

GESTIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

SOCIEDAD PARAGUAYA DE PEDIATRÍA



Año 2017

Comité de Emergentología

GESTIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

SOCIEDAD PARAGUAYA DE PEDIATRÍA

GRUPO DE TRABAJO: GESTIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS (SEP)

Coordinación

Dra. Virginia Iramain

Integrantes

Dr. Alfredo Jara

Dra. Viviana Pavlicich

Colaboradores

Dra. Laura Cardozo

Dra. Eva Cardozo

Dra. Liz Céspedes

Dra. Laura Morilla

I. INTRODUCCIÓN

Este documento es un consenso elaborado por el grupo de trabajo sobre gestión del Comité de Emergentología de la Sociedad Paraguaya de Pediatría, orientado a asistir a los hospitales del Paraguay en definir estándares mínimos de calidad en los Servicios de Emergencias Pediátricas (SEP) que permitan ejercer un cuidados apropiado a niños y adolescentes de 0 a 18 años.

Es el resultado de revisión y edición de documentos afines y guías publicadas sobre el tema tratado y su adaptación a la organización nacional, no constituyen procesos ni estándares definidos por los autores. El material consultado se encuentra en la bibliografía citada.

Estas directrices proporcionan información actualizada sobre el equipamiento, medicamentos, suministros y personal que se consideran esenciales para la gestión de las emergencias pediátricas en los SEP. También ofrece pautas para la administración y coordinación de la atención pediátrica que podrá orientar mejoras en la calidad de la atención, y en la seguridad de los pacientes. Se describen además, políticas, procedimientos y protocolos para la atención pediátrica y servicios de apoyo clave del SEP. Se adjunta una amplia lista de cotejo que permitirá al gestor valorar y priorizar las necesidades del SEP

II. GENERALIDADES

- A medida que un sistema de emergencias se desarrolla, los países deben tener en cuenta los requerimientos especiales del paciente pediátrico con respecto al ambiente, equipamiento y capacitación del personal, asegurando la satisfacción de las necesidades de toda la población que acude a los servicios de emergencias. Es necesario en el caso de los hospitales generales separar las áreas de atención de niños y adultos, dotando a cada una de ellas de responsables y organización propia.
- El Servicio de Emergencia Pediátrica debe contar con personal y equipamiento que le permita hacer frente a toda la gama de edades y presentaciones clínicas de los niños que habitualmente recibe. Además, deben estar preparados en todo momento para afrontar la resucitación inicial de un niño que ingresa inesperadamente.
- La comunicación eficaz con los niños y sus familias es clave para obtener los mejores resultados. El personal del SEP debe dar recomendaciones y explicaciones en un lenguaje claro, y asegurarse de que han sido comprendidas, teniendo en cuenta que en general es la familia la responsable de brindar los cuidados de salud necesarios.

- Siempre que sea posible, la prestación de asistencia de emergencia a los niños debe tener lugar en presencia de los padres y/u otros miembros claves de la familia. Se debería ofrecer a la familia estar presente en todos los aspectos de la atención de emergencia, incluyendo los procedimientos invasivos y la reanimación.
- Otro aspecto clave y transversal en la atención de los niños en los SEP es la valoración y el tratamiento adecuado del dolor para lo que el equipo de salud que lo compone debe prepararse adecuadamente.

III. REQUISITOS PARA LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS

PERSONAL:

- **Responsable o Coordinador médico:**

Debe existir indefectiblemente un responsable del Servicio de Emergencias Pediátricas (SEP).

1. El médico coordinador debe tener las siguientes calificaciones:

- a. Haber sido acreditado como un especialista en Emergentología Pediátrica.
- b. Se reconoce que los médicos en esta nueva especialidad no siempre están disponibles en todas las comunidades; en estas áreas, la institución pública o privada debe garantizar que el coordinador es especialista en pediatría y demuestra, a través de la experiencia y la educación continua, la competencia en el cuidado de niños en situaciones de emergencia, incluida la reanimación. Debe tener una experiencia de trabajo efectivo en Medicina de Urgencias Pediátricas (MUP) de al menos 5 años.
- c. Mantener la competencia en la atención pediátrica de emergencia a través del tiempo, demostrada por el entrenamiento, la experiencia clínica, o la educación médica continua.

2. El coordinador médico es responsable de lo siguiente:

- a. Promover y verificar la habilidad y el conocimiento adecuados del personal médico del SEP y otros proveedores de atención médica (auxiliares y enfermeras calificadas) en la atención de emergencia y la reanimación de niños y niñas.
- b. Vigilar la calidad de atención pediátrica, rendimiento, seguridad del paciente, prevención de lesiones y enfermedades, y actividades de atención clínica.
- c. Ayudar con el desarrollo y revisión periódica de las políticas y procedimientos del SEP y normas para medicamentos, equipo y suministros para asegurar recursos adecuados para niños de todas las edades.

d. Servir como coordinador de los comités de cuidado pediátrico dentro y fuera del hospital, en la comunidad (si existieren).

e. Servir como enlace con los hospitales de cuidado definitivo (hospital regional de referencia pediátrica, centro de trauma, quemados), SEME, proveedores de atención primaria, aseguradoras de salud y cualquier otro recurso médico necesario para integrar servicios para la atención continua del paciente pediátrico.

F. Facilitar la educación de emergencia pediátrica para los proveedores de atención médica de los SEP y los proveedores de salud fuera del hospital afiliados al SEP (médicos y agentes de atención comunitaria).

g. Garantizar que las evaluaciones realizadas por el personal son pertinentes para los niños de todas las edades.

h. Garantizar que las necesidades pediátricas se aborden en los planes de preparación para emergencias y desastres hospitalarios.

i. Colaborar con el coordinador de enfermería para asegurar personal adecuado, medicamentos, equipo, suministros y otros recursos para los niños en el SEP.

j. Determinar el número de facultativos necesarios en las diferentes franjas horarias, los distintos días de la semana. El número va a depender tanto del volumen de pacientes atendidos como de la estructura del servicio. Lo recomendable sería 1 Pediatra de Urgencias por cada 30 a 40 visitas diarias. El 50% de este personal debería disponer de experiencia documentada en MUP superior a 3 años.

- **Responsable o coordinador de enfermería:**

Se debe disponer de un enfermero responsable de la gestión de todo el proceso de enfermería.

1. El coordinador de enfermería tiene las siguientes calificaciones:

a. Es un profesional de enfermería registrado que posee un interés especial, conocimiento y habilidad en la atención médica de emergencia de los niños, como lo demuestra la capacitación, la experiencia clínica o la educación continua enfocada.

b. Mantiene la competencia en la atención pediátrica de emergencia

c. Tiene credenciales y tiene verificación de competencia según las políticas y pautas del hospital para proporcionar atención a niños de todas las edades.

d. Puede ser un/a enfermero/a dentro del personal al que actualmente se le asignan otros roles en el servicio de emergencias, pero debe ser un personal exclusivo de este servicio.

2. El coordinador de enfermería es responsable de lo siguiente:

- a. Facilitar las actividades relacionadas con la Calidad / Rendimiento y Seguridad
- b. Servir de enlace en el hospital y fuera, con los comités de cuidado pediátrico.
- c. Servir de enlace cuando fuera necesario con un hospital de cuidados definitivo, con un hospital regional de referencia pediátrica, centro de trauma, proveedores de atención primaria, aseguradoras de salud y cualquier otro recurso médico necesario para integrar servicios para la atención continua del paciente pediátrico.
- d. Facilitar, junto con las actividades educativas basadas en el hospital, la educación continua en enfermería pediátrica y asegurar que los elementos pediátricos específicos se incluyan en la orientación para los nuevos miembros del personal.
- e. Garantizar que las evaluaciones iniciales y anuales de las competencias realizadas por el personal de enfermería de urgencias son pertinentes para los niños de todas las edades.
- F. Promocionar la preparación para desastres de los SEP y la participación en el hospital de actividades de preparación para desastres.
- g. Promover la educación del paciente y la familia en la prevención de enfermedades y lesiones.
- h. Proporcionar asistencia y apoyo para la educación pediátrica de proveedores fuera del hospital que están afiliados con el SEP.
- i. Trabajar con liderazgo y conocimiento clínico para asegurar la disponibilidad de equipo pediátrico, medicamentos, personal y otros recursos a través del desarrollo y revisión periódica de normas, políticas y procedimientos del SEP.
- j. Colaborar con el coordinador médico para asegurar que el SEP esté preparado para el cuidado de niños de todas las edades, incluyendo aquellos con necesidades especiales.
- k. Determinar el número de profesionales de enfermería necesarios en las diferentes franjas horarias, los distintos días de la semana. Se recomienda un/a licenciado/a de enfermería por cada 30 a 40 visitas diarias y un auxiliar de enfermería por cada 40 a 50 visitas diarias. El 50% del personal de enfermería debería contar con experiencia documentada en MUP superior a 2 años. En el triaje como mínimo una enfermera por turno destinada específicamente a este fin.

- **Personal no sanitario:**

Personal administrativo (secretaría) y servicios generales (proveedores, auxiliares etc.)

Debe garantizarse la limpieza y contar con personal de seguridad las 24 horas del día.

IV. ESTRUCTURA

Acceso de vehículos y peatones: Debe estar garantizado para vehículos y personas de un modo seguro y cómodo. Debe facilitarse sobre todo el acceso seguro de las ambulancias. El acceso de vehículos debe disponer del espacio suficiente para que los vehículos puedan realizar el giro sin utilizar la marcha atrás. Las rutas de entrada y salida de vehículos deberían ser unidireccionales, evitando el cruce de aquéllos. La zona de recepción de vehículos y de descarga de pacientes debe estar cubierta y suficientemente iluminada. Debería tener una altura mínima de cuatro metros, y cierre de puertas de entrada y salida por mecanismo de fotosensibilidad.

Área de recepción y admisión: Adyacente a la entrada debe haber sillas de ruedas y camillas. El departamento de admisión debe estar activo las 24 horas del día registrando los datos. Debería contar además con personal de seguridad. Sería deseable la existencia de un punto de información para usuarios y familiares.

Sala de espera y familiares: Debe contar con el espacio necesario para una espera confortable, para lo que debe estar provisto al menos de baños, cambiadores para bebé, fuente de agua. Sería deseable un espacio lúdico para los niños con diferentes propuestas según la edad.

El área de triaje, o de clasificación de pacientes, tiene como misión establecer el orden de prioridad en la asistencia, con el fin de atender en el menor tiempo posible al que más lo necesite. En base a esto, esta área debe estar ubicada de forma que permita visualizar perfectamente el acceso al Servicio y la sala de espera de pacientes, y siempre cerca de la unidad de reanimación (URE). En esta área se establece el motivo de consulta del paciente, por lo que debiera permitir cierta privacidad para información confidencial y/o un breve examen clínico.

Consultorios médicos/boxes: Debe contar con un box por cada 16-22 visitas diarias, con un espacio mínimo de 8 m².

Unidad de reanimación: Debe disponer de una sala destinada a pacientes cuya situación no permita demora en la asistencia, dotada con medios de soporte vital avanzado y fácil acceso desde el exterior y desde todas las áreas de servicio. Esta sala debe contar con material escrito de dosificación de drogas y ordenamiento de los materiales según edad y peso para responder sin demora y en las máximas condiciones de seguridad ante una emergencia. Es mandatorio la existencia de un carro lacrado (véase la lista de cotejo).

Unidad de Observación (UO): Sería recomendable que todos los SEP dispusieran de una UO o de Corta Estancia. En esta área permanecen los pacientes no diagnosticados que precisan control de su evolución aguda, y los que se benefician de un tratamiento hospitalario de una duración menor a 24 horas. Permite reducir tanto ingresos hospitalarios innecesarios, como errores evitables en algunas altas. Debiera tener capacidad para atender al 5-10% de la demanda urgente diaria, recomendándose que el 20% de las camas estén dotadas para la asistencia de pacientes graves o que requieran monitorización. Deben disponer de tomas de oxígeno, de vacío, de aire medicinal, monitores, tensiómetros, bombas de infusión de medicamentos y fungibles.

Las recomendaciones internacionales aconsejan que todos aquellos SEP con más de 50.000 visitas anuales dispongan de un Pediatra de Urgencia específicamente dedicado a esta área. Es importante que esta unidad de observación no se convierta en área de internación o resolución de pacientes ya definidos. El dejar pacientes hospitalizados en esta área con la necesidad de aplicación de protocolos específicos de cuidados conspira con la posibilidad de cumplir con eficiencia las funciones propias de la emergencia.

Áreas auxiliares: El servicio debe disponer además de:

- Una sala de trabajo para el personal facultativo, que incluya mesa de reuniones, sillas suficientes, material informático.
- Una sala confortable para el descanso del personal, con el equipo necesario: mesa, sillas y sillones, heladera, microondas.
- Baños y duchas.
- Depósitos para materiales o equipos.

Servicios Generales ubicados en el Área de Urgencias o cercanos a la misma:

Laboratorio: El servicio debe disponer las 24 horas del día de un laboratorio de urgencia. Se detallan los exámenes laboratoriales necesarios en el apéndice o lista de chequeo.

Radiología: Aquellos servicios con un volumen total de urgencias/año superior a los 50.000 debería contar con radiología exclusiva para pacientes urgentes.

Dotación de material: Debe contar con medios tecnológicos que garanticen la calidad de la atención prestada.

V. DIRECTRICES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD PEDIÁTRICA DEL PACIENTE EN EL SEP

La prestación de la atención pediátrica debe reflejar una conciencia de los problemas propios de la seguridad de los pacientes pediátricos y debe incluir las siguientes políticas o prácticas:

A. Los niños deben ser pesados (Kg) al ingreso, con la excepción de los niños que requieren estabilización emergente, y el peso debe ser registrado en un lugar prominente en el expediente médico, con los signos vitales.

Para los niños que requieren reanimación o estabilización de emergencia, se debe usar la cinta de Broselow para estimar el peso en kilogramos (sistema basado en la talla).

B. Los lactantes y los niños deben tener un registro completo de signos vitales (la temperatura, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria). La monitorización de la presión arterial y de la oximetría de pulso debe estar disponible para los niños de todas las edades sobre la base de la gravedad de la enfermedad y de las lesiones.

C. Debe establecerse un proceso para identificar los signos vitales anormales según la edad del paciente para notificar al médico los valores anormales obtenidos.

D. Deben establecerse procedimientos para el almacenamiento, la prescripción y el suministro seguro de medicamentos e incluir el uso de pautas precalculadas de dosificación para niños de todas las edades.

E. Se deben implementar y monitorear las prácticas de control de infecciones, incluyendo la higiene de las manos y el uso de equipo de protección personal.

F. Los servicios de emergencia pediátricos deben ser cultural y lingüísticamente apropiados, y el SEP debe proporcionar un ambiente que sea seguro para los niños y apoye el cuidado centrado en el paciente y la familia.

G. Deben ser implementadas y monitoreadas las políticas de identificación de pacientes, consistentes con las metas nacionales de seguridad de pacientes.

H. Se deben implementar y monitorear políticas para la notificación y evaluación oportuna de los eventos de seguridad del paciente y para la divulgación de errores médicos o resultados imprevistos. La educación y capacitación en divulgación debe estar disponible para los proveedores de cuidado a quienes se les asigna esta responsabilidad.

VI. DIRECTRICES PARA LAS POLÍTICAS, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS PARA EL SEP

Se desarrollaran y aplicaran políticas, procedimientos y protocolos para la atención de emergencia de los niños. El personal debe ser educado en consecuencia, y debe ser monitoreado para su cumplimiento. También debe actualizarse periódicamente.

Estos recursos deben incluir, pero no están limitados a lo siguiente:

- Triage de enfermedades y lesiones.
- Evaluación y reevaluación del paciente pediátrico.
- Documentación de los signos vitales pediátricos, de los signos vitales anormales y de las acciones a tomar para los signos vitales anormales.
- Sedación y analgesia para los procedimientos, incluida la imagenología médica
- Consentimiento (incluidas las situaciones en las que un padre no está inmediatamente disponible)
- Asuntos de salud social y mental.
- Restricción física y química de los pacientes con alteraciones severas de conducta.
- Maltrato infantil (abuso físico y sexual, agresión sexual y negligencia) y violencia doméstica con sus criterios, requisitos y procesos de notificación.
- Muerte del niño en el SEP.
- Órdenes de no reanimar.
- Cuidado centrado en la familia, incluyendo:
 - a. Involucrar a las familias en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes y en los procesos de seguridad de medicamentos.
 - b. Presencia familiar durante todos los aspectos de la atención de emergencia, incluida la reanimación.
 - c. Educación del paciente, la familia y los cuidadores habituales.
 - d. Planificación e instrucción del alta.
 - e. Consejería de duelo.
- Comunicación con el médico de cabecera del paciente o proveedor de atención primaria de salud.
- Políticas médicas de imágenes que abordan la dosificación apropiada en función de la edad o el peso de los niños que reciben estudios que transmiten radiación ionizante, de acuerdo con los principios ALARA (Tan bajo como sea razonable).
- Plan de preparación para desastres
- Los hospitales deben tener escrito procedimientos de transferencia pediátrica que incluyan los siguientes componentes pediátricos de la transferencia:
 - a. Proceso definido para el inicio de la transferencia.
 - b. Plan de transporte para el traslado de los niños de manera segura al lugar de referencia donde recibirá los cuidados definitivos.
 - c. Proceso para seleccionar el centro de atención apropiado para servicios pediátricos especializados que no están disponibles en el hospital.
 - d. Proceso para seleccionar el servicio de transporte adecuado para que coincida con el nivel de gravedad del paciente (el nivel de atención requerido por el paciente, el equipo necesario en el transporte) y

apropiado para los niños con necesidades especiales de atención de la salud.

- e. Proceso para la transferencia del paciente (incluyendo obtener consentimiento informado).
- f. Planificar la información de transferencia del paciente (por ejemplo, expediente médico y copia del consentimiento de transporte firmado), pertenencias personales del paciente y provisión de instrucciones y de información de la institución de referencia a la familia.

LISTADO DE COMPROBACION DE LOS REQUISITOS PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICO

	Si	No	Observaciones
¿Existe un Manual de organización escrito que describa de forma general y clara la organización?			
<p>Personal médico</p> <p>¿Hay un médico Responsable del Servicio?</p> <p>¿Ejerce el responsable del Servicio la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito al mismo, incluyendo facultativos de otros servicios cuando realicen su actividad en él?</p> <p>¿Es adecuado el número de médicos en el servicio?</p> <p>¿Tiene el personal médico experiencia suficiente en MUP?</p> <p>¿Tiene el personal médico formación específica en MUP?</p>			
<p>Personal de enfermería</p> <p>¿Existe un Enfermero Responsable del servicio?</p> <p>¿Existe un responsable de reposición y revisión de funcionamiento del instrumental clínico?</p> <p>¿Tiene el servicio enfermeros suficientes para asegurar la calidad Asistencial?</p> <p>Si la clasificación de pacientes es realizada por un enfermero, ¿existe un enfermero con esta función específica por turno?</p> <p>¿Tiene el personal de enfermería experiencia suficiente en MUP?</p> <p>¿Tiene el personal de enfermería formación específica en MUP?</p> <p>¿Tiene el servicio auxiliares de enfermería suficientes para asegurar la calidad asistencial?</p>			
<p>Otro personal</p> <p>¿Tiene el servicio personal administrativo y de servicios generales suficientes?</p>			
<p>Acceso de vehículos y peatones</p> <p>¿Son adecuados, independientes, disponen del espacio suficiente, están cubiertos, señalizados e iluminados?</p> <p>Las rutas de entrada y salida de vehículos, ¿son unidireccionales?</p> <p>La zona de recepción de vehículos y descarga, ¿tiene una altura mínima de cuatro metros y cierre de puertas con mecanismo de fotosensibilidad?</p>			

<p>Área de Recepción y Admisión</p> <p>¿Hay sillas de rueda y camillas en la zona de recepción?</p> <p>¿Permite la visión de la zona de entrada y acceso?</p> <p>¿Permite la privacidad?</p> <p>¿Dispone de espacio suficiente?</p> <p>¿Tiene acceso directo a las áreas específicas?</p> <p>¿Está dotada de personal de seguridad?</p> <p>¿Existe área de información al usuario?</p>			
<p>Sala de espera de familiares</p> <p>¿Está ubicada de forma adecuada?</p> <p>¿El mobiliario es adecuado?</p> <p>¿Está provista de teléfonos, baños, fuente de agua, bar automático y megafonía?</p> <p>¿Dispone de espacio suficiente?</p> <p>¿Existe información disponible? (señalética apropiada)</p>			
<p>El Área de clasificación de pacientes o Triage</p> <p>¿Permite la visión de la zona de entrada y sala de espera y está cerca de la sala de reanimación?</p> <p>¿Permite la privacidad?</p> <p>¿Dispone de espacio suficiente?</p> <p>¿Está bien dotada de material?</p> <p>¿Dispone el Servicio de sistema informático?</p>			
<p>Consultas médicas/boxes.</p> <p>¿Tiene un número suficiente?</p> <p>¿El espacio de cada una es suficiente?</p> <p>¿El mobiliario es adecuado?</p> <p>¿Están bien dotadas de material?</p>			
<p>Unidad de reanimación</p> <p>¿Es adecuada?</p> <p>¿Tiene una dotación de material adecuada?</p> <p>¿Tiene carro de paro ordenado en función al Broselow?</p>			
<p>Área de Observación</p>			

GESTIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS

<p>¿Tiene capacidad suficiente?</p> <p>¿Garantiza la intimidad del paciente y el trabajo de los profesionales?</p> <p>Del total de camas, ¿el 20% están dotadas de monitorización?</p> <p>¿Tiene una dotación de material adecuada?</p> <p>¿El mobiliario es adecuado?</p>			
<p>Otras Áreas</p> <p>¿Tiene sala de yesos con los elementos necesarios?</p> <p>¿Dispone de sala de trabajo?</p> <p>¿Dispone de sala de descanso para el personal?</p> <p>¿Dispone de biblioteca, mesa de reuniones y equipo informático?</p> <p>¿Existen baños, aseos, duchas para el personal?</p> <p>¿Existe un espacio dedicado al depósito?</p> <p>¿Se dispone durante las 24 horas del día de la posibilidad de realización de pruebas analíticas?</p> <p>¿Hay una secretaria del servicio?</p> <p>¿Está garantizada la limpieza durante las 24 horas del día?</p>			
<p>Plan funcional asistencial</p> <p>¿Existe un plan escrito?</p> <p>¿Dispone de una descripción gráfica del proceso total de asistencia?</p> <p>¿Dispone de un departamento de admisión de pacientes con actividad las 24 del día?</p> <p>¿Queda registrado un número de identificación, filiación del paciente, hora de llegada y de alta, diagnóstico, destino y médico que da el alta?</p> <p>¿Existe un documento escrito del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos y técnicas que se realizan en las diferentes áreas?</p>			
<p>Sistema de triaje</p> <p>¿Existe un sistema de triaje?</p> <p>¿Se realiza las 24 horas del día?</p> <p>¿Es llevado a cabo por enfermeros?</p>			

Si la clasificación la realiza un enfermero, ¿hay designado un médico concreto para la resolución de dudas o conflictos?

¿Existe un documento que describa los criterios de clasificación?

¿Queda recogido en el proceso de clasificación el motivo de consulta, el nivel de prioridad y el destino inmediato del paciente?

Procesos asistenciales, Guías clínicas

¿Existen protocolos, procedimientos específicos o guías clínicas, consensuadas por el equipo del propio hospital?

¿Cubren estos protocolos al menos el 80% de los procesos más frecuentes?

Hoja de asistencia, Informe al alta.

¿Se le proporciona a todo paciente un informe médico al alta?

¿Incluye, al menos: datos de filiación, antecedentes personales y familiares, anamnesis, exploración física, resultados de exámenes complementarios, diagnóstico clínico, tratamiento y destino al alta?

¿Es archivado este documento, de modo que sea recuperable, al menos durante 5 años?

Consentimiento Informado y otros documentos legales

¿Se solicita el Consentimiento Informado en los casos previstos por la ley?

¿Existen y son accesibles los documentos médico-legales de obligado cumplimiento?

Procedimientos quirúrgicos y sedoanalgesia.

¿Dispone de documentos escritos que describan los procedimientos quirúrgicos y técnicas diagnósticas que se realizan?

¿Dispone de documentos escritos que describan los procedimientos de sedoanalgesia que se realizan?

Procedimientos de enfermería

¿Existen planes de cuidados de enfermería escritos y consensuados?

<p>Unidad de Reanimación</p> <p>¿Están definidos por escrito los criterios de uso de la sala</p> <p>¿Hay asignado en todo momento personal sanitario (médico y enfermería) responsable de la asistencia en esta área?</p>			
<p>Unidad de Observación.</p> <p>¿Existe un documento escrito del perfil de los profesionales que realizan las tareas, protocolos y técnicas en esta área?</p> <p>¿Están definidos por escrito los criterios de ingreso y alta de esta área?</p> <p>¿Existe un límite de tiempo planteado en la estancia en esta área?</p> <p>¿Las estancias > 24 horas son menos del 10% del total?</p> <p>¿Tienen los pacientes de esta área en todo momento un médico asignado como responsable?</p>			
<p>Programa de Formación, formación continuada.</p> <p>¿Se realiza docencia pregrado?</p> <p>¿Se realiza docencia postgrado?</p> <p>¿Se realiza sesiones clínicas periódicas?</p> <p>¿Se realiza sesiones bibliográficas periódicas?</p> <p>¿Se realiza sesiones de actualización de protocolos periódicas?</p> <p>¿Se realiza sesiones de mejora de la calidad periódicas?</p>			
<p>Programa de Investigación.</p> <p>¿Existe documentación de las actividades de investigación?</p>			
<p>Plan de catástrofes.</p> <p>¿Existe un Plan escrito de Emergencias internas y externas?</p> <p>¿Es conocido por los miembros del Servicio?</p> <p>¿Se efectúan simulacros sobre catástrofes internas y externas, al menos una vez cada dos años?</p>			

¿Existe documentación de las actividades de coordinación con otros dispositivos sanitarios implicados en la asistencia de urgencias?

Programa de Calidad

¿Existe un Programa de Calidad escrito?

¿Hay un responsable de dicho programa?

¿Hay un apartado de prevención de la infección y accidentes en los pacientes y el personal?

¿Hay un apartado de detección, análisis y corrección de errores, complicaciones y reacciones adversas?

¿Se evalúan y actualizan en forma reglada los protocolos asistenciales, procedimientos generales y equipamiento?

¿Se utilizan Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria?

EQUIPO Y SUMINISTROS

Servicio de Urgencias (en general)

Monitores cardiorrespiratorios

Carro de paro

Desfibrilador, con monitor eléctrico y a batería

Termómetros

Pulsioxímetros

Sondas de aspiración nasogástrica y sondas vesicales

Bombas de infusión

Agujas de punción lumbar

Centígrafos de sangre y otros fluidos

Agujas intraóseas

Mascarillas de ventilación de diferentes tamaños

Nebulizadores y cámaras espaciadoras.

Tubos de oxígeno transportables

Dispensadores de medicación

Mantas y lámparas calentadoras

Balanzas			
Equipo de irrigación ótico y de eliminación de cerumen			
Electrocardiograma			
Equipos para reparación de heridas: suturas, pegamento biológico, grapas.			
Sistema de registro de pacientes			
Computadoras, con acceso a Internet			
Sistema de información toxicológica			
Sistema de clasificación de pacientes			
Sistema de comunicación con ambulancias			
Sistema de comunicación con el personal de la unidad			
Sistema para comunicarse el paciente con la enfermería			
Sistema de recomendaciones para pacientes al alta			
Juguetes y dibujos para niños ingresados			
Equipo de autoprotección para el personal: batas, mascarillas, gafas, guantes, calzas.			
Libros de consulta			
UNIDAD DE REANIMACION. todos los artículos mencionado en el apartado general más:			
Camillas apropiadas para pacientes graves, deben poder variar su posición y acoplarse equipos EV y tubos de oxígeno portátiles			
Hojas con dosificación de drogas			
Sistema de comunicación directa con enfermería, laboratorio, radiología y otros especialistas.			
ISTAT, Comburtest y Hemoglucotest			
Material para calentamiento.			
Necesidades de la Vía Aérea			
Bolsa de ventilación con mascarilla			
Tubos endotraqueales (del 2.5 al 8.5)			
Laringoscopios (pala recta y curva)			
Mascarillas laríngeas			
Cánulas oro faríngeas, cánulas de traqueostomía			

Material para cricotiroidotomía			
Ventilación			
Sistemas de drenaje torácico.			
Tubos de toracentesis			
Monitor de CO2 tidal			
Nebulizador			
Pulsioxímetro			
Respirador volumétrico			
Respirador de traslado			
Circulación			
Monitores no invasivos			
Tabla rígida para compresión cardiaca			
Equipo para vías centrales			
Agujas intraóseas.			
Catéteres, equipos, vías IV			
Monitor, desfibrilador con palas pediátricas			
Trauma			
Equipo de estabilización espinal, incluido collarines cervicales de diferentes tamaños y tablas espinales pediátricas / de adultos.			
CONSULTORIOS/ BOXES			
Camillas			
Oxígeno de pared, con su correspondiente equipo: cánulas nasales, mascarillas con efecto Venturi y con reservorio.			
Sistema de aspiración de secreciones, cánulas traqueales.			
Otoscopio/ofthalmoscopio de pared/portátil			
Esfigmomanómetro, estetoscopio			
Cánulas oro/naso faríngeas			
Contenedores para objetos punzantes (agujas) y biocontaminantes.			
Negatoscopio			

Mobiliario y luminosidad adecuada; pileta para lavarse las manos y papeleras.			
BOX DE ORTOPEDIA / YESOS/ SUTURAS			
Equipos para inmovilización: vendas, férulas, yeso. Tijera, sierra para cortar vendas, yesos			
Material de reparación de heridas: pegamento, grapas, suturas.			
Muletas			
Negatoscopio			
Miscelánea			
Material de oftalmología			
Material ORL			
RADIOLOGIA Y OTROS SERVICIOS DIAGNOSTICOS.			
RX de tórax, abdomen.			
Radiología portátil para el niño críticamente enfermo			
Ecografía			
TAC			
Banco de sangre			
Disponibilidad de diferentes elementos Sanguíneos			
Capacidad de tipar y cruzar muestras Sanguíneas			
Bioquímica (determinación de)			
Ácido Láctico			
Ácido urico			
Amilasa			
Bilirrubina			
Calcio			
Carboxihemoglobina			
Creatinina			
Electrolitos (Na, K) en sangre y orina			

Enzimas cardiacas			
Enzimas hepáticos			
Etanol			
Gasometria			
Glucosa			
Magnesio, Fósforo			
Metahemoglobina			
Niveles de anticomiciales y otros medicamentos			
Toxicología: screening y niveles de drogas			
Transaminasas			
Proteínas,			
Proteína C Reactiva, Procalcitonina			
Osmolaridad			
Urea			
Hematología			
Recuento celular diferencial: en sangre, LCR y líquido sinovial			
Estudio de coagulación			
Velocidad de sedimentación			
Recuento de plaquetas			
Test de mononucleosis			
Microbiología			
Tinción de Gram			
Cultivos y antibiogramas			
Serologías			
Otras			
Oma simple			
Test de embarazo			
Test rápidos: estreptococo A, gripe, VSR, NS1,HIV			
RK39			

GESTIÓN DE SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO

DROGAS DE URGENCIA			
Atropina			
Adenosina			
Amiodarona			
Antieméticos			
Cloruro de Calcio			
Dextrosa 10% 5%			
Adrenalina			
Lidocaína			
Sulfato de Magnesio			
Naloxona			
Procaïnãmida			
Bicarbonato de sodio			
Solución fisiológica, Ringer lactato			
Carbón activado			
Analgésico: tópico, oral y endovenoso			
Anticonvulsivantes (Difenilhidantoina, Acido valproico)			
Antídotos (deben estar disponibles en el SEP)			
Antipiréticos			
Broncodilatadores			

Corticoides			
Drogas inotrópicas (Dopamina, dobutamina, milrinona)			
Relajante muscular			
Sedantes (benzodiazepinas)			
Agentes vasopresores (noradrenalina)			
Ketamina			
Prostaglandina E1			
Antibióticos			

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine; American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee. Care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. *Pediatrics*. 2001;107(4):777-781
2. American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee. Care of children in the emergency department, Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Joint Policy Statement—Guidelines for Care of Children in the Emergency Department. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine; *Pediatrics* 2009, 124: (4) 1233-43
3. Federación Internacional para la Medicina de Emergencia Estándares Internacionales de Cuidado de Niños en los Departamentos de Emergencias 2012.
4. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Access to optimal emergency care for children. *Pediatrics*. 2007;119(1):161-164
5. American College of Emergency Physicians. Emergency department observations units. *Ann Emerg Med* 1995, 25:863-4
6. Documento Elaborado para la Solicitud del Reconocimiento de Urgencias y Emergencia Pediátricas como Área de Capacitación Específica. Normas y Estándares de acreditación para Servicios de Urgencias Pediátricas y Centros de Instrucción en Medicina de Urgencias Pediátrica. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Pag.77. Año 2015
7. Babl FE, Weiner DL, Bhanji F, Davies F, Berry K, Barnett P. Advanced training in pediatric emergency medicine in the United States, Canada, United Kingdom and Australia: Ann International Comparision and resource guide. *Ann Emerg Med*, 2005; 45:269-275.
8. Child Health Network reports. Report and recommendations of the observation Unit Task Force. Endorsed by the Child Health Network Steering Committe and October 16, 1998.
9. Emergency department planning and resource guidelines. *Ann Emerg Med*, 2005,45:231-238
10. Faculty and accident and emergency medicine. Curriculum for higher specialist training pediatric accident and emergency medicine 2001.
11. Jelinek G, Mountain D et al. Re engineering an Australian emergency department: can we measure success?. *J Qual Vlin Pract* 1999; 19:133-8.
12. Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de Seup. C Luaces, J Benito, F Ferres, A González, V Sebastián.
13. Hue V, Bonnel C, Martinot A. Les zones de surveillance de tres courte durée aux urgences: organisation et potentialités. *Archives de Pédiatrie* 2005;12 (6):706-708.
14. Krug S, Kuppermann N. Twenty years of emergency medical services for children. A cause for celebration and a call for action. *Pediatr Emerg Care* 2005;21:223-226
15. Mace SE. Pediatric observation medicine. *Emerg Med Clin North Am* 2001;19:239-54.
16. SEMES: Estándares de acreditación de Centros y Servicios de Urgencias Hospitalarias. Revisión 1.19/03/2004.
17. American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee; American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine.

- Guidelines for preparedness of emergency departments that care for children: a call to action. *Ann Emerg Med.* 2001;37(4):389 –391
18. Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. *Natl Health Stat Rep.* 2008;(7):1–39
 19. Burt CW, McCaig LF. Staffing, capacity, and ambulance diversion in emergency departments: United States 2003–2004. *Adv Data.* 2006;(376):1–23
 20. McCaig LF, Nawar EW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 emergency department summary. *Adv Data.* 2006;(372):1–29
 21. Middleton KR, Burt CW. Availability of pediatric services and equipment in emergency departments: United States, 2002–2003. *Adv Data.* 2006;(367):1–16
 22. Institute of Medicine, Committee on Pediatric Emergency Medical Services. Institute of Medicine Report: Emergency Medical Services for Children. Durch JS, Lohr KN, eds. Washington, DC: National Academies Press; 1993
 23. McGillivray D, Nijssen-Jordan C, Kramer MS, Yang H, Platt R. Critical pediatric equipment availability in Canadian hospital emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2001;37(4):371–376
 24. Athey J, Dean JM, Ball J, Wiebe R, Melese d’Hospital I. Ability of hospitals to care for pediatric emergency patients. *Pediatr Emerg Care.* 2001;17(3):170 –174
 25. Gausche-Hill M, Schmitz C, Lewis RJ. Pediatric preparedness of United States emergency departments: a 2003 survey. *Pediatrics.* 2007;120(6):1229 –1237
 26. Institute of Medicine, Committee of the Future of Emergency Care in the US Health System. Emergency Care for Children: Growing Pains. Washington, DC: National Academies Press; 2006
 27. Tuggle DW, Krug SE; American Academy of Pediatrics, Section on Orthopedics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, Section on Critical Care, Section on Surgery, and Section on Transport Medicine. Management of pediatric trauma. *Pediatrics.* 2008;121(4):849 – 854
 28. Weik T, Fendya D, Hulbert J, Morrison-Quinata T. Emergency Medical Services for Children Program: Implementation Manual for EMSC State Partnership Performance Measures. Washington, DC: Emergency Medical Services for Children National Resource Center; 2009. Available at: www.childrensnational.org/emsc. Accessed August 20, 2009
 29. Centers for Medicare and Medicaid Services, US Department of Health and Human Services. Appendix W: survey protocol, regulations and interpretive guidelines for critical access hospitals (CAHs) and swing-beds in CAHs. In: State Operations Manual. Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services; 2008. Available at: http://cms.hhs.gov/manuals/Downloads/som107ap_w_cah.pdf. Accessed December 15, 2008
 30. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Pediatric care recommendations for freestanding urgent care centers. *Pediatrics.* 2005;116(1):258 –260
 31. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Preparation for emergencies in the offices of pediatricians and pediatric primary care providers. *Pediatrics.* 2007;120(1):200 –212
 32. American Academy of Pediatrics, National Initiative for Children’s Health Care Quality Project Advisory Committee. Principles of patient safety in pediatrics. *Pediatrics.* 2001;107(6): 1473–1475

33. Frush K, Krug SE; American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Patient safety in the pediatric emergency care setting. *Pediatrics*. 2007;120(6):1367–1375
34. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs and Committee on Hospital Care. Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. *Pediatrics*. 2003;112(2):431– 436
35. Lesar TS, Mitchell A, Sommo P. Medication safety in critically ill children. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2006;7(4):215–225
36. Taveras EM, Flores G. Why culture and language matter: the clinical consequences of providing culturally and linguistically appropriate services to children in the emergency department. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2004;5(2):76 – 84
37. Sadler BL, Joseph A. Evidence for Innovation: Transforming Children’s Health Through the Physical Environment. Alexandria, VA: National Association of Children’s Hospitals and Related Institutions; 2008
38. 24. Joint Commission. 2008 National Patient Safety Goals: Hospital Program. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission; 2008. Available at: www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/o8_hap_npsgs.htm. Accessed December 15, 2008
39. American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee. Immunization of adults and children in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2008;51(5):695
40. Cote´ CJ, Wilson S; American Academy of Pediatrics and American Academy of Pediatric Dentistry Work Group on Sedation. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures: an update. *Pediatrics*. 2006;118(6): 2587–2602
41. Mace SE, Brown LA, Francis L, et al; EMSC Panel (Writing Committee) on Critical Issues in the Sedation of Pediatric Patients in the Emergency Department. Clinical policy: critical issues in the sedation of pediatric patients in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2008;51(4): 378 –399
42. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Consent for emergency medical services for children and adolescents. *Pediatrics*. 2003;111(3):703–706
43. Knapp J, Mulligan-Smith D; American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Death of a child in the emergency department. *Pediatrics*. 2005;115(5):1432–1437
44. Knazik SR, Gausche-Hill M, Dietrich AM, et al. The death of a child in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2003;42(4):519 –529
45. American Academy of Pediatrics, Committee on Hospital Care. Family-centered care and the pediatrician’s role. *Pediatrics*. 2003;112(3 pt 1):691– 697
46. American Academy of Pediatrics, Committee on Emergency Medicine; American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee. Patient- and family-centered care and the role of the emergency physician providing care to a child in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2006;48(5):643– 645
47. American Academy of Pediatrics, Committee on Emergency Medicine; American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee. Patient- and family-centered care and the role of the emergency physician providing care to a child in the emergency department. *Pediatrics*. 2006; 118(5):2242–2244
48. Emergency Nurses Association. ENA Position Statement: Care of the Pediatric Patient in the Emergency Care Setting. Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association; 2007.

- Available at: www.ena.org/about/position/position/Pediatric_Patient_in_the_Emergency_Setting_-_ENA_PS.pdf. Accessed December 16, 2008
49. Guzzetta CE, Clark AP, Wright JL. Family presence in emergency medical services for children. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2006;7(1):15–24
 50. Emergency Nurses Association. ENA Position Statement: Family Presence at the Bedside During Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation. Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association; 2005. Available at: www.ena.org/about/position/position/Family_Presence_-_ENA_PS.pdf. Accessed December 16, 2008
 51. American Academy of Pediatrics, Medical Home Initiatives for Children With Special Health Care Needs. The medical home. *Pediatrics*. 2002;110(1 pt 1):184–186
 52. Brody AS, Frush DP, Huda W, Brent RL; American Academy of Pediatrics, Section on Radiology. Radiation risk to children from computed tomography. *Pediatrics*. 2007;120(3):677–682
 53. Teshome G, Closson FT. Emergency Medical Treatment and Labor Act: the basics and other medicolegal concerns. *Pediatr Clin North Am*. 2006;53(1):139–155
 54. Ball JW, Liao E, Kavanaugh D, Turgel C. The emergency medical services for children program: accomplishments and contributions. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2006;7(1):6–14
 55. Hegenbarth MA; American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Preparing for pediatric emergencies: drugs to consider. *Pediatrics*. 2008;121(2):433–443