada de la prescripción potencialmente inadecuada en las personas mayores. Los criterios STOPP-START⁹⁵, nuevo instrumento de detección de la prescripción inapropiada organizado por sistemas fisiológicos, que puede ser aplicado rápidamente (en alrededor de 5 minutos), recoge errores muy comunes de tratamiento y omisión en la prescripción, y es fácil de relacionar con los diagnósticos activos y la lista de fármacos que aparecen en las historias clínicas informáticas de los pacientes. Consta de dos grupos de criterios: los STOPP (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions* y por la palabra inglesa “parar” o “detener”) y los START (*Screening Tool to Alert doctors to Right i.e. appropriate, indicated Treatment* y por “empezar”). Estos criterios han demostrado tener una mayor sensibilidad que los criterios de Beers^{96,97,98} y aportan el valor añadido de detectar no sólo la prescripción inadecuada por determinados fármacos, sino también por falta de prescripción de medicamentos claramente indicados. Se ha demostrado, además, que tienen una elevada fiabilidad inter e intraobservador en varios lenguajes y sistemas sanitarios, incluyendo el SNS.

Los criterios STOPP-START se han publicado recientemente en versión española⁹⁹. En el momento de la prescripción se realizará sistemáticamente un ajuste de la dosis de los medicamentos considerando la edad, la función renal y la función hepática del paciente; **se procurará simplificar al máximo el tratamiento**, utilizando formulaciones de liberación retardada, medicamentos con pautas semanales, mensuales, etc., así como adecuar la forma farmacéutica a las características del paciente, como por ejemplo con el uso de formas efervescentes para aquellos pacientes con problemas de deglución; **cuando se realice la prescripción al alta se facilitarán al paciente recetas oficiales (electrónicas o manuales), especialmente si se efectúan cambios en el tratamiento**. En este sentido, sería conveniente dotar a la UEH de un sistema informático de prescripción de recetas conectado con los sistemas del servicio de salud, o bien delegar esta función en el servicio de farmacia hospitalaria que presten esta función.

4.4.3. Conciliación y revisión de la medicación al ingreso

Al ingreso del paciente (o en consulta) se debe obtener un perfil farmacoterapéutico completo que incluya los medicamentos que toma con y sin rece-

ta, así como las plantas medicinales y tratamientos alternativos o complementarios. Para ello es preciso entrevistar al paciente (o cuidador) para verificar el tratamiento real del paciente. Una vez obtenido el perfil, **se efectuará una revisión pormenorizada de la medicación domiciliaria antes de prescribir nuevos medicamentos, para evaluar la adecuación de la medicación**¹⁰⁰ (indicación, efectividad, dosificación, etc.).

Se utilizará un procedimiento estandarizado para comparar y conciliar la medicación del paciente previa al ingreso con los medicamentos prescritos al ingreso. Cualquier discrepancia no justificada que se observe (omisiones, duplicidades, interacciones, etc.) se solucionará y se registrará (Anexo 3).

Se recomienda la colaboración del servicio de farmacia hospitalaria para realizar estas intervenciones de educación y conciliación del tratamiento al ingreso^{76,88}.

4.4.4. Conciliación al alta y educación al paciente

Cuando el paciente es dado de alta y se transfiere se proporcionará una lista completa (y conciliada) de la medicación para entregar o enviar a los profesionales de AP, que serán responsables de la asistencia. Se harán constar los cambios que se hayan realizado con respecto a la medicación previa del paciente.

Se proporcionará al paciente (o cuidador) información oral y escrita sobre los medicamentos que se prescriban al alta hospitalaria y se les instruirá para que puedan consultar cualquier duda con la medicación. La información proporcionada será clara y comprensible.

La información escrita incluirá una lista del tratamiento domiciliario al alta del paciente (o plan farmacoterapéutico) que especifique: nombre genérico y, si no se receta por principio activo, comercial, pauta posológica, horario de administración, indicación, duración del tratamiento, posibles EA y observaciones importantes. Se recomienda disponer de programas informáticos, que facilitan la planificación horaria del tratamiento en un formato claro y atractivo y que incluyan pictogramas, fotografías de los envases, recomendaciones generales de uso y otras ayudas que contribuyen a evitar errores de administración y mejoran la adherencia al tratamiento. Se explicará al paciente y/o o cuidador las modificaciones que se hayan producido con respecto al tratamiento domiciliario previo.

Si es posible se programará con el paciente y/o cuidador los horarios de administración teniendo en cuenta su estilo de vida y minimizando el número de tomas.

Se prestará especial atención a los medicamentos que precisen una técnica de administración compleja (Ej.: inhaladores) o que sean de alto

riesgo (Ej: anticoagulantes, antidiabéticos orales), donde el apoyo educativo de la enfermera es imprescindible, para mejorar la adherencia al tratamiento y disminuir los errores.

Se recomienda la colaboración de las unidades o servicios de farmacia hospitalaria para realizar estas intervenciones de educación y conciliación del tratamiento en el momento del alta para reducir los acontecimientos adversos después de la hospitalización¹⁰¹.

Es recomendable que en el momento del alta hospitalaria se suministre al paciente la medicación finita, esto es, las dosis necesarias de los tratamientos finitos (antibióticos, corticoides, etc.) hasta completar el tratamiento instaurado en el hospital.

4.4.5. Seguimiento de los tratamientos y valoración de la adherencia

Se recomienda coordinar con atención primaria el establecimiento de un procedimiento de reevaluación periódica de toda la medicación de los pacientes, con el fin de verificar la adecuación de la prescripción, la necesidad de continuación de los tratamientos, etc.

4.5. Prevención de úlcera por presión

La úlcera por presión (UpP) es una complicación frecuente en cualquier nivel de la asistencia sanitaria, especialmente en pacientes con problemas de movilidad y edad avanzada. La UpP retrasa la recuperación funcional, puede complicarse con infección/dolor, disminuye la calidad de vida de las personas que la padecen y contribuye a prolongar la estancia hospitalaria y el coste de la atención sanitaria.

En España, el *Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlcera por presión* ha estimado que diariamente se atienden en España a 80.000 personas en los diferentes niveles asistenciales por UpP.

La prevención es la clave de la reducción de la UpP. La implementación de intervenciones basadas en la evidencia en la prevención de la úlcera por presión es una prioridad en el campo internacional de la seguridad del paciente, siendo uno de los 30 objetivos estratégicos de seguridad del NQF, uno de los 16 objetivos nacionales de seguridad (*Nacional Patient Safety Goals*) propuestos por la *Joint Commission* para 2009, y una de las 12 estrategias seleccionadas por el **Institute of Healthcare Improvement** en su cam-

pañña nacional para proteger a los pacientes de cinco millones de incidentes adversos “5 Million Lives Campaign”¹⁰³.

La prevención de la UpP en pacientes de riesgo es una de las 8 áreas específicas de prácticas seguras que promueve el MSPSI a través de convenios con las CC.AA.

Los programas de atención del paciente en la UEH deben incluir la prevención de UpP, que aborde:

— Identificación de pacientes en riesgo de desarrollar UpP y valoración del estado de la piel:

- Realizar una evaluación al ingreso de la integridad de la piel y a partir de aquí realizar una inspección diaria de la piel.
- Combinar el juicio clínico y los instrumentos estandarizados (escalas de Braden, Norton o EMINA) para evaluar el riesgo.
- Reevaluar a los pacientes con regularidad y documentar los hallazgos en la historia clínica.

— Mantener y mejorar la tolerancia de los tejidos a la presión para prevenir las lesiones mediante el reconocimiento y tratamiento de los factores que afectan la tolerancia de los tejidos (edad, competencia vascular, control glucémico en diabéticos, nutrición, etc.).

— El plan de cuidados individualizado debe incluir:

- Cuidados locales de la piel.
- Prevención específica en pacientes con incontinencia.
- Cambios posturales en pacientes con movilidad limitada.
- Utilización de superficies especiales en el manejo de la presión en la cama y/o asiento del paciente.
- Protección local ante la presión en las prominencias óseas.
- Protección de la piel de las fuerzas de fricción y cizalla mediante técnicas adecuadas en la posición, traslados y cambios posturales.

La formación continuada de los profesionales sanitarios vinculados con la UEH debe incluir la prevención y tratamiento de la UpP.

4.6. Prevención de caídas y reducción del daño

La caída del paciente en todos los escenarios de atención sanitaria (hospital, atención primaria, atención ambulatoria y atención domiciliaria) repre-

senta un importante problema de salud, máxime en personas mayores. Las lesiones debidas a la caída pueden significar en la población mayor de 65 años una pérdida de la calidad de vida, un incremento de la carga sobre los cuidadores y un impacto sobre la morbi-mortalidad.

Aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años se cae una vez al año y de éstas un 50% se vuelve a caer durante ese año¹⁰⁴.

La caída es más frecuente en los mayores institucionalizados, por su mayor fragilidad, morbilidad y dependencia¹⁰⁵. Algunos estudios sugieren que un 20% de las caídas requiere atención médica, un 10% con lesiones importantes (un 4-6% de los ancianos sufre fracturas como consecuencia de una caída, siendo una cuarta parte de ellas fracturas de fémur) y entre un 40 y un 50% padece lesiones menores, como heridas, contusiones o hematomas¹⁰⁴.

Con el envejecimiento progresivo de la población es previsible un aumento de la magnitud de este problema de salud.

España, según las estimaciones de ProFaNE (*Prevention of Falls Network Europe*) es un país con tasa baja de caídas que va en aumento y que cuenta con una baja implementación de medidas preventivas (28).

La prevención primaria (evitar que se produzcan) y secundaria (evitar el daño si se producen) de la caída constituyen una de las líneas estratégicas internacionales básicas en seguridad del paciente de los principales grupos líderes para 2009: **Institute of Healthcare Improvement**¹⁰⁶, **Joint Commission**^{107, 108} y NQF¹⁰⁹ o el **Centro Nacional de Prevención y Control de lesiones del CDC**¹¹⁰.

Aunque existe un considerable conocimiento sobre las caídas en ancianos y existen numerosas guías de práctica clínica aplicadas a su prevención^{111, 112, 113, 114}, hay escasa evidencia firme del impacto de las diferentes intervenciones. En este sentido, los meta-análisis más recientes muestran una modesta reducción de la tasa de caídas en pacientes hospitalizados cuando se utiliza una intervención múltiple, no hallando evidencia de la efectividad de las intervenciones dirigidas a modificar un solo factor de riesgo¹¹⁵ y una reducción no significativa de las caídas en personas mayores cuando se llevan a cabo intervenciones multifactoriales en atención primaria o en servicios de urgencias¹¹⁶.

La UEH debe desarrollar e implementar un programa para la prevención de la caída que incluya: identificación del paciente con riesgo de caída; utilizar un instrumento validado como el *Morse Fall Risk Assessment* o el *Heindrich Fall Risk Assessment* para la evaluación multidimensional del riesgo; la valoración de los factores de riesgo de caída en ancianos debe in-

(28) ProFaNE (Prevention of Falls Network Europe).

cluir los siguientes aspectos: anamnesis rigurosa, historial de caídas, revisión de medicación, valoración geriátrica exhaustiva, exploración física general, exploración de los órganos de los sentidos, exploración del equilibrio y la marcha, evaluación del entorno y realización de determinadas exploraciones complementarias; realizar una evaluación al ingreso y reevaluar el riesgo de caída del paciente en varios momentos de su estancia, documentando los hallazgos en la historia clínica; implementar estrategias preventivas multifactoriales para reducir el riesgo de caída; seguimiento y evaluación del programa para determinar su efectividad. Indicadores de resultado sugeridos: reducción del número de caídas, reducción del número y de la gravedad de las lesiones asociadas a caída.

4.7. Prevención de la infección

El lavado de las manos probablemente sea la medida más costo-efectiva para reducir la infección nosocomial^{117, 118}. El MSPSI ha elaborado una publicación en la que se resumen las directrices de la OMS sobre higiene de manos en la atención sanitaria¹¹⁹. Además esta trabajando en colaboración con la OMS y con el consenso de todas las CC.AA. en un protocolo que incluye actividades básicas a realizar e indicadores de evaluación de estructura proceso y resultados.

La *Society for Healthcare Epidemiology of America* (SHEA) y la *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) han publicado recientemente un compendio de recomendaciones para desarrollar prácticas de prevención de la infección nosocomial¹²⁰, en cuya elaboración han participado la *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* (APIC), la *Joint Commission* y la *American Hospital Association* (AHA) referidas a prevención de la infección por catéter venoso central¹²¹; prevención de neumonía asociada a respirador¹²²; prevención de la infección asociada a sonda urinaria¹²³; infección de localización quirúrgica¹²⁴; prevención de la infección por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina¹²⁵ y prevención de la infección por *Clostridium difficile*¹²⁶.

En el Anexo 2 se recoge un documento de difusión de las normas de atención a pacientes con patología transmisible utilizado en un hospital.

La UEH dispondrá de un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación del paciente en riesgo y procedimiento de riesgo, así como la información a las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones vigentes.

4.8. Identificación de pacientes

En un reciente trabajo, promovido por la *Estrategia de seguridad del paciente en el SNS*, se realizan las siguientes recomendaciones para una identificación inequívoca de pacientes¹²⁷:

- Fomentar, al menos, dos identificadores, apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica o número de tarjeta sanitaria. Ninguno de ellos deberá ser el número de cama.
- Utilizar una pulsera identificativa impresa de forma automática que contenga los datos de identificación.
- Elaborar y difundir protocolos que contemplen criterios claros para la identificación de pacientes no identificables o para diferenciar aquellos con el mismo nombre.
- Promover el etiquetado de las muestras del paciente en el mismo momento de la extracción.
- Establecer controles para evitar que la selección incorrecta de un paciente en la historia clínica se perpetúe.
- Formar al personal en el procedimiento adecuado para la identificación de los pacientes y la necesidad de verificarla ante cualquier intervención de riesgo.
- Transmitir a los profesionales la necesidad de comprobar la identidad de los pacientes y certificar que se trata del paciente correcto y el procedimiento indicado antes de realizarlo.
- Incorporar activamente al paciente y a su familia en el proceso de identificación.
- Hacer un seguimiento periódico del proceso de identificación en los pacientes ingresados.

4.9. Gestión de hemoderivados

La gestión y seguridad de los hemoderivados es competencia del banco de sangre del centro, que debe estar acreditado para ello (29).

(29) RD 1.088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los “requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión” y RD 1.301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las “normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos”.

- Asegurar la identificación inequívoca del paciente receptor previamente a la toma de muestras y, de nuevo, antes de la transfusión de sangre y hemoderivados.
- Asegurar la trazabilidad del proceso de transfusión y delimitar las responsabilidades en la perfusión de los hemoderivados entre el banco de sangre y la UEH.

4.10. Alerta epidemiológica

En los centros sanitarios con UEH existirá un dispositivo de alerta epidemiológica conectado con las autoridades sanitarias competentes, de acuerdo con la normativa vigente.

4.11. Implicación del paciente en su seguridad

En muchas de las medidas mencionadas se ha señalado la importancia de la implicación de los pacientes en su propia seguridad, ya que la implicación contribuye a¹²⁸:

- Alcanzar un diagnóstico correcto.
- Elegir al proveedor de asistencia sanitaria.
- Participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Observar y controlar el proceso de asistencia.
- Identificar e informar complicaciones y EA del tratamiento.
- Disminuir las tasas de errores de medicación.
- Reducir las tasas de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Identificar inexactitudes en la documentación clínica.
- Configurar mejoras en el diseño y provisión de los servicios sanitarios.
- Controlar y gestionar tratamientos y procedimientos.

La implicación de los pacientes y familiares significa darles la información necesaria sobre los procedimientos y tratamientos que van a recibir, fomentando la decisión compartida y el consentimiento informado.

La *Joint Commisison*, entre otros, dispone de material en español para facilitar a los pacientes la posibilidad de preguntar por su tratamiento o procedimiento cuando acuden a un centro sanitario.

4.12. Plan de autoprotección

La UEH comparte los riesgos potenciales del conjunto del hospital. La *Occupational Safety and Health Administration (OSHA)*(30) señala, entre otros, los riesgos vinculados a las agujas, las infecciones transmitidas por la sangre, los accidentes eléctricos, la falta de ergonomía del puesto de trabajo, el fuego, las sustancias químicas, las infecciones por organismos multirresistentes, la alergia al látex, el ruido, la falta de equipo de protección adecuado, los resbalones y caídas, el estrés o la violencia en el lugar de trabajo.

Todo hospital con UEH tendrá implantado un plan de autoprotección, que establecerá la disponibilidad y organización de los medios humanos y materiales destinados a la prevención del riesgo de incendio o de cualquier otro equivalente, así como para garantizar la evacuación y la intervención inmediata, ante eventuales catástrofes, ya sean internas o externas.

El plan de autoprotección comprenderá la evaluación de los riesgos, las medidas de protección, el plan de emergencias, así como las medidas de implantación y actualización.

(30) <http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/hazards/hazards.html>

5. Organización y gestión

En el capítulo 1 se ha delimitado el alcance de la UEH, entendida como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes con procesos agudos o crónicos agudizados que, estando hospitalizados por procesos médicos o quirúrgicos, **no requieren:** a) soporte respiratorio avanzado o básico; b) soporte a uno o más órganos o sistemas.

Para categorizar los niveles de cuidados se ha adoptado la clasificación utilizada por el *Department of Health* del Reino Unido, que tiene la virtud de atenerse a las necesidades asistenciales de los pacientes en lugar de a los recursos físicos de los que se dispone donde están ingresados^{5,9}.

Los niveles 0 y 1 se definen, de conformidad con la clasificación utilizada, del siguiente modo:

- El nivel 0 incluye a los pacientes cuyas necesidades pueden ser atendidas en una unidad de hospitalización convencional de hospital de agudos.

- El nivel 1 incluye a pacientes en riesgo de que su condición se deteriore o que provienen de un nivel más alto de cuidados, cuyas necesidades de cuidados pueden ser satisfechas en hospitalización convencional con asesoramiento y apoyo del equipo de cuidados críticos.

La *Intensive Care Society* desarrolló en 2002 un conjunto de criterios para establecer los niveles de cuidados^{3,6}. En el Anexo 4 se recogen los criterios que definen los niveles 0 y 1, que son aquellos que se prestan habitualmente en la UEH.

Como se ha señalado en el capítulo 1, la UEH es una unidad intermedia, que presta servicios (principalmente cuidados de enfermería y también de hostelería) a los pacientes que son atendidos por los servicios clínicos finales, generalmente médicos o quirúrgicos, y para cuyo correcto funcionamiento precisa de la integración y coordinación con prácticamente la totalidad de las restantes unidades del hospital.

La UEH se fundamentará en los cuidados enfermeros como soporte principal, en un entorno gobernado por la excelencia en los cuidados y mejora continua de la calidad, en un clima de gestión participativa, que promueva la incorporación de resultados de investigación a la práctica clínica.

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a los distintos atributos de la UEH como organización: criterios de in-

clusión de pacientes; cartera de servicios; proceso de atención al paciente; organización y funcionamiento de la UEH; y varios aspectos relativos a la gestión de pacientes. El apartado dedicado al proceso de atención no pretende ser una “guía clínica”, no siendo este el objeto de este documento, sino un referente para aquellos aspectos organizativos y de gestión de la UEH que están estrechamente vinculados con aspectos relacionados con la seguridad del paciente en el sentido de evitar “fallos del sistema (organizativos)”¹²⁹.

5.1. Criterios de ingreso

La clasificación del nivel de cuidados permite identificar el tipo de dispositivo o recurso en el que se debe atender al paciente una vez ingresado en el hospital, en relación con el nivel de intensidad de cuidados (unidad de enfermería de hospitalización convencional; unidad de cuidados intermedios / críticos; unidad de cuidados intensivos), pero no establece criterios de ingreso de los pacientes en la UEH. De entre los instrumentos desarrollados, el *Appropriateness Evaluation Protocol* (Protocolo de Evaluación del Uso Inapropiado, AEP)^{130, 131} ofrece criterios de indicación del ingreso (Anexo 5), si bien se ha señalado su alta sensibilidad y baja especificidad en nuestro medio¹³². Un estudio realizado en los servicios médicos del Hospital La Paz (Madrid) utilizando este instrumento encontró un 5,7% de inadecuación global al ingreso¹³³, mientras que en un hospital de segundo nivel la tasa de ingresos inapropiados hallada fue del 15,3%¹³⁴. Una revisión sobre la utilización inapropiada en los hospitales españoles —generalmente medida mediante el AEP— encontró que la tasa de ingresos inapropiados variaba entre el 2,1% y el 44,8%¹³⁵.

La CMA¹⁵ y la HdD¹⁶ posibilitan la asistencia a pacientes sin necesidad de ser ingresados en una UEH, debiendo ser considerada la modalidad asistencial de elección y, por tanto, debe considerarse un ingreso inapropiado el de aquellos pacientes que, cumpliendo criterios de inclusión para ser atendidos mediante las modalidades de CMA y HdD, son ingresados en la UEH. El mismo razonamiento pudiera aplicarse también a pacientes con cirugía programada seguida de hospitalización convencional que, permaneciendo estables y sin precisar una preparación especial el día anterior, no ingresan el mismo día de la intervención¹⁹. Muchos de los procedimientos incluidos como criterio de “estancia apropiada” (Anexo 5) pueden ser realizados mediante las modalidades de CMA y HdD, debiendo ser la necesidad de cuidados o vigilancia, o la situación de gravedad del paciente, los que determinan la adecuación del ingreso y la permanencia en la UEH, más que el procedimiento en sí.

Una vez que el paciente ha sido ingresado en la UEH se podrían distinguir tres grandes grupos de inadecuación de la estancia en la unidad: 1. Pacientes que son ingresados en una UEH (médica o quirúrgica) que no les correspondería; 2. Pacientes cuya condición requeriría un nivel de intensidad de cuidados mayor que el que ofrece la UEH, y 3. Pacientes cuya condición requeriría un nivel de intensidad de cuidados menor que el que ofrece la UEH, incluyendo su propio domicilio, o menor tiempo de duración de la estancia. Los aspectos relacionados con estos tres grupos de estancias inadecuadas serán abordados en los apartados dedicados al proceso de atención al paciente en la UEH, relación de la UEH con otras unidades y gestión de pacientes.

La utilización del AEP para evaluar la incidencia que pueden tener los días de estancia inapropiados o innecesarios —que se corresponderían con el tercer grupo de estancias inadecuadas identificado— (31) muestra en España un rango entre el 15% y el 43,9%¹³⁵. Una forma de aproximarse a los días de estancia inapropiada es la utilización del Índice de Estancia Media Ajustado a complejidad (IEMA), que permite la comparación de los procesos atendidos por un determinado hospital o servicio asistencial, agrupados mediante los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) con la media del SNS (32).

5.2. Cartera de servicios

La UEH es una unidad intermedia que añade valor prestando servicios (cuidados de enfermería; servicios hosteleros; rehabilitación/fisioterapia) a los procesos asistenciales gestionados por los servicios o unidades clínicas. El sistema más universal de clasificación de procesos y procedimientos médicos es la CIE-10-MC, en la que se basa la AC-SNS para agrupar los procesos y procedimientos mediante los GRD¹³⁶, los cuales sirven como referentes de la cartera de los procesos clínicos atendidos en una determinada UEH.

A diferencia de la CIE y los GRD, no existe una utilización generalizada de la clasificación internacional de cuidados de enfermería¹³⁷. Entre las clasificaciones de diagnósticos, intervenciones y criterios de resultados del proceso de cuidados de enfermería utilizadas, aplicables a la UEH, se

(31) El AEP define como estancias innecesarias o inapropiadas aquellas que, desde un punto de vista estrictamente médico, podrían haberse realizado en un nivel asistencial menor, en menos tiempo o con una mejor programación. Tomado de: Peiró S, Meneu R, Roselló M.L., Portella E, Carbonell-Sanchís R., Fernández C., Lázaro L., y cols. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)*1996; 107: 124-129.

(32) <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

pueden señalar: NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) (33); NIC (*Nursing Intervention Classification*) (34); NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (35); ICNP (*International Classification for Nursing Practice*) (36).

El Servicio Andaluz de Salud, por ejemplo, utiliza para la elaboración de los planes de cuidados estandarizados los diagnósticos de la taxonomía II de la NANDA, la taxonomía NOC para los resultados y la taxonomía NIC para las intervenciones¹³⁸.

Desde la perspectiva organizativa y de gestión de los recursos de enfermería de la UEH, los sistemas de clasificación de pacientes son fórmulas cuantitativas para medir el case-mix/niveles de cuidados del paciente —que pueden no corresponderse con la gravedad de la enfermedad—. Esta clasificación es resultado de la medida de las actividades de cuidados directos y, en algunos sistemas, indirectos del paciente que deben ser realizadas y el tiempo que consumen (carga de trabajo de enfermería).

Los estándares de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) requieren que el departamento de enfermería disponga de un sistema para determinar las necesidades de cuidados de los pacientes medidas en horas. Como se ha mencionado en el análisis de situación, los expertos del IoM señalan algunos de los problemas que conlleva el uso de los “sistemas de clasificación de pacientes”²⁵. Este aspecto se abordará en el capítulo 7 de este documento.

5.3. Proceso de atención al paciente en la UEH

La guía NICE recientemente publicada sobre la atención a pacientes con procesos agudos realiza un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica que requieren sistematizar el proceso de atención al paciente en la UEH⁵⁸. Las recomendaciones de la guía NICE han sido incorporadas a este apartado. La elaboración de *vías clínicas*¹³⁹ permite contar con este instrumento de gestión clínica que estandariza el proceso de atención desde una perspectiva multidisciplinar que contempla: actividades que componen el proceso, estructuradas según un cronograma apropiado; Pun-

(33) <http://www.nanda.org>

(34) http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_knowledge/clinical_effectiveness/noc.htm

(35) http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_knowledge/clinical_effectiveness/noc.htm

(36) <http://www.icn.ch/icnp.htm>

tos de decisión dentro del proceso e instrumentos de evaluación; investigaciones e intervenciones a desarrollar y profesional más adecuado para realizarlas; criterios de referencia a otros profesionales o instituciones; hitos y medidas de resultados, así como protocolos y guías que deben ser incluidas; sistemas de monitorización y control.

Un ejemplo de “vía clínica” para la atención del paciente ingresado se recoge en el Anexo 6.

5.3.1. Ingreso

El paciente, una vez ingresado (véase 5.1. sobre indicación de ingreso) en la UEH, debe disponer de asignación, presentación e identificación del médico y de la enfermera responsable de su atención (en este último caso, para cada turno).

En el momento de su ingreso debe realizarse una evaluación inicial de enfermería y registro de constantes vitales. Las siguientes constantes y parámetros deben registrarse en la evaluación inicial del paciente y como parte del plan de monitorización, realizado por personal con competencia para realizar estos procedimientos, que entienda su relevancia clínica y actúe en consecuencia: frecuencia cardíaca; frecuencia respiratoria; presión arterial; temperatura; valoración nivel de consciencia; saturación de oxígeno.

En el momento del ingreso deben realizar las siguientes actividades médicas: evaluación médica; explicar el / los procedimientos a realizar durante el ingreso; consentimiento informado; solicitar, si se requiere, las exploraciones complementarias; prescripción del tratamiento.

No es necesario señalar las ventajas, en términos de calidad y eficiencia, que proporciona una atención sistemática a los procesos asistenciales, mediante el desarrollo de los instrumentos de gestión clínica (vías clínicas, guías) elaborados en base a la evidencia científica.

1. Un plan de monitorización que especifique las constantes y parámetros que deben ser registradas y su frecuencia. El plan debe tener en consideración:

- Diagnóstico de ingreso.
- Presencia de comorbilidad.
- Tratamiento establecido.

2. Actividades de enfermería.

— Valoración integral de problemas de salud utilizando, por ejemplo, el modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson o los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon¹⁴⁰.

- Recogida de datos mediante test o escala de valoración del nivel de dependencia (Barthel).
- Instauración del Plan de cuidados estandarizado y personalizado.
- Desarrollo de intervenciones propias y delegadas.

5.3.2. Plan de cuidados

La valoración integral del paciente permite identificar los problemas de salud (diagnóstico enfermero) y valorar el riesgo de aquellos que aparecen con mayor frecuencia sobre los que realizar intervenciones preventivas en la UEH. Este es el punto de partida del plan de cuidados estandarizado (37) cuya sistematización permite valorar las necesidades de cuidados, seleccionar los resultados a conseguir y los indicadores más oportunos para su evaluación, determinar las intervenciones recomendadas para esas necesidades y planificar las actividades para alcanzar los resultados deseados.

Como consecuencia de la valoración integral previa se identifican los problemas de salud que suelen aparecer con más frecuencia en cada proceso. La valoración integral del paciente se entiende como punto de partida del plan de cuidados ya que no serán éstas las únicas necesidades de cuidados del paciente.

El plan de cuidados personalizado conlleva la elección de entre todos los diagnósticos posibles, los juicios clínicos sobre la deficiencia de salud y la respuesta de persona, familia o comunidad ante problemas reales o potenciales, o a procesos vitales, que proporciona la base para las terapias de las que la enfermera es responsable.

El proceso de atención de enfermería debe incorporar guías de buena práctica en aquellas actividades que, señaladas en el capítulo dedicado a seguridad y derechos del paciente, correspondan a las actividades de enfermería, aplicadas a los respectivos grupos de riesgo, en especial:

- Adopción de sistema seguro de prescripción y administración de medicamentos.
- Higiene de las manos.
- Identificación del paciente.
- Plan de alta.
- Prevención de EA derivado de tratamiento anticoagulante.
- Prevención de errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente.

(37) Planes de cuidados estandarizados. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/documentos.asp>

- Prevención de la infección de la herida de localización quirúrgica.
- Prevención de la infección asociada a catéter central.
- Prevención de la infección asociada a sonda urinaria.
- Prevención de las caídas.
- Prevención de úlceras por presión.
- Prevención del tromboembolismo venoso.
- Conciliación de la medicación.
- Voluntades anticipadas. Orden de no resucitación.

5.3.3. Seguimiento

El seguimiento del paciente en la UEH (véase Anexo 6) dependerá de su situación fisiológica, nivel de dependencia, proceso por el que ingresa en el hospital, etc. Como se ha comentado en el apartado 5.3.1., se debe proporcionar una asistencia sistematizada al paciente, que reduzca la variabilidad innecesaria de la práctica clínica y garantice la seguridad de su asistencia.

A continuación se recogen algunos modelos organizativos y de gestión que mejoran la calidad y la eficiencia de la asistencia prestada: sistema de “seguimiento y activación”; servicios ampliados de cuidados críticos; ingreso en la UEH de pacientes procedentes de niveles de cuidados más intensivos; sistema de intercambio de información multidisciplinario y “pase de visita multidisciplinario”.

Sistema track & trigger (seguimiento y activación)^{53, 58, 141}

Para el control de los pacientes de UEH en el hospital general de agudos de debe sistematizar su seguimiento mediante la utilización de un sistema de seguimiento de constantes fisiológicas y activación:

Las constantes deben ser controladas como mínimas cada 12 horas (salvo que el médico y/o enfermera responsable decidan disminuir esta frecuencia).

Se debe aumentar la frecuencia de los controles si se detectan datos anormales, de conformidad con una estrategia de respuesta graduada (más adelante).

El sistema de seguimiento y activación debe utilizar parámetros múltiples o puntuación agregada ponderada, que posibilitan una respuesta graduada. Estos sistemas deben definir los parámetros a medir y la frecuencia de las observaciones e incluir una declaración expresa de los parámetros, puntos de corte o puntuaciones que deben provocar una respuesta.

El sistema (multiparámetros o puntuación agregada ponderada) debe medir: frecuencia cardiaca; frecuencia respiratoria; presión arterial; nivel de consciencia; saturación de oxígeno; temperatura.

Circunstancias concretas se deben obligar la vigilancia de otros parámetros como la diuresis horaria; analítica, como lactato, glucemia y pH arterial; y evaluación del dolor.

Un ejemplo de sistema de seguimiento se recoge en el Anexo 6.

Servicio ampliado de cuidados críticos

La Sociedad de Cuidados Intensivos del Reino Unido define el *Servicio ampliado de cuidados críticos* como “una aproximación multidisciplinar para la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar una enfermedad crítica y para aquellos pacientes que están recuperándose de un período de enfermedad crítica, con el fin de facilitar una intervención temprana o transferir (si está indicado) a un área adecuada para atender las necesidades de estos pacientes. La ampliación del servicio debe realizarse en colaboración entre el servicio de cuidados críticos y otros servicios para asegurar la continuidad de la asistencia con independencia de la unidad de atención. El servicio debe servir también para mejorar las habilidades y el conocimiento de todo el personal en la prestación de cuidados críticos”¹⁴².

Si bien la guía NICE recomienda este tipo de servicios, una reciente revisión Cochrane no halló evidencia suficiente sobre la eficacia de los *servicios ampliados de cuidados críticos* en relación con la prevención del ingreso en UCI o de muerte en unidades de hospitalización convencional¹⁴³.

El personal del equipo que atiende a estos pacientes debe ser competente en la vigilancia, medición, interpretación y respuesta rápida, apropiados al nivel de cuidados de alta complejidad (cuidados críticos). Que debe evaluarse de forma periódica. Se debe garantizar al personal sanitario formación teórica y entrenamiento para la adquisición de estas competencias.

El hospital debe establecer y revisar periódicamente el umbral del sistema de seguimiento y activación de los equipos ampliados de cuidados críticos para optimizar su sensibilidad y especificidad.

El hospital debe establecer su política de graduación de respuesta para aquellos pacientes en los que se identifique un deterioro en su condición clínica. Pueden identificarse tres niveles de ponderación del riesgo: bajo, medio o alto. El riesgo bajo supone un aumento de la frecuencia de los controles y alerta de la enfermera responsable. El riesgo medio significa la llamada urgente al equipo médico responsable del paciente y llamada simultánea a personal con entrenamiento en la atención al paciente con deterioro clínico grave. La organización de este servicio depende de cada hospital: servicio ampliado de cuidados críticos, equipo de guardia o especialista entrenado en atención a este tipo de pacientes. El riesgo alto significa la llamada urgente al equipo con competencias y habilidades para la asistencia a este tipo de pacientes. El equipo debe incluir a un médico con preparación para evaluar al

paciente gravemente enfermo, manejo avanzado de la vía aérea y maniobras de resucitación. La capacidad de respuesta debe ser inmediata.

Para pacientes en los grupos medio o alto de ponderación de riesgo los profesionales sanitarios deben iniciar las actividades apropiadas, evaluar la respuesta y establecer un plan de gestión asistencial, incluyendo lugar y nivel de atención. Si el equipo considera el traslado del paciente a una unidad con nivel de cuidados más intensivo (cuidados intensivos u otra) debe consultarlo con el responsable de la misma, que será quien indique su ingreso.

El paciente en situación de urgencia clínica debe cortocircuitar el sistema graduado de respuesta. Estos pacientes deben ser abordados en el nivel alto de ponderación del riesgo, con la excepción de parada cardiaca.

El equipo profesional, el sistema de llamada y el mantenimiento del equipo de resucitación cardiopulmonar (RCP) deben estar protocolizados en el hospital. El hospital debe tener un equipo que se activará en respuesta a una alerta de RCP. El equipo debe estar compuesto por al menos dos médicos con entrenamiento actualizado en soporte vital avanzado. La composición exacta del equipo puede variar, garantizando en conjunto las siguientes habilidades¹⁴⁴: intervenciones en la vía aérea, incluyendo intubación intratraqueal; canulación intravenosa, incluyendo catéter venoso central; desfibrilación (automática o manual) y cardioversión; administración de medicamentos; maniobras de resucitación avanzadas, incluyendo marcapasos externo y pericardiocentesis; asistencia post-resucitación.

Ingreso en la UEH de paciente procedente de un nivel de cuidados más intensivos

El traslado al paciente a la UEH desde una unidad de cuidados más intensivos (niveles 2 ó 3 de la clasificación de niveles de cuidados críticos recogida en la tabla 1.1), debe realizarse durante el día lo antes posible una vez indicado. **Debe evitarse transferir al paciente entre las 22:00 y 07:00 horas, siempre que sea posible. En caso de realizarse durante ese intervalo horario debe documentarse como un incidente adverso.**

La **unidad de cuidados intensivos o intermedios**^{145, 146(38)} que traslada al paciente y el equipo que lo recibe en la UEH comparten la responsabilidad de la asistencia mientras se produce el traslado. Ambos equipos **deben**

(38) La denominación de unidad de cuidados intermedios en España se refiere a unidad de cuidados más intensivos (Castillo F, López JM, Marco R, González JA, Puppo AM, Murillo F y Grupo de Planificación, Organización y Gestión de la SEMICYUC. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. Med. Intensiva 2007) y se corresponde con la previamente denominada “high dependency unit” (Critical to Success. The place of efficient and effective critical care services within the acute hospital. *Audit Commission*. 1999.), no debe confundirse con la “intermediate care unit” que en UK se refiere a unidad de convalecencia / media estancia.

asegurar conjuntamente la continuidad de la asistencia, formalizando un sistema estructurado de traspaso desde la unidad de cuidados más intensivos a la UEH, incluyendo al personal médico y de enfermería, sustentado en un plan de cuidados escrito, que debe incluir:

- Resumen de la estancia en la unidad de cuidados más intensivos, incluyendo diagnósticos y tratamiento.
- Plan de control y exámenes.
- El tratamiento de seguimiento, incluyendo medicamentos y terapias, dieta, presencia de infección y cualquier limitación al tratamiento.
- Necesidades físicas y de rehabilitación, psicológicas y emocionales, de comunicación o lenguaje.

Se debe asegurar que la UEH, con apoyo del servicio ampliado de cuidados críticos, puede prestar el plan acordado.

Cuando se transfiera a un paciente desde una unidad de cuidados más intensivos a la UEH, se le debe informar sobre su situación y animarle a participar activamente en las decisiones relacionadas con su recuperación. La información debe adaptarse a las circunstancias particulares. Si el paciente está de acuerdo, debe involucrarse a la familia y/o cuidador/es. El personal de salud que trabaja en la UEH debe haber recibido formación y entrenamiento para reconocer y entender las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de los pacientes transferidos desde áreas de cuidados más intensivos.

5.3.4. Pase de visita multidisciplinario (39)

En numerosas ocasiones el número de servicios implicados en la atención del paciente y la carga de trabajo dificultan la comunicación. La implantación de un sistema formalizado de intercambio de información y pase de visita multidisciplinario se ha vinculado con una reducción del 15% en la estancia media¹⁴⁷, así como mayor satisfacción por la asistencia y mejor comunicación y colaboración entre los participantes¹⁴⁸.

El pase de visita multidisciplinario permite compartir experiencia y conocimientos en la asistencia a todos los miembros del equipo que atiende al paciente en la UEH. Esta intervención se ha mostrado eficaz en UEH médicas y quirúrgicas. Una atención eficiente depende de la comunicación ágil entre médicos, enfermeras, fisioterapeutas y aquellos que planifican el alta (por ejemplo, trabajador social o enfermera de enlace).

(39) Transforming Medical-Surgical Care <http://www.ihl.org/IHI/Topics/ReducingMortality/>. Consultado el 05.01.09.

El tipo de pacientes que atiende la UEH condiciona la composición del equipo que participa en el pase de visita. Pueden integrar el equipo, además de los médicos y enfermeras responsables de la atención al paciente en la UEH, por el dietista, especialistas consultores —equipo de soporte hospitalario de cuidados paliativos, geriatras, internistas—, trabajadores sociales, rehabilitadores/fisioterapeutas, etc.¹⁴⁹ (40).

Es recomendable que el pase de visita diario comprenda, al menos, al médico y a la enfermera responsables de la atención al paciente. Es preciso que los otros profesionales se pongan de acuerdo con el/la responsable de la UEH para realizar los pases de visita cuando sea necesario.

En general se recomienda que el pase de visita se realice a primera hora de la mañana, lo que permite tramitar altas cuando se produce la mayor demanda de ingreso desde urgencias¹⁵⁰.

El pase de visita debe realizarse diariamente, también los sábados y festivos (41).

No está justificada la permanencia en la UEH una vez finalizado el proceso asistencial de acuerdo con el protocolo/vía clínica establecido, del paciente en condiciones de ser dado de alta. La relevancia del pase de visita diario no es exclusivamente por evitar estancias innecesarias, aún siendo muy importante este objetivo. Prolongar innecesariamente la permanencia de pacientes en la unidad de hospitalización tiene efectos negativos en términos de eficiencia y de calidad asistencial. Un estudio realizado en España sobre más de 400.000 altas de pacientes ingresados en salas de medicina interna procedentes de la unidad de urgencia hospitalarias demostró que los pacientes ingresados durante el fin de semana o festivos tienen mayor mortalidad (especialmente en las primeras 48 horas) que aquellos ingresados en días laborables^{151, 152}. Las explicaciones a este hallazgo son el menor número de médicos y pruebas complementarias en los fines de semana, así como la menor experiencia y conocimiento sobre el paciente que su médico habitual.

5.3.5. Alta de la UEH

Se debe planificar el alta desde la admisión del paciente en la UEH (Anexo 8). La planificación del alta forma parte de los servicios a prestar^{153, 154} aunque una reciente revisión Cochrane no pudo demostrar un impacto

(40) Los pacientes pluripatológicos deben ser evaluados por la UPP (Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS), en caso de disponer de ella el hospital. Este modelo de atención multidisciplinar ha demostrado beneficios en la interconsulta de geriatría en pacientes ingresados por problemas quirúrgicos (cirugía ortopédica).

(41) De conformidad con los recursos y organización del hospital y de los servicios clínicos.

significativo en las tasas de readmisión, estancia media, resultados en salud o costes¹⁵⁵.

Es recomendable que se realice una planificación precoz del alta hospitalaria de los pacientes de la UEH. Para ello se hará una evaluación de las necesidades de cuidados del paciente, familia y entorno, que permitan valorar la intervención del trabajador social.

Es recomendable que la organización de la UEH debe permitir tramitar altas sábados, domingos y festivos, con las mismas garantías que en otros días.

La coordinación entre la UEH con los recursos sanitarios y sociales extrahospitalarios tiene especial relevancia para la planificación precoz del alta, evitar el abandono terapéutico o situaciones de sobrecarga del cuidador y/o el reingreso del paciente. La planificación precoz del alta es especialmente relevante para personas con altos niveles de dependencia y fragilidad (mayores y PP)^{156, 157} (42). **La UEH deberá disponer de profesionales de referencia (enfermera comunitaria de enlace / gestora de casos y/o trabajador social) que faciliten la coordinación de los recursos sanitarios, socio-sanitarios y sociales para la continuidad de cuidados**^{158, 159} (43).

El informe de alta médica debe acompañarse del informe de alta de enfermería. El informe de alta, que se desarrolla en el apartado de gestión de pacientes^{160, 161}, es un requisito de calidad y legal cuya elaboración no justifica demoras en el alta. Al paciente debe entregarse al alta, como mínimo y en mano, el régimen terapéutico y de cuidados, haciéndole llegar posteriormente el informe de alta, idealmente por medios telemáticos (correo electrónico, fax). El informe de alta también debe ponerse a disposición de los profesionales responsables de continuidad de la asistencia (médico y enfermera de AP).

Se debe evitar el retraso de la gestión del alta derivado de la insuficiencia de medios de transporte del paciente a su domicilio. Algunos hospitales han habilitado espacios de espera destinados a los pacientes dados de alta y sus familiares, próximos al punto de acceso de los vehículos de transporte (ambulancias u otros), que permiten liberar la cama aunque se produzca el retraso del traslado del paciente a su domicilio.

(42) Véase también: Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS. 2009 (en prensa).

(43) En una revisión de 15 estudios, la gestión por enfermería en la transferencia de pacientes mayores desde el hospital a otros ámbitos mostró una disminución de las tasas de reingreso y/o menor duración de la estancia (8/15), reducciones en la utilización de servicios de urgencias (3/11) y menores costes (6/6). En una revisión de la literatura sobre la eficacia de la gestión ambulatoria de enfermera de casos de pacientes complejos existen pruebas moderadas de que la gestión de casos tiene un efecto positivo en la satisfacción del paciente y ningún efecto sobre las visitas al servicio de urgencias del hospital. No fue posible extraer conclusiones firmes sobre otros resultados, como tasas de reingreso, duración de reingresos, estado funcional o calidad de vida.

Se entiende por gestión de casos el proceso de coordinación de los profesionales de los diferentes niveles asistenciales y movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidador. Son criterios de derivación a la enfermera gestora de casos: pacientes inmovilizados por motivos neurológicos y/o por deterioro cognitivo o funcional (Barthel < 60); pacientes crónicos con reagudizaciones frecuentes; pacientes con necesidad de cuidados paliativos; pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio; aquellos pacientes considerados susceptibles por el equipo de salud.

La coordinación con los servicios sociales se basará en una evaluación de las necesidades que presenta el paciente y el entorno familiar, desde las más básicas a otras como de relación u ocio, y puede incluir desde apoyo para aseo del paciente y la limpieza de la vivienda, centros de día o servicios de teleasistencia, hasta manutención y alojamiento, en régimen de internado o atención diurna, entrenamiento en la autonomía personal y rehabilitación psicosocial y de integración sociolaboral. Los servicios sociales ofertan también servicios de apoyo familiar, de readaptación al entorno comunitario y talleres de animación sociocultural.

En el Anexo 8 se ofrece un ejemplo de vía clínica de planificación del alta.

5.4. Relación con otras unidades y servicios

La UEH se relaciona con la práctica totalidad de unidades y servicios del hospital:

- Servicios clínicos finales, médicos o quirúrgicos, a los que da soporte cada UEH.
- Servicios clínicos de soporte (banco/depósito de sangre, diagnóstico por la imagen, farmacia hospitalaria, laboratorio de análisis clínicos, rehabilitación/fisioterapia, etc.).
- Otras unidades como el bloque quirúrgico, cuidados intensivos, hospital de día, unidad de recuperación post anestésica, etc. (44).

(44) El MSPS ha publicado documentos de estándares y recomendaciones para el bloque quirúrgico y el hospital de día. Los documentos relativos a las unidades hospitalarias de cuidados intensivos, cuidados paliativos, farmacia hospitalaria y urgencias están en elaboración. Se recomienda consultar situación en la dirección:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec02-2.htm>

- Servicios de soporte no clínicos (ej.: lavandería, limpieza, mantenimiento o restauración, etc.).

Una estación clínica informatizada posibilita la gestión más eficiente y segura de estas relaciones así como una mayor dedicación de las enfermeras y del personal de enfermería al cuidado directo del paciente (45).

Este apartado se referirá a algunas unidades o servicios que, por su importancia para garantizar la asistencia en la UEH, así como para asegurar la continuidad de los cuidados, requieren especial atención: servicios que debe tener disponibles una UEH, unidades de subagudos y coordinación con atención primaria.

5.4.1. Servicios que la UEH debe tener disponibles

La UEH debe disponer de acceso las 24 horas del día a intervenciones quirúrgicas, pruebas radiológicas y de laboratorio, a la unidad de cuidados intensivos o cuidados intermedios, para asegurar la calidad y continuidad de la atención al paciente.

La UEH debe garantizar el servicio permanente de alimentación, así como los servicios de mantenimiento y reparaciones; la provisión de componentes sanguíneos para transfusiones; el acceso a medios de transporte de pacientes para traslados de emergencia; la provisión de material estéril y de medicamentos.

El hospital debe tener disponibles en horario diurno a los servicios de anatomía patológica, gestión de pacientes y trabajo social.

5.4.2. Unidades de convalecencia/ rehabilitación/media estancia

En la 1ª *Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*, para la prevención de la dependencia en las personas mayores¹⁶² se recomienda la dotación de unidades de subagudos (unidades de media estancia / recuperación) para pacientes con ictus, fractura de cadera y ancianos que, una vez estabilizada la fase aguda de su enfermedad, presentan deterioro funcional de su situación basal subsidiario de recuperación. Es recomendable **la relación entre la UEH y unidad de subagudos**,

(45) El IHI estima que el tiempo de enfermera empleado en documentación varía entre el 13-28%, y refiere otros estudios que muestran que menos del 50% del tiempo enfermera se emplea en atención directa al paciente. El objetivo propuesto por el IHI es que los clínicos (médicos y enfermeras) utilicen el 70% de su tiempo en atención directa al paciente.

para garantizar una atención rehabilitadora precoz a este tipo de pacientes con el objetivo de reducir su dependencia. Esta unidad puede ubicarse en el hospital o en su proximidad. Las unidades de subagudos se corresponden con las *intermediate care units*⁴, en la literatura inglesa. Existe alguna evidencia de que estas unidades reducen los trasladados a otras instituciones (mayor porcentaje de altas a domicilio), tienen una tasa menor de readmisiones y mejoran el estado funcional del paciente al alta¹⁶³, si bien su coste en el UK parece ser superior al de la asistencia estándar¹⁶⁴.

5.4.3. Atención primaria

En los apartados 4.2. y 4.3. se ha hecho énfasis en la comunicación para la garantía de la continuidad de los cuidados durante la transición del paciente de una a otra unidad dentro del propio hospital. Esta comunicación tiene especial relevancia en las transiciones desde niveles asistenciales, cuando el paciente es dado de alta desde la UEH, generalmente a su domicilio.

Para garantizar esta continuidad asistencial es recomendable asegurar que el médico de atención primaria y la enfermera de enlace o enfermera comunitaria responsables del paciente reciban el informe de alta, preferiblemente por vía telemática, en un plazo no superior a las 24 horas tras el alta del paciente.

Es recomendable elaborar el informe de continuidad de cuidados (informe al alta de enfermería) para evitar las rupturas asistenciales entre atención primaria y especializada, valorando la necesidad de cuidados que el paciente debe seguir recibiendo por problemas no resueltos como: problemas en la nutrición y alimentación, eliminación, deterioro de la integridad cutánea, movilización, manejo inefectivo del régimen terapéutico, aislamiento social y utilización de diversos dispositivos (sondas, oxígeno, material implantado, etc)¹⁶⁵.

En la planificación del alta, se considerará la necesidad de movilización de recursos sociosanitarios y sociales.

El informe de alta debe incluir una lista completa y conciliada de la medicación. Éste debe ser facilitado al paciente y a los referentes de atención primaria.

5.5. Organización y funcionamiento de la UEH

La organización y funcionamiento de la UEH se articula en relación con el proceso de atención al paciente: admisión, seguimiento y alta.

Cada organización sanitaria deberá seleccionar la alternativa más adecuada a su modelo asistencial, pues existen diferentes alternativas organizativas y de gestión para el manejo del paciente en la UEH. Aunque un aspecto debatido es la asignación de los recursos de enfermería por actividad o por paciente, en este documento se considera recomendable la asignación por paciente. En el cuadro siguiente se recogen los requisitos organizativos y de gestión que, cualquiera que sea el modelo asistencial del hospital, deben cumplir la UEH.

- **La existencia de una coordinadora asistencial** (gestora de cuidados o supervisora), responsable de la coordinación de los profesionales de enfermería asignados a la UEH.
- **La existencia de un médico responsable de la asistencia al paciente durante su estancia en la UEH**, que deberá estar claramente identificado y haberse presentado al paciente y su familiar/cuidador.
- **La existencia de una enfermera referente que planifica los cuidados del paciente.**
- **La asignación de una enfermera responsable de la atención al paciente, por turno que aplicará los cuidados planificados por la enfermera referente** que debe presentarse al paciente/familiar/cuidador.
- La existencia de un sistema formalizado de **intercambio de información** entre enfermeras responsables del paciente durante los cambios de turno, así como cuando se traslada al paciente a otras unidades para exploración o tratamiento.
- La existencia de un sistema formalizado de intercambio de información y **pase de visita conjunto** entre los médicos y enfermeras responsables de la atención al paciente, así como —en su caso— otros profesionales (dietista, especialistas consultores —geriatra, internista—, trabajador social, rehabilitador/fisioterapeuta, etc.).
- La **protocolización de la actividad médica y de enfermería** de los procesos y procedimientos más frecuentemente atendidos/realizados en la UEH.
- El cumplimiento de los **estándares de seguridad y atención a los derechos del paciente**. Existencia de protocolos para asegurar el cumplimiento sistemático de estos estándares:
 - Higiene de las manos.
 - Identificación del paciente.
 - Plan de alta.
 - Prevención de EA derivados de tratamientos anticoagulantes.
 - Prevención de errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente.
 - Prevención de la infección de la herida de localización quirúrgica.
 - Prevención de la infección asociada a catéter central.
 - Prevención de la infección asociada a sonda urinaria.
 - Prevención de las caídas.
 - Prevención de las úlceras por presión.
 - Prevención del tromboembolismo venoso.
 - Reconciliación de la medicación a través de la continuidad de los cuidados.
 - Voluntades anticipadas. Órdenes de no resucitación
 - Adopción de sistemas seguros de prescripción y administración de medicamentos.
- Disponer de los servicios de apoyo que garanticen la calidad y continuidad de la atención.
- El **informe de alta** de la UEH ha de contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico.

5.5.1. Coordinadora asistencial/gestora de cuidados/supervisora

Como criterio de calidad para la *Joint Commission* y otras relevantes agencias de calidad³⁷, se incluye la disponibilidad en el hospital de una dirección de enfermería que dirija la prestación de cuidados, tratamientos y servicios de enfermería, y la implementación de las políticas y procedimientos de enfermería, estándares de enfermería y planes de recursos humanos de enfermería, tal y como se ha mencionado en el apartado 2.2.2.

Las funciones del responsable de enfermería de la UEH son gestionar los recursos humanos y el desarrollo profesional de las personas de la UEH a su cargo; garantizar los cuidados de enfermería a través de la gestión asistencial diaria; asegurar la formación del personal de nueva incorporación; participar en la elaboración de protocolos, guías clínicas y asegurar su seguimiento; colaborar en la gestión de pacientes para que el circuito de ingresos, altas o traslados de pacientes sea más efectivo; asegurar la formación e información de paciente y su familia o acompañantes; y colaborar con la dirección de enfermería en decisiones de planificación y cobertura del personal, evaluación del personal fijo y suplente, necesidad de formación de los profesionales, seguimiento de los objetivos y evaluación de los resultados.

5.5.2. Manual de organización y funcionamiento

La UEH deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento en el que se refleje el organigrama de la UEH, su cartera de servicios, la disposición física de la unidad y los recursos estructurales y de equipamiento de que dispone y el manual de normas, respetando los requisitos generales organizativos previamente descritos:

Cada miembro de la plantilla debe disponer del documento que recoja información sobre los objetivos del servicio, plantilla, estructura de gestión, comités, uniformes y disciplina, líneas de responsabilidad y comunicación, directrices éticas, etc. El manual debe facilitar al personal clínico un sentimiento de pertenencia.

Es importante que el Manual recoja los **Instrumentos de coordinación asistencial** con atención primaria y otros servicios del hospital, sociosanitarios (cuidados paliativos, por ejemplo) o sociales, incluyendo los de continuidad de la atención (“planes asistenciales integrados”, o similares).

El manual debe describir de cada uno de las **actividades del proceso asistencial**, los protocolos necesarios y los puntos de introducción de éstos en el circuito asistencial y las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos.

El manual deberá ser abierto y actualizable según las modificaciones en la cartera de procedimientos o cuando los cambios estructurales o funcionales así lo requieran.

5.6. Gestión de pacientes

Es recomendable la asignación de UEH diferenciando ingresos médicos y quirúrgicos, al tratarse de procesos notablemente distintos, exceptuando hospitales con un reducido número de camas.

Se pueden asignar camas o UEH a distintas especialidades, en función del volumen asistencial. Es claramente desaconsejable asignar camas o UEH de forma rígida por especialidad e incluso dentro de la distribución de UEH médicas y quirúrgicas es aconsejable que se adapten a eventuales variaciones de la demanda.

El recurso cama debe ser asignado desde gestión de pacientes. La gerencia del hospital, junto con los responsables de la gestión clínica (dirección asistencial, responsables de las unidades y servicios médicos y de enfermería) deben establecer los criterios de asignación de UEH / camas por especialidad o unidades de gestión, los criterios de ingresos programados y urgentes, así como los de derivación a otros centros, y los criterios de eventuales ajustes de la oferta (aumento, disminución, distribución entre servicios y unidades) para acomodarse a las variaciones de la demanda. Asimismo, la gerencia y los responsables de las unidades y servicios médicos y los responsables de enfermería deben llegar a acuerdos sobre los criterios de gestión de las camas asignadas.

5.6.1. Admisión

La admisión de la UEH esta integrada en la del hospital. Los aspectos relativos a la documentación clínica, registro de pacientes, informe de alta y protección de datos afectan al hospital al que está vinculada la UEH.

Los pacientes ingresados en la UEH proceden habitualmente del servicio de urgencias del hospital o de su domicilio, aunque pueden proceder de otras unidades de cuidados más intensivos como la unidad de cuidados intensivos o la unidad de reanimación post-anestésica (URPA), o de los recursos ambulatorios del hospital (hospital de día médico o quirúrgico, gabinetes y consultas externas).

El ingreso en la UEH debe estar indicado por un médico y, por tanto, el paciente debe ser admitido a la UEH con un diagnóstico provisional y plan de tratamiento instaurado. En el apartado 5.3.1. se ha hecho mención de las actividades médicas y de enfermería que deben realizarse en la admi-

sión, y en el 5.1. sobre aquellos ingresos inapropiados que deben evitarse como, por ejemplo, el de pacientes cuyos procesos que pueden ser atendidos ambulatoriamente (CMA, HdD).

La *Healthcare Commission* en el Reino Unido encontró en los hospitales ingleses notables variaciones en la duración de la estancia dependiendo del día del ingreso del paciente (un día más de estancia si los pacientes ingresaban un jueves), especialmente en los pacientes con procesos médicos¹⁶⁶. Este hallazgo era atribuido a retrasos en el diagnóstico, tratamiento y alta durante el fin de semana. Un trabajo realizado en España sobre una base de casi 200.000 altas, mostraba que los pacientes que ingresan los viernes tienen una estancia de 1,5 días superior a los que ingresan los lunes¹⁶⁷. La *Modernisation Agency* también incide sobre este aspecto, recomendando un conjunto de medidas para reducir su incidencia, entre las que se encuentran¹⁶⁸:

- Establecer de forma periódica sesiones de alta en la UEH una vez al día.
- Considerar la posibilidad de altas dadas por enfermería.
- Identificar los tiempos requeridos para dar el alta (pruebas diagnósticas y resultados, medicamentos; transporte; servicios sociales).
- Planificar el alta tomando en consideración los tiempos requeridos.
- Coordinar el momento del alta con la demanda de camas sobre bases temporales (generalmente a primeras horas de la mañana desde las unidades o servicios de urgencia del hospital).

5.6.2. Documentación e historia clínica

La documentación clínica está integrada por el conjunto de documentos resultantes del proceso asistencial, cualesquiera que sean su formato y soporte.

La gestión de la documentación clínica corresponderá a la unidad de admisión y de documentación clínica o equivalente. La gestión comprenderá la generación, custodia, préstamo, duplicación, copia, seguimiento y depuración de cualquier documento clínico.

La documentación clínica deberá ser conservada en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la terminación de cada proceso asistencial.

Historia clínica

La historia clínica deberá ser única para cada paciente y deberá ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales. Asimismo, deberá

cumplir las exigencias técnicas de compatibilidad que cada servicio de salud establezca.

La información asistencial recogida en la historia clínica podrá constar en soporte papel o a través de medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que garantice su recuperación y uso en su totalidad. En lo relativo al diseño, contenido mínimo, requisitos y garantías y usos de la historia clínica se atenderá a lo previsto en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Cada centro sanitario contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo. Su gestión se realizará de acuerdo con un protocolo que garantice su trazabilidad y localización, e incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación.

Informe de alta

Al final del proceso asistencial, así como con ocasión de traslado, el paciente o, en su caso, cuidador, familiar o persona vinculada, tiene derecho a la expedición por la UEH del informe de alta médica a que se refiere la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (46). Asimismo, para asegurar la continuidad de cuidados, se adjuntará el informe de alta de enfermería.

En el registro de pacientes atendidos se harán constar los datos necesarios para la identificación inequívoca del paciente, su proceso asistencial y financiación del tratamiento. Como mínimo se registrarán los siguientes datos: identificación del hospital o centro; identificación del paciente, nombre y apellidos; fecha de nacimiento; sexo; residencia; financiación y, en su caso, número de tarjeta sanitaria; fecha de ingreso o de prestación de la asistencia; circunstancias del ingreso o de la prestación de la asistencia; proceso/s; procedimiento/s; fecha de traslado, si lo hubiere, y el lugar de destino; fecha de alta médica; informe de valoración integral; circunstancias del alta; identificación del médico responsable del alta; identificación de la enfermera de referencia hospitalaria, así como de los profesionales de atención primaria responsables del paciente y, en su caso, de la enfermería de enlace, gestora de casos o recurso similar.

Es recomendable que el informe de alta de enfermería esté integrado en el informe de alta.

(46) Disposición transitoria única. Informe de alta. “El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta Ley”.

5.6.3. Protección de datos sanitarios

Los datos de carácter personal relativos a la salud de los pacientes tienen la consideración de datos especialmente protegidos a los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

El hospital adoptará las medidas de organización, procedimentales y técnicas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos referentes a la salud de los pacientes, así como para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los mismos.

Sujeto responsable de los ficheros

El hospital garantizará la seguridad y conservación de todos los ficheros de los que dispongan, estén o no automatizados.

El hospital designará la persona responsable de los ficheros automatizados que se comunicará a la administración competente. El responsable del fichero y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de los pacientes están sometidos al deber de secreto profesional.

Confidencialidad de los datos

El paciente tiene derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud en los términos establecidos por la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Cesión de datos

La cesión de los datos relativos al paciente requerirá en todo caso, el consentimiento expreso del afectado, con las excepciones previstas en la legislación sanitaria y en la legislación de protección de datos.

5.6.4. Sistema de información

El sistema de información estará integrado en el sistema general del hospital, debiendo atender a los distintos requerimientos de la UEH:

— Gestión de pacientes: filiación; citación; admisión; alta y codificación; gestión de la documentación clínica.

- Estación clínica: Historia clínica electrónica; aplicaciones departamentales (laboratorio, diagnóstico por la imagen...).
- Gestión económico-administrativa y de servicios generales: almacén (pactos de consumo, gestión de stocks, solicitudes de compra, etc.); farmacia (sistema de prescripción electrónica, unidosis sistema de conciliación de medicación, etc.); contabilidad; esterilización; y gestión de personal (incapacidad transitoria, incidencias, permisos, sustituciones, etc.).
- Evaluación (cuadro de mando): costes por proceso (contabilidad analítica); encuestas de satisfacción; indicadores de actividad; indicadores de calidad; indicadores de rendimiento.

6. Estructura y recursos materiales

Este capítulo está dedicado a criterios y orientaciones de la estructura, equipamiento e instalaciones de la UEH, incluyendo no solo los locales, su distribución o acabados, sino también el punto de vista de seguridad, respecto al usuario de la unidad, calidad ambiental y organización funcional.

La organización, estructura, equipamiento de la UEH, como en el resto de unidades que conforman el hospital de agudos, no pueden independizarse de la concepción global del hospital. De hecho, los importantes cambios que se han producido y se están produciendo en la actividad del hospital, están modificando de forma notable la concepción de las unidades de hospitalización. La UEH está pasando de encontrarse en el centro de gravedad (tanto en términos funcionales como espaciales) del hospital, a ocupar una zona más periférica, dejando espacio al progresivo desarrollo de las modalidades asistenciales ambulatorias.

La elección de la tipología de la unidad resulta decisiva para su nivel de calidad, funcional y ambiental. La forma de la UEH ha variado desde los pabellones de los hospitales del siglo XIX hasta las formas derivadas de la geometría (circulares, triangulares, lineales, en forma de *T*, *L*, de uno o dos corredores, etcétera)^{169, 170}. La forma de la UEH debe responder tanto a factores funcionales relacionados con la actividad de la unidad como a las variables del lugar en el que se ubica, la relación con su entorno próximo y lejano. Estas variables (orientación, vistas, paisaje, condiciones ambientales del exterior, etc.) están estrechamente relacionadas y no resulta posible obtener adecuadas condiciones de calidad ambiental en el interior de la unidad sin tenerlas en consideración.

Se consideran elementos clave de la calidad funcional y ambiental de la UEH, las buenas relaciones funcionales entre las distintas zonas que la integran y el dimensionado de cada local en función de las actividades que se van a desarrollar en él y equipamiento que se va a instalar.

Se recomienda que la UEH reúna unas condiciones ambientales adecuadas, como es la iluminación natural, la orientación y estímulos visuales sobre espacios exteriores.

Se recomienda que los elementos que afectan al funcionamiento y a la calidad de la UEH, tiendan a proporcionar una imagen no institucionalizada, que ayude a reducir las tensiones de las diversas situaciones que son propias de la actividad de la unidad. En este sentido, es notable la extensión de la incorporación del arte visual durante los últimos años en muchas zonas del hospital, como elemento considerado en la fase inicial de programa-

ción y diseño y no como un elemento de mera decoración al final del proceso. La función del arte, en todas sus modalidades de expresión y formatos, ha sido apuntada en diversas guías de programación y diseño de unidades funcionales⁴⁷.

Uno de los criterios, tradicionalmente más utilizados, para la configuración de la unidad de hospitalización es su impacto en la reducción de los costes de construcción y mantenimiento. Este objetivo orientaba de forma decisiva la estructura y organización de la UEH hasta hace relativamente poco tiempo, y se alcanzaba minimizando la superficie de hospitalización. La superficie del área de hospitalización representa aproximadamente entre el 20% y el 25% de la superficie total de los nuevos hospitales en nuestro entorno. El porcentaje ha disminuido respecto al que representaba este área en hospitales construidos con anterioridad, reduciéndose también el peso de esta unidad en el coste de construcción y equipamiento, así como de funcionamiento del hospital.

Es necesario tener en cuenta a todos los usuarios de la UEH, como es el paciente, el personal del hospital (de enfermería, médico u otro personal) y el acompañante o visitante, en las decisiones de programación y diseño. Se identifica al paciente ingresado y el personal de enfermería como usuarios principales de la UEH, de manera que los recursos de la unidad deben estar orientados prioritariamente a garantizar la realización de las actividades asistenciales, la seguridad y confortabilidad del paciente. Otro usuario a considerar en la unidad es el médico encargado de establecer la indicación de ingreso, diagnóstico y tratamiento médico y alta de hospitalización, que debe disponer de espacio de trabajo en la unidad. Asimismo, es relevante considerar las necesidades del acompañante del enfermo ingresado. Por último, la UEH debe disponer de la dotación que precisan otros usuarios de la misma como el personal de limpieza y el de mantenimiento.

La política y sistema de gestión de suministros debe definirse en la fase de programación funcional, ya que condiciona el dimensionamiento de los distintos espacios de almacenamiento de la unidad. El suministro de farmacia debe precisarse igualmente en la fase de programación funcional con objeto de definir los espacios e instalaciones necesarias que conlleva una posible dispensación automatizada de medicamento. **También debe estar predefinida la existencia de transporte neumático de muestras y documentos.**

La unidad debe garantizar condiciones adecuadas de accesibilidad para la persona con discapacidad sensorial o motora.

La UEH debe contar con ascensores diferenciados para visitas, transporte de camas y suministros. La UEH no debe servir de tráfico de paso hacia otra unidad, de manera que debe ser independiente en relación con la circulación de enfermos y visitas.

Es necesario garantizar un buen control visual de los diferentes tráficos de la unidad, especialmente del acceso externo, desde el control de enfermería.

La UEH debe disponer de una estructura hotelera de calidad y ajustada a las necesidades de los distintos usuarios de la unidad: paciente, enfermería, personal clínico, acompañante, personal auxiliar y de servicios

La UEH debe reunir las condiciones que permitan realizar las periódicas labores de limpieza y mantenimiento respetando la privacidad del paciente.

La disposición de las habitaciones de pacientes en la UEH debe estar orientada a proporcionar las mejores condiciones ambientales relacionadas con la orientación, vistas, protección solar, protección acústica, etc. a estos locales.

El conjunto de las habitaciones destinadas a pacientes ingresados se agrupará en torno al control de enfermería de la unidad, de manera que exista la menor distancia posible desde ese control a las camas de los pacientes. Se recomienda que la distancia media entre el control de enfermería y las habitaciones de pacientes no superen los 30 metros.

De acuerdo con lo establecido en el Código Técnico de la Edificación (Documento Básico de Seguridad contra Incendios DB-SI), **las plantas con zonas de hospitalización deben estar compartimentadas, al menos en dos sectores de incendio, cada uno de ellos con una superficie que no exceda de 1.500 m² y con espacio suficiente para albergar a los pacientes de los sectores contiguos.** Además, se establece que la longitud de los recorridos de evacuación hasta alguna salida de planta no debe exceder de 30 metros en las plantas de hospitalización. Asimismo, la longitud de los recorridos de evacuación desde su origen hasta llegar a algún punto desde el cual existan al menos dos recorridos alternativos no debe exceder los 15 metros en plantas de hospitalización. Dicha normativa establece que **la habitación del paciente de una UEH se considera como un recinto dentro del sector o sectores de incendio** que constituyen la unidad, por lo que la puerta de la habitación no requiere resistencia al fuego.

Las condiciones anteriores son las más restrictivas que se emplean en relación con la seguridad contra incendios en cualquier tipo de edificación. Esos requerimientos llevan habitualmente a tener que configurar la UEH en dos o más sectores de incendio, lo que —entre otras consecuencias— lleva a tener que disponer de puertas de sectorización en los pasillos de circulación de la unidad. Con objeto de que la unidad funcione cotidianamente de forma adecuada se recomienda que dichas puertas dispongan de retenedores y queden en el interior del plano de los paramentos de forma que no se disminuya el ancho útil del pasillo. Asimismo, y por el mismo motivo, se recomienda disponer los diversos medios de extinción a los que obliga la ci-

tada normativa (boca de incendio equipada y extintor) empotrados en las paredes.

El diseño de los hospitales tiende a disponer de, al menos, dos UEH por planta. Las UEH del hospital configuran el área de hospitalización, que asegura el desarrollo de las circulaciones y flujos de usuarios (pacientes, personal y visitantes) y suministros (material, comida).

Se recomienda que las UEH del hospital dispongan de una estructura similar que permita una mayor flexibilidad y legibilidad, principalmente por parte del personal de enfermería.

Resulta necesario que la UEH proporcione las condiciones adecuadas para garantizar el trabajo de los profesionales sanitarios. El actual nivel de complejidad de los pacientes ingresados implica una mayor intensidad de cuidados que la UEH debe garantizar. La tendencia de incremento de severidad de los pacientes ingresados deriva de factores como el desarrollo de las modalidades asistenciales ambulatorias, la reducción de la estancia media de los pacientes ingresados, el incremento de la pluripatología y del envejecimiento de la población. Esta tendencia convive con el incremento de las camas de cuidados especiales y la disminución progresiva de las camas polivalentes. **La UEH dispondrá de instalación de cableado informático hasta la cabecera del paciente (o “wireless”) de manera que se posibilite la historia clínica y de cuidados de enfermería electrónica.**

Se recomienda proporcionar espacio suficiente para el desarrollo de la actividad prevista en la unidad: espacio alrededor de la cama del paciente ingresado para el trabajo del personal con equipamiento tanto de rutina como de emergencia en su caso; espacio para armario y, en algunos casos para material sanitario; y espacio para material diverso (libros, periódicos, flores, comida no perecedera, radio, ...).

El paciente debe poder estar acompañado en todo momento (incluso pernoctar) por una persona, para lo que existirán recursos tanto en la propia habitación como en el resto de la UEH.

La UEH y, en particular, la habitación del paciente ingresado, debe resultar segura y confortable, garantizando las condiciones ambientales con un sistema de control de la habitación (temperatura y humedad; regulación de la iluminación, evitando un soleamiento excesivo y deslumbramiento, permitiendo su oscurecimiento; atenuación/aislamiento acústico). Además la habitación debe respetar la privacidad del paciente

Se recomienda dotar de sistemas de control de condiciones ambientales como la temperatura y humedad, regulación de la iluminación evitando soleamiento excesivo y deslumbramientos, oscurecimiento de la habitación, higiene, atenuación acústica, especialmente de la habitación del paciente, entretenimiento individualizado mediante auriculares (televisión, radio,...), elementos que tienen importancia en el nivel de confortabilidad del usua-

rio. En este sentido se recomiendan sistemas de gestión centralizados de instalaciones con regulación de ajuste local desde la habitación del enfermo ingresado, que le permite disponer de mayor autonomía y menor dependencia del personal de la unidad.

La calidad de los acabados de los paramentos, suelos, techos y mobiliario deben considerarse en función de los espacios y actividades que en ellos se realizan y deben ser seguros, duraderos, de fácil limpieza y fácil mantenimiento, tratando de proporcionar un ambiente residencial.

Se recomienda programar la UEH relacionando el número de camas instaladas, el número de habitaciones y su tipología, la capacidad máxima de la unidad y la distancia media del control de enfermería al paciente.

Se recomienda que la UEH disponga de entre 28 y 36 camas.

En general, en nuestro entorno se recomienda que la UEH polivalente disponga de 50% de habitaciones de uso individual, y que estas sean de potencial uso como habitaciones dobles (su dimensión e instalaciones permite el alojamiento de dos pacientes) para responder a las variaciones estacionales de la demanda. Esta distribución permite una teórica flexibilización del número de camas funcionantes, por ejemplo, si se dedica el 50% de las habitaciones de una UEH de 24 habitaciones idénticas para uso individual, resultará una dotación habitual de 36 camas, potencialmente ampliable en casi un 35 %.(hasta 48 camas). Finalmente, por razones socioculturales y funcionales la habitación de uso doble puede ser recomendada, siendo el modelo más frecuente¹⁷¹.

El número de camas por habitación condiciona las dimensiones y el tamaño de la habitación y se relaciona con la distancia desde el control de enfermería hasta el paciente. Esta variable se encuentra relacionada con la calidad de los cuidados de enfermería.

En la UEH la habitación de uso individual resulta necesaria en algunas situaciones por razones estrictamente sanitarias (aislamiento en determinados procesos infecciosos, pacientes inmunodeprimidos o en situación terminal).

Una habitación de uso individual permite la estancia del acompañante en mejores condiciones y tiene como ventaja la de minimizar los traslados de pacientes dentro de la UEH, garantizar una mayor privacidad, permitir una atención sanitaria más intensiva en la habitación del paciente, dotar a la misma de un aseo más amplio, así como suprimir locales del programa funcional, como la sala de curas/técnicas o, en su caso, el baño asistido.

No existe evidencia constatada de relación entre habitación individual y reducción de infección o la reducción de estancia en la unidad. Son variables complejas que dependen de otros muchos factores.

En el supuesto de que se adopte el criterio de alojar a la totalidad de los pacientes en habitaciones individuales, debe prestarse especial atención

al incremento de distancia media entre el control de enfermería a la habitación del paciente, que en caso de superar los 30 metros puede afectar a la calidad de los cuidados de enfermería. Reducir la distancia del control de enfermería a las habitaciones mediante diseños más compactos puede resultar desconsiderado respecto a las condiciones ambientales de los diferentes espacios de la unidad.

Otra importante desventaja de contar exclusivamente con habitaciones de uso individual en la UEH es la rigidez ante las variaciones de la demanda de ingreso a lo largo del año. Aunque el índice de ocupación se establece en el 85%, es habitual que la demanda de hospitalización se incremente de forma notable unos días/meses al año, lo que requiere flexibilidad en la dotación de camas funcionantes.

En España, desde finales de la década de los 80 del pasado siglo, no se ha considerado en la construcción de nuevos hospitales la disposición de habitaciones de tres y hasta cuatro camas, habitual en nuevos hospitales en muchos países de nuestro entorno. Ese estándar está siendo revisado como consecuencia de los factores antes apuntados de cambio en la actividad de las unidades de hospitalización del actual hospital de agudos, así como en problemas derivados de la coexistencia de personas de distinto sexo en habitaciones y sus aseos.

Las recomendaciones anteriores (funcionales, espaciales y ambientales) son extensibles a la reforma de unidades existentes, y su estudio debe formar parte del análisis de viabilidad acerca de la intervención que en su caso se programe. En este sentido, las recomendaciones incluidas en este capítulo se aportan como base de apoyo para posibles soluciones tanto de nuevas unidades como de las que se encuentran en funcionamiento y requieren ser actualizadas.

6.1. Programa funcional

El programa funcional del área de hospitalización polivalente recoge los recursos necesarios para el ingreso de pacientes, definiendo además de sus funciones, objetivos y los criterios generales de organización y funcionamiento, el número de camas total, su distribución en unidades, márgenes de flexibilidad en la hospitalización, dimensionado de las unidades en número de habitaciones y la tipología de las habitaciones.

— Análisis demográfico del área geográfica y poblacional a atender o estudio del mercado para los establecimientos privados, incluyendo la proyección de la población en 10 años y las fluctuaciones estacionales.

- Estudio de la demanda de recursos establecidos en la cartera de servicios de las diferentes modalidades asistenciales.
- Estudio de necesidad de personal y de equipamiento de la UEH atendiendo a la demanda, a la actividad prevista y a la cartera de servicios previamente definida.
- Descripción del funcionamiento de la unidad, que incluye el esquema de circulación de pacientes, personal, familiares y material (distribución y recogida del material limpio y sucio y suministros).
- Definición del proceso asistencial (las formas de acceso de los pacientes, el tránsito dentro de la unidad, las alternativas a su salida, etc.), y las relaciones funcionales con el resto de las unidades y servicios de su entorno.
- Dimensionado total de camas polivalentes sobre la base de la proyección de población, frecuentación, atracción, estancia media y ocupación del hospital..
- Definición del número de UEH sobre la base del tamaño considerado para la unidad funcional.

En el Anexo 9 se ofrecen criterios para el dimensionado de la UEH y en el Anexo 10 un ejemplo de programa funcional para una unidad de hospitalización polivalente de 24 habitaciones dobles.

6.1.1. Distribución de la UEH

Las zonas que constituyen una UEH son las siguientes: acceso y vestíbulo; control de enfermería y apoyos; pacientes y familiares; apoyos generales; personal; circulación general de la unidad.

La disponibilidad de locales, su adecuado dimensionamiento y diseño, el mobiliario y los acabados, las instalaciones, el equipamiento y servicios, y las buenas relaciones funcionales entre las distintas zonas de la unidad son elementos determinantes de la calidad funcional y ambiental de la UEH.

A continuación se establecen para cada zona las características básicas de cada uno de los locales que la integran, estableciéndose recomendaciones en cuanto a dimensiones, relaciones con otros locales, instalaciones, acabados y equipamiento; todos ellos aspectos relacionados con las funciones y criterios de organización y funcionamiento de la UEH.

Zona de acceso y vestíbulo

El acceso a la unidad desde el exterior por parte de pacientes a ingresar, familiares y acompañantes, se realizará desde el núcleo de circulación (escalera / ascensores) externo del hospital. **Este acceso se debe localizar en una**

zona próxima, y en cualquier caso controlado visualmente, al mostrador del control de enfermería de la UEH.

Resulta recomendable que el vestíbulo de acceso de personas desde el exterior no se comparta con la circulación interna del hospital, de manera que no existan interferencias con el transporte de pacientes encamados, personal y suministros de la unidad.

Desde el vestíbulo de acceso a la unidad se tendrá acceso a la sala de estar de familiares, en cuya proximidad existirá un pequeño núcleo de aseos públicos, de los que al menos uno debe ser adaptado para uso de personas minusválidas en silla de ruedas. En el caso de UEH con una proporción importante de habitaciones de uso individual (alrededor del 50%), esta sala puede ser compartida tanto por acompañantes como por pacientes ingresados en la misma. La sala debe disponer de iluminación natural y mobiliario idóneo.

Asimismo, **en el entorno del acceso a la unidad se debe localizar el despacho de información, que se plantea con objeto de mantener entrevistas con los familiares y/o pacientes, para informar sobre el estado del paciente ingresado, así como para asesorar y educar en relación con cuidados y atención al paciente en el domicilio, con unas condiciones de privacidad adecuadas.** El mobiliario de este despacho debe ser cálido, con asientos cómodos y con un ambiente residencial.



Foto 1: Sala de estar de familiares de la zona de acceso a la UEH.

Tabla 6.1. Características de la zona de acceso y vestíbulo de la UEH

Zona	Función	Características estructurales
Acceso y vestíbulo	Entrada y vestíbulo Estar de familiares con aseos Información a familiares	<ul style="list-style-type: none"> — Relacionado con el núcleo de comunicación externa del centro sanitario (escalera / ascensores). — Comunicado visualmente con el control de enfermería de la unidad. — La sala de estar de familiares (y en su caso pacientes) debe disponer de 0,5 cómodos asientos por paciente ingresado. — Junto a la sala de estar de familiares se localizan aseos públicos y/o un aseo adaptado. — Sala de información a familiares asociada a la sala de estar de los mismos. — En una zona próxima de la sala de estar (o en el interior en un espacio específico), resulta conveniente ubicar máquinas expendedoras de agua / bebidas, para facilitar las estancias en la misma. Una alternativa es disponer de una fuente de agua fría.

Control de enfermería y apoyos

El control de enfermería es la zona de trabajo de enfermería alrededor del cual se deben localizar los equipos esenciales y espacios de apoyo (oficio limpio, estar de enfermería, oficio sucio,...) de la unidad. El control de enfermería centraliza las comunicaciones con el interior y el exterior de la unidad.

Este espacio debe localizarse de manera que se minimice la distancia media a la habitación del enfermo, distancia que se recomienda no supere los 30 metros, con una distancia máxima que sea inferior a los 45 metros. La distancia máxima desde el control es directamente proporcional al número de camas¹⁶⁹. En general, este puesto de control debe ubicarse en el centro de gravedad de la unidad.

Dentro de esta zona de la UEH se consideran los siguientes locales y espacios:

El control de enfermería sirve de recepción y organización del trabajo del personal de enfermería de la unidad. Su localización debe realizarse en el punto “central” de la misma. Cuenta con una zona de mostrador abierta con una parte del mismo más baja, dispuesta para la atención de personas en silla de ruedas.

Desde el mostrador del control de enfermería debe tenerse un buen control visual de los diferentes tráficos de la unidad, especialmente del acceso externo de la unidad (llegada del paciente con ingreso programado y de acompañante).

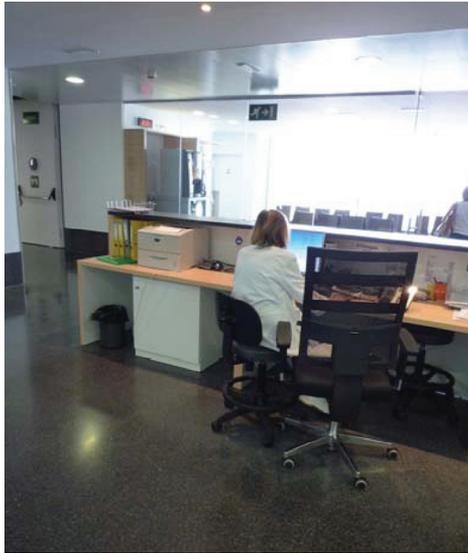


Foto 2: Control de enfermería.

El mostrador (dotado con canalización para cableado) debe tener espacio suficiente para tres puestos de trabajo con ordenadores y equipos auxiliares, y sirve para la atención de pacientes, familiares y personal. El espa-



Foto 3: Control de enfermería de la UEH.

cio asociado al mostrador es el centro de comunicaciones de la unidad con cada una de las habitaciones de los pacientes y con todas las unidades del hospital y otros centros asistenciales relacionados. Entre otros equipamientos se localizan en esta zona las señales de alarma, la central de comunicaciones de la unidad, el sistema de llamada paciente–enfermería y la terminal de tubo neumático de muestras y documentos. Asimismo, y en lugar accesible y definido, debe localizarse el carro de paradas.

Trabajo del personal de enfermería, junto a la zona de mostrador se debe disponer (en una zona abierta pero con control visual desde el exterior) de una zona de trabajo con mesa y capacidad para al menos 4 personas, profesionales sanitarios de enfermería y equipo multidisciplinar.



Foto 4: Zona de trabajo del control de enfermería de la UEH.

Estar de enfermería con oficio-refrigerio, asociado al mostrador del control de enfermería y zona de trabajo, se debe localizar el estar de enfermería, en una zona abierta al control de enfermería. Esa zona de estar debe disponer de un pequeño oficio de comidas para el personal, así como un aseo de personal ubicado en su proximidad.



Foto 5: Estar de enfermería con oficio-refrigerio.

Aseo de personal, próximo al estar de personal se debe localizar el aseo del personal de enfermería, equipado con lavabo, inodoro y ducha, así como, en su caso (en función de la política de vestuarios del hospital) espacio para las taquillas del personal que trabaja de manera continuada en la unidad.

Oficio limpio, en un local vinculado a esa zona de mostrador y trabajo del personal de la unidad, debe ubicarse el oficio limpio, con una zona de trabajo de preparación de material limpio, lavabo, frigorífico para uso clínico, armarios dispensadores automáticos de medicinas y material fungible. También debe disponer de una zona que permita el almacenamiento medicamentos y material terapéutico en condiciones de seguridad.

Sala de curas / técnicas, en el caso de que la unidad disponga exclusivamente, o en una parte importante (alrededor del 50%) de habitaciones de uso individual, no se considera necesario disponer de una sala de curas / técnicas en la misma.

Baño asistido, en función de las características de los aseos de las habitaciones, puede llegar a ser necesario un local para baño asistido. Este cuarto estaría dotado de un desagüe en el centro de la habitación y tendría una bañera móvil (equipamiento) con regulación de altura. El local dispondrá de un lavamanos y encimera, así como un pequeño almacenamiento de material. Asimismo contaría con un aseo adaptado con las características adecuadas para el movimiento de una persona en silla de ruedas.



Foto 6: Oficio limpio.

Despacho de supervisión, el despacho de supervisión y organización del trabajo de la unidad de enfermería debe tener capacidad para una mesa de trabajo y una zona de reunión para unas 6 personas.



Foto 7: Despacho de supervisión.



Foto 8: Zona de equipos móviles.

Zona de equipos móviles, los equipos móviles de emergencia y asistencia vital, deben localizarse en espacios reservados, accesibles por parte del personal de enfermería, bien en el oficio limpio o en la zona del mostrador de enfermería. La ubicación de estos equipos no debe presentar obstáculos para su traslado a las habitaciones de los pacientes.



Foto 9: Espacio para equipos de dispensación automatizada de medicamentos.

Existen asimismo otros equipos (sistemas de dispensación automatizada de medicamentos) que deben considerarse en la fase de programación funcional.

Tabla 6.2. Características de la zona de enfermería y apoyos

Zona	Función	Características estructurales
Control de enfermería y apoyos	Control de la unidad Organización del trabajo de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> — Relacionado con el núcleo de comunicación externa del centro sanitario (escalera / ascensores). Sirve también como recepción e información. — Comunicado visualmente con el acceso desde el exterior a la unidad, así con la circulación interna (pacientes encamados, personal y suministros) del hospital. Localizado en el centro de la unidad. — Mostrador con una zona amplia de trabajo, puestos con ordenador y asociado a la sala de estar del personal de enfermería. — Espacio para la ubicación de central de comunicaciones y transporte neumático de muestras y documentos, así como de equipamiento básico de emergencia, como el carro de paradas. — Dotación de espacio para oficio limpio y de preparación de medicamentos. — Local de trabajo de supervisión asociado al control.

Zona de pacientes y familiares

Esta zona se encuentra destinada al paciente ingresado, con espacio para acomodar a su acompañante durante las veinticuatro horas del día.

La **habitación de paciente**, debe proporcionar un espacio adecuado para que se realicen las actividades y procedimientos como son las correspondientes a tratamiento clínico y cuidados (entrevistas, intervenciones médicas y de enfermería, observación, rehabilitación, enseñanza y preparación del paciente y familiares en determinados cuidados, información, discusión y consejo), atención personal y mantenimiento (comida, bebida, aseo, entretenimiento, socialización, recepción de visitas) y actividades de apoyo (preparación para procesos clínicos, realización de historia clínica, comunicación, desarrollo de habilidades del personal).

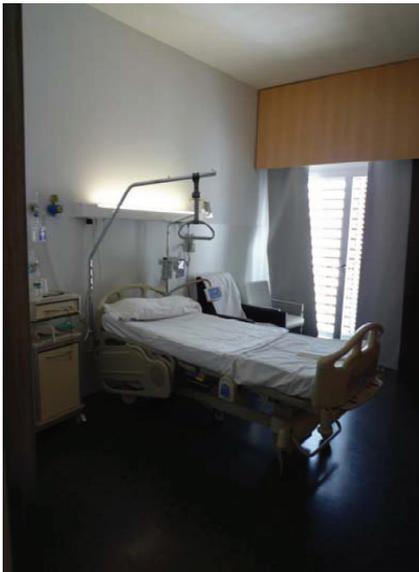
La importancia de considerar al usuario acompañante del enfermo ingresado, debe tener una respuesta tanto dentro de la unidad (espacio en la habitación, sala de estar equipada, información en condiciones de privacidad, etc.) como en el resto de las áreas y servicios públicos del hospital (cafetería, estancia, espacios libres, etc.). Como antes se señalaba, las unidades

funcionales del hospital no deben considerarse como elementos cerrados ni en términos funcionales ni ambientales.

Dentro de la habitación del paciente se pueden diferenciar diversos espacios: cama y circulación alrededor; cabecero con instalaciones y servicios; aseo del paciente; apoyo clínico; apoyo para el familiar; circulación general para el movimiento de entrada y salida de la cama de la habitación.

El espacio que se recomienda dentro de la habitación para la cama y el trabajo del personal clínico y de enfermería se establece en unos 12 m² (un cuadrado de 3,45 metros de lado). Este espacio está condicionado por la propia cama y por los requerimientos de movimientos de personal a su alrededor, que analizaremos más adelante. Puede ser necesario incrementar esta medida, que habitualmente es de 3,45 metros libres (cuando habitualmente se establece una luz de 7,20 metros entre ejes de la estructura) en el caso de habitaciones de uso doble para facilitar la salida de la cama más alejada de la puerta de acceso a la habitación sin necesidad de mover la otra cama. **Un ancho de habitación óptimo se puede establecer en 3,60 metros para las anteriores condiciones (2,40 metros de longitud de cama) o de 3,45 metros (longitud de cama de 2,20 metros).**

Considerando los distintos espacios dentro de la habitación, correspondientes a la cama, entorno de trabajo alrededor de la misma, espacio para acompañante, armario y acceso a la habitación desde el pasillo de circulación general de la unidad, la superficie útil necesaria para una habita-



Fotos 10 y 11: Espacio de trabajo alrededor de la cama.

ción individual recomendada resulta de 16,50 metros cuadrados, con una profundidad recomendada de 4,00 metros.

Los movimientos del personal médico y de enfermería (eventualmente tres personas actuando simultáneamente) alrededor de la cama del paciente son en algunos casos relativamente altos, requiriendo en ocasiones la utilización de equipamiento de recuperación de emergencia, precisándose un mínimo espacio libre alrededor de la misma, por lo que **se considera recomendable disponer de una zona libre a ambos lados de la cama de 1,20 metros que asegure el acceso al paciente por parte del personal sanitario y de aparatos.**

Se constata asimismo una tendencia al incremento del tamaño de las camas, en parte como consecuencia del incremento de la talla de la población, así como de la incorporación de tecnología y automatismos del equipamiento. En este sentido **debe considerarse una dimensión de cama de 1,05 por 2,40 metros.** La medida de la longitud actual de la cama condiciona la anchura de la habitación.

En la habitación deben localizarse los siguientes recursos e instalaciones por paciente: una cama de altura y posición graduable; un armario para guardar los enseres del paciente durante su estancia, preferiblemente empotrado de manera que no obstaculice los movimientos de la cama; una mesa sobre la cama que normalmente viene incorporada en el equipamiento de la misma; mobiliario auxiliar para el acompañante (cama o sillón cómodo); un cabecero con iluminación directa e indirecta (hacia el techo).

Se recomienda que el equipamiento, servicios e instalaciones en la habitación del paciente se apoyen en sistemas asociados a la cabecera de la



Foto 12: Cabecero de cama.

cama, de manera que no existan cables u otros elementos en el suelo de la habitación.

Asociados o no al cabecero, la habitación debe disponer de los siguientes servicios e instalaciones: tomas eléctricas, control de iluminación, sistema de llamada a enfermería, control de radio y televisión, teléfono, gases medicinales (oxígeno y vacío), panel con tomas informáticas para la conexión de ordenador por parte del personal (salvo instalación wireless).

En algunos casos, se incluye en el interior de la habitación, una pequeña superficie para material del personal de enfermería, aunque suele ser habitual que en las unidades de enfermería en España este almacenamiento se centralice en otros espacios comunes de la unidad.

En el caso de habitación de uso doble, la superficie útil recomendada, considerando todos los espacios antes mencionados, es de 22 metros cuadrados. Esta superficie depende asimismo de la configuración y geometría interna de la habitación. **El ancho óptimo de la habitación es de 3,60 metros libres, con un mínimo de 3,45 metros. La profundidad mínima recomendada para la habitación doble (pared de apoyo de las camas) es de 5,40 metros.**

Para mantener un cierto grado de intimidad, la separación entre las dos camas suele realizarse mediante una cortina o mampara (suspendida del techo o apoyada en el suelo), que permita la iluminación y ventilación por la parte superior. En las habitaciones de uso doble, deben instalarse sistemas de audio individuales que permita el uso de televisión o radio sin menoscabo de la privacidad de los pacientes.

En este sentido, la configuración que habitualmente se presenta en habitaciones de uso individual y doble es prácticamente la misma, cambiando notablemente cuando la habitación aloja a tres o más pacientes.

No se establecen recomendaciones para las dimensiones de habitaciones para más de dos camas, solución que por otra parte resulta habitual en muchos de los países de nuestro entorno. **En unidades de hospitalización en las que existan habitaciones de uso múltiple (especialmente de más de dos pacientes por habitación), se considera necesario la disposición de una sala de técnicas para diagnóstico y curas en condiciones de privacidad y seguridad.**

Existen, sin embargo, algunas ventajas de disponer de una habitación que permita el ingreso de dos pacientes, entre las que se encuentra la de una mayor flexibilidad ante una demanda que no es constante en el tiempo. Esta situación es en realidad un requerimiento funcional esencial, que justifica la recomendación de disponer de un número entre 20 y 26 de habitaciones potencialmente dobles en la UHE, que permita ofertar habitaciones de uso individual a una mayoría de pacientes y responder cómodamente a los picos de demanda de ingreso.

Espacio de umbral de la habitación que comunica ésta con el pasillo de la unidad y sirve de zona de acceso al aseo del paciente.

El ancho de la puerta de acceso a la habitación debe ser de 1,20 metros. Resulta recomendable que exista un umbral de acceso a la habitación desde el pasillo general de la UEH (que puede definirse como un ensanchamiento del pasillo en la zona del acceso a la habitación), de manera que se facilite el giro de las camas en los movimientos de entrada y salida de la habitación.

La posición habitual del paciente ingresado es la horizontal, aspecto que debe considerarse en el diseño de los techos, iluminación directa, indirecta y de cortesía, así como en las características de las ventanas que deben permitir la visión del exterior desde la cama y que disponga de medios que permitan el oscurecimiento de la habitación. Ya en 1939, Alvar Aalto, afirmaba que, “una habitación normal es una habitación pensada para una persona en posición vertical; la habitación del paciente es una habitación que ha de acoger a una persona en posición horizontal, y los colores, la iluminación, la calefacción, etc., deben ser diseñadas teniendo esto en cuenta. En la práctica esto significa que el techo debería ser más oscuro, de un color escogido especialmente por ser la única visión que tiene el paciente, (...) la luz artificial no puede llegar desde un plafón normal de techo, sino que la fuente principal de luz ha de estar fuera del ángulo de visión del paciente...”.

La ventana de la habitación es un elemento importante de la calidad de estancia del paciente en la unidad y sirve para mantener una relación con el mundo exterior, por lo que deben considerarse las diversas posiciones del paciente en la habitación. En el caso de habitación de uso doble, las condiciones ambientales del espacio que se sitúa en el interior deben cuidarse, y en especial el elemento de separación que se coloque entre las camas, de manera que quede libre en la parte situada junto al techo. Esta situación se produce en la disposición rectangular, la más habitual de este tipo de habitación. Otras soluciones de habitación doble que tratan de dar “una ventana por paciente”, tienen grandes desventajas en relación con el desarrollo de la fachada, mayores distancias desde el control de enfermería, mayor coste energético, etc., por lo que en general no se consideran recomendables.

Los techos de la habitación deben diseñarse para que se faciliten las tareas de mantenimiento de las instalaciones y equipos instalados en la habitación (habitualmente en el falso techo del umbral de acceso de la habitación desde el pasillo de circulación de la unidad por el que transcurren conducciones, tuberías y cableados generales). Resulta deseable que el tratamiento de las paredes y techos de la habitación se aproxime a estándares residenciales en los que se mantengan las cualidades requeridas por las funciones asistenciales a realizar en la misma

Deben considerarse asimismo las normas establecidas en relación con el aislamiento térmico y acústico.

Aseo de paciente. La habitación del paciente dispondrá en su interior de aseo (lavabo, inodoro, ducha y lavacañas) que permitirá el acceso y movimiento de una silla de ruedas con ayuda, sin que existan barreras arquitectónicas.

Resulta muy infrecuente en nuestro país la disposición de aseos fuera de la habitación, que quizás se pueda justificar en habitaciones para más de dos camas. Habitualmente, **el aseo se ubica en la zona interior de la habitación, junto al pasillo de circulación general de la unidad. Esta disposición permite disponer de un registro de las instalaciones (fontanería y saneamiento) accesible desde el pasillo y que por tanto no interfiere con la actividad en la habitación del paciente. Asimismo, la limpieza del aseo se realiza desde el umbral de la habitación sin necesidad de cruzarla. Finalmente, esa disposición garantiza una mayor disponibilidad de ventilación e iluminación natural de la habitación.**

La posición interna de los aseos condiciona la localización de la puerta de acceso a la habitación. Generalmente es deseable que esa puerta se encuentre en una zona retranqueada respecto del pasillo general de circulación de la unidad, de manera que las camas giren con facilidad. Esta disposición es muy recomendable cuando se trabaja con anchos de pasillos muy ajustados (mínimo de 2,20 metros).

Se debe asegurar una adecuada coordinación de los giros de la puerta de la habitación y la puerta del aseo, ya que ésta debe abrir hacia afuera de forma que se asegure la ayuda al paciente en caso de incidente dentro del mismo. Una posibilidad es abrir la puerta de la habitación hacia el pasillo (sin interferir el paso por el mismo), mediante la configuración de un umbral entre el pasillo y el acceso a la habitación.

El incremento de pacientes con mayor índice de severidad (discapacidades físicas y/o sensoriales) plantea en principio la necesidad de un **transporte asistido en silla de ruedas, por lo que la puerta del aseo debe permitir su paso (mínimo 0,825 metros).** Esta puerta, como ya hemos señalado, debe abrirse hacia el exterior de la habitación del aseo por seguridad del paciente en caso de caída y obstrucción del acceso al aseo. Asimismo, **la disposición interior de los elementos integrados en el aseo (lavabo, ducha e inodoro) deben permitir el movimiento asistido de la silla de ruedas.** En general, la normativa no obliga a que la configuración del aseo permita el giro de una silla de ruedas sin asistencia, lo que, en su caso, plantea un incremento de la dimensión.

En el aseo se recomienda disponer de ducha, lavabo e inodoro, y lavacañas que permita enjuagar la caña después de su uso. En este caso, se considera necesario disponer en un cuarto común de la unidad (puede ser el oficio sucio) de un equipo de desinfección de cañas. En cualquier caso, **debe definirse el sistema integral de gestión de las cañas** en cualquiera de las soluciones por las que se opte.

La disposición de la ducha en el aseo está actualmente generalizada, en relación con la bañera, frente a la que resulta más segura y fácil de usar por el paciente, con menor consumo de agua y energía, más higiénica y recomendable para asegurar la autonomía del paciente antes de dar el alta. **En hospitales en los que las bañeras se encuentran instaladas resulta muy recomendable la sustitución por duchas.**

La ducha debe permitir el acceso sin barreras del paciente, con una superficie que mantenga la continuidad con el pavimento del aseo, con una ligera pendiente que facilite la evacuación del agua. Su dimensión debe ser amplia (0,80 por 1,50 metros) para permitir la asistencia al paciente. La zona de ducha debe separarse respecto al resto del aseo mediante una cortina fija o flexible. Esta disposición de la ducha proporciona una gran flexibilidad en relación con el movimiento asistido del paciente, así como facilita la limpieza del aseo.

El lavabo y el inodoro deben ser suspendidos, sin apoyos en el suelo, de manera que se facilite la limpieza e higiene del mismo.

Deben existir elementos auxiliares en paredes que faciliten los movimientos del paciente que encuentra con movilidad reducida.

En el interior del aseo deben existir dos sistemas de aviso (cuerda próxima al suelo y de llamada a personal de enfermería) en caso de incidente, que sean accesibles por parte del paciente en caso de caída.

Los aseos deben disponer de suelo antideslizante que cumpla los requisitos del código técnico en vigor (DB-SU), así como un sistema de ventilación.



Fotos 13 y 14: Ducha e inodoro.

En el caso de aseos compartidos por dos pacientes (habitaciones de uso doble) se refuerza la idea de que los usuarios sean del mismo sexo.

***Estar de pacientes.* Se recomienda que cada UEH disponga de un local destinado a la estancia de pacientes fuera de la habitación.**

Tabla 6.3. Características de la habitación y aseo de paciente

Zona	Función	Características estructurales
Zona de pacientes y familiares	Estancia de paciente ingresado	— Habitación de uso individual y doble con espacio adecuado para la estancia del acompañante durante todo el día. — Dimensiones que permitan el acceso al paciente alrededor de la cama (incluso la cabecera) por al menos tres personas, con el correspondiente equipamiento.
	Estancia de acompañante	— Dispondrá de gases medicinales (oxígeno y vacío), tomas eléctricas y telefónicas, terminal informáticas para el profesional sanitario.
	Aseo de paciente	— Adecuada calidad ambiental de la habitación, tanto interior como exteriormente (vistas, orientación, protección solar, ruidos...).
	Estar de pacientes y acompañantes	— Buena relación con el control de enfermería de la unidad. — Aseo en la habitación con capacidad para el acceso y movimiento de una silla de ruedas, y espacio para que el paciente pueda ser ayudado por el personal de enfermería. — En el interior del aseo no existirán barreras en el suelo, de manera que la ducha sea amplia, con el suelo antideslizante. — El aseo dispondrá de lavabo, inodoro, zona de ducha y lavacañías (o sistema alternativo de evacuación de residuos). — Espacio para pertenencias del paciente, de forma que no entorpezca el movimiento del personal y de la cama (armario empotrado). — Iluminación artificial graduable; directa, indirecta y de cortesía. — Estar de pacientes y acompañantes.

Zona de apoyos generales

Dentro de la unidad se deben disponer locales de apoyo a la asistencia (alimentación, almacenes de suministros, lencería y equipos) y mantenimiento de las condiciones de limpieza de la misma (oficio de limpieza, oficio sucio y de clasificación de residuos).

Estos locales que sirven de apoyo para la prestación de esos servicios (alimentación, logística, limpieza, lencería) se localizan en una zona cercana al control de enfermería y asociada al núcleo de circulación interno del hospital.

Uno de los aspectos más importantes de esta zona son los espacios e almacenamiento de diversos materiales y equipos. Para facilitar el control del material almacenado se recomienda que estos locales se encuentren centralizados y asociados a la circulación general de la unidad. Resulta esencial disponer de un análisis previo (en la fase de programación funcional) del sistema de almacenamiento adoptado, así como la gestión de los distintos materiales, periodos de reposición, sistema de carros, etc.

Los locales que sirven de apoyo para el funcionamiento general de la unidad son:

Oficio de comidas, además de servir en su caso de llegada de los carros con la comida emplatada, puede resultar necesario para la preparación de bebidas calientes y frías a los pacientes, por lo que debe estar dotado de frigorífico para la refrigeración de productos perecederos, microondas, máquina de hielo, pequeño almacenamiento de comida deshidratada, vajilla y cubiertos, etc. El local debe disponer un lavabo y una encimera con toma de agua y desagüe.

Oficio de limpieza, este local sirve de apoyo para la actividad cotidiana del servicio de limpieza. El local debe disponer de lavabo y encimera, espacio para almacenamiento de equipo móvil y material de limpieza de las habitaciones y equipos de la unidad.

Oficio sucio y clasificación de residuos debe localizarse próximo al control de enfermería y disponer de espacio suficiente para ubicar contene-



Fotos 15 y 16: Oficio de comidas y oficio sucio.

dores diferenciados que posibilite una clasificación avanzada de los residuos clínicos, infecciosos y urbanos. Debe disponer de desinfectador de cuñas y vertedero.

Recogida de ropa sucia, local para el almacenamiento temporal de ropa sucia y material o equipos que requieren esterilización o limpieza en otras unidades centrales. El tratamiento y/o eliminación de estos materiales, así como el sistema de transporte, debe definirse por parte del hospital (programa funcional).

En algunos casos se establece un sistema de transporte neumático de ropa sucia hasta un local de servicios generales donde se recoge para su posterior tratamiento en una lavandería externa.

Espacio para sillas de ruedas debe localizarse en zona próxima al vestíbulo de acceso a la unidad y al control de enfermería.

Almacén de lencería, como para el resto del material, la dimensión y características del almacén de ropa limpia de la UEH depende de la política de almacenamiento, gestión y frecuencia de distribución. Habitualmente se realiza sobre carros que se reponen periódicamente por lo que el local no requiere la instalación de estanterías u otros sistemas de almacenamiento.

Almacén de material, se requiere un local de almacenamiento de material limpio y estéril para el uso cotidiano que se considera recomendable realizar mediante sistemas de bandejas que permitan la clasificación, reposición y control del material.



Foto 17: Almacén de material.

Almacén de equipos, resulta necesario disponer de un local para el almacenamiento de equipamiento, accesorios de camas y equipos de terapia voluminosos. El local debe estar equipado con estanterías abiertas así como disponer de un espacio libre para equipos pesados.

Vestíbulo de acceso de suministro, debe existir un núcleo específico de al menos dos ascensores de uso interno y conectado con las circulaciones generales internas del hospital, para el transporte de suministros (comida, lencería, material, equipos, limpieza, residuos, etc.).

Este núcleo de comunicación se debe encontrar asociado a un vestíbulo que puede servir a una o varias UEH.

Zona	Función	Características estructurales
Apoyos generales	Apoyo de los servicios de alimentación, logística, limpieza, lencería y residuos de la unidad	— En el interior de la unidad, vinculados al control de enfermería y la circulación interna (pacientes encamados, personal y suministros) del hospital.

Zona de personal

Dentro de la unidad, en una localización más interna (vinculada a la circulación horizontal y/o vertical del hospital) se localizan los locales de apoyo vinculados al trabajo del personal de la misma, de manera que sirvan para el trabajo de coordinación multidisciplinar.

Los locales destinados a personal clínico dentro de la UEH, son:

Sala de trabajo de personal médico y la sala polivalente (asociada a un oficio refrigerio del personal), sirven para la organización y seguimiento del estado de los pacientes, informes de alta, así como para la celebración de sesiones clínicas.

El local debe disponer de una mesa de trabajo con capacidad para cuatro personas, con espacio para ordenadores y material auxiliar, así como una mesa de reuniones para sesiones y seminarios.

Es recomendable que la ubicación de este local resulte próxima a la zona de trabajo del personal dentro del control de enfermería.



Fotos 18 y 19: Zona polivalente de trabajo de personal clínico y reuniones y aseos de personal.

Sala de reuniones polivalente, en función de la disposición y dimensión de la sala de trabajo médico, puede resultar necesario disponer de una sala de reuniones polivalente, para usos múltiples (sesiones, seminarios, docencia, etc.).

Oficio-refrigerio de personal, más que una sala separada, se requiere un pequeño espacio asociado a la sala de reuniones polivalente, que sirva de soporte al refrigerio del personal (lavabo, tomas eléctricas, pequeño frigorífico, microondas, etc.).

Aseos de personal pueden disponer de una zona asociada para taquillas en función de la descentralización de los vestuarios en el conjunto del hospital.

Tabla 6.5. Características de la zona de personal

Zona	Función	Características estructurales
Personal	Organización del trabajo del personal vinculado a los pacientes de la unidad	<ul style="list-style-type: none"> — Local de trabajo polivalente dotado de un oficio-refrigerio. — La sala de reuniones polivalente debe tener una capacidad aproximada para 12 personas. — La sala de trabajo médico para unas 4 personas.

Circulación general de la unidad

Resulta recomendable que la configuración y diseño de la circulación general de la UEH posibilite una buena orientación (para lo cual resulta conveniente disponer de referencias puntuales de luz natural), una fácil maniobrabilidad de las camas y carros de los distintos servicios, así como una adecuada relación entre los distintos locales de la UEH, más allá de tener una mera función de circulación de camas, servicios, personal y visitantes. Esta superficie generalmente no suele incluirse en el programa funcional, más que como un porcentaje de la superficie útil de los diversos locales antes considerados.

La configuración del pasillo y las variaciones que éste debe tener en relación con los distintos locales de la unidad (mostrador del control de enfermería, habitaciones de los pacientes, sala de estar de familiares y pacientes, zona de trabajo del personal clínico, acceso a las escaleras de evacuación, etc.), debe alejarse de la imagen institucionalizada y proporcionar unas condiciones ambientales amigables y próximas al entorno residencial.



Foto 20: Pasillo general de la UEH: umbral de acceso a las habitaciones de pacientes.

Los pasillos de circulación general de la unidad deben permitir el cruce de dos camas (mínimo de 2,20 metros de anchura), así como la realización del giro de las camas para el acceso a las habitaciones de los pacientes.

El espacio de circulación general de la UEH sirve, durante un amplio horario, de estacionamiento temporal de los carros de los distintos suministros (comida, limpieza, dispensación de medicamentos, etc.) y debe permitir la estancia puntual del paciente y/o acompañante, situaciones que hay compatibilizar con la circulación de otros usuarios.

Los distintos elementos relacionados con las instalaciones (puertas de registro de patinillos, bocas de incendio equipadas, columna seca, extintores, puertas de sectorización) deben ser accesibles y estar señalizadas correctamente y deben tener su propio espacio de manera que no representen ningún obstáculo para el funcionamiento cotidiano de la unidad.

Conectados a la circulación general de la unidad se pueden localizar otros locales destinados a instalaciones. En este sentido se recomienda que estos locales se reduzcan al mínimo imprescindible y que preferentemente lo sean sólo de electricidad (cuadros eléctricos) y de comunicaciones (rack), de manera que ni su funcionamiento (ruidos) ni su mantenimiento afecten a la actividad cotidiana de la unidad.

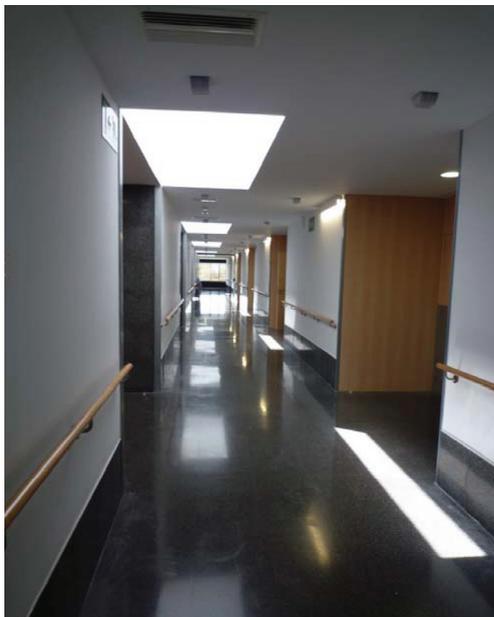


Foto 21: Pasillo general de la UEH: iluminación natural y protecciones en paredes.

Tabla 6.6. Características de la circulación general de la unidad

Zona	Función	Características estructurales
Circulación general de la UEH	Circulación interna para pacientes encamados, personal, suministros y servicios	<ul style="list-style-type: none">— Ancho mínimo de 2,20 metros.— Ámbito específico de acceso a las habitaciones de los pacientes ingresados.— Espacio ampliado en zona de vestíbulo de acceso y mostrador de control de enfermería.— Resulta deseable disponer de diversas referencias de iluminación natural.

Un aspecto a considerar en el pasillo general de comunicación de la unidad es el de la dotación de protecciones de esquinas, puertas y paredes, en relación con los impactos de los equipos, camas y carros que se transportan a través de él. Resulta necesario considerar las características específicas (altura de los elementos más exteriores) de los diversos vehículos que circulan por el pasillo para dar una respuesta adecuada a un elemento que, en general, se debería ocultar.

Programa genérico de recursos de la UEH

En el cuadro siguiente se presenta un programa genérico de locales, con inclusión de los distintos recursos contemplados para una UEH, en el que se ha contemplado la circulación general de la unidad.

En el Anexo 9 se incluye un apartado de criterios de dimensionado de la UEH, mientras el Anexo 10 es un ejemplo de programa funcional de espacios para una unidad de enfermería en hospitalización polivalente de agudos.

Tabla 6.7. Programa genérico de recursos de una UEH

UNIDAD DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE DE AGUDOS				
Zona	Local	N.º	Superficie	Total m ²
Acceso y vestíbulo	<ul style="list-style-type: none">— Entrada y vestíbulo— Estar de familiares / pacientes— Aseos de público (adaptado)— Despacho información			
Control de enfermería y apoyos	<ul style="list-style-type: none">— Mostrador del control de enfermería— Trabajo del personal de enfermería— Estar de enfermería con oficio-refrigerio— Aseo de personal del control— Oficio limpio— Sala de curas / técnicas— Baño asistido— Despacho de supervisión— Zona de equipos móviles (desfibrilador)			
Pacientes y familiares	<ul style="list-style-type: none">— Habitación de paciente— Aseo en habitación— Estar de pacientes			
Apoyos generales	<ul style="list-style-type: none">— Oficio de comidas— Oficio de limpieza— Oficio sucio y clasificación de residuos— Recogida de ropa sucia— Espacio para sillas de ruedas— Almacén de lencería— Almacén de material— Almacén de equipos— Vestíbulo de acceso de suministros			
Personal	<ul style="list-style-type: none">— Sala de trabajo de médico— Sala de reuniones polivalente— Oficio refrigerio de personal— Aseos de personal			
Circulación general de la unidad	<ul style="list-style-type: none">— Pasillo de comunicación de la unidad			

Equipamiento e instalaciones (47)

En el Anexo 9 a este documento se desarrollan los criterios de dimensionado y en el Anexo 10, el programa funcional de una UEH con 24 habitaciones de hospitalización convencional.

Los criterios y recomendaciones contenidos en ambos anexos, junto con el detalle de las principales características técnicas y la relación de equipos necesarios en cada uno de los locales considerados en el programa de espacios, que se incluye a continuación, pueden servir de ayuda para planificar el equipamiento de una UEH (48).

Tabla 6.8. Relación de equipamiento por local	
Zona/Local	Equipamiento
ACCESO Y VESTÍBULO	
Entrada y vestíbulo	Bancada de tres asientos con mesa Jardineras decorativas
Estar de familias	Armario estantería Cuadros Mesas de estar Silla sin ruedas (s/r) Sillones con ruedas (c/r) TV
Aseos de público <i>Con lavabo e inodoro</i>	Dispensadores de papel Dispensadores de toallas de papel Escobillas Espejos Papelera con tapa basculante de 25 l. Percha Dispensador de jabón
Aseo adaptado <i>Con lavabo e inodoro</i>	Dispensadores de papel Dispensadores de toallas de papel Escobillas Espejos Papelera con tapa basculante de 25 l. Percha Dispensador de jabón

(47) Este apartado está basado en: Unidad de pacientes pluripatológicos: estándares y recomendaciones. MSPS. Madrid. 2009.

(48) Se evitan referencias numéricas, pues dependen del número concreto de puestos y de las demás dimensiones características de los espacios propuestos.

Tabla 6.8. Continuación

Zona/Local	Equipamiento
<p>Despacho de información</p> <p><i>Para información a pacientes y cuidadores</i> <i>Con conexiones informáticas y telefónicas</i></p>	<p>Cuadro Estación de trabajo/ordenador Mesa modular de trabajo con cajonera Sillas s/r Sillón ergonómico c/r</p>
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS	
<p>Mostrador y zona de trabajo de personal (control).</p> <p><i>Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común.</i> <i>Adecuado para funciones de mando y control, con una zona accesible para personas en silla de ruedas; comunicaciones paciente / enfermera mediante un sistema acústico y luminoso.</i> <i>Instalación de terminal de tubo neumático.</i> <i>Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios, cuadro de alarma de gases.</i> <i>Conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<p>Armario archivo Armario estantería cerrado Cuadro Estaciones de trabajo/ordenadores Estanterías metálicas Impresora láser Mesa modular de trabajo con cajonera Mueble mostrador Papelería PDA's gestión cuidados Percha Sillas s/r Sillones ergonómicos c/r Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT Teléfono</p>
<p>Estar de enfermería.</p> <p><i>Para descanso del personal.</i> <i>Con punto de agua.</i></p>	<p>Armarios altos y bajos Cuadros Dispensador de toallas de papel Encimera con pileta, microondas y frigorífico Mesa centro Papelería con tapa basculante de 25 l. Percha Sillas Sillones de descanso Teléfono</p>
<p>Aseo del personal de control.</p>	<p>Dispensadores de papel Dispensador de jabón Dispensadores de toallas de papel Escobillas Espejos Papelería con tapa basculante de 25 l. Perchas</p>

Tabla 6.8. Continuación	
Zona/Local	Equipamiento
<p>Oficio de limpio</p> <p><i>Almacén de material limpio y preparación de fármacos.</i></p> <p><i>Punto de agua para mueble con doble pileta.</i></p>	<p>Armario vitrina colgado de 80 x 90 x 35 cm.</p> <p>Dispensador de jabón</p> <p>Dispensador de toallas de papel</p> <p>Frigorífico</p> <p>Mueble clínico con doble pileta y espacio de almacenamiento inferior</p> <p>Papelera con tapa basculante de 25 l.</p> <p>Taburete fijo de 60 cm.</p>
<p>Sala de curas/técnicas.</p>	<p>Material del carro de curas (49): antiséptico; apósitos estériles; bateas; bolsa de residuos; bolsas colectoras y de drenaje; equipo de pinzas estériles y tijeras; esparadrapo; gasas; guantes estériles y no estériles; jeringas de 10 y 50 cc.; quitapuntos (hoja de bisturí, tijeras o quitagrapas); recipientes para depositar instrumental sucio; solución hidroalcohólica; Steri-strip; suero salino.</p>
<p>Baño asistido.</p>	<p>Armario con estanterías cerrado.</p> <p>Bañera móvil.</p> <p>Dispensador de jabón.</p> <p>Dispensador toallas de papel.</p> <p>Papelera con tapa basculante.</p> <p>Perchas.</p> <p>Sistemas de comunicación tipo tel. DECT.</p>
<p>Despacho supervisión</p> <p><i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<p>Armario archivo.</p> <p>Armario estantería cerrado.</p> <p>Cuadro.</p> <p>Estación de trabajo / ordenador.</p> <p>Impresora chorro de tinta.</p> <p>Mesa de despacho con ala y cajonera</p> <p>Mesa reuniones circular</p> <p>Papelera</p> <p>Percha</p> <p>Pizarra mural</p> <p>Sillas s/r</p> <p>Sillón ergonómico c/r</p> <p>Teléfono.</p>

(49) En UEH con habitaciones dobles no es preciso habilitar una sala de curas. Se recoge en este apartado el material que debe tener el carro de curas.

Tabla 6.8. Continuación

Zona/Local	Equipamiento
Zona de equipos móviles (desfibrilador).	Carro de paradas, con el siguiente equipamiento (50): Monitor cardiaco con desfibrilador portátil, con palas Tabla para masaje cardíaco Carro de resucitación cardio-pulmonar: bolsa de insuflación manual con mascarilla Oxígeno con manómetro y flujómetro, humidificador sistema de aspiración laringoscopio con batería, 3 hojas rectas y curvas set cánulas de intubación endotraqueal set de cánula Mayo mascarillas para oxígeno sondas de aspiración medicamentos (51)

(50) Mantenimiento del carro de paradas:

Existe una norma y procedimientos para mantener operativos los equipos (baterías y fuentes de luz, entre otros) y medicamentos dentro de fecha de vencimiento de carro de paradas.

Existe profesional responsable de mantener operativos los equipos (baterías y fuentes de luz, entre otros) y medicamentos dentro de fecha de vencimiento de carro de paradas.

El equipo está instalado y cuenta con certificado de calibración y puesta en marcha otorgado por el fabricante.

El equipo cuenta con registro de mantenimiento preventivo y calibración acorde a recomendación de fabricante (hoja de vida).

(51) Relación de los fármacos imprescindibles que deben estar en el carro de paradas y de aquellos que deben estar en la planta (almacenamiento) ante situaciones críticas.

Principio activo	Denominación y volumen
Adrenalina	Adrenalina 1 mg/1ml
Amiodarona	rangorex® 150 mg/3ml
Atropina	Atropina® 1mg/ml
Cloruro cálcico	Cloruro cálcico 10%
Flumazenilo	Flumazenilo 0,5 mg / 5ml
Glucosa	Glucosmón®
Isoprotenerol	Aleudrina®
Lidocaína	Lidocaína 5%,10 ml
Midazolam	Midazolam 5 mg/5 ml
Naloxona	Naloxone® 0,4 mg/1 ml
Sulfato de magnesio	Magnesium 1,5 gr/10 ml
Propofol	Propofol Lipuro 1%, 20 ml
Cloruro sódico 0,9%	Fisiológico 10 ml

Tabla 6.8. Continuación

Zona/Local	Equipamiento
PACIENTES Y FAMILIARES	
<p>Habitación de paciente</p> <p><i>La habitación debe ser diseñada (iluminación, color, vistas) pensando en que la posición normal del paciente es la horizontal. Debe existir un dispositivo que gradúe la intensidad de la luz en la habitación. Sistema de climatización regulable y adaptado a todo tipo de minusvalía en cada habitación. Ventanas de apertura regulable y controlable por el personal de la unidad. Control acústico mediante mobiliario adecuado y paneles insonorizantes en paredes. Con panel de servicios en la cabecera de la cama, que incorpore tomas eléctricas adecuadas para el uso de equipos electromédicos, mando de control de la luminaria y sistema de llamada al personal sanitario con indicador luminoso. Sistema de control de medios audiovisuales (radio, TV, video, auriculares punto de acceso a red de voz y datos (teléfono, internet..), adecuado tanto para el trabajo del personal sanitario en una estación clínica como para el uso del paciente y/o su acompañante.</i></p>	<p>Armario Cama eléctrica con accesorios Caudalímetro Decoración Dispensador de solución hidroalcohólica* Esfingomanómetro digital portátil Mesa cigüeña para comer Mesita Silla s/r Sillón reclinable paciente Sistema de llamada personalizada TV Vacuómetro Sillón de descanso para acompañante</p>
<p>Aseo en habitación de paciente</p> <p><i>Con lavamanos, lavacuñas, inodoro y ducha; repisa; toallero, perchas, portarrollos y soporte de cuñas. Duchas a nivel del suelo para favorecer la accesibilidad de todos los pacientes; funcionamiento como ducha asistida. Grifería monomando; fluxores del inodoro de bajo nivel de ruido. Se desaconseja la iluminación con fluorescente.</i></p>	<p>Dispensador de jabón Dispensador de papel Dispensador de toallas de papel Escobilla Espejo Papelería con tapa basculante de 25l. Percha</p>
<p>Estar de pacientes y acompañantes</p>	

Tabla 6.8. Continuación

Zona/Local	Equipamiento
APOYOS GENERALES	
<p>Oficio de comidas</p> <p><i>Llegada de carros de comida y preparación de alimentos.</i></p> <p><i>Adaptado a la tecnología de preparación de comidas y distribución del hospital, con encimera con fregadero de dos senos y escurridor, espacio para almacenamiento de carros de comida.</i></p>	<p>Armario para vajilla</p> <p>Dispensador de toallas de papel</p> <p>Frigorífico</p> <p>Microondas</p> <p>Mueble escurridor, doble pileta y basura</p> <p>Papelera con tapa basculante de 25 l.</p>
<p>Almacén de limpieza.</p> <p><i>Para útiles y productos de limpieza.</i></p>	<p>Estanterías metálicas</p>
<p>Oficio de sucio y clasificación de residuos.</p> <p><i>Almacenaje de ropa sucia y basura.</i></p> <p><i>Punto de agua.</i></p>	<p>Dispensador de jabón</p> <p>Dispensador de toallas de papel</p> <p>Mueble de doble pileta y basura</p> <p>Papelera con tapa basculante de 25 l.</p>
<p>Espacio para sillas de ruedas y grúas para movilizar a enfermos encamados.</p> <p><i>Fuera del espacio de la unidad.</i></p>	<p>Grúas para la movilización de pacientes encamados</p> <p>Sillas de ruedas para transporte de pacientes</p>
<p>Almacén de lencería.</p> <p><i>Para ropa limpia.</i></p>	<p>Carros de lencería para ropa limpia</p> <p>Estanterías metálicas</p>
<p>Almacén de material y equipos.</p> <p><i>Para aparatos y equipos.</i></p>	<p>Estanterías metálicas</p>
<p>Almacén de material fungible.</p> <p><i>Para pequeño material de uso habitual.</i></p> <p><i>Espacio para carros de suministro de material mediante sistemas de reposición periódica.</i></p> <p><i>Sistemas modulares de estanterías con altura superior a la de los carros.</i></p> <p><i>Espacio adecuado para almacenamiento de sueros.</i></p>	<p>Estanterías metálicas</p> <p>Sistema de almacenamiento de doble cajetín</p>
<p>Almacén de equipos.</p>	
<p>Vestíbulo de acceso a suministros.</p>	<p>Bancada de tres asientos con mesa</p>

Tabla 6.8. Continuación

Zona/Local	Equipamiento
PERSONAL	
Sala de trabajo de médico <i>Con acceso a la red de voz y datos.</i>	Armario archivo Armario estantería cerrado Cuadro Estaciones de trabajo / ordenadores Impresora láser Mesa de despacho con ala y cajonera Papelera Percha Pizarra mural Silla s/r Sillón ergonómico c/r.
Sala de reuniones polivalente <i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i>	Armarios archivo Cañón de proyección Cuadros Estaciones de trabajo / ordenadores Estanterías de madera Impresora láser Mesa circular de reuniones Negatoscopio(51) Papelera Percha Pizarra mural Sillas s/r Teléfono
Oficio de refrigerio de personal.	Armarios altos y bajos Cuadros Dispensador de toallas de papel Encimera con pileta, microondas y frigorífico Mesa centro Papelera con tapa basculante de 25L Percha Sillas Sillones de descanso Teléfono
Aseo y vestuario de personal <i>Con características similares a los aseos de visitantes.</i>	Dispensador de jabón Dispensadores de papel Dispensadores de toallas de papel Escobillas Espejos Papelera con tapa basculante de 25 l Percha

6.2. Material sanitario. Esterilización

Los centros sanitarios deberán controlar el almacenamiento y distribución del material e instrumental sanitario, con especial atención a su caducidad.

Asimismo, deberán disponer de un espacio seguro destinado al almacenamiento de material e instrumental sanitario, con capacidad adecuada para las necesidades de los mismos y que permita su clasificación y control. Además, deberán garantizar, mediante sistemas de distribución adecuados, la disponibilidad del material necesario para el desarrollo de las actividades propias de la unidad. En la medida que sea posible, se recomienda la utilización de procedimientos de sistemas de reposición periódica (Ej.: de doble cajetín).

Se deberá garantizar el uso adecuado del material estéril. El material de uso único deberá desecharse después de la atención a cada paciente, sin que sea posible en ningún caso su reutilización. El embalaje del material estéril deberá señalar siempre la fecha de la esterilización así como la fecha límite de utilización.

Todo material o instrumental no desechable que atraviese la piel o las mucosas o que contacte con mucosas, sangre u otros fluidos orgánicos deberá ser limpiado y esterilizado antes de su uso en cada paciente, mediante un sistema eficaz y adecuado a sus características.

Siempre que lo requiera la actividad, se utilizarán elementos de protección personal para los profesionales y los pacientes.

6.3. Prevención y control de las enfermedades transmisibles

Los centros sanitarios deberán establecer los procedimientos adecuados para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles en el medio hospitalario. Dichos procedimientos deberán analizar los procesos asistenciales que se desarrollen específicamente en la unidad y definir las pautas de actuación que resulten pertinentes.

En general, la UEH es un lugar con unos requerimientos frente al riesgo de adquisición de enfermedades transmisibles similares a otras unidades asistenciales equivalentes, dispositivos o lugares donde se realicen procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Como en estos lugares, dicho riesgo de adquisición puede ser tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios, y en ambos sentidos de transmisión. Por ello, deben ser ob-

servadas las *precauciones universales* y las políticas hospitalarias de control de infección.

6.4. Protocolo de limpieza

La UEH deberá mantener en óptimas condiciones de limpieza e higiene sus dependencias, instalaciones, equipamiento y material e instrumental sanitario.

Existirá un protocolo de limpieza, desinfección, desinsectación y desratización de la unidad, que atienda a sus especificidades. Este protocolo estará acompañado del contrato de prestación de servicio que garantice su cumplimiento, salvo que se realice su ejecución con medios propios.

Asimismo, deberá existir un protocolo de limpieza, desinfección y, en su caso, de esterilización del equipamiento, material e instrumental sanitario no desechable.

6.5. Gestión de residuos sanitarios

Los centros sanitarios con UEH tienen la obligación de identificar y clasificar los residuos sanitarios, garantizando su adecuada retirada y eliminación.

A los efectos de cumplir con la anterior obligación, deberán contar con un protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de los residuos sanitarios, adaptado a la legislación vigente, que deberá ser conocido y aplicado por el personal de la unidad

7. Recursos humanos

7.1. Registro de personal sanitario

En los centros con UEH deberá haber un registro actualizado de los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su vinculación jurídica y la modalidad y lugar de prestación de la asistencia.

El registro incluirá los datos siguientes: número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo, y además, cuantos otros sean preceptivos de acuerdo con los principios generales establecidos por el Consejo Interterritorial del SNS en desarrollo de lo previsto en la legislación de ordenación de profesiones sanitarias.

El registro de profesionales sanitarios se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará, al menos, una vez cada tres años, verificando el cumplimiento por parte de los profesionales de los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión.

Se constará en el registro de profesionales sanitarios la adscripción de cada profesional a la unidad funcional en que preste servicio y, específicamente, a la UEH.

7.2. Expediente personal

Todos los centros sanitarios dispondrán de un expediente personal de cada profesional sanitario, incluyendo el personal que se encuentre en la situación de pasivo, en el que se conservará toda la documentación relativa a la titulación, formación especializada, experiencia profesional y vida laboral.

Se garantizará el derecho de acceso del interesado, así como la seguridad y confidencialidad de los datos personales.

7.3. Titulación y funciones

El personal ejercerá su profesión de acuerdo con los principios, condiciones y requisitos contenidos en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y en las demás normas legales y deontológicas aplicables (52).

(52) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

El personal necesario en una UEH responde a las siguientes titulaciones:

- **Coordinadora asistencial de la UEH/gestora de cuidados/supervisora.** Sus funciones han sido descritas en el apartado 5.5.1. Una descripción más detallada de la finalidad y actividades del puesto de trabajo de supervisora se recoge en el Anexo 11. En todo momento se deberá conocer públicamente quién es el responsable y la persona en que, en su caso, se delega, por lo que este aspecto deberá estar contemplado en las normas de funcionamiento de la unidad.
- **Personal de enfermería.** Las funciones asistenciales que desarrollan las enfermeras y auxiliares de enfermería en la UEH son:
 - Identificar problemas y necesidades actuales y potenciales del paciente y la familia.
 - Realizar diagnósticos de enfermería y planificación de cuidados según objetivos y prioridades.
 - Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente.
 - Administrar los tratamientos prescritos.
 - Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermera-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona enferma.
 - Proveer medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.
 - Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento.
 - Permanecer al lado del paciente estableciendo una relación de ayuda a través del acompañamiento.
 - Alentar al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el autocuidado y la autoestima.
 - Realizar la evaluación del dolor u otros síntomas, identificando causas, mecanismo fisiopatológico y poner en práctica las medidas adecuadas para aliviar el sufrimiento.
 - Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
 - Observar, registrar y comunicar al resto del equipo sobre los cambios en el estado del paciente (53).
 - Prevenir complicaciones y situaciones de crisis (54).
 - Alentar la comunicación a través del tacto y otras medidas no verbales.

(53) Sistemas de “seguimiento y activación” (véase apartado 5.3.2.1.).

(54) Sistemas de “alarma precoz” y “servicios ampliados de cuidados críticos” (véase apartado 5.3.2.2.).

- Brindar soporte, información y entrenamiento a la familia permitiendo una activa participación de la misma en los cuidados.
- Orientar el apoyo emocional del paciente y sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales.
- Brindar soporte a la familia en el período de duelo.

Dentro del equipo de enfermería (55) corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades (56).

- **Médicos.** Especialistas de cada una de las especialidades que participan en la unidad.
- **Celador**/personal de transporte interno y gestión auxiliar.

Es adecuado que colaboren con la UEH:

- **Trabajador social.** Planificación del alta. Evaluación del riesgo social. Planificar modelos de intervención que prevengan y resuelvan los problemas de origen social que afecten a la salud o que obstaculicen los cuidados del paciente y su cuidador. Coordinación con recursos sociosanitarios y sociales.
- **Dietista/Nutricionista** (57).
- **Fisioterapeuta.** Mantenimiento de la movilidad del paciente, fisioterapia respiratoria, promover la funcionalidad del paciente para las actividades de la vida cotidiana, recuperación / rehabilitación precoz. La relevancia que la rehabilitación precoz tiene en personas mayores ha sido enfatizada en el documento de estándares y recomendaciones de las unidades de pacientes pluripatológicos¹⁷, así como la movilización precoz tras intervenciones quirúrgicas, como la cirugía de cadera¹⁷². La rehabilitación precoz es también esencial en procesos agudos como el ictus¹⁷³ o el síndrome coronario agudo¹⁷⁴.
- **Farmacéutico.** Asesoramiento, documentación, conciliación de la medicación y ajuste de dosis.

(55) Para el concepto de “equipo” consúltese el artículo 9 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

(56) Artículo 7.a) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

(57) Se debe disponer de un plan de detección precoz del paciente malnutrido, que puede ser realizado por enfermería.

7.4. Identificación y diferenciación del personal

Los centros sanitarios con UEH adoptarán las medidas necesarias para garantizar la identificación de su personal y la diferenciación del mismo según su titulación y categoría profesional ante los usuarios o sus acompañantes, de modo que a estos les sea posible conocer quién los atiende.

El personal sanitario estará diferenciado por categorías profesionales reconocibles por el uniforme e identificado mediante una tarjeta personal, en la que conste de forma visible su nombre, apellidos y categoría laboral.

El profesional sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse cuando así sea requerido por el paciente o usuario, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función, siempre que ésta no sea correctamente percibida por el paciente.

7.5. Medios documentales

Para el correcto ejercicio de su profesión, los centros facilitarán al personal sanitario que preste servicio en la UEH, en función de su categoría profesional, los siguientes recursos:

- a) El acceso a la historia clínica de sus pacientes.
- b) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y asistencial.
- c) Las normas escritas de funcionamiento interno, así como la definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicas de la unidad.
- d) La documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
- e) Los procedimientos, informes, protocolos de elaboración conjunta o indicadores que permitan asegurar la continuidad asistencial de los pacientes.

7.6. Formación continuada

La UEH debe adoptar las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continuada, investigación y docencia de sus profesionales.

La UEH dispondrá de un programa de formación para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a la seguridad de los pacientes y la calidad, adaptado a sus características.

7.7. Criterios para el cálculo de los recursos necesarios

Los recursos de personal que se consideran necesarios varían en función de los pacientes atendidos y la cartera de servicios de la UEH. No es infrecuente encontrar referencias de dimensionado de personal de enfermería en las UEH referidos al número de camas, sin embargo el sujeto de los cuidados de enfermería no son las camas sino los pacientes y su número y complejidad pueden variar entre UEH (variaciones en los niveles de complejidad de los cuidados), así como estacionalmente (variaciones en las tasas de ocupación de la UEH).

Asimismo, las actividades de enfermería dentro de la UEH están condicionadas por el funcionamiento de las unidades y servicios, tanto clínicos como de soporte, que se relacionan con ella, así como por las facilidades o dificultades para el ejercicio de sus actividades condicionadas por aspectos estructurales, funcionales, de equipamiento e instalaciones. Una adecuada organización y funcionamiento del conjunto del hospital: diagnóstico por imagen, laboratorio, gestión de pacientes, limpieza, mantenimiento, restauración, por poner sólo algunos ejemplos, contribuyen notablemente a que el personal de enfermería pueda dedicar la mayor parte de su tiempo a los cuidados directos al paciente, lo que debería ocupar el 70% de su tiempo (90% a actividades que añadan valor al proceso asistencial).

La actividad médica influye de forma notable en la utilización del tiempo de enfermería. Como se ha comentado, los pases de visita multidisciplinarios deben formar parte de la rutina asistencial, por lo que debe haber un acuerdo entre profesionales para la realización de éstos (véase 5.3.2.4.).

Asimismo, la estructura física, instalaciones y equipamiento tienen una notable influencia en la productividad de enfermería. Unidades con escaso número de camas, distancias superiores a 30 metros desde el control a la habitación, inadecuados sistemas de comunicación entre habitación y control, camas inadecuadas (o transporte en camillas), inexistencia de sistemas mecanizados de transporte y recogida de muestras, inexistencia de unidosis, inexistencia de sistemas de reposición de material (doble cajetín), etc. disminuyen los rendimientos del personal de enfermería y, por el contrario, su existencia debería aumentarlos.

En una revisión sistemática de los métodos indirectos (Medicus, Exchaquet, Método Montesinos, IPSI y DNS)¹⁷⁵ y directos (PRN, SIIPS y SIGNO II)^{176,177}, de medición del “trabajo enfermero” se concluyó que “la falta o la escasa validación dificulta la consolidación de los instrumentos y limita la validez de contenido y de criterio”. Una conclusión similar a la ya

referida del IoM²⁵ y a la de la AHRQ, que concluía que “aunque los sistemas de clasificación de pacientes son utilizados para múltiples propósitos, son un instrumento inadecuado para determinar las necesidades diarias o por turno de plantilla de enfermería. Además, la mayoría de estos sistemas son específicos para un hospital o unidad de enfermería. La validez y fiabilidad de estos sistemas son inconsistentes y no pueden ser comparados entre sí”¹⁷⁸. Para evitar los mencionados problemas el informe del IoM recomendaba que los hospitales incorporaran prácticas de cálculo de plantillas de enfermería que identifiquen las necesidades por unidad y turno. Estas prácticas deberían:

- Incorporar estimaciones de volumen de pacientes que tengan en consideración las admisiones, altas y pacientes de hospital de día, en adición al número de pacientes ingresados en un determinado momento.
- Involucrar a los profesionales que prestan cuidados directos en la determinación y evaluación de los métodos utilizados para fijar los niveles adecuados de plantilla por unidad y turno.
- Prever una cierta elasticidad dentro de cada programación de turnos para adecuarse a variaciones imprevistas en volumen de pacientes y gravedad que produzcan variaciones en la carga de trabajo. Los métodos recomendados son programar un exceso de plantilla y contar con un grupo de enfermeras con entrenamiento cruzado que pueda reforzar distintas unidades dentro del hospital. La utilización de enfermeras de agencias externas debe ser evitada.
- Reforzar el papel de la enfermería (en especial de la coordinadora asistencial o supervisora) para regular el flujo de trabajo en la unidad y el establecimiento de criterios para el cierre de la unidad a nuevas admisiones o traslados por necesidades derivadas de la carga de trabajo o plantilla.
- Involucrar a los profesionales que prestan cuidados directos en la identificación de las causas de la rotación de enfermería y desarrollar métodos para mejorar la retención de profesionales de enfermería.

Un trabajo del Colegio de Diplomados de Enfermería de Cataluña concluyó con un conjunto de recomendaciones similares a las del IoM, agrupándolas en cinco grandes ejes, de los cuales se han adaptado las siguientes recomendaciones para este documento¹⁷⁹:

1. Gestión de cuidados:

- Definir estándares de cuidados de enfermería y evaluar de forma homogénea los resultados, comparándose con las mejores prácticas. La tabla del Anexo 11, extraída de la citada publicación, puede servir de guía para la dotación de personal de enfermería en las UEH.
- Distribuir a los pacientes en UEH prevaleciendo los criterios de patrón de cuidados y perfil de pacientes sobre la especialidad médica (58).

2. Gestión de personas:

- Adoptar políticas de recursos humanos dirigidas al desarrollo profesional de las enfermeras.
- Implantar una dirección participativa.
- Buscar formas de estabilización contractual.
- Fomentar la potenciación de los profesionales competentes y responsables con políticas retributivas basadas en competencia y los resultados (pactos de objetivos).
- Direcciones y responsables profesionalizados.

3. Organización:

- Desarrollar formas organizativas que favorezcan la relación interdisciplinaria, el reconocimiento de las competencias y la autonomía profesional.
- Mejorar el funcionamiento de los servicios de soporte asistencial y no asistencial.

Las necesidades de otro personal asignado o que colabora con la UEH: trabajador social, auxiliar administrativo, auxiliar de transporte/celador, fisioterapeuta, dietista, farmacéutico, dependen de múltiples variables, que incluyen el perfil de pacientes de la UEH, los sistemas organizativos y de gestión, la estructura física, instalaciones y equipamiento del hospital, incluyendo sistemas de información, comunicación y transporte, por lo que no es posible establecer recomendaciones sobre el dimensionado de estos recursos, debiendo adaptarse a las características específicas de cada centro.

(58) Se han señalado, en el apartado 5.7., gestión de pacientes, algunos criterios en relación con este aspecto. Tendencias como la creación de unidades de pacientes pluripatológicos se dirigen en el mismo sentido que esta recomendación.

8. Calidad

8.1. Autorización y registro

Desde el punto de vista administrativo la autorización de funcionamiento de la UEH descansa en la del centro hospitalario o sociosanitario en el que se integra.

8.2. Acreditación y auditoría

En el apartado 2.1.2.2. se han señalado los criterios de acreditación que en algunas CC.AA. afectan a las UEH, recogidos en el Anexo 1 los criterios del sistema de acreditación de hospitales de Cataluña que afectan a las UEH.

Asimismo, los estándares de acreditación de hospitales establecidos por la Joint Commission tienen —la mayoría de ellos— aplicación a la UEH37.

8.3. Indicadores

El NQF aprobó en 2004 unos estándares nacionales voluntarios para la asistencia sensible a los cuidados de enfermería⁴⁴ (59), con tres categorías de medidas:

Medidas de resultado centradas en los pacientes:

- % de pacientes ingresados por cirugía mayor que sufren una complicación adquirida en el hospital y fallecen.
- % de pacientes ingresados que desarrollan una UpP en el hospital.
- % de caídas de pacientes por días de estancia.
- % de caídas con lesiones por días de estancia.
- % de pacientes que sufren inmovilización.
- Tasa de infecciones urológicas relacionadas con las sondas urinarias.
- Tasa de infecciones sanguíneas asociadas al uso de catéter venoso central (UCI y unidades de cuidados críticos).
- Tasa de neumonías asociadas al uso de respiradores en UCI y unidades de cuidados críticos.

(59) <http://www.qualityforum.org/nursing/#measures>. Consultado el 12.01.09.

Medidas centradas en las intervenciones de enfermería:

- Consejo de abandono del tabaquismo tras infarto agudo de miocardio.
- Consejo de abandono del tabaquismo por insuficiencia cardiaca.
- Consejo de abandono del tabaquismo tras neumonía.

Medidas centradas en el sistema:

- % de horas de enfermeras sobre auxiliares de enfermería sobre el total de horas de enfermería.
- Horas de enfermera y horas totales de personal enfermería (DUE y auxiliares de enfermería) por paciente y día.
- Índice de trabajo de enfermería (60).
- Rotación voluntaria del personal de enfermería.

El IHI utiliza los siguientes indicadores para evaluar el progreso en los procesos que recomienda introducir (pases de visita multidisciplinarios y equipos de respuesta rápida, entre otros) así como otros indicadores de calidad, como la satisfacción del paciente.

Medidas de resultados:

- Códigos de emergencia vital/1.000 días de estancia. Se define como “código” la resucitación cardiopulmonar o la intubación. El objetivo debería ser 0 códigos.
- Lesiones por caídas / 1.000 días de estancia. El objetivo es que este indicador sea < 1 .
- % rotación voluntaria de enfermería. El IHI lo mide por el número de traslados voluntarios y no controlados por la UEH dividido por el número de equivalentes a tiempo completo de esa unidad durante un período de tiempo. El objetivo es que este indicador sea $< 5\%$.
- Desarrollo del equipo y satisfacción de la plantilla. El objetivo es que $> 95\%$ responda que está satisfecho o muy satisfecho con su trabajo. La muestra de personal encuestado incluye a los médicos que con mayor frecuencia actúan en la UEH.

Medidas de proceso

- Utilización del “equipo de respuesta rápida” (cuidados críticos ampliados). Número de llamadas al equipo de respuesta rápida durante un período determinado.

(60) Se trata de un índice compuesto por cinco sub-escalas que miden la implicación de la enfermería en la gestión del hospital, formación y ambiente de trabajo.

- % de pacientes a los que se evalúa el riesgo de UpP.
- % de readmisiones en los 30 días posteriores al alta.

Satisfacción del usuario

- % de pacientes que recomendarían la UEH.

Dentro de España, el hospital de Puerta de Hierro (Madrid) puso en marcha un procedimiento auditor de evaluación de objetivos de enfermería que se ha confirmado como una herramienta efectiva para mejorar la calidad del trabajo en las unidades de enfermería. Aunque el estudio de clasificación realizado en las UEH indicaba una homogeneidad general, permitía poner en evidencia situaciones más críticas así como aquellas unidades cuyos resultados podían mejorar¹⁸⁰. Entre los indicadores manejados en este proyecto se encontraban los relativos a:

- Protocolo de acogida.
- Valoración de enfermería al ingreso.
- Plan de cuidados del paciente con problemas médicos y quirúrgicos.
- Errores en la medicación.
- Úlceras por presión.
- Norma de cumplimentación de informe de caídas.
- Sondaje vesical.

Asimismo, se pueden aplicar los indicadores específicos para la hospitalización¹⁸¹ (61):

Se recomienda incorporar el seguimiento de una serie de indicadores de calidad para la adecuada gestión de la UEH, como son los siguientes: estancia media ajustada por casuística, la estancia media ajustada por funcionamiento, tasas de mortalidad, códigos de emergencia vital / 1000 días de estancia, tasas de reingresos, tasa de reacciones adversas a medicamentos, tasa de infección hospitalaria, tasa de caídas, tasa de reacciones transfusionales, tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria, porcentaje de rotación voluntaria de enfermería, porcentaje de personas de la plantilla que están satisfechos o muy satisfechos con su trabajo.

- Estancia media ajustada por casuística < 1.

$$EMAC = \text{Sumatorio (GRD a GRD) (Altas E* EMU) / Total de Altas E}$$

(61) Adaptado de Indicadores Clave del SNS. Ficha técnica de los indicadores clave del SNS. Diciembre de 2007. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se trata de la estancia promedio que tendría una determinada unidad estudiada (U) si atendiera con la estancia media que presenta (EMU) en cada uno de los GRD, a los pacientes del estándar (Altas E), es decir, al universo de comparación. Para los cálculos se excluyen los casos extremos. Se recomienda compararse con el estándar más bajo de entre el conjunto del SNS o el correspondiente al “cluster” de hospitales en donde esté ubicada la UEH (62).

- Estancia media ajustada por el funcionamiento < 1 .

$EMAF = \text{Sumatorio (GRD a GRD...)} (\text{Altas U} * \text{EME}) / \text{Total Altas U}$

Es la estancia media que habría tenido una determinada unidad estudiada (U) si hubiera atendido a sus mismos casos (Altas U) con la estancia media que para cada GRD ha tenido el Estándar * (EME). Para los cálculos se excluyen los casos extremos. Se recomienda compararse con el estándar más bajo de entre el conjunto del SNS o el correspondiente al “cluster” de hospitales en donde esté ubicada la UEH.

- Tasas de mortalidad intrahospitalaria global y para determinados procesos (intervención quirúrgica, angioplastia coronaria, fractura de cadera, postinfarto, pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, pacientes con hemorragia intestinal y pacientes con neumonía.

$[a / b] * 1.000$

- a) Número de altas hospitalarias por fallecimiento, total y para cada uno de los procesos seleccionados.
- b) Total de altas y altas por cada proceso.

Para definir las diferentes categorías:

— Tras intervención quirúrgica: se considerarán todas las altas clasificadas en un GRD quirúrgico.

— Tras angioplastia coronaria: se considerarán todas las altas con código CIE9MC 3601, 3602, 3605 ó 3606 ó 3607 en cualquier campo de procedimiento.

— Tras fractura de cadera: se considerarán todas las altas con código CIE9MC: 82000, 82019, 82001, 82020, 82002, 82021, 82003, 82022, 82009, 82030, 82010, 82031, 82011, 82032, 82012, 8208, 82013, 8209 en el campo de diagnóstico principal.

— Post infarto: se considerarán todas las altas con código CIE9MC 41001, 41051, 4101, 41061, 41021, 41071, 41031, 41081, 41041 ó 41091 en el campo de diagnóstico principal.

(62) http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NORMA_GRD_2007_Cluster.xls

— Pacientes con insuficiencia cardiaca: se considerarán todas las altas con código CIE9MC 39891, 42821, 40201, 42822, 40211, 42823, 40291, 4289, 40401, 42830, 40403, 42831, 40411, 42832, 40413, 42833, 40491, 42840, 40493, 42841, 4280, 42842, 4281, 42843 ó 42820 en el campo de diagnóstico principal.

— Pacientes con hemorragia intestinal: se considerarán todas las altas código CIE9MC 578X, 53783, 56985, 56202, 56203, 56212, 56213, 535X1, 5320X, 5322X, 5324X, 5326X, 5310X, 5312X, 5314X, 5316X, 5340X, 5342X, 5344X, 5346X, 5330X, 5332X, 5334X, 5336X en el campo de diagnóstico principal.

— Pacientes con neumonía: se considerarán todas las altas con código CIE9MC 00322, 4831, 0212, 4838, 0391, 4841, 0521, 4843, 0551, 4845, 0730, 4846, 1124, 4847, 1140, 4848, 1144, 485, 1145, 486, 11505, 48230, 11515, 48231, 11595, 48232, 1304, 48239, 1363, 48240, 4800, 48241, 4801, 48249, 4802, 48281, 4808, 48282, 4809, 48283, 481, 48284, 4820, 48289, 4821, 5070, 4822, 5100, 4824, 5109, 4829, 5110, 4830, 5130 en el campo de diagnóstico principal.

- Códigos de emergencia vital / 1000 días de estancia.
- Tasas de reingresos: global y urgente tras cirugía programada, postinfarto y urgente por asma

Fórmula [a / b] * 1.000

a) Número de altas hospitalarias con reingresos.

b) Total de altas por esa causa del período. Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa en el mismo hospital dentro de los 30 días siguientes al alta.

Excluye los reingresos en los que el GRD del nuevo ingreso pertenece a la CDM:

— CDM 21: Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos. CDM 22: Quemaduras y CMD 25: Politraumatismos

— Los episodios índices corresponden a altas con ingreso programado y GRD quirúrgico.

— Los episodios índices corresponden a altas con código 410.X en el diagnóstico principal.

— Los episodios índices corresponden a altas con código 493.XX en el diagnóstico principal.

- Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos.

Fórmula [a / b] * 1.000

a) Número de notificaciones sobre sospecha de reacción adversa a medicamentos, realizadas en un determinado período de tiempo.

b) Altas en ese período.

Se incluyen todas aquellas notificaciones realizadas por cualquier profesional de la salud, al SEFV e incluidas en la base de datos FEDRA.

- Tasa de infección hospitalaria:

Fórmula $[a / b] * 1.000$

- a) Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año.
- b) Total de altas en ese año.

El numerador incluye las altas hospitalarias en las que figure en cualquier posición de diagnóstico secundario, los códigos 999.3, 996.6x, 998.5x ó 519.01. Exclusiones y/o excepciones: en la definición de origen (Agency for Healthcare Research and Quality) se excluyen los casos con estancia inferior a 2 días y cualquier código que indique que el paciente es o está en una situación de inmunodepresión o de cáncer.

- Tasa de reacciones transfusionales:

Fórmula $[a / b] * 1.000$

- a) Número total de altas hospitalarias que incluyen reacciones a la transfusión, en un año.
- b) Total de altas en ese mismo año.

En el numerador se incluyen, en cualquier posición de diagnóstico secundario, los códigos 999.5 al 999.8 ó el E876.0 de la clasificación CIE-9 en su versión MC. Se consideran excluidos los casos en los que la reacción transfusional figure como código de diagnóstico principal. El Health Care Quality Indicators Project (OECD): incluye los códigos siguientes: 9996 ABO Incompatibility Reaction, 9997 RH Incompatibility Reaction, E8760 Mismatched Blood In Transfusion y la excepción de altas en pacientes de 18 años o más o de la categoría diagnóstica mayor 14 (embarazo parto y puerperio).

- Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria:

Fórmula $[a / b] * 1.000$

- a) Número de altas hospitalarias de más de 4 días de estancia, con diagnóstico de úlceras por presión, en un año.
- b) Total de altas del período de más de 4 días de estancia en ese año.

El numerador incluye todas aquellas altas en las que consta, en cualquier posición de diagnóstico secundario, el código 707.0 de la clasificación CIE-9 MC. Exclusiones: Altas con días de estancia inferior o igual a 4. Úlcera por

decúbito como diagnóstico principal. Altas de categoría diagnóstica mayor (CDM) 9 (piel y tejido subcutáneo), 14 (Embarazo, parto y puerperio), pacientes con diagnósticos de hemiplejía y paraplejía, espina bífida o daño cerebral por anoxia (definición de la Agency for Healthcare Research and Quality).

- Tasa de caídas:

Fórmula $[a / b] * 1.000$

a) Número de altas hospitalarias de más de 4 días de estancia, con información de caída durante su estancia en UEH, en un año.

b) Total de altas del periodo de más de 4 días de estancia en ese año.

- % rotación voluntaria de enfermería.
- % de personas de la plantilla que están satisfechos o muy satisfechos con su trabajo (63).

Por último, se deben realizar encuestas de satisfacción que permitan evaluar la calidad aparente o percibida por el usuario y su familia. Para hacer comparables las encuestas de satisfacción entre UEH, se podría utilizar la formulación de la pregunta y de la contestación conforme a la metodología del Barómetro Sanitario de forma que todas las encuestas incluyan la misma pregunta de satisfacción global:

— ¿En general, la atención que ha recibido en la UEH ha sido...?
Muy buena; Buena; Regular; Mala; Muy mala; N.S. / N.C.

Con: $[a / b] * 100$, siendo:

a) Encuestados que han acudido en el último año a la UEH que declaran haber recibido una atención buena o muy buena.

b) Encuestados que han utilizado dichos servicios en el último año.

Se configura, por tanto, un conjunto de indicadores, que se resumen en la siguiente tabla:

(63) El hospital o servicio de salud deberá elaborar un cuestionario con la participación de los profesionales que permita la comparación entre UEH dentro del hospital e intercentros.

Tabla 8.1. Indicadores de calidad y asistenciales de la UEH

Indicador de la calidad	Indicador	Cálculo
1. Eficiencia y calidad científico-técnica de la UEH	EMAC Estancia media ajustada por casuística	$\Sigma(\text{GRD a GRD}) (\text{Altas E} * \text{EMU}) / \text{Total de altas E}$
	EMAF Estancia media ajustada por el funcionamiento	$\Sigma(\text{GRD a GRD...}) (\text{Altas U} * \text{EME}) / \text{Total altas U}$
	Tasa de mortalidad hospitalaria	$[a / b] * 1000$ a Número de altas hospitalarias por fallecimiento, total y para cada uno de los procesos seleccionados. b Total de altas y altas por cada proceso.
	Tasa de códigos de emergencia vital / 1.000 días de estancia	$[a / b] * 1000$ a Número de RCP o intubaciones en la UEH. b Días de estancia en la UEH.
	Tasa de reingresos	$[a / b] * 1.000$ a Número de altas con reingresos en el hospital en un período < 30 días. b Total de altas en la por esa UEH.
	Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos	$[a / b] * 1.000$ a Número de altas hospitalarias con reingresos. b Total de altas por esa causa del período.
	Tasa de infección hospitalaria	$[a / b] * 100$ a Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año. b Total de altas en ese año.
	Tasa de reacciones transfusionales	$[a / b] * 100$ a Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año. b Total de altas en ese año.
	Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria	$[a / b] * 1.000.$ a Número de altas hospitalarias de más de 4 días de estancia, con diagnóstico de úlceras por presión, en un año. b Total de altas del período de más de 4 días de estancia en ese año.
	Tasa de caídas	$[a / b] * 1.00.$ a Número de altas hospitalarias de más de 4 días de estancia, con información de caída durante su estancia en UEH, en un año.

Tabla 8.1. Continuación

Indicador de la calidad	Indicador	Cálculo
		b Total de altas del periodo de más de 4 días de estancia en ese año.
2. Desarrollo y satisfacción profesional	Índice de satisfacción	[a / b] *100 a Encuestados que declaran estar satisfechos o muy satisfechos con su trabajo y desarrollo profesional. b Total de encuestados.
3. Calidad percibida por el usuario de la UEH	Índice de satisfacción	[a / b] *100 a Encuestados que han acudido en el último año a la UEH que declaran haber recibido una atención buena o muy buena. b Encuestados que han utilizado dichos servicios en el último año.

9. Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de la UEH

Se recomienda que **se realice una revisión y actualización de este informe en un plazo no superior a diez años.**

A lo largo del proceso de debate para la elaboración de este informe se han identificado lagunas de conocimiento, en especial en lo referente a la disponibilidad de información y experiencia contrastada sobre el funcionamiento de las UEH en el sistema sanitario español. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que la próxima revisión recoja, además de los tópicos abordados en este documento, los siguientes.

Un análisis sistemático de los **indicadores** de la UEH, que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en el apartado 8 de este informe.

A lo largo del documento se han hecho algunas recomendaciones en aspectos organizativos y de gestión relativamente novedosas, o que reimplantan procesos en la organización y gestión de la UEH que han sido abandonados: la generalización de los pases de visita interdisciplinares diarios (incluyendo festivos), el desarrollo de los “cuidados críticos ampliados”, la implantación de forma sistemática de la planificación precoz del alta, el desarrollo de “unidades de convalecencia” gestionadas por personal de enfermería, etc. Se deberían desarrollar proyectos piloto que evalúen los costes y beneficios de la implantación de estos instrumentos organizativos y de gestión.

Anexo 1.

Criterios de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña que afectan a la hospitalización ⁽⁶⁴⁾

1. Estándares esenciales específicamente referidos a la hospitalización

Criterio 5: Procesos

Subcriterio 5.b: Producción, distribución y servicio de atención de los productos y servicios.

Agrupador conceptual: Atención en la hospitalización- 03

Definición: La organización dispone de un proceso de atención para el cliente hospitalizado, respondiendo a las políticas y estrategias establecidas. Se entiende como hospitalización aquel servicio que se presta al cliente cuando está internado en un hospital/centro sanitario. También incluye la unidad de cuidados intensivos y otras hospitalizaciones especiales.

Objetivo: La organización garantiza:

- La posibilidad de ingresar durante las 24 horas del día y todos los días del año.
- La asistencia durante el ingreso con procedimientos de probada eficiencia.

(64) Tomado de: Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 1. Estándares esenciales, Volumen 2. Estándares no esenciales. Generalitat de Catalunya Departament de Salut.

- La continuidad del servicio ofrecido, mediante la conexión con el servicio o destino correspondiente, una vez que se ha producido el alta.

Medidas:

- La organización garantiza la incorporación y asistencia de los clientes en las unidades de hospitalización durante las 24 horas del día y todos los días del año.
- La organización dispone de procedimientos para la acogida del cliente en la unidad de hospitalización.
- En los casos en que los clientes ingresan derivados de otros servicios, se requiere el acompañamiento de la información asistencial completa.
- Hay procedimientos que determinan la evaluación y tratamiento del dolor.
- Hay procedimientos que determinan la evaluación y la atención especial en los casos de cuidados paliativos.
- Los clientes son informados, previamente al ingreso, sobre las normas internas del hospital/centro.
- Las necesidades médicas y de enfermería son determinadas en la evaluación inicial y se documentan en la historia clínica.
- La organización aplica un procedimiento por el cual el médico documenta el ingreso del cliente.
- El cliente y/o quien lo represente (según corresponda) son informados de las características de la enfermedad, los métodos diagnósticos y tratamientos aconsejados, en lenguaje comprensible para facilitar la toma de decisiones.
- La organización dispone y aplica procedimientos para los casos en que el cliente y/o quién lo represente se opongán a determinados procesos diagnósticos y terapéuticos.
- Los estudios complementarios (radiología, laboratorio, biopsias, etc.) se encuentran disponibles, en todo momento, para la consulta de los profesionales involucrados en la atención del cliente.
- Las actuaciones que se realizan al cliente son registradas en la historia clínica.
- El servicio utiliza mecanismos de control efectivos para impedir los errores en la administración de las prestaciones.
- La organización aplica procedimientos escritos para la asistencia y tratamiento de los clientes tributarios de cuidados paliativos, diferenciando adultos y niños.
- La organización aplica procedimientos escritos para el manejo de los clientes inmovilizados.

- La organización aplica procedimientos escritos para el manejo de los clientes aislados.
- La organización aplica procedimientos escritos para el manejo de los clientes psiquiátricos.
- La organización aplica procedimientos escritos para el manejo de los clientes bajo vigilancia policial.
- El servicio dispone y aplica procedimientos para garantizar que la información fluya adecuadamente entre el personal responsable de la atención del cliente.
- Se aplican procedimientos para garantizar la continuidad de la asistencia del cliente cuando es dado de alta.
- El cliente es informado sobre los pasos que debe seguir cuando es dado de alta, y se registran.
- La organización dispone y aplica procedimientos para actuar en casos de exitus.

2. Estándares no esenciales

- Hay normas de funcionamiento que rigen las acciones del personal médico y de enfermería.
- Hay procedimientos para propiciar la donación de órganos.
- La organización dispone de procedimientos para garantizar la conexión con las unidades después del alta.
- Se aplica el Plan de acogida del cliente en el momento de su incorporación a las salas de hospitalización.
- Todo cliente que ingresa en la unidad de hospitalización es recibido por personal de enfermería.
- El médico encargado considera la existencia, en la historia clínica, de datos sobre particularidades del cliente referidas a la evaluación de riesgo e indica medidas para su tratamiento.
- El servicio garantiza la coordinación de los diferentes procedimientos realizados al cliente.
- La organización utiliza procedimientos para garantizar las interconsultas entre los diferentes profesionales especialistas u otros, en tiempos establecidos como aceptables, según los requerimientos.
- Se aplican procedimientos para reevaluar la evolución de los clientes y disponer de alternativas diagnósticas y terapéuticas.
- La organización aplica procedimientos escritos para la asistencia y tratamiento de los niños.
- La organización aplica procedimientos escritos para la asistencia y tratamiento de las mujeres embarazadas.

- La organización aplica procedimientos escritos para la asistencia y tratamiento de las personas mayores.
- La organización aplica procedimientos escritos para la asistencia y tratamiento de los discapacitados.
- Todos los procedimientos se evalúan con la periodicidad prevista o antes, si las necesidades lo determinan.
- Hay un sistema para evaluar la implantación de las correcciones que surgen de las revisiones.

Anexo 2.

Normas de atención a pacientes con patología transmisible.

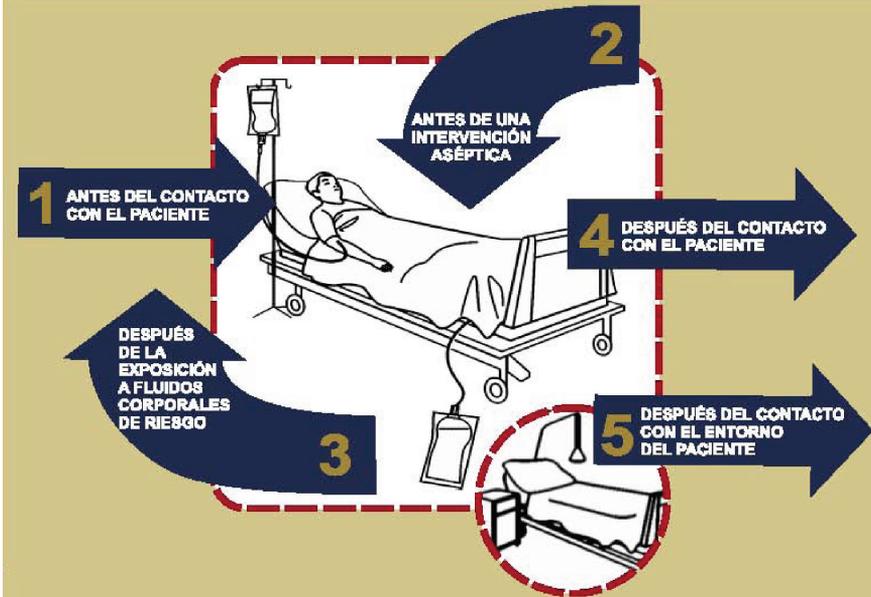
Tipos de precauciones ⁽⁶⁵⁾

NORMAS DE ATENCIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍA TRANSMISIBLE . TIPOS DE PRECAUCIONES				
PRECAUCIONES	ESTANDAR	CONTACTO	GOTAS	AEREA
HABITACIÓN INDIVIDUAL	NO NECESARIA excepto si la higiene del paciente es incorrecta	NECESARIA y restricción de visitas	NECESARIA y restricción de visitas	NECESARIA y restricción de visitas
BATA limpia y NO estéril	NO NECESARIA excepto si existe riesgo de salpicaduras con sangre o fluidos	OBLIGATORIA cuando contacto directo con pacientes o fómites	NO NECESARIA excepto si existe riesgo de salpicaduras con sangre o fluidos	NO NECESARIA excepto si existe riesgo de salpicaduras con sangre o fluidos
MASCARILLA	NO NECESARIA excepto si existe riesgo de salpicaduras con sangre o fluidos	NO NECESARIA excepto si existe riesgo de salpicaduras con sangre o fluidos	MASCARILLA QUIRÚRGICA FFP1	RESPIRADOR FFP2/FFP3
GAFAS	NO NECESARIA excepto si existe riesgo de salpicaduras con sangre o fluidos	NO NECESARIA excepto si existe riesgo de salpicaduras con sangre o fluidos	NO NECESARIA excepto si existe riesgo de salpicaduras con sangre o fluidos	NO NECESARIA excepto si existe riesgo de salpicaduras con sangre o fluidos
GUANTES	OBLIGATORIOS en manipulación de sangre o fluidos, mucosas o piel no intacta	OBLIGATORIOS SIEMPRE	OBLIGATORIOS en manipulación de sangre o fluidos, mucosas o piel no intacta	OBLIGATORIOS en manipulación de sangre o fluidos, mucosas o piel no intacta
HIGIENE DE MANOS	ANTES Y DESPUÉS DE LA ATENCIÓN	ANTES Y DESPUÉS DE LA UTILIZACIÓN DE GUANTES	ANTES Y DESPUÉS DE LA UTILIZACIÓN DE GUANTES	ANTES Y DESPUÉS DE LA UTILIZACIÓN DE GUANTES
ENFERMEDADES MÁS COMUNES	TODOS los pacientes durante TODA la estancia	Abscesos e inf. mayores de herida quirúrgica Gastroenteritis Infecciones de piel Sarna y pediculosis Úlceras infectadas INFECCIÓN GERMENES MULTIRRESISTENTES	ENF. invasiva por H. influenzae y N. meningitidis Gripe/Catarro Gérmenes resistentes respiratorios Parotiditis Tosferina	Rubéola Sospecha TBC TBC respiratoria Varicela Zoster diseminado Sarampión

(65) Reproducido con permiso: Servicio de Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial del Hospital Universitari de Sant Joan D'Alacant.

ENFERMEDADES	AISLAMIENTO	DECLARACIÓN OBLIGATORIA	
Acinetobacter Baumannii: C, G NP		Leptospirosis: E N	NP: No precisa
Bolutismo: E N		Paludismo: E U	
Brucelosis: E N		Parotiditis: G N	
Carbunco: E N		Peste: E, G U	
Cólera: E U		Poliomielitis: C U	
Difteria: C, G U		Rabia: E U	
Disenteria: E, C (niños, incontinentes) N		Rubéola: G N	
Meningococo: G U		Rubeola Cong.: C, G N	
F. Amarilla: E U		Sarampión: E, A U	
F. Exantemática Mediterra: E N		SARM: E, G y C NP	
F. Recurrente Garrapatas: E N		Sífilis: E N	
F. Tifoidea: E, C (niños) N		Sífilis Cong.: E N	
Gripe A/H5 o Gripe H1/N1: C, G N		Streptococcus Pneumoniae: E, G y C (niños) N	U: Urgente N: Nominal A: Aérea
Gripe: C, G N		Tétanos: E N	
Haemophilus I b: E, G y C (niños) U		Tétanos Neonatal: E N	
Hepatitis A: E, C (niños) N		Tifus exantemático: E U	
Hepatitis B: E N		Tosferina: E, G N	
Hepatitis C: E N		Triquinosis: E N	
Hepatitis (otras): E N		TBC pulmonar: E, A N	
Hidatidosis: E N		TBC (extrapulmonar, lesión drenaje): E, A y C N	
Infección Gonocócica: E N		TBC Meningitis: E N	
Legionelosis: E N		Tularemia: E N	
Leishmaniasis: E N		Toxiinf. Alimentaria: E, C (niños) N	
Lepra: E N		Varicela: A, C N	

CINCO MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS



TÉCNICA PARA REALIZACIÓN DE LA DESINFECCIÓN ALCOHÓLICA DE LAS MANOS



1. Palma sobre palma



2. Palmas sobre ambos dorsos con dedos entrelazados



3. Palma sobre palma con dedos entrelazados



4. Dedos cerrados sobre palmas



5. Frotado rotacional del pulgar rodeando palmas



6. Frotado rotacional de dedos hacia delante y detrás sobre palmas

Anexo 3.

Modelo de impreso para la conciliación ⁽⁶⁶⁾

Medicación crónica del paciente a valorar por el médico

Alergias med: No Si

Intolerancias: No Si

PACIENTE:

Nº HISTORIA CLÍNICA:

CAMA:

SERVICIO:

ESTA HOJA NO TIENE VALOR DE PRESCRIPCIÓN MEDICA

Fuente de información: HC Entrevista paciente/cuidador Informe AP Informe residencia Otros _____

MEDICACIÓN	DOSIS	PAUTA	VÍA	ÚLTIMA DOSIS	RECOMENDACIÓN ⁶⁶			COMENTARIOS
					C	DC	IT	
1.					C	DC	IT	
2.					C	DC	IT	
3.					C	DC	IT	
4.					C	DC	IT	
5.					C	DC	IT	
6.					C	DC	IT	
7.					C	DC	IT	
8.					C	DC	IT	
9.					C	DC	IT	
10.					C	DC	IT	
11.					C	DC	IT	
12.					C	DC	IT	
13.					C	DC	IT	
14.					C	DC	IT	
MEDICAMENTOS SIN RECETA / AUTOMEDICACIÓN								
Antihistamínicos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					Colirios <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Aspirina/AINE/cefalea/fiebre <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					Tos/Resfriado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Antiácidos/laxantes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					Para dormir <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
PLANTAS MEDICINALES <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					Anticonceptivos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			

Persona que recoge la información: _____

Fecha: _____

Médico prescriptor: _____ Firma:

Fecha: _____

(66) C: continuar; DC: discontinuar; IT: intercambio terapéutico.

Anexo 4.

Niveles de cuidados ⁽⁶⁷⁾

Se debe asignar el nivel de asistencia refiriéndose a las cabeceras de la columna izquierda de las tablas.

Si un paciente no satisface claramente el criterio para un nivel determinado, se debe utilizar el juicio clínico para determinar la clasificación más adecuada. Si persisten las dudas, se debe elegir el nivel más elevado.

Los ejemplos de la columna de la derecha sirven para ayudar a la comprensión de la clasificación, pero no son exhaustivos ni determinantes.

Nivel	Criterios de nivel de cuidados	Ejemplos
0	Requiere hospitalización. Las necesidades pueden ser atendidas en sala de hospitalización polivalente de agudos	Medicación oral. Medicación i.v. (bolo). Analgesia controlada por el paciente. Controles con periodicidad superior a cada 4 horas.
1	Pacientes dados de alta recientemente de un nivel más intensivo de cuidados Pacientes con necesidades adicionales de control, asistencia sanitaria o asesoramiento clínico Pacientes que requieren apoyo del "servicio ampliado de cuidados críticos". Pacientes que requieren la atención de personal con competencias específicas y/o instalaciones adecuadas para, al menos, un aspecto de la asistencia sanitaria prestada en el entorno de la unidad de enfermería de hospitalización polivalente	Controles con periodicidad igual o inferior a cada 4 horas Fisioterapia o aspiración aérea requeridas cada 6 horas o menos pero no cada 2 horas o menos Signos vitales anormales, pero que no requieren un nivel más intensivo de cuidados Terapia renal sustitutiva (insuficiencia renal crónica estable) Analgesia epidural Cuidados de la traqueostomía

Fuente: Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2002.

(67) Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2002.

Anexo 5.

Protocolo de evaluación de la adecuación ⁽⁶⁸⁾

1. Adecuación del ingreso (se considera adecuado el ingreso en presencia de un criterio)

Criterios referidos a la condición del paciente

1. Pérdida de conciencia, estado de desorientación.
2. Frecuencia del pulso <50 o >140 pulsaciones por minuto.
3. Presión arterial: sistólica <90 o >200 Hg mm, diastólica <60 o >120 mm Hg.
4. Pérdida aguda de visión o audición.
5. Pérdida aguda de movilización de cualquier parte del cuerpo.
6. Fiebre persistente = o >38° C rectal/37,5° C axilar, por período superior a 5 días.
7. Hemorragia activa.
8. Anomalía grave del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base:
 - Na < 123 mEq/l, > 156 mEq/l
 - K < 2,5 mEq/l, >6,0 mEq/l.
 - pO₂ < 60 mm Hg.
 - pCO₂ < 20 mm Hg, > 36 mm Hg.
 - pH arterial < 7,30, > 7,45.
9. Evidencia ECG de isquemia aguda.
10. Dehiscencia de herida o evisceración

(68) Tomado de: Santiago Mola. Neurólogo. Hospital del SVS Vega Baja. Servicio de Medicina Interna. mola_san@gva.es . Actualizado a 24 de Julio de 2004.
En: <http://www.infodoctor.org/ingresoapropiado.htm>, el 19.04.09.

Criterios referidos a la intensidad de los cuidados prestados

11. Medicación intravenosa, reposición de fluidos o ambas
12. Intervención quirúrgica, o examen, que tendrá lugar las 24 horas siguientes a la admisión, y requiriendo: Anestesia general o regional (69); equipamiento o instalaciones cuya utilización exija internamiento en el hospital.
13. Monitorización cardiaca o de constantes vitales de 4 en 4 horas, o por períodos menores de tiempo.
14. Quimioterapia que exija observación continua para evaluación de reacción tóxica (70).
15. Antibioterapia intramuscular de 8 en 8 horas o por períodos menores de tiempo
16. Terapéutica respiratoria, continua o intermitente, por lo menos de 8 en 8 horas.

2. Criterios de adecuación estancias del AEP (se considera adecuado el día de estancia en presencia de un criterio)

Criterios de asistencia médica ⁽⁷¹⁾

1. Procedimiento quirúrgico en el día analizado.
2. Intervención quirúrgica en 24 horas, requiriendo consulta o valoración preoperatoria.
3. Cateterismo cardíaco en el día.
4. Angiografía en el día.
5. Biopsia de un órgano interno.
6. Toracocentesis-paracentesis.

(69) Salvo que exista cualquier otro motivo que indique el ingreso el día previo, el documento de estándares y recomendaciones sobre el bloque quirúrgico recomienda que pacientes en situación estable se realice el ingreso el mismo día de la intervención programada (Bloque Quirúrgico. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS, 2009 —en prensa—).

(70) Las unidades de HdD, especialmente las onco-hematológicas atienden a este tipo de procedimientos sin precisar ingreso hospitalario.

(71) Muchos de los procedimientos que se mencionan en este apartado pueden ser susceptibles de ser realizados en la modalidad de hospitalización de día.

7. Procedimiento diagnóstico invasivo del sistema nervioso central: punción lumbar, punción cisternal, punción ventricular, etc.
8. Prueba que requiera control estricto de la dieta.
9. Tratamiento que requiera ajuste frecuente de dosis bajo supervisión médica.
10. Control médico, al menos tres veces al día, cuyas observaciones estén documentadas.
11. Día postoperatorio por algún procedimiento señalado en el punto 1 ó del 3 al 7.

Criterios de enfermería

12. Cuidados respiratorios, uso de respirador de forma intermitente o continuada, y/o terapia inhalatoria, respiración asistida, al menos tres veces al día.
Incluyendo fisioterapia.
13. Terapia parenteral, fluido intravenoso con aplicación de medicamentos, proteínas y electrolitos, etc.
14. Control de constantes vitales, cada 30 minutos, al menos durante 4 horas/día
15. Inyección intramuscular y/o subcutánea al menos dos veces al día.
16. Control de balance hidroelectrolítico.
17. Cuidados de heridas quirúrgicas, drenajes, penrose, tubos torácicos, así como heridas no quirúrgicas como escaras.
18. Toma de constantes por enfermería al menos tres veces al día bajo prescripción facultativa.

Criterios en relación con el paciente

19. Ausencia de movilidad intestinal o incapacidad evacuatoria, en el día o al menos 24 horas antes. En el día ó 48 horas antes
20. Transfusión por hemorragia.
21. Fibrilación ventricular o ECG evidente de isquemia aguda, presencia de informe confirmatorio.
22. Síndrome febril igual o mayor a 38° C oral, no relacionado con el ingreso.
23. Coma o pérdida de conciencia durante una hora.
24. Estado de confusión o desorientación mental debido a la deprivación alcohólica.

25. Alteración aguda hematológica, leucopenia significativa, anemia, produciendo signos y síntomas.
26. Alteraciones neurológicas progresivas.
27. Dentro de los 14 días anteriores al día de la revisión: episodio de IAM, o ACV documentado.

Anexo 6.

Vía clínica de estancia en UEH (72)

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama)	Fase de la recuperación	Alta
Asistencia médica	Evaluación médica	Pase de vista diario	Pase de visita diario	Revisar al paciente. Asegurarse que está en condición de ser dado de alta
	Explicar el proceso/procedimiento que se va a realizar	Revisión de los resultados de las pruebas	Atender a cualquier problema que pueda aparecer	Asegurarse que está elaborada la carta para su médico general
	Solicitar las exploraciones complementarias, cuando se requiere (si programado y es posible, solicitar con antelación para que estén disponibles al ingreso)	Atender a cualquier problema que pueda aparecer	Evaluar la condición del paciente para el alta	
	Prescribir del tratamiento	Solicitar otras exploraciones, cuando sea necesario	Prescribir tratamiento y solicitar las citas ambulatorias	Solicitar las citas ambulatorias
Cuidados de enfermería	Evaluación de enfermería	Atención de enfermería		
	Completar el "manual handling assessment" (MAC) ²	Mantener un entorno seguro		

(72) Care Pathway developed by a trust-based team: Airedale NHS Trust. The document does not allow for Care Pathway Variance recording. <http://www.library.nhs.uk/Pathways/ViewResource.aspx?resID=105039&tabID=288>. Consultado el 05.01.09

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama)	Fase de la recuperación	Alta
	Suministrar pulseras de identificación	Posición en cama sentado o semi-sentado si la condición del paciente lo permite, para prevenir complicaciones pulmonares	Permitir la movilización con el consejo del médico	
	Instrucciones específicas			Completar el plan de alta
	Valorar los requisitos/ necesidades al alta	Medias antiembólicas, cuando indicado, para prevenir trombosis venosa profunda. Las medias deben cambiarse en día alternos		Alta de enfermería
	Necesidad de fisioterapeuta (Sí/NO)			
	Necesidad de trabajador social (Sí/NO)			
	Suministrar la medicación prescrita	Suministrar medicación conforme a prescripción médica y tiempos establecidos		Explicar los contenidos del alta, si necesario
	Explicar cómo se puede combatir el dolor y evaluar el nivel de dolor del paciente; si ≥ 2 administrar analgesia	Evaluar el nivel de dolor del paciente; si >2 administrar analgesia		Precauciones de rutina
	Control de constantes (P, R, T y TA ¹ ≥ 4 horas y ≤ 12 horas)	Control de constantes (P, R, T y TA ¹ ≥ 4 horas y ≤ 12 horas)		Toma de P, R y T
	Comprobar circulación, sensibilidad y movimiento de las extremidades afectadas			

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama)	Fase de la recuperación	Alta
		Asegurarse que el paciente orina		
	Respiración:			
		Comprobar que el paciente respira libre y profundamente		
		Estimular a que el paciente realice ejercicios de respiración profunda para reducir el riesgo de infección respiratoria		
	Comunicación:			
	Explicar las funciones y actividades del equipo de enfermería	El paciente y familiares deben permanecer informados de los procedimientos y exploraciones que se practican y deben explicarse los procedimientos		
	Entregar el folleto de información sobre la UEH y explicar el espacio físico de la planta, incluyendo las salidas de incendio	Dar al paciente la oportunidad de expresarse		
	Comentar los requisitos/ necesidades al alta			
	Facilitar que el paciente pregunte sobre proceso			
	Alimentación y bebida:			
	Suministrar dieta y fluidos.	Las comidas deben ser servidas de tal forma que los pacientes puedan		

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama)	Fase de la recuperación	Alta
	Ayudar cuando sea necesario	manejarse fácilmente (por ejemplo, deben ser cortadas en pequeños trozos para facilitar la digestión)		
		Contenido alto en fibra y adecuada ingesta de líquidos, para evitar el estreñimiento		
		Facilitar la autosuficiencia mediante pajitas flexibles y vaso de alimentación		
Evacuación:				
	Ayudar con las necesidades de evacuación, cuando sea necesario	Prestar asistencia cuando sea necesaria	Estimular la independencia del paciente	
		Suministrar cuñas	Aconsejar al paciente la utilización del servicio	
		Estimular a que el paciente tome líquidos	Aconsejar sobre la ingesta	
Limpieza y aseo personal:				
	Ayudar a la higiene personal, cuando sea necesario	Estimular que el paciente sea tan independiente como sea posible	Estimular que el paciente sea tan independiente como sea posible. Permitir al paciente ducharse si lo prefiere y su condición lo permite	Ayudar con las necesidades de higiene, cuando sea necesario
				Ayudar con las necesidades para vestirse, cuando sea necesario
		Proporcionar ayuda cuando sea necesaria, manteniendo la privacidad		
		Posibilitar el lavado de dientes y del cabello		

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama)	Fase de la recuperación	Alta
		Mantenimiento de la temperatura corporal		Trabajo y juego
		Medir diariamente la temperatura corporal		Evaluar la necesidad de una nota al alta
		Observar signos de elevación de la temperatura (tacto y color de la piel, somnolencia, etc.)		
Prevención de las UpP:				
Evaluar el riesgo de UpP				
	Explicar la importancia de los movimientos para evitar infecciones respiratorias, trombosis venosa y UpP	Inspeccionar la piel del paciente para identificar signos anormales (decoloración, úlceras, pérdida de sensibilidad, etc.)		
		Estimular que el paciente se mueva		
			Fisioterapia	
			Asesorar al paciente sobre la práctica de ejercicio, para reducir el riesgo de empeorar su estado	Asegurar la autonomía en la movilidad
			Dar consejos por escrito	Aconsejar los ejercicios en casa y proporcionar recordatorios por escrito

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama)	Fase de la recuperación	Alta
			Organizar la fisioterapia ambulatoria, si apropiado	
	Descanso y sueño:			
	Mantener descanso en cama	Crear un ambiente que facilite la inducción al sueño		
	Crear un ambiente que facilite la inducción al sueño	Suministrar sedación si requerida y prescrita por el médico		
Resultados	El paciente demuestra que entiende el plan de cuidados:			
	Fecha de admisión y alta	Tolera dieta y fluidos		Es dado de alta de una forma segura a su domicilio o recurso asistencial adecuado
			Es independiente, dentro de sus propias limitaciones	
		Tiene el dolor controlado		
		Micción adecuada	Orina sin dificultad	
			No tiene signos de trombosis venosa profunda	
		Piel no comprometida	Está apirético	
		Tiene movimientos intestinales		
	Circulación, sensibilidad y movimiento de las extremidades inferiores			

	Ingreso	Fase aguda (descanso en cama)	Fase de la recuperación	Alta
			Dispone de los servicios/ayudas necesarios para un alta segura	

Abreviaturas. 1. P, R, T y TA: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial, 2. MAC: manual de evaluación de riesgos en el manejo físico del paciente (handling: cualquier transporte o soporte de una carga mediante la mano o esfuerzo corporal); UpP: úlceras por presión

Anexo 7.

Sistema modificado de alerta temprana ⁽⁷³⁾

Puntuación	3	2	1	0	1	2	3
Temperatura		<35	35,1-36	36,1-37,4	37,5-38,4	>38,5	
Frecuencia cardíaca		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130
Tensión arterial (sistólica)	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Frecuencia respiratoria		<9		9-14	15-20	21-29	>30
Saturación de oxígeno (%)	<85	85-89	90-94	>95			
Volumen orina (ml)	0 (comprobar sonda)	<20 ml/hr	<35 ml/hr			<200 ml/hr	
Nivel de consciencia		Agitación o confusión	Alerta	Llamada	Dolor	Inconsciente	

(73) Central Middlesex Hospital. North West London Hospitals NHS Trust. October, 2005. <http://www.library.nhs.uk/Pathways/ViewResource.aspx?resID=105039&tabID=288>. Consultado: 05.01.09

Si la puntuación del paciente está entre 1 y 3, la se repetirán las mediciones en 30 minutos

Si la puntuación del paciente es ≥ 4 es preciso avisar al responsable y cumplimentar el documento siguiente:

	Fecha	Hora	Puntuación	Medida/s adoptada/s	Firma
Nivel de dolor					
Nivel de sedación					
Analgesia					
Pérdida de sangre					
Herida operatoria					
Estado neurovascular					

Nivel de dolor: 0 = no dolor; 1 = leve; 2 = moderado; 3 = grave; 4 = insoportable

Nivel de sedación: 0 = despierto; 1 = somnoliento; 2 = se puede despertar; 3 = no se puede despertar

Anexo 8.

Planificación del alta hospitalaria (74)

VÍA INTEGRADA DE PLAN DE ALTA						
Registro de firmas: Todos los miembros del equipo que utilicen esta vía deben utilizar tinta negra y utilizar las iniciales que le identifican dentro del sistema de documentación establecido por el hospital						
Consigne el número esperado de días de estancia en el hospital:					Iniciales:	
Nombre paciente						
TIS						
Antes del ingreso o en el ingreso		Sí (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
1	Estancia prevista ¿Se ha discutido con el paciente y persona cuidadora el tiempo previsto de estancia					
2	Problemas sociales ¿Existen problemas sociales urgentes creados por el ingreso?					Si la respuesta es afirmativa, ¿se ha contactado con los servicios sociales de referencia? SÍ NO

(74) Lincolnshire Care Pathway Partnership. Consultado: 05.01.09

Antes del ingreso o en el ingreso		SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
3	Médico general ¿Tiene el paciente un médico general de referencia?					Si no, asesorar al paciente como solicitarlo
	Potenciales aspectos relacionados con el alta	SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
4	Servicios disponibles ¿Dispone el paciente de servicios de apoyo domiciliarios?					Si la respuesta es afirmativa, cumplimente los servicios existentes en la sección de ingreso del resumen de alta multiprofesional
5	Capacidades pre-admisión ¿Requiere el paciente ayuda para las actividades de la vida cotidiana?					Si la respuesta es afirmativa, cumplimente la evaluación adecuada utilizando el Proceso Único de Evaluación y Documentación
6	Derivaciones ¿Se requiere una derivación a los servicios sociales ¿Se requiere una derivación a fisioterapia?					Si la respuesta es afirmativa, referir utilizando el Proceso Único de Evaluación Si la respuesta es afirmativa, referir utilizando el Proceso Único de Evaluación

Potenciales aspectos relacionados con el alta		SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
	¿Se requiere una derivación a terapia ocupacional?					Si la respuesta es afirmativa, referir utilizando el Proceso Único de Evaluación
	Dentro de las 24 horas del ingreso	SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
7	Fecha prevista de alta					En espera del resultado de pruebas
						En espera de decisión del responsable del servicio/unidad
						En espera de decisión del equipo médico
						Otras causas
	¿Se ha identificado la fecha prevista de alta?					

Dentro de las 24 horas del ingreso		SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
	¿Se ha discutido la fecha prevista de alta con el paciente y persona cuidadora?					
8	Información al paciente ¿Se le ha entregado al paciente una hoja de alta?					
Durante el ingreso		SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
9	Alta conducida por enfermería ¿El equipo médico ha acordado que puede ser una alta guiada por enfermería?					
10	Asistencia sanitaria y social continuada ¿El paciente requiere asistencia sanitaria o social de nivel 1?					Si la respuesta es afirmativa, referir a servicios sociales y consignar la razón

Durante el ingreso		SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
	¿El paciente requiere asistencia sanitaria o social de nivel 2, 3 o terminal?					Si la respuesta es afirmativa, referir a enfermera de enlace y consignar la razón
11	¿Requiere el paciente atención de enfermería?					Si la respuesta es afirmativa, referir a enfermera de enlace y consignar la razón
12	Duración de la estancia					Médicamente inestable
	¿El paciente será dado de alta dentro del tiempo previsto?					Alta retrasada - referir a enfermera de enlace
						Otras causas
Al menos 24-48 horas previas al alta completar el siguiente listado de alta		SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
13	Diagnóstico					
	¿Comprende el paciente su estado y plan de tratamiento? ¿Se la ha entregado al paciente consejos por escrito?					

Al menos 24-48 horas previas al alta completar el siguiente listado de alta		SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
14	Alojamiento del paciente y persona cuidadora					
	¿Se han comentado los arreglos al alta con paciente y persona cuidadora?					
	¿Regresa el paciente a su lugar habitual de residencia?					
	¿Tiene el paciente una llave para acceder a su domicilio?					
	¿Tiene el paciente ropa?					
	¿Tiene comida en casa?					
	¿Está la calefacción puesta?					
15	Servicios de soporte					
	¿Se han confirmado los arreglos al alta con los proveedores de servicios de soporte?					
	Servicios Sociales. Médico general. Enfermera. Otros (especificar):					

Al menos 24-48 horas previas al alta completar el siguiente listado de alta		SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
16	Resumen de alta ¿Se ha completado el Resumen de Alta Multiprofesional detallando las necesidades del paciente?					
17	Hora de alta y utilización de la sala de alta (espacio de espera) ¿Se da de alta al paciente después de las 10:00 horas? Si es así, ¿se transfiere al paciente a la sala de alta? Si se transfiere a la sala de alta, ¿ha sido contactada y acordada?					Consignar hora: _____ Si no, ¿por qué motivo?
18	Transporte ¿Ha sido confirmado el transporte? Vehículo propio Taxi Transporte Hospital Otros					

Al menos 24-48 horas previas al alta completar el siguiente listado de alta		SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
Si se considera el transporte hospitalario, ¿reúne los criterios para su indicación?						
19 Medicación	¿Se ha solicitado la medicación prescrita?					
	¿Se ha explicado el tratamiento al paciente?					
20 Certificado médico	¿Precisa un certificado de enfermedad?					Si la respuesta es afirmativa, ¿se ha elaborado? SÍ NO
21 Equipamiento	¿Se ha enseñado al paciente el uso de sus ayudas/aparatos?					Si la respuesta es afirmativa, cumplimentar la sección de equipamiento del Resumen de Alta Multiprofesional
22 Citaciones	¿Se han solicitado las citas necesarias? SÍ NO					n.d.

Día de alta		SÍ (iniciales)	NO (iniciales)	Fecha	Hora	Consigne los motivos si esto no ha sucedido
23	Situación clínica ¿El estado del paciente es adecuado para darle el alta?					
24	Carta al médico general Entregada al paciente Correo electrónico: Correo postal:					
25	Enseres ¿Se han devuelto al paciente sus enseres?					
26	Implicación de la persona cuidadora ¿Se ha avisado a la persona cuidadora/asistencia domiciliaria que el paciente retorna a domicilio?					
Consignar la fecha y hora en la que el paciente deja la Unidad:				Iniciales:		

Anexo 9.

Dimensionado de la UEH

La determinación de las dimensiones básicas de los recursos asistenciales destinados a hospitalización polivalente de agudos depende de factores demográficos (estructura de la población atendida por el hospital), epidemiológicos (morbilidad), clínicos (cartera de servicios del centro) y de gestión (utilización de la capacidad productiva disponible).

Se trata, en todo caso, de establecer las necesidades asistenciales mediante la estimación de la demanda esperable y de adecuar a las mismas, las dimensiones de los recursos-tipo de la unidad (camas de hospitalización convencional y unidades de enfermería) ajustadas a un perfil de ocupación productividad previamente establecido.

1. Para calcular **el número de camas de hospitalización polivalente de agudos** necesarias para atender las necesidades de un área determinada o de un mercado potencial de pacientes se considerará el número esperado de ingresos en un año (I), el objetivo de estancia media (EM) y la ocupación prevista (O):

$$C = \frac{I \times EM}{365 * O}$$

El número esperado de ingresos (I) se calcula a partir de la fórmula que se recoge a continuación, en la que $Fr MQ$ es la frecuentación de hospitalización en servicios médicos o quirúrgicos convencionales (excluye obstetricia, pediatría, salud mental y unidades de cuidados críticos o intensivos).

$$I = \text{Población} \times \frac{Fr MQ}{1.000}$$

Para la estimación de la población objetivo se recomienda, en el sector público, desarrollar una planificación a medio plazo (10 años) basada en proyecciones de población confiables (INE, institutos de estadística de las CC.AA.). Los planes de desarrollo urbano pueden proporcionar, en la medida que sus estimaciones estén fundamentadas, una valiosa información sobre el crecimiento de viviendas residenciales en el área. Los centros privados deberán realizar un estudio de mercado. La población objetivo es distinta para los servicios de referencia que para aquellos que no lo son, por lo que la población de referencia debe especificarse para cada servicio del hospital.

Como se ha mencionado en el análisis de situación (capítulo 2), la frecuentación médico-quirúrgica es, en España, de 87 ingresos por mil habitantes y año. Este puede ser un referente equívoco, pues la frecuentación hospitalaria está condicionada por factores tales como las características sociodemográficas y epidemiológicas de la población correspondiente al área de captación del hospital, la cartera de servicios del hospital, las distancias de las poblaciones atendidas por el hospital y la existencia de recursos hospitalarios alternativos en el área de captación del hospital. Por ello, la estimación de las necesidades de camas de hospitalización polivalente de agudos debe ser realizada específicamente para cada hospital.

La frecuentación hospitalaria en la mayor parte de los países de la UE de los 15, así como en USA es generalmente superior a la de España. Sin embargo, existen problemas de homogeneidad de los datos (algunos países incluyen la hospitalización de día o los recién nacidos sanos, por ejemplo), en la comparabilidad de sistemas sanitarios (los incentivos para favorecer la hospitalización pueden variar), y las tasas de frecuentación se han mostrado básicamente estable en España como en los países de referencia. Por una parte, el envejecimiento poblacional y las demandas y expectativas de los ciudadanos favorecen un aumento de la frecuentación hospitalaria. Por otra parte, iniciativas como la de implantar una atención sistemática a los pacientes pluripatológicos tienen como objetivos explícitos la disminución de la frecuentación y, especialmente, la duración de la estancia¹⁷. Asimismo, el desarrollo de procesos resolutivos ambulatorios como la CMA o la hospitalización a domicilio tiende a reducir la frecuentación. Por tanto, los datos de evolución histórica de la frecuentación médico-quirúrgica para una determinada población es posiblemente la fuente más confiable para estimar la frecuentación de futuro.

— **La estancia media (EM)**, se expresa en número de días. La estancia media de la hospitalización médico-quirúrgica en España es de 6,4 días (7,9 para las estancias médicas; 5 para las quirúrgicas; y 5,7 para las traumatológicas). La tendencia de los últimos años, tanto en España como en los países occidentales desarrollados, ha sido hacia una notable disminución de la estancia media hospitalaria, existiendo un cierto margen de reducción cuando se compara el SNS español con el NHS inglés o el sistema sanitario público de Suecia. Asimismo el NHS inglés tienen estancias medias notablemente más prolongadas que algunas HMO de los Estados Unidos, como la Kaiser Permanente^{45, 46}. La tecnología (técnicas de “fast-track”, cirugía menos invasiva, etc.) tiende asimismo a disminuir la estancia media en las UEH. Por otra parte la dotación de recursos para convalecencia, media y larga estancia pueden evitar estancias innecesariamente prolongadas en los hospitales de agudos.

— **La ocupación prevista (O)**, habitualmente se emplea una ocupación del 85% como indicador de referencia. En hospitales con un área de hospitalización pequeña deben considerarse índices de ocupación ligeramente inferiores.

2. Para calcular el número de unidades de hospitalización de enfermería polivalente, en las que distribuir el número de camas estimado del hospital, se recomienda tal y como se señala en el capítulo 6 de este documento con un máximo de 36 camas por control de enfermería, distribuidas en habitaciones individuales y dobles (un 50% de cada tipo). La totalidad o parte de las habitaciones individuales se diseñarán permitiendo el alojamiento de dos pacientes, cuando la situación de incremento de la presión asistencial lo exija.

La **estimación del número de camas** para la hospitalización polivalente en un hospital general de agudos de un área de salud puede realizarse como sigue:

Población proyectada para el área de salud: 250.000 habitantes.

Frecuentación médico quirúrgica proyectada: 90/1000 habitantes / año.

Atracción: 90% (10% de los potenciales ingresos de la población del área son derivados recursos externos al hospital(*)).

Número de ingresos/año: 20.250 ingresos/ año.

$[(250.000 * 90 * 90\%) / 1.000]$.

Estancia media: 6 días.

Índice de ocupación: 85%.

Número de camas: 392 camas de hospitalización polivalente.

$[(20.250 * 6) / (365 * 85\%)]$.

Ratio de 1.58 camas/1000 habitantes.

La **estimación del número de UEH** necesarias para la hospitalización polivalente en un hospital general de agudos de 392 camas puede realizarse:

Número de camas: 392 camas de hospitalización polivalente.

Tamaño de la UEH: 36 camas.

Número de UEH: 11 UEH.

$[392 / 36]$.

N.º total de habitaciones por UEH: 24.

N.º de habitaciones individuales por UEH (50%): 12.

Para atender la demanda previsible de hospitalización polivalente (médico-quirúrgica) en el área de salud de 250.000 habitantes se precisan 392 camas, 11 UEH de 24 habitaciones, un 50% de las cuales son individuales.

En el caso de diseñar y equipar la totalidad de las habitaciones individuales de la unidad para su potencial uso por dos pacientes, la capacidad máxima de la UEH es de 48 pacientes. Esta capacidad máxima es excesiva para el adecuado funcionamiento de la unidad, pero permite al gestor adaptarse puntualmente al incremento de la demanda de ingresos.

En otros términos, se puede diseñar la unidad de hospitalización, incrementando su capacidad máxima (un 35% en el ejemplo), si se distribuyen las camas en habitaciones individuales y dobles, y se dota a aquellas de dimensiones e instalaciones para ese uso potencial.

Anexo 10.

Programa funcional de espacios de la UEH

En relación con el desarrollo de esquemas ergonómicos de locales y dimensiones críticas de los principales locales de la unidad, se ha optado por desarrollar el programa funcional de una unidad de enfermería para un total 24 habitaciones, que sean potencialmente de uso doble.

UNIDAD DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE DE AGUDOS					
Zona	Local	S. útil	N.º	S. útil total	Observaciones: características y técnicas
Acceso y vestíbulo	Entrada y vestíbulo	20	1	20	<i>Espacio diáfano, asociado al acceso de pacientes con ingreso programado y acompañantes (la circulación externa del hospital). Este acceso debe situarse en zona próxima al control de enfermería que también funciona como control de accesos de la unidad).</i>
	Estar de familiares	30	1	30	<i>Para familiares y acompañantes de los pacientes ingresados. Ocasionalmente puede compartirse con pacientes. Ubicado en zona próxima al acceso desde la circulación externa y por tanto al control de enfermería. Conexiones telefónicas y música ambiental. Máquinas de bebidas y comida fría. Fuente de agua fría.</i>
	Aseo público	4	2	8	<i>Servicios higiénicos para visitas y acompañantes. Con lavabo, ducha e inodoro, localizados junto o en el interior de la sala de espera de familiares.</i>
	Aseo adaptado	5	1	5	<i>Servicios higiénicos para visitas y pacientes, adaptados para minusválidos. Con lavabo e inodoro.</i>
	Despacho información	12	1	12	<i>Para información de familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.</i>
Total zona acceso y vestíbulo				75	

Zona	Local	S. útil	N.º	S. útil total	Observaciones: características y técnicas
Pacientes y familiares	Habitación de paciente	22	24	528	<i>Habitación con capacidad potencial para dos pacientes ingresados. Se plantea que habitualmente, la unidad dispondrá de la mitad de sus habitaciones como uso por un solo paciente, disponiendo de espacio para la estancia de un acompañante en una cama. La habitación dispone de espacio para el acomodo de 2 visitas por paciente. Espacio para armario y guarda de enseres del paciente. Conexiones informáticas y telefónicas. Tomas de oxígeno y vacío.</i>
	Aseo en habitación	4	24	96	<i>Sin barreras. Dotado con ducha, inodoro y lavabo; con lavacañas.</i>
Total zona de pacientes y familiares				624	
Control de enfermería y apoyos	Mostrador de control de enfermería	24	1	24	<i>Mostrador de atención y organización de la unidad. Espacio para controles y comunicaciones; sistema de transportes; equipos de dispensación automatizada de medicamentos.</i>
	Carro de paradas	2	1	2	<i>En zona del mostrador de enfermería u oficio limpio.</i>
	Sala trabajo de personal	12	1	12	<i>En zona abierta, asociado al mostrador de recepción y control.</i>
	Estar de	12	1	12	<i>Incluye un oficio refrigerio de 2 m².</i>
	Oficio limpio	10	1	10	<i>Preparación y custodia de medicamentos.</i>
	Despacho supervisión	12	1	12	<i>Organización de la unidad.</i>
	Aseo de personal	6	1	6	<i>Asociado al estar de personal del control (con lavabo, inodoro y ducha).</i>
	Sala de curas/ técnicas	20	1	20	<i>Necesaria en función del número de habitaciones e uso individual.</i>

Zona	Local	S. útil	N.º	S. útil total	Observaciones: características y técnicas
	Baño asistido	—	—	—	<i>Dotación necesaria en función de las dimensiones del aseo de la habitación del paciente.</i>
Total zona de control de enfermería				98	
Apoyos generales	Oficio de comidas	10	1	10	<i>Llegada de carros y oficio de comidas para la preparación de bebidas para los pacientes.</i>
	Acceso de suministros	20	1	20	<i>Espacio asociado al núcleo vertical de ascensores de servicios y suministros del centro sanitario.</i>
	Sillas de ruedas	4	1	4	<i>Espacio abierto para sillas de ruedas.</i>
	Oficio sucio clasificación de residuos	8	1	8	<i>Vertedero, lavabo y equipo de desinfección de cuñas. Espacio para contenedores segregados de residuos de la unidad.</i>
	Recogida ropa sucia	6	1	6	<i>Local necesario en función del sistema de transporte de ropa sucia.</i>
	Oficina de limpieza	4	1	4	<i>Almacén de material y equipos de limpieza. Lavabo y armarios de material.</i>
	Almacén de lencería	6	1	6	<i>Almacén de textil de la unidad. Almacenamiento en los propios carros de distribución.</i>
	Almacén de material	10	1	10	<i>Almacén de material grande (portasueros, y otros).</i>
	Almacén de equipos	10	1	10	<i>Equipos para movilización de enfermos y otros.</i>
	Vestíbulo de acceso de suministros	20	1	20	
Total zona de apoyos generales				98	
Personal	Sala de trabajo médico	20	1	20	<i>Con capacidad para 6 personas. Puestos de trabajo con ordenador y mesa de reuniones.</i>

Zona	Local	S. útil	N.º	S. útil total	Observaciones: características y técnicas
	Sala polivalente	24	1	24	<i>Con capacidad para 12 personas. Sesiones clínicas, trabajo equipo multidisciplinar.</i>
	Oficio refrigerio	4	1	4	<i>Asociado a la sala polivalente.</i>
	Aseos de personal	4	2	8	<i>Necesarios en función de la relación espacial de esta zona de personal con la dotación existente de aseos de personal en la unidad.</i>
Total zona de personal				56	
Total circulación		324	1	288	<i>Se estima una repercusión de 8 m² por cama</i>
Total UEH	Total superficie útil			1.275	<i>Para el cálculo de la superficie construida de la unidad se estima un factor de 1,40 sobre la superficie útil sin incluir la zona de circulación general de la unidad (superficie construida estimada: 1.381,80 m²).</i>

Anexo 11.

Marco de referencia profesional para la función de supervisora de enfermería¹⁸³ (75)

1. Finalidad del puesto de trabajo

La finalidad del puesto de trabajo es velar por el funcionamiento conjunto de todos los recursos humanos, materiales y técnicos para satisfacer las necesidades de salud de los enfermos de la unidad, asegurando prácticas enfermeras solidarias con la persona, una filosofía de cuidados y el desarrollo de la calidad de cuidados enfermeros de la UEH. De esta finalidad se desprende que el centro de actuación del supervisor/a es la mejor atención a las personas (equipos, profesionales, usuarios y familias).

2. Actividades agrupadas según las categorías identificadas

2.1. Gestión de cuidados

- Revisar planes de cuidados.
- Delegar tareas a enfermeras.
- Actualizar protocolos.
- Contactar con los profesionales para garantizar la continuidad de los cuidados.
- Pasar visita con el equipo médico
- Organizar sesiones clínicas.
- Gestionar traslados seguros de los pacientes de la unidad a otras unidades o servicios.
- Velar por la distribución adecuada de los enfermos de la unidad.

(75) Tomado de: Marco de referencia profesional para la función de supervisor/a de enfermería de la demarcación piloto de Barcelona. Programa Leonardo de Vinci. Proyecto piloto F/01/B/P/PP-118135. Barcelona, mayo de 2003.

- Asegurar una buena recepción de los pacientes en la unidad.
- Participar en los cambios de turno.
- Asegurar la gestión de pruebas y de exámenes de los usuarios de la unidad.
- Garantizar una buena ejecución de los protocolos.
- Procurar la adecuación del entorno a las necesidades de ingreso de las personas.
- Coordinar las actividades del equipo de cuidados.
- Apoyar a los profesionales en la resolución de problemas.
- Gestionar las situaciones de contingencia de la unidad.
- Delegar tareas en los miembros del equipo de cuidados.
- Asegurar las condiciones de trabajo adecuadas.
- Asegurar la actualización de los protocolos de cuidados.
- Asegurar un buen cumplimiento de las políticas y normas asistenciales correspondientes en la organización.
- Asegurar una buena articulación entre las intervenciones de los miembros del equipo interdisciplinario e intradisciplinario.
- Facilitar una buena colaboración interdisciplinaria y multidisciplinaria para garantizar una toma adecuada de decisiones en los procesos clínicos.

2.2. Cuidados directos

- Participar en la gestión del ingreso y del alta.
- Comunicar con los usuarios de la unidad.
- Comunicar con las familias de los usuarios de la unidad.
- Negociar con los usuarios de la unidad.
- Participar en el traslado de un enfermo.
- Cuidar de un enfermo de la unidad.
- Evaluar los dossiers de cuidados.
- Revisar la ejecución de los protocolos de actuación de la unidad.

2.3. Docencia

- Orientar a las enfermeras y auxiliares sobre algunas de las actividades concretas.
- Supervisar la realización de técnicas.
- Orientar a los alumnos de la unidad.
- Enseñar cómo llevar a cabo un cuidado
- Apoyar a los profesionales para mantener y actualizar las competencias.

- Participar en las demostraciones técnicas de aparatos.
- Enseñar al personal de enfermería de nueva incorporación a las unidades.
- Supervisar a los estudiantes de enfermería.

2.4. Gestión de recursos humanos

- Gestionar los horarios.
- Asegurar el cumplimiento de los turnos y horarios de trabajo.
- Planificar y gestionar el personal de la unidad.
- Autorizar las salidas del personal.
- Evaluar y mantener los sistemas que proveen los datos necesarios para la buena gestión de recursos humanos.
- Delegar responsabilidades según las competencias de los profesionales.
- Transmitir informaciones al equipo.
- Resolver ausencias puntuales de la unidad.
- Enviar la información de recursos humanos a la dirección de personal.
- Coordinar con la dirección de recursos humanos de enfermería para la planificación del personal que tiene a su cargo.

2.5. Gestión de servicios de soporte

- Gestionar con el responsable de la limpieza.
- Gestionar el material inventariable de la unidad.
- Gestionar el material fungible de la unidad.
- Identificar los recursos materiales necesarios para el buen funcionamiento de la unidad.
- Asegurar el mantenimiento de los aparatos de la unidad y que sean utilizados correctamente según las necesidades del servicio.
- Garantizar el buen funcionamiento de los aparatos de la unidad.
- Gestionar problemas de provisión de medicamentos.
- Asegurar una buena administración y control de estupefacientes.
- Verificar el material suministrado.
- Gestionar el consumo de la unidad.
- Asegurar los stocks de material fungible e inventariable de la unidad.
- Participar en la gestión administrativa de la unidad.
- Buscar el material prestado a otras unidades o en reparación.
- Coordinar, negociar y llegar a acuerdos con los servicios de soporte.

2.6. Comunicación y cooperación

- Asegurar una buena comunicación entre los miembros del equipo de cuidados, el equipo multidisciplinario y los servicios de soporte y administrativos.
- Articular una buena comunicación interdepartamental para garantizar un buen trabajo.
- Asegurar la difusión de informaciones claras y precisas a los miembros del equipo.
- Garantizar un trabajo en equipo marcado por el compromiso y la equidad.
- Crear una comunicación afectiva.
- Cooperar con los profesionales del equipo de cuidados y con los miembros del equipo multidisciplinario.
- Cooperar con los otros servicios de enfermería y con la dirección.
- Cooperar con todo el personal y los otros departamentos y servicios de la institución.
- Cooperar con los proveedores y personal de inspección.
- Contactar con los miembros del equipo multidisciplinario para realizar reuniones.
- Entrevistarse con proveedores médicos.
- Entrevistarse con inspectores.
- Facilitar traslados de urgencias a la unidad.

2.7. Gestión de las contingencias

- Coordinar con el servicio de admisiones.
- Negociar con el/los responsables de las unidades y servicios médicos que utilizan la UEH.
- Gestionar un cambio de habitación.
- Resolver incidentes asistenciales provocados por las complicaciones de enfermos complejos.
- Proporcionar medicación en situaciones de urgencia.
- Garantizar la resolución de problemas de orden público y seguridad.
- Resolver conflictos con pacientes y familias.
- Garantizar la resolución de problemas entre los profesionales y entre éstos, los usuarios y las familias.

2.8. Compromiso profesional

- Comprometerse con el mantenimiento de las competencias propias y del equipo.
- Crear y activar sistemas de innovación para la buena gestión de los recursos materiales de la unidad.
- Participar en la activación de sistemas que aseguren la identificación de malas prácticas y la vulneración de los derechos de los pacientes.
- Promover un clima de solidaridad y equidad entre los miembros de la unidad.
- Asegurar la confidencialidad y el respeto por los derechos de la persona.
- Estimular la identificación de áreas de investigación adecuadas a la investigación en enfermería.
- Promover la investigación clínica basada en la práctica cotidiana.
- Asegurar la creación y mantenimiento de los valores profesionales.

2.9. Liderazgo

- Liderar los procesos clínicos.
- Liderar el desarrollo y la cohesión del equipo.
- Liderar el desarrollo de competencias individuales y colectivas del equipo de cuidados.
- Liderar las relaciones entre los profesionales, los usuarios y las familias.
- Liderar las innovaciones en el ámbito de enfermería y contribuir a difundirlas.

Anexo 12.

Recomendaciones para la dotación de enfermeras en las UEH (76)

Se recomienda que la dotación del personal de enfermería en las UEH se planifique siempre a partir del patrón de cuidados y el perfil de los pacientes. La tabla que se expone a continuación debe servir de guía para una planificación con criterios de calidad. En el apartado de perfil de pacientes se han incorporado ejemplos.

Perfil del paciente	Patrón de cuidados	Tiempo de cuidados + organización	Estándares de equipo (1 DUE + 1 Auxiliar de Enfermería), por cada
>80 años	Cuidados técnicos 51%	5,29 horas * paciente * día	6-8 pacientes en turnos de día
Necesita ayuda completa para las actividades de la vida cotidiana (AVC)	Cuidados básicos 42%		12-13 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo y comorbilidad	Comunicación 7%		Festivos igual
<74 años	Cuidados técnicos 65%	3,91 horas * paciente * día	8-10 pacientes en turnos de día
Necesita ayuda completa para, al menos, dos actividades de la vida cotidiana (AVC)	Cuidados básicos 24%		14-15 pacientes en turnos de noche

(76) Adaptado de: Ferrus L. (Dir). Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2007.

Perfil del paciente	Patrón de cuidados	Tiempo de cuidados + organización	Estándares de equipo (1 DUE + 1 Auxiliar de Enfermería), por cada
Proceso agudo, médico o quirúrgico, con comorbilidad	Comunicación 11%		Festivos igual
Por ejemplo: paciente oncológico, hematológico o infeccioso			
<74 años	Cuidados técnicos 60%	2,8 horas * paciente * día	10-12 pacientes en turnos de día
Necesita ayuda completa para, al menos, dos actividades de la vida cotidiana (AVC)	Cuidados básicos 20%		15-16 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo, médico o quirúrgico, con comorbilidad destacable	Comunicación 20%		Festivos igual
<40 años	Cuidados técnicos 45%	1,8 horas * paciente * día	12-15 pacientes en turnos de día
No necesita ayuda para actividades de la vida cotidiana (AVC)	Cuidados básicos 34%		16-18 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo sin comorbilidad destacable	Comunicación 21%		Festivos igual
Por ejemplo: parto sin complicaciones. Cuidados de la madre y del recién nacido			

Anexo 13.

Índice alfabético de definiciones y términos de referencia

Acreditación

“Acción de facultar a un sistema o red de información para que procese datos sensibles, y determinación del grado en el que el diseño y la materialización de dicho sistema cumple los requerimientos de seguridad técnica preestablecidos”. Procedimiento al que se somete voluntariamente una organización en el cual un organismo independiente da conformidad de que se cumplen las exigencias de un modelo determinado.

Auditoría de la calidad: Auditoría

“Proceso que recurre al examen de libros, cuentas y registros de una empresa para precisar si es correcto el estado financiero de la misma y si los comprobantes están debidamente presentados”. Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.

Autorización/habilitación

Autorización sanitaria: resolución administrativa que, según los requerimientos que se establezcan, faculta a un centro, servicio o establecimiento sanitario para su instalación, su funcionamiento, la modificación de sus actividades sanitarias o, en su caso, su cierre.

Fuente: Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Cartera de servicios

Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de un centro, servicio o establecimiento sanitario.

Fuente: Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

Centro sanitario

Conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas.

Fuente: Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Código ético

Conjunto de reglas o preceptos morales que el centro sanitario aplica en la conducta profesional relacionada con la atención sanitaria de los enfermos que atiende.

Consentimiento informado

Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Cuidados críticos

Es un sistema integral que atiende las necesidades de aquellos pacientes que están en riesgo de enfermedad crítica, durante el transcurso de la enfermedad, así como aquellos que se han recuperado. Su provisión depende de

la disponibilidad de un continuo de experiencias y facilidades, dentro de y entre hospitales, con independencia del lugar o especialidad.

Fuente: Comprehensive Critical Care. A Review of Adult Critical Care Services. Department of Health. May, 2000.

Documentación clínica

Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Efecto adverso (EA)

Todo accidente o incidente recogido en la Historia Clínica del paciente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela en el momento del alta, la muerte o cualquier combinación de estos. El incidente no causa lesión ni daño, pero puede facilitarlos.

Para reunir esta condición, tendrá que darse una lesión o complicación, prolongación de la estancia, tratamiento subsecuente, invalidez al alta o exitus, consecuencia de la asistencia sanitaria y desde moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa a total evidencia.

Fuente: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2006.

Emergencia

La demanda de atención no programada, motivada por condiciones con riesgo vital.

Equipo de respuesta rápida (o equipo de emergencia médica)

Equipo de profesionales con formación avanzada en cuidados críticos que suministran asesoramiento en planta.

Historia clínica

Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Incluye la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales (Art. 3 y 14 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Hospitalización convencional

Ingreso de un paciente con patología aguda o crónica reagudizada en una unidad de enfermería organizada y dotada para prestar asistencia y cuidados intermedios y no críticos las 24 horas del día a pacientes, y en la que el paciente permanece por más de 24 horas.

Informe de alta

Documento emitido por el médico responsable de un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente o con ocasión de su traslado a otro centro sanitario, en el que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Otros términos similares utilizados: informe clínico de alta; informe de alta médica (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984).

Paciente ingresado

Paciente que genera ingreso (pernocta) en una cama de hospital.

Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios

Conjunto de anotaciones de todas las autorizaciones de funcionamiento, modificación y, en su caso, instalación y cierre de los centros, servicios y es-

tablecimientos sanitarios concedidas por las respectivas administraciones sanitarias.

Fuente: Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Registro de pacientes

Conjunto de datos seleccionados sobre los pacientes y su relación con el centro sanitario, con motivo de un proceso sanitario asistencial.

Requisitos para la autorización

Requerimientos, expresados en términos cualitativos o cuantitativos, que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios para ser autorizados por la administración sanitaria, dirigidos a garantizar que cuentan con los medios técnicos, instalaciones y profesionales adecuados para llevar a cabo sus actividades sanitarias.

Fuente: Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Servicio ampliado de cuidados críticos (*critical care outreach*)

El servicio ampliado de cuidados críticos es una aproximación multidisciplinaria para la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar una enfermedad crítica y aquellos pacientes recuperándose de un período de enfermedad crítica, para facilitar una intervención temprana o transferir (si está indicado) a un área adecuada para atender las necesidades de estos pacientes. La ampliación del servicio debe realizarse en colaboración entre el servicio de cuidados críticos y otros servicios para asegurar la continuidad de la asistencia con independencia de la unidad de atención, y debe mejorar las habilidades y el conocimiento de todo el personal en la prestación de cuidados críticos.

Fuente: Guidelines for the introduction of Outreach Services. Intensive Care Society. 2003.

Sistema de información

Conjunto de procesos, sean o no automáticos, que, ordenadamente relacionados entre sí, tienen por objeto la administración y el soporte de las diferentes actividades que se desarrollan en los centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como el tratamiento y explotación de los datos que dichos procesos generen.

Unidad de cuidados intensivos (UCI)

Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren: a) soporte respiratorio avanzado; o b) que precisan soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos órganos o sistemas; así como c) todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.

Fuente: Definición propuesta en el documento de Estándares y Recomendaciones para las UCI.

Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos (UEH)

Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes con procesos agudos o crónicos agudizados que, estando hospitalizados por procesos médicos o quirúrgicos, no requieren: a) soporte respiratorio avanzado o básico; o b) soporte a uno o más órganos o sistemas.

Unidad de urgencias hospitalarias

Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes con

problemas de etiología diversa y gravedad variable que, no estando ingresados en el hospital, generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata.

Fuente: Definición propuesta en el documento de Estándares y recomendaciones para las UCI.

Urgencia

La demanda de atención no programada, con independencia del riesgo que para la salud tenga el motivo de la demanda.

Abreviaturas y acrónimos

- AC-SNS: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- AE: Atención especializada.
- AEP: Appropriateness Evaluation Protocol (Protocolo de Evaluación del Uso Inapropiado).
- AHA: American Hospital Association.
- AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality (Estados Unidos).
- AMFE: Análisis modal de fallos y efectos.
- AP Atención primaria.
- APEAS: Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria.
- APIC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology.
- ATS: Ayudante técnico sanitario.
- BOE: Boletín Oficial del Estado.
- BQ: Bloque quirúrgico.
- CC.AA.: Comunidades autónomas.
- CDC: Center for Disease Control and Prevention.
- CDM: Categoría diagnóstica mayor.
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.
- CMA: Cirugía mayor ambulatoria.
- CMBD: Conjunto mínimo y básico de datos.
- DUE: Diplomada universitaria en enfermería.
- EA: Efecto adverso.
- EESCRI: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado.
- EFQM: European Foundation for Quality Management.
- ENEAS: Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización.
- GNEAUPP: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.
- GRD: Grupos relacionados por el diagnóstico.
- HdD: Hospitalización de día.
- ICNP: International Classification for Nursing Practice.
- IDSA: Infectious Diseases Society of America.
- IEMA: Índice de estancia media ajustado a complejidad.
- IHI: Institute for Healthcare Improvement (USA).
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- IoM: Institute of Medicine (USA).
- JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

LOPD: Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

MQ: Médico quirúrgicas.

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MSPS: Ministerio de Sanidad y Política Social.

MSPSI: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

NCEPOD: National Confidential Enquiry into Patient Outcomes and Deaths.

NIC: Nursing Intervention Classification.

NICE: National Institute for Clinical Excellence.

NOC: Nursing Outcomes Classification.

NPSG: National Patient Safety Goals (Joint Commission, USA).

NPSA: National Patient Safety Agency (Reino Unido).

NQF: National Quality Forum (USA).

NHS: National Health Service (Reino Unido).

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development Health care quality indicators project.

OM: Orden Ministerial.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OSHA: Occupational Safety and Health Administration.

PC-SNS: Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

ProFaNE: Prevention of Falls Network Europe.

RD: Real Decreto.

RCP: Reanimación Cardiopulmonar.

SHEA: Society for Healthcare Epidemiology of America.

SBAR: Situation, Backgrounds, Assesment, Recommendation.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

UCI: Unidad de cuidados intensivos (también se utilizan los acrónimos de UVI: –unidad de vigilancia intensiva– y UMVI –unidad médica de vigilancia intensiva–).

UE: Unión Europea.

UEH: Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos.

UpP: Úlcera por presión.

UPP: Unidad de pacientes pluripatológicos.

URPA: Unidad de reanimación post-anestésica.

UUH: Unidad de urgencias hospitalarias.

Bibliografía

1. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad. MSPS. (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/home.htm>)
2. Griffiths PD, Edwards ME, Forbes A, Harris RL, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD002214. DOI: 10.1002/14651858.CD002214.pub3.
3. Walsh B, Steiner A, Pickering RM, Ward-Basu J. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard acute care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330:699-702
4. Cullum N, Spilsbury K, Richardson G. Nurse led care Determining long term effects is harder than measuring short term costs. *BMJ* 2005;330:682-3.
5. Comprehensive Critical Care. A Review of Adult Critical Care Services. Department of Health. May, 2000.
6. Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2002.
7. SIGN. Postoperative management in adults. August 2004.
8. Intensive Care Society (UK). Levels of critical care for adult patients. London. The Intensive Care Society. 2002.
9. Department of Health (UK). Critical Care Information Advisory Group. Levels of Care: (summarized from: Levels of Critical Care for Adult Patients, Intensive Care Society, 2002). London. DH. January 2006
10. Miller, TS. The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. 1997.
11. McKee M, Healy J. The significance of hospitals: an introduction. En: McKee M, Healy J. (Eds.). *Hospitals in a changing Europe*. WHO. European Observatory on Health Care Systems. Buckinham: Open University Press. 2002. P. 3-13.
12. Black N. Rise and demise of the hospital: a reappraisal of nursing. *BMJ* 2005;331:1394-1396.
13. Agencia de Calidad del SNS. "Plan de Calidad para el SNS". Marzo, 2006. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
14. Unidad de cirugía mayor ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
15. Cirugía mayor ambulatoria. Guía de Organización y funcionamiento. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. 1993.
16. Unidad de hospitalización de día. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008.
17. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009 (en prensa).
18. Atención hospitalaria al parto. Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009 (en prensa).
19. Bloque quirúrgico: estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009 (en prensa).

20. OECD. Health Data 2007. Paris : OECD. 2007.
21. Healy J, McKee M. The evolution of hospital systems. En: McKee M, Healy J. (Eds.). Hospitals in a changing Europe. WHO. European Observatory on Health Care Systems. Buckingham: Open University Press. 2002. P. 14-35.
22. Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Indicadores Hospitalarios. Evolución 2000-2005 (Informe resumen). Madrid: MSPS, Mayo 2008.
23. Kozak LJ, DeFrances CJ, Hall MJ. National Hospital Discharge Survey: 2004 annual summary with detailed diagnosis and procedure data. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 13(162). 2006. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/hdasd/nhdstab.htm>. Consultado el 09.01.09.
24. Ferlie E, Shortell SM, "Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change", *The Milbank Quarterly*, 79(2): 281-316, 2001.
25. Ann Page, Editor, Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Institute of Medicine. Washington, D.C.: The National Academies Press. 2004.
26. Department of Health/Royal College of Nursing. Freedom to practise: dispelling the myths. London: Department of Health. 2003.
27. Deutschendorf A. From past paradigms to future frontiers: Unique care delivery models to facilitate nursing work and quality outcomes. *Journal of Nursing Administration* 2003;33(1):52-59.
28. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *N Engl J Med* 2002; 346:1715-22.
29. Hospital Nurse Staffing and Quality of Care. Research in Action. Agency for Healthcare Research and Quality (www.ahrq.gov). March, 2004. Consultado el 05.01.09.
30. Hall, L. McGillis L., Doran, D., Pink G. Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 2004;34:41-45.
31. Stone PW, Pogorzelska M, Kunches L, Hirschhorn LR. Hospital Staffing and Health Care-Associated Infections: A Systematic Review of the Literature. *Clinical Infectious Diseases* 2008; 47:937-44.
32. Acreditación de centros de Atención Hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 1. Estándares esenciales. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. 2005.
33. Acreditación de centros de Atención Hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 2. Estándares esenciales. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. 2005.
34. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Febrero 2006. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
35. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del SNS español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
36. The National Quality Forum. Safe practices for better healthcare: a consensus report. Washington: The National Quality Forum; 2003.

37. Hospital Accreditation Standards. The Joint Commission. 2009.
38. Bahl V, Thompson MA, Kau T-Y, Hu HM, Campbell DA Jr. Do the AHRQ Patient Safety Indicators flag conditions that are present at the time of hospital admission? *Med Care.* 2008;46:516-522.
39. Joint Commission. Health Care at the Crossroads Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. Joint Commission. 2002.
40. Institute for Healthcare Improvement. Transforming Care at the Bedside. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement. 2004.
41. Dutton RP, Cooper C, Jones A, et al. Daily multidisciplinary rounds shorten length of stay for trauma patients. *J Trauma.* 2003 Nov;55(5):913-919.
42. Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, et al. Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *Am J Crit Care.* 2005 Jan;14(1):71-77.
43. Hillman K, Chen J, Cretikos M y col. MERIT study investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365:2091-97.
44. National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance Measure Set. Washington: National Quality Forum. 2005.
45. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135-43.
46. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data *BMJ* 2003;327:1257-61.
47. In-Patient Accommodation. Options for choice. Hospital Building Note 04. NHS Estates. HMSO. 1997.
48. Health Technical Memorandum 2015. Bedhead Services. Management Policy. NHS Estates. HMSO. 1994.
49. Health Technical Memorandum 2015. Bedhead Services. Validation and Verification. Operational Management. NHS Estates. HMSO. 1995.
50. Health Technical Memorandum 2015. Bedhead Services. Validation and Verification. Design Considerations. NHS Estates. HMSO. 1995.
51. Audit Commission. Bed Management. Revision of national findings. London: Audit Commission. 2003.
52. Safer care for the acutely ill patient: learning from serious incidents. London: NHS. National Patient Safety Agency. 2007.
53. Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. London: NHS. National Patient Safety Agency. November, 2007.
54. Critical care Outreach 2003. NHS Modernisation Agency. 2003.
55. Quality Critical Care. Beyond 'Comprehensive Critical Care'. A report by the Critical Care Stakeholder Forum. September, 2005.
56. Manley K, Hardy S. Improving Services to Patients Through Ongoing Development of Critical Care Teams. A Project Report. A report commissioned by the Department of Health (England). September, 2005.
57. Critical Care Outreach Services. Indicators of Service Achievement and Good Practice. Critical Care Stakeholders' Forum & National Outreach Forum. March, 2007.

58. Acutely ill patients in hospital. Recognition of and response to acute illness in adults in hospital. NICE Clinical Guideline 50. July, 2007.
59. An Acute Problem?. NCEPOD. 2005.
60. McGaughey J, Alderdice F, Fowler R, Kapila A, Mayhew A, Moutray M. Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention of Intensive Care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD005529. DOI: 10.1002/14651858.CD005529.pub2.
61. Resuscitation Council (UK). Resuscitation Guidelines 2005. Disponible en: www.resus.org.uk/pages/guide.htm
62. National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare-2009 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; 2009.
63. The National Council for Palliative Care. Advance Decisions to Refuse Treatment. A Guide for Health and Social Care Professionals. Department of Health. September, 2008.
64. Tulsky J.A. . Beyond advanced directives. JAMA 2005; 294:359-.365.
65. Lorenz K.A. , Rosenfeld K. and Wenger N. Quality indicators for palliative and end-of-life care in vulnerable elders. JAGS 2007;55:S318-S326.
66. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Paliativos: estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. (en elaboración).
67. Shojania KG, Wald H, Gross R. Understanding medical error and improving patient safety in the inpatient setting. Med Clin N Am 2002; 86: 847-67.
68. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. Disponible en: www.who.int/patientsafety
69. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient safety- Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety. 5 April 2005.
70. Council of Europe. Recommendation Rec (2006) 7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 24 May 2006. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>
71. Terol E., Agra Y., Fernández M.M., Casal J., Sierra E., Bandrés B., et al. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del SNS español, período 2005-2007. Medicina Clínica, 2008; 131; N° Extra 3:4-11
72. Estudio de evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de los medicamentos en los hospitales españoles (2007). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf>
73. Prácticas seguras simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de EA en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
74. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca: informe técnico diciembre 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>
75. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. London: National Patient Safety Agency. February 2004.

76. NQF. Safe Practices for Better Healthcare-2006 Update: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum; 2006. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: http://www.qualityforum.org/publications/reports/safe_practices_2006.asp
77. Kizer KW. Large system change and a culture of safety. En: Proceedings of Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care, Rancho Mirage, CA, 1998. Chicago: National Patient Safety Foundation; 1999.p.31-3.
78. Institute for Healthcare Improvement. Safety Briefings. 2004. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: <http://www.wsha.org/files/82/SafetyBriefings.pdf>
79. Bodenheimer T. Coordinating Care - A Perilous Journey through the Health Care System. N Engl J Med 2008;358:10 (www.nejm.org march 6, 2008). Downloaded from www.nejm.org at BIBLIOTECA VIRTUAL SSPA on January 27, 2009 .
80. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman EA, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, et al. Transition of care for hospitalized elderly - the development of a Discharge Checklist for Hospitalists. J Hosp Med. 2006; 1:354-360.
81. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Volumen1, Solución 3. Mayo 2007. Disponible en: World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: <http://www.jcipatientsafety.org/14685/>
82. Joint Commission 2009 National Patient Safety Goals Hospital Program. <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>
83. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. Jt Comm J Qual Patient Saf 2006;32:167-175.
84. The Care Transitions Program. Checklist for patients. <http://www.caretransitions.org/documents/checklist.pdf>
85. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2008. [consultado 15/9/2008]. Disponible en:http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
86. Aspden P, Wolcott JA, Lyle Bootman J et al. Preventing medication errors. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press; 2007.
87. Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Marzo 2007. Disponible en: Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Strasbourg: Council of Europe, 2007. Disponible en: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/public_health/pharma_and_medicine/Specific_projects.asp#TopOfPage
88. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA 2003; 289: 1107-16.
89. Rozich JD, Resar RK. Medication safety: One organization's approach to the challenge. J Clin Outcomes Management 2001; 8: 27-34.
90. Nassaralla CL, Naessens JM, Chaudhry R et al. Implementation of a medication reconciliation process in an ambulatory internal medicine clinic. Qual Saf Health Care 2007; 16: 90-4.

91. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) and National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. December 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byId&o=11897>
92. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, MacLean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Results of a US Consensus Panel of Experts. *Arch Intern Med* 2003; 163:2716-2725.
93. Laroche ML, Charnes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63: 725-31.
94. Pennsylvania Patient Safety Authority. The Beers criteria: screening for potentially inappropriate medications in the elderly. PA-PSRS Patient Safety Advisory Vol 2, N° 4, Dec 2005.
95. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008;46:72-83.
96. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing.* 2008;37:673-9.
97. Montero Errasquin B, Sánchez Cuervo M, Sánchez Castellano M, Delgado Silveira E, Bermejo Vicedo T, Cruz-Jentoft AJ. Inappropriate prescription in geriatric outpatients: A comparison of two instruments. *J Nutr Health Aging.* 2008;12(8):585.
98. Ryan C, Kennedy J, O'Mahony D, Byrne S. Potential inappropriate prescribing in elderly patients in Primary Care. *J Nutr Health Aging.* 2008;12(8):586.
99. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009.
100. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 1045-51.
101. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalisation. *Arch Intern Med* 2006; 166: 565-571).
102. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Rueda López J, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J, Mayán Santos JM, et al.. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.* 2006; 3:154-172
103. JCAHO. Strategies for preventing Pressure Ulcers. The Joint Commission Perspectives on Patient Safety. January 2008. Vol 8; issue 1.
104. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD000340.
105. Silva Gama ZA, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M Epidemiología de caídas de ancianos en España: Una revisión sistemática, 2007. *Rev. Esp. Salud Publica* 2008; 82: 43-55
106. Institute of Healthcare Improvement. Reducing Harm from Falls. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/ReducingHarmfromFalls/>

107. National Quality Forum. Joint Commission 2009 National Patient Safety Goals. Hospital Program. <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>
108. Catalano K, Fickenscher K. Complying with the 2008 National Patient Safety Goals. *AORN J*. 2008 Mar;87(3):547-56.
109. Safe Practices For Better Healthcare: 2009 Update. <http://www.qualityforum.org/projects/ongoing/safe-practices>.
110. Stevens JA, Sogolow ED. Preventing Falls: What Works A CDC Compendium of Effective Community-based Interventions from Around the World. 2008. Centers for Diseases Control and Prevention. National Center for Injury Control.
111. NICE guideline N° 21. Falls: The assesment and prevention of falls in older people. 2004. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG021NICEguideline.pdf>
112. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Prevention of falls and fall injuries in the older adult. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2005 Mar.
113. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:664-72.
114. US Department of Veteran Affairs. National Center for Patient Safety. National Center for Patient Safety Falls Toolkit. <http://www.va.gov/ncps/SafetyTopics/fallstoolkit/>.
115. Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2007 Jan 13;334(7584):82.
116. Gates S, Fisher J D, Cooke M W, Carter Y H, Lamb S E. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008;336:130-133.
117. Pi-Sunyer T, Navarro M., Freixas N., Barcenilla F. Higiene de las manos: evidencia científica y sentido común. *Med Clin Monogr (Barc)*.2008;131(Supl 3):56-9.
118. Pittet D, Hugonnet S Harbath S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger TV, members of the Infection Control Programme. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet* 2000;356: 1307-1312.
119. Directrices de la OMS sobre Higiene de las Manos en Atención Sanitaria. Resumen. MSPS. 2006.
120. Yokoe D.S., Mermel L.A., Anderson D,J., Arias K.M., Burstin H., Calfee D.P., et al. Executive Summary: A Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29 Suppl 1: S12-S21.
121. Marschall J, Mermel L.A., Classen D., Arias K.M., Podgorny K., Anderson D.J., Burstin el at. Strategies to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29 Suppl 1:S22-S30.
122. Coffin SE, Klompas M, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H., et al. Strategies to Prevent Ventilator-Associated Pneumonia in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29 Suppl 1:S31-S40.
123. Lo E, Nicolle L, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H., et al. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29 Suppl 1:S41-S50.

124. Anderson DJ, Kaye KS, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Burstin H, et al. Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29 Suppl 1:S51-S61.
125. Calfee DP, Salgado CD, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H., et al. Strategies to Prevent Transmission of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29 Suppl 1:S62-S80.
126. Dubberke E.R., Gerding D.N., Classen D., Arias K.M., Podgorny K., Anderson D.J., , et al. Strategies to Prevent *Clostridium difficile* Infections in Acute Care Hospitals *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29 Suppl 1:81-S92.
127. Morís de la Tassa J., Fernández de la Mota E., Aibar C., Casyan S., Ferrer J.M. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del SNS. *Med. Clin. (Barc.)* 2008; 131, Número Extraordinario 3: 72-78.
128. Davis R. Patient involvement in patient safety-the patient as part of the safety solution: how can patients be involved?. NLH Patient and Public Involvement Specialist Library (<http://www.library.nhs.uk/ppi/ViewResource.aspx?resID=273565&tabID=289>). Consultado el 05.01.09.
129. Helmreich RL, Merritt AC. *Culture at Work in Aviation and Medicine: National, Organizational, and Professional Influences*. Aldershot, Hampshire, England: Ashgate; 1998.
130. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19: 855-871.
131. Kurylo LL. Measuring inappropriate utilization. *Hosp Health Serv Administration* 1976; 21: 73-89.
132. Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Portella E, Carbonell-Sanchís R., Fernández C., Lázaro L., y cols. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)*1996; 107: 124-129.
133. Cuende N, M^a Galilea JM, Sebastián JD, Pozuelo A, Sanz de León O, García J. Gestión de la utilización Hospitalaria en los Servicios Médicos del hospital "La Paz" en 1995, mediante AEP. RAS. 1998;5: Consultado en: http://www.administracionsanitaria.com/RAS_PRIMERA/numero_5.php. El 19.04.09.
134. Rodríguez-Vera F. J., Marín Fernández Y., Sánchez A., Borrachero C., Pujol de la Llave E.. Adecuación de los ingresos y estancias en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel utilizando la versión concurrente del AEP. *An. Med. Interna (Madrid)* 2003; 20: 27-30.
135. Lorenzo S, Suñol R. An Overview of Spanish Studies on Appropriateness of Hospital Use. *Int J Qual Health Care* 7: 213-218.
136. Metodología de análisis de la hospitalización en el SNS. Modelo de indicadores basado en el Registro de Altas (CMBD). Documento base. Agencia de Calidad del SNS Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de sanidad y Consumo. 2008.
137. Classification internationale de la pratique de soins de infirmiers: Documenter les soins infirmiers et les résultats de la pratique. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Canadian Nurses Association. Janvier, 2003.
138. Planes de cuidados estandarizados. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/listados.asp?sellista=4&f=p>. Consultado el 21.04.09
139. Middleton S, Barnett J, Reeves D. What is an integrated care pathway?. www.evidence-based-medicine.co.uk. 2003.

140. Gordon M. *Diagnóstico Enfermero*. 3ª Ed. Mosby Doyma, 1996.
141. *Safer care for the acutely ill patient: learning from serious incidents*. London: NHS. National Patient Safety Agency. 2007.
142. *Guidelines for the introduction of Outreach Services*. Intensive Care Society. 2003.
143. McGaughey J, Alderdice F, Fowler R, Kapila A, Mayhew A, Moutray M. Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention of Intensive Care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD005529. DOI: 10.1002/14651858.CD005529.pub2.
144. *Cardiopulmonary resuscitation. Standards for clinical practice and training*. A Joint Statement from The Royal College of Anaesthetists, The Royal College of Physicians of London, The Intensive Care Society, and The Resuscitation Council (UK). Resuscitation Council (UK). October 2004.
145. Castillo F, López JM, Marco R, González JA; Puppo AM, Murillo F y Grupo de Planificación, Organización y Gestión de la SEMICYUC. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. *Med. Intensiva* 2007; 31. [periódico en la Internet]. 2007;31: 36-45. (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000100006&lng=es&nrm=iso). Consultado 19.12.08.
146. *Critical to Success. The place of efficient and effective critical care services within the acute hospital*. Audit Commission. 1999.
147. Dutton RP, Cooper C, Jones A, et al. Daily multidisciplinary rounds shorten length of stay for trauma patients. *J Trauma*. 2003; 55:913-919.
148. Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, et al. Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *Am J Crit Care*. 2005;14:71-77.
149. Vidán M et al. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: A randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:1476-1482.
150. NHS Modernization Agency. *10 High Impact Changes for Service Improvement and Delivery*. Agosto, 2004.
151. Marco J, Barba R, Plaza S, Losa JE, Canora J, Zapatero A. Analysis of the mortality of patients admitted over the weekend to internal medicine wards. *American Journal of Medical Quality* (en prensa).
152. Barba R, Losa JE, Velasco M, Guijarro C, García de Casasola G, Zapatero A. Mortality among adult patients admitted to the hospital on weekends. *European Journal of Internal Medicine* 2006;17:322-324.
153. *Discharge from hospital: pathway, process and practice*. Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team. Department of Health. 2003.
154. *Achieving timely 'simple' discharge from hospital. A toolkit for the multi-disciplinary team*. Department of Health. 2004.
155. Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub2
156. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA*. 1999 Feb 17;281(7):613-20.

157. Ensuring the effective discharge of older patients from NHS acute hospitals. Report by the Comptroller and Auditor General. HC 392 Session 2002-2003: 12 February 2003. National Audit Office, 2003.
158. Chiu WK, Newcomer R. A Systematic Review of Nurse-Assisted Case Management to Improve Hospital Discharge Transition Outcomes for the Elderly. *Professional Case Management* 2007;12:330-336.
159. Latour C, van der Windt D, de Jonge P, Riphagen I, de Vos R, Huyse F, Stalman W. Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 62, Issue 3, Pages 385-395.
160. Caamaño C, Sáinz A, Martínez JR, Alonso M, Carro J. Evolución y valoración de la calidad del informe de enfermería al alta. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19:396-401.
161. Lucendo Villarín AJ, Noci Belda J. El informe de alta de enfermería, un instrumento para la continuidad de los cuidados. *Enfermería Clínica* 2004;14:184.
162. Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedito A, et al. Documento de consenso: Prevención de la dependencia de las personas mayores. *Rev Clin Esp* 2008;208: 361-2.
163. Griffiths PD, Edwards ME, Forbes A, Harris RL, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD002214. DOI: 10.1002/14651858.CD002214.pub3
164. Walsh B, Steiner A, Pickering R.M., Ward-Basu J. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard acute care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330:699-702.
165. González-Llinares RM, Aramburua I, Ruiz de Ofenda MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:232-6.
166. Acute hospital portfolio review. Management of admission in acute hospitals. Review of the national findings-2006. Healthcare Commission. 2006.
167. Martín R, Barba R, Losa J, Canora J, Plaza S, García de Casasola G y Zapatero A. En XII Congreso Sociedad de Madrid y Castilla la Mancha. Madrid.4-5 de Junio de 2009).
168. NHS Modernization Agency. 10 High Impact Changes for Service Improvement and Delivery. Agosto, 2004.
169. Pieltáin A. Arquitectura para la sanidad pública en España 1942-1977. INGESA. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
170. Isasi JF, Paniagua JL, Pieltáin A. Hospitales. La arquitectura del Insalud. 1986-2000. Insalud. Ministerio de sanidad y Consumo. 2000. (2 volúmenes).
171. In-patient accommodation. European case studies. Health building note 4. Volume 2. NHS Estates. 1998.
172. Avellana J.A. y Fernández L. (Coord.). Guía de buena práctica clínica en Geriátría. Anciano afecto de fractura de cadera. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y Elsevier Doyma. 2007. Págs.: 21-39
173. Estrategia de Atención al Ictus en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
174. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

175. Subirana M, Solà I. Medición del Trabajo Enfermero. Instrumentos basados en medidas indirectas: Medicus, Exchaquet, Método Montesinos, IPSI y DNS. *Metas de Enferm* 2007; 10: 25-27.
176. Subirana M, Solà I. Medición del Trabajo Enfermero. Instrumentos basados en medidas directas I: Proje Recherche in Nursing (PRN).
177. Subirana M, Solà I. Medición del Trabajo Enfermero. Instrumentos basados en medidas directas II: SIIPS y SIGNO II. *Metas de Enferm* oct 2006; 9(8): 50-53.
178. Seago JA. Chapter 39. Nurse Staffing, Models of Care Delivery, and Interventions. En: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. AHRQ Publication 01-E058 July 20, 2001, pág.: 423-446. Consultado en: <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/>, el 06.07.09.
179. Ferrus L. (Dir). *Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització*. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 2007.
180. Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Sáinz A. Un plan de acción para evaluar los objetivos de calidad de enfermería en un hospital. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(8):670-7.
181. Indicadores Clave del SNS. Ficha técnica de los indicadores clave del SNS. Diciembre de 2007. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.
182. Delgado O, Serra G, Fernández F, Martínez I, Crespi M. Conciliación de medicación: evaluación horizontal del tratamiento. *El Farmacéutico Hospitales* 2006; 182: 26-33.
183. Marco de referencia profesional para la función de supervisor/a de enfermería de la demarcación piloto de Barcelona. Programa Leonardo de Vinci. Proyecto piloto F/01/B/P/PP-118135. Barcelona, mayo de 2003.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mspsi.es