

2025

# Auditoría Interna

Proceso de Admisión en Urgencias hasta el  
Destino Final del Paciente



Área de Calidad y Seguridad del Paciente



Áreas Asistenciales

## Auditoría Procesos

### Área de Urgencias

Periodo estudiado: 1 de Junio de 2025 a 31 de Julio de 2025

Noviembre 2025



## Elaborado

<b>Nombre</b>	Rafael J. Romero de Castilla Gil
<b>Cargo</b>	Coordinador de Calidad y Seguridad del Paciente
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Hospital de Montilla.
<b>Nombre</b>	Carlos J. Galán Doval y Mariola Granados Roldán
<b>Cargo</b>	Técnicos de Calidad y Seguridad del Paciente
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba. Hospital de Montilla.

## Revisado

<b>Nombre</b>	Rafael J. Romero de Castilla Gil
<b>Cargo</b>	Coordinador de Calidad y Seguridad del Paciente
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba.
<b>Nombre</b>	Fulanito de Copas
<b>Cargo</b>	Jefe de Servicio Urgencias
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba

## Aprobado

<b>Nombre</b>	Pedro Manuel Castro Cobos
<b>Cargo</b>	Gerente Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba
<b>Nombre</b>	Fulanito de Copas
<b>Cargo</b>	Jefe de Servicio Urgencias
<b>Ubicación</b>	Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba

## Histórico de Revisiones

<b>Edición</b>	<b>Fecha</b>	<b>Denominación</b>
00	Sept 2025	Documento Inicial



## 1. Índice

1. Índice.....	4
2. Introducción.....	5
3. Objetivos.....	5
4. Alcance.....	6
5. Criterios o Estándares para evaluar .....	6
5.1. Criterios de Auditoría.....	6
5.2. Indicadores de evaluación asociados ( <b>Ver Anexo I</b> ) .....	6
6. Metodología de la Auditoría.....	7
6.1. Tipo de auditoría.....	7
6.2. Población de análisis.....	7
6.3. Periodo auditado .....	7
6.4. Fuentes de Información .....	7
6.5. Instrumento de recogida de datos.....	7
7. Equipo auditor .....	8
7.1. Composición del equipo auditor.....	8
8. Planificación de la Auditoría .....	9
9. Recursos .....	10
10. Hallazgos .....	11
11. Recomendaciones.....	13
12. Plan de Acción.....	17
13. Anexo I: Indicadores evaluados en esta auditoría .....	18
14. Anexo II. Cronograma.....	19

## 2. Introducción

Este documento recoge el resultado de una auditoría clínica interna realizada en el Área de Urgencias, centrada en el proceso completo desde la admisión del paciente hasta la decisión de ingreso hospitalario.

Esta actividad se enmarca en un taller práctico multidisciplinar en el que participan distintos profesionales de la unidad asistencial. La auditoría tiene un doble objetivo:

- Didáctico, como ejercicio formativo de evaluación de la calidad y la seguridad clínica.
- Funcional, como aproximación real al análisis de puntos críticos dentro del proceso asistencial, a través de la identificación y evaluación de riesgos, el diseño de indicadores y la propuesta de mejoras organizativas.
- Basado en los resultados de un AMFE realizado en el área de Urgencias.

## 3. Objetivos

### Objetivo General:

Evaluar el grado de cumplimiento y eficacia de las medidas de seguridad implementadas en los subprocesos críticos del circuito de admisión de urgencias, desde el momento en que el paciente accede al área asistencial hasta que se toma la decisión de ingreso hospitalario.

Esta auditoría se basa en los resultados del análisis AMFE realizado previamente, centrándose especialmente en aquellos riesgos con mayor IPR (Índice de Prioridad de Riesgo).

Además, pretende generar propuestas realistas de mejora y comprobar si las acciones preventivas planteadas han sido implementadas y sostenidas en la práctica clínica.

### Objetivos Específicos:

1. Identificar criterios e indicadores de calidad relacionados con los principales puntos críticos del proceso de admisión en urgencias.
2. Aplicar de forma práctica la herramienta AMFE, utilizando los riesgos previamente priorizados como base para el diseño de la auditoría.
3. Fomentar el trabajo colaborativo y la reflexión grupal, asignando a cada equipo la responsabilidad de diseñar parte del plan de auditoría.
4. Desarrollar habilidades de diseño y análisis de indicadores de calidad, factibles y medibles, vinculados a subprocesos clínicos concretos.
5. Valorar la utilidad de la auditoría interna como herramienta de mejora continua, aplicándola a un contexto realista y transversal.
6. Promover la cultura de seguridad del paciente, integrando el enfoque preventivo en la toma de decisiones clínicas y organizativas.

## 4. Alcance

La presente auditoría incluye la evaluación completa del proceso de admisión de pacientes en urgencias hasta la decisión de ingreso hospitalario, sin considerar el seguimiento posterior en planta.

Se han definido los siguientes siete subprocesos críticos, que estructuran y delimitan el ámbito de análisis:

- Recepción y registro administrativo.
- Triaje de enfermería.
- Estancia en sala de espera.
- Valoración médica inicial.
- Pruebas diagnósticas y traslado.
- Comunicación de resultados y decisión clínica.
- Gestión del ingreso.

## 5. Criterios o Estándares para evaluar

La presente auditoría tiene como eje central la evaluación de los riesgos priorizados con mayor IPR en el análisis AMFE realizado sobre el proceso de admisión de pacientes en urgencias.

A partir de dichos riesgos, y de las acciones de mejora propuestas, se han definido siete criterios de auditoría, uno por cada subproceso identificado en el mapa general del proceso.

Estos criterios buscan verificar si las actuaciones clínicas y organizativas observadas cumplen con los estándares de calidad y seguridad previstos. Para cada uno de ellos, se ha diseñado un indicador asociado que permite objetivar su cumplimiento de forma sistemática.

### 5.1. Criterios de Auditoría

Nº	Subproceso	Criterio de auditoría
1	Recepción y registro administrativo	Se realiza el registro completo y verificado de datos administrativos al ingreso.
2	Triaje de enfermería	El triaje incluye la toma completa de constantes y la evaluación de fragilidad.
3	Estancia en sala de espera	Los pacientes con prioridad 3 son reevaluados clínicamente si superan 30 minutos.
4	Valoración médica inicial	Se documenta la conciliación de la medicación habitual al ingreso.
5	Pruebas diagnósticas y traslado	Todos los pacientes están correctamente identificados con pulsera antes del traslado.
6	Comunicación de resultados	Se documenta la comunicación de resultados críticos al paciente y/o su acompañante.
7	Gestión del ingreso	La planta receptora dispone de la información clínica completa al recibir al paciente.

### 5.2. Indicadores de evaluación asociados (**Ver Anexo I**)



## 6. Metodología de la Auditoría

La auditoría clínica simulada desarrollada en el marco del curso ha sido diseñada con una doble finalidad: formativa, orientada al aprendizaje activo de herramientas de mejora continua, y aplicada, para reproducir las dinámicas reales de una auditoría clínica interna sobre procesos asistenciales de urgencias.

La metodología ha combinado el trabajo individual, grupal y en sesiones plenarias, integrando todas las fases de una auditoría: desde la selección de riesgos hasta la evaluación de resultados y la propuesta de mejoras.

### 6.1. Tipo de auditoría

- **Interna y simulada**, coordinada por el equipo docente en colaboración con Calidad y Seguridad del Paciente.
- **Formativa y práctica**, estructurada como taller secuencial basado en una historia clínica ficticia pero realista.
- **Multidisciplinar**, con participación de profesionales sanitarios de distintos perfiles asistenciales.

### 6.2. Población de análisis

- La auditoría se ha centrado en una muestra **simulada de pacientes**, todos ellos atendidos en el Área de Urgencias y con resultado final de ingreso hospitalario.
- La historia clínica común de estos pacientes ha servido como hilo conductor de todo el taller.

### 6.3. Periodo auditado

- Se simula la recogida de información correspondiente al periodo comprendido entre el **1 y el 30 de mayo de 2025**.

### 6.4. Fuentes de Información

- Historias clínicas simuladas en papel o soporte digital.
- Observación directa simulada de procesos clínicos y organizativos.
- Entrevistas breves a profesionales participantes.
- Fichas de ejercicios y tablas de priorización realizadas en los talleres.

### 6.5. Instrumento de recogida de datos

- Checklist estructurado, con criterios previamente definidos y respuesta cerrada:
- Se diseñaron 30 indicadores en total (2 por cada uno de los 15 hallazgos priorizados), mediante ejercicios progresivos (5A, 5B, 6A, 6B).
- De estos, se seleccionaron 10 indicadores (2 por grupo) para realizar la auditoría simulada real mediante recogida de datos, análisis y formulación de propuestas de mejora (Ejercicios 7, 8 y 9).
- Para ello, cada grupo utilizó un checklist estructurado, con respuesta cerrada:
  - Sí     No     No aplica
- Los ítems se diseñaron en base a los indicadores previamente trabajados y adaptados a la historia clínica simulada.

## 7. Equipo auditor

La auditoría ha sido concebida como una **actividad formativa, multidisciplinar y participativa**, desarrollada por los alumnos del curso organizados en **grupos de trabajo simulados**. Cada grupo ha representado a un equipo auditor real, incluyendo distintos perfiles profesionales del entorno asistencial, lo que ha permitido una **visión integral y enriquecida** de los procesos evaluados y de los riesgos asociados.

### 7.1. Composición del equipo auditor

- Coordinador/a de Calidad y Seguridad del Paciente:  
Responsable de la planificación global de la auditoría, la coordinación de los grupos de trabajo y la consolidación final de los resultados.
- Supervisor/a de Enfermería del Área de Urgencias:  
Aporta el enfoque operativo del proceso, asegurando la viabilidad de las mejoras propuestas y su adaptación al funcionamiento real del servicio.
- Profesional médico asignado al equipo auditor:  
Contribuye con criterio clínico a la valoración de procedimientos, estándares asistenciales y calidad documental.
- Profesional de enfermería asistencial:  
Aporta la visión práctica sobre la ejecución de los cuidados, el cumplimiento de protocolos y la validación de circuitos reales.
- Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE):  
Clave en muchos puntos críticos del proceso de atención urgente, su participación refuerza la identificación de mejoras desde la práctica cotidiana.
- Personal Administrativo del área:  
Fundamental en la gestión de los flujos administrativos y en la correcta recogida de datos, asegurando la trazabilidad y eficiencia del proceso.
- Técnico/a de Calidad u Observador externo:  
Facilita una mirada objetiva durante el desarrollo del ejercicio, sistematiza los resultados y garantiza el rigor metodológico aplicado.



## 8. Planificación de la Auditoría

La planificación de esta auditoría clínica interna se ha estructurado en **cuatro fases principales**, diseñadas para facilitar su ejecución progresiva y garantizar la calidad de los resultados, incluso en un entorno simulado. La estructura es perfectamente adaptable a una auditoría real en el entorno asistencial.

### 8.1. Fase 1 – Preparación y definición del alcance

- Revisión del AMFE realizado previamente sobre el proceso de admisión de urgencias.
- Selección de los **15 hallazgos con mayor IPR** como base de análisis.
- Definición de los **7 subprocesos críticos** y asignación de riesgos a grupos de trabajo.
- Revisión bibliográfica sobre estándares y buenas prácticas en auditoría clínica.

**Responsables:** Coordinador/a del curso, Técnico/a de Calidad, Supervisión de Urgencias.

### 8.2. Fase 2 – Diseño de la auditoría

- Formulación de **30 indicadores** (2 por hallazgo) en los ejercicios 5A y 5B.
- Selección y categorización de **tipos de evidencia e instrumentos de recogida** (Ejercicios 6A y 6B).
- Creación de plantillas de recogida de datos para cada grupo.

**Responsables:** Grupos de trabajo, con apoyo metodológico del equipo docente.

### 8.3. Fase 3 – Ejecución y recogida de datos

- Selección de **2 hallazgos por grupo** (10 en total) para realizar la auditoría simulada.
- Aplicación de los indicadores definidos sobre una historia clínica simulada.
- Recogida de datos en checklist estructurado con criterios cerrados.

**Responsables:** Participantes del curso organizados en grupos; supervisión por parte del equipo formador.

### 8.4. Fase 4 – Análisis, informe y propuesta de mejoras

- Análisis de resultados en los ejercicios 7, 8 y 9.
- Formulación de conclusiones y recomendaciones.
- Diseño de un plan de acción basado en hallazgos auditados.
- Elaboración del informe final conjunto, integrando todos los apartados.

**Responsables:** Todos los participantes en coordinación con el equipo docente.

## 9. Recursos

Para llevar a cabo una auditoría clínica interna de forma efectiva, incluso en un contexto formativo o simulado como el presente, es fundamental prever y asegurar una serie de recursos humanos, materiales y organizativos. La disponibilidad y correcta planificación de estos recursos determina en gran medida la viabilidad y calidad del proceso auditor.

### 9.1. Recursos humanos

- Equipo auditor multidisciplinar, formado por profesionales clínicos y no clínicos (medicina, enfermería, TCAE, personal administrativo, responsables de calidad), con representación de todos los subprocesos evaluados.
- Coordinador/a de auditoría, con experiencia en calidad asistencial, encargado de planificar, dinamizar y consolidar el trabajo del equipo.
- Técnico/a de calidad o profesional externo, que actúe como observador objetivo y aporte soporte metodológico durante todas las fases.
- Apoyo docente, si se trata de una actividad formativa, para facilitar la comprensión de herramientas e instrumentos utilizados.

### 9.2. Recursos documentales

- AMFE del proceso clínico previamente realizado, como base para la selección de hallazgos e identificación de riesgos críticos.
- Mapas de proceso, diagramas de flujo y protocolos organizativos que ayuden a contextualizar la auditoría.
- Checklists, plantillas de indicadores y hojas de recogida de datos, adaptadas al formato de cada subproceso.
- Fichas resumen y documentos de apoyo que faciliten la toma de decisiones y la formulación de recomendaciones.

### 9.3. Recursos materiales y tecnológicos

- Equipos informáticos con acceso a historiales clínicos, sistemas de información y soporte documental.
- Material impreso, como copias de checklists, informes parciales y hojas de resultados.
- Herramientas de análisis de datos (Excel, hojas de cálculo, herramientas estadísticas simples).
- Aula o espacio físico que permita la reunión de grupos de trabajo y la presentación de resultados en plenaria.
- Pizarra o paneles visuales, útiles para la representación gráfica de los hallazgos y la priorización de acciones.

### 9.4. Recursos temporales

- Planificación mínima de 2 a 3 sesiones de trabajo grupal, con duración variable (entre 2 y 4 horas cada una), dependiendo de la complejidad del proceso auditado.
- Tiempo adicional para revisión, análisis de datos y redacción del informe final, que puede requerir entre 4 y 6 horas más, de forma distribuida entre los participantes.

## 10. Hallazgos

Durante la auditoría clínica simulada se seleccionaron 15 hallazgos prioritarios basados en los resultados del análisis AMFE previamente realizado. De estos, se definieron dos indicadores por hallazgo, con un total de 30 indicadores diseñados en los ejercicios 5 y 6.

Sin embargo, por razones operativas y formativas, la fase de recogida y análisis de datos se centró únicamente en 10 de estos hallazgos, seleccionados en los ejercicios 7 por los distintos grupos participantes. A continuación, se resumen los hallazgos finalmente auditados y sus principales resultados:

### Grupo A

#### Subproceso: Triaje de Enfermería

- **Hallazgo 1:** Clasificación errónea del nivel de prioridad.
  - **Resultado:** 2 discrepancias en 10 casos revisados → 80%.
  - **Conclusión: No Cumple.** Necesidad de refuerzo formativo y revisión de criterios.
- **Subproceso:** Recepción y Registro Administrativo.
- **Hallazgo 2:** El sistema no alerta de antecedentes clínicos relevantes
  - **Resultado:** 3 de 15 historias sin antecedentes visibles → 80%
  - **Conclusión: No Cumple.** Riesgo potencial en la seguridad clínica por falta de información relevante.

### Grupo B

#### Subproceso: Sala de Espera

- **Hallazgo 3:** Falta de reevaluación clínica en esperas prolongadas.
  - **Resultado:** 9 de 12 pacientes sin reevaluación registrada → 75%.
  - **Conclusión: No Cumple.** Riesgo clínico relevante en tiempos prolongados de espera.

#### Subproceso: Valoración Médica Inicial

- **Hallazgo 4:** No conciliación de la medicación habitual.
  - **Resultado:** 8 de 10 historias con conciliación → 80%.
  - **Conclusión: No Cumple.** Inadecuado para un estándar  $\geq 90\%$ .



## Grupo C

### Subproceso: Triaje de Enfermería

- **Hallazgo 5:** No detección de paciente frágil o con deterioro cognitivo.
  - **Resultado:** 15 pacientes evaluados sobre un total de 20 → 75%.
  - **Conclusión:** **No Cumple.** Esto sugiere que no se está aplicando de forma sistemática la herramienta de detección de fragilidad en los pacientes mayores de 75 años.

### Subproceso: Comunicación de resultados

- **Hallazgo 6:** No revisión o interpretación errónea de resultados clínicos.
- **Resultado:** 6 resultados comunicados en menos de 60 minutos sobre 10 → 60%.
- **Conclusión:** **No Cumple,** el cumplimiento está claramente por debajo del umbral fijado ( $\geq 90\%$ ). Esta demora representa un riesgo significativo para la seguridad del paciente, ya que puede retrasar la toma de decisiones clínicas urgentes.

## Grupo D

### Subproceso: Gestión del Ingreso

- **Hallazgo 7:** Demora prolongada en encontrar cama disponible.
  - **Resultado:** 5 de 10 ingresos con demora >6h → 50%.
  - **Conclusión:** **No Cumple.** Retrasos incompatibles con estándares de eficiencia.

### Subproceso: Estancia en Sala de Espera

- **Hallazgo 8:** Falta de acompañamiento o supervisión.
  - **Resultado:** 4 de 20 casos sin acompañamiento → 20%.
  - **Conclusión:** **No Cumple.** Riesgo importante en población vulnerable.

## Grupo E

### Subproceso: Recepción y Registro Administrativo

- **Hallazgo 9:** Falta de protocolo ante paciente frágil.
  - **Resultado:** 15 de 20 activaciones → 75%
  - **Conclusión:** **No Cumple.** Necesidad de alertas automáticas y revisión de circuitos.

### Subproceso: Triaje de Enfermería

- **Hallazgo 10:** No colocación de pulsera identificativa.
  - **Resultado:** 18 de 20 pacientes con pulsera → 90%.
  - **Conclusión:** **No Cumple.** Requiere verificación doble y mejora en adherencia.

## 11. Recomendaciones

A partir de los hallazgos analizados y los resultados obtenidos en los ejercicios previos, cada grupo de trabajo formuló una o varias **recomendaciones de mejora realistas**, específicas y directamente orientadas a minimizar el riesgo identificado. Estas propuestas han sido diseñadas de forma colaborativa, considerando criterios de viabilidad, impacto y prioridad, en función de los recursos disponibles y la estructura organizativa del Área de Urgencias.

Las recomendaciones presentadas a continuación constituyen la base para el diseño posterior del Plan de Acción. Su aplicación pretende mejorar la calidad asistencial, reforzar la cultura de seguridad y cerrar el ciclo iniciado con el análisis de riesgos del AMFE. Además, se ha asignado un responsable principal para cada propuesta y se ha estimado su prioridad de implantación de forma consensuada.

Cada grupo de trabajo analiza dos hallazgos a los cuales se les ha solicitado la elaboración de dos recomendaciones por hallazgo:

### Grupo A Recomendaciones de Mejora

#### Subproceso: Triaje de Enfermería.

**Hallazgo:** Clasificación errónea del nivel de prioridad.

**Indicador:** Porcentaje de discrepancias entre el nivel de prioridad asignado y el reevaluado por supervisión clínica.

**Primera recomendación:** Reforzar la formación específica en triaje clínico estructurado para el personal de enfermería, asegurando la correcta aplicación de los criterios de priorización.

**Responsable propuesto:** Supervisión de Enfermería de Urgencias.

**Prioridad:** Alta, ya que afecta directamente a la seguridad clínica y a los tiempos críticos de atención.

**Segunda recomendación:** Establecer auditorías trimestrales de revisión cruzada de los triajes realizados, para identificar patrones de error y ofrecer retroalimentación formativa.

**Responsable propuesto:** Responsable de Calidad.

**Prioridad:** Media, al implicar una mejora progresiva sin impacto inmediato sobre el riesgo clínico.

#### Subproceso: Recepción y Registro Administrativo.

**Hallazgo:** El sistema no alerta de antecedentes clínicos relevantes.

**Indicador:** Porcentaje de historias clínicas con alertas activas revisadas.

**Primera recomendación:** Solicitar al servicio TIC la creación de un campo obligatorio y visible en el módulo de admisión para consignar antecedentes clínicos relevantes.

**Responsable propuesto:** Coordinador de Sistemas de Información

**Prioridad:** Alta, por tratarse de un cambio estructural con efecto directo en la accesibilidad a información clínica crítica.



**Segunda recomendación:** Realizar sesiones de sensibilización al personal administrativo sobre la importancia del registro riguroso de antecedentes clínicos en admisión.

**Responsable propuesto:** Jefe de Sección de Admisión.

**Prioridad:** Media, al requerir un cambio de hábitos y formación continuada, con impacto gradual en la mejora del proceso.

## Grupo B Recomendaciones de Mejora

### Subproceso: Estancia en Sala de Espera

**Hallazgo:** Pacientes con esperas prolongadas sin reevaluación clínica documentada.

**Indicador:** Porcentaje de pacientes que superan el tiempo máximo en sala de espera sin reevaluación registrada.

**Primera recomendación:** Implantar un sistema de alertas automáticas en el módulo informático de Urgencias que notifique a Enfermería cuando un paciente exceda el tiempo de espera permitido. Esta medida permitiría actuar de forma inmediata y garantizar una reevaluación oportuna, mejorando así el cumplimiento del criterio clínico establecido.

**Responsable propuesto:** Supervisor/a de Enfermería del Área de Urgencias.

**Prioridad:** Alta.

**Segunda recomendación:** Incorporar en el protocolo de triaje una revisión sistemática cada 60 minutos para reevaluar a los pacientes en espera. Esta pauta facilitaría la actualización del estado clínico de forma periódica.

**Responsable propuesto:** Coordinador Médico de Urgencias.

**Prioridad:** Media.

### Subproceso: Valoración Médica Inicial

**Hallazgo:** No conciliación de la medicación habitual del paciente.

**Indicador:** Porcentaje de pacientes con medicación habitual registrada antes de prescripción en urgencias.

**Primera recomendación:** Añadir un campo obligatorio en el módulo de prescripción electrónica que obligue a registrar la medicación habitual del paciente antes de permitir la prescripción urgente. Esta medida introduce una verificación estructural del dato clave y fuerza su cumplimiento.

**Responsable propuesto:** Coordinador de Farmacia Hospitalaria.

**Prioridad:** Alta.

**Segunda recomendación:** Ofrecer una formación breve y práctica dirigida al personal médico de urgencias sobre la importancia de la conciliación de la medicación y cómo realizarla de forma adecuada al ingreso. Esta intervención contribuye a la sensibilización del personal y mejora la seguridad del paciente con una intervención de bajo coste.

**Responsable propuesto:** Jefe de Servicio de Urgencias.

**Prioridad:** Media.

## Grupo C Recomendaciones de Mejora

### Subproceso: Triaje de Enfermería.

**Hallazgo:** No detección de paciente frágil o con deterioro cognitivo.

**Indicador:** % de pacientes mayores de 75 años evaluados con herramienta de detección de fragilidad.

**Primera recomendación:** Implantar un protocolo obligatorio de detección de fragilidad en pacientes mayores de 75 años durante el triaje, incorporando la herramienta al registro digital del paciente.

**Responsable propuesto:** Coordinación de Enfermería de Urgencias.

**Prioridad:** Alta (por su impacto inmediato en la identificación de pacientes vulnerables).

**Segunda Recomendación:** Formar al personal de triaje en el uso de herramientas de cribado de fragilidad (como FRAIL o similar), mediante sesiones clínicas prácticas.

**Responsable propuesto:** Unidad de Formación Continuada.

**Prioridad:** Media (contribuye al refuerzo de competencias necesarias para consolidar el cambio).

### Subproceso: Comunicación de Resultados.

**Hallazgo:** No revisión o interpretación incompleta de resultados clínicos

**Indicador:** % de resultados críticos comunicados al responsable clínico en un tiempo inferior a 60 minutos

**Primera recomendación:** Definir un circuito de alerta automática para resultados críticos en el sistema informático, asegurando la trazabilidad de la recepción por parte del responsable clínico.

**Responsable propuesto:** Servicio de Informática Clínica.

**Prioridad:** Alta (previene demoras críticas en la atención sanitaria).

**Segunda Recomendación:** Establecer un listado actualizado de responsables clínicos de guardia, accesible por turnos, que permita garantizar la comunicación directa y rápida ante resultados relevantes.

**Responsable propuesto:** Jefatura de Servicio Médico de Urgencias.

**Prioridad:** Media (mejora organizativa clave para una comunicación efectiva)

## Grupo D Recomendaciones de Mejora

### Subproceso: Gestión del Ingreso.

**Hallazgo:** Demora prolongada en encontrar cama disponible.

**Indicador:** Porcentaje de ingresos con espera superior a 6 horas desde la indicación médica.

**Primera recomendación:** Se propone establecer un sistema de alerta automatizada que notifique desde el Servicio de Urgencias la disponibilidad de camas libres en planta.



**Responsable propuesto:** Supervisión de Enfermería de Urgencias.

**Prioridad:** Alta ( reduce directamente los tiempos de espera mediante notificación inmediata).

**Segunda recomendación:** Como medida complementaria, se recomienda coordinar una reunión semanal con los responsables de las unidades de hospitalización para revisar conjuntamente los bloqueos estructurales que condicionan la asignación de camas.

**Responsable propuesto:** Esta acción sería responsabilidad del Subdirector Médico.

**Prioridad:** Media, al suponer una mejora progresiva del flujo sin requerir cambios tecnológicos inmediatos.

**Subproceso: Estancia en Sala de Espera.**

**Hallazgo:** Falta de acompañamiento o supervisión.

**Indicador:** Porcentaje de incidentes relacionados con caídas o desorientación en pacientes sin acompañamiento documentado.

**Primera recomendación:** Se recomienda implantar un protocolo obligatorio de acompañamiento para aquellos pacientes que presenten deterioro cognitivo o dependencia funcional.

**Responsable propuesto:** Coordinación de Enfermería de Urgencias.

**Prioridad:** Alta, ya que actúa directamente sobre la causa de incidentes y reduce el riesgo inmediato para estos pacientes.

**Segunda recomendación:** Asimismo, se propone incorporar un campo obligatorio en el registro de triaje que indique si el paciente necesita acompañamiento y si este está garantizado.

**Responsable propuesto:** Equipo de Sistemas de Información Clínicos.

**Prioridad:** Media, al mejorar la trazabilidad y facilitar auditorías futuras.

## Grupo E Recomendaciones de Mejora

**Subproceso: Recepción y Registro Administrativo.**

**Hallazgo:** Falta de protocolo ante paciente frágil.

**Indicador:** % de pacientes frágiles detectados con protocolo de actuación activado.

**Primera Recomendación:** Elaborar y difundir un procedimiento operativo específico para la detección y activación del protocolo de paciente frágil en admisión, garantizando una atención equitativa y segura desde el primer contacto.

**Responsable propuesto:** Dirección de Enfermería.

**Prioridad:** Alta, dado su impacto potencial en la seguridad clínica.

**Segunda recomendación:** Formación específica al personal administrativo y de enfermería de admisión, con sesiones orientadas a la identificación precoz y correcta derivación de pacientes frágiles.

**Responsable propuesto:** Coordinador/a Unidad de Formación.

**Prioridad:** Media, ya que su implementación será progresiva pero esencial para consolidar una cultura de sensibilización y atención centrada en la vulnerabilidad clínica.

**Subproceso: Triaje de Enfermería.**

**Hallazgo:** No colocación de pulsera identificativa.

**Indicador:** % de pacientes que acceden a la atención médica sin pulsera identificativa colocada.

**Primera recomendación:** Establecer un punto de control obligatorio en el software de triaje, de forma que no permita continuar el proceso sin haber registrado la colocación de la pulsera identificativa.

**Responsable propuesto:** Departamento de Sistemas

**Prioridad,** Alta, y está orientada a asegurar un cumplimiento sistemático y sin omisiones.

**Segunda recomendación:** Implementar una revisión semanal de incidencias relacionadas con la falta de pulsera, utilizando una auditoría rápida y periódica.

**Responsable propuesto:** Supervisión de Enfermería.

**Prioridad:** Media, a contribuirá a detectar posibles desviaciones o fallos persistentes, reforzando así el seguimiento del cumplimiento de este estándar de seguridad.

## 12. Plan de Acción

El presente informe concluye con un compromiso colectivo de mejora continua en la atención urgente, fundamentado en los hallazgos detectados durante la auditoría clínica simulada. A partir de los resultados obtenidos, se han formulado líneas de acción concretas orientadas a reforzar la seguridad del paciente, estandarizar procedimientos críticos y promover la cultura de calidad asistencial.

Las recomendaciones propuestas en los distintos subprocesos se entienden como una guía práctica que puede ser adaptada e implementada en contextos reales por parte de los equipos responsables. Este plan no implica una implantación inmediata, sino que plantea un marco de referencia sobre el que construir futuras estrategias de mejora, ajustadas a la realidad operativa y a los recursos disponibles en cada centro o unidad.

Se anima a los participantes a replicar esta metodología en sus entornos profesionales, integrando la auditoría como herramienta formativa y de evaluación periódica, y favoreciendo el trabajo multidisciplinar en torno a objetivos comunes de seguridad y excelencia clínica.



## 13. Anexo I: Indicadores evaluados en esta auditoría

Nº	Subproceso	Hallazgo	Indicador	Tipo	Fórmula	Umbbral	Fuente de datos
1	Triaje de Enfermería	Clasificación errónea del nivel de prioridad	% de discrepancias entre el nivel de prioridad asignado y el reevaluado por supervisión clínica	Proceso	(Nº de discrepancias / Nº de casos revisados) x 100	≥ 95%	Hoja de Triaje + Historia Clínica
2	Recepción y Registro Administrativo	El sistema no alerta de antecedentes clínicos relevantes	% de pacientes con antecedentes clínicos relevantes en los que se activa una alerta visible en el sistema	Proceso	(Nº historias con alerta revisada / Nº historias revisadas) x 100	≥ 90%	Historia Clínica + Entrevista Personal
3	Estancia en Sala de Espera	Espera prolongada sin reevaluación clínica	% de pacientes que superan el tiempo máximo en sala de espera sin reevaluación registrada	Proceso	(Número de pacientes con espera superior a 60 minutos sin reevaluación registrada / Total de pacientes con espera superior a 60 minutos) x 100	≥90 %	Historias electrónicas, módulo de triaje y seguimiento clínico
4	Valoración Médica Inicial	No conciliación de medicación habitual	% de pacientes con medicación habitual registrada antes de prescripción en urgencias	Proceso	(Número de pacientes con medicación habitual registrada antes de prescripción / Total de pacientes revisados) x 100	≥90 %	Historia clínica electrónica, módulo de prescripción, hoja de tratamiento habitual
5	Triaje de Enfermería	No detección de paciente frágil o con deterioro cognitivo	% de pacientes mayores de 75 años evaluados con herramienta de detección de fragilidad	Proceso	(Nº de pacientes ≥75 años evaluados con herramienta / Total pacientes ≥75 años) x 100	≥80 %	Historia clínica electrónica + módulo de triaje
6	Comunicación de Resultados	No revisión o interpretación incompleta de resultados clínicos	% de resultados críticos comunicados al responsable clínico en un tiempo inferior a 60 minutos	Resultado	(Nº de resultados críticos comunicados < 60 min / Nº total de resultados críticos revisados) x 100	≥90 %	Registro de validación en LIS + Comunicación registrada en historia clínica
7	Gestión del Ingreso	Demora prolongada en encontrar cama disponible	% de ingresos con espera superior a 6 horas desde la indicación médica	Resultado	(Nº de pacientes con espera superior a 6 horas desde la indicación de ingreso / Total de ingresos) x 100	≤ 20%	Historia clínica electrónica + módulo de gestión de camas
8	Estancia en Sala de Espera	Falta de acompañamiento o supervisión	% de incidentes relacionados con caídas o desorientación en pacientes sin acompañamiento documentado	Resultado	(Nº de incidentes en pacientes sin acompañamiento / Nº total de incidentes por caída o desorientación) x 100	≤ 15%	Notificaciones del sistema de gestión de incidentes + historias clínicas
9	Recepción y Registro Administrativo	Falta de protocolo ante paciente frágil	% de pacientes identificados como frágiles en admisión con protocolo activado	Proceso	(Nº de pacientes frágiles con protocolo activado / Nº total de pacientes identificados como frágiles) x 100	≥ 80%	Historia clínica electrónica + módulo de admisión
10	Triaje de Enfermería	No colocación de pulsera identificativa	% de pacientes registrados en triaje con pulsera colocada antes del paso a box o pruebas	Proceso	(Nº de pacientes con pulsera colocada antes del paso a box o pruebas / Nº total de pacientes triajeados) x 100	≥ 95%	Observación directa + registro electrónico de triaje



## 14. Anexo II. Cronograma

Subproceso	Hallazgos	Meses Planificados	Responsable(s)	Observaciones
Recepción y Registro Administrativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>No detección antecedentes.</li> <li>Falta protocolo pacientes frágiles.</li> <li>Omisión datos clínicos relevantes.</li> </ul>	Enero – Febrero	Supervisor/a de Admisión + Médico Responsable de Área	Incluir revisión de historia clínica en protocolo de admisión.
Triaje de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>Omisión de constantes.</li> <li>Clasificación errónea.</li> <li>No detección paciente frágil.</li> <li>No colocación pulsera.</li> </ul>	Marzo – Abril	Supervisora de Enfermería + Responsable de Calidad	Incluir sesiones formativas previas al arranque de auditoría.
Estancia en Sala de Espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espera prolongada sin reevaluación.</li> <li>Falta acompañamiento.</li> </ul>	Mayo	Supervisor/a de Guardia + Supervisor Área Social	Valorar si hay condiciones estructurales que limiten mejoras.
Valoración Médica Inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>No conciliación medicación habitual.</li> </ul>	Junio	Jefe/a de Urgencias + Farmacia	Hacer muestra cruzada con receta electrónica.
Pruebas Diagnósticas y Traslado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdida o no colocación de pulsera identificativa</li> <li>Confusión de camillas al volver de pruebas.</li> </ul>	Julio – Agosto	Supervisor de Enfermería + Técnico de Transporte	Comprobar cumplimiento de checklist de identificación en traslados.
Comunicación de Resultados y Decisión Final	<ul style="list-style-type: none"> <li>No revisión o interpretación errónea de resultados.</li> </ul>	Septiembre	Médico Responsable de Guardia + Coordinación Médica	Revisar qué sistemas de validación y doble lectura existen en el parte médico.
Gestión del Ingreso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de coordinación entre urgencias y servicio receptor.</li> <li>Demora prolongada.</li> </ul>	Octubre – Noviembre	Jefatura de Urgencias + Admisión + Supervisión Planta	Incluir indicadores de tiempo medio desde indicación de ingreso hasta traslado efectivo.

