

INDICADORES DE CALIDAD

Sociedad Española
de Urgencias de Pediatría

COORDINADORES:

BENITO FERNÁNDEZ, FCO. JAVIER

GONZÁLEZ HERMOSA, ANDRÉS

LUACES CUBELLS, CARLES



SEUP

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2026 Sociedad Española de Urgencias en Pediatría

Diseño y maquetación: Ipatia Medical S.L. (www.ipatiamedical.es)

ISBN digital: 979-13-991195-2-7

PARTICIPACION DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE SEUP

ANALGESIA Y SEDACIÓN

Barasoain Millán, Alberto
García González, Silvia
Khodayar Pardo, Parísá
Magdaleno Fuentes, Inés
Míguez Navarro, Conchita
Sancho Gracia, Elena

CATÁSTROFES

González Peris, Sebastià
Rodrigo García, Rocío

CUIDADOS

Guerrero Márquez, Gloria
De la Hera Merino, Marta

DOCENCIA

Alonso Sánchez, Iris
De Francisco Prófumo, Antonio

ECOGRAFÍA CLÍNICA

Martínez Mas, Roser
Triviño Rodríguez, Míriam

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Alonso Cadenas, José Antonio
Gómez Cortés, Borja
Velasco Zúñiga, Roberto

HUMANIZACIÓN Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Jové Blanco, Ana
Parra Cotanda, Cristina

INTOXICACIONES

Martínez Sánchez, Lidia

CONTRA LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Curcoy Barcenilla, Ana I
Trenchs Sainz de la Maza, Victoria

MEJORA DE LA CALIDAD

Acedo Alonso, Yordana
Alonso Cadenas, José Antonio
Arias Constantí, Vanesa
Benito Fernández, Javier

Domingo Garau, Araceli
García Herrero, María Ángeles
González Balenciaga, María
González Hermosa, Andrés
González Peris, Sebastià
Herreros Fernández, Marisa
López Gómez, Sonia
Luaces Cubells, Carles
Martínez Mejías, Abel
Mora Capín, Andrea
Muñoz Lozón, Ana
Pavlovic Nestic, Svetlana
Riera Hevia, Beatriz
Sánchez Longares, Vanessa
Torrús Carmona, Soledad
Vázquez López, Paula

PACIENTE CRÍTICO

Ballesterio Díez, Yolanda
Calderón Checa, Rosa
Leonardo Cabello, María Teresa

PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Alonso Montejo, María del Mar
Bustamante Hernández, Sandra
Jiménez Belastegui, Usoa
Lera Carballo, Esther
Paniagua Calzón, Natalia
Pérez Suarez, Esther
Pernia Sánchez, Juan
Pons Morales, Sara

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

Angelats Romero, Carlos Miguel
González García, Javier

SALUD MENTAL

Algarrada Vico, Lorena
Vázquez Gómez, Lorena

TRIAJE

Pérez Llarena, Garbiñe
Sánchez Longares, Vanessa

SUMARIO

Prólogo	5
1. Objetivos	6
2. Objetivos específicos	6
3. Características de un indicador de calidad	7
4. Pasos a seguir para diseñar un sistema de evaluación de la calidad a través de indicadores	7
5. Aspectos relevantes sobre los que se deben diseñar los indicadores	9
6. Uso práctico de los indicadores de calidad	9
7. Proceso de actualización 2025	10
Relación de indicadores (los considerados imprescindibles se destacan en rojo)	13
Analgesia y sedación	17
Cuidados	21
Docencia	22
Ecografía clínica	26
Enfermedades infecciosas	27
Humanización y experiencia del paciente	37
Intoxicaciones	43
Contra la violencia en infancia y adolescencia	46
Mejora de la calidad	47
Paciente crítico	79
Patología respiratoria	84
Patología traumática	94
Salud mental	97
Triage	99

PRÓLOGO

La atención urgente pediátrica constituye un ámbito asistencial de alta complejidad, caracterizado por la variabilidad clínica, la presión asistencial y la toma de decisiones rápidas y seguras. En este contexto, la medición sistemática de la calidad mediante indicadores válidos, fiables y útiles se consolida como una herramienta esencial para garantizar una atención segura, efectiva y centrada en el paciente y su familia.

Esta tercera edición del Documento de Indicadores Asistenciales de Calidad en Urgencias de Pediatría surge con el objetivo de actualizar y fortalecer el marco de evaluación y mejora continua, dando seguimiento al trabajo iniciado en las ediciones previas de 2004 y 2018.

Este documento ha sido elaborado por el Grupo de Trabajo de Mejora de la Calidad, con la participación de los distintos Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), siguiendo un rigor científico y metodológico adecuado. La revisión y actualización de los indicadores se ha realizado incorporando los avances en la evidencia científica, la experiencia acumulada en su aplicación práctica y los principios de la gestión del riesgo, entendida como un elemento clave para la prevención de eventos adversos y la mejora de la seguridad del paciente. En esta edición se han mantenido de forma explícita los indicadores de seguridad, reafirmando su papel transversal y prioritario en la evaluación de la calidad asistencial.

Como novedad relevante, se ha llevado a cabo una redistribución de los indicadores de enfermería, integrándolos dentro de los bloques temáticos correspondientes a cada Grupo de Trabajo, lo que permite una visión más coherente, multidisciplinar y alineada con la práctica clínica real de los servicios de urgencias pediátricas. Esta reorganización refuerza el papel fundamental de la enfermería en la atención urgente y facilita la aplicación conjunta de los indicadores por parte de todos los profesionales implicados.

El empleo sistemático de estos indicadores no debe entenderse únicamente como un ejercicio de registro y medida, sino como un instrumento dinámico al servicio de la mejora continua, que permita identificar áreas de riesgo, detectar oportunidades de optimización, comparar resultados y evaluar el impacto de las intervenciones implementadas. Este documento aspira a ser una guía práctica y flexible para los servicios y unidades de Urgencias de Pediatría, contribuyendo a homogeneizar estándares de calidad, promover una cultura de seguridad y avanzar hacia una atención urgente pediátrica cada vez más excelente, segura y basada en la evidencia.

Como presidente actual de SEUP y en nombre de toda la Junta Directiva, es un honor presentar mediante estas líneas los indicadores de calidad, que se convertirán, como ya fueron los anteriores, en un documento referente de nuestra actividad diaria.

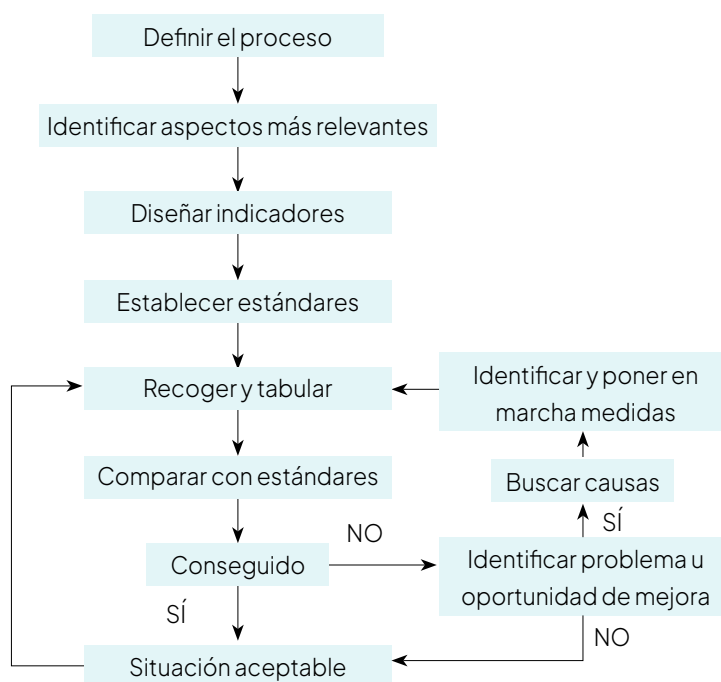
Gracias por todo el trabajo y la enorme implicación.

José Lorenzo Guerra Díez
Presidente de SEUP

1. OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto es proporcionar a todos los estamentos implicados en la atención a los pacientes pediátricos con patología urgente un instrumento para analizar la adecuación de asistencia prestada.

Para ello se ha utilizado, como punto de partida, la versión anterior del documento “Indicadores pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria” elaborado en el año 2018 por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), en colaboración con la Fundación Avedis Donabedian.



2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Seleccionar aspectos relevantes de la práctica clínica en la atención al paciente pediátrico en urgencias, utilizando criterios de priorización como número de pacientes afectados, riesgo de la actividad, etc.
2. Diseñar indicadores que abarquen las diferentes dimensiones que constituyen el concepto de calidad asistencial, basados en la mejor evidencia científica disponible y que aporten información válida y fiable sobre la calidad en la asistencia a niños con patología urgente.
3. Consensuar aquellos indicadores básicos o imprescindibles que deben ser aplicados en todos los centros donde se atiende a niños en urgencias, independientemente del nivel de complejidad del hospital y de la patología específica que sea atendida.
4. Redactar un documento, avalado por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, que sirva, en el ámbito de la asistencia urgente, como referencia de calidad asistencial.

3. CARACTERÍSTICAS DE UN INDICADOR DE CALIDAD

Dado que un indicador es un instrumento de medida que se utilizará de forma sistemática y cuyo resultado será tenido en cuenta en la gestión de la calidad, es necesario asegurarse que refleje la realidad asistencial.

Para ello, deben considerarse tres características o propiedades fundamentales que ha de reunir todo indicador:

- **Validez:** capacidad para identificar situaciones en las que se puede mejorar la calidad de la asistencia.
- **Sensibilidad:** capacidad para detectar todos los casos en los que se produce una situación o problema real de calidad.
- **Especificidad:** capacidad para identificar correctamente aquellos casos en los que existen problemas de calidad.

Estos aspectos deben tenerse en cuenta cuando se procede a la construcción de indicadores, seleccionando aquellos con mayor nivel de validez, sensibilidad y especificidad.

4. PASOS A SEGUIR PARA DISEÑAR UN SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE INDICADORES

4.1. Definición del proceso

Consiste en especificar el ámbito de asistencia que se va a someter a monitorización. Deben definirse las actividades profesionales, estructuras y circuitos que intervienen en el proceso.

4.2. Identificar los aspectos más relevantes

Se trata de priorizar los aspectos más importantes del proceso definido. Se pueden utilizar diferentes criterios de prioridad, como el número de pacientes afectados, el riesgo de actividad para el paciente o la actividad identificada previamente como problemática.

4.3. Diseño de indicadores de calidad

Definiciones:

- **Dimensión:** característica o atributo de la atención asistencial para que esta sea considerada de calidad.
- **Efectividad:** grado en que la asistencia al paciente se lleva a término de forma correcta según el estado actual del conocimiento científico.
- **Eficiencia:** nivel en que la asistencia al paciente consigue el efecto deseado con el mínimo esfuerzo y con el mínimo coste, según el estado actual del conocimiento científico.
- **Riesgo:** grado de repercusión, en términos de mortalidad o morbilidad, que supone la presencia del proceso.
- **Accesibilidad:** facilidad que tienen los pacientes para conseguir la atención que necesitan, en el momento y en el lugar precisos.
- **Adecuación:** grado en el que el cuidado recibido es apropiado a las necesidades del paciente.

- **Continuidad:** grado en el que la atención requerida por los pacientes está coordinada entre los profesionales a través de la organización y a lo largo del tiempo.
- **Satisfacción:** grado en el que el cuidado y la atención recibidos son apropiados a las expectativas del paciente y/o de sus familiares.
- **Justificación:** utilidad del indicador como medida de calidad.
- **Fórmula:** expresión matemática que reflejará el resultado. Habitualmente se expresa en forma de porcentaje, pero también puede referirse como media o valor absoluto.
- **Explicación de términos:** definición de aquellos aspectos del indicador que pueden ser ambiguos o estar sujetos a diferentes interpretaciones. Por ejemplo, si se especifica “Valoración hemodinámica”, debe explicarse de forma clara qué incluye dicha valoración.
- **Población:** descripción de la unidad de estudio que será objeto de la medida. No siempre es necesario medir sobre la totalidad de la población definida. En estos casos, se recurre a la revisión de una muestra.
- **Tipo:** se refiere a la clasificación de indicadores según la orientación de la evaluación. Se identifican como de estructura, proceso o resultado.
 - **Estructura:** elementos necesarios para la atención, tanto en lo que hace referencia a recursos humanos como a tecnologías o protocolos.
 - **Proceso:** forma en la que se desarrolla la atención.
 - **Resultado:** consecuencias de la atención.
- **Fuente de datos:** define cuál será el origen de la información y la secuencia de obtención de datos necesarios para poder cuantificar el indicador.
- **Estándar:** refleja el nivel deseado de cumplimiento del indicador. Dada la variabilidad de datos que puede ofrecer la literatura, este dato puede ser orientativo.
- **Comentarios:** aquí se incluyen reflexiones sobre la validez del indicador o se ponen de manifiesto posibles factores de confusión.

4.4. Inicio de las actividades sistemáticas de medida

Se trata de la recogida y tabulación repetidas de resultados.

4.5. Comparación con estándares previos

La comparación se establecerá con el estándar de referencia y también con los resultados anteriores del indicador.

4.6. Interpretación de resultados

En el caso de que el resultado de la comparación con el estándar evidencie un valor por debajo de este o una regresión respecto a determinaciones anteriores, debe considerarse como un signo de alarma.

5. ASPECTOS RELEVANTES SOBRE LOS QUE SE DEBEN DISEÑAR LOS INDICADORES

- Patologías atendidas en urgencias.
- Tipo de actividad realizada.
- Áreas o espacios donde se realiza dicha actividad.

La selección de los aspectos más relevantes se efectúa a partir de los siguientes criterios:

Riesgo: grado de repercusión, en términos de mortalidad o morbilidad, que supone la presencia del proceso.

Prevalencia: frecuencia de presentación del proceso.

Variabilidad: grado de variabilidad de la práctica clínica actual en relación con el proceso evaluado.

El equilibrio entre lo cuantitativo y lo cualitativo

Para que los indicadores de calidad sean verdaderamente útiles en un servicio de urgencias pediátricas, es esencial encontrar un equilibrio entre lo cuantitativo y lo cualitativo.

Esto implica:

1. **Indicadores integrales:** los indicadores deben abarcar no solo aspectos técnicos, como tiempos de atención, sino también dimensiones humanas, como la satisfacción de las familias.
2. **Participación del personal:** el éxito de los indicadores de calidad depende en gran medida del compromiso del equipo. Es fundamental que los profesionales no solo conozcan los indicadores, sino que también participen en su diseño, implementación y evaluación. Esto no solo mejora la precisión de los datos, sino que también fomenta una cultura de mejora continua.
3. **Flexibilidad y adaptabilidad:** los indicadores deben ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a las particularidades de cada servicio. Esto incluye la posibilidad de ajustar metas según los recursos disponibles y las necesidades específicas de la población atendida.

6. USO PRÁCTICO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

La atención en un servicio de urgencias pediátricas es, por definición, un escenario de alta complejidad.

En este contexto, los indicadores de calidad emergen no solo como herramientas de medición, sino como pilares fundamentales para garantizar una atención segura, eficiente y centrada en el paciente. Los indicadores representan un recurso clave para promover la mejora en la atención sanitaria, aunque no deben considerarse una meta en sí mismos. En un entorno donde la demanda asistencial es elevada, la variabilidad clínica es notable y las situaciones críticas requieren respuestas rápidas y coordinadas, disponer de un sistema estructurado de monitorización resulta fundamental para identificar áreas de mejora y orientar las decisiones organizativas.

El uso práctico de estos indicadores comienza con la selección de un conjunto reducido y bien definido que refleje los aspectos más relevantes del proceso asistencial. Algunos ejemplos

incluyen los tiempos de triaje, el tiempo hasta la primera valoración médica, la adecuación de la clasificación de gravedad, la duración de la estancia en urgencias o la satisfacción de las familias. Estos parámetros permiten obtener una visión global del funcionamiento del servicio y detectar posibles desviaciones respecto a los estándares establecidos.

Una vez definidos los indicadores, se establece un sistema de medición continuo y fiable. Esto implica disponer de fuentes de información precisas, como la historia clínica electrónica o los registros propios del servicio, y garantizar que los datos se recojan de manera sistemática.

El análisis periódico de los resultados constituye la fase central del proceso. La información recogida debe revisarse con una periodicidad adecuada—mensual, trimestral o según el indicador—permitiendo valorar tendencias, comparar con estándares internos o externos y comprobar si las medidas implantadas generan cambios positivos. Es recomendable que estos análisis se compartan en reuniones de equipo, fomentando la participación de los profesionales y creando una cultura de aprendizaje continuo.

Otro aspecto clave del uso práctico de los indicadores es la asignación de responsabilidades. Idealmente, cada indicador o grupo de indicadores debería contar con un referente clínico que supervise su correcta medición, interprete los resultados y proponga acciones de mejora.

Finalmente, la verdadera utilidad de los indicadores de calidad no radica en los números en sí, sino en cómo se usan para impulsar cambios que se traduzcan en intervenciones concretas: reorganización de circuitos, formación del personal, optimización de recursos, incorporación de protocolos o revisión de los procedimientos existentes. De este modo, los indicadores dejan de ser números aislados y se convierten en herramientas para mejorar la atención pediátrica urgente.

7. PROCESO DE ACTUALIZACIÓN 2025

7.1. Contexto general

En esta última actualización de los Indicadores de Calidad de SEUP, se ha mantenido una metodología muy similar a la de ediciones anteriores. Un Grupo Coordinador, compuesto por tres integrantes del Grupo de Trabajo de Calidad, trabajó en colaboración con todos los Grupos de Trabajo de SEUP. Este proceso de revisión se desarrolló entre octubre de 2024 y junio de 2025, utilizando como referencia el documento publicado en 2018.

Entre las modificaciones más destacadas respecto a versiones previas, se encuentra la redistribución de los indicadores de enfermería dentro de los bloques temáticos correspondientes a cada Grupo de Trabajo. Además, se conservó un apartado específico dedicado a los indicadores de seguridad del paciente.

7.2. Estrategia de trabajo

El proceso para alcanzar los objetivos del proyecto se fundamentó en tres pilares clave.

7.3. Revisión del Documento Base (2018)

El Grupo Coordinador solicitó a los distintos Grupos de Trabajo de SEUP que evaluaran los indicadores desarrollados en 2018, considerando la evidencia científica más reciente. En una primera

fase, los indicadores existentes se distribuyeron para ser evaluados por los GT. Los GT revisaron los indicadores bajo su área de competencia, proponiendo modificaciones, eliminando indicadores o incluyendo nuevos. Los indicadores que no estaban adscritos a ningún GT (“huérfanos”) fueron evaluados por miembros del GT de Calidad.

En esta fase inicial, se pidió que cada indicador fuera clasificado en una de las siguientes categorías:

- **Revisión menor:** Se conserva sin cambios significativos, excepto la actualización de referencias bibliográficas.
- **Revisión mayor:** Se proponen modificaciones sustanciales en alguno de los apartados del indicador (sin incluir la actualización de referencias).
- **Exclusión:** El indicador ya no se considera relevante en la actualidad.
- **Nuevos indicadores:** Se sugieren nuevos indicadores basados en criterios de validez, sensibilidad y especificidad.

7.4. Búsqueda de evidencia científica

El Grupo Coordinador llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva de cada uno de los indicadores de la versión de 2018. Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos como PubMed/MEDLINE, EMBASE y Cochrane Library, que cubrió el período entre enero de 2017 a julio de 2025.

Para cada indicador, se emplearon palabras clave y términos relacionados para acotar los resultados. Se analizó el resumen de los estudios, ampliando la revisión a su contenido completo cuando se consideraba relevante para los objetivos del proyecto.

Finalmente, la revisión bibliográfica se contrastó con la evidencia aportada por los Grupos de Trabajo.

7.5. Consenso entre Expertos

Tras recibir las propuestas de los Grupos de Trabajo y después de varias rondas de discusión por vía electrónica, se elaboró una primera versión del documento.

Cada miembro del Grupo Coordinador evaluó de manera independiente esta versión. Posteriormente, se celebraron dos reuniones virtuales en las que se discutieron y consensuaron las propuestas, decidiendo su inclusión en el texto definitivo. Las decisiones se tomaron por consenso, y en caso de discrepancias significativas, las propuestas se reenviaron a los Grupos de Trabajo para su reconsideración.

La versión final fue aprobada en diciembre de 2025, resultando en un total de 84 indicadores. Utilizando la metodología Delphi modificada, el Grupo Coordinador estableció por consenso 22 indicadores imprescindibles para cualquier urgencia pediátrica, independientemente de la complejidad del hospital y el tipo de patología atendida.

Es importante destacar que esta versión no es definitiva y deberá ser revisada y adaptada en el futuro, a medida que evolucione la práctica asistencial y surja nueva evidencia científica.

7.6. Indicadores y Criterios de Acreditación SEUP

En la presente revisión de los indicadores de calidad, se ha llevado a cabo una actualización exhaustiva con el objetivo de optimizar y alinear los parámetros evaluados con las necesidades

actuales de los servicios de urgencia pediátricos. Es importante destacar que, en esta edición, algunos indicadores que formaban parte de la versión anterior no han sido incluidos. Tras una evaluación detallada, se determinó que ciertos aspectos, aunque relevantes, quedaran mejor abordados dentro de los criterios de acreditación para los servicios de urgencias pediátricas. Esta integración permite evitar duplicidades.

En definitiva, con la exclusión de estos indicadores, se ha tratado de reorganizarlos para que encajen mejor dentro de los criterios de acreditación de las urgencias pediátricas, donde realmente cobran más sentido.

7.7. Conclusiones

La presente actualización de los Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) representa un esfuerzo colectivo y riguroso por mantener actualizada una herramienta fundamental para la evaluación y mejora continua de la atención en los servicios de urgencias pediátricas.

A lo largo del proceso, se ha seguido una metodología continuista pero adaptada a las necesidades actuales: colaboración estrecha entre el Grupo Coordinador y todos los Grupos de Trabajo de la SEUP, revisión sistemática de la evidencia científica, evaluación detallada de cada indicador del documento base de 2018 y consenso experto mediante rondas de discusión electrónica y reuniones virtuales con metodología Delphi modificada.

Entre los principales logros, cabe destacar:

- La redistribución de los indicadores de enfermería dentro de los bloques temáticos correspondientes a cada Grupo de Trabajo, lo que favorece una mayor integración y coherencia.
- La conservación y refuerzo del apartado específico dedicado a la seguridad del paciente.
- La eliminación de indicadores que habían perdido relevancia, la actualización sustancial de otros y la incorporación de nuevos indicadores alineados con los avances científicos y las mejores prácticas clínicas actuales.
- La integración de determinados indicadores en los criterios de acreditación de los servicios de urgencias pediátricas, medida que elimina redundancias.

El resultado final es un conjunto de indicadores más actual, útil y aplicable a la diversidad de servicios de urgencias pediátricas, independientemente de su nivel de complejidad o tipología de hospital. Se ha establecido, además, un núcleo de indicadores básicos imprescindibles, válidos como referencia mínima para cualquier centro que atienda a población pediátrica en situación de urgencia.

Este documento no debe entenderse como algo estático o definitivo. La rápida evolución de la evidencia científica, los cambios en los modelos asistenciales y las nuevas necesidades de los pacientes pediátricos exigen que estos indicadores sean revisados y adaptados periódicamente. Solo mediante un proceso de mejora continua será posible mantener su vigencia y maximizar su contribución a la calidad y la seguridad en la atención urgente pediátrica.

La SEUP reafirma así su compromiso con la excelencia asistencial y pone a disposición de los profesionales y gestores esta herramienta actualizada como referencia para la medición, el benchmarking y la optimización permanente de la calidad en las urgencias pediátricas.

RELACIÓN DE INDICADORES

(los considerados imprescindibles se destacan en rojo)

ANALGESIA Y SEDACIÓN

1. Tratamiento precoz del dolor en el paciente pediátrico desde su llegada a urgencias.
2. Uso de métodos farmacológicos adecuados en el tratamiento del dolor y ansiedad asociados a procedimientos muy dolorosos.
3. Uso de métodos farmacológicos adecuados en el tratamiento del dolor y ansiedad asociados a procedimientos menores.
4. Monitorización adecuada del paciente durante los procedimientos de sedoanalgesia.

CUIDADOS

5. Hojas de transferencia de enfermería completas en traslados intrahospitalarios desde urgencias pediátricas.

DOCENCIA

6. Formación continuada.
7. Actividad docente interna del servicio de urgencias.
8. Publicaciones científicas del servicio de urgencias.
9. Actividad de investigación.

ECOGRAFÍA CLÍNICA

10. Utilización de la ecografía pulmonar clínica en el diagnóstico de neumonía.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

11. Demora en el inicio del tratamiento antibiótico en el shock séptico.
12. Demora en el inicio del tratamiento antibiótico en el paciente hematooncológico con neutropenia febril.
13. Tratamiento antibiótico en el síndrome febril con infección respiratoria aguda de origen viral.
14. Infecciones bacterianas invasivas diagnosticadas en segunda visita en urgencias en pacientes febriles.
15. Indicación de exploraciones complementarias en el lactante ≤ 60 días con fiebre sin foco y triángulo de evaluación pediátrica normal.
16. Tratamiento antibiótico en los pacientes diagnosticados de otitis media aguda leve-moderada.
17. Manejo ambulatorio de pacientes con meningitis y bajo riesgo de etiología bacteriana.
18. Tasa de hemocultivos contaminados.
19. Infecciones osteoarticulares diagnosticadas en segunda visita en urgencias.
20. Uso adecuado de ampicilina en neumonía típica adquirida en la comunidad.

HUMANIZACIÓN Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE

21. Información a los pacientes.
22. Tasa de reclamaciones en el servicio de urgencias pediátricas.
23. Porcentaje de reclamaciones resueltas en menos de 30 días en los servicios de urgencias pediátricas.
24. Tasa de valoración positiva en encuestas de satisfacción del usuario.

INTOXICACIONES

- 25. Descontaminación digestiva mediante lavado gástrico.
- 26. Administración de carbón activado dentro del intervalo de tiempo en el que el tóxico puede ser recuperable.
- 27. Administración de flumazenilo a pacientes con riesgo de presentar convulsiones o arritmias.

CONTRA LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

- 28. Tiempo de demora en atender al paciente que ha sufrido una agresión sexual aguda.

MEJORA DE LA CALIDAD

- 29. Tiempo de demora en intervenciones quirúrgicas urgentes.
- 30. Tratamiento de heridas no complicadas.
- 31. Apendicitis aguda diagnosticada en segunda o sucesivas visitas.
- 32. Tiempo de respuesta de consultores.
- 33. Retorno a urgencias en 72 horas.
- 34. Retorno a urgencias en 72 horas con ingreso.
- 35. Tiempo de estancia.
- 36. Tasa de hospitalización global.
- 37. Tasa de hospitalización de pacientes nivel III.
- 38. Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias.
- 39. Evaluación de la mortalidad evitable.
- 40. Valoración del riesgo de caídas.
- 41. Tiempo de respuesta de las analíticas.
- 42. Tiempo de demora en la radiología simple.
- 43. Demora en el diagnóstico y tratamiento de la invaginación intestinal.
- 44. Controles iniciales en la cetoacidosis diabética.
- 45. Valoración hemodinámica en las epistaxis.
- 46. Determinación de la tensión arterial en las cefaleas.
- 47. Pacientes que abandonan el servicio de urgencias sin atención médica.
- 48. Determinación de peso y temperatura.
- 49. Epicrisis en los éxitos en urgencias.
- 50. Tasa de protocolos clínicos esenciales actualizados y accesibles.
- 51. Codificación de diagnóstico.
- 52. Codificación de motivos de consulta.
- 53. Errores de medicación.
- 54. Calidad del informe de alta.
- 55. Tiempo de demora de ingreso.
- 56. Consentimiento informado.
- 57. Adecuación del traslado intrahospitalario.
- 58. Uso de la rehidratación intravenosa en pacientes deshidratados en contexto de gastroenteritis aguda.
- 59. Uso de antibióticos en gastroenteritis aguda.
- 60. Demora en la intervención por torsión testicular.

PACIENTE CRÍTICO

- 61. **Revisión del material y aparatos de la sala de reanimación y carro de paradas.**
- 62. Valoración sin infratriaje de los pacientes traumáticos graves.
- 63. Inicio precoz de la estabilización en los pacientes traumáticos graves.
- 64. Realización de TAC en pacientes con traumatismo craneoencefálico y riesgo bajo de lesión intracraneal.
- 65. Pacientes que reconsultan en menos de 72 horas con ingreso en UCIP.

PATOLOGÍA RESPIRATORIA

- 66. Valoración de la gravedad de la bronquiolitis.
- 67. Tratamiento broncodilatador en bronquiolitis aguda.
- 68. **Valoración de la gravedad de la crisis asmática.**
- 69. Registros clínicos en la neumonía comunitaria.
- 70. Readmisiones con ingreso en crisis asmáticas.
- 71. **Determinación de la saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria en pacientes con dificultad respiratoria.**
- 72. Hospitalización de pacientes con laringitis.
- 73. Tratamiento de la crisis asmática con dispositivo MDI y cámara espaciadora.
- 74. Administración de corticoides orales en crisis asmáticas moderadas y graves durante la primera hora.
- 75. Valoración de la gravedad de la laringitis.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

- 76. Uso de radiografía de cráneo en traumatismo craneoencefálico leve.
- 77. **Registro de la escala de Glasgow en el informe de alta en el traumatismo craneoencefálico.**
- 78. Cobertura antibiótica en las fracturas abiertas.

SALUD MENTAL

- 79. Seguimiento de la indicación de contención física.
- 80. **Valoración psiquiátrica en la ideación o intento de suicidio.**

TRIAJE

- 81. **Tasa de pacientes triados.**
- 82. Cumplimiento del tiempo de atención al paciente con triaje nivel II (urgencia grave/emergencia).
- 83. **Cumplimiento del tiempo de atención en pacientes con nivel III de triaje.**
- 84. Tiempo pretriaje.

INDICADORES IMPRESCINDIBLES

NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR NÚMERO	GT AL QUE CORRESPONDE
Tratamiento precoz del dolor en el paciente pediátrico desde su llegada a urgencias	1	Analgesia y Sedación
Uso de métodos farmacológicos adecuados en el tratamiento del dolor y ansiedad asociados a procedimientos muy dolorosos	2	Analgesia y Sedación
Monitorización adecuada del paciente durante los procedimientos de sedoanalgesia	4	Analgesia y Sedación
Retorno a urgencias en 72 horas con ingreso	34	Mejora Calidad
Tiempo de estancia	35	Mejora Calidad
Tasa de hospitalización global	36	Mejora Calidad
Pacientes que abandonan el servicio de urgencias sin atención médica	47	Mejora Calidad
Determinación de peso y temperatura	48	Mejora Calidad
Epicrisis en los éxitos en urgencias	49	Mejora Calidad
Tasa de protocolos clínicos esenciales actualizados y accesibles	50	Mejora Calidad
Codificación de diagnóstico	51	Mejora Calidad
Errores de medicación	53	Mejora Calidad
Calidad del informe de alta	54	Mejora Calidad
Tiempo de demora de ingreso	55	Mejora Calidad
Consentimiento informado	56	Mejora Calidad
Revisión del material y aparatos de la sala de reanimación y carro de paradas	61	Críticos
Valoración de la gravedad de la crisis asmática	68	Respiratorio
Determinación de la saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria en pacientes con dificultad respiratoria	71	Respiratorio
Registro de la escala de Glasgow en el informe de alta en el traumatismo craneoencefálico	77	Trauma
Valoración psiquiátrica en la ideación o intento de suicidio	80	Salud Mental
Tasa de pacientes triados	81	Triaje
Cumplimiento del tiempo de atención en pacientes con nivel III de triaje	83	Triaje

ANALGESIA Y SEDACIÓN

INDICADOR N° 1

Nombre del indicador	TRATAMIENTO PRECOZ DEL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO DESDE SU LLEGADA A URGENCIAS (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Accesibilidad
Justificación	La identificación precoz del dolor en el niño desde su llegada al hospital permite su adecuada cuantificación y tratamiento, lo que evita demoras en la atención.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes en los que se identifica dolor en triaje y han recibido tratamiento en los primeros 30 min desde su llegada a Urgencias}}{\text{Pacientes que tienen registrado "dolor" en el triaje}} \right) \times 100$
Explicación de términos	El término tratamiento incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas adaptadas a la edad, a la intensidad del cuadro y a la situación clínica, destinadas al alivio de los síntomas físicos y psicológicos asociados. Se considera inicio del tiempo la hora de llegada registrada en el sistema de triaje y final la hora de administración del primer tratamiento analgésico.
Población	Población en edad pediátrica atendida en urgencias con dolor registrado y valorado mediante escala en la historia clínica.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Sistema de triaje / hoja de registro de procedimientos individuales de sedoanalgesia en urgencias
Estándar	> 95 %
Comentarios	El uso sistemático de escalas validadas por edad es imprescindible para asegurar una correcta identificación y reevaluación del dolor.
Bibliografía	1. Hachimi-Idrissi S, et al. Guidelines for the management of acute pain in emergency situations. Eur J Emerg Med. 2020;27(2):73-82. 2. Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación SEUP. Bases para la intervención sobre el dolor en el triaje pediátrico. Documento de consenso. Madrid: SEUP; 2022. 3. Royal College of Emergency Medicine. Management of pain in children. Best Practice Guideline. London: RCEM; 2021.

Nombre del indicador	USO DE MÉTODOS FARMACOLÓGICOS ADECUADOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR Y ANSIEDAD ASOCIADOS A PROCEDIMIENTOS MUY DOLOROSOS (IMPRESCINDIBLE)
Dimensión	Adecuación, efectividad
Justificación	Los procedimientos muy dolorosos requieren una estrategia sedoanalgésica adecuada que garantice confort, control del dolor y seguridad clínica; esta representa un estándar de calidad asistencial fundamental en las urgencias pediátricas.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes sometidos a procedimientos muy dolorosos en Urgencias que han recibido sedoanalgesia adecuada}}{\text{N.º total de pacientes sometidos a procedimientos muy dolorosos}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Procedimientos muy dolorosos: se consideran aquellos que, por su naturaleza, generan dolor intenso y/o ansiedad significativa y requieren medidas específicas de sedoanalgesia para su realización segura. Incluyen, entre otros, la reducción cerrada de fracturas, el drenaje torácico, la obtención de accesos venosos centrales, las curas y el desbridamiento de quemaduras, la reparación de heridas múltiples, la cardioversión eléctrica y la intubación endotraqueal. Sedoanalgesia adecuada: administración de fármacos analgésicos y/o sedantes ajustados a la edad, el peso, la situación clínica y el tipo de procedimiento, conforme a los protocolos vigentes del servicio, con el objetivo de controlar el dolor y la ansiedad y mantener la seguridad del paciente.
Población	Pacientes pediátricos atendidos en el servicio de urgencias sometidos a procedimientos muy dolorosos.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Hoja de registro de procedimientos individuales de sedoanalgesia en urgencias
Estándar	> 95 %
Comentarios	Este indicador pretende valorar la adecuación en la utilización de estrategias farmacológicas analgésicas y/o sedantes en aquellos procedimientos considerados de elevada intensidad dolorosa. La elección del fármaco o de la combinación farmacológica debe basarse en la intensidad del dolor previsto, la duración del procedimiento, la edad del paciente, su situación clínica y el perfil de seguridad del medicamento.
Bibliografía	- Míguez Navarro MC, Alonso Salas MT. Manejo del dolor y procedimientos de sedoanalgesia en Urgencias Pediátricas. Ergon, 2018. ISBN: 978-84-17194-29-1. - Míguez Navarro MC, Fernández Santervás Y. Protocolo de sedoanalgesia en urgencias pediátricas. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría (4.ª edición), SEUP (2024).

Nombre del indicador	USO DE MÉTODOS FARMACOLÓGICOS ADECUADOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR Y LA ANSIEDAD ASOCIADOS A PROCEDIMIENTOS MENORES
Dimensión	Adecuación, efectividad
Justificación	La adecuada valoración y manejo sedoanalgésico farmacológico asociado a los procedimientos menores debe ser contemplado como un apartado fundamental en la estrategia integral frente al dolor en Pediatría.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes a los que se les ha administrado anestésico tópico/local en procedimientos menores}}{\text{N.º total de pacientes sometidos a procedimientos menores}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Procedimientos menores: técnicas diagnósticas o terapéuticas que, aun no siendo de alta complejidad, pueden generar dolor o ansiedad y para las que está indicada la utilización de anestesia tópica o local, como la reparación de heridas, la punción lumbar, la artrocentesis, la cateterización uretral, la punción arterial, el tratamiento de la parafimosis o la extracción de cuerpos extraños oculares. Anestesia tópica o local adecuada: administración de anestésicos locales por vía tópica o infiltrativa, seleccionados y dosificados según la edad, el peso y el procedimiento realizado, conforme a los protocolos vigentes del servicio.
Población	Pacientes pediátricos atendidos en urgencias sometidos a procedimientos menores.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Hoja de registro de procedimientos individuales de sedoanalgesia en Urgencias
Estándar	> 95 %
Comentarios	La correcta interpretación del indicador requiere la disponibilidad de protocolos de anestesia tópica y local y el registro sistemático de su administración en los procedimientos menores.
Bibliografía	- Míguez Navarro MC, Alonso Salas MT. Manejo del dolor y procedimientos de sedoanalgesia en Urgencias Pediátricas. Ergon, 2018. ISBN: 978-84-17194-29-1. - Mace SE, Whiteman P, Avarello JT. Local and Topical Anesthetics for Pediatric Patients in the Emergency Department. Pediatr Emerg Care. 2020;36(12):593-601.

Nombre del indicador	MONITORIZACIÓN ADECUADA DEL PACIENTE DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS DE SEDOANALGESIA (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Seguridad del paciente, adecuación
Justificación	Durante los procedimientos de sedoanalgesia en pediatría, la monitorización adecuada de los parámetros fisiológicos es imprescindible para detectar precozmente complicaciones respiratorias, hemodinámicas o neurológicas. El nivel de monitorización debe ajustarse al grado de sedación alcanzado y quedar correctamente documentado, constituyendo un elemento clave de la seguridad asistencial.
Fórmula	$(N.º \text{ de procedimientos de sedación adecuadamente monitorizados} / N.º \text{ total de procedimientos de sedación y analgesia realizados}) \times 100$
Explicación de términos	Monitorización adecuada: registro sistemático y documentado de los parámetros fisiológicos requeridos según el grado de sedación alcanzado, conforme a los protocolos vigentes del servicio. Incluye, según el nivel de sedación, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial, la pulsioximetría, el electrocardiograma y el nivel de consciencia.
Población	Pacientes pediátricos atendidos en el Servicio de Urgencias que requieren sedoanalgesia.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Hoja de registro de procedimientos individuales de sedoanalgesia en urgencias
Estándar	> 95 %
Comentarios	La monitorización del paciente durante un procedimiento de sedoanalgesia debe quedar correctamente registrada.
Bibliografía	1. Coté C.J, Wilson, S. American Academy of Pediatrics, American Academy of Pediatric Dentistry. Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients Before, During, and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures: Update 2019. Pediatrics. 2019;143(6). 2. Langan ML, et al. Physiologic monitoring practices during pediatric procedural sedation: a report from the Pediatric Sedation Research Consortium. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012;166(11):990–8.

CUIDADOS

INDICADOR N° 5

Nombre del indicador	HOJAS DE TRANSFERENCIA DE ENFERMERÍA COMPLETAS EN TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS DESDE URGENCIAS PEDIÁTRICAS
Dimensión	Seguridad del paciente
Justificación	Las transiciones de pacientes desde el servicio de urgencias a otras áreas del hospital (hospitalización, UCI, quirófano, etc.) son momentos críticos que requieren una transmisión clara, estructurada y completa de la información clínica y de cuidados. Una documentación incompleta o incorrecta en la hoja de transferencia de enfermería puede derivar en errores asistenciales, omisiones de tratamiento o problemas de seguridad. Este indicador permite monitorizar el grado de cumplimiento del registro adecuado.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes con hoja de transferencia de enfermería completa} / \text{Total de pacientes trasladados desde urgencias pediátricas}) \times 100$
Explicación de términos	Se considera “hoja de transferencia de enfermería completa” aquella que incluye, como mínimo, los siguientes elementos: 1. Identificación del paciente: nombre completo, fecha de nacimiento, número de historia clínica y alergias conocidas. 2. Motivo del traslado: diagnóstico principal y motivo clínico del traslado (ingreso, cirugía, empeoramiento clínico, etc.). 3. Estado clínico actual: valoración TEP (triángulo de evaluación pediátrica), signos vitales recientes (TA, FC, FR, SatO₂, temperatura), valoración respiratoria (ventilación espontánea, oxigenoterapia, parámetros del ventilador) y nivel de conciencia (escala de Glasgow o AVPU). 4. Tratamientos activos y pendientes: medicación administrada (nombre, dosis, vía, hora), medicación pendiente, oxigenoterapia (tipo, flujo) y necesidad de reposo absoluto o no. 5. Dieta y ayuno: tipo de dieta prescrita al alta desde urgencias (oral, absoluta, ayuno prequirúrgico, enteral), incluyendo si el paciente debe permanecer en ayunas o con tolerancia según pauta médica. 6. Vías y dispositivos: accesos venosos (tipo y localización) y dispositivos activos (sondas, drenajes, ostomías, etc.). 7. Riesgos y observaciones: aislamientos, alteraciones de conducta, barreras de comunicación y necesidad de acompañante. 8. Identificación profesional que realiza el traslado: nombre, apellidos y firma de la enfermera responsable del traslado, así como fecha y hora del registro.
Población	Todos los pacientes trasladados desde urgencias pediátricas a unidades de hospitalización, UCI u otras dependencias asistenciales durante el período evaluado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Registros de enfermería en la historia clínica electrónica y auditorías internas de calidad
Estándar	100 % Interpretación de resultados: • 100 %: Nivel óptimo de cumplimiento. • 90–99 %: Nivel aceptable. Requiere intervenciones de refuerzo. • < 90 %: Nivel insuficiente. Requiere acciones correctoras prioritarias.
Comentarios	Este indicador permite visibilizar la importancia del papel enfermero en la seguridad del paciente durante transiciones críticas. Su evaluación favorece la estandarización de la información transmitida y reduce el riesgo de errores derivados de omisiones o falta de datos relevantes. Este indicador es compatible con los modelos I-PASS, SAVOR y SBAR, siempre que se garantice la inclusión de los ítems definidos como esenciales, independientemente del formato utilizado en cada centro. Debe consensuarse entre los servicios implicados un formato estandarizado de hoja o plantilla de transferencia adaptada al contexto pediátrico y validada localmente. La supervisión de este indicador corresponde a la jefatura de enfermería del servicio de urgencias y a la comisión de calidad asistencial.
Bibliografía	1. Gilbert Clairon M, Ordozgoiti AV, Lugo DO, Maspoch EC, Font MM, Oliva ME. Evaluación de la transferencia de información (Hand off) en equipos de enfermería de urgencias. Rev Cubana Enferm. 2017;33(3):582–97. 2. Hernández Cornejo S. Elaboración de un protocolo de transferencia del paciente en un servicio de urgencias [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; 2019 [citado 23 ene 2026]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/handle/10324/36563. 3. Hospital Regional Universitario de Málaga. Unidad de Procesos. Comunicación entre profesionales: transferencia de pacientes InternetInternetInternet. Málaga: Servicio Andaluz de Salud; 2018. Disponible en: http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?file4cket=IW6slOArsl%3D&tabid=304. (Consulta: 3 de junio de 2025). 4. Moya Suárez AB, Mora Banderas A, Fuentes Gómez V, Sepúlveda Sánchez JM, Canca Sánchez JC. Análisis modal de fallos y efectos en las transferencias intrahospitalarias. J Health Qual Res. 2019;34(2):66–77. 5. Alcalá Minagorre PJ, Domingo Garau A, Salmerón Fernández MJ, Casado Reina C, Díaz Pernas P, Hernández Borges AA, et al. Prácticas seguras de transferencia y mejora de la comunicación en diferentes entornos pediátricos. An Pediatr. 2023;99(3):185–94. 6. Morán-Pozo C, Luna-Castaño P. El traspaso de información en los cambios de turno de enfermeras en Unidades de Cuidados Críticos. Enfermería Intensiva. 2023;34(2):60–9. 7. Penagos Suárez SP, Henao-Castaño AM. Comunicación y transferencia del cuidado en el servicio de urgencias. Index de Enfermería [Internet]. 2021;30(3):e12960. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962021000200003. (Consulta: 3 de junio de 2025).

DOCENCIA

INDICADOR N° 6

Nombre del indicador	FORMACIÓN CONTINUADA
Dimensión	Adecuación
Justificación	La formación médica continuada es esencial en urgencias pediátricas, ya que permite a los profesionales actualizar conocimientos, mejorar habilidades clínicas y aplicar protocolos basados en la evidencia. Esta actualización constante optimiza la toma de decisiones en situaciones críticas, mejora la seguridad del paciente y reduce errores médicos. Además, fortalece el trabajo en equipo y promueve una atención pediátrica eficaz y de calidad. La formación continuada (FC) puede adquirirse en los propios centros si está debidamente acreditada. Cuando estas actividades se llevan a cabo en centros que no son el de trabajo habitual, sirven, además, para crear vínculos con otros profesionales e instituciones.
Fórmula	$(N.º \text{ de profesionales asistenciales que han realizado 40 horas o más de FC al año} / N.º \text{ de profesionales asistenciales del servicio de urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Formación continuada: actividad formativa acreditada por un organismo reconocido, realizada como alumno o como docente, orientada a la actualización de conocimientos, habilidades clínicas o competencias profesionales. Profesionales asistenciales del Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP): personal facultativo y de enfermería con actividad asistencial directa en el servicio. Horas anuales de formación: horas efectivamente realizadas y acreditadas durante el año natural evaluado.
Población	Personal asistencial del servicio de urgencias: personal facultativo y de enfermería.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Memoria de actividades docentes del servicio de urgencias
Estándar	> 50 %
Comentarios	Se excluyen los congresos y las actividades promocionales de la industria farmacéutica. El estándar se ha fijado por consenso del equipo redactor, recomendándose un mínimo de 40 horas al año por persona.
Bibliografía	1. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Normas y estándares de acreditación para servicios de urgencias pediátricas y centros de instrucción en medicina de urgencias pediátricas. Madrid: SEUP; 2025. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/NORMAS_ESTANDARES_CALIDAD_SUP.pdf . Consulta 23 enero de 2025.

Nombre del indicador	ACTIVIDAD DOCENTE INTERNA DEL SERVICIO DE URGENCIAS
Dimensión	Adecuación
Justificación	El servicio de urgencias debe realizar actividad docente interna sobre temas específicos de la atención urgente, con independencia de las actividades que cada especialidad realice de forma externa. Es fundamental fomentar la asistencia de los médicos de urgencias a dichas sesiones para asegurar la unificación de criterios.
Fórmula	Número total de horas de actividad docente interna del servicio de urgencias realizadas al mes.
Explicación de términos	Se consideran actividades docentes internas del servicio de urgencias todas aquellas dirigidas a la formación y actualización del personal del servicio de urgencias, incluyendo, entre otras: 1. Sesiones clínicas: revisión de casos, análisis de protocolos y discusión de procedimientos específicos de urgencias. 2. Simulación: actividades prácticas que reproducen situaciones clínicas urgentes para mejorar la toma de decisiones y competencias técnicas. 3. Talleres y cursos internos: formación en procedimientos, organización del servicio o nuevas guías clínicas. 4. Revisión de protocolos y actualizaciones: sesiones dedicadas a difundir cambios en guías, flujos de trabajo o recomendaciones institucionales. Quedan excluidas las actividades rutinarias como cambios de guardia, reuniones administrativas o sesiones organizadas por otros servicios especialistas, salvo que se participe de manera explícita con fines docentes.
Población	Sesiones del servicio.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Memoria de actividad docente del servicio y del hospital
Estándar	8 horas/mes
Comentarios	El indicador refleja la dedicación mensual del servicio a la formación continua del personal de urgencias, incluyendo actividades con distintos formatos y contenidos. La medición permite identificar brechas en la actividad docente, valorar la participación del personal y planificar acciones de mejora, asegurando que la formación se realice en horario laboral y con cobertura de todos los aspectos relevantes de la atención urgente.
Bibliografía	1. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Criterios de acreditación de servicios de urgencias de hospitales [Internet]. 6.ª ed. Madrid: SEMES; 2019. Disponible en: http://www.semes.org/wp-content/uploads/2019/11/CRITERIOS-ACREDITACION-SEMES-v6-2019.pdf. Consulta: 23, enero de 2025. 2. Hu Y, Zheng B, Zhu L, et al. The effectiveness of emergency knowledge training of pediatric medical workers based on the knowledge, skills, simulation model. BMC Med Educ. 2022;22:21. 3. Sreeram A, Nair R, Rahman MA. Efficacy of educational interventions on improving medical emergency readiness of rural healthcare providers: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2024;24:843.

Nombre del indicador	PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS
Dimensión	Efectividad
Justificación	La investigación en los servicios de urgencias pediátricos es clave para fortalecer la práctica clínica basada en la evidencia. Publicar los resultados obtenidos permite visibilizar los avances y desafíos en la atención a la población pediátrica, favoreciendo su divulgación. Estas publicaciones contribuyen al desarrollo académico del personal y al posicionamiento del servicio en el ámbito científico. Además, impulsan la mejora continua mediante la implementación de protocolos más eficientes y seguros. Fomentar esta cultura investigadora es fundamental para garantizar una atención pediátrica de excelencia.
Fórmula	Número total de publicaciones científicas del servicio de urgencias pediátricas en revistas indexadas durante un año natural.
Explicación de términos	Publicación científica: comunicación escrita original (artículo original, revisión, estudio multicéntrico, carta científica con contenido original) remitida y aceptada en una revista biomédica indexada, elaborada conforme a las normas del <i>International Committee of Medical Journal Editors</i> (ICMJE). Revista indexada: revista incluida en bases de datos bibliográficas reconocidas (p. ej., PubMed/MEDLINE, Scopus o Web of Science). Participación del Servicio de Urgencias Pediátricas: al menos un autor adscrito al servicio o a la institución, con filiación explícita.
Población	Publicaciones científicas con participación del servicio de urgencias pediátricas en revistas indexadas durante el año natural evaluado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Memoria de actividades del hospital
Estándar	≥ 2 publicaciones anuales en revistas nacionales indexadas o ≥ 1 publicación anual en una revista internacional indexada.
Comentarios	No se contabilizan las publicaciones en revistas no indexadas ni las comunicaciones a congresos sin publicación posterior. Este indicador se plantea como una meta para potenciar la investigación, no solo por parte de los profesionales, sino también de las administraciones, las cuales deben dotar a las secciones de urgencias de equipos lo suficientemente numerosos para asumir esta área académica. Este objetivo debe entenderse como una herramienta de mejora y no como un elemento punitivo, reconociendo siempre la heterogeneidad de recursos humanos y estructurales entre los distintos centros.
Bibliografía	1. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Normas y estándares de acreditación para servicios de urgencias pediátricas y centros de instrucción en medicina de urgencias pediátrica. Madrid: SEUP; 2025. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/NORMAS_ESTANDARES_CALIDAD_SUP.pdf . Citado 23 enero de 2025

Nombre del indicador	ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN
Dimensión	Efectividad
Justificación	La participación del profesional o del servicio en becas y proyectos de investigación es un indicador del nivel de excelencia asistencial. Participar en estas actividades permite a los profesionales de urgencias pediátricas fortalecer su desarrollo académico y clínico, mejorando sus competencias y promoviendo una atención actualizada. Además, fomenta el trabajo en equipo y posiciona al servicio como referente en la mejora de la seguridad y la calidad asistencial.
Fórmula	N.º de trabajos de investigación en vigor durante el año evaluado
Explicación de términos	Actividad de investigación: conjunto de proyectos, estudios o becas orientados a la generación de conocimiento científico, con objetivos, metodología y resultados definidos. Beca de investigación: financiación concedida por organismos oficiales, públicos o privados sin ánimo de lucro, para el desarrollo de un proyecto de investigación, pudiendo estar dirigida a un profesional o al servicio en su conjunto. Trabajo de investigación: estudio clínico, observacional o experimental que cuente con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación correspondiente.
Población	Trabajos y becas de investigación con participación del servicio de urgencias pediátricas durante el período evaluado. Las becas o trabajos de duración superior a un año solo se contabilizarán durante el primer año en vigor.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Memoria de actividades del servicio de urgencias
Estándar	1 beca o trabajo de investigación al año.
Comentarios	Este indicador se plantea como reto para potenciar la investigación. El equipo redactor es consciente de las diferentes disponibilidades de cada centro y de que esto comporta una variabilidad importante.
Bibliografía	1. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Normas y estándares de acreditación para servicios de urgencias pediátricas y centros de instrucción en medicina de urgencias pediátrica. Madrid: SEUP; 2025. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/NORMAS_ESTANDARES_CALIDAD_SUP.pdf . Consulta 23 febrero 2025.

ECOGRAFÍA CLÍNICA

INDICADOR N° 10

Nombre del indicador	UTILIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA
Dimensión	Seguridad del paciente, adecuación
Justificación	El uso de la ecografía pulmonar clínica (EPC) para la detección de neumonía supone una disminución de la exposición del paciente a radiaciones ionizantes, así como una menor estancia en urgencias. Por ello, conseguir un uso mayoritario de esta técnica puede mejorar la calidad de la atención de este tipo de pacientes en urgencias.
Fórmula	$(N.^{\circ} \text{ de neumonías en las que se ha usado la EPC} / N.^{\circ} \text{ de neumonías totales}) \times 100$
Explicación de términos	Neumonía en la que se ha usado la EPC: paciente diagnosticado de neumonía en el que se ha usado la EPC en el proceso diagnóstico, independientemente de que se use, o no, radiografía de tórax. La EPC se considera válida cuando consta registrada en la documentación clínica del episodio.
Población	Todos los pacientes diagnosticados de neumonía.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 75 %
Comentarios	Los informes de alta de estos pacientes deben incluir un informe o registro de la EPC realizada para poder llevar a cabo la medición del indicador. Se recomienda realizar el protocolo de escaneado de 12 zonas completo, utilizando una sonda de alta frecuencia con preconfiguración pulmonar. En el caso de pacientes mayores o con gran pániculo adiposo, es posible utilizar la sonda de baja frecuencia.
Bibliografía	1. Marin JR, Lewiss RE, American Academy of Pediatrics, et al. Point-of-care ultrasonography by pediatric emergency medicine physicians. Policy statement. Ann Emerg Med. 2015;65(4):472-8. 2. Pereda MA, Chavez MA, Hooper-Miele CC, Gilman RH, Steinhoff MC, et al. Lung ultrasound for the diagnosis of pneumonia in children: a meta-analysis. Pediatrics. 2015;135(4):714-22. 3. Harel-Sterling M, Diallo M, Santihirakumaran S, Maxim T, Tessaro M. Emergency Department Resource Use in Pediatric Pneumonia: Point-of-Care Lung Ultrasonography versus Chest Radiography. J Ultrasound Med. 2019;38(2):407-414.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

INDICADOR N° 11

Nombre del indicador	DEMORA EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN EL SHOCK SÉPTICO
Dimensión	Accesibilidad, seguridad del paciente
Justificación	El shock séptico pediátrico constituye una emergencia vital tiempo-dependiente en la que la administración precoz de antibióticos adecuados es una de las intervenciones con mayor impacto en la supervivencia. Numerosos estudios han demostrado que los retrasos en el inicio del tratamiento antibiótico, especialmente más allá de la primera hora tras el reconocimiento del shock, se asocian con un aumento significativo de la morbilidad. Este indicador permite evaluar la calidad del reconocimiento precoz del shock séptico y la capacidad del Servicio de Urgencias Pediátricas para activar de forma rápida los circuitos asistenciales, garantizando una atención segura, eficaz y alineada con la evidencia científica y las recomendaciones internacionales.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes en los que se inicia tratamiento antibiótico en } \leq 60 \text{ minutos desde el reconocimiento del shock séptico}}{\text{N.º de pacientes con shock séptico}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Reconocimiento del shock séptico: momento en el que el diagnóstico queda documentado en la historia clínica o, en ausencia de registro explícito, el momento en que se cumplen criterios clínicos objetivos de shock séptico o se inicia tratamiento con fármacos vasoactivos. Inicio del tratamiento antibiótico: administración efectiva de la primera dosis del antibiótico prescrito, independientemente de la vía de administración. Shock séptico (criterios Phoenix 2024): se define por una puntuación total ≥ 2, con al menos 1 punto en el componente cardiovascular. Tiempo a antibiótico: intervalo en minutos entre el reconocimiento del shock séptico y la administración del antibiótico.
Población	Pacientes atendidos en urgencias con diagnóstico de shock séptico.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 95 %
Comentarios	Las pautas de consenso pediátrico recomiendan la administración de antibióticos dentro de la primera hora en caso de shock séptico. Existen estudios limitados que identifican un tiempo específico después del cual los retrasos en la administración de antibióticos se asocian con peores resultados. El indicador evalúa la calidad del proceso asistencial, no la adecuación del antibiótico elegido, que debe analizarse mediante indicadores complementarios. En casos complejos (dificultad de acceso vascular, diagnóstico incierto inicial), se recomienda el análisis cualitativo de los retrasos.
Bibliografía	- Schlapbach LJ, Watson RS, Sorce LR, Argent AC, Menon K, Hall MW, et al. International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. JAMA. 2024;331(8):665–674. - Evans IV, Thompson CA, Schlapbach LJ, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock in Children. Pediatr Crit Care Med. 2020;21(2):e52–e106. - Weiss SL, Fitzgerald JC, Balamuth F, Alpern ER, Lavelle J, Chilutti M, Grundmeier R, Nadkarni VM, Thomas NJ. Delayed antimicrobial therapy increases mortality and organ dysfunction duration in pediatric sepsis. Crit Care Med. 2014;42(11):2409–17.

Nombre del indicador	DEMORA EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN EL PACIENTE HEMATOONCOLÓGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL
Dimensión	Seguridad
Justificación	La demora en el inicio del tratamiento antibiótico en los pacientes hematooncológicos con neutropenia febril puede incrementar significativamente su morbilidad, debido al riesgo aumentado de infecciones bacterianas invasivas que presentan dichos pacientes.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes hematooncológicos con neutropenia febril confirmada en los que se inicia tratamiento antibiótico durante la primera hora de su llegada a urgencias}}{\text{N.º de pacientes hematooncológicos con neutropenia febril confirmada}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Neutropenia febril confirmada: recuento de neutrófilos absolutos $< 500/\text{mm}^3$ (o $< 1.000/\text{mm}^3$ si se prevé que descienda por debajo de $500/\text{mm}^3$ en las 48 horas siguientes) en una analítica realizada en las 72 horas previas a la consulta en Urgencias en un paciente hematooncológico que consulta por fiebre $\geq 38^\circ\text{C}$.
Población	Todos los pacientes hematooncológicos con neutropenia febril confirmada atendidos en urgencias.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Automático (registro de laboratorio) / Documentación clínica
Estándar	$> 90\%$
Comentarios	En los pacientes febriles con sospecha clínica de sepsis, se debe iniciar la terapia antibacteriana empírica lo antes posible, mientras se llevan a cabo las medidas de estabilización necesarias. En los pacientes clínicamente estables y sin sospecha inicial de sepsis en los que no se disponga de una analítica reciente que confirme la presencia de neutropenia, aunque en la mayoría de centros se recomienda también iniciar de entrada un tratamiento antibiótico empírico, algunos autores abogan por esperar a disponer de los resultados analíticos para valorar si éste es necesario. Esta opción se justifica por la asociación de tratamientos antibióticos excesivos con resistencias, costes y efectos secundarios y porque la evidencia de que la morbilidad se reduzca de manera significativa por iniciar en estos pacientes el tratamiento antibiótico tan precozmente es limitada. Esta alternativa puede valorarse en aquellos pacientes en los que, por el proceso oncológico que presentan y la fase de tratamiento quimioterápico en la que se encuentran, se estime un bajo riesgo de encontrarse neutropénicos (p. ej., pacientes con LLA en mantenimiento) y siempre que por las características del Servicio de Urgencias se prevea disponer de los resultados en un tiempo razonable.
Bibliografía	1. Lehrnbecher T, Robinson PD, Ammann RA, Fisher B, Patel P, Phillips R, et al. Guideline for the Management of Fever and Neutropenia in Pediatric Patients With Cancer and Hematopoietic Cell Transplantation Recipients: 2023 Update. J Clin Oncol. 2023;41(9):1774–1785. 2. Salstrom JL, Coughlin RL, Pool K, Bojan M, Mediavilla C, Schwent W, et al. Pediatric patients who receive antibiotics for fever and neutropenia in less than 60 min have decreased intensive care needs. Pediatr Blood Cancer. 2015;62(5):807–15.

Nombre del indicador	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN EL SÍNDROME FEBRIL CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA DE ORIGEN VIRAL
Dimensión	Seguridad
Justificación	Las infecciones respiratorias agudas (IRA) de etiología probablemente vírica constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en la población pediátrica. En estos cuadros clínicos, la prescripción de antibióticos no modifica la evolución de la enfermedad, dificulta la interpretación de estudios posteriores, incrementa el riesgo de efectos adversos y contribuye de forma significativa al desarrollo de resistencias antimicrobianas. La monitorización de la prescripción antibiótica en IRA no complicadas permite evaluar la adecuación de la práctica clínica, mejorar la seguridad del paciente y reforzar los programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) en el ámbito de las Urgencias Pediátricas.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes diagnosticados de IRA no complicada a los que se prescribe tratamiento antibiótico}}{\text{N.º de pacientes diagnosticados de IRA no complicada}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Se incluyen como IRA de etiología vírica: • Infección aguda de vías respiratorias superiores. • Laringitis. • Bronquiolitis. • Bronquitis. IRA no complicada: cuadro respiratorio agudo sin signos clínicos ni radiológicos de neumonía, sin datos de sepsis y sin comorbilidades que condicionen un mayor riesgo de infección bacteriana.
Población	Todos los pacientes en edad pediátrica diagnosticados de los cuadros anteriores en el período revisado. Criterios de exclusión: • Pacientes con diagnóstico secundario de sobreinfección respiratoria/neumonía confirmado radiológicamente. • Inmunosupresión. • Pacientes con enfermedad crónica debilitante.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5 %
Comentarios	Se seleccionan los cuatro síndromes referidos por su prevalencia y por la facilidad de medida, ya que se pueden identificar claramente por el diagnóstico de salida. Las infecciones víricas del tracto respiratorio son una de las enfermedades más frecuentes en el niño y causan alrededor del 60–80 % de las ausencias escolares. En la mayor parte de los casos, los cuadros clínicos son benignos y autolimitados, pero aproximadamente en el 5 % de los casos implican a las vías respiratorias inferiores, originando cuadros de bronquitis, bronquiolitis y neumonía, sobre todo en individuos que no son inmunocompetentes.
Bibliografía	1. Nicholson EG, Avadhanula V, Ferlic-Stark L, Patel K, Gincoo KE, Piedra PA. The risk of serious bacterial infection in febrile infants 0–90 days of life with a respiratory viral infection. <i>Pediatr Infect Dis J</i>. 2019;38(4):355–361. 2. Desai NM, Sadlowski J, Mistry RD. Antibiotic Prescribing for Viral Respiratory Infections in the Pediatric Emergency Department and Urgent Care. <i>Pediatr Infect Dis J</i>. 2020;39(5):406–410. 3. Al-Sultany M, Al-Badawy SY, Al-Aali A, Al-Otaibi F, Al-Anzi M. Impact of Respiratory Viral Infections on Antibiotic Prescribing in the Pediatric Emergency Department. <i>Cureus</i>. 2023;15(10):e47765.

Nombre del indicador	INFECCIONES BACTERIANAS INVASIVAS DIAGNOSTICADAS EN SEGUNDA VISITA EN URGENCIAS EN PACIENTES FEBRILES
Dimensión	Seguridad del paciente
Justificación	La mayoría de los procesos febriles en la infancia son de etiología vírica y tienen una evolución benigna; sin embargo, un pequeño porcentaje corresponde a infecciones bacterianas invasivas (IBI), como la bacteriemia o la meningitis bacteriana, que pueden comprometer gravemente la vida del paciente si no se diagnostican y tratan de forma precoz. La detección adecuada de estas entidades en el primer contacto con el Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) constituye un objetivo clave de calidad asistencial. El diagnóstico de una IBI en una segunda o sucesivas visitas puede reflejar dificultades en la valoración inicial del paciente febril, limitaciones en la estratificación del riesgo o una evolución clínica precozmente no evidente. Este indicador permite identificar áreas de mejora en la evaluación inicial del niño febril y en la toma de decisiones diagnósticas.
Fórmula	$(N.º \text{ de IBI diagnosticadas en la segunda visita al SUP o sucesivas} / N.º \text{ de IBI totales diagnosticadas}) \times 100$
Explicación de términos	IBI (infección bacteriana invasiva): se considera IBI el aislamiento de una bacteria patógena en un cultivo de sangre o líquido cefalorraquídeo, o un resultado positivo de una reacción en cadena de la polimerasa en los mismos fluidos. Segunda visita: nueva atención en el servicio de urgencias por el mismo episodio febril tras un alta previa, en la que se establece el diagnóstico de infección bacteriana invasiva.
Población	Pacientes febriles menores de 5 años atendidos en urgencias cuyo diagnóstico final es una infección bacteriana invasiva (bacteriemia o meningitis bacteriana).
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 15 %
Comentarios	Se considera que una IBI se diagnostica en segunda visita si en la primera vez que se atiende al paciente por el episodio de fiebre no se extrae hemocultivo o cultivo de LCR. Si se extraen estos y la segunda visita se produce como consecuencia de la llegada de un resultado positivo del cultivo, se considerará diagnosticada adecuadamente en la primera visita.
Bibliografía	- Nicholson EG, Avadhanula V, Ferlic-Stark L, Patel K, Gincso KE, Piedra PA. The risk of serious bacterial infection in febrile infants 0–90 days of life with a respiratory viral infection. <i>Pediatr Infect Dis J</i>. 2019;38(4):355–361. - Vaillancourt S, Guttman A, Li Q, Chan IY, Vermeulen MJ, Schull MJ. Repeated emergency department visits among children admitted with meningitis or septicemia: a population-based study. <i>Ann Emerg Med</i>. 2015;65(6):625–632.e3. - Byington CL, Rittichier KK, Bassett KE, Castillo H, Glasgow TS, Daly J, et al. Serious bacterial infections in febrile infants younger than 90 days of age: the importance of ampicillin-resistant pathogens. <i>Pediatrics</i>. 2003;111:964–8. - Craig JC, Williams GJ, Jones M, Codarini M, Macaskill P, Hayen A, et al. The accuracy of clinical symptoms and signs for the diagnosis of serious bacterial infection in young febrile children: prospective cohort study of 15,781 febrile illnesses. <i>BMJ</i>. 2010;340:c1594.

Nombre del indicador	INDICACIÓN DE EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN EL LACTANTE ≤ 60 DÍAS CON FIEBRE SIN FOCO Y TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA NORMAL
Dimensión	Adecuación
Justificación	El lactante ≤ 60 días de vida con fiebre sin foco (FSF) presenta una elevada prevalencia de infección bacteriana, por lo que su manejo debe incluir la realización de determinadas pruebas complementarias que permitan estimar el riesgo.
Fórmula	$(N.º \text{ de lactantes } \leq 60 \text{ días con FSF y estudio adecuado} / N.º \text{ de lactantes } \leq 60 \text{ días con FSF}) \times 100$
Explicación de términos	Fiebre sin foco: temperatura rectal $\geq 38^\circ\text{C}$ en la que no se identifica foco de esta después de una anamnesis y exploración física. Estudio adecuado: se considera si al menos están realizados: hemograma, proteína C reactiva, procalcitonina, hemocultivo, tira reactiva de orina/sedimento urinario y, en aquellos pacientes con leucocituria o nitrituria/bacteriuria, urocultivo.
Población	Todos los lactantes ≤ 60 días con FSF atendidos durante el período de estudio.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 90 %
Comentarios	Aunque no se incluye en el indicador, en los neonatos ≤ 21 días con FSF, además de las pruebas complementarias incluidas dentro de lo que se ha establecido como "estudio adecuado", las guías actuales recomiendan realizar, además, de manera sistemática, un examen de líquido cefalorraquídeo. Los siguientes factores se asocian a una baja probabilidad de presentar una infección bacteriana invasiva (bacteriemia, meningitis) asociada: • Técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva para gripe, realizada en época epidémica. • Inmunización recibida en las 24 horas previas. Aquellos lactantes > 21 días con TEP normal, FSF < 39 °C y alguno de estos dos factores podrían ser manejados sin realización de analítica sanguínea. El riesgo de infección urinaria sigue siendo lo suficientemente significativo como para que se siga recomendando el despistaje de esta. Una PCR positiva para otros virus respiratorios, como el virus respiratorio sincitial o el SARS-CoV-2 parece asociarse también con un bajo riesgo de IBI asociada, aunque es menos frecuente que las infecciones por estos virus se presenten como FSF y más como cuadros febriles con síntomas respiratorios asociados.
Bibliografía	1. Mintegi S, Gómez B, Velasco R. Lactante Febril. En: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría. 4ª ed. Madrid: Ergon; 2023. 2. Pantell RH, Roberts KB, Adams WG, Dreyer BP, Kuppermann N, O'Leary ST, et al. Evaluation and Management of Well-Appearing Febrile Infants 8 to 60 Days Old. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052228. 3. Mintegi S, Bressan S, Gomez B, et al. Most infants with influenza and fever have a low risk of bacterial infection. Pediatr Infect Dis J. 2009;28(12):1062–6.

Nombre del indicador	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE OTITIS MEDIA AGUDA LEVE-MODERADA
Dimensión	Adecuación
Justificación	La otitis media aguda (OMA) es una de las infecciones más frecuentes en la infancia y uno de los principales motivos de prescripción antibiótica en Pediatría. Sin embargo, la evidencia científica demuestra que la mayoría de los episodios de OMA leve-moderada se resuelven de forma espontánea, con escaso beneficio clínico del tratamiento antibiótico inmediato y un riesgo no despreciable de efectos adversos y desarrollo de resistencias antimicrobianas. Las guías clínicas actuales recomiendan una estrategia de observación vigilada ("watchful waiting") en casos seleccionados de OMA leve-moderada. Este indicador permite evaluar la adecuación de la prescripción antibiótica, fomentar prácticas basadas en la evidencia y reforzar los programas de optimización del uso de antimicrobianos en el ámbito de Urgencias Pediátricas.
Fórmula	$(N.^{\circ} \text{ de pacientes diagnosticados de OMA leve-moderada a los que se prescribe antibiótico} / N.^{\circ} \text{ de pacientes diagnosticados de OMA leve-moderada}) \times 100$
Explicación de términos	OMA: Aparición rápida o brusca de signos y síntomas de inflamación del oído medio. Se consideran criterios diagnósticos de OMA: - Otalgia reciente < 48 h. En etapa preverbal: llevarse la mano al pabellón auricular; o signos más inespecíficos: irritabilidad, insomnio, rechazo de la ingesta (con o sin fiebre). - Signos de inflamación de la membrana timpánica: eritema intenso, coloración amarillenta. - Signos de derrame en el oído medio: abombamiento del tímpano, otorrea o movilidad escasa/nula de la membrana timpánica. OMA leve-moderada: se considerarán aquellas OMA que no cumplan ninguno de los siguientes criterios: - Niño con apariencia de gravedad. - Otalgia moderada-intensa, de difícil control o ≥ 48 h. - Fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$. - Edad < 6 meses. 6-24 meses con OMA bilateral. - Cualquier edad con OMA con otorrea - OMA con algún factor de riesgo (OMA recurrente, familiares de primer grado con secuelas óticas por OMA, inmunodepresión, anomalías craneofaciales, hipoacusia, implante coclear).
Población	Pacientes diagnosticados de otitis media aguda leve-moderada en urgencias.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 10 %
Comentarios	Aproximadamente el 70-80 % de los episodios de OMA se resuelven espontáneamente sin antibióticos. La adecuada información a las familias y el uso de analgesia eficaz son fundamentales para el éxito de la estrategia de observación vigilada. El indicador debe complementarse con auditorías clínicas que evalúen la correcta clasificación de la gravedad. Es especialmente útil como indicador PROA en Urgencias Pediátricas.
Bibliografía	- Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2013;131(3):e964-999. - Del Castillo Martín F, Baquero Artigao F, de la Calle Cabrera T, López Robles MV, Ruiz Canela J, Alfayate Miguélez S, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda pediátrica. An Pediatr (Barc). 2012;77(5):345.e1-345.e8. - Suzuki HG, Barber JL, Gonzales R, et al. Trends in outpatient prescription drug utilization in US children, 2002-2010. Pediatrics. 2014;133(2):280-288. - Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(6):CD000219. - Harnes KM, Blackwood RA, Burrows HL, Cooke JM, Harrison RV, Passamani PP. Otitis media: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2013;88(7):435-440. - Hersh AL, Jackson MA, Hicks LA, et al. Principles of judicious antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in pediatrics. Pediatrics. 2013;132(6):1146-1154.

Nombre del indicador	MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON MENINGITIS Y BAJO RIESGO DE ETIOLOGÍA BACTERIANA
Dimensión	Seguridad del paciente, eficiencia
Justificación	En determinados pacientes pediátricos con pleocitosis y bajo riesgo de etiología bacteriana, el curso clínico suele ser benigno y autolimitado, sin necesidad de tratamiento antibiótico ni ingreso hospitalario prolongado. La evidencia científica demuestra que el manejo ambulatorio o con estancias hospitalarias cortas es seguro en estos casos cuando se aplican reglas de predicción clínica validadas, como el Meningitis Score for Emergencies (MSE). Este indicador evalúa la capacidad del Servicio de Urgencias Pediátricas para identificar correctamente a los pacientes candidatos a manejo ambulatorio, optimizando el uso de recursos hospitalarios sin comprometer la seguridad del paciente.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes con pleocitosis y bajo riesgo de meningitis bacteriana en los que se realiza una estancia hospitalaria} < 24 \text{ horas}}{\text{N.º de pacientes con pleocitosis y bajo riesgo de meningitis bacteriana}} \right) \times 100$
Explicación de términos	• Pleocitosis: > 10 cél/mcL. • Bajo riesgo de meningitis bacteriana: puntuación=0 según Meningitis Score for Emergencies (MSE). • Meningitis aséptica: pleocitosis sin aislamiento de patógeno bacteriano en LCR ni en sangre.
Población	Pacientes diagnosticados de meningitis aséptica en el período revisado. Criterios de exclusión: • Edad < 1 mes. • Aspecto enfermo, Inmunodeprimido. • Hallazgos en el examen físico que sugieren enfermedad meningocócica (petequias o púrpura). • Tratamiento previo con antibióticos por otro motivo dentro de las 72 horas previas a la punción lumbar.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 80 %
Comentarios	La MSE es una regla de predicción clínica validada que, mediante la combinación de parámetros clínicos y analíticos, permite identificar pacientes con pleocitosis y bajo riesgo de meningitis bacteriana. El indicador debe complementarse con un adecuado circuito de seguimiento ambulatorio y acceso rápido a reconsulta. Se recomienda análisis individualizado de los casos no cumplidores del indicador.
Bibliografía	1. García S, Echevarri J, Arana-Arri E, Sota M, Benito J, Mintegi S; Meningitis group of RISEUP-SPERG. Outpatient management of children at low risk for bacterial meningitis. Emerg Med J. 2018;35(6):361–366. 2. Gurley AL, Fukuda M, Sharma A, Lee E, Junqueira E, Kang M, Kim TY. Validation of a Clinical Prediction Rule for Distinguishing Bacterial and Aseptic Meningitis in Pediatric Patients. Cureus. 2023;15(9):e45829. 3. Mintegi S, García S, Martín MJ, Durán I, Arana-Arri E, Fernandez CL, et al; Meningitis Group of the Spanish Society of Pediatric Emergencies. Clinical Prediction Rule for Distinguishing Bacterial from Aseptic Meningitis. Pediatrics. 2020;146(3):e20201126.

Nombre del indicador	TASA DE HEMOCULTIVOS CONTAMINADOS
Dimensión	Seguridad del paciente
Justificación	La obtención de muestras sanguíneas para hemocultivo debe realizarse mediante una técnica estricta y estandarizada para minimizar el riesgo de contaminación. La contaminación de los hemocultivos constituye un importante problema de seguridad y calidad asistencial, ya que puede conducir a iatrogenia (realización de pruebas diagnósticas innecesarias, administración de antibióticos no indicados, prolongación de la estancia hospitalaria o ingresos evitables), además de un aumento significativo de los costes sanitarios.
Fórmula	$(N.º \text{ de hemocultivos contaminados} / N.º \text{ total de hemocultivos}) \times 100$
Explicación de términos	Se consideran hemocultivos contaminados : • Aquellos informados como contaminados por el Servicio de Microbiología. • Aquellos en los que se aísla un microorganismo clásicamente considerado contaminante y, tras la revisión clínica del episodio, no se identifican factores que justifiquen su papel como patógeno (inmunosupresión, presencia de dispositivos intravasculares o protésicos, contexto clínico compatible).
Población	Todos los pacientes a los que se les ha extraído un hemocultivo durante su estancia en Urgencias de Pediatría en el período revisado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica y registros del Servicio de Microbiología
Estándar	< 5 %
Comentarios	En población adulta, diversas guías y documentos de consenso recomiendan tasas de contaminación inferiores al 3 %. En pediatría no existen estándares universalmente aceptados; sin embargo, las series publicadas muestran tasas superiores, probablemente relacionadas con factores propios del paciente pediátrico (neonatos, lactantes, dificultad técnica en la canalización venosa). Por ello, se propone un estándar de calidad < 5 %.
Bibliografía	1. Hernández-Bou S, Álvarez Álvarez C, Campo Fernández MN, García Herreros MA, Gené Giral A, Giménez Pérez M, et al. Hemocultivos en urgencias pediátricas. Guía práctica de recomendaciones: indicaciones, técnica de extracción, procesamiento e interpretación. An Pediatr (Barc). 2016;84(5):294.e1–294.e9. 2. Norberg A, Christopher NC, Ramundo ML, Bower JR, Berman SA. Contamination rates of blood cultures obtained by dedicated phlebotomy vs intravenous catheter. JAMA. 2003;289(6):726–729. 3. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Principles and Procedures for Blood Cultures. 2nd ed. CLSI Guideline M47. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2022. 4. Doern GV, Carroll KC, Diekema DJ, Garey KW, Rupp ME, Weinstein MP, et al. Practical Guidance for Clinical Microbiology Laboratories: A Comprehensive Update on the Problem of Blood Culture Contamination and a Discussion of Methods for Addressing the Problem. Clin Microbiol Rev. 2019;33(1):e00009–19.

Nombre del indicador	INFECCIONES OSTEOARTICULARES (IOA) DIAGNOSTICADAS EN SEGUNDA VISITA EN URGENCIAS
Dimensión	Seguridad del paciente, efectividad
Justificación	Las infecciones osteoarticulares pediátricas (artritis séptica y osteomielitis) son entidades poco frecuentes, pero con elevado potencial de complicaciones funcionales y alteraciones del crecimiento óseo. El retraso diagnóstico se asocia a peor pronóstico, por lo que la identificación precoz en la primera visita a urgencias es un objetivo prioritario de calidad asistencial.
Fórmula	$(N.º \text{ de IOA confirmadas diagnosticadas en la segunda o posteriores visitas al SUP} / N.º \text{ total de IOA confirmadas diagnosticadas}) \times 100$
Explicación de términos	Diagnóstico confirmado de IOA: paciente con clínica compatible (dolor localizado, limitación funcional, signos inflamatorios locales, fiebre o elevación de marcadores inflamatorios) y al menos uno de los siguientes: • Pruebas de imagen compatibles (ecografía, RM). • Aislamiento microbiológico en sangre, líquido articular o biopsia ósea. • Detección microbiológica mediante PCR múltiple en líquido articular.
Población	Pacientes pediátricos atendidos en urgencias con diagnóstico confirmado de infección osteoarticular durante el período evaluado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 20 %
Comentarios	El estándar propuesto se basa en la literatura disponible y en la complejidad diagnóstica de estas entidades, especialmente en fases iniciales. El seguimiento de este indicador permite identificar áreas de mejora en la valoración clínica inicial y en el uso precoz de pruebas complementarias.
Bibliografía	1. Gutierrez K. Bone and joint infections in children. <i>Pediatr Clin North Am.</i> 2005;52(3):779–794. 2. Dodwell ER. Osteomyelitis and septic arthritis in children. <i>Curr Opin Pediatr.</i> 2013;25(1):58–63. 3. Núñez Cuadros EN, Saavedra Lozano J. Infecciones osteoarticulares. En: <i>Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEP: Infectología Pediátrica</i>. 3.ª ed. Madrid: Ergon; 2023. 4. Woods CR, Bradley JS, Chatterjee A, et al. 2023 PIDS/IDSA Clinical Practice Guideline on Conduct and Management of Specimen Collection and Interpretive Microbiology for Diagnosis of Bacterial Arthritis in Children. <i>J Pediatric Infect Dis Soc.</i> 2024;13(1):1–59. 5. Woods CR, Bradley JS, Chatterjee A, et al. 2021 PIDS/IDSA Clinical Practice Guideline on Diagnosis and Management of Acute Hematogenous Osteomyelitis in Children. <i>J Pediatric Infect Dis Soc.</i> 2021;10(8):801–844.

Nombre del indicador	USO ADECUADO DE AMPICILINA EN NEUMONÍA TÍPICA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
Dimensión	Efectividad
Justificación	Las guías clínicas nacionales e internacionales recomiendan ampicilina como tratamiento empírico de primera línea en niños hospitalizados con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) típica, sin factores de riesgo. La adherencia a estas recomendaciones favorece la efectividad clínica, reduce las resistencias bacterianas y minimiza los efectos adversos.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes con NAC típica que reciben ampicilina como tratamiento antibiótico empírico inicial al ingreso}}{\text{N.º de pacientes hospitalizados con diagnóstico de NAC típica}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Neumonía adquirida en la comunidad (NAC): infección aguda del parénquima pulmonar que afecta a un paciente expuesto a un microorganismo fuera del ámbito hospitalario. No puede existir el antecedente de un ingreso hospitalario en los 14 días previos al comienzo de los síntomas. NAC típica: presencia de condensación con o sin derrame identificada en una prueba radiológica o inicio brusco de fiebre > 39 °C y tos productiva con hipofonesis y crepitantes localizados en la auscultación pulmonar. Tratamiento antibiótico empírico inicial: primer antibiótico que se administra sin disponer de resultados microbiológicos.
Población	Pacientes con diagnóstico al alta de NAC típica. Criterios de exclusión: • Comorbilidades graves que predispongan a una mayor variedad bacteriológica. • Inmunosupresión. • Sospecha de aspiración pulmonar. • Menores de 6 meses (sin primovacunación completada contra <i>H. influenzae</i> tipo b).
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica y sistema de prescripción electrónica
Estándar	> 90 %
Comentarios	La ampicilina es un tratamiento antibiótico que se muestra efectivo contra <i>Streptococcus pneumoniae</i>, principal agente bacteriano responsable. El uso de penicilina G sódica en vez de ampicilina se considera adecuado. Este indicador permite monitorizar la adecuación antibiótica y apoyar los programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA).
Bibliografía	1. Andrés-Martín A, Escribano Montaner A, Figuerola Mulet J, García García ML, Korta Murua J, Moreno-Pérez D, et al. Consensus Document on Community-Acquired Pneumonia in Children. Arch Bronconeumol. 2020;56(11):725–741. 2. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, Alverson B, Carter ER, Harrison C, et al. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2011;53(7):e25–76. 3. Harris M, Clark J, Coote N, Fletcher P, Harnden A, McKean M, et al; British Thoracic Society Standards of Care Committee. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. Thorax. 2011;66 Suppl 2:ii1–ii23.

HUMANIZACIÓN Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE

INDICADOR N° 21

Nombre del indicador	INFORMACIÓN A LOS PACIENTES
Dimensión	Satisfacción, experiencia
Justificación	El derecho a la información está reconocido en la ley de Sanidad, siendo por tanto un imperativo legal. La información sobre el proceso asistencial es imprescindible como parte de la atención integral en Urgencias Pediátricas; facilita la autonomía necesaria al paciente y familiares para participar en la toma de decisiones.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes adecuadamente informados} / N.º \text{ de pacientes atendidos en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Paciente adecuadamente informado: paciente que responde de forma positiva a las preguntas de la encuesta de satisfacción relacionadas con la información recibida durante el proceso asistencial. Si la encuesta incluye más de una pregunta sobre información, se considerará adecuadamente informado cuando todas ellas reciban una valoración positiva. En encuestas con escalas ordinales tipo Likert, se considerarán respuestas positivas las categorías superiores (p. ej., 4 y 5 en una escala de 1 a 5).
Población	Pacientes atendidos en urgencias que han respondido la encuesta de satisfacción durante el período revisado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Encuesta de satisfacción
Estándar	> 90 %
Comentarios	Se trata de un indicador esencialmente vinculado a la encuesta de satisfacción. Se debería empezar a considerar la evaluación de la información tanto al propio paciente (especialmente adolescentes) como a sus cuidadores. Es recomendable la existencia de una normativa de servicio referente a la información y la disponibilidad de folletos.
Bibliografía	1. 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. Boletín Oficial del Estado. 2002;(274):41226–41232. 2. Pujiula-Maso J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martin A, Bertran-Noguer C, Hortal-Gasull G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. Enferm Clin. 2006;16(1):19–26. 3. Parra Cotanda C, Vergés Castells A, Carreras Blesa N, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. Experiencia del paciente en urgencias: ¿qué opinan los niños y los adolescentes? An Pediatr (Barc). 2017;86(2):61–66.

Nombre del indicador	TASA DE RECLAMACIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS
Dimensión	Satisfacción/experiencia
Justificación	Las reclamaciones, en el ámbito sanitario, pueden ser una fuente de información útil para evaluar el funcionamiento de los servicios prestados. El análisis sistemático de las reclamaciones permite identificar fallos o aspectos mejorables en los circuitos y en la atención que reciben pacientes y familiares. Por otra parte, el seguimiento periódico de las reclamaciones permite evaluar el impacto de las medidas de mejora implantadas.
Fórmula	$(\text{Número total de reclamaciones registradas} / \text{Número total de pacientes atendidos}) \times 1000$
Explicación de términos	Reclamación: cualquier queja, sugerencia o incidencia formalizada por pacientes, familias o acompañantes, relacionada con la atención recibida. La Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAES) entiende por reclamación «la opinión no satisfactoria de un ciudadano en relación con un acto o proceso, asistencial o administrativo. En este marco asistencial o administrativo, con la propia asistencia, las relaciones interpersonales, la información, la organización que le atiende o le presta servicio, las condiciones de accesibilidad, estructura, alojamiento y confort, documentación u otros aspectos similares relativos a los servicios, prestaciones, centros y establecimientos del sistema de salud». Registro estandarizado: sistema que garantiza la recogida uniforme de datos (motivo, fecha, hora, resolución, etc.).
Población	Todos los pacientes pediátricos atendidos en el servicio de urgencias durante el período evaluado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Servicio de Atención al Paciente / Unidad de Calidad
Estándar	0.5–3 %
Comentarios	Idealmente, la recogida de reclamaciones debe realizarse mediante un sistema estandarizado (formulario institucional o sistema de atención al usuario). En algunas comunidades autónomas, existen sistemas estandarizados como el Sistema de Sugerencias, Quejas y Agradecimientos (SQQA) o el Sistema de Información de Atención al Paciente (SIAP). Las reclamaciones pueden ser clasificadas en cuatro niveles de gravedad según el impacto en el paciente (leve, moderada, grave, muy grave) (ver tabla 1) y en distintas categorías según el tipo de reclamación (asistencial, organizativa, trato, administrativa, seguridad). Los GT de Humanización y Calidad proponen para su clasificación la Healthcare Complaints Analysis Tool (HCAT) (versión modificada en tabla 2).
Bibliografía	1. International Organization for Standardization (ISO). ISO 10002:2018. Quality management — Customer satisfaction — Guidelines for complaints handling in organizations. Disponible en: https://www.iso.org/standard/71580.html. Consulta 24 de septiembre de 2025]. 2. Bayer S, Kuzmickas P, Boissy A, Rose SL, Mercer MB. Categorizing and Rating Patient Complaints: An Innovative Approach to Improve Patient Experience. J Patient Exp. 2021;8:2374373521998624. 3. Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. BMJ Qual Saf. 2014;23(8):678–689. 4. Gillespie A, Reader TW. The Healthcare Complaints Analysis Tool: development and reliability testing of a method for service monitoring and organisational learning. BMJ Qual Saf. 2016;25(12):937–946.

Tabla 1. Niveles de gravedad y daño según HCAT

Nivel de gravedad/daño	Descripción
Sin daño	La queja no causó daño físico, psicológico o material al paciente.
Daño leve	El paciente experimentó molestias, incomodidad o un impacto menor en su salud o bienestar.
Daño moderado	El paciente sufrió un daño significativo, pero no permanente, que requirió intervención.
Daño grave	El paciente experimentó daño permanente, discapacidad o riesgo vital.
Muerte	La queja está asociada directamente con el fallecimiento del paciente.

Tabla 2. Aplicación práctica y de las categorías principales del HCAT adaptadas a reclamaciones en SUP

Dominio HCAT	Categoría	Descripción leve	Ejemplos adaptados a Urgencias Pediátricas
1. Seguridad del paciente (Safety)	Errores clínicos	Quejas sobre fallos en diagnóstico o tratamiento que puedan haber causado daño	Diagnóstico erróneo de apendicitis como gastroenteritis Retraso en administrar antibiótico por sepsis
	Fallo en procedimientos	Errores técnicos o fallos en la ejecución de un procedimiento clínico	Canalización venosa fallida repetida sin informar a los padres Error en la dosis de medicación administrada
2. Calidad de la atención (Quality)	Atención insuficiente o inadecuada	Cuestiones sobre falta de continuidad o insuficiencia de la atención médica	Alta médica prematura sin reevaluación adecuada No revisión por pediatra tras valoración inicial de enfermería
3. Comunicación (Communication)	Información deficiente	Reclamaciones por falta de información clara, comprensible o completa	Padres no informados del plan de pruebas o tiempos de espera Lenguaje técnico sin adaptación a la familia
	Escucha insuficiente / falta de empatía	Falta de escucha activa o desinterés percibido por las preocupaciones familiares	Personal que interrumpe o no deja hablar a la madre Minimizar síntomas que los padres describen como graves
4. Relación interpersonal (Relationships)	Trato inadecuado / actitud poco profesional	Quejas por comportamiento grosero, distante e irrespetuoso	Tono brusco del médico, enfermera Sensación de que el personal "culpa" a los padres
5. Medio ambiente/entorno (Environment)	Instalaciones, limpieza, privacidad	Aspectos físicos o ambientales del servicio	Sala de espera saturada y sin ventilación Falta de privacidad durante la exploración
6. Organización/gestión (Management)	Demoras y procesos administrativos	Retrasos, colas, errores en el registro o gestión de la atención	Espera prolongada sin explicación Pérdida de resultados, atención o documentación
7. Factores del sistema institucional	Políticas, recursos, coordinación interservicios	Fallos estructurales o de coordinación institucional	Falta de pediatra disponible en horario nocturno Derivación inadecuada desde atención primaria o SAMU

APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA HCAT



Nombre del indicador	PORCENTAJE DE RECLAMACIONES RESUELTAS EN MENOS DE 30 DÍAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS
Dimensión	Satisfacción/experiencia
Justificación	La resolución de reclamaciones es un indicador clave de la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios. Garantizar una respuesta en menos de 30 días mejora la confianza de las familias en el sistema de salud.
Fórmula	$(N.º \text{ de reclamaciones resueltas en } \leq 30 \text{ días} / N.º \text{ total de reclamaciones recibidas en el período}) \times 100$
Explicación de términos	Reclamación resuelta: reclamación que ha recibido una respuesta formal por escrito al paciente o familia, a través de los canales institucionales establecidos (p. ej., carta, comunicación electrónica registrada), con constancia documental de la fecha de respuesta.
Población	Todas las reclamaciones registradas en el servicio de urgencias pediátricas durante el período evaluado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Registro de reclamaciones del servicio de Urgencias Pediátricas y sistema de gestión de calidad del hospital
Estándar	> 95 %
Comentarios	La agilidad en la respuesta a reclamaciones refleja el compromiso con la mejora continua y la transparencia. Idealmente, la recogida de reclamaciones debe realizarse mediante un sistema estandarizado (formulario institucional o sistema de atención al usuario). En algunas comunidades autónomas, existen sistemas estandarizados como el Sistema de Sugerencias, Quejas y Agradecimientos (SQQA) o el Sistema de Información de Atención al Paciente (SIAP). Las reclamaciones pueden ser clasificadas en cuatro niveles de gravedad según el impacto en el paciente (leve, moderada, grave, muy grave) (ver tabla 1) y en distintas categorías según el tipo de reclamación (asistencial, organizativa, trato, administrativa, seguridad). Los GT de Humanización y Calidad proponen para su clasificación la <i>Healthcare Complaints Analysis Tool</i> (HCAT) (versión modificada en tabla 2)
Bibliografía	1. International Organization for Standardization (ISO). ISO 10002:2018. Quality management — Customer satisfaction — Guidelines for complaints handling in organizations. 2018. Disponible en: https://www.iso.org/standard/71580.html. Consulta: 26 de noviembre de 2025. 2. Bayer S, Kuzmickas P, Boissy A, Rose SL, Mercer MB. Categorizing and Rating Patient Complaints: An Innovative Approach to Improve Patient Experience. <i>J Patient Exp</i>. 2021;8:2374373521998624. 3. Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. <i>BMJ Qual Saf</i>. 2014;23(8):678–689. 4. Gillespie A, Reader TW. The Healthcare Complaints Analysis Tool: development and reliability testing of a method for service monitoring and organisational learning. <i>BMJ Qual Saf</i>. 2016;25(12):937–946. 5. 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. <i>Boletín Oficial del Estado</i>. 2002;(274).

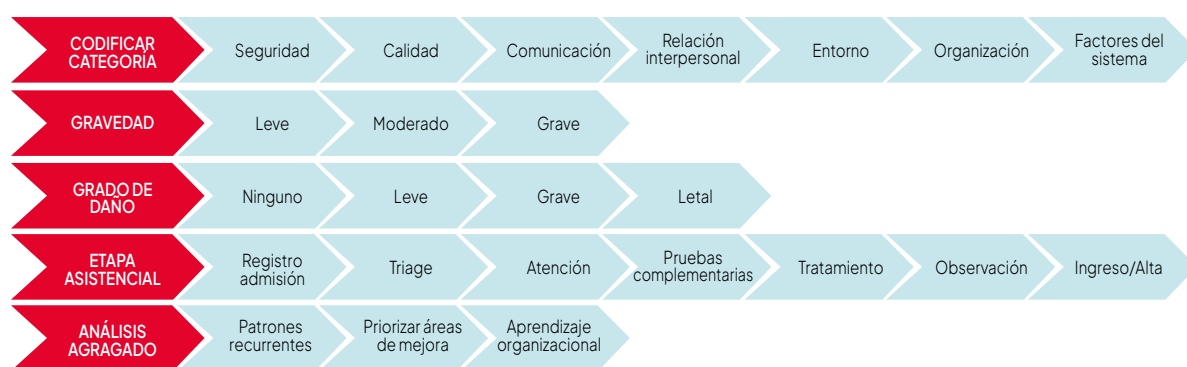
Tabla 1. Niveles de gravedad y daño según HCAT

Nivel de gravedad/daño	Descripción
Sin daño	La queja no causó daño físico, psicológico o material al paciente.
Daño leve	El paciente experimentó molestias, incomodidad o un impacto menor en su salud o bienestar.
Daño moderado	El paciente sufrió un daño significativo, pero no permanente, que requirió intervención.
Daño grave	El paciente experimentó daño permanente, discapacidad o riesgo vital.
Muerte	La queja está asociada directamente con el fallecimiento del paciente.

Tabla 2. Aplicación práctica y de las categorías principales del HCAT adaptadas a reclamaciones en SUP

Dominio HCAT	Categoría	Descripción leve	Ejemplos adaptados a Urgencias Pediátricas
1. Seguridad del paciente (<i>Safety</i>)	Errores clínicos	Quejas sobre fallos en diagnóstico o tratamiento que puedan haber causado daño	Diagnóstico erróneo de apendicitis como gastroenteritis Retraso en administrar antibiótico por sepsis
	Fallo en procedimientos	Errores técnicos o fallos en la ejecución de un procedimiento clínico	Canalización venosa fallida repetida sin informar a los padres Error en la dosis de medicación administrada
2. Calidad de la atención (<i>Quality</i>)	Atención insuficiente o inadecuada	Cuestiones sobre falta de continuidad o insuficiencia de la atención médica	Alta médica prematura sin reevaluación adecuada No revisión por pediatra tras valoración inicial de enfermería
3. Comunicación (<i>Communication</i>)	Información deficiente	Reclamaciones por falta de información clara, comprensible o completa	Padres no informados del plan de pruebas o tiempos de espera Lenguaje técnico sin adaptación a la familia
	Escucha insuficiente / falta de empatía	Falta de escucha activa o desinterés percibido por las preocupaciones familiares	Personal que interrumpe o no deja hablar a la madre Minimizar síntomas que los padres describen como graves
4. Relación interpersonal (<i>Relationships</i>)	Trato inadecuado / actitud poco profesional	Quejas por comportamiento grosero, distante e irrespetuoso	Tono brusco del médico, enfermera Sensación de que el personal "culpa" a los padres
5. Medio ambiente/entorno (<i>Environment</i>)	Instalaciones, limpieza, privacidad	Aspectos físicos o ambientales del servicio	Sala de espera saturada y sin ventilación Falta de privacidad durante la exploración
6. Organización/gestión (<i>Management</i>)	Demoras y procesos administrativos	Retrasos, colas, errores en el registro o gestión de la atención	Espera prolongada sin explicación Pérdida de resultados, atención o documentación
7. Factores del sistema institucional	Políticas, recursos, coordinación interservicios	Fallos estructurales o de coordinación institucional	Falta de pediatra disponible en horario nocturno Derivación inadecuada desde atención primaria o SAMU

APLICACIÓN PRÁCTICA DELA HCAT



Nombre del indicador	TASA DE VALORACIÓN POSITIVA EN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO
Dimensión	Satisfacción/experiencia
Justificación	La satisfacción del usuario es un componente esencial de la calidad asistencial y refleja la percepción que pacientes y familias tienen sobre la atención recibida. En el contexto de las urgencias pediátricas, esta percepción está influida no solo por los resultados clínicos, sino también por factores como la información proporcionada, el trato recibido, los tiempos de espera y la adecuación del entorno. La medición sistemática de la satisfacción permite identificar áreas de mejora no detectadas mediante indicadores clínicos tradicionales y facilita el diseño de intervenciones orientadas a una atención más centrada en el niño y su familia.
Fórmula	$(N.º \text{ de encuestas con valoración global positiva} / N.º \text{ de encuestas válidas}) \times 100$
Explicación de términos	Satisfacción del usuario: grado en el que la atención recibida en urgencias pediátricas cumple o supera las expectativas del paciente pediátrico o de sus padres o cuidadores en relación con el cuidado, el trato, la información, la seguridad y la resolución del motivo de consulta. Valoración global positiva: puntuación igual o superior al umbral establecido por el centro (por ejemplo, ≥ 4 en una escala Likert de 1 a 5).
Población	Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas o sus padres o cuidadores. Cuando la encuesta se realice de forma periódica, se aceptará una muestra representativa de los pacientes atendidos durante el período evaluado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Encuestas de satisfacción
Estándar	$\geq 80\text{--}85\%$ de usuarios con valoración global positiva, o Puntuación media $\geq 4/5$ en la valoración global de la atención recibida.
Comentarios	Las encuestas de satisfacción deben abarcar los principales elementos del circuito asistencial en urgencias pediátricas: accesibilidad, tiempos de espera, información recibida, trato profesional, confort y percepción de seguridad. Es especialmente relevante recoger la opinión de los padres o cuidadores, sin olvidar la voz de los niños y adolescentes, protagonistas directos de la atención. El análisis periódico de los resultados debe integrarse en los programas de mejora continua y comunicarse a los profesionales como herramienta de aprendizaje y motivación.
Bibliografía	1. Heyming TW, Donaldson CD, Ehwerhemuepha L, Feaster W, Fortier MA, Kain ZN. Multivariate Analysis of Patient Satisfaction in the Pediatric Emergency Department. <i>Pediatr Emerg Care</i> . 2022;38(10):e544–e549. 2. Jauhunen K, Kankkunen P, Kvist T. Quality of Pediatric Emergency Care as Assessed by Children and Their Parents. <i>J Nurs Care Qual</i> . 2019;34(2):180–184. 3. Parra Cotanda C, Vergés Castells A, Carreras Blesa N, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. Experiencia del paciente en Urgencias: ¿qué opinan los niños y los adolescentes? <i>An Pediatr (Barc)</i> . 2017;86(2):61–66.

INTOXICACIONES

INDICADOR Nº 25

Nombre del indicador	DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA MEDIANTE LAVADO GÁSTRICO
Dimensión	Seguridad del paciente
Justificación	Las declaraciones de posición de la EAPCCT y la AACT (European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists y American Academy of Clinical Toxicology) del año 1997, y sus revisiones posteriores, concluyen que la indicación de realizar lavado gástrico debe ser excepcional. La evidencia que apoya la utilidad del lavado gástrico es débil y se basa en fundamentos teóricos o en reportes de casos clínicos. Sin embargo, si están bien documentados los riesgos que comporta: lesiones, sangrados o perforaciones del tubo digestivo superior, riesgo de broncoaspiración en pacientes con pérdida de los reflejos de la vía aérea, alteraciones hidroelectrolíticas, alteraciones del ritmo cardíaco e hipotermia. El riesgo de complicaciones aumenta si el personal que lo realiza no está entrenado para ello.
Fórmula	$(N.º \text{ de descontaminaciones digestivas mediante lavado gástrico} / N.º \text{ total de descontaminaciones digestivas}) \times 100$
Explicación de términos	Descontaminación digestiva: técnica practicada con el fin de reducir la absorción sistémica de un tóxico que ha sido ingerido. Para llevar a cabo la descontaminación digestiva se dispone de 4 métodos: administración de carbón activado, vaciado gástrico mediante la administración de eméticos, lavado gástrico y lavado intestinal. Lavado gástrico: técnica de descontaminación digestiva que consiste en la instilación de pequeñas cantidades de suero en el estómago (10–15 ml/kg, máx. 250 ml) a través de una sonda orogástrica con posterior salida, generalmente por decantación, del contenido gástrico. Se repite el proceso hasta que el líquido de retorno sea claro. La sonda debe tener un diámetro suficiente para permitir la salida de las sustancias ingeridas (sonda tipo Faucher).
Población	Pacientes atendidos en urgencias a los que se les practica alguna técnica de descontaminación digestiva durante el período evaluado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Informe asistencial médico y de enfermería
Estándar	< 10 %
Comentarios	La única situación en la que está justificada la realización de un lavado gástrico es la ingesta potencialmente letal y muy reciente (< 1 hora) de gran cantidad de un tóxico, especialmente si este no es adsorbible mediante carbón activado.
Bibliografía	- Gosselin S, Hoegberg LCG, Hoffman RS. Gut decontamination in the poisoned patient. Br J Clin Pharmacol. 2025;91(3):595–603. - Vale JA. Position statement: gastric lavage. American Academy of Clinical Toxicology, European Association of Poison Centers and Clinical Toxicologists. J Toxicol Clin Toxicol. 1997; 35:711–9. - Vale JA, Kulig K; American Academy of Clinical Toxicology European Association of Poisons Centers and Clinical Toxicologists. Position paper: gastric lavage. J Toxicol Clin Toxicol. 2004;42:933–43. - Benson BE, Hoppu K, Troutman WG, Bedry R, Erdman A, Höjer J et al. Position paper update: gastric lavage for gastrointestinal decontamination. Clin Toxicol. 2013;51:140–6. - Hendrickson RG and Kusin S. Gastrointestinal decontamination of the poisoned patient. UpToDate. 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/gastrointestinal-decontamination-of-the-poisoned-patient. Consulta: 24 de septiembre de 2025. - Hoegberg LC. Techniques used to prevent gastrointestinal absorption. In: Nelson LS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS. Goldfrank's Toxicologic Emergencies. 11th ed. McGraw Hill, New York. 2019:48–70. - Amigó Tadiñ M, Nogué Xarau S. Medidas de descontaminación digestiva. En: Nogué Xarau S, Salgado García E, Martínez Sánchez L. Nogué. Toxicología clínica. Bases para el diagnóstico y el tratamiento de las intoxicaciones en servicios de urgencias, áreas de vigilancia intensiva y unidades de toxicología. 2ª edición. Elsevier. Barcelona. 2025:231–4. - Martínez-Sánchez L, López-Ávila J, Barasoain-Millán A, Angelats-Romero CM, Azkunaga-Santibañez B, Molina-Cabañero JC; et al. Acciones que no hay que hacer ante un paciente que ha contactado con un posible tóxico. An Pediatr (Barc). 2021;94(5):285–292.

Nombre del indicador	ADMINISTRACIÓN DE CARBÓN ACTIVADO DENTRO DEL INTERVALO DE TIEMPO EN EL QUE EL TÓXICO PUEDE SER RECUPERABLE
Dimensión	Seguridad del paciente
Justificación	Dado que cualquier técnica de descontaminación digestiva, incluida la administración de carbón activado (CA), puede tener complicaciones y provocar iatrogenia, es importante restringir su uso a aquellas situaciones en las que el beneficio supere ampliamente el riesgo. La eficacia de la descontaminación digestiva está muy asociada a la precocidad con la que esta se realiza, por lo que el tiempo transcurrido desde la ingesta del tóxico es una pieza clave en la decisión de administrar o no CA. Los estudios en voluntarios sanos demostraron que la mayor eficacia del CA, con recuperación de hasta el 89 % del tóxico, se consigue al administrarlo en la primera hora tras la ingesta. En base a esto, las declaraciones de posición de la EAPCCT y la AACT (<i>European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists</i> y <i>American Academy of Clinical Toxicology</i>), publicadas en 1997, tomaron este intervalo como el tiempo máximo en el que era recomendable administrar CA. Sin embargo, estudios posteriores han evidenciado que este margen es demasiado estricto, y actualmente se considera que la administración de CA puede ser beneficiosa dentro de las 2 primeras horas de la ingesta de medicamentos de liberación inmediata. Además, cada vez es más frecuente la ingesta de sustancias de liberación retardada, la ingesta de dosis masivas con riesgo de formación de farmacobezoares o la coingesta de sustancias que retrasan el vaciado gástrico, situaciones en las que la administración de CA puede ser útil más allá de este intervalo de tiempo.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes a los que se ha administrado CA dentro del intervalo de tiempo en el que el tóxico puede ser recuperable}}{\text{N.º total de pacientes a los que se ha administrado CA}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Intervalo de tiempo en el que el tóxico puede ser recuperable: intervalo de tiempo en el que es esperable que la absorción digestiva del tóxico no se haya completado. Este intervalo se define en función del tipo de fármaco, la cantidad ingerida y la situación del paciente. Las guías clínicas actuales diferencian 2 situaciones: • Ingesta de medicamentos de liberación inmediata: primeras 2 horas • Ingesta de medicamentos de liberación retardada: primeras 4 horas Además, si el paciente está en coma, está implicado un tóxico con acción hipoperistáltica, con circulación enterohepática o que forme conglomerados gástricos (por ejemplo, tras la ingesta de más de 30 comprimidos de paracetamol), la descontaminación gastrointestinal se considera útil dentro de las primeras 6 horas.
Población	Pacientes atendidos en urgencias a los que se les administra carbón activado como técnica de descontaminación digestiva durante el período evaluado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Informe asistencial médico y de enfermería
Estándar	≥ 90 %
Comentarios	La eficacia de la descontaminación digestiva está muy asociada a la precocidad con la que esta se realiza. Cuando se ha superado el intervalo considerado de máxima utilidad (2 horas en la mayoría de los casos), el potencial beneficio de la acción se ve superado por el riesgo asociado.
Bibliografía	1. Chiew AL, Buckley NA, Graudins A, Munir VL. Review article: up (to) date for Australian toxicology and Toxinology guidelines. <i>Emerg Med Australas</i>. 2021;33(1):6–8. 2. Chyka PA, Seger D. Position statement: single-dose activated charcoal. <i>American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centers and Clinical Toxicologists</i>. <i>J Toxicol Clin Toxicol</i>. 1997;35:721–41. 3. Chyka PA, Seger D, Krenzelok EP, Vale JA; American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centers and Clinical Toxicologists. Position Paper: Single-dose activated charcoal. <i>Clin Toxicol</i>. 2005; 43:61–87. 4. Gosselin S, Hoegberg LCG, Hoffman RS. Gut decontamination in the poisoned patient. <i>Br J Clin Pharmacol</i>. 2025;91(3):595–603. 5. Hoegberg LCG, Shepherd G, Wood DM, Johnson J, Hoffman RS, Caravati EM, et al. Systematic review on the use of activated charcoal for gastrointestinal decontamination following acute oral overdose. <i>Clin Toxicol (Phila)</i>. 2021; 59:1196–227. 6. Jurgens G, Groth Hoegberg LC, Graudal NA. The effect of activated charcoal on drug exposure in healthy volunteers: a metaanalysis. <i>Clin Pharmacol Ther</i>. 2009;85(5):501–505. 7. Krenzelok E, Vale A. Position statements: gut decontamination. <i>American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centers and Clinical Toxicologist</i>. <i>J Toxicol Clin Toxicol</i>. 1997; 35:695–786.

Nombre del indicador	ADMINISTRACIÓN DE FLUMAZENILO A PACIENTES CON RIESGO DE PRESENTAR CONVULSIONES O ARRITMIAS
Dimensión	Seguridad del paciente
Justificación	La administración de flumazenilo puede precipitar la aparición de convulsiones tanto por abstinencia en pacientes con un consumo crónico de benzodiazepinas como en aquellos con epilepsia o que han ingerido una sustancia proconvulsivante. La aparición de convulsiones, a su vez, aumenta la descarga adrenérgica y la demanda miocárdica de oxígeno, lo que puede precipitar arritmias en pacientes con ingesta de sustancias arritmogénicas. Por otro lado, las intoxicaciones por benzodiazepinas rara vez comportan una morbimortalidad significativa, y las medidas de soporte y la observación habitualmente son suficientes como medida terapéutica.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes con riesgo de presentar convulsiones o arritmias que reciben flumazenilo}}{\text{N.º total de pacientes que reciben flumazenilo}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Pacientes con riesgo de presentar convulsiones o arritmias: pacientes que han ingerido sustancias proconvulsivantes o arritmogénicas, o bien sustancias desconocidas, han convulsionado en el curso clínico de la intoxicación, o tienen antecedentes de epilepsia o de consumo crónico de benzodiazepinas. La administración de flumazenilo como parte del «coma cocktail» (administración de naloxona, flumazenilo y glucosa parenteral en pacientes con depresión del sensorio en el contexto de una intoxicación por sustancias desconocidas) se incluye en este indicador, por ser una situación de riesgo de aparición de convulsiones y arritmias.
Población	Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias a los que se administra flumazenilo en el contexto de una intoxicación durante el período evaluado. Criterio de exclusión: pacientes que han recibido el antídoto antes de llegar al servicio que evalúa el indicador de calidad.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Base de datos de admisión en urgencias. Informe de asistencia médica y de enfermería de urgencias
Estándar	0 % (indicador centinela)
Comentarios	Los riesgos del flumazenilo (convulsiones y arritmias malignas) sobrepasan, en general, los beneficios debido a la baja morbimortalidad de las benzodiazepinas. Por ello, la administración de flumazenilo debe limitarse a los pacientes con intoxicación aislada por benzodiazepinas o sus análogos, que se encuentren en coma y presenten depresión respiratoria con necesidad de ventilación asistida.
Bibliografía	1. Farcas I, Schölin L, Eddleston M. Could Flumazenil Be Used Pre-hospital by Intramuscular Injection for Coma due to Mixed Drug Overdose Not Responding to Naloxone?: A Systematic Review of the Evidence. <i>Basic Clin Pharmacol Toxicol</i>. 2025;136(3):70007. 2. Greller H, Gupta A. Benzodiazepine poisoning. UpToDate. 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/benzodiazepine-poisoning/print. 3. Hoffman RS, Goldfrank LR. The poisoned patient with altered consciousness. Controversies in the use of a 'coma cocktail'. <i>JAMA</i>. 1995;274(7):562–9. 4. Howland MA. Antidotes in depth: Flumazenil. En: Lewis S, Nelson, Mary Ann Howland, Neal A, Lewin, Silas W, Smith, Lewis R, Goldfrank, Robert S, Hoffman. <i>Goldfrank's Toxicologic Emergencies</i>, Eleventh Edition; 2019, p. 1094–1098. 5. Lavonas EJ, Akpunonu PD, Arens AM, Babu KM, Cao D, Hoffman RS et al; American Heart Association. 2023 American Heart Association Focused Update on the Management of Patients with Cardiac Arrest or Life-Threatening Toxicity Due to Poisoning: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. <i>Circulation</i>. 2023;148(16):e149–e184. 6. McDuffee AT & Tobias JD. Seizure after flumazenil administration in a pediatric patient. <i>Pediatr Emerg Care</i>. 1995;11:186–187. 7. Penninga EI, Graudal N, Ladekarl MB, Jürgens G. Adverse Events Associated with Flumazenil Treatment for the Management of Suspected Benzodiazepine Intoxication—A Systematic Review with Meta-Analyses of Randomised Trials. <i>Basic Clin Pharmacol Toxicol</i>. 2016;118(1):37–44. 8. Seger DL. Flumazenil—treatment or toxin. <i>J Toxicol Clin Toxicol</i>. 2004;42(2):209–16. 9. Sivilotti ML. Flumazenil, naloxone and the 'coma cocktail'. <i>Br J Clin Pharmacol</i>. 2016;81(3):428–436. 10. Zamani N, Hassanian-Moghaddam H, Zamani N. Strategies for the treatment of acute benzodiazepine toxicity in a clinical setting: the role of antidotes. <i>Expert Opin Drug Metab Toxicol</i>. 2022;18(6):367–379.

CONTRA LA VIOLENCIA EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

INDICADOR Nº 28

Nombre del indicador	TIEMPO DE DEMORA EN ATENDER AL PACIENTE QUE HA SUFRIDO UNA AGRESIÓN SEXUAL AGUDA
Dimensión	Accesibilidad
Justificación	La atención urgente a pacientes pediátricos víctimas de agresión sexual aguda debe ser inmediata, coordinada y sensible al trauma, con el fin de minimizar la victimización secundaria, optimizar la recogida de pruebas médico-legales y facilitar el inicio precoz de medidas terapéuticas, profilácticas y de protección. La demora en la atención constituye un fallo de calidad asistencial con potencial impacto clínico, psicológico y legal.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes con agresión sexual aguda atendidos en } \leq 15 \text{ min desde el triaje}}{\text{N.º total de pacientes con agresión sexual aguda}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Agresión sexual: cualquier acto de naturaleza sexual impuesto a un menor de 18 años mediante asimetría de poder, coacción, violencia, intimidación, engaño o abuso de confianza, con finalidad de satisfacción sexual del agresor u otra persona. Agresión sexual aguda: aquella en la que el tiempo transcurrido entre la agresión y la consulta en urgencias es: • < 10 días en pacientes con contacto de mucosas genitales (especialmente sexo femenino). • < 72 horas en el resto de los casos. Incluye agresiones únicas recientes y situaciones de abuso crónico con agresión reciente documentada. Inicio de atención: primer contacto clínico efectivo tras el triaje (valoración médica o de enfermería especializada).
Población	Pacientes atendidos en urgencias por agresión sexual aguda durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Sistemas informáticos del hospital
Estándar	> 95 %
Comentarios	Se recomienda analizar los casos fuera de estándar para identificar causas organizativas (circuitos, disponibilidad de profesionales formados, espacios adecuados) y establecer planes de mejora específicos.
Bibliografía	1. Santiá M., Ríos J., Céspedes F., Martínez B. Indicadores de calidad del proceso de atención a las agresiones sexuales en un servicio de urgencias. Revista Española de Medicina Legal 2014; 40: 97-102. 2. Díez Sáez K., Gancedo Baranda A., Estopiñá Ferrer G. Agresión sexual en la infancia y adolescencia. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) 4ª ed., 2024. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2025/04/30_Agresio%CC%81n_4a-ed-ene25-3.pdf. Consulta: 24 de septiembre de 2025.

MEJORA DE LA CALIDAD

INDICADOR N° 29

Nombre del indicador	TIEMPO DE DEMORA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS URGENTES
Dimensión	Riesgo, accesibilidad
Justificación	Las patologías quirúrgicas urgentes en Pediatría requieren una intervención en un intervalo de tiempo adecuado (menor de 12 horas) para minimizar complicaciones, infecciones o secuelas funcionales. Las demoras superiores a las recomendadas, atribuibles a problemas organizativos o estructurales, pueden comprometer la calidad asistencial y la seguridad del paciente.
Fórmula	$(N.^{\circ} \text{ de pacientes con patología quirúrgica urgente intervenidos en } \leq 12 \text{ h} / N.^{\circ} \text{ total de pacientes con patología quirúrgica urgente intervenidos}) \times 100$
Explicación de términos	Cirugía urgente: patología que requiere intervención quirúrgica dentro de las primeras 12 horas desde la llegada a urgencias. Ejemplos: apendicitis aguda, fracturas abiertas. Tiempo $\leq 12 \text{ h}$: intervalo entre el registro de llegada a urgencias y la entrada en quirófano.
Población	Pacientes intervenidos de urgencia por las patologías definidas durante el período evaluado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 95 %
Comentarios	Se han seleccionado los procesos referidos en la explicación de términos por su frecuencia, riesgo o facilidad de identificación. Este indicador puede ampliarse a otras patologías quirúrgicas urgentes según la casuística del centro. Las situaciones con riesgo vital inmediato quedan excluidas, ya que requieren intervención urgente sin demora.
Bibliografía	1. Zouari M, Ben Ameur H, Krichen E, Kraiem N, Ben Dhaou M, Mhiri R. Time to surgery does not impact outcome in pediatric appendicitis. Surg Infect (Larchmt). 2022;23(6):558–563. 2. Rupp M, Popp D, Alt V. Prevention of infection in open fractures: where are the pendulums now? Injury. 2020;51 Suppl 2:S57–63. 3. Aulisa AG, Marsiolo M, Basiglioni L, Aletto C, Giordano M, Falciglia F. Management of open pediatric fractures: proposal of a new multidisciplinary algorithm. J Clin Med. 2023;12(19):6378. 4. Singh KA, Chandankere V, Shah H. Does the timing of treatment affect complications of pediatric femoral neck fractures? J Orthop. 2020;22:207–12. 5. Farr BJ, Carey DE, Mooney DP. Optimal timing of interval appendectomy in children. J Pediatr Surg. 2021;56(10):1822–25.

Nombre del indicador	TRATAMIENTO DE HERIDAS NO COMPLICADAS
Dimensión	Adecuación
Justificación	Las heridas no complicadas constituyen un motivo frecuente de consulta en urgencias pediátricas. Su manejo por el propio equipo de urgencias pediátricas favorece la eficiencia del sistema, la continuidad asistencial y el mantenimiento de competencias clínicas específicas del pediatra de urgencias.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes con una herida no complicada atendida por el equipo de urgencias} / N.º \text{ de pacientes que consultan por una herida no complicada}) \times 100$
Explicación de términos	Herida no complicada: lesión cutánea superficial, no anfractuosa, sin pérdida de sustancia y sin compromiso funcional u orgánico. Equipo de urgencias pediátricas: pediatra y personal de enfermería del servicio de urgencias.
Población	Todos los pacientes que consulten por herida no complicada durante el período de estudio.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 80 %
Comentarios	La aplicación de este indicador está condicionada por la dotación de personal e infraestructura del lugar de la asistencia (por ejemplo, presencia de cirujano infantil, traumatólogo, cirujano plástico, etc.).
Bibliografía	1. De Lemos DM. Skin laceration repair with sutures. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate Inc.; actualizado 2024. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/skin-laceration-repair-with-sutures. Consulta: 27 de enero de 2026. 2. Singer AJ, Hollander JE, Quinn JV. Evaluation and management of traumatic lacerations. N Engl J Med. 1997;337(16):1142-1148. 3. Quinn JV, Polevoi SK, Kohn MA. Traumatic lacerations: what are the risks for infection and has the "golden period" of laceration care disappeared? Emerg Med J. 2014;31(2):96-100.

Nombre del indicador	APENDICITIS AGUDA (AA) DIAGNOSTICADA EN SEGUNDA O SUCESIVAS VISITAS
Dimensión	Efectividad, seguridad
Justificación	El diagnóstico de apendicitis aguda (AA) en urgencias pediátricas debe ser lo más precoz y exacto posible. Determinadas circunstancias en pediatría, como la presentación atípica, la falta de verbalización por parte del paciente y las múltiples posibilidades etiológicas no quirúrgicas del dolor abdominal, hacen que el diagnóstico de AA sea difícil y dudoso hasta en el 30 % de los pacientes. Se trata de la patología quirúrgica más frecuente en niños con dolor abdominal, con una prevalencia entre el 10 % y el 17 %. La demora en el diagnóstico de AA se relaciona con un aumento de las complicaciones y, a su vez, de la morbilidad.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes con AA diagnosticados en 2ª o posterior visita a urgencias pediátricas}}{\text{N.º de pacientes diagnosticados de AA en urgencias pediátricas}} \right) \times 100$
Explicación de términos	La apendicitis aguda (AA) es la inflamación aguda del apéndice cecal; el diagnóstico se confirma con el estudio anatomopatológico. AA negativa: cuando el informe del estudio histopatológico del apéndice vermiforme es normal. Segunda visita o posterior: aquella en la que se diagnostica AA, constatando una consulta en urgencias por el mismo motivo en los 7 días previos.
Población	Pacientes con diagnóstico final de AA durante el período revisado en un Servicio de Urgencias Pediátricas. Criterios de exclusión: pacientes con AA negativa tras intervención quirúrgica, entendiéndose como tal aquella en la que el informe del estudio histopatológico del apéndice vermiforme es normal.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5 %
Comentarios	Este indicador proporciona una medida indirecta de la precisión diagnóstica y de la eficiencia del circuito asistencial en Urgencias Pediátricas. Las variaciones en su cumplimiento pueden reflejar no solo la complejidad clínica inherente a la apendicitis en edades tempranas, sino también factores organizativos, como la disponibilidad de técnicas de imagen, la carga asistencial en el momento de la primera valoración o la variabilidad en la experiencia del equipo clínico. Asimismo, el análisis de los casos diagnosticados en una segunda visita permite identificar patrones de riesgo clínico (síntomas iniciales inespecíficos, comorbilidades, barreras de comunicación) y posibles fallos en la continuidad asistencial, facilitando estrategias de mejora basadas en la reevaluación estructurada y el uso adecuado de escalas clínicas.
Bibliografía	1. Michelson KA, Reeves SD, Grubenhoff JA, Cruz AT, Chaudhari PP, Dart AH, Finkelstein JA, Bachur RG. Clinical Features and Preventability of Delayed Diagnosis of Pediatric Appendicitis. JAMA Netw Open. 2021;4(8): e2122248. 2. Mostafa R, El-Atawi K. Misdiagnosis of Acute Appendicitis Cases in the Emergency Room. Cureus. 2024;16(3): e57141. 3. Patel H, Kamel M, Cooper E, Bowen C, Jester I. The Variable Definition of "Negative Appendicitis" Remains a Surgical Challenge. Pediatr Dev Pathol. 2024; 27:552–558. 4. Drapkin Z, Dunnick J, Madsen TE, Bryce M, Schunk JE. Pediatric Appendicitis: Association of Chief Complaint With Missed Appendicitis. Pediatr Emerg Care. 2020; 36:204–207. 5. Stokes SC, Jackson JE, Beres AL. Impact of Limited English Proficiency on Definitive Care in Pediatric Appendicitis. J Surg Res. 2021; 267:284–292.

Nombre del indicador	TIEMPO DE RESPUESTA DE CONSULTORES
Dimensión	Continuidad, accesibilidad
Justificación	La demora con la que los especialistas de otras áreas valoran al paciente de urgencias, tras recibir la solicitud, afecta a la dinámica del servicio, al tiempo de espera, a la ubicación del paciente, a su seguridad y a su satisfacción.
Fórmula	$(N.º \text{ de interconsultas atendidas con un tiempo de respuesta superior a 60 minutos} / N.º \text{ de interconsultas solicitadas}) \times 100$
Explicación de términos	Interconsulta: la realizada en los servicios de referencia durante la jornada laboral o la realizada a los facultativos del cuadro de guardia, tanto de presencia como localizable. Sesenta minutos: intervalo de tiempo entre la emisión del aviso, ya sea por busca, por contacto directo telefónico o informático, y el inicio de la visita por parte del consultor. Inicio de la visita: cuando por parte del consultor se inicia la anamnesis y/o exploración del paciente o cuando se indica a distancia la pauta a seguir (si se acuerda que no es necesaria su presencia inmediata).
Población	Pacientes que acuden a urgencias y que precisan solicitud de interconsulta en el mismo proceso asistencial.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5 %
Comentarios	La forma de medida recomendada para este indicador es el corte de prevalencia.
Bibliografía	1. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomàs S. Serveis d'urgències: indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. 2001. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 2. Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf. Consulta: 24 de septiembre de 2025. 3. Rodríguez R, Parra C. Documento de consenso: saturación de los servicios de urgencias. Estrategias para su reorganización. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/Consenso_reorganizacion_epid2.pdf (consultado 16/12/2024) 4. Soldatenkova A, Calabrese A, Levialdi Ghiron N, Tiburzi L. Emergency department performance assessment using administrative data: A managerial framework. PLoS One. 2023; 18: e0293401. doi:10.1371/journal.pone.0293401

Nombre del indicador	RETORNO A URGENCIAS EN 72 HORAS
Dimensión	Efectividad, riesgo
Justificación	Los pacientes pueden regresar a urgencias, en un período breve de tiempo tras la primera consulta, por varios motivos. Entre ellos encontramos la evolución de la enfermedad, la aparición de complicaciones o la ausencia de un tratamiento efectivo instaurado inicialmente.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes que retornan a urgencias en un intervalo de 72 horas} / N.º \text{ de pacientes atendidos en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Pacientes que retornan: pacientes que, habiendo sido atendidos por un facultativo y dados de alta del Servicio de Urgencias, vuelven a consultar durante el intervalo posterior de 72 horas, independientemente de que lo hagan por el mismo o por un motivo de consulta diferente.
Población	Pacientes atendidos en urgencias durante el período revisado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 7 %
Comentarios	Al incluir las consultas por otros motivos, el indicador se debe utilizar como señal de alarma, sin que el incumplimiento indique una mala praxis en todos los casos. Resultados superiores al estándar deben servir para revisar las causas de los retornos.
Bibliografía	1. Ostrow O, Zelinka A, Shim A, Azmat SK, Masood S, Chartier LB. Pediatric Emergency Department Return Visits: An Innovative and Systematic Approach to Promote Quality Improvement and Patient Safety. <i>Pediatr Emerg Care</i>. 2020;36:726–731. 2. Holloway W, Borland ML. Return visits to the paediatric emergency department. <i>Emerg Med Australas</i>. 2022;34:584–589. 3. Türe E, Yazar A. Retrospective Evaluation of Return Visits to the Paediatric Emergency Department. <i>Eurasian J Emerg Med</i>. 2020;19:115–120. 4. Kurt F, Hanalioğlu D, Can F, Kurtipek FE, Yakut Hİ, Misirlioğlu ED. Evaluation of Unscheduled Return Visits to the Pediatric Emergency Department and Risk Factors for Admission After Return Visit. <i>Pediatr Emerg Care</i>. 2022;38:967–972. 5. Hussain B, Kannikeswaran N, Mathew R, Arora R. Evaluation of advanced practice provider related return visits to a pediatric emergency department and their outcomes. <i>Am J Emerg Med</i>. 2022;52:174–178.

Nombre del indicador	RETORNO A URGENCIAS EN 72 HORAS CON INGRESO (IMPRESCINDIBLE)
Dimensión	Efectividad, riesgo
Justificación	El retorno a Urgencias con ingreso en las 72 horas posteriores a la atención inicial es un indicador clave de calidad asistencial. Su seguimiento permite detectar infravaloraciones diagnósticas, tratamientos inadecuados, complicaciones no anticipadas y disfunciones en los circuitos de atención. Asimismo, proporciona información útil para la monitorización continua de procesos y la implementación de medidas de mejora orientadas a reducir eventos adversos y retornos evitables.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes que retornan a urgencias en un intervalo de 72 horas que ingresan en el hospital}}{\text{N.º de pacientes que retornan a urgencias en un intervalo de 72 horas}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Retorno a Urgencias en ≤72 h: nueva consulta realizada por un paciente a Urgencias dentro de las 72 horas posteriores al alta de la visita previa. Retorno con ingreso: paciente que retorna en este período y precisa ingreso hospitalario, incluyendo derivaciones a otros centros para dicho ingreso.
Población	Pacientes readmitidos en Urgencias en las 72 horas posteriores a la primera consulta durante el período revisado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 15 %
Comentarios	Si el resultado supera el estándar establecido, se recomienda revisar los motivos del reingreso con especial atención a: • Adecuación de la valoración inicial. • Pertinencia del tratamiento o pruebas realizadas. • Evolución clínica esperable del cuadro. • Posibles fallos en la comunicación de signos de alarma o plan de seguimiento. El análisis permite implementar mejoras en procesos, formación o circuitos asistenciales.
Bibliografía	1. Ostrow O, Zelinka A, Shim A, Azmat SK, Masood S, Chartier LB. Pediatric emergency department return visits: an innovative and systematic approach to promote quality improvement and patient safety. <i>Pediatr Emerg Care.</i> 2020;36:726–731. 2. Hollaway W, Borland ML. Return visits to the paediatric emergency department. <i>Emerg Med Australas.</i> 2022;34:584–589. 3. Türe E, Yazar A. Retrospective evaluation of return visits to the paediatric emergency department. <i>Eurasian J Emerg Med.</i> 2020;19:115–120. 4. Kurt F, Hanalioğlu D, Can F, Kurtipek FE, Yakut HI, Misirlioğlu ED. Evaluation of unscheduled return visits to the pediatric emergency department and risk factors for admission after return visit. <i>Pediatr Emerg Care.</i> 2022;38:967–972. 5. Hussain B, Kannikeswaran N, Mathew R, Arora R. Evaluation of advanced practice provider-related return visits to a pediatric emergency department and their outcomes. <i>Am J Emerg Med.</i> 2022;52:174–178.

Nombre del indicador	TIEMPO DE ESTANCIA (IMPRESCINDIBLE)
Dimensión	Efectividad, riesgo
Justificación	El tiempo de estancia en urgencias es un indicador clave de la efectividad y eficiencia del proceso asistencial. Su monitorización permite identificar estancias prolongadas, que pueden asociarse a retrasos en la atención, saturación estructural o problemas organizativos. Además, proporciona información relevante para evaluar el impacto de intervenciones orientadas a mejorar el flujo de pacientes, optimizar recursos y reducir tiempos de espera. Una estancia prolongada puede afectar negativamente la experiencia del paciente y sus familiares, así como a la calidad global del servicio.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes con una estancia } > 4 \text{ horas} / N.º \text{ total de pacientes atendidos en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	El tiempo de estancia se calcula desde la llegada del paciente a urgencias hasta el alta a domicilio, hospitalización o traslado. Se excluyen los pacientes ingresados en observación y los pacientes triados y no visitados.
Población	Todos los pacientes atendidos en urgencias durante el período revisado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica. Sistemas informáticos del hospital
Estándar	< 10 %
Comentarios	Se recomienda estratificar el tiempo de estancia según el destino del paciente (alta, ingreso o traslado), el nivel de gravedad asignado en el triaje y la especialidad implicada. Esta segmentación permite identificar de forma más precisa los cuellos de botella, ajustar recursos humanos y estructurales, y planificar acciones de mejora específicas para cada categoría de pacientes. Asimismo, facilita una gestión más eficiente del flujo asistencial y contribuye a reducir estancias innecesariamente prolongadas.
Bibliografía	1. Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. J Emerg Med. 2004;26:13-26. 2. Harris N, Hostetler MA. Parental expectations of care and charges in a tertiary care pediatric ED. Am J Emerg Med. 2002;20:601-603. 3. Crussiel J, Fontaine X, Devillard A, Cordonnier A, Kanagaratnam L, Laplanche D, Sanchez S. Impact of the implementation of a fast-track on emergency department length of stay and quality of care indicators in the Champagne-Ardenne region: a before-after study. BMJ Open. 2019;9:e026200. 4. Canellas M, Michael S, Kotkowski K, Rezek M. Operations factors associated with emergency department length of stay: analysis of a national operations database. West J Emerg Med. 2023;24:178-184. 5. Rahman MA, Honan B, Glanville T, Hough P, Walker K. Using data mining to predict emergency department length of stay greater than 4 hours: derivation and single-site validation of a decision tree algorithm. Emerg Med Australas. 2020;32:416-421.

Nombre del indicador	TASA DE HOSPITALIZACIÓN GLOBAL (IMPRESCINDIBLE)
Dimensión	Efectividad, eficiencia
Justificación	La tasa de hospitalización global refleja la capacidad del Servicio de Urgencias Pediátricas para resolver adecuadamente los problemas de salud, utilizando de forma eficiente los recursos disponibles. Constituye un indicador clave para evaluar la adecuación de la atención inicial, la toma de decisiones clínicas y la gestión de los flujos asistenciales. Asimismo, permite identificar variaciones en la práctica clínica, cambios en la complejidad de los pacientes atendidos o posibles áreas de mejora en la atención urgente.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes que consultan y son hospitalizados} / N.º \text{ total de pacientes que consultan en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Hospitalización: ingreso en cualquier unidad del hospital (incluyendo observación y unidades de estancia corta) con una duración superior a 24 horas. Se incluyen los pacientes trasladados a otros centros para ingreso hospitalario. No se consideran hospitalizaciones las estancias de menos de 24 horas en unidades de observación o estancia corta.
Población	Todos los pacientes que consultan en urgencias.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica. Sistemas informáticos del hospital
Estándar	3 %
Comentarios	Las estancias inferiores a 24 horas en unidades de observación o estancia corta no deben contabilizarse como hospitalización. Este indicador puede enriquecerse mediante el uso de modelos predictivos que estimen la probabilidad de ingreso en función del nivel de gravedad, permitiendo ajustar recursos y mejorar la planificación asistencial. Asimismo, su seguimiento sistemático facilita evaluar la adecuación de las decisiones de ingreso y detectar variaciones no justificadas entre profesionales o períodos.
Bibliografía	1. Leey-Echavarría C, Zorrilla-Riveiro J, Arnau A, Jaén-Martínez L, Lladó-Ortiz D, Gené E. Predicting hospital admission of patients with emergencies considered low priority according to assigned triage level. <i>Emergencias</i>. 2020;32:395–402. 2. González Hermosa A., Luaces Cubells C. Observatorio indicadores de calidad de SEUP: análisis de los indicadores revisados en 2023. Presentado en XXVIII reunión SEUP; 2024; A Coruña. 3. Crussciel J, Fontaine X, Devillard A, Cordonnier A, Kanagaratnam L, Laplanche D, et al. Impact of the implementation of a fast-track on emergency department length of stay and quality of care indicators in the Champagne-Ardenne region: a before-after study. <i>BMJ Open</i>. 2019;9: e026200. 4. Wier LM, Hao Y, Owens PL, Washington R. Overview of children in the emergency department, 2010. HCUP Statistical Brief #157. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013.

Nombre del indicador	TASA DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES NIVEL III
Dimensión	Efectividad, eficiencia
Justificación	La capacidad de un Servicio de Urgencias Pediátricas de resolver los problemas, utilizando eficientemente todos los recursos hospitalarios, se refleja de forma muy clara en su tasa de hospitalización global. No obstante, esta tasa de hospitalización puede verse influenciada por el nivel de complejidad y el porcentaje de pacientes con patología crónica que son atendidos por el centro. La inclusión en este indicador únicamente de los pacientes atendidos con nivel III de triaje pretende, en la medida de lo posible, obtener un indicador más homogéneo que sirva de referencia para los distintos niveles de los centros adscritos a la SEUP.
Fórmula	$(\text{Pacientes nivel III hospitalizados} / \text{Total pacientes nivel III}) \times 100$
Explicación de términos	Hospitalización: ingreso en cualquier unidad del hospital mayor de 24 horas. No se consideran hospitalizaciones las estancias de menos de 24 horas en la observación de Urgencias o unidades de estancia corta. Nivel III (urgente): situaciones urgentes, riesgo vital potencial. Generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas o actuaciones terapéuticas. Pacientes con estabilidad fisiológica (o discretamente inestables) en el momento de la valoración.
Población	Pacientes nivel III atendidos en Urgencias durante el período revisado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5 %
Comentarios	Este indicador debe interpretarse teniendo en cuenta el perfil de complejidad del centro y la prevalencia de pacientes con patología crónica. Valores elevados pueden reflejar mayor gravedad clínica y no necesariamente una peor calidad asistencial.
Bibliografía	- Wier LM, Hao Y, Owens PL, Washington R. Overview of children in the emergency department, 2010. HCUP Statistical Brief #157. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Disponible en: http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb157.pdf (consultado 20/05/2025). - Bourgeois FT, Monuteaux MC, Stack AM, Neuman MI. Variation in emergency department admission rates in US children's hospitals. Pediatrics. 2014;134(3):539–545. - Alessandrini E, Varadarajan K, Alpern ER, Gorelick MH, Shaw K, Ruddy RM, Chamberlain JM; Pediatric Emergency Care Applied Research Network. Emergency department quality: an analysis of existing pediatric measures. Acad Emerg Med. 2011;18(5):519–526. - Míguez Navarro MC, Guerrero Márquez G, Ignacio Cerro MC. Manual de clasificación y triaje del paciente pediátrico en urgencias. Madrid: Ergón; 2015. ISBN: 978-84-15950-80-6. - Fernández Landaluce A. Triage de urgencias de pediatría. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP); 2024. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/1_Triage_4ed.pdf. Consulta: 24 de septiembre de 2025.

Nombre del indicador	TASA DE MORTALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
Dimensión	Efectividad, riesgo
Justificación	La tasa de mortalidad en urgencias es un indicador clave de seguridad y calidad asistencial, que permite identificar eventos adversos graves, evaluar la adecuación de la atención inicial y orientar estrategias de mejora clínica, organizativa y humana.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes atendidos que son éxitos} / N.º \text{ de pacientes atendidos en el servicio de urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Éxito en urgencias: fallecimiento ocurrido durante la atención en el Servicio de Urgencias, independientemente del tiempo de estancia, excluyendo pacientes que ingresan ya en situación de fallecimiento o parada cardiorrespiratoria irreversible.
Población	Todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias, excluidos los que ingresan cadáveres.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica: sistemas informáticos del hospital, registro de mortalidad del hospital
Estándar	< 0,001 %
Comentarios	Las referencias publicadas tienen amplia variabilidad en cuanto a tipo de hospital y patología que atiende o a zona geográfica (países en vías de desarrollo versus países desarrollados). En la bibliografía se presenta un estudio retrospectivo realizado en el marco de RiSeup. En dicho estudio la tasa de mortalidad referenciada sería de 1,5 por cada 100.000 urgencias.
Bibliografía	1. López E, Udaondo J, Olabarri M, Martínez-Indart L, Benito J, Mintegi S. Mortality in Spanish pediatric emergency departments: a 5-year multicenter survey. Eur J Emerg Med. 2017;24:392–397. 2. Zhu C, Wu X, Liang Y, Ma W, Ren L. The mortality of patients in a pediatric emergency department at a tertiary medical center in China: an observational study. World J Emerg Med. 2015;6:212–216. 3. Ames SG, Davis BS, Marin JR, et al. Emergency department pediatric readiness and mortality in critically ill children. Pediatrics. 2019;144(3):e20190568. 4. López González A, Casas I, Esteban E. The role of a mortality review committee in a paediatric and maternity hospital. ICU Manag Pract. 2022;1:43–46.

Nombre del indicador	EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD EVITABLE
Dimensión	Efectividad, riesgo
Justificación	Es necesaria la evaluación de la mortalidad en todos los pacientes que han fallecido en el Servicio de Urgencias, con la finalidad de detectar la mortalidad evitable. La comparación de la mortalidad evitable entre áreas geográficas o centros de una determinada región proporciona una herramienta útil para la evaluación de la capacidad del sistema sanitario para prevenir muertes prematuras y mejorar la seguridad del paciente.
Fórmula	$(N.º \text{ de muertes evitables} / N.º \text{ de muertes producidas en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Evaluación de la mortalidad: revisión sistemática del proceso asistencial de los pacientes fallecidos en Urgencias. Muerte evitable: se define como aquellos casos de muerte por procesos que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos. Puede deberse a errores o retrasos diagnósticos y/o a un manejo clínico inapropiado. Muerte no evitable: aquella que no puede impedirse por los actuales medios y/o estándares de tratamiento.
Población	Todas las muertes producidas en Urgencias durante el período estudiado.
Tipo	Proceso, resultado
Fuente de datos	Documentación clínica. Sistemas informáticos del hospital. Registro de mortalidad del hospital
Estándar	< 5 %
Comentarios	Las muertes evitables deberían ser analizadas como un evento centinela, siguiendo las indicaciones de la JCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).
Bibliografía	1. Lu TC, Tsai CL, Lee CC, Ko PCI, Yen ZS, Yuan A, et al. Preventable deaths in patients admitted from the emergency department. <i>Emerg Med J.</i> 2006;23:452–455. 2. Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O'Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. <i>Int J Qual Health Care.</i> 2005;17(2):95–105. 3. Newgard CD, Lin A, Malveau S, Cook JNB, Smith M, Kuppermann N, et al. Pediatric Readiness Study Group. Emergency Department Pediatric Readiness and Short-term and Long-term Mortality Among Children Receiving Emergency Care. <i>JAMA Netw Open.</i> 2023;3;6: e2250941. 4. Foster AA, Hoffmann JA. Saving Children's Lives by Improving Pediatric Readiness for Emergency Care. <i>JAMA Netw Open.</i> 2023;6: e2250951.

Nombre del indicador	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS
Dimensión	Seguridad del paciente
Justificación	Se debe vigilar que los pacientes, durante su estancia en urgencias, no presenten eventos adversos prevenibles, como las caídas. La identificación precoz del riesgo permite planificar e implementar medidas preventivas adecuadas, reduciendo la incidencia de lesiones asociadas y mejorando la seguridad del paciente.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes con valoración del riesgo de caídas} / N.º \text{ de pacientes atendidos en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Caída: todo accidente producido en cualquier área de urgencias o de su dependencia (p. ej., radiología, salas de espera, etc.). Valoración del riesgo de caídas: aplicación sistemática de una escala de riesgo de caídas validada y adoptada por el centro (p. ej., escala de Downton), registrada en la historia clínica.
Población	Pacientes atendidos en urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Informes de asistencia en urgencias. Codificación al alta
Estándar	100 %
Comentarios	La valoración sistemática del riesgo de caídas mediante, p. ej., la escala de Downton en todos los pacientes atendidos en urgencias, es esencial para garantizar la seguridad del paciente, estandarizar la práctica clínica y detectar de forma temprana situaciones de vulnerabilidad, permitiendo implementar medidas preventivas oportunas y reducir la incidencia de eventos adversos durante la estancia en el servicio.
Bibliografía	1. Olvera-Arreola SS, Hernández-Cantoral A, Arroyo-Lucas S, Nava-Galán MG, Zapien-Vázquez MA, Pérez-López MT, Cárdenas-Sánchez PA. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Invest Clin. 2013;65(1):88-93. 2. Meckler G, Leonard J, Hoyle J. Pediatric patient safety in emergency medical services. Clin Pediatr Emerg Med. 2014;15(1):18-27.

Nombre del indicador	TIEMPO DE RESPUESTA DE LAS ANALÍTICAS
Dimensión	Eficiencia, seguridad
Justificación	La demora en la obtención de los resultados de laboratorio contribuye a retrasar el diagnóstico y, en consecuencia, la toma de decisiones terapéuticas y el destino del paciente.
Fórmula	$(N.^{\circ} \text{ de peticiones urgentes en laboratorio con respuesta superior a 60 minutos} / N.^{\circ} \text{ de peticiones urgentes en laboratorio}) \times 100$
Explicación de términos	Petición: Conjunto de determinaciones pedidas en una muestra cursada. Petición urgente: hemograma, bioquímica, pruebas de coagulación, gasometría arterial o venosa, sistemático de orina, análisis citológico y bioquímico del líquido cefalorraquídeo. En general, cualquier petición al laboratorio que pueda solicitarse bajo el apelativo «urgente». Respuesta: tiempo transcurrido desde que se realiza la petición hasta que el médico puede disponer de los resultados.
Población	Peticiones urgentes realizadas al laboratorio durante el período de revisión.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Registro de urgencias. Registros de laboratorio
Estándar	< 10 %
Comentarios	El indicador mide el tiempo total transcurrido desde la solicitud de la analítica hasta la disponibilidad de los resultados para el médico. Por ello, el incumplimiento del estándar requiere un análisis detallado de cada fase del proceso (petición, transporte de la muestra, procesamiento y validación) con el fin de identificar en cuál o cuáles de estos períodos se origina la demora.
Bibliografía	1. Hawkins RC. Laboratory turnaround time. Clin Biochem Rev. 2007;28(4):179–194. 2. Chauhan KP, Trivedi AP, Patel D, Gami B, Haridas N. Monitoring and root cause analysis of clinical biochemistry turnaround time at an academic hospital. Indian J Clin Biochem. 2014;29(4):505–509. 3. Vrijzen BEL, Haitjema S, Westerink J, Hulsbergen-Veelken CAR, van Solinge WW, Ten Berg MJ. Shorter laboratory turnaround time is associated with shorter emergency department length of stay: a retrospective cohort study. BMC Emerg Med. 2022;22:207. 4. Joint Commission International. Accreditation standards for hospitals. 8th ed. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission International; 2017. Disponible en: https://store.jointcommissioninternational.org/joint-commission-international-standards-for-hospitals-8th-edition/ (consultado el 20/05/2025).

Nombre del indicador	TIEMPO DE DEMORA EN LA RADIOLOGÍA SIMPLE
Dimensión	Accesibilidad, riesgo, eficiencia
Justificación	La demora en la realización y obtención de las exploraciones radiológicas solicitadas contribuye a retrasar el diagnóstico, la instauración del tratamiento y la toma de decisiones clínicas, lo que puede repercutir en la seguridad del paciente.
Fórmula	$(N.º \text{ de peticiones de radiología simple con respuesta superior a 30 minutos} / N.º \text{ de peticiones de radiología}) \times 100$
Explicación de términos	Respuesta: tiempo transcurrido desde que se realiza la petición hasta que se realiza la radiografía.
Población	Peticiones de radiología simple realizadas durante el período revisado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica. Registros de radiología
Estándar	< 10 %
Comentarios	El indicador refleja el tiempo transcurrido desde la solicitud de la radiografía hasta su realización. Dado que no es un indicador exclusivo del área de urgencias, su incumplimiento requiere un análisis detallado de cada fase del proceso (solicitud, programación, realización e interpretación) para identificar dónde se generan las demoras y tomar medidas correctivas oportunas.
Bibliografía	1. Sánchez JF. Organización y gestión de una unidad de diagnóstico por imagen de urgencias. An Radiol Mex. 2004;1:17–22. 2. Care Quality Commission. Radiology review: a national review of radiology reporting within the NHS in England. Disponible en: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20180718-radiology-reporting-review-report-final-for-web.pdf. Consulta: 6 de septiembre de 2025. 3. Towbin AJ, Iyer SB, Brown J, Varadarajan K, Perry LA, Larson DB. Practice policy and quality initiatives: decreasing variability in turnaround time for radiographic studies from the emergency department. Radiographics. 2013;33(2):361–371.

Nombre del indicador	DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL
Dimensión	Seguridad, efectividad
Justificación	El diagnóstico y tratamiento precoces de la invaginación intestinal favorecen la resolución mediante enema terapéutico y reducen el riesgo de necrosis intestinal y complicaciones asociadas. La identificación de demoras permite implementar medidas para agilizar el diagnóstico y la intervención, mejorando la seguridad y los resultados clínicos.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes diagnosticados al alta de invaginación que, desde el ingreso hasta el tratamiento, pasan más de tres horas}}{\text{N.º de pacientes diagnosticados de invaginación intestinal al alta}} \right) \times 100$
Explicación de términos	3 horas: intervalo de tiempo transcurrido entre el ingreso (hora que consta en el documento de admisión) y el inicio del enema terapéutico.
Población	Todos los pacientes diagnosticados de invaginación intestinal durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5 %
Comentarios	Este indicador permite identificar retrasos en el diagnóstico y tratamiento de la invaginación intestinal. Si el valor supera el estándar del 5 %, se recomienda implementar medidas correctoras específicas, tales como: • Disponibilidad inmediata de un radiólogo pediátrico para la realización del enema terapéutico. • Protocolos de activación rápida del procedimiento ante sospecha clínica. • Coordinación eficiente entre urgencias, radiología y quirófano. El seguimiento periódico de este indicador contribuye a la seguridad del paciente, minimiza complicaciones y optimiza los recursos del servicio.
Bibliografía	1. Shavit I, Levy N, Dreznik Y, Soudack M, Cohen DM, Kuint RC. Practice variation in the management of pediatric intussusception: a narrative review. Eur J Pediatr. 2024;183(11):4897–4904. 2. Poonai N, Reid S, Sharif O, et al. Childhood intussusception: the implications of delayed presentation. Afr J Paediatr Surg. 2011;8(3):257–262. 3. Wu TH, Huang GS, Wu CT, Lai JY, Chen CC, Hu MH. Clinical characteristics of pediatric intussusception and predictors of bowel resection in affected patients. Front Surg. 2022;9:926089. doi:10.3389/fsurg.2022.926089. 4. Lopez-Rippe J, Davis JC, Dennis RA, Kaplan SL, Delgado J. Impact of a 6–12 h delay between ileocolic intussusception diagnostic US and fluoroscopic reduction on patients' outcomes. Pediatr Radiol. 2024;54(8):1294–1301.

Nombre del indicador	CONTROLES INICIALES ESENCIALES EN LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA
Dimensión	Seguridad, efectividad
Justificación	La cetoacidosis diabética (CAD) es una de las urgencias endocrinológicas más frecuentes en pediatría. Su morbimortalidad depende tanto del estado clínico inicial como de la eficacia del tratamiento y de la monitorización. La valoración temprana mediante glucemia, cetonemia, electrolitos séricos (Na, K, Cl, Ca, fósforo), gasometría y evaluación del nivel de conciencia (Glasgow) es fundamental para: • Determinar la gravedad del cuadro • Establecer la fluidoterapia inicial • Planificar el seguimiento metabólico y clínico • Prevenir complicaciones relacionadas con el tratamiento La correcta realización de estos controles garantiza la seguridad y la efectividad en la atención de pacientes con CAD.
Fórmula	$\frac{(\text{N.º de pacientes con CAD en los que se realiza la medición inicial de glucemia, cetonemia, electrolitos, gasometría y evaluación del nivel de conciencia (Glasgow)})}{(\text{N.º de pacientes con CAD tratados en Urgencias})} \times 100$
Explicación de términos	CAD (Cetoacidosis diabética): deben cumplirse los tres criterios bioquímicos: • Hiperglucemia > 200 mg/dL. • pH venoso < 7,30 o bicarbonato sérico < 18 mmol/L. • Cetonemia o cetonuria positiva. Controles iniciales: incluyen: • Glucemia capilar o venosa. • Cetonemia/cetonuria. • Electrolitos séricos: Na, K, Cl, Ca, fósforo. • Gasometría arterial o venosa. • Evaluación del nivel de conciencia mediante la escala de Glasgow.
Población	Pacientes con CAD que se tratan en urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 95 %
Comentarios	Este indicador permite evaluar la calidad y seguridad en la atención inicial de pacientes con CAD. Un cumplimiento inferior al 95 % sugiere la necesidad de: • Revisar los protocolos de actuación en urgencias. • Mejorar la formación del personal sobre controles iniciales esenciales. • Asegurar la disponibilidad inmediata de pruebas de laboratorio críticas. El seguimiento sistemático de este indicador contribuye a prevenir complicaciones graves, optimizar la atención y garantizar la seguridad del paciente pediátrico.
Bibliografía	1. Kuppermann N, Ghetti S, Schunk JE, et al. Clinical trial of fluid infusion rates for pediatric diabetic ketoacidosis. <i>N Engl J Med</i>. 2018;378(24):2275–2287. 2. Glaser N, Fritsch M, Priyambada L, Rewers A, Cherubini V, Estrada S, Wolfsdorf JJ, Codner E. ISPAD clinical practice consensus guidelines 2022: diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. <i>Pediatr Diabetes</i>. 2022;23(7):835–856. 3. Wolfsdorf JJ, Allgrove J, Craig ME, et al. ISPAD clinical practice consensus guidelines 2018: diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. <i>Pediatr Diabetes</i>. 2018;19(Suppl 27):155–177.

Nombre del indicador	VALORACIÓN HEMODINÁMICA EN LAS EPISTAXIS
Dimensión	Riesgo, efectividad
Justificación	La valoración hemodinámica es obligatoria en toda hemorragia, incluida la epistaxis, ya que permite detectar pérdidas de sangre significativas y evaluar la gravedad del paciente. Registrar la presión arterial y la frecuencia cardíaca garantiza una intervención temprana si existen signos de shock o descompensación hemodinámica, contribuyendo a la seguridad y efectividad de la atención pediátrica en urgencias.
Fórmula	$(N.^{\circ} \text{ de pacientes con epistaxis y valoración hemodinámica} / N.^{\circ} \text{ de pacientes con epistaxis}) \times 100$
Explicación de términos	Valoración hemodinámica: debe constar en el informe clínico o en la hoja de enfermería la medición de: • Tensión arterial (TA). • Frecuencia cardíaca (FC). Epistaxis: Hemorragia nasal de cualquier origen que motive atención en urgencias.
Población	Pacientes atendidos en urgencias con diagnóstico de epistaxis, durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 90 %
Comentarios	La correcta valoración hemodinámica es fundamental para identificar pérdidas de sangre significativas y prevenir complicaciones graves. Este indicador permite detectar deficiencias en la práctica clínica y en la documentación. Un cumplimiento inferior al 90 % indica la necesidad de: • Reforzar la capacitación del personal de urgencias en la valoración de signos vitales y signos de alarma. • Revisar y estandarizar los protocolos de atención de epistaxis para asegurar la valoración completa de todos los pacientes. • Garantizar la disponibilidad inmediata de equipos para medir presión arterial y frecuencia cardíaca. El seguimiento sistemático de este indicador contribuye a la seguridad del paciente, a la detección temprana de riesgo hemodinámico y a la mejora continua de la calidad asistencial en urgencias pediátricas.
Bibliografía	1. Delgado E, Nadel F. Epistaxis. In: Fleisher GR, Ludwig S, editors. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2023. p. 166–169. 2. Bernius M, Perlin D. Pediatric ear, nose, and throat emergencies. Pediatr Clin North Am. 2006;53(1):195–214. 3. Indian Academy of Pediatrics (IAP). Epistaxis in children: IAP guidelines. 2022. Disponible en: https://iapindia.org/pdf/ch-069-epistaxis-in-children.pdf (consultado 10/06/2025). 4. Marrugo-Pardo GE, Beltrán-Erazo P. Manejo y evaluación de la epistaxis en pediatría. Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2015;43(1):58–63. 5. Cummins M, Hunt C, Ramadan HH, et al. Risk factors associated with epistaxis in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2025;195:112427.

Nombre del indicador	DETERMINACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL (TA) EN LAS CEFALEAS
Dimensión	Efectividad, seguridad
Justificación	La cefalea es un motivo frecuente de consulta y puede ser la manifestación inicial de patologías potencialmente graves (por ejemplo, hipertensión arterial maligna, hemorragia subaracnoidea, aumento de la presión intracraneal). La medición sistemática de la tensión arterial en todos los pacientes con cefalea en urgencias permite identificar alteraciones hemodinámicas relevantes y priorizar intervenciones diagnósticas o terapéuticas oportunas, mejorando la seguridad del paciente.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes con cefalea y determinación de TA}}{\text{N.º de pacientes con diagnóstico de cefalea al alta}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Determinación de TA: Registro de al menos una medición de tensión arterial documentada en la historia clínica durante la atención en urgencias. Cefalea: Diagnóstico clínico informado al alta de urgencias según codificación clínica (CIE-10 o equivalente).
Población	Pacientes con el diagnóstico de cefalea al alta de urgencias, durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 95 %
Comentarios	La medición sistemática de la tensión arterial en pacientes con cefalea es una práctica básica de seguridad clínica. Un cumplimiento inferior al estándar puede indicar fallos en la valoración inicial o en la documentación de constantes vitales, por lo que se recomienda revisar protocolos de atención y reforzar la formación del personal en urgencias.
Bibliografía	1. Puazé DR, Malbanan C. Headache. In: Fleisher GR, Ludwig S, editors. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020. p. 394–401.

Nombre del indicador	PACIENTES QUE ABANDONAN EL SERVICIO DE URGENCIAS SIN ATENCIÓN MÉDICA (IMPRESCINDIBLE)
Dimensión	Satisfacción, riesgo
Justificación	El abandono del servicio de urgencias sin atención médica por parte de pacientes pediátricos puede deberse a múltiples factores, como tiempos de espera prolongados, percepción de mejoría, falta de recursos o desorganización en el flujo de atención. Este fenómeno conlleva riesgos clínicos (empeoramiento de la condición del paciente) y riesgos legales (responsabilidad del centro). La monitorización de este indicador permite identificar oportunidades de mejora en la gestión de urgencias, optimizar recursos y garantizar la seguridad del paciente.
Fórmula	$\frac{\text{N.º de niños que abandonan urgencias sin atención médica (por nivel)}}{\text{N.º de niños registrados (por nivel)}} \times 100$
Explicación de términos	Niño sin atención médica: episodio de urgencias en blanco o en el que consta que el niño no ha sido atendido por el médico.
Población	Pacientes con episodio administrativo en urgencias durante el período revisado. Criterio de exclusión: fugas durante el proceso de asistencia.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Sistema informático
Estándar	1. Pacientes con niveles I y II cuyo estándar es 0 % 2. Pacientes con nivel III: 1 % 3. Pacientes con niveles IV y V: 2 % por nivel
Comentarios	Este indicador es especialmente sensible a cambios organizativos, ya que el abandono sin atención suele relacionarse con tiempos de espera prolongados, saturación del servicio, problemas en el triaje o fallos en la comunicación con las familias. El abandono en niveles I-III puede indicar un riesgo clínico añadido, ya que corresponde a pacientes con mayor probabilidad de requerir atención urgente. Su monitorización permite detectar situaciones potencialmente graves. Los pacientes de niveles IV-V suelen concentrar la mayor parte de los casos de abandono, por lo que el análisis debe ajustarse al nivel de priorización para evitar interpretaciones erróneas. El análisis del indicador debe complementarse con la medición de tiempos de espera, especialmente el tiempo hasta el triaje y el tiempo hasta la primera valoración médica. La intervención educativa con las familias (informar sobre tiempos aproximados, priorización por gravedad y procesos de urgencias) puede reducir la tasa de abandonos innecesarios. Un número elevado de abandonos se asocia en la literatura con un mayor riesgo de reconsulta y complicaciones, por lo que es relevante incluirlo en los sistemas de seguridad del paciente.
Bibliografía	1. Kappy B, McKinley K, Chamberlain J, Badolato GM, Podolsky RH, Bond G, Schultz TR, Isbey S. Leaving Without Being Seen From the Pediatric Emergency Department: A New Baseline. J Emerg Med. 2023 Sep;65(3): e237–e249. 2. Tothy AS, Staley S, Dean EK, Johnson S, Johnson D. Pediatric left-without-being-seen patients: what happens to them after they leave the pediatric emergency department? Pediatr Emerg Care. 2013 Nov;29(11):1194–6. 3. Sparrow N, Pestell T, Clancy M. Children who leave the emergency department without being seen: a retrospective case note review. Emerg Med J. 2015 Sep;32(9):712–5.

Nombre del indicador	DETERMINACIÓN DE PESO Y TEMPERATURA (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Efectividad, satisfacción, seguridad
Justificación	La medición y el registro sistemáticos de los signos vitales son componentes esenciales de la valoración inicial en los servicios de urgencias. El peso y la temperatura constituyen determinaciones básicas necesarias para la toma de decisiones clínicas seguras, el cálculo correcto de dosis farmacológicas y la detección precoz de situaciones de riesgo. La ausencia de estos datos puede comprometer la calidad y seguridad de la atención.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes atendidos en urgencias que tienen registrados peso y temperatura}}{\text{N.º de pacientes atendidos en urgencias}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Peso: registrado en kilogramos. En pacientes que requieren reanimación o estabilización inmediata, se aceptará el uso de métodos estandarizados de estimación de peso, dejando constancia del método empleado. Temperatura: registrada en grados centígrados, especificando el lugar o método de medición (axilar, timpánica, oral, rectal, etc.).
Población	Todos los pacientes atendidos durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica: sistemas informáticos del hospital
Estándar	> 95 %
Comentarios	El objetivo estratégico a medio plazo es la incorporación de un indicador global que contemple el registro completo de constantes vitales. No obstante, las limitaciones operativas actuales aconsejan una implantación progresiva mediante indicadores específicos. En este contexto, el Grupo de Trabajo de Mejora de la Calidad propone el desarrollo de indicadores complementarios vinculados a patologías concretas, que exijan el registro de constantes adicionales relevantes (p. ej., frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno en dificultad respiratoria, tensión arterial en cefalea, etc.).
Bibliografía	1. Ramgopal S, Martin-Gill C, Michelson KA. Pediatric vital signs documentation in a nationally representative US emergency department sample. Hosp Pediatr. 2024;14(7):532–540. 2. Considine J, Casey P, Omonaiye O, et al. Importance of specific vital signs in nurses' recognition and response to deteriorating patients: a scoping review. J Clin Nurs. 2024;33(7):2544–2561. 3. Emergency Medical Services for Children Improvement Center (EIMC). Top 15–rated hospital-based pediatric emergency care performance measures (medida 1.1: measuring weight in kilograms). Consulta: 09/09/2025. Disponible en: https://media.emscimprovement.center/documents/web_tk_aggregate__10610__top152125.pdf . Consulta: 6 de septiembre de 2025.

Nombre del indicador	EPICRISIS EN LOS ÉXITOS EN URGENCIAS (IMPRESCINDIBLE)
Dimensión	Efectividad, adecuación
Justificación	La epicrisis o informe de asistencia final resume de forma estructurada el proceso clínico del paciente y constituye un documento médico-legal esencial. En los casos de éxitos en urgencias, la correcta elaboración de la epicrisis es imprescindible para garantizar la trazabilidad del proceso asistencial, facilitar el análisis de la mortalidad, permitir auditorías de calidad y asegurar el cumplimiento de los requisitos legales y éticos.
Fórmula	$(N.º \text{ de éxitos con epicrisis} / N.º \text{ de éxitos en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Epicrisis: informe clínico de cierre correspondiente a los pacientes fallecidos en el servicio de urgencias, que debe incluir, como mínimo: • Identificación del centro y de la unidad asistencial. • Datos de identificación del paciente. • Motivo de consulta y antecedentes relevantes. • Exploración física realizada. • Orientación diagnóstica. • Exploraciones complementarias efectuadas. • Tratamiento instaurado y maniobras realizadas. • Fecha y hora de admisión y de fallecimiento o salida del servicio. • Identificación del equipo asistencial responsable. Éxitos: pacientes que fallecen durante el proceso asistencial en urgencias o que llegan fallecidos al servicio de urgencias.
Población	Todos los éxitos ocurridos en urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica, registros de mortalidad
Estándar	100 %
Comentarios	Sería recomendable seguir la normativa Utstein elaborada por el Grupo ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation). En los casos de fallecimiento inmediato o llegada del paciente en parada cardiorrespiratoria no recuperable, la epicrisis deberá reflejar de forma clara y cronológica las circunstancias del evento, las maniobras realizadas (si procede) y los criterios clínicos de limitación o finalización de las medidas de reanimación. La cumplimentación de la epicrisis debe realizarse en un plazo máximo recomendado (por ejemplo, antes de las 24 horas posteriores al éxito), con el fin de garantizar la calidad de la información clínica y la fiabilidad del registro. Este indicador puede emplearse como herramienta de mejora continua, permitiendo identificar áreas de formación específicas y oportunidades de mejora en la documentación clínica y en los procesos asistenciales relacionados con el final de la vida. En el análisis de los resultados del indicador, se recomienda diferenciar entre pacientes fallecidos durante la asistencia y pacientes que llegan fallecidos al servicio de urgencias, dado que los objetivos asistenciales y los requisitos documentales pueden diferir.
Bibliografía	1. Langhelle A, Nolan J, Herlitz J, Castren M, Wenzel V, Soreide E, Engdahl J, Steen PA; 2003 Utstein Consensus Symposium. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on post-resuscitation care: the Utstein style. Resuscitation. 2005;66:271-283. 2. Grasner JT, et al. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: 2024 update of the Utstein out-of-hospital cardiac arrest registry template. Resuscitation. 2024;201:110288. 3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. 2010. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UUH.pdf. Consulta: 6 de septiembre de 2025. 4. Idris AH, Bierens JJLM, Perkins GD, Wenzel V, Nadkarni V, Morley P, et al. 2015 revised Utstein-style recommended guidelines for uniform reporting of data from drowning-related resuscitation: an ILCOR advisory statement. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017;10:e000024.

Nombre del indicador	TASA DE PROTOCOLOS CLÍNICOS ESENCIALES ACTUALIZADOS Y ACCESIBLES (IMPRESCINDIBLE)
Dimensión	Efectividad, eficiencia
Justificación	La buena práctica clínica se ve favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo con la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados de forma periódica. Los protocolos deben adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos y su objetivo debe ser homogeneizar la asistencia urgente prestada, además de ser una herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.
Fórmula	$(N.º \text{ de protocolos clínicos esenciales actualizados y accesibles} / N.º \text{ total de protocolos esenciales}) \times 100$
Explicación de términos	Protocolo actualizado: documento clínico revisado o validado en los últimos 5 años, con respaldo formal. Protocolo accesible: disponible para el personal en formato físico o digital, en un repositorio de consulta rápida. Protocolos esenciales: conjunto de protocolos establecidos como obligatorios en estándares de acreditación SEUP. Contenidos mínimos de todo protocolo: conjunto mínimo de métodos diagnósticos y terapéuticos y herramientas de ayuda a la toma de decisiones imprescindibles en un protocolo de urgencias.
Población	Censo de protocolos del Servicio de Urgencias.
Tipo	Estructura
Fuente de datos	Documentación oficial del servicio de urgencias pediátricas y comité de calidad
Estándar	> 95 %
Comentarios	Este indicador debe revisarse periódicamente, especialmente tras la publicación de nuevas evidencias científicas, cambios organizativos o actualizaciones de guías nacionales e internacionales. El incumplimiento del estándar debe analizarse diferenciando entre falta de actualización y problemas de accesibilidad, con el fin de priorizar acciones de mejora específicas.
Bibliografía	1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. <i>Milbank Q.</i> 1966;44(3):166–206. 2. Institute for Healthcare Improvement. Quality improvement essentials toolkit. 2021. 3. Organización Mundial de la Salud. Marco para la mejora de la calidad en los servicios de salud. 2018. 4. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). Protocolos y guías clínicas de la SEUP. 2020. 5. Grupo de Trabajo de Calidad Asistencial de la SEUP. Recomendaciones para la mejora de la calidad en los servicios de urgencias pediátricas. 2020. 6. SEUP. Estándares y recomendaciones para los servicios de urgencias pediátricas. 2018. 7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. 2010. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf. Consulta: 6 de septiembre de 2025. 8. Chumpritazi CE, Barrera P, Macías CG. Diagnostic accuracy and therapeutic reliability in pediatric emergency medicine: the role of evidence-based guidelines. <i>Clin Pediatr Emerg Med.</i> 2011;12(2):113–120.

Nombre del indicador	CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICO (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Adecuación
Justificación	La codificación de diagnósticos en urgencias mediante ICD-10 CM es un indicador esencial de calidad asistencial, ya que garantiza la estandarización internacional de la información clínica, facilitando la comparación de datos, la investigación epidemiológica y la toma de decisiones basadas en la evidencia. Una codificación precisa mejora la trazabilidad del paciente, optimiza la gestión de recursos y apoya la docencia y la investigación, al proporcionar datos estructurados y fiables.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de altas con diagnóstico codificado}}{\text{N.º de altas}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Codificación (ICD-10 CM): proceso mediante el cual los diagnósticos clínicos, signos, síntomas y procedimientos registrados en la historia médica del paciente se traducen a códigos alfanuméricos estandarizados, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión, Modificación Clínica (ICD-10 CM). Esta clasificación permite: • Uniformizar el lenguaje médico a nivel internacional. • Facilitar el análisis de datos, la investigación y la gestión sanitaria. • Garantizar la precisión y comparabilidad de la información clínica entre diferentes centros.
Población	Todos los pacientes dados de alta en el servicio de urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Registro de codificaciones, hoja de informe asistencial
Estándar	95 %
Comentarios	En pediatría debe utilizarse como referencia la codificación propuesta por el Grupo de Trabajo de Codificación de la SEUP.
Bibliografía	1. Grupo de Trabajo de Codificación de la SEUP. Codificación propuesta para el servicio de urgencias de pediatría [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP); 2024. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/codificacion_tabla.pdf . Consulta: 6 de septiembre de 2025.

Nombre del indicador	CODIFICACIÓN DE MOTIVOS DE CONSULTA
Dimensión	Adecuación
Justificación	La codificación sistemática del motivo de consulta constituye un elemento clave para la calidad de la documentación clínica en los servicios de urgencias. Permite una adecuada caracterización de la demanda asistencial, facilita la gestión y planificación del servicio, mejora el análisis de la actividad clínica y resulta esencial para la docencia, la investigación y la comparación de resultados entre centros.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes con motivo de consulta codificado} / N.º \text{ total de pacientes atendidos en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Motivo de consulta codificado: inclusión en el informe de alta de urgencias de un código normalizado que represente la causa principal que motiva la consulta del paciente, de acuerdo con la clasificación establecida por la sociedad científica de referencia.
Población	Todos los pacientes atendidos en urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	95 %
Comentarios	Se recomienda utilizar de forma homogénea la codificación propuesta por el Grupo de Trabajo de Codificación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), empleando siempre la versión más actualizada disponible en la página web de la Sociedad.
Bibliografía	1. Grupo de Trabajo de Codificación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Tabla de codificación de motivos de consulta en urgencias pediátricas [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría; 2024. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/codificacion_tabla.pdf . Consulta: 6 de mayo de 2025.

Nombre del indicador	ERRORES DE MEDICACIÓN (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Seguridad
Justificación	Los errores de medicación representan uno de los riesgos más frecuentes y graves en los servicios de urgencias, donde la presión asistencial, la urgencia en la toma de decisiones y la complejidad de los procesos pueden aumentar la probabilidad de que estos errores lleguen al paciente y provoquen daños.
Fórmula	$(N.º \text{ de errores de medicación detectados} / N.º \text{ de tratamientos medicamentosos indicados}) \times 100$
Explicación de términos	Error de medicación: cualquier desviación evitable en el proceso de uso de medicamentos que pueda causar daño al paciente o comprometer su seguridad. Incluye, entre otros: • Medicación ordenada pero no administrada: omisión de la administración de un fármaco prescrito. • Medicación administrada pero no ordenada: administración de un medicamento sin prescripción médica válida. • Medicación administrada diferente a la ordenada: error en el fármaco (p. ej., administración de un medicamento distinto al prescrito). • Dosis errónea: administración de una dosis superior o inferior a la indicada. • Medicación en mal estado/caducada: uso de fármacos deteriorados o fuera de su fecha de validez. • Técnica errónea de administración: fallos en la preparación o aplicación del medicamento (p. ej., dilución incorrecta, velocidad de infusión inadecuada). • Vía de administración inadecuada: administración por una vía distinta a la prescrita (p. ej., intramuscular en lugar de intravenosa). • Medicación errónea o inapropiada: uso de un fármaco contraindicado para las condiciones del paciente (p. ej. alergias, interacciones). • Medicación administrada al paciente equivocado: error en la identificación del paciente. Tratamiento medicamentoso indicado: cualquier prescripción de fármacos registrada en la historia clínica del paciente durante su estancia en urgencias, independientemente de si fue administrada o no.
Población	Todos los pacientes que recibieron un tratamiento medicamentoso durante el período revisado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Registro de incidencias, hoja de informe asistencial
Estándar	< 10 %
Comentarios	La seguridad del paciente es una dimensión crítica de la calidad. Se aconseja que los servicios de urgencias cuenten con un registro de incidencias de seguridad y una política que promueva su declaración. La cuantificación y monitorización de la incidencia de errores de medicación es esencial para: • Evaluar la efectividad de las medidas de prevención implementadas. • Identificar patrones recurrentes y áreas críticas donde se concentran los errores. • Diseñar estrategias de mejora basadas en la evidencia, como protocolos de doble verificación, uso de sistemas de dispensación automatizados o formación específica para el personal. • Fomentar una cultura de seguridad que promueva la notificación y el análisis de incidentes sin culpa, con el objetivo de aprender de los errores y prevenir su repetición. Este indicador permite a los servicios de urgencias medir su desempeño en seguridad del paciente y compararlo con estándares nacionales e internacionales, impulsando la calidad asistencial y la confianza de los pacientes y sus familias.
Bibliografía	1. Marcin JP, et al. Medication errors among acutely ill and injured children treated in rural emergency departments. Ann Emerg Med. 2007;50:361–367. 2. Pérez M, García A, López R, et al. Errores de medicación en niños que acuden a los servicios de urgencias pediátricas. Farm Hosp. 2023;47(4):189–197. 3. Rinke ML, Bundy DG, Velasquez CA, Rao S, Zerhouni Y, Lobner K, Blanck JF, Miller MR. Interventions to reduce pediatric medication errors: a systematic review. Pediatrics. 2014;134(2):338–360. 4. Sala P, Ugarte S. Errores de medicación en pediatría. Barcelona: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2020. 5. Gates PJ, Baysari MT, Gazarian M, et al. Prevalence of medication errors among pediatric patients: a systematic review and meta-analysis. Drug Saf. 2019;42(12):1329–1342. 6. Castel Sánchez V, García-Alix A, et al. Recomendaciones para el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo en pediatría. An Pediatr. 2025;98(1):5–12.

Nombre del indicador	CALIDAD DEL INFORME DE ALTA (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Seguridad, efectividad
Justificación	El informe de alta es el documento clave para la transferencia de información entre los profesionales sanitarios, el paciente y su familia, garantizando la continuidad y seguridad de la atención tras la estancia en urgencias. Debe recoger de manera legible, estructurada y exhaustiva todos los detalles relevantes del proceso asistencial, incluyendo los tratamientos administrados, las recomendaciones para el manejo posterior y cualquier observación crítica para el seguimiento del paciente. La claridad y precisión en su redacción son esenciales para evitar errores en la interpretación de las indicaciones médicas y asegurar una transición segura entre niveles asistenciales.
Fórmula	$(N.^{\circ} \text{ de pacientes dados de alta desde urgencias con informe que cumple criterios de calidad} / N.^{\circ} \text{ total de pacientes dados de alta desde urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Informe de alta de calidad: documento que cumple con todos los apartados esenciales para garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. Debe incluir, como mínimo: • Datos administrativos del paciente: nombre, apellidos, número de historia clínica, fecha de nacimiento y datos de contacto. • Fecha y hora de entrada y alta: para registrar la duración de la estancia y coordinar el seguimiento. • Motivo de consulta y nivel de triaje: descripción clara del motivo de la visita y la prioridad asignada. • Antecedentes personales y familiares: información relevante para el manejo clínico (alergias, enfermedades crónicas, medicación habitual). • Historia actual: descripción detallada de los síntomas, evolución y circunstancias del episodio actual. • Exploración física: incluyendo constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, temperatura). • Exploraciones complementarias: resultados de pruebas realizadas (radiografías, analíticas, electrocardiograma, etc.). • Tratamientos recibidos en urgencias: medicamentos administrados, dosis, vías y horarios. • Evolución durante la estancia: cambios en el estado del paciente y respuesta a los tratamientos. • Diagnóstico principal y secundarios: claros y codificados según estándares (p. ej., CIE-10-MC). • Tratamiento tras el alta: indicaciones terapéuticas (medicación, dosis, duración, pautas de seguimiento). • Recomendaciones: signos de alarma, cuidados en el domicilio y fecha de revisión, si procede. • Nombre y firma del médico responsable: para garantizar la trazabilidad y responsabilidad profesional.
Población	Todos los pacientes atendidos en urgencias durante el período revisado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica; sistemas informáticos del hospital
Estándar	> 90 %
Comentarios	Un informe de alta completo, claro y accesible: • Reduce el riesgo de errores en el manejo posterior del paciente, como omisiones en el tratamiento, repetición de pruebas o falta de seguimiento de recomendaciones. • Facilita la comunicación entre equipos asistenciales, familias y pacientes, mejorando la adherencia a las indicaciones médicas. • Cumple con la normativa legal sobre documentación clínica, asegurando que la información sea legible, trazable y archivable según lo establecido en el Real Decreto 572/2023 y el Conjunto Mínimo de Datos del Sistema Nacional de Salud. • Optimiza la gestión de recursos al evitar duplicidades en pruebas o consultas por falta de información. Este indicador permite evaluar la calidad de la transferencia de información en urgencias, identificando oportunidades de mejora en la documentación clínica y promoviendo una cultura de seguridad y excelencia asistencial.
Bibliografía	1. Márquez-Romero S, García-Muñoz R, Fernández-Llamazares CM. Errores en la transferencia de información al alta en urgencias pediátricas. Rev Esp Pediatr. 2021;77(2):89–96. 2. González de Dios J, Maderuelo-Fernández JA, Fernández-Llamazares CM. Guía para la elaboración de informes de alta en pediatría. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2018;2:113–128. 3. Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-15551. Consulta: 6 de mayo de 2025. 4. Fernández-Llamazares CM, González de Dios J, Carrillo A. Importancia del informe de alta en la continuidad asistencial del niño. An Pediatr Contin. 2020;18(4):201–8.

Nombre del indicador	TIEMPO DE DEMORA DE INGRESO (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Eficiencia, seguridad
Justificación	Una vez finalizada la atención clínica en el servicio de urgencias, el tiempo transcurrido hasta el ingreso hospitalario condiciona de forma directa la eficiencia del servicio, la disponibilidad de camas, el flujo de pacientes y el riesgo de saturación o colapso del área de urgencias. Las demoras prolongadas pueden afectar a la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la satisfacción de usuarios y profesionales.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes con demora de ingreso} > 1 \text{ h} / N.º \text{ de pacientes que ingresan}) \times 100$
Explicación de términos	Demora de ingreso: intervalo de tiempo comprendido entre la hora de solicitud formal de ingreso hospitalario y la hora de salida efectiva del paciente del Servicio de Urgencias hacia la unidad de hospitalización correspondiente.
Población	Pacientes que ingresan en el hospital (sala de hospitalización) desde el servicio de urgencias, durante el período estudiado. Criterios de exclusión: pacientes ingresados en unidades dependientes del servicio de urgencias.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Servicio de admisión
Estándar	< 20 %
Comentarios	Aunque este indicador no depende exclusivamente del servicio de urgencias, resulta fundamental para evaluar el funcionamiento global del hospital y la coordinación entre Urgencias, hospitalización y gestión de camas. Se recomienda analizar el indicador de forma estratificada (por franja horaria, día de la semana, servicio de destino o nivel de complejidad del paciente) para identificar cuellos de botella organizativos. La monitorización periódica de este indicador puede servir como herramienta de mejora continua y apoyar la implantación de medidas estructurales (gestión activa de camas, circuitos preferentes, unidades de corta estancia). Puede complementarse con otros indicadores como el tiempo total de estancia en Urgencias.
Bibliografía	1. Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf. Consulta: 6 de mayo de 2025. 2. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Emergency department crowding: high-impact solutions. <i>Pediatrics</i>. 2023;151(2):e2022059445. 3. Rogers AJ, Wiler JL, Rucks AC, et al. Association of boarding times in the pediatric emergency department with patient outcomes. <i>Acad Pediatr</i>. 2022;22(6):1050–1057. 4. Leyenaar JK, Shieh MS, Lagu T, Pekow PS, Lindenauer PK. Variation in pediatric hospital admission practices and the role of emergency department boarding. <i>Pediatrics</i>. 2014;133(6):e1568–e1576.

Nombre del indicador	CONSENTIMIENTO INFORMADO (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Adecuación, seguridad
Justificación	La información sobre el proceso asistencial, a través del documento de consentimiento informado (DCI), además de ser un requisito legal, constituye un elemento de participación de los pacientes o los padres en las decisiones relacionadas con su proceso y fomenta la autonomía. Se entiende por consentimiento informado la aceptación libre por parte de un paciente (padres o tutores) de un acto diagnóstico o terapéutico después de haber sido adecuadamente informado al respecto. Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son la libertad de decisión, la competencia para decidir e información suficiente. Queda constancia de que se ha producido el consentimiento informado mediante la firma de un DCI, que conlleva el deber previo de informar correctamente.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes sometidos a procedimientos de riesgo que tienen el DCI adecuadamente cumplimentado}}{\text{N.º de pacientes sometidos a procedimientos de riesgo}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Adecuadamente cumplimentado: cuando el documento está firmado y con todos los datos debidamente anotados. Procedimientos de riesgo: • Procedimientos con anestesia general o regional. • Transfusiones. • Sedoanalgesia. • Punción lumbar (recomendado). DCI adecuadamente cumplimentado, en el que deben figurar los siguientes apartados, enunciados de forma breve y en lenguaje comprensible: 1. Datos personales del paciente. 2. Nombre y apellidos del médico que informa. 3. Nombre del procedimiento que se vaya a realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento. 4. Descripción de las consecuencias seguras de la intervención, que deban considerarse relevantes o de importancia. 5. Descripción de los riesgos típicos del procedimiento. 6. Descripción de los riesgos personalizados. 7. A criterio del facultativo puede incluirse la información que haga referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias. 8. Declaración del paciente/padres de haber recibido información acerca de los extremos indicados en los apartados anteriores, así como de alternativas diferentes al procedimiento, con pros y contras, de forma que el paciente/padres participen, si así lo desean, en la elección de la más adecuada, y que dicha elección tenga en cuenta sus preferencias. 9. Manifestación del paciente/padres (tutores) acreditativa de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido información sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de su consentimiento para someterse al procedimiento. 10. Fecha y firmas del médico que informa y del paciente. 11. Apartado para la revocación del consentimiento, que deberá figurar en el propio documento.
Población	Todos los pacientes sometidos a procedimientos de riesgo durante el período revisado. Quedan excluidos los dos supuestos legales contemplados en la Ley 41/2002: cuando existe riesgo para la salud pública o existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	100 %
Comentarios	En muchas comunidades autónomas existen protocolos y modelos normalizados de consentimiento informado que deben ser utilizados de forma preferente. Se recomienda la utilización de formularios específicos por procedimiento, integrados en la historia clínica electrónica, para mejorar la calidad y homogeneidad del registro. Siempre que sea posible, debe promoverse la participación del menor en el proceso informativo, adaptando el lenguaje a su nivel de madurez y favoreciendo su asentimiento. La auditoría periódica de este indicador permite identificar necesidades formativas y mejorar la calidad del proceso informativo en urgencias pediátricas.
Bibliografía	1. España. Ley orgánica 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. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002, num. 274. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/com. Consulta: 6 de mayo de 2025. 2. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. Informed consent in decision-making in pediatric practice. Pediatrics. 2016;138(2): e20161484. 3. Coyne J, Harder M. Children's participation in decision-making: balancing protection with shared decision-making using a situational perspective. J Child Health Care. 2011;15(4):312-319.

Nombre del indicador	ADECUACIÓN DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO
Dimensión	Seguridad, adecuación
Justificación	Los traslados intrahospitalarios de pacientes desde el servicio de urgencias a otras áreas del hospital (UCI, salas de hospitalización, quirófano, etc.) implican un riesgo elevado de eventos adversos y deterioro clínico debido a problemas técnicos, deficiencias en la monitorización, fallos en equipos de soporte vital o errores en la comunicación entre equipos. Este indicador permite cuantificar y controlar la frecuencia de incidencias durante estos traslados para implementar medidas de mejora continua en seguridad del paciente y optimizar los protocolos de transporte.
Fórmula	$(N.º \text{ de traslados con incidencias} / N.º \text{ de traslados realizados desde urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Traslado intrahospitalario: movimiento planificado de un paciente desde el servicio de urgencias a otra unidad asistencial dentro del hospital (p. ej., UCI, quirófano, radiología) que requiere supervisión clínica y/o equipamiento médico. Incidencia durante el traslado: evento inesperado que resulta, o tiene el potencial de resultar, en daño al paciente. Incluye, pero no se limita a: • Fallos en el suministro de oxígeno o fallo de ventilación. • Paro o error en bombas de infusión. • Desconexión o desplazamiento de sondajes, catéteres o dispositivos de monitorización. • Cambios hemodinámicos no anticipados. • Problemas de comunicación entre profesionales.
Población	Todos los traslados intrahospitalarios realizados desde urgencias durante el período revisado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Registros clínicos y declaración de incidentes
Estándar	< 5 %
Comentarios	La adecuada interpretación de este indicador requiere considerar la complejidad clínica del paciente, el nivel de monitorización requerido y la urgencia del traslado. Un aumento en la tasa de incidencias no siempre refleja una mala práctica, sino que puede estar asociado a traslados de pacientes críticos o inestables. Es fundamental que cada centro disponga de un protocolo institucional estandarizado de traslado intrahospitalario, actualizado y conocido por todo el personal implicado, que incluya criterios de preparación del paciente, equipamiento necesario, roles y responsabilidades del equipo de traslado y comunicación efectiva entre unidades. Se recomienda el uso sistemático de una lista de verificación (checklist) previa y posterior al traslado, así como la notificación obligatoria de incidencias y cuasiincidentes, fomentando una cultura de seguridad no punitiva. El análisis periódico de los resultados del indicador debe servir para identificar áreas de mejora, planificar acciones correctoras y evaluar su impacto a lo largo del tiempo.
Bibliografía	1. Villos DF, Moreno GE, Prudencio C, Vassallo JC, Bravo N, Althabe DM, Rodríguez S. Seguridad en el traslado intrahospitalario de pacientes críticos en pediatría. <i>Medicina Infantil</i>. 2014;21(3):237–243. 2. Parmentier-Decrucq E, Poissy J, Favory R, Nseir S, Onimus T, Guerry MJ, Durocher A, Mathieu D. Adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients: incidence and risk factors. <i>Ann Intensive Care</i>. 2013;3:10. 3. Haydar B, Baetzer A, Elliott A, MacEachern M, Kamal A, Christensen R. Adverse events during intrahospital transport of critically ill children: a systematic review. <i>Anesth Analg</i>. 2020;131(4):1135–1145. 4. Murata M, Nakagawa N, Kawasaki T, Yasuo S, Yoshida T, Ando K, et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. <i>Am J Emerg Med</i>. 2022;52:13–19. 5. Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Pediátricos de la AEP. Recomendaciones para el traslado intrahospitalario del paciente pediátrico crítico. <i>Anales de Pediatría (Barcelona)</i>. 2014;81(1): e1–e7.

Nombre del indicador	USO DE LA REHIDRATACIÓN INTRAVENOSA EN PACIENTES DESHIDRATADOS EN CONTEXTO DE GASTROENTERITIS AGUDA
Dimensión	Adecuación, eficiencia
Justificación	La rehidratación oral (RHO) es la terapia de elección para los pacientes con deshidratación aguda leve y moderada asociada a gastroenteritis aguda (GEA). La rehidratación intravenosa (RIV) es una técnica menos fisiológica, más invasiva y costosa, que se debe reservar para aquellos casos en los que la RHO fracasa (vómitos persistentes) o no está indicada (alteración del nivel de conciencia).
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes con gastroenteritis aguda y deshidratación leve o moderada tratados con rehidratación intravenosa}}{\text{N.º total de pacientes con gastroenteritis aguda y deshidratación leve o moderada}} \right) \times 100$
Explicación de términos	GEA: entidad clínica generalmente de causa infecciosa que cursa con diarrea y acompañada frecuentemente de vómitos, fiebre y dolor abdominal. Diarrea: disminución en la consistencia de las heces (blandas o líquidas) o un aumento en la frecuencia de las deposiciones (tres o más en 24 horas), acompañadas o no de fiebre, vómitos y dolor abdominal. Deshidratación leve o moderada: situación clínica definida mediante criterios clínicos, habitualmente basada en la escala de Gorelick, caracterizada por la presencia de 2 a 4 signos clínicos de deshidratación (como mucosas secas, disminución de la diuresis, ojos hundidos, ausencia de lágrimas o pliegue cutáneo discretamente enlentecido), sin compromiso hemodinámico ni alteración del nivel de conciencia. Estos pacientes son candidatos a rehidratación oral como tratamiento de primera línea. Deshidratación grave: definida por la presencia de 5 o más signos clínicos de deshidratación según la escala de Gorelick y/o signos de compromiso hemodinámico (hipotensión, taquicardia marcada, relleno capilar prolongado) o alteración del nivel de conciencia. Estos pacientes requieren rehidratación intravenosa inmediata y quedan excluidos del indicador. RHO: técnica que consiste en la reposición de líquidos (soluciones de rehidratación) por vía oral. RIV: técnica de reposición de líquidos por vía intravenosa.
Población	Pacientes con diagnóstico de gastroenteritis aguda y deshidratación leve o moderada. Exclusión: • Paciente con deshidratación grave o afectación hemodinámica. • Alteración del nivel de conciencia. • Fracaso de RHO (vómitos incoercibles, pérdidas excesivas). • Imposibilidad de reponer el déficit estimado. • Íleo intestinal o cuadro potencialmente quirúrgico. • Sospecha de sepsis. • Pérdidas fecales aumentadas en pacientes con disminución de la absorción intestinal.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5 %
Comentarios	La correcta implementación de la rehidratación oral requiere la formación del personal sanitario en la valoración clínica de la deshidratación, la disponibilidad de soluciones de rehidratación oral en el área de urgencias y la implicación de las familias en la administración del tratamiento. Así también se fomenta la educación sanitaria al instruir a los cuidadores en la administración de la rehidratación oral.
Bibliografía	1. Mora-Capín A, López-López R; Grupo de Trabajo de Hidratación y Trastornos Electrolíticos de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Documento de recomendaciones sobre la rehidratación intravenosa rápida en gastroenteritis aguda. An Pediatr (Engl Ed). 2022;96(6):523–535. 2. García-Herrero MA, López-López R, Guibert-Zafra B. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). 4.ª ed. 2024. Cap. 17: Deshidratación en contexto de gastroenteritis aguda. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/17_Deshidratacion_4ed.pdf 3. Guarino A, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;59(1):132–152. 4. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Gastroenteritis aguda. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/hojas_padres/gastroenteritis.pdf 5. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Diarrea aguda. Disponible en: https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/80_Diarrea_aguda.pdf. Consulta: 6 de mayo de 2025.

Nombre del indicador	USO DE ANTIBIÓTICOS EN GASTROENTERITIS AGUDA
Dimensión	Efectividad, adecuación
Justificación	La gastroenteritis aguda (GEA) en la infancia es predominantemente de origen viral, por lo que el uso de antibióticos no está indicado en la mayoría de los casos. Incluso cuando la etiología es bacteriana, muchos procesos son autolimitados y no se ha demostrado que el tratamiento antibiótico acorte la duración de la enfermedad. El uso empírico de antibióticos en GEA no solo es innecesario en la mayoría de los casos, sino que puede tener efectos adversos relevantes: aumento de las resistencias bacterianas, prolongación del estado de portador (p. ej., <i>Salmonella</i>), mayor riesgo de complicaciones graves como el síndrome hemolítico urémico.
Fórmula	$(N.^{\circ} \text{ de pacientes con gastroenteritis sin indicación antibiótica que reciben antibiótico} / N.^{\circ} \text{ total de pacientes con gastroenteritis sin indicación antibiótica}) \times 100$
Explicación de términos	GEA: entidad clínica generalmente de causa infecciosa que cursa con diarrea y frecuentemente acompañada de vómitos, fiebre y dolor abdominal. Diarrea: disminución en la consistencia de las heces (blandas o líquidas) o aumento en su frecuencia (3 o más deposiciones en 24 horas), acompañadas o no de fiebre, vómitos y dolor abdominal. Tratamiento antibiótico: prescripción o administración de antibiótico registrada en el informe de alta. GEA sin indicación antibiótica: todos aquellos pacientes no excluidos, definidos en el apartado población.
Población	Pacientes con diagnóstico de gastroenteritis aguda durante el período revisado, sin indicación clínica de tratamiento antibiótico. Se excluyen aquellos pacientes con: - Indicación de tratamiento antibiótico empírico inicial, ante sospecha de etiología bacteriana y riesgo de infección grave, incluyendo: lactantes menores de 3 meses con afectación general, pacientes inmunodeprimidos, enfermedad sistémica grave, malnutrición grave, drepanocitosis. - Etiologías específicas que justifican tratamiento antibiótico: - Tratamiento siempre indicado (independientemente del estado del paciente): <i>Shigella spp</i>, <i>Salmonella typhi</i>, <i>Giardia lamblia</i>, <i>Clostridium difficile</i>, <i>Vibrio cholerae</i>, <i>Entamoeba histolytica</i>. - Tratamiento condicionado a situaciones específicas (diarrea persistente, inmunodeprimidos o factores de riesgo): <i>Campylobacter</i>, <i>Aeromonas</i>, <i>Salmonella enteritidis</i>, <i>Yersinia enterocolitica</i>, <i>Cryptosporidium parvum</i>.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5 %
Comentarios	El uso de antibióticos en niños sanos con GEA no está recomendado salvo en situaciones clínicas específicas o con identificación de un patógeno que lo justifique. Este indicador permite monitorizar y reducir la prescripción inadecuada, contribuyendo a un uso racional de antibióticos.
Bibliografía	- Guarino A, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. <i>J Pediatr Gastroenterol Nutr.</i> 2014;59(1):132–152. - Menasalvas Ruiz AI, Medina Claros AF, Álvarez Vallejo B. Diarrea infecciosa. Infecciones por <i>Clostridioides difficile</i>. <i>Protoc Diagn Ter Pediatr.</i> 2023;2:181–195. - Florez ID, Niño-Serna LF, Beltrán-Arroyave CP. Acute infectious diarrhea and gastroenteritis in children. <i>Curr Infect Dis Rep.</i> 2020;22(2):4.

Nombre del indicador	DEMORA EN LA INTERVENCIÓN POR TORSIÓN TESTICULAR
Dimensión	Riesgo, efectividad
Justificación	La viabilidad del testículo en los casos de torsión testicular disminuye de forma significativa a partir de las primeras seis horas desde el inicio de la sintomatología. La demora en la intervención quirúrgica tras la sospecha diagnóstica incrementa el riesgo de necrosis testicular y de orquiectomía, por lo que resulta fundamental minimizar los tiempos de respuesta asistencial.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes con torsión testicular atendidos antes de las 6 h desde el inicio de los síntomas y con demora quirúrgica} > 1 \text{ h}}{\text{N.º total de pacientes con torsión testicular atendidos antes de las 6 h desde el inicio de los síntomas}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Sospecha diagnóstica: momento en el que se documenta clínicamente la sospecha de torsión testicular en urgencias. Demora quirúrgica: intervalo de tiempo superior a una hora entre la sospecha diagnóstica y el inicio de la intervención quirúrgica.
Población	Pacientes que acuden a urgencias por torsión testicular durante el período revisado. Criterio de exclusión: pacientes que llegan a urgencias después de las seis horas desde el inicio de los síntomas.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 10 %
Comentarios	El umbral de seis horas desde el inicio de los síntomas puede verse claramente influido por la demora del propio paciente en acudir a urgencias, por lo que este indicador se centra en los tiempos asistenciales tras la sospecha diagnóstica.
Bibliografía	1. Mellick LB, Sinex JE, Gibson RW, Mears K. A systematic review of testicle survival time after a torsion event. <i>Pediatr Emerg Care.</i> 2019;35(12):821–825. 2. Zvizdic Z, Milisic E, Vranic S, et al. Impact of on-hours versus off-hours admission on outcome in testicular torsion. <i>Am J Emerg Med.</i> 2025;88:1–6. 3. Cassaro F, et al. Utility of clinical signs in the diagnosis of testicular torsion: relationship of symptom duration and testicular preservation. <i>Children (Basel).</i> 2025;12(9):1220.

PACIENTE CRÍTICO

INDICADOR N° 61

Nombre del indicador	REVISIÓN DEL MATERIAL Y APARATOS DE LA SALA DE REANIMACIÓN Y CARRO DE PARADAS (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Riesgo, seguridad del paciente
Justificación	La Sala de Reanimación y los Carros de Paradas de las Unidades de Urgencias Pediátricas deben garantizar la disponibilidad inmediata, completa y funcional de todo el material, medicación y equipamiento necesario para la atención de emergencias vitales. La ausencia, caducidad o mal funcionamiento de estos recursos puede retrasar intervenciones críticas y aumentar el riesgo de eventos adversos graves. La revisión sistemática y documentada es una medida esencial de prevención del riesgo clínico y de garantía de seguridad del paciente pediátrico.
Fórmula	$(N.º \text{ de revisiones realizadas} / N.º \text{ de revisiones previstas}) \times 100$
Explicación de términos	Revisión realizada. Verificación documentada que incluye: - Comprobación del correcto funcionamiento del equipamiento (monitorización, desfibrilador, aspiración, ventilación, etc.). - Control de disponibilidad, integridad y caducidad del material fungible. - Revisión y reposición de la medicación de emergencia específica pediátrica. - Confirmación del precinto de seguridad del carro de paradas. - La revisión debe quedar registrada con fecha, hora, identificación del profesional responsable y código del precinto, cuando proceda. Revisiones previstas. Número de revisiones establecidas por el centro según su protocolo interno. De forma general, se recomienda: - Revisión al inicio de cada turno. - Revisión tras cada uso de la sala o del carro. - Revisión adicional tras incidencias o rotura del precinto.
Población	Total de revisiones de la sala de reanimación y carros de paradas previstas en el servicio de urgencias pediátricas durante el período evaluado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Libro de registro específico
Estándar	> 90 %
Comentarios	Es imprescindible que cada centro disponga de un protocolo normalizado de revisión del material y aparataje de la sala de reanimación y del carro de paradas, con listas de verificación estandarizadas, adaptadas a la edad pediátrica y a la complejidad del servicio. La utilización de precintos de seguridad numerados facilita el control, evita manipulaciones indebidas y permite identificar rápidamente la necesidad de una nueva revisión tras su uso. Los resultados del indicador deben revisarse periódicamente en el marco de los programas de seguridad del paciente y utilizarse para detectar fallos del sistema y planificar acciones de mejora.
Bibliografía	1. Joint Commission International. Joint Commission International accreditation standards for hospitals. 8th ed. Disponible en: https://store.jointcommissioninternational.org/joint-commission-international-standards-for-hospitals-8th-edition/ . Consulta: 6 de mayo de 2025.

Nombre del indicador	VALORACIÓN SIN INFRATRIAJE DE LOS PACIENTES TRAUMÁTICOS GRAVES
Dimensión	Seguridad del paciente
Justificación	La identificación precoz de la gravedad en el paciente pediátrico politraumatizado es un elemento crítico para garantizar una atención segura y eficaz. El infratriaje puede retrasar la activación de recursos especializados, la estabilización inicial y el acceso a cuidados intensivos o cirugía urgente, incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad. Este indicador permite evaluar la capacidad del sistema de triaje para detectar adecuadamente la gravedad real del trauma y es una herramienta clave para la mejora continua de la atención al trauma pediátrico en urgencias.
Fórmula	$(N.^{\circ} \text{ de pacientes pediátricos con trauma grave infratriados} / N.^{\circ} \text{ de pacientes pediátricos con trauma grave triados}) \times 100$
Explicación de términos	Infratriaje (subtriaje): clasificación del paciente en un nivel de prioridad inferior al que corresponde a su gravedad real, lo que implica un riesgo de retraso en la atención, estabilización y derivación a recursos especializados. Trauma grave pediátrico: traumatismo que requiere intervenciones inmediatas de estabilización de la vía aérea, respiratoria o hemodinámica, o que precisa ingreso en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), atención en unidad de reanimación o cirugía urgente. Paciente triado: paciente evaluado mediante un sistema estructurado de triaje validado en urgencias pediátricas (p. ej., MTS, SET, ESI adaptado a pediatría).
Población	Todos los traumas graves que han sido triados en urgencias. Criterio de exclusión: los que pasan a ser atendidos directamente (sin triaje).
Tipo	Proceso
Fuente de datos	• Sistema de triaje de urgencias. • Informes médico-asistenciales. • Registros de ingreso en UCIP, Unidad de Reanimación o cirugía urgente. • Registros de derivación interhospitalaria.
Estándar	> 90 %
Comentarios	El personal responsable del triaje debe contar con formación específica y periódica en trauma pediátrico, incluyendo la identificación de signos precoces de inestabilidad y la valoración del riesgo asociado a mecanismos lesionales de alta energía. La revisión sistemática de los casos de infratriaje debe integrarse en los programas de seguridad del paciente, promoviendo una cultura de aprendizaje y mejora continua. Es recomendable complementar este indicador con otros relacionados, como el sobretriaje y los tiempos de activación de equipos de trauma.
Bibliografía	1. Gurien LA, Nichols L, Williamson P, Letton RW. Rethinking pediatric trauma triage. Semin Pediatr Surg. 2022;31(5):151214. 2. Lerner EB, Willenbring BD, Pirrallo RG, et al. A consensus-based criterion standard definition for pediatric patients who needed the highest-level trauma team activation. J Trauma Acute Care Surg. 2015;78(3):463–468. 3. Sasser SM, Hunt RC, Faul M, et al. Guidelines for field triage of injured patients: recommendations of the National Expert Panel. MMWR Recomm Rep. 2012;61(RR-1):1–20. 4. American College of Surgeons Committee on Trauma. Resources for optimal care of the injured patient: 2022 standards. 7th ed. Chicago (IL): American College of Surgeons; 2022 Mar. Disponible en: https://www.facs.org/quality-programs/trauma/quality/verification-review-and-consultation-program/standards/. Consulta: 6 de abril de 2025. 5. Lyttle MD, Cheek JA, Blackburn C, et al. Pediatric major trauma: an analysis of triage accuracy and outcomes. Emerg Med J. 2018;35(9):532–537.

Nombre del indicador	INICIO PRECOZ DE LA ESTABILIZACIÓN EN LOS PACIENTES TRAUMÁTICOS GRAVES
Dimensión	Seguridad del paciente
Justificación	El pronóstico del paciente pediátrico con trauma grave depende en gran medida de la precocidad y adecuación de las medidas iniciales de estabilización. La demora en la atención de la vía aérea, la respiración o la circulación se asocia a un aumento significativo de la morbilidad y mortalidad. La estabilización inicial debe iniciarse de forma inmediata en el servicio de urgencias, sin esperar a la llegada de recursos externos (UCIP, Unidad de Reanimación, equipos especializados) ni a la derivación a otros servicios u hospitales. Este indicador evalúa el grado de cumplimiento de esta práctica esencial de seguridad clínica.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes traumáticos graves en los que se inician las medidas de soporte vital en Urgencias, sin demora}}{\text{N.º de pacientes traumáticos graves que precisan maniobras de estabilización de vía aérea, respiratoria o hemodinámica}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Inicio precoz de la estabilización: puesta en marcha inmediata, en el área de reanimación o box vital de urgencias, de todas las maniobras de soporte vital que el paciente precise según su situación clínica, sin demoras evitables. Demora en las medidas de soporte vital: situación en la que una o más maniobras necesarias de estabilización inicial no se realizan en urgencias y se posponen hasta la llegada de recursos externos o la derivación a otro servicio o centro. Medidas de estabilización inicial. Incluyen, según necesidad clínica: • Apertura y protección de la vía aérea (manual o instrumental). • Oxigenoterapia y/o ventilación con bolsa autoinflable. • Canalización de accesos venosos periféricos o intraóseos. • Administración de fluidoterapia o fármacos de reanimación ajustados a objetivos. Si se omite o demora una sola de las maniobras necesarias, el caso no se considerará cumplimiento del indicador y no se incluirá en el numerador. Trauma grave pediátrico: lesión traumática aguda que requiere estabilización inmediata de la vía aérea, respiración o circulación y que precisa ingreso en UCIP, Unidad de Reanimación o cirugía urgente.
Población	Pacientes pediátricos atendidos en urgencias por un proceso traumático agudo que requieren estabilización inicial de la vía aérea, respiratoria o hemodinámica y cuidados posteriores en UCIP o Unidad de Reanimación.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Informes médico-asistenciales. Registros de derivación a otros servicios u hospitales
Estándar	> 95 %
Comentarios	Este indicador requiere que los profesionales de urgencias pediátricas dispongan de formación continuada en trauma grave, competencias en soporte vital avanzado pediátrico y acceso inmediato al material necesario. El análisis de los casos en los que no se cumple el indicador debe realizarse desde un enfoque de aprendizaje y mejora del sistema, identificando barreras organizativas, formativas o estructurales. Se recomienda su uso conjunto con indicadores de triaje, tiempos de atención y resultados clínicos.
Bibliografía	1. Freire GC, Beno S, Yanchar N, et al. Clinical practice guideline recommendations for pediatric multisystem trauma care: a systematic review. <i>Ann Surg.</i> 2023;278(6):858–864. 2. Hannon MM, Middelberg LK, Lee LK. The initial approach to the multisystem pediatric trauma patient. <i>Pediatr Emerg Care.</i> 2022;38(6):290–298. 3. Sola JE, Cheung MC, Yang R, et al. Pediatric trauma resuscitation and outcomes: importance of early intervention. <i>J Pediatr Surg.</i> 2019;54(7):1342–1347.

Nombre del indicador	REALIZACIÓN DE TAC EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y RIESGO BAJO DE LESIÓN INTRACRANEAL
Dimensión	Adecuación, seguridad del paciente
Justificación	El traumatismo craneoencefálico (TCE) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias pediátricas. El objetivo principal del pediatra de urgencias es identificar de forma segura a aquellos pacientes con riesgo de lesión intracraneal clínicamente importante (LICI), evitando pruebas innecesarias en niños con bajo riesgo. La tomografía axial computarizada (TAC) es la prueba de elección para detectar lesiones intracraneales, pero su uso indiscriminado expone al paciente pediátrico a radiación ionizante, con un riesgo acumulativo de efectos adversos a largo plazo. Este indicador evalúa el grado de adecuación en la solicitud de TAC craneal en pacientes con TCE de bajo riesgo, promoviendo una práctica clínica segura y basada en la evidencia.
Fórmula	$(N.º \text{ TAC craneales realizadas en pacientes con TCE y riesgo bajo de LICI} / N.º \text{ de pacientes atendidos con TCE y riesgo bajo de LICI}) \times 100$
Explicación de términos	TCE con riesgo bajo de LICI: TCE y Glasgow = 15, ausencia de focalidad neurológica, ausencia de signos de fractura, sin mecanismo de riesgo, ni criterios clínicos de alto o intermedio riesgo según reglas de decisión clínica validadas (p. ej., PECARN). LICI: lesión intracraneal que requiere intervención neuroquirúrgica, cuidados de soporte o monitorización intensiva u hospitalización prolongada, fractura deprimida y/o fractura de la base del cráneo. Mecanismo de riesgo: caída > 1,5 m (1 m en < 2 años), impacto directo con objeto contundente, accidente de vehículo de motor con desplazamiento de pasajeros, muerte de algún pasajero o vuelta de campana del vehículo, traumatismo no presenciado, peatón o ciclista sin casco atropellado por vehículo de motor, zambullidas, colisión con bicicleta, accidente de moto, herida penetrante.
Población	Todos los pacientes atendidos por un TCE y riesgo bajo de LICI en el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5 %
Comentarios	Se recomienda el uso sistemático de reglas de decisión clínica validadas, como PECARN, para la estratificación del riesgo en el TCE pediátrico. El análisis periódico de este indicador debe integrarse en los programas de mejora continua y en las estrategias de optimización del uso de pruebas diagnósticas y reducción de la radiación en pediatría.
Bibliografía	1. Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, Hoyle JD Jr, Atabaki SM, Holubkov R, et al. Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. <i>Lancet</i>. 2009;374:1160–1170. 2. Nigrovic LE, Stack AM, Mannix RC, et al. Quality improvement effort to reduce cranial CTs for children with minor blunt head trauma. <i>Pediatrics</i>. 2015; 136(1): e227–233. 3. Lumba-Brown A, Yeates KO, Sarmiento K, et al. Centers for Disease Control and Prevention guideline on the diagnosis and management of mild traumatic brain injury among children. <i>JAMA Pediatr</i>. 2018;172(11): e182853. 4. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography—an increasing source of radiation exposure. <i>N Engl J Med</i>. 2007;357:2277–2284.

Nombre del indicador	PACIENTES QUE RECONSULTAN EN MENOS DE 72 HORAS CON INGRESO EN UCIP
Dimensión	Seguridad del paciente
Justificación	La reconsulta precoz a un Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) con posterior ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) puede indicar una valoración inicial incompleta, un tratamiento insuficiente, una evolución clínica imprevisible o la aparición de complicaciones tempranas. Este indicador permite identificar oportunidades de mejora en la toma de decisiones clínicas, en los criterios de alta y en el seguimiento tras la atención urgente, así como monitorizar eventos adversos potenciales asociados a la atención inicial.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes que ingresan en UCIP tras reconsulta en un SUP en las 72 horas previas por el mismo motivo}}{\text{N.º total de pacientes pediátricos ingresados en UCIP en el período considerado}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Reconsulta: nueva visita al Servicio de Urgencias por el mismo motivo clínico o uno estrechamente relacionado, dentro de un intervalo de hasta 72 horas desde la consulta previa. Reconsulta con ingreso en UCIP: paciente que, tras una reconsulta en Urgencias, requiere ingreso en UCIP, ya sea en el propio centro o mediante derivación a otro hospital.
Población	Pacientes ingresados desde SUP en UCIP en el período estudiado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 15 %
Comentarios	El indicador no discrimina entre fallos asistenciales y evoluciones clínicas inevitables, por lo que debe complementarse con análisis cualitativos de casos. Resulta especialmente útil como herramienta de mejora continua y revisión de eventos adversos. Puede analizarse de forma estratificada (edad, patología, turno asistencial, diagnóstico inicial) para mayor valor clínico.
Bibliografía	1. Gangotli I, Gorostizaga Z, Aranzamendi M, Gomez B, Benito J, Mintegi S. Repeated emergency department visits among children with invasive bacterial infections. <i>Pediatr Infect Dis J</i>. 2021;40:e205–e207. 2. Cavallaro SC, Michelson KA, D'Ambrosi G, Monuteaux MC, Li J. Critical revisits among children after emergency department discharge. <i>Ann Emerg Med</i>. 2023;82(4):379–388. 3. Rees CA, Neuman MI, Monuteaux MC, Michelson KA, Duggan CP. Mortality during readmission among children in United States children's hospitals. <i>J Pediatr</i>. 2022;246:161–169.

PATOLOGÍA RESPIRATORIA

INDICADOR Nº 66

Nombre del indicador	VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA BRONQUIOLITIS
Dimensión	Adecuación, seguridad del paciente
Justificación	La bronquiolitis es la causa más frecuente de consulta e ingreso hospitalario en lactantes. Una valoración estructurada y documentada de la gravedad es esencial para la toma de decisiones clínicas (alta, observación o ingreso), la homogeneización de la práctica asistencial y la reducción de variabilidad innecesaria.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes con bronquiolitis y constatación documentada de la gravedad} / N.º \text{ de pacientes con bronquiolitis}) \times 100$
Explicación de términos	Bronquiolitis: enfermedad respiratoria de etiología viral, caracterizada por inflamación y obstrucción de la pequeña vía aérea. Se define como el primer episodio de dificultad respiratoria distal con crepitantes y/o sibilancias en un lactante menor de 2 años, precedido de síntomas catarrales. Documentación de la gravedad: constancia en el informe de urgencias del nivel de gravedad en el diagnóstico, por registro de una escala clínica estructurada utilizada de forma sistemática (p. ej., Wood-Downes modificada, Tal, Sant Joan de Déu u otras escalas clínicas aceptadas).
Población	Pacientes atendidos en urgencias con el diagnóstico de bronquiolitis durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 90 %
Comentarios	La estimación de la gravedad debe realizarse con una escala numérica, empleando alguna de las existentes, aunque en la actualidad ninguna de ellas haya sido completamente validada.
Bibliografía	- McConnochie KM. Bronchiolitis: what's in the name? Am J Dis Child. 1993;137:11-13. - Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Bronquiolitis Aguda. Guía de práctica clínica sobre bronquiolitis aguda. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. - National Institute for Health and Care Excellence. Bronchiolitis in children: diagnosis and management. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng9. Consulta: 6 de abril de 2025. - Benito Fernández J, Paniagua Calzón N. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en urgencias. En: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), editor. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. 4ª ed. Madrid: SEUP; 2024. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/5_Bronquiolitis_4ed.pdf. Consulta: 6 de abril de 2025.

Nombre del indicador	TRATAMIENTO BRONCODILATADOR EN BRONQUIOLITIS AGUDA
Dimensión	Adecuación, eficiencia
Justificación	La evidencia científica actual demuestra que los broncodilatadores no mejoran la evolución clínica de la bronquiolitis aguda y no se recomiendan de forma rutinaria. A pesar de ello, su uso persiste con alta variabilidad entre centros. La monitorización de este indicador permite identificar la sobreutilización terapéutica y mejorar la adherencia a guías clínicas basadas en la evidencia.
Fórmula	$(\text{Pacientes con bronquiolitis aguda tratados con broncodilatadores} / \text{Pacientes atendidos por bronquiolitis aguda}) \times 100$
Explicación de términos	La bronquiolitis aguda (BA) es una enfermedad respiratoria de etiología viral, caracterizada por inflamación y obstrucción de la pequeña vía aérea. Se define como el primer episodio de dificultad respiratoria distal con crepitantes y/o sibilancias en un lactante menor de 2 años precedido de síntomas catarrales.
Población	Pacientes con diagnóstico de BA durante el período revisado. Criterios de exclusión: • Episodios previos de sibilancias. • Edad > 2 años. • Existencia de displasia broncopulmonar u otras enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 10 %
Comentarios	Se recomienda analizar los casos con uso de broncodilatadores para verificar la correcta aplicación de los criterios de exclusión y fomentar la formación clínica continuada.
Bibliografía	1. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadomski AM, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. <i>Pediatrics</i>. 2014;134(5):e1474–e1502. 2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Bronchiolitis in children: diagnosis and management. NICE guideline NG9. London: NICE; 2015. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng9 (consultado en junio de 2025). 3. Gadomski AM, Scribani MB. Bronchodilators for bronchiolitis. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2014;(6):CD001266. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com (consultado en junio de 2025). 4. Benito Fernández J, Paniagua Calzón N. Diagnóstico y tratamiento de la bronquiolitis aguda en urgencias. En: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), editor. <i>Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría</i>. 4ª ed. Madrid: SEUP; 2024. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/5_Bronquiolitis_4ed.pdf. Consulta: 6 de abril de 2025.

Nombre del indicador	VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA CRISIS ASMÁTICA (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Adecuación, seguridad del paciente
Justificación	La evaluación objetiva y sistemática de la gravedad de la crisis asmática es esencial para instaurar un tratamiento adecuado, homogéneo y proporcional a las necesidades del paciente, así como para monitorizar la respuesta terapéutica y decidir el destino asistencial. La falta de valoración estructurada se asocia a mayor variabilidad clínica y riesgo de infratratamiento o sobretratamiento.
Fórmula	$(N.º \text{ de crisis asmáticas con valoración documentada de la gravedad} / N.º \text{ total de crisis asmáticas atendidas}) \times 100$
Explicación de términos	Crisis asmática: episodio agudo de síntomas respiratorios atribuibles a obstrucción bronquial, con independencia del posible desencadenante y de la existencia o no de episodios previos, en pacientes de dos o más años de edad. Valoración del nivel de gravedad: registro en el informe de urgencias del nivel de gravedad utilizando una escala validada.
Población	Pacientes de dos o más años atendidos en un Servicio de Urgencias por crisis asmática durante el período estudiado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 90 %
Comentarios	El Grupo de Trabajo de Patología Respiratoria de la SEUP recomienda unificar el uso del <i>Pulmonary Score</i> asociado a la SatO ₂ para mejorar la reproducibilidad y la toma de decisiones clínicas.
Bibliografía	1. Smith SR, Baty JD, Hodge D 3rd. Validation of the pulmonary score: an asthma severity score for children. Acad Emerg Med. 2002;9(2):99-104. 2. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Disponible en: https://ginasthma.org (consultado en junio de 2025). 3. Grupo Español para el Manejo del Asma (GEMA). Guía española para el manejo del asma (GEMA 5.4). Disponible en: https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/427-gema-5-4-guia-espanola-para-el-manejo-del-asma. Consulta: 6 de abril de 2025.

Nombre del indicador	REGISTROS CLÍNICOS EN LA NEUMONÍA COMUNITARIA
Dimensión	Seguridad del paciente, adecuación
Justificación	El registro sistemático de constantes respiratorias y signos de dificultad respiratoria es fundamental para identificar pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con riesgo de mala evolución, guiar decisiones diagnósticas y terapéuticas, y asegurar la continuidad asistencial.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes con neumonía y registros clínicos completos} / N.º \text{ de pacientes con neumonía}) \times 100$
Explicación de términos	NAC: infección aguda del tracto respiratorio inferior con una duración inferior a 14 días, adquirida en la comunidad, que produce tos y/o dificultad respiratoria y con evidencia radiológica o ecográfica de infiltrado pulmonar agudo. Registros completos: constancia en el informe de urgencias de la determinación de frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno (pulsioximetría) y grado de dificultad respiratoria. Para la evaluación del grado de dificultad respiratoria se puede utilizar cualquiera de las escalas descritas en la literatura.
Población	Pacientes con neumonía atendidos en urgencias en el período estudiado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica de urgencias; codificación de alta de urgencias
Estándar	> 95 %
Comentarios	Este indicador permite evaluar la calidad del registro clínico básico, indispensable para la correcta estratificación del riesgo y seguimiento del paciente.
Bibliografía	1. Martín A, Moreno-Pérez D, Alfayate Miguélez S, et al. Etiología y diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad y sus formas complicadas. An Pediatr (Barc). 2012;76:162.e1-162.e18. 2. Andrés-Martín A, Escribano Montaner A, Figuerola Mulet J, et al. Consensus document on community-acquired pneumonia in children. Arch Bronconeumol (Engl Ed). 2020 Nov;56(11):725-741.

Nombre del indicador	READMISIONES CON INGRESO EN CRISIS ASMÁTICAS
Dimensión	Seguridad del paciente
Justificación	La readmisión precoz con ingreso tras una crisis asmática puede reflejar tratamiento insuficiente, mala respuesta terapéutica, falta de educación al alta o comorbilidades no identificadas. Este indicador permite detectar oportunidades de mejora en el manejo integral del asma aguda.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes atendidos en urgencias por crisis asmática que reconsultan en } \leq 72 \text{ horas y requieren ingreso}}{\text{N.º de pacientes atendidos en urgencias por crisis asmática en el período considerado}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Crisis asmática: episodio agudo de síntomas respiratorios atribuibles a obstrucción bronquial, con independencia del posible desencadenante y de la existencia o no de episodios previos en pacientes de dos o más años de edad. Reconsulta con ingreso: nueva atención en un Servicio de Urgencias por crisis asmática dentro de un intervalo ≤ 72 horas desde la atención previa, que requiere ingreso hospitalario.
Población	Pacientes de dos o más años atendidos en un Servicio de Urgencias por crisis asmática durante el período estudiado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	$< 2\%$
Comentarios	Se recomienda revisión individualizada de los casos fuera de estándar para identificar factores clínicos, sociales o educativos implicados.
Bibliografía	1. Morse RB, Hall M, Fieldston ES, et al. Children's hospitals with shorter lengths of stay do not have higher readmission rates. J Pediatr. 2013;163:1034-1038.e1. 2. Ardura-García C, Stolbrink M, Zaidi S, et al. Predictors of repeated acute hospital attendance for asthma in children: a systematic review and meta-analysis. Pediatr Pulmonol. 2018;53:1179-1192.

Nombre del indicador	DETERMINACIÓN DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO Y FRECUENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON DIFICULTAD RESPIRATORIA (IMPRESCINDIBLE)
Dimensión	Adecuación, seguridad
Justificación	La determinación de la saturación de oxígeno (SatO ₂) y de la frecuencia respiratoria son parámetros fundamentales en la evaluación del paciente con dificultad respiratoria. La SatO ₂ permite valorar la gravedad del cuadro, la necesidad de oxigenoterapia y la respuesta al tratamiento instaurado. Su determinación es objetiva y puede realizarse en pacientes de cualquier edad. La frecuencia respiratoria se relaciona estrechamente con el grado de dificultad respiratoria.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes con dificultad respiratoria en los que se determina la SatO}_2 \text{ y la frecuencia respiratoria}}{\text{N.º de pacientes con dificultad respiratoria}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Dificultad respiratoria: TEP inestable con el lado respiratorio alterado.
Población	Todos los pacientes que consultan con dificultad respiratoria durante el período estudiado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 95 %
Comentarios	La lectura de la SatO ₂ debe hacerse meticulosamente y es preferible utilizar los pulsioxímetros que muestran también la onda del pulso para cerciorarse de que la captación es adecuada. La pulsioximetría es precisa cuando la SatO ₂ es > 91 %, sin embargo, la precisión y exactitud son bajas cuando la SatO ₂ es < 90 %.
Bibliografía	1. Leppänen T, Kainulainen S, Korkalainen H, et al. Pulse oximetry: the working principle, signal formation, and applications. <i>Adv Exp Med Biol.</i> 2022;1384:205–218. 2. Ross PA, Newth CJ, Khemani RG. Accuracy of pulse oximetry in children. <i>Pediatrics.</i> 2014;133:22–29. 3. Schonhede AC, Dewan ML, Brady PW, Timmons KM, Cable R, Britto MT, Bonafide CP. Cardiorespiratory and pulse oximetry monitoring in hospitalized children: a Delphi process. <i>Pediatrics.</i> 2020;146(2):e20193336.

Nombre del indicador	HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON LARINGITIS
Dimensión	Adecuación, eficiencia
Justificación	La laringitis aguda es una patología frecuente en Urgencias Pediátricas que, en la mayoría de los casos, presenta una evolución favorable con tratamiento ambulatorio. El análisis de las tasas de hospitalización permite evaluar la adecuación de los ingresos, la adherencia a los protocolos terapéuticos y detectar variabilidad injustificada en la práctica clínica.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes ingresados o que permanecen en observación más de 24 h con laringitis aguda} / N.º \text{ de pacientes con laringitis aguda}) \times 100$
Explicación de términos	Laringitis aguda: proceso respiratorio agudo de origen habitualmente viral, caracterizado por estridor inspiratorio, tos perruna y disfonía, con o sin dificultad respiratoria. Hospitalización: ingreso hospitalario o permanencia en observación superior a 24 horas tras la atención en Urgencias. Gravedad: valorable y documentable mediante escalas clínicas reconocidas (p. ej., Westley, Taussig).
Población	Pacientes atendidos en urgencias con diagnóstico de laringitis aguda durante el período revisado.
Tipo	Resultado
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 2 %
Comentarios	La decisión de hospitalizar a un niño con una laringitis debe individualizarse teniendo en cuenta no solo la situación clínica del paciente, sino también la respuesta al tratamiento o incluso la accesibilidad de la familia a un centro sanitario.
Bibliografía	1. Tyler A, McLeod L, Beaty B, et al. Variation in inpatient croup management and outcomes. <i>Pediatrics</i>. 2017;139(4):e20163582. 2. Bjornson C, Russell K, Vandermeer B, et al. Nebulized epinephrine for croup in children. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2013;(10):CD006619. 3. Pound CM, Knight BD, Webster R, et al. Predictors of hospitalization for children with croup: a population-based cohort study. <i>Hosp Pediatr</i>. 2020;10(12):1068–1077. 4. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Laringitis aguda. En: <i>Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría</i>. 4.ª ed. Madrid: SEUP; 2024. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/6_Laringitis_4ed.pdf. Consulta: 8 septiembre de abril de 2025.

Nombre del indicador	TRATAMIENTO DE LA CRISIS ASMÁTICA CON DISPOSITIVO MDI Y CÁMARA ESPACIADORA
Dimensión	Adecuación, eficiencia
Justificación	La administración de broncodilatadores mediante inhalador presurizado de dosis medida (MDI) con cámara espaciadora ha demostrado ser, al menos, tan eficaz como la nebulización en crisis asmáticas, con ventajas adicionales en seguridad, rapidez, menor dispersión ambiental y optimización de recursos. Se excluye a los pacientes en fallo respiratorio.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes con crisis asmática sin fallo respiratorio tratados con MDI y cámara espaciadora} / N.º \text{ de pacientes con crisis asmática sin fallo respiratorio atendidos en Urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Inhalador de dosis controlada (MDI): inhalador de dosis medida en cartucho presurizado con gas propelente. Crisis asmática: episodio agudo de síntomas respiratorios atribuibles a obstrucción bronquial, con independencia de la edad, del posible desencadenante y de la existencia o no de episodios previos. Se excluye a los niños menores de 2 años con un primer episodio de sibilancias diagnosticados de bronquiolitis. Fallo respiratorio: situación clínica caracterizada por $\text{SatO}_2 < 89\%$ en aire ambiente o necesidad de $\text{FiO}_2 \geq 40\%$ para mantener $\text{SatO}_2 \geq 94\%$, y/o presencia de incapacidad para hablar, inestabilidad hemodinámica, alteración del nivel de conciencia, riesgo de parada respiratoria o polipnea grave.
Población	Pacientes asmáticos atendidos en el Servicio de Urgencias por crisis asmática, sin fallo respiratorio.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 90 %
Comentarios	La correcta implementación del uso de los inhaladores MDI, requiere la disponibilidad de cámaras espaciadoras adecuadas a la edad del paciente y la formación del personal sanitario en la técnica de administración, así como la verificación de la técnica inhalatoria durante la atención. De esta manera se instruye a la familia en el correcto uso de los inhaladores.
Bibliografía	1. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Bethesda (MD): National Heart, Lung, and Blood Institute; 2007. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7232/ (consulta: septiembre de 2025). 2. Iramain R, Castro-Rodríguez JA, Jara A, et al. Salbutamol and ipratropium by inhaler is superior to nebulizer in children with severe acute asthma exacerbation: a randomized clinical trial. <i>Pediatr Pulmonol.</i> 2019;54(4):372-377. 3. Plaza Moral V, Alobid I, Álvarez Rodríguez C, et al. GEMA 5.4. Guía española para el manejo del asma. <i>Open Respir Arch.</i> 2023;5:100277. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666773923002776. Consulta: 6 de abril de 2025.

Nombre del indicador	ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES ORALES EN CRISIS ASMÁTICAS MODERADAS Y GRAVES DURANTE LA PRIMERA HORA
Dimensión	Adecuación, eficiencia
Justificación	La administración precoz de corticoides orales en crisis asmáticas moderadas y graves reduce la necesidad de ingreso, la duración de los síntomas y el riesgo de recaídas, siendo un estándar de calidad en la atención urgente del asma pediátrica.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes con crisis asmática moderada o grave a los que se administra corticoide oral en la primera hora a partir del triaje}}{\text{N.º de pacientes con crisis asmática moderada o grave triados en el Servicio de Urgencias}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Crisis asmática moderada o grave: episodio agudo de síntomas respiratorios atribuibles a broncoespasmo, con independencia del posible desencadenante y de la existencia o no de episodios previos, clasificado como moderado o grave según la escala clínica utilizada, en pacientes de dos o más años de edad.
Población	Pacientes asmáticos con crisis moderadas o graves triados en el Servicio de Urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 90 %
Comentarios	El porcentaje ha sido acordado por consenso de expertos.
Bibliografía	1. Grupo Español para el Manejo del Asma (GEMA). GEMA 5.4. Guía española para el manejo del asma. Madrid: GEMA; 2024. Disponible en: https://www.semg.es/images/2024/documentos/GEMA_54.pdf . Consultado: 12 junio de 2025.

Nombre del indicador	VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA LARINGITIS
Dimensión	Adecuación, seguridad del paciente
Justificación	La laringitis es una inflamación aguda de la laringe, comúnmente causada por infecciones virales, que puede provocar obstrucción de la vía aérea en la población pediátrica. Una evaluación precisa de su gravedad es esencial para una adecuada toma de decisiones clínicas y para prevenir complicaciones potencialmente graves. Existen diversas escalas para la valoración de la gravedad (p. ej., Westley o Taussig).
Fórmula	$(\text{Pacientes con laringitis con evaluación documentada de la gravedad} / \text{Pacientes con laringitis atendidos en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Laringitis: inflamación aguda de la laringe, comúnmente causada por infecciones virales, que se presenta con síntomas como estridor inspiratorio, tos perruna y disfonía, con o sin dificultad respiratoria. Evaluación documentada de gravedad: registro en la historia clínica del nivel de gravedad utilizando una escala clínica reconocida (p. ej., escala de Westley o la de Taussig).
Población	Pacientes atendidos en urgencias con el diagnóstico de laringitis, durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 90 %
Comentarios	La estimación de la gravedad debe realizarse con una escala numérica, empleando alguna de las existentes, aunque en la actualidad ninguna de ellas haya sido completamente validada.
Bibliografía	1. Ortiz-Alvarez O. Acute management of croup in the emergency department. <i>Pediatr Child Health</i>. 2017;22(3):166–173. 2. Yang WC, et al. Westley score and clinical factors in predicting the outcome of croup in the pediatric emergency department. <i>Pediatr Pulmonol</i>. 2017;52(10):1235–1240. 3. Petrocheilou A, Tanou K, Kalampouka E, Malakasioti G, Giannios C, Kaditis AG. Viral croup: diagnosis and a treatment algorithm. <i>Pediatr Pulmonol</i>. 2014;49:421–429.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA

INDICADOR N° 76

Nombre del indicador	USO DE RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE
Dimensión	Adecuación, efectividad
Justificación	Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) leves constituyen un motivo de consulta muy frecuente en urgencias pediátricas. La radiografía simple (Rx) de cráneo presenta un bajo rendimiento diagnóstico para la detección de lesiones intracraneales y no se recomienda su uso sistemático en este contexto. Las guías clínicas actuales aconsejan evitar la radiografía de cráneo en el TCE leve, salvo en situaciones muy concretas como la sospecha de maltrato infantil (en el contexto de una valoración radiológica esquelética) o la sospecha de cuerpos extraños radiopacos. La adecuada aplicación de reglas de decisión clínica y de técnicas de imagen más precisas permite optimizar el diagnóstico y reducir exploraciones innecesarias, minimizando riesgos y variabilidad clínica. Este indicador se centra específicamente en el traumatismo craneoencefálico leve, ya que es en este contexto donde se concentra la mayor variabilidad clínica y el uso inadecuado de la radiografía de cráneo, no estando indicada de forma rutinaria según la evidencia disponible.
Fórmula	$(N.º \text{ de radiografías de cráneo realizadas en pacientes con TCE leve} / N.º \text{ de pacientes atendidos por TCE leve}) \times 100$
Explicación de términos	Traumatismo craneoencefálico leve (TCE leve): traumatismo craneal con puntuación en la escala de Glasgow de 14–15, sin focalidad neurológica, sin signos de fractura craneal abierta o deprimida y sin alteración significativa del nivel de conciencia. Indicaciones excepcionales de radiografía de cráneo: sospecha de maltrato infantil (como parte del estudio radiológico esquelético) o sospecha de cuerpos extraños radiopacos.
Población	Pacientes atendidos en urgencias por TCE leve durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5 %
Comentarios	Este indicador es especialmente útil para monitorizar la adhesión a guías clínicas y promover el uso de reglas de decisión clínica validadas en el TCE pediátrico. Su análisis debe integrarse en los programas de mejora continua y en las estrategias de optimización del uso de pruebas diagnósticas y reducción de la radiación en población pediátrica. Puede complementarse con indicadores sobre uso de TAC craneal y adecuación de la observación clínica.
Bibliografía	1. Nigrovic LE, Stack AM, Mannix RC, et al. Quality improvement effort to reduce cranial CTs for children with minor blunt head trauma. <i>Pediatrics</i>. 2015;136(1):e227–e233. 2. Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, et al. Identification of children at very low risk of clinically important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. <i>Lancet</i>. 2009;374:1160–1170. 3. Powell EC, Atabaki SM, Wootton-Gorges S, et al. Isolated linear skull fractures in children with blunt head trauma. <i>Pediatrics</i>. 2015;135:e851–e857. 4. Marin JR, Lyons TW, Claudius I, et al. Optimizing advanced imaging of the pediatric patient in the emergency department: policy statement. <i>Pediatrics</i>. 2024;154(1):e2024066855.

Nombre del indicador	REGISTRO DE LA ESCALA DE GLASGOW EN EL INFORME DE ALTA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (IMPREScindible)
Dimensión	Adecuación, seguridad del paciente
Justificación	La Escala de Coma de Glasgow (ECG) es una herramienta esencial para la valoración neurológica inicial y evolutiva del paciente con traumatismo craneoencefálico. Su registro sistemático en el informe de alta permite una adecuada estratificación de la gravedad, facilita la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, mejora la continuidad asistencial y constituye un estándar de calidad y seguridad en la atención urgente al TCE pediátrico.
Fórmula	(Informes de alta de pacientes con TCE con la puntuación ECG registrada/ Informes de alta de pacientes atendidos por TCE en urgencias) x 100
Explicación de términos	Escala de Coma de Glasgow (ECG): escala clínica que valora el nivel de conciencia mediante tres componentes: apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora. Registro adecuado de la ECG: constancia en el informe de alta del valor total de la escala y, siempre que la puntuación sea < 15, registro desglosado de sus tres componentes (Ocular-Verbal-Motor).
Población	Todos los pacientes atendidos por TCE en urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 95 %
Comentarios	El registro detallado de la ECG es especialmente relevante en pacientes con TCE leve no complicado, ya que permite detectar deterioro neurológico, justificar decisiones clínicas (alta, observación o ingreso) y facilitar la reevaluación en reconsultas.
Bibliografía	1. González Balenciaga M. Traumatismo craneal. En: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, editor. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. 4ª ed. Madrid: SEUP; 2024. 2. Borgialli DA, Mahajan P, Hoyle JD, et al; Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN). Performance of the pediatric Glasgow Coma Scale score in the evaluation of children with blunt head trauma. Acad Emerg Med. 2016;23(8):878-884.

Nombre del indicador	COBERTURA ANTIBIÓTICA EN LAS FRACTURAS ABIERTAS
Dimensión	Seguridad del paciente, adecuación
Justificación	Las fracturas abiertas conllevan un alto riesgo de infección ósea y de partes blandas. La administración precoz de antibioterapia intravenosa forma parte del manejo inicial estándar y es una intervención crítica de seguridad del paciente. El registro y monitorización de la cobertura antibiótica permiten evaluar la adecuación de la atención urgente, reducir complicaciones infecciosas y apoyar los programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA).
Fórmula	$(N.^{\circ} \text{ de pacientes con fractura abierta que reciben cobertura antibiótica adecuada} / N.^{\circ} \text{ de pacientes con fractura abierta}) \times 100$
Explicación de términos	Fractura abierta: lesión ósea en la que existe comunicación entre el foco de fractura y el exterior a través de una solución de continuidad de la piel y tejidos blandos, independientemente de su tamaño o aspecto. Cobertura antibiótica adecuada: administración de al menos una dosis de antibioterapia sistémica adecuada al tipo de fractura abierta, iniciada de forma precoz (idealmente en la primera hora) tras la llegada del paciente a Urgencias, según protocolos locales o guías clínicas vigentes.
Población	Todos los pacientes que consultan con fractura abierta durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 95 %
Comentarios	La evidencia sugiere que el beneficio de la antibioterapia es mayor cuanto más precoces su administración, idealmente en la primera hora desde la llegada a Urgencias.
Bibliografía	1. Garner MR, Sethuraman SA, Schade MA, et al. Antibiotic prophylaxis in open fractures: evidence, evolving issues and recommendations. J Am Acad Orthop Surg. 2020;28(8):309–315. 2. Makarewich CA, McNeely LW, Gohel S, et al. Open fractures in pediatric orthopaedics: can pathways improve care? A 1-year pre- and postimplementation analysis. J Pediatr Orthop. 2022;42(9):e937–e942. 3. Godfrey J, Choi PD, Shabtai L, et al. Timing of antibiotics and surgical debridement in pediatric open fractures. J Pediatr Orthop. 2021;41(10):e903–e909. 4. British Orthopaedic Association, British Association of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons. Standards for the management of open fractures in children. London: BOA; 2020. Disponible en: https://blrs.org.uk/wp-content/uploads/2021/02/BOA-and-BAPRAS-Standards-for-Open-fractures-2020.pdf. Consultado el 21 de septiembre de 2025.

SALUD MENTAL

INDICADOR N° 79

Nombre del indicador	SEGUIMIENTO DE LA INDICACIÓN DE CONTENCIÓN FÍSICA
Dimensión	Seguridad, adecuación
Justificación	La indicación de contenciones físicas en Urgencias Pediátricas, si bien debe evitarse en la medida de lo posible mediante la contención verbal o, en su defecto, mediante contención farmacológica, es en ocasiones necesaria. La reevaluación clínica del paciente debe ser prácticamente constante y la reconsideración de la indicación de la contención debe ser muy frecuente.
Fórmula	$\left(\frac{\text{Episodios de contención física con reevaluación documentada según la recomendación por edad}}{\text{Total de episodios de contención física}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Reevaluación de la contención: valoración de la indicación, mantenimiento, modificación o retirada de la contención por parte de un facultativo (registrada en la historia clínica). Recomendación de la reevaluación por edad: • < 9 años cada hora. • 9–17 años cada 2 horas. • 18 años cada 4 horas. Contención física: utilización de medidas físicas o mecánicas para restringir el movimiento de todo el cuerpo del paciente o de una parte, como medida de protección para sí mismo u otras personas.
Población	Todos los pacientes que reciben una contención física en Urgencias.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 95 %
Comentarios	Es imprescindible el trabajo de la institución encaminado a minimizar al máximo posible la indicación de las contenciones físicas en Urgencias Pediátricas. Es preciso establecer mecanismos de control para hacerlas lo más seguras y breves posibles, puesto que no están exentas de riesgos y de morbilidad.
Bibliografía	1. Haywood M, Patel L. Physical restraint use in the pediatric emergency department. <i>Pediatr Emerg Care.</i> 2023;39(10):807–810. 2. American Academy of Pediatrics. Policy statement: the use of restraint in the pediatric population. <i>Pediatrics.</i> 2019;143(2):e20183648. 3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings [Internet]. London: NICE; 2015 Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng10. Consultado 28 de enero de 2025.

Nombre del indicador	VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA EN LA IDEACIÓN O INTENTO DE SUICIDIO (IMPRESCINDIBLE)
Dimensión	Seguridad del paciente, adecuación
Justificación	El suicidio constituye una de las principales causas de mortalidad prematura en la población infanto-juvenil. Se estima que por cada suicidio consumado se producen al menos 20 intentos. La atención urgente a los menores que consultan por ideación o tentativa suicida debe incluir una valoración psiquiátrica específica y dentro de un tiempo clínicamente aceptable, con el fin de estimar el riesgo real de suicidio y tomar decisiones de manejo seguras y eficaces.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N.º de pacientes con ideación suicida o intento de suicidio que reciben valoración psiquiátrica en el mismo acto asistencial}}{\text{N.º de pacientes con ideación suicida o intento de suicidio atendidos en urgencias}} \right) \times 100$
Explicación de términos	Valoración psiquiátrica: exploración clínica realizada por un especialista en psiquiatría infantil y juvenil o por un equipo de salud mental hospitalario (psiquiatra, psicólogo clínico), realizada en el mismo hospital o en el centro de referencia, y durante el mismo episodio asistencial de urgencias. Mismo acto asistencial: se considera dentro del mismo acto aquel que tiene lugar antes del alta del servicio de urgencias o en menos de 6 horas desde la llegada, salvo derivación inmediata a hospitalización. Intento de suicidio / ideación suicida: cualquier acto o expresión que implique intención autolesiva con finalidad suicida, verbalizada o realizada, según conste en la historia clínica.
Población	Pacientes pediátricos atendidos por ideación suicida o intento de suicidio durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	≥ 95 %
Comentarios	Se recomienda que el tiempo de respuesta desde el ingreso en urgencias hasta la valoración psiquiátrica no supere los 60 minutos, salvo causas justificadas. - El establecimiento de protocolos interdisciplinarios y la existencia de equipos de salud mental de guardia son claves para el cumplimiento del indicador. - Se sugiere evaluar también la existencia de un circuito de derivación estructurado a salud mental ambulatoria tras el alta hospitalaria.
Bibliografía	1. National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NICE guideline NG225). London: NICE; 2022. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng225. Consultado 28 de julio de 2025. 2. Boudreaux ED, Larkin C, Vallejo Sefair A, et al. Effect of an emergency department process improvement package on suicide prevention: the ED-SAFE 2 cluster randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2023;80(7):665–674. 3. Kim AK, Vakkalanka JP, Van Heukelom P, Tate J, Lee S. Emergency psychiatric assessment, treatment, and healing (Em-PATH) unit decreases hospital admission for patients presenting with suicidal ideation in rural America. Acad Emerg Med. 2022;29(2):142–149. 4. Guil Sánchez J. Intento de suicidio antes y durante la pandemia de COVID-19: estudio comparativo desde el servicio de urgencias. Semergen. 2023;49(3):101922.

TRIAJE

INDICADOR N° 81

Nombre del indicador	TASA DE PACIENTES TRIADOS (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Seguridad del paciente, accesibilidad
Justificación	Mediante el proceso de triaje se seleccionan los pacientes con mayor riesgo de deterioro para que sean atendidos lo antes posible, se organiza la asistencia y se controlan los flujos de pacientes. Todo ello con la intención de asegurar una gestión más eficiente de los recursos y una mayor satisfacción del usuario. Su correcto funcionamiento requiere de la implantación de un sistema de clasificación de pacientes validado y una adecuada formación del personal que lo realiza, además de una infraestructura mínima para aplicarlo. La cobertura universal del triaje (100% de los pacientes pediátricos clasificados al ingreso) es esencial para asegurar la calidad y seguridad asistencial, evitando demoras en casos graves y minimizando errores en la priorización.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes pediátricos con triaje registrado} / N.º \text{ total de pacientes pediátricos atendidos}) \times 100$
Explicación de términos	Triage en urgencias: proceso de valoración clínica preliminar que ordena a los pacientes en función de su grado de urgencia antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el servicio de Urgencias. Personal formado: personal sanitario que ha trabajado un mínimo de tiempo en el servicio de urgencias pediátrico y ha recibido formación reglada teórico-práctica sobre triaje pediátrico. Sus primeros turnos de triaje deben ser tutorizados. Los tiempos de trabajo previo en el servicio, formato exacto del curso y número de turnos tutorizados no tienen un estándar internacional; varían en función de las escalas abajo recomendadas. Triage registrado: existe constancia documentada (en historia clínica electrónica, hoja de triaje o sistema informático) del nivel asignado al paciente según la escala de triaje utilizada (p. ej., Manchester, andorrano, canadiense). El registro debe incluir: fecha, hora, nivel asignado y profesional responsable del triaje. Paciente atendido: todo paciente dado de alta en urgencias, independientemente de si recibió atención médica posterior al triaje. No se incluyen pacientes que abandonan el servicio antes de ser registrados oficialmente.
Población	Pacientes pediátricos atendidos en urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica (base de datos de los pacientes atendidos en el servicio)
Estándar	> 95%
Comentarios	El equipo de trabajo sugiere la utilización de una de las escalas aceptadas internacionalmente (escalas de 5 niveles): • ATS (Australia, 1993–2000). • CTAS (Canadá, 1995). • MTS (Reino Unido, 1996). • ESI (EE.UU., 1999). • MAT 2001. • SET 2003 (Andorra).
Bibliografía	1. Míguez C, Guerrero G, Fernández A. Requisitos imprescindibles de un triaje pediátrico. Grupo de Trabajo de Triage de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/01/REQUISITOS-MINIMO-TRIAJE-oct23.pdf. Consultado 28 de julio de 2025. 2. Canadian Association of Emergency Physicians, National Emergency Nurses Affiliation. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PaedCTAS): Implementation Guidelines for Emergency Departments. Disponible en: https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/paedctas.pdf. Consultado 28 de julio de 2025. 3. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. Emergency Severity Index (ESI), Version 4: Implementation Handbook. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. (AHRQ Publication No. 05-0046-2). 4. Australasian College for Emergency Medicine. Policy on the Australasian Triage Scale. Disponible en: https://acem.org.au/getmedia/484b39f1-7c99-427b-b46e-005b0cd6ac64/PO6-Policy-on-the-ATS-Jul-13-v04.aspx (consulta: 20/05/2025). 5. Gómez Jiménez J, Segarra Ramón X, Prat Margarit J, Ferrando Garrigós JB, Albert Cortés E, Borrás Ferré M. Concordancia, validez y utilidad del programa informático de ayuda al triaje (PAT) del Modelo Andorrano de Triage (MAT). Emergencias. 2003;15:339–344. 6. Magalhães-Barbosa MC, Robaina JR, Prata-Barbosa A, Lopes CDS. Reliability of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review. Emerg Med J. 2019;36(4):231–238.

Nombre del indicador	CUMPLIMIENTO DEL TIEMPO DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON TRIAJE NIVEL II (URGENCIA GRAVE/ EMERGENCIA)
Dimensión	Seguridad de paciente, accesibilidad
Justificación	Las patologías clasificadas como Nivel II (emergencia/muy urgente) implican un alto riesgo vital o un potencial deterioro clínico rápido. La atención médica precoz en estos pacientes es un determinante clave de la morbilidad, la aparición de complicaciones y los resultados clínicos. El cumplimiento de los tiempos de atención recomendados permite evaluar la capacidad del servicio de Urgencias para responder de forma oportuna y segura a situaciones de elevada gravedad clínica, garantizando una adecuada priorización asistencial.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes nivel II atendidos en } <15 \text{ min} / N.º \text{ total de pacientes nivel II atendidos en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Nivel II (emergencia/ muy urgente): pacientes con alto riesgo vital, inestabilidad fisiológica evidente, dolor intenso o alteración clínica significativa, cuya evolución depende de forma crítica de la rapidez de la intervención médica. Tiempo de atención: Intervalo que comienza una vez finalizada la clasificación de triaje por enfermería y registrado el nivel en el sistema (no desde la llegada del paciente al servicio). Finaliza con el primer contacto médico presencial. Se establece como objetivo de calidad un tiempo máximo de 15 minutos. Retriaje: En caso de que el paciente sea reclasificado (práctica considerada criterio de calidad), deberá incluirse en el numerador y denominador según su clasificación final.
Población	Pacientes clasificados como nivel II que consultan en el servicio de Urgencias durante el período revisado.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 95 %
Comentarios	Los estándares internacionales aceptan rangos entre el 80 % y el 95 %, dependiendo de la escala de triaje utilizada. Se recomienda adoptar el umbral más exigente como objetivo de mejora continua y seguridad del paciente.
Bibliografía	1. Míguez C, Guerrero G, Fernández A. Requisitos imprescindibles de un triaje pediátrico. Grupo de Trabajo de Triaje de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/01/REQUISITOS-MINIMO-TRIAJE-oct23.pdf. Consultado 28 de julio de 2025. 2. Canadian Association of Emergency Physicians, National Emergency Nurses Affiliation. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PaedCTAS): Implementation guidelines for emergency departments. Disponible en: https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/paedctas.pdf. Consultado 28 de julio de 2025. 3. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. Emergency Severity Index (ESI), Version 4 Implementation Handbook. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. 4. Australasian College for Emergency Medicine. Policy on the Australasian Triage Scale. Disponible en: https://acem.org.au/getmedia/484b39f1-7c99-427b-b46e-005b0cd6ac64/P06-Policy-on-the-ATS-Jul-13-v04.aspx. Consultado 28 de julio de 2025. 5. Stang AS, Straus SE, Crotts J, Johnson DW, Guttman A. Quality indicators for high-acuity pediatric conditions. Pediatrics. 2013;132(4):752-762.

Nombre del indicador	CUMPLIMIENTO DEL TIEMPO DE ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES CON TRIAJE NIVEL III (IMPRESINDIBLE)
Dimensión	Accesibilidad
Justificación	La rapidez en la valoración médica de los pacientes clasificados como Nivel III (urgente) es un componente esencial de la calidad asistencial en los servicios de urgencias. Influye tanto en los resultados clínicos como en la calidad percibida por los usuarios, optimiza el flujo asistencial y contribuye a la detección precoz de posibles deterioros clínicos.
Fórmula	$(N.º \text{ de pacientes nivel III atendidos en urgencias en } < 30 \text{ min} / N.º \text{ total de pacientes nivel III atendidos en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Nivel III (urgente): «Situaciones urgentes, riesgo vital potencial. Generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas o actuaciones terapéuticas». Pacientes con estabilidad fisiológica (o discretamente inestables) en el momento de la valoración. Tiempo de atención: intervalo que comienza una vez finalizada la clasificación de triaje por enfermería y registrado el nivel en el sistema (no desde la llegada del paciente al servicio). Finaliza con el primer contacto médico presencial. Se establece como objetivo de calidad un tiempo máximo de 30 minutos. Retriaje: en caso de que el paciente sea reclasificado (práctica considerada criterio de calidad), deberá incluirse en el numerador y denominador según su clasificación final.
Población	Todos los pacientes clasificados como nivel III que consultan en el servicio de Urgencias durante el período revisado. Criterios de exclusión: se excluirán aquellos casos en los que la consulta sea anulada o interrumpida por el usuario. Igualmente, se excluyen aquellos casos en los que no exista un registro horario.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	> 90 %
Comentarios	Este indicador es sensible a la sobrecarga asistencial y a la organización interna del servicio. Su análisis conjunto con indicadores de flujo y ocupación permite identificar oportunidades de mejora estructural y organizativa. Nota sobre el retraso en la clasificación: en casos donde el tiempo hasta el ingreso en triaje supere el estándar establecido (15 minutos), el cómputo del indicador de Nivel III inicia igualmente al finalizar la clasificación. Este enfoque garantiza una medición objetiva y específica del tiempo de respuesta médica una vez determinada la urgencia del paciente. Cualquier demora previa se analizará de forma independiente.
Bibliografía	1. Fernández Landaluze A. Triaje de urgencias de pediatría. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. Madrid: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría; 2024. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/1_Triaje_4ed.pdf. Consultado 28 de julio de 2025. 2. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (PaedCTAS). Implementation guidelines for emergency departments. Disponible en: https://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/paedctas.pdf. Consultado 28 de julio de 2025. 3. Simon Junior H, Schwartsman C, Sukys GA, Farhat SCL. Pediatric emergency triage systems. Rev Paul Pediatr. 2022;41:e2021038. 4. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care. Version 4. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2011. 5. Magalhães-Barbosa MC, Robaina JR, Prata-Barbosa A, Lopes CS. Validity of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review. Emerg Med J. 2017;34(11):711-719.

Nombre del indicador	TIEMPO PRETRIAJE
Dimensión	Seguridad de paciente, accesibilidad
Justificación	El tiempo desde la llegada del paciente al servicio de urgencias hasta la primera valoración clínica (triaje) constituye un elemento crítico de seguridad del paciente y eficiencia del proceso asistencial. Salvo en situaciones de gravedad extrema, este paso debe realizarse lo antes posible para identificar signos de riesgo no evidentes para los familiares o el propio paciente, y reducir posibles demoras en la atención de condiciones urgentes. La valoración inicial temprana mejora la priorización clínica, reduce el riesgo de eventos adversos y permite una mejor planificación de los recursos asistenciales.
Fórmula	$(\text{N.º de pacientes valorados en triaje en } < 15 \text{ min tras su llegada o registro en el servicio de urgencias} / \text{N.º total de pacientes atendidos en urgencias}) \times 100$
Explicación de términos	Tiempo pretriaje: intervalo comprendido entre la llegada o registro administrativo del paciente en el servicio de urgencias y el inicio de la primera valoración de triaje. Valoración en triaje: primera valoración clínica realizada por personal de enfermería entrenado para asignar un nivel de prioridad.
Población	Todos los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias durante el período estudiado. Criterios de exclusión: se excluirán aquellos casos en los que el usuario decide abandonar el servicio antes del contacto con el personal de triaje.
Tipo	Proceso
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	> 90 %
Comentarios	Valoración en triaje: la valoración completa de triaje, que incluye diferentes pasos (aspecto general, motivo de consulta, modificadores de nivel), puede ser difícil de realizar en momentos de máxima afluencia a un servicio de urgencias. Todos los niños atendidos en un servicio de urgencias deben recibir al menos una valoración inicial de triaje en los primeros minutos tras su llegada. Este indicador debe interpretarse junto a otros indicadores de urgencias, como tiempos de atención por nivel de prioridad o tasas de abandono sin ser vistos. El cumplimiento del tiempo pretriaje es un reflejo tanto de la capacidad organizativa (personal y procesos) como de la priorización clínica de la urgencia. La monitorización continua de este indicador puede facilitar intervenciones de mejora como la reasignación de personal, protocolos de triaje rápido o modelos de streaming/rapid assessment al ingreso.
Bibliografía	1. Fernández Landaluce A. Triaje de urgencias de pediatría. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría. Madrid: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría; 2024. Disponible en: https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/1_Triaje_4ed.pdf. Consultado 28 de julio de 2025. 2. International Federation for Emergency Medicine. International standards of care for children in emergency departments. Paediatric Special Interest Group; 2012. Disponible en: https://emssa.org.za/wp-content/uploads/2014/10/IFEM-Paediatrics-Standards-of-Care-Document.pdf. Consultado 28 de julio de 2025. 3. Royal College of Paediatrics and Child Health. Standards for children and young people in emergency care settings. London: RCPCH; 2012. Disponible en: https://www.rcpch.ac.uk/emergencycare. Consultado 28 de julio de 2025.



SEUP

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA