



# Contenidos

<b>INFORMACIÓN GENERAL .....</b>	<b>4</b>
Conceptos generales.....	5
Objetivo de la guía .....	5
Modelo de acreditación .....	5
<b>PROCESO DE EVALUACIÓN.....</b>	<b>7</b>
Mecanismo de evaluación .....	8
Fuentes de información .....	8
Valoración del cumplimiento de los criterios .....	8
Planificación de la auditoría.....	10
Reglas de decisión.....	12
Criterios imprescindibles para conseguir la acreditación .....	12
<b>ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN .....</b>	<b>14</b>
Revisión de protocolos y procedimientos.....	15
Revisión de historias clínicas.....	16
Sesión grupal sobre práctica clínica .....	17
Sesión grupal sobre calidad y seguridad.....	18
Sesión grupal sobre formación e investigación .....	20
Sesión grupal sobre control de la infección .....	21
Sesión grupal sobre entorno y equipamiento .....	22
Sesión grupal sobre gestión del SMI.....	23
Rondas de observación .....	24
<b>ANEXOS .....</b>	<b>25</b>
Anexo 1. Listado de protocolos y procedimientos.....	26
Anexo 1a. Herramienta de revisión de protocolos y procedimientos .....	29
Anexo 1b. Revisión de protocolos para otras sesiones .....	40
Anexo 2. Perfiles de pacientes que hay que localizar para la sesión de revisión de historias clínicas cerradas.....	43
Anexo 3. Herramienta de revisión de historias clínicas activas .....	44

Anexo 4. Herramienta de revisión de historias clínicas cerradas .....	50
Anexo 5. Relación de criterios y metodología de evaluación y puntuación .....	56
Procesos generales .....	56
Procesos especializados .....	86

# INFORMACIÓN GENERAL

---

# Conceptos generales

## Objetivo de la guía

**SEMICyUC Calidad** es un modelo de acreditación de la calidad clínica y organizativa de los Servicios de Medicina Intensiva (SMI).

La **acreditación** es un proceso por el que un SMI se somete con carácter voluntario a un procedimiento de evaluación externa, en orden a evaluar el grado de cumplimiento de una serie de criterios de buena práctica previamente establecidos por un órgano independiente que, a la vista de los resultados obtenidos, emitirá el dictamen correspondiente.

La acreditación abarca todas las unidades funcionales de cuidados que dependan de un SMI.

Los criterios del modelo de acreditación están recogidos en el *Manual de criterios de SEMICyUC Calidad* (a partir de ahora, el Manual).

La **evaluación externa** (auditoría) es un proceso que consiste en comprobar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad contenidos en el Manual, por parte de un equipo de evaluadores independientes (auditores) capacitados específicamente para esta función y que emiten un informe sobre los resultados observados durante la auditoría. Este informe es remitido a un comité de acreditación, que es quien finalmente toma la decisión de otorgar o no la acreditación.

El **objetivo** de esta guía es facilitar a los evaluadores que acudan a los SMI que solicitan la acreditación la información necesaria para llevar a cabo el proceso de evaluación externa y las actividades que comporta, de manera homogénea en todos los casos y minimizando la variabilidad. También puede servir de orientación a los SMI para realizar su propia autoevaluación y obtener un diagnóstico de situación cuando decidan emprender el proceso de preparación para conseguir la acreditación.

## Modelo de acreditación

SEMICyUC Calidad abarca tanto aquellos procesos de un SMI que son iguales o similares a los de otros servicios del hospital **-procesos generales-**, como aquellos otros que están directamente relacionados con la especialidad del servicio o la unidad de cuidados **-procesos especializados-**.

El modelo incluye 293 criterios de buenas prácticas clínicas y organizativas:

- Procesos generales: 153 criterios
- Procesos especializados: 140 criterios

Además, dentro de los criterios se distinguen aquellos que se consideran esenciales, es decir, básicos para cualquier SMI:

- Procesos generales: 88 criterios esenciales
- Procesos especializados: 123 criterios esenciales

El modelo incluye criterios de cinco procesos generales y de diez procesos especializados:

Proceso	Nº criterios	Nº esenciales
<b>Procesos generales</b>	<b>153</b>	<b>88</b>
Atención centrada en la persona (ACP)	32	24
Seguridad del paciente (SP)	35	21
Gestión clínica del SMI (GES)	44	25
Procesos asistenciales generales (PAG)	23	16
Formación continuada e investigación (FCI)	19	2
<b>Procesos especializados</b>	<b>140</b>	<b>123</b>
Cuidados cardiológicos y reanimación cardiopulmonar (CRD)	12	10
Insuficiencia respiratoria aguda (IRA)	21	19
Neurointensivismo y traumatología (NIT)	20	17
Enfermedades infecciosas (INF)	25	23
Metabolismo y nutrición (NTR)	11	10
Cuidados nefrológicos (NFR)	5	3
Analgesia, sedación y delirium (ASD)	14	14
Hemocomponentes (HEM)	5	5
Toxicología (TOX)	7	6
Trasplantes (TRP)	20	16
<b>Total</b>	<b>293</b>	<b>211</b>

# PROCESO DE EVALUACIÓN

## Mecanismo de evaluación

La actividad del equipo auditor es básicamente evaluativa y centrada en identificar las evidencias que demuestren de forma objetiva el cumplimiento de los criterios. Pero durante todo el proceso de evaluación cada auditor está siempre acompañado por uno o más profesionales del SMI, lo que permite introducir un componente docente a toda la visita, sobre todo a través de las breves entrevistas con los profesionales que se realizan durante el recorrido por las áreas de atención y en las sesiones grupales.

## Fuentes de información

Para poder verificar el cumplimiento de cada uno de los criterios se utilizan diversas fuentes de información a fin de obtener las evidencias necesarias que permitan objetivar el nivel de cumplimiento. En algunos criterios se puede utilizar más de una fuente para confirmar la información recibida.

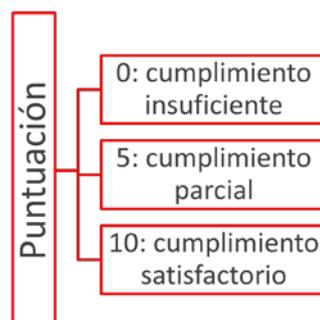
Las fuentes utilizadas son:

1. Revisión de documentos: protocolos, procedimientos, planes, indicadores...
2. Revisión de historias clínicas:
  - Cerradas
  - Activas
3. Recorrido por las unidades de cuidados intensivos con:
  - Observación directa de equipamiento y actividades
  - Breves entrevistas puntuales con los profesionales y pacientes/familiares
4. Sesiones grupales diversas con profesionales clínicos y con responsables del SMI

En el Anexo 5 se indica cuál es la fuente de información recomendada para cada criterio.

## Valoración del cumplimiento de los criterios

**Cada criterio se puntúa de forma individual** siguiendo una escala con las siguientes puntuaciones: 0, 5 y 10, denotando el valor 0 un cumplimiento insuficiente, 5 un cumplimiento parcial y 10 un cumplimiento satisfactorio.



Existe también la posibilidad de identificar criterios que no sean aplicables (NA) al SMI evaluado, ya sea por no disponer del recurso o por no realizar determinadas prácticas específicas.

Pueden darse **dos situaciones diferenciadas** en cuanto a la valoración de los criterios:

- a) Criterios de **valoración dicotómica (sí/no)**, en los que solo es posible que se cumpla o no el requisito que se expresa en el criterio. Por ejemplo, el criterio CRD.4.2 *“El SMI participa en la Comisión de evaluación de RCP del hospital”*. En estos casos solo es posible la puntuación 0 (no se cumple) o la puntuación 10 (sí se cumple).
- b) Criterios en los que se pueden objetivar **distintos grados de cumplimiento**. Pueden darse dos casos distintos:
  - i. Aquellos que se evalúan a partir de la revisión de historias o registros clínicos
  - ii. Aquellos en cuyas especificaciones se enumeran una serie de elementos que hay que verificar uno a uno.

En ambos casos se asigna uno de los 3 valores de la escala a partir del porcentaje de cumplimiento en las historias clínicas o registros que se revisan o de los elementos indicados en las especificaciones. Por ejemplo, el criterio ASD.2.2 *“Se aplica a todos los pacientes sedados una escala clínica validada de sedación cada 8 horas o cuando cambia la situación clínica”* se puntúa a partir del porcentaje de historias clínicas que cumplen el criterio (caso i). El criterio NTR.5.3 *“Se dispone de un protocolo de administración y mantenimiento de tratamiento nutricional parenteral y enteral que define de forma clara la actuación del personal a cargo del soporte nutricional”* requiere verificar si el protocolo incluye todos los elementos que constan en las especificaciones (caso ii).

¿Cuándo se asignan las distintas puntuaciones?

**0: cumplimiento insatisfactorio.** Cuando no exista evidencia del requisito que expresa el criterio o cuando el porcentaje de elementos que se cumplen o de historias revisadas con evidencia del requisito sea inferior al 50%.

**5: cumplimiento parcial.** No es aplicable a los criterios de valoración dicotómica. Se considera cumplimiento parcial cuando el porcentaje de elementos que se cumplen o de historias revisadas con evidencia del requisito se encuentre entre el 50% y el 80%.

**10: cumplimiento satisfactorio.** Cuando exista evidencia del requisito en los criterios dicotómicos o el porcentaje de cumplimiento en el resto de los criterios sea superior al 80%.

En todos los casos es necesario que el cumplimiento del criterio se produzca durante un tiempo mínimo antes de la visita de evaluación. Este tiempo se ha establecido en 3 meses para la primera acreditación y en 12 meses para las reacreditaciones.

Si en una evaluación inicial, el cumplimiento de un criterio es satisfactorio, pero no alcanza el tiempo mínimo de implantación requerido, se considerará como “no satisfactorio” y la puntuación será 0.

En una evaluación de reacreditación, si el cumplimiento de un criterio es satisfactorio, pero no llega a los 6 meses de implantación, se considerará como “no satisfactorio” y la puntuación será 0. Si la implantación está entre 6 y 12 meses, se considerará “cumplimiento parcial” y la puntuación será 5.

## Planificación de la auditoría

Con anterioridad al inicio de la auditoría el SMI ha de reportar a la entidad acreditadora información sobre su estructura, recursos y organización respondiendo a un cuestionario predeterminado, los que permitirá a dicha entidad establecer la duración de la auditoría y el número de evaluadores necesario.

Para el correcto desarrollo de la auditoría, es conveniente que el centro prepare y organice aquellos recursos que serán necesarios durante la visita: documentación, profesionales presentes, espacios disponibles, accesibilidad a las historias cerradas..., de acuerdo con las actividades que se indican en la agenda de trabajo.

Para facilitar la preparación de la auditoría por parte del centro, se facilita con anterioridad una agenda de trabajo, en la que se especifican las actividades que se llevarán a cabo y su duración. A continuación, se muestra un ejemplo de agenda tipo (2 evaluadores durante 2 días) incluyendo las personas que deberían participar en las diferentes actividades.

<b>DÍA 1</b>	
<b>EVALUADOR 1</b>	<b>EVALUADOR 2</b>
<b>9-9:30</b> Presentación de la agenda y de la UCI (líderes de la UCI y quien consideren oportuno)	
<b>9:30-12:00</b> Revisión de protocolos y procedimientos (los evaluadores lo harán individualmente, pero conviene que haya alguna persona disponible por si surge alguna duda sobre los documentos)	
<b>12:00-14:30</b> Revisión de historias clínicas activas (al menos, un médico y una enfermera para localizar la información)	<b>12:00-14:00</b> Sesión grupal: práctica clínica (dos médicos y dos enfermeras de la UCI)
	<b>14:00-14:30</b> Sesión grupal: formación e investigación (responsables de estos temas)
<b>14:30-15:30</b> Comida	

<b>DÍA 1</b>	
<b>EVALUADOR 1</b>	<b>EVALUADOR 2</b>
<b>15:30-17:00</b> Sesión grupal: calidad y seguridad (responsables de estos temas)	<b>15:30-18:00</b> Revisión de historias clínicas activas (al menos, un médico y una enfermera para localizar la información)
<b>17:00-18:00</b> Sesión grupal: infección (responsables de prevención de la infección)	

<b>DÍA 2</b>	
<b>EVALUADOR 1</b>	<b>EVALUADOR 2</b>
<b>9:00-11:30</b> Revisión de historias cerradas (al menos, un médico y una enfermera para localizar la información)	<b>9:00-10:30</b> Ronda de observación en UCI (avisar a los profesionales de la UCI de que se les puede preguntar)
	<b>10:30-11:00</b> Sesión grupal: entorno y equipamiento (jefe de servicio y supervisora/otros responsables que conozcan el tema)
<b>11:30-13:00</b> Ronda de observación en UCI (avisar a los profesionales de la UCI de que se les puede preguntar)	<b>11:00-13:30</b> Revisión de historias cerradas (al menos, un médico y una enfermera para localizar la información)
<b>13:00-14:00</b> Actividad no determinada (revisar posibles temas pendientes)	
<b>14:00-15:00</b> Comida	
<b>15:00-16:30</b> Sesión grupal: gestión (jefe servicio, supervisora/s, algún jefe clínico, enfermería según considere supervisora)	
<b>16:30-17:00</b> Resumen/comentarios de la evaluación con los líderes del Servicio y representantes de la Dirección	

En la sección siguiente se describirá el desarrollo de cada una de las actividades de la agenda.

## Reglas de decisión

Las reglas de decisión son los criterios para decidir si un Servicio de Medicina Intensiva obtiene o no la acreditación a partir de los resultados de la evaluación externa.

Para obtener la acreditación un SMI debe obtener los siguientes resultados:

- Promedio de puntuación en los **criterios no esenciales**  $\geq 8$
- Promedio de puntuación en los **criterios esenciales**  $\geq 9$
- Puntuación de **al menos 5 en 11 criterios** esenciales considerados **imprescindibles** (es decir, que tengan una implantación superior al 50%)

## Criterios imprescindibles para conseguir la acreditación

Los once criterios esenciales que siempre deben tener una implantación superior al 50% para poder conseguir la acreditación son los siguientes:

Código	Enunciado del criterio	Especificaciones
<b>GES.4.1</b>	El SMI ha definido procedimientos, guías, protocolos y otros documentos basados en la evidencia científica que orientan una práctica estandarizada y consistente en los procesos asistenciales.	
<b>SP.1.1</b>	El SMI establece objetivos anuales de mejora de la SP tanto propios como ligados al plan de seguridad del hospital.	La consecución de los objetivos se evalúa anualmente
<b>FCI.1.1</b>	Se dispone de un plan de formación, realizado por los responsables docentes del SMI y consensado con el resto de equipo, actualizado y revisado cada 2 años.	El plan ha de incluir cursos, talleres y sesiones para médicos, enfermeras y TCAE, y actividades conjuntas para toda la plantilla.
<b>ASD.1.2</b>	Se evalúa la presencia o ausencia de dolor en todos los pacientes comunicativos mediante escalas validadas al menos cada 8 horas.	Escalas validadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Escala visual analógica (EVA)</li> <li>– Escala verbal numérica (EVN))</li> </ul>
<b>ASD.1.3</b>	Se evalúa la presencia o ausencia de dolor en todos los pacientes no comunicativos mediante una escala conductual validada al menos cada 8 horas.	Escalas conductuales validadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Behavioral Pain Scale (BPS)</li> <li>– Critical Care Observation Tool (CPOT)</li> <li>– Escala de Conductas Indicadora de Dolor (ESCID))</li> </ul>
<b>ASD.2.2</b>	Se aplica a todos los pacientes sedados una escala clínica validada de sedación cada 8 horas o cuando cambia la situación clínica.	Escalas validadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>– RASS: Richmond Agitation Sedacion Scale</li> <li>– SAS: Sedation Agitation Scale</li> </ul>

Código	Enunciado del criterio	Especificaciones
		Excepciones: pacientes con sedación profunda o recibiendo bloqueantes neuromusculares.
<b>ASD.3.2</b>	Se realiza valoración del delirium con una escala validada al menos una vez al día a todos los pacientes ingresados más de 24h con RASS superior a -3 (o equivalente)	<b>Escala validada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)</li> <li>- Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)</li> </ul>
<b>INF.1.1</b>	El SMI participa en el registro "ENVIN-HELICS"	ENVIN-HELICS: "Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva" (Sistema de vigilancia epidemiológico de las IRAS de las UCI españolas desarrollado en el seno del Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas y sepsis (GTEIS) de la SEMICYUC)  Participación: en ENVIN completo o en ENVIN simplificado
<b>IRA.5.1</b>	Se aplica un protocolo de Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se incluye el uso de relajantes neuromusculares en el algoritmo de SDRA moderado-grave</li> <li>- Se incluye el uso de prono en el algoritmo de SDRA moderado-grave</li> </ul>
<b>NIT.9.4</b>	Se consulta con rehabilitación y fisioterapia de forma precoz en todos los pacientes críticos, según el protocolo establecido.	
<b>TRP.1.1</b>	Se dispone de un protocolo de detección del donante, realizado con la participación del equipo de UCI, accesible y conocido por los miembros del equipo.	El protocolo al menos debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>- definición de "posible donante"</li> <li>- triggers clínicos que permiten la identificación de un posible donante</li> <li>- canal de comunicación claro con el equipo de Coordinación de Trasplante</li> <li>- cuidados intensivos orientados a la donación ante posible donante</li> </ul>

# **ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN**

## Revisión de protocolos y procedimientos

### ***Quién participa***

En esta sesión los evaluadores están solos, aunque conviene que esté disponible algún interlocutor del SMI por si surge alguna duda durante el proceso de revisión.

### ***Qué criterios se revisan***

Todos los que figuran en el listado del anexo 1. En algunos casos, la revisión del protocolo o procedimiento es suficiente para evaluar el criterio. En otros casos, la revisión sirve para extraer la información que después se contrastará mediante la revisión de historias clínicas o entrevistas.

También se revisan los criterios GES.4.2 y GES.4.3, relacionados con el formato y la actualización de protocolos y procedimientos.

### ***Qué hay que preparar***

Todos los protocolos, procedimientos y otros documentos que se relacionan en el anexo 1.

## Revisión de historias clínicas

### *Quién participa*

Cada evaluador debe estar acompañado por uno o más profesionales del SMI que conozcan la organización y manejo de la historia clínica para poder localizar rápidamente la información deseada.

### *Qué criterios se revisan*

Todos los que figuran en las herramientas de revisión de historias clínicas de los anexos 3 y 4.

### *Qué hay que preparar*

En la sesión de revisión de historias clínicas **activas**, se revisarán registros clínicos de pacientes ingresados que lleven al menos 5 días en la unidad de cuidados intensivos.

En la sesión de revisión de historias clínicas **cerradas** se revisarán registros clínicos de pacientes específicos que el SMI deberá tener localizados para la evaluación. Los perfiles de pacientes se incluyen en el anexo 2.

## Sesión grupal sobre práctica clínica

### *Quién participa*

Un evaluador externo y al menos cuatro profesionales clínicos (médicos y enfermeras) del SMI. En algún momento de la sesión deben participar profesionales en formación (residentes) y profesionales de reciente incorporación (enfermeras).

### *Qué criterios se revisan*

Durante esta sesión pueden revisarse los siguientes criterios:

PAG.1.1	GES.2.5	ASD.2.3	TRP.1.2
PAG.1.2	GES.2.6	IRA.1.3	TRP.2.1
PAG.2.1	GES.6.3	IRA.3.1	TRP.9.1
PAG.1.3	GES.3.5	NIT.9.4	TRP.9.2
PAG.6.3	INF.1.6	NIT.1.1	TRP.10.1
PAG.7.6	SP.4.1		TRP.13.2
ACP.10.5	SP.6.1		GES.2.2
ACP.6.1	SP.6.2		GES.4.4
ACP.7.1	SP.6.3		SP.2.2
ACP.9.4	SP.8.5		GES.2.4
ACP.7.4	SP.8.10		
ACP.7.5			

### *Qué hay que preparar*

Evidencias relacionadas con el cumplimiento de los criterios que se revisarán. Por ejemplo:

- Criterios de ingreso y de alta en la UCI (PAG.1.2 y 2.1)
- Listado de verificación del proceso de traslado intrahospitalario (SP.6.3)

## Sesión grupal sobre calidad y seguridad

### Quién participa

Un evaluador externo y los responsables de los temas de calidad y seguridad en el SMI. También pueden participar otros profesionales del área de calidad o seguridad del hospital que den soporte al SMI en estos temas.

### Qué criterios se revisan

Durante esta sesión pueden revisarse los siguientes criterios:

GES.3.1	GES.3.3	ACP.10.1	SP.1.1	SP.8.2
GES.3.2	GES.3.4	ACP.7.3	SP.1.2	SP.8.14
GES.1.8	GES.4.1	GES.5.1	SP.1.5	SP.9.1
ASD.2.5	GES.4.5	ACP.10.2	SP.2.1	GES.1.7
IRA.2.4	PAG.7.5	ACP.10.3	SP.3.1	
NIT.2.4		ACP.10.4	SP.3.2	
TRP.7.1		ACP.10.6	SP.4.2	
TRP.7.2		ACP.10.7	SP.5.1	
TRP.12.1			SP.5.2	
			SP.5.3	

### Qué hay que preparar

Evidencias relacionadas con el cumplimiento de los criterios que se revisarán. Por ejemplo:

- Listado de indicadores de calidad y seguridad y ficha técnica de cada indicador (GES.3.1)
- Resultados indicadores de calidad y seguridad (GES.1.8)
- Ejemplos de planes de mejora recientes (GES.3.3)
- Evaluación del cumplimiento de guías y protocolos clínicos (GES.4.5)
- Registro de reintubaciones, autoextubaciones o extubaciones accidentales (IRA.2.4)
- Registro de muertes encefálicas (TRP.7.1)
- Modelo de encuesta de satisfacción del paciente y resultados (ACP.10.1; 7.3)

- Ejemplos de acciones de mejora a partir de la satisfacción y la experiencia de los pacientes (ACP.10.4; GES.5.1)
- Ejemplos de mejoras a partir de reclamaciones (ACP.10.6 y 10.7)
- Objetivos de seguridad de los dos últimos años (SP.1.1)
- Plan de formación en seguridad del paciente (SP.2.1)
- Ejemplos de AMFE o similar y acciones posteriores (SP.3.1 y 3.2)
- Ejemplo de gestión de evento centinela (SP.5.1)
- Plan de gestión de alarmas (SP.9.1)

## Sesión grupal sobre formación e investigación

### *Quién participa*

Un evaluador externo y los responsables de los temas de formación e investigación en el SMI.

### *Qué criterios se revisan*

Durante esta sesión pueden revisarse los siguientes criterios:

FCI.2.3	FCI.3.2	FCI.4.1
FCI.1.1	FCI.3.3	FCI.5.1
FCI.1.2	FCI.3.4	FCI.5.2
FCI.1.3	FCI.3.5	FCI.6.1
FCI.2.1	FCI.3.6	FCI.6.2
FCI.2.2	FCI.3.7	FCI.6.3
FCI.3.1	CRD.2.1	
	CRD.4.3	

### *Qué hay que preparar*

Evidencias relacionadas con el cumplimiento de los criterios que se revisarán. Por ejemplo:

- Plan de formación del SMI y seguimiento del mismo (programa de sesiones clínicas, registros de docencia y de asistencia a cursos...)
- Certificados de acreditación de la formación
- Identificación de necesidades de formación y resultados de la encuesta de satisfacción
- Certificados de formación específica
- Plan de investigación del SMI y registro de estudios de investigación activos
- Memoria de investigación

## Sesión grupal sobre control de la infección

### *Quién participa*

Un evaluador externo y los responsables de los temas de prevención y control de la infección en el SMI. También pueden participar otros profesionales del hospital que den soporte al SMI en estos temas.

### *Qué criterios se revisan*

Durante esta sesión pueden revisarse los siguientes criterios:

INF.1.1	INF.2.1	INF.4.2	INF.7.1
INF.1.2	INF.2.2	INF.5.1	INF.7.3
INF.1.3	INF.3.1	INF.5.3	INF.7.4
INF.1.4	INF.3.2	INF.6.2	INF.8.1
INF.1.5	INF.4.1	INF.6.3	GES.5.7

### *Qué hay que preparar*

Evidencias relacionadas con el cumplimiento de los criterios que se revisarán. Por ejemplo:

- Plan de prevención de la infección con su sistema de seguimiento y evaluación
- Informe jefe de servicio o supervisora con establecimiento de funciones/ responsabilidades de prevención y control de la infección y del programa de optimización del uso de antimicrobianos
- Informe ENVIN específico de cada UCI, con el seguimiento de los distintos proyectos
- Registros internos de monitorización de los proyectos “Tolerancia zero”
- Certificados de calidad de los proyectos “Tolerancia zero”
- Registros de seguimiento de la formación de los profesionales en los proyectos “Tolerancia zero”, higiene de manos y código sepsis (porcentajes por categoría)
- Resultados de la monitorización de la higiene de manos en el SMI
- Procedimientos de limpieza y desinfección ambiental

## Sesión grupal sobre entorno y equipamiento

### ***Quién participa***

Un evaluador externo, jefe de servicio y supervisora u otros responsables que conozcan el tema. También pueden participar otros profesionales del hospital que den soporte al SMI en estos aspectos (por ejemplo, de ingeniería o mantenimiento).

### ***Qué criterios se revisan***

Durante esta sesión pueden revisarse los siguientes criterios: GES.5.5, GES.5.6; GES.6.1; GES.6.2; GES.7.1

### ***Qué hay que preparar***

Evidencias relacionadas con el cumplimiento de los criterios que se revisarán. Por ejemplo:

- Inventario de equipamiento médico
- Inventario de materiales peligrosos

## Sesión grupal sobre gestión del SMI

### *Quién participa*

Dos evaluadores externos, jefe de servicio, supervisora/s, algún jefe de unidad y otros profesionales de enfermería a juicio de la supervisora.

### *Qué criterios se revisan*

Durante esta sesión pueden revisarse los siguientes criterios:

GES.1.1	PAG.6.2	CRD.4.2
GES.1.2	ACP.2.4	SP.1.3
SP.8.1	GES.1.11	SP.1.4
GES.1.3	GES.2.1	
GES.1.4	GES.2.3	
GES.1.5	GES.2.7	
GES.1.6	GES.2.8	
GES.1.9		
GES.1.10		

### *Qué hay que preparar*

Evidencias relacionadas con el cumplimiento de los criterios que se revisarán. Por ejemplo:

- Organigrama del Servicio de Medicina intensiva (SMI) (GES.1.1)
- Funciones y competencias de los responsables (GES.1.2)
- Plan operativo anual (GES.1.3)
- Plan de comunicación interna (GES.1.9)
- Ejemplos de gestión de dilemas éticos (GES.1.11)
- Plan de dotación de personal (GES.2.1)
- Perfiles de competencias (GES.2.3)
- Resultados encuesta de satisfacción profesionales (GES.2.8)

## Rondas de observación

Las rondas de observación permiten a los evaluadores visitar las unidades de cuidados intensivos y recoger información sobre distintos aspectos organizativos y asistenciales tanto mediante observación directa como preguntando a los profesionales clínicos que estén presentes.

### *Quién participa*

El evaluador externo y algún profesional de la UCI que le acompañe a recorrer las diferentes zonas. Durante la ronda el evaluador puede preguntar a cualquier profesional de la UCI, así como hablar con pacientes y familiares que no tengan inconveniente en hacerlo.

### *Qué criterios se revisan*

Durante esta sesión pueden revisarse los siguientes criterios:

SP.8.8	ACP.4.2	ACP.2.1	SP.6.2	ACP.2.2
SP.8.11	PAG.5.2	ACP.6.3	ACP.1.1	ACP.2.3
SP.8.9	PAG.5.3	ACP.6.2	ACP.7.2	ACP.6.1
SP.8.12	GES.7.2	GES.5.2	SP.6.4	ACP.7.1
SP.8.13	GES.7.3	GES.5.3	ASD.3.4	
SP.8.7	GES.7.4	GES.5.4	IRA.6.1	
NTR.5.2		INF.6.1	IRA.6.2	
SP.6.5		INF.6.4	IRA.8.2	
SP.7.1			IRA.2.2	
TOX.1.1			NIT.3.2	
GES.6.4			ACP.3.1	
			ACP.9.1	
			TRP.8.1	
			TRP.13.1	

### *Qué hay que preparar*

No es necesario preparar nada específico. Basta la disponibilidad de los profesionales clínicos para facilitar la información que les solicite el evaluador.

# ANEXOS

## Anexo 1. Listado de protocolos y procedimientos

Los documentos que deben estar a disposición de los evaluadores para la sesión de revisión de protocolos y procedimientos son los siguientes<sup>1</sup>:

PROCESOS GENERALES	
CRITERIO	PROTOCOLO/PROCEDIMIENTO/DOCUMENTO
ACP.1.1	Protocolo para la comunicación con pacientes con dificultad del lenguaje (sistema de comunicación, criterios de aplicación).
ACP.4.1	Listado de procedimientos y tratamientos que requieren consentimiento informado
ACP.8.1	Protocolo de inmovilización de pacientes (aplicación)
ACP.9.1	Protocolo de limitación del tratamiento de soporte vital
ACP.9.2	Protocolo de adecuación de los cuidados al final de la vida (incluyendo donación en asistolia controlada)
ACP.9.3	
ACP.9.4	
TRP.11.1	
PAG.1.1	Procedimiento de acogida al paciente
PAG.4.1	Protocolo (procedimiento) de valoración inicial del paciente
PAG.4.2	
PAG.5.2	Procedimiento para la atención de pacientes que requieren <b>aislamiento</b>
PAG.5.3	Procedimiento para la atención de pacientes <b>inmunodeprimidos</b>
SP.6.4	Procedimiento de comunicación de resultados críticos laboratorio
SP.6.5	Procedimiento órdenes verbales
SP.8.9	Procedimiento de manejo de medicamentos de alto riesgo

<sup>1</sup> En sombreado, los criterios que se revisan por historia clínica o entrevista, pero hay que ver previamente el protocolo.

PROCESOS ESPECIALIZADOS	
CRITERIO	PROTOCOLO/PROCEDIMIENTO/DOCUMENTO
ASD.1.1	Protocolo de analgesia
ASD.2.1	Protocolo de sedación
ASD.2.6	
ASD.3.1	Protocolo delirium
ASD.3.3	
CRD.1.1	Protocolo código IAM (según cartera de servicios)
CRD.2.2	Manejo del shock cardiogénico (según cartera de servicios)
CRD.3.1	Manejo arritmias graves (para verificar criterios de acceso)
CRD.4.1	Protocolo atención a la PCR
CRD.4.4	Protocolo de cuidados post resucitación
HEM.1.1	Modelo de CI para transfusión
HEM.2.1	Protocolo de transfusión de sangre y hemoderivados
HEM.3.1	Protocolo de transfusión masiva
INF.7.2	Protocolo detección precoz y manejo de sepsis
INF.8.2	Protocolo de abordaje y tratamiento antimicrobiano de infecciones adquiridas en UCI
IRA.1.2	Intubación en caso de vía aérea difícil
IRA.2.1	Protocolo para el manejo de la ventilación mecánica invasiva
IRA.2.3	
IRA.3.2	
IRA.4.1	Procedimiento uso seguro traqueostomía
IRA.4.2	Procedimiento para el alta de pacientes traqueostomizados a planta
IRA.5.1	Protocolo de Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)

PROCESOS ESPECIALIZADOS	
CRITERIO	PROTOCOLO/PROCEDIMIENTO/DOCUMENTO
IRA.6.1	Protocolo (procedimiento) maniobras de pronó
IRA.6.2	
IRA.7.1	Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) (según cartera de servicios)
IRA.7.2	
IRA.7.3	
IRA.8.1	Ventilación mecánica no invasiva (puede ser VM global)
IRA.9.1	Uso de cánulas nasales de alto flujo (TAFCN) (puede ser un procedimiento en VM)
NFR.2.1	Prevención nefrotoxicidad inducida por contraste
NIT.1.2	Procedimiento de comunicación para el manejo quirúrgico de las lesiones del trauma grave.
NIT.2.1	Protocolo de atención al paciente con traumatismo craneoencefálico
NIT.4.1	Protocolo paciente con hemorragia subaracnoidea espontánea
NIT.5.1	Protocolos ACV isquémico y hemorrágico
NIT.6.1	
NIT.7.1	Paciente con patología convulsiva (algoritmo de escalada del tratamiento)
NIT.8.1	Guía del manejo de los distintos postoperatorios de pacientes neurocríticos (según cartera de servicios)
NIT.9.1	Protocolo de rehabilitación precoz del paciente crítico
NTR.5.3	Protocolo de administración y mantenimiento de tratamiento nutricional parenteral y enteral
NTR.5.4	Protocolo de control glicémico
TOX.1.3	Protocolo general para el abordaje inicial de un paciente intoxicado
TOX. 2.1	
TRP.1.1	Protocolo de detección/selección de donantes
TRP.4.1	Protocolo de mantenimiento del donante
TRP.6.1	Protocolo de diagnóstico de muerte encefálica

## Anexo 1a. Herramienta de revisión de protocolos y procedimientos

Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10
<b>GES.4.2</b>	Los documentos tienen un <b>formato</b> establecido, que facilita el acceso a la información.  El formato incluye: – título (código), – versión, – fecha de aprobación, dentro del periodo de validez establecido por el hospital – identificación de cambios respecto a versiones previas, – firma de los responsables de la redacción y aprobación.	Afecta a todos los protocolos	
<b>GES.4.3</b>	Se dispone de un procedimiento definido para <b>actualizar y comunicar los cambios</b> en estos documentos.  Las actualizaciones no pueden superar los 5 años.	Afecta a todos los protocolos	

Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10	Título (código)	Versión	Fecha	Cambios	Firmas
<b>ACP.4.1</b>	Se establece una <b>lista</b> de los procedimientos y tratamientos de riesgo que requieren <b>consentimiento informado</b> escrito.	Listado de procedimientos y tratamientos que requieren consentimiento informado						
<b>ACP.9.2</b>	Se dispone y aplica un protocolo de <b>adecuación de los cuidados al final de la vida</b> centrado en las necesidades del paciente y la familia en esta etapa.  El protocolo incluye al menos: – Toma de decisiones centrada en el paciente y su familia – Comunicación dentro del equipo y con los pacientes y las	Protocolo de adecuación de los cuidados al final de la vida (incluyendo donación en asistolia controlada)						



Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10	Título (código)	Versión	Fecha	Cambios	Firmas
	familias de estos – Adecuación del tratamiento a los nuevos objetivos – Tratamiento sintomático y de bienestar – La evaluación de donación en asistolia controlada							
<b>ACP.9.3</b>	El protocolo incluye la detección y atención de las <b>necesidades</b> individualizadas de estos pacientes y de sus familiares <b>de tipo psicosocial, cultural y espiritual</b> .  El protocolo incluye, además: – Apoyo emocional y práctico para los pacientes y sus familias – Apoyo espiritual para los pacientes y sus familias – Apoyo emocional y de la organización para los profesionales del SMI							
<b>ACP. 9.4</b>	El control del dolor se aborda de forma específica en estos pacientes siguiendo un procedimiento propio.							
<b>TRP.11.1</b>	Existe un <b>protocolo de donación en asistolia controlada</b> (DAC) elaborado en colaboración con los servicios implicados							
ASD.1.1	El SMI dispone de un protocolo actualizado de <b>analgesia</b> para el adecuado control del dolor de todos los pacientes que ingresan en UCI.  Requisitos mínimos: - Definición de objetivos de analgesia - Pautas de analgesia multimodal - Monitorización de la analgesia	Protocolo de analgesia						
ASD.2.1	El SMI dispone de un protocolo de <b>sedación</b> actualizado.  Requisitos mínimos: - Definición de objetivos de sedación - Pautas de inicio y retirada de sedación - Monitorización y ajuste de la sedación	Protocolo de sedación						



Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10	Título (código)	Versión	Fecha	Cambios	Firmas
ASD.2.6	Únicamente se prescribe <b>sedación profunda</b> (RASS-4 -5) en caso de diagnóstico de Síndrome de Distress Respiratorio Agudo Severo (SDRA), hipertensión intracraneal (HTIC), estatus epiléptico activo o bloqueo neuromuscular.							
ASD.3.1	El SMI dispone de un protocolo actualizado de evaluación y manejo del <b>delirium</b> . Requisitos mínimos:- Diagnóstico tipos de delirium- Escalas de medición- Pautas de tratamiento	Protocolo delirium						
ASD.3.3	Se prioriza el empleo de fármacos no benzodiazepínicos en el paciente con alto riesgo de delirium.  Son pacientes de alto riesgo de delirium: – Adultos que reciben ventilación mecánica prolongada. – Edad avanzada – Sedación profunda – Uso previo de benzodiazepinas							
CRD.1.1	Existe un circuito " <b>Código IAM</b> " claramente definido.  Activación de personal UCI / cardiología y equipo intervencionismo coronario o derivación inmediata para ACTP primaria	Protocolo código IAM (según cartera de servicios)						
CRD.2.2	Está estandarizado el <b>manejo del shock cardiogénico</b> .  Se dispone de: - Un protocolo de manejo del shock cardiogénico (código shock o similar) que incluye el traslado a un centro de referencia con facilidades para soporte cardiovascular mecánico (ECMO, IMPELLA, etc.) y/o trasplante cardíaco, en el caso de no disponer de estos dispositivos y técnicas en el centro de atención de estos pacientes. - Monitorización hemodinámica avanzada	Manejo del shock cardiogénico (según cartera de servicios)						



Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10	Título (código)	Versión	Fecha	Cambios	Firmas
	- Técnicas de reemplazo renal continuas - Si es un centro de referencia, debe disponer de protocolos de asistencia mecánica y trasplante cardiaco.							
CRD.3.1	Se dispone de criterios de <b>acceso a estudios electrofisiológicos</b> claramente definidos.  Disponer en el hospital o tener centro de referencia	Manejo arritmias graves (para verificar criterios de acceso)						
CRD.4.1	El SMI participa en el <b>equipo de atención a la PCR</b> en el hospital	Protocolo atención a la PCR						
CRD.4.4	Se dispone de un protocolo de <b>cuidados post resucitación</b> tras sufrir una parada cardiaca.  El protocolo incluye: - La realización de una coronariografía si se sospecha el origen coronario - Manejo de control precoz de la temperatura en aquellos adultos que no responden después de recuperar la circulación espontánea.	Protocolo de cuidados post resucitación						
HEM.1.1	El SMI dispone de un documento de Consentimiento informado ( <b>CI</b> ), siendo válido el CI del Centro para la <b>transfusión</b> de componentes sanguíneos que incluye la necesidad de una transfusión, sus beneficios, riesgos y alternativas en un lenguaje comprensible para el paciente.	Modelo de CI para transfusión						
HEM.2.1	Se dispone de un protocolo de transfusión de sangre y hemoderivados que incluye indicaciones específicas para plaquetas, plasma, fibrinógeno y factores de la coagulación.	Protocolo de transfusión de sangre y hemoderivados						
HEM.3.1	El Servicio/Hospital dispone de un protocolo de <b>transfusión masiva</b> en el que ha participado el SMI.	Protocolo de transfusión masiva						



Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10	Título (código)	Versión	Fecha	Cambios	Firmas
INF.7.2	<p>El SMI dispone o colabora en un protocolo para la detección precoz y manejo de <b>sepsis</b> actualizado.</p> <p>-Establecimiento de un sistema de detección de potencial deterioro clínico en <u>planta de hospitalización convencional</u> y creación de un sistema de respuesta.</p> <p>-Establecimiento de un sistema de detección de potencial deterioro clínico en <u>urgencias</u> y creación de un sistema de respuesta.</p>	Protocolo detección precoz y manejo de sepsis						
INF.8.2	<p>El SMI dispone de un protocolo actualizado de abordaje inicial y <b>tratamiento antimicrobiano</b> de las infecciones adquiridas en UCI.</p> <p>-Guías de práctica clínica internacionales y nacionales</p> <p>-Contexto epidemiológico local</p> <p>-Actualización por lo menos cada 5 años.</p>	Protocolo de abordaje y tratamiento antimicrobiano de infecciones adquiridas en UCI						
IRA.1.2	<p>Existe un procedimiento específico para la actuación en el caso de <b>vía aérea difícil</b>.</p> <p>Debe contemplar como mínimo: la valoración diagnóstica, terapéutica, las responsabilidades de los miembros del equipo y los circuitos asistenciales utilizado</p>	Intubación en caso de vía aérea difícil						
IRA.2.1	<p>Se dispone de un protocolo para el manejo de la <b>ventilación mecánica invasiva (VMI)</b> en el SMI.</p> <p>-Debe contemplar como mínimo: la valoración, diagnóstica, terapéutica, las responsabilidades de los miembros del equipo y los circuitos asistenciales utilizados</p> <p>-Debe incluir el uso de alarmas y weaning</p>	Protocolo para el manejo de la ventilación mecánica invasiva						
IRA.2.3	Se realizan pruebas de desconexión diarias de VMI en los pacientes en que está indicado.							



Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10	Título (código)	Versión	Fecha	Cambios	Firmas
	<p><b>Indicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Resolución de la enfermedad de base</li> <li>. Oxigenación y pH adecuados</li> <li>. Temperatura inferior a 38.C</li> <li>. Estabilidad hemodinámica sin necesidad de aminas vasoactivas a dosis altas</li> <li>. Adecuada función de la musculatura respiratoria</li> <li>. Estado metabólico e hidroelectrolítico correcto</li> <li>. Estado mental con ausencia de ansiedad o delirio</li> </ul> <p>Prueba de desconexión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prueba de tubo en T</li> <li>- Empleo de Presión de soporte (PSV) de 7 cm. de H2O</li> <li>- Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) de 5 cm. de H2O</li> </ul>							
IRA.3.2	<p>En los pacientes de riesgo se realiza test de fuga y si es positivo y se cumplen el resto de los criterios se administran corticoides 4 h antes extubación.</p> <p><b>Pacientes de riesgo:</b> mujer; antecedente de reintubación; tubo de tamaño grande; incubación &gt; de 6 días</p> <p><b>Criterio de positividad:</b> fuga &lt; 110 ml o fuga &lt; 15%</p>							
IRA.4.1	<p>El SMI dispone de un procedimiento específico para el uso seguro de la <b>traqueostomía</b>.</p> <p>Debe contemplar tanto la técnica como los cuidados.</p>	Procedimiento uso seguro traqueostomía						



Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10	Título (código)	Versión	Fecha	Cambios	Firmas
IRA.4.2	Existe un procedimiento multidisciplinar para el <b>alta de pacientes traqueostomizados</b> a planta de hospitalización.  <b>Multidisciplinar:</b> incluye a los profesionales de las plantas o unidades de hospitalización que pueden recibir a estos pacientes	Procedimiento para el alta de pacientes traqueostomizados a planta						
IRA.7.1	El soporte con oxigenación por membrana extracorpórea veno-venosa (ECMO V-V) está incluido en el algoritmo del manejo de la <b>insuficiencia respiratoria aguda grave</b> hipoxémica o hipercápnica, estableciéndose los criterios de indicación/contraindicación	Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) (según cartera de servicios)						
IRA.7.2	La <b>indicación de ECMO V-V</b> considera previamente la ventilación mecánica protectora y al menos un cambio a decúbito prono							
IRA.7.3	Existe un procedimiento para la <b>derivación de pacientes con indicación de ECMO</b> en hospitales en los que no se realiza el procedimiento a centros de referencia ECMO V_V							
IRA.8.1	Existe un protocolo para el <b>uso de VMNI en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica</b> agudizada ( IRCA) hipercápnica y edema agudo de pulmón que incluye su uso precoz	Ventilación mecánica no invasiva (puede ser VM global)						
IRA.9.1	Existe un protocolo para el <b>uso de cánulas nasales de alto flujo</b> (TAFCN).  -Se contempla el uso de TAFCN en pacientes con neumonía grave y/o SDRA frente a la oxigenoterapia y se contempla el uso de TAFCN y VMnl en pacientes sin criterios de indicación directa de intubación	Uso de cánulas nasales de alto flujo (TAFCN) (puede ser un procedimiento en VM)						



Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10	Título (código)	Versión	Fecha	Cambios	Firmas
	-Se considera el uso de TAFCN y VMnl tras extubación en pacientes con algún factor de riesgo de reintubación							
NFR.2.1	Se dispone de un protocolo de prevención de la nefrotoxicidad inducida por contraste radiológico yodado.	Prevención nefrotoxicidad inducida por contraste						
NIT.1.2	Existe un <b>procedimiento</b> establecido para la <b>comunicación</b> con los servicios de Traumatología, Cirugía General y Neurocirugía para el manejo quirúrgico de las lesiones del <b>trauma grave</b> .  Forma específica de comunicación (interconsulta, llamada a buscapersonas...) y criterios generales de valoración establecidos	Procedimiento de comunicación para el manejo quirúrgico de las lesiones del trauma grave.						
NIT.2.1	El protocolo de atención al <b>paciente con TCE</b> se ha elaborado de forma multidisciplinar con los servicios de Neurocirugía y Radiología.  El protocolo debe estar vigente con la última evidencia científica disponible.	Protocolo de atención al paciente con traumatismo craneoencefálico						
NIT.4.1	El protocolo del proceso del paciente con <b>HSA espontánea</b> , ha sido elaborado con la participación del servicio de Neurocirugía y de Radiología.  - Aplicable solo a Hospitales centro de referencia de Neurocirugía	Protocolo paciente con hemorragia subaracnoidea espontánea						
NIT.5.1	Existe un protocolo de atención al paciente con <b>sospecha de ictus isquémico</b> realizado con la participación del equipo de UCI.  - Aplicable solo a Hospitales centro de referencia de Neurocirugía	Protocolos ACV isquémico y hemorrágico						



Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10	Título (código)	Versión	Fecha	Cambios	Firmas
NIT.6.1	Se dispone de un protocolo del proceso del paciente con <b>hematoma cerebral espontáneo</b> , elaborado con la participación del servicio de Neurocirugía y de Radiología.  - Aplicable solo a Hospitales centro de referencia de Neurocirugía							
NIT.7.1	El personal médico del SMI conoce y aplica el algoritmo de escalada de <b>tratamiento del paciente con estatus epiléptico</b> según la respuesta del paciente al tratamiento.	Paciente con patología convulsiva (algoritmo de escalada del tratamiento)						
NIT.8.1	Se dispone de una guía consensuada del <b>manejo de los distintos postoperatorios de pacientes neurocríticos</b> (cirugía vascular cerebral, cirugía carótida, tumores...) con el servicio de Neurocirugía.  - Aplicable solo en SMI donde figure dentro de la cartera de servicios	Guía del manejo de los distintos postoperatorios de pacientes neurocríticos (según cartera de servicios)						
NIT.9.1	Existe un <b>protocolo de rehabilitación precoz</b> , de forma conjunta con los servicios de Rehabilitación y Fisioterapia, adaptado a cada paciente según las necesidades.	Protocolo de rehabilitación precoz del paciente crítico						
NTR.5.3	Se dispone de un protocolo de administración y mantenimiento de <b>tratamiento nutricional parenteral y enteral</b> que define de forma clara la actuación del personal a cargo del soporte nutricional.  Se incluyen requisitos básicos: - Nombre de la fórmula de NE y composición, volumen y osmolaridad de la NP. - Acceso de administración.	Protocolo de administración y mantenimiento de tratamiento nutricional parenteral y enteral						



Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10	Título (código)	Versión	Fecha	Cambios	Firmas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Método y velocidad de administración.</li> <li>- Cumplimiento de los objetivos nutricionales.</li> <li>- Estrategias que minimicen riesgo de contaminación y errores de conexión.</li> <li>- Manejo de intolerancia gástrica y riesgo de aspiración.</li> <li>- Monitorización de las complicaciones.</li> <li>- Hace referencia a las dietas recomendadas para determinadas patologías del paciente crítico: enfermedad pulmonar aguda, sepsis y shock séptico, patología abdominal no quirúrgica, cirugía de aparato digestivo, neurocrítico, politraumatizado y quemado crítico, patología cardíaca, y paciente crítico crónico.</li> <li>- Incluye medidas preventivas para los pacientes en riesgo de padecer Síndrome de Realimentación (pacientes malnutridos, con aportes nutricionales bajos previos prolongados, abuso de alcohol, etc.): inicio del soporte nutricional de forma lenta y progresiva (4-7 días) hasta alcanzar objetivos calórico-proteicos; administración de Tiamina IV los 3 primeros días del inicio de aportes.</li> </ul>							
NTR.5.4	<p>Se dispone de un protocolo de control glicémico y administración de insulina que incluye el uso de dietas enterales específicas en los pacientes con <b>hiperglucemia de estrés no controlada con insulina</b>.</p> <p>Se mantiene el valor de glucemia por debajo de 180 mg/dl iniciando tratamiento con insulina cuando dos determinaciones consecutivas de la glucemia superan 150 mg/dl.</p>	Protocolo de control glicémico						
TOX.1.3	<p>La administración de flumazenilo se limita a los pacientes que sufren intoxicación por <b>benzodiazepinas</b> SIN riesgo de desarrollar crisis comiciales o arritmias.</p> <p>Se considera pacientes con riesgo para desarrollar crisis</p>	Protocolo general para el abordaje inicial de un paciente intoxicado						



Código	Descripción y especificaciones	Documento que revisar	Puntuación 0/5/10	Título (código)	Versión	Fecha	Cambios	Firmas
	comiciales o arritmias: –coingesta de altas dosis de antidepresivos tricíclicos u otros fármacos que disminuyan el umbral convulsivo (también se incluyen drogas de abuso) o aumenten el riesgo de arritmias, –presencia de QT alargado en el ECG, –pacientes con antecedentes de epilepsia.							
TOX. 2.1	El SMI dispone de un protocolo general para el <b>abordaje inicial de un paciente intoxicado</b> .  El protocolo debe incluir, como mínimo: –la utilización de la descontaminación digestiva, –lista de antídotos, y –fuente de consulta rápida para el manejo de intoxicaciones.							
TRP.1.1	Se dispone de un <b>protocolo de detección del donante</b> , realizado con la participación del equipo de UCI, accesible y conocido por los miembros del equipo.  El protocolo al menos debe incluir: - definición de “posible donante” - triggers clínicos que permiten la identificación de un posible donante - canal de comunicación claro con el equipo de Coordinación de Trasplante - Cuidados intensivos orientados a la donación ante posible donante	Protocolo de detección/selección de donantes						
TRP.4.1	El SMI dispone de un <b>protocolo de mantenimiento del donante</b> que se actualiza periódicamente.	Protocolo de mantenimiento del donante						
TRP.6.1	Existe un <b>protocolo de diagnóstico de muerte encefálica (ME)</b> consensuado entre los servicios implicados.	Protocolo de diagnóstico de muerte encefálica						



## Anexo 1b. Revisión de protocolos para otras sesiones

Código	Descripción y especificaciones	Protocolo que revisar	Elementos esenciales para verificar cumplimiento
<b>Para preguntar a profesionales durante las visitas al área de atención</b>			
ACP.1.1	Se identifican problemas de comunicación del paciente: de lenguaje, cognitivos y sensoriales.	Protocolo para la comunicación con pacientes con dificultad del lenguaje (sistema de comunicación, criterios de aplicación).	
ACP.9.1	<p>En el SMI se siguen unos criterios para la decisión de limitación del tratamiento de soporte vital -de acuerdo con el protocolo del hospital- con el fin de que esta no la tome el profesional de manera individual.</p> <p>La indicación de LTSV debe tener al menos los siguientes requisitos, que constarán en la documentación clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener en cuenta la voluntad del paciente y la existencia de instrucciones previas.</li> <li>- Tomarse por consenso del equipo asistencial</li> <li>- Informar y consultar a los familiares</li> </ul>	Protocolo de limitación del tratamiento de soporte vital	
PAG.5.2	Se aplica un procedimiento para la atención de pacientes que requieren aislamiento, coordinado con el Servicio de Medicina Preventiva.	Procedimiento para la atención de pacientes que requieren <b>aislamiento</b>	
PAG.5.3	Se aplica un procedimiento para la atención de pacientes inmunodeprimidos, coordinado con el Servicio de Medicina Preventiva.	Procedimiento para la atención de pacientes <b>inmunodeprimidos</b>	
SP.6.4	Se dispone de un procedimiento para informar de resultados críticos relacionados con el laboratorio.	Procedimiento de comunicación de resultados críticos laboratorio	
SP.6.5	Se dispone de un procedimiento para la administración de órdenes verbales.	Procedimiento órdenes verbales	



Código	Descripción y especificaciones	Protocolo que revisar	Elementos esenciales para verificar cumplimiento
SP.8.9	Se aplica un procedimiento de manejo de medicamentos de alto riesgo utilizados que es conocido por los profesionales (se incluyen los medicamentos con nombre o apariencia similar).	Procedimiento de manejo de medicamentos de alto riesgo	
IRA.6.1	Se aplica el protocolo para las maniobras de prono	Protocolo (procedimiento) maniobras de prono	
IRA.6.2	Las maniobras de prono se realizan de forma precoz y con la duración según protocolo		
<b>Para la revisión de historias clínicas activas</b>			
ACP.8.1	<p>Cuando es necesaria una medida de inmovilización del paciente (ejemplo: sujeción mecánica) se lleva a cabo siempre por indicación médica y siguiendo el procedimiento establecido (excepto en situación de riesgo vital), quedando documentado en la historia clínica.</p> <p>El procedimiento debe especificar incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición de contención y tipo</li> <li>- Motivo o indicación para mantener la contención (minimizándolas)</li> <li>- Evaluación del procedimiento correcto de aplicación</li> <li>- Especificación de la duración, o criterios para suspenderla o mantenerla</li> <li>- Identificación de efectos adversos</li> <li>- Frecuencia de monitorización, medidas a adoptar para prevenir complicaciones</li> <li>- Solicitud de consentimiento informado si &gt; 24 h</li> </ul>	Protocolo de inmovilización de pacientes (aplicación)	
PAG.4.1	Todos los pacientes tienen identificadas sus necesidades físicas, psicológicas, nutricionales, funcionales y sociales mediante un proceso de evaluación definido.	Protocolo (procedimiento) de valoración inicial del paciente	



Código	Descripción y especificaciones	Protocolo que revisar	Elementos esenciales para verificar cumplimiento
<b>PAG.4.2</b>	La evaluación médica y de enfermería inicial se completa en el periodo establecido.  El periodo establecido para la evaluación inicial debe ser como máximo 24 horas		
<b>Para la revisión de historias clínicas cerradas</b>			
<b>IRA.5.1</b>	Se aplica un protocolo de Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).  Se incluye el uso de relajantes neuromusculares en el algoritmo de SDRA moderado-grave Se incluye el uso de prono en el algoritmo de SDRA moderado-grave	Protocolo de Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)	
<b>Para la sesión grupal de práctica clínica con profesionales</b>			
<b>PAG.1.1</b>	El SMI aplica un procedimiento de acogida del paciente cuando ingresa.	Procedimiento de acogida al paciente	



---

## Anexo 2. Perfiles de pacientes que hay que localizar para la sesión de revisión de historias clínicas cerradas

La estrategia de búsqueda de estas historias cerradas puede variar según las posibilidades de los sistemas de información del hospital. En el listado se sugieren algunos códigos o posibles fuentes de información.

El ENVIN puede ser un recurso de utilidad para localizar casos.

Los perfiles de pacientes son los siguientes:

1. Pacientes que lleven **más de 21 días con ventilación mecánica** (CMBD UCI): excluir casos de éxitus y de cirugía digestiva abdominal
2. Pacientes con **nutrición enteral**
3. Pacientes con **nutrición parenteral** (3E0436Z)
4. Pacientes **trasladados** a otro centro (CMBD)
5. Pacientes con **síndrome coronario agudo** (CIE-10): que sea ingreso directo (código infarto), no traslado
6. Pacientes con **edema agudo de pulmón** como diagnóstico principal (CIE-10)
7. Pacientes que han sufrido una **parada cardiorrespiratoria** (CIE-10): excluir éxitus
8. Pacientes **transfundidos** (se pueden localizar a través del banco de sangre):
  - Transfusión de hematíes: transfusiones posteriores a las 48 horas de ingreso en UCI
9. Pacientes con **síndrome de distrés respiratorio agudo** (por CIE 10 SDRA o procedimiento pronó)
10. Pacientes sometidos a **técnicas continuas de depuración extracorpórea** (codificación procedimiento TCDE: 5A1D00Z)
11. Pacientes con **traumatismo craneoencefálico + ventilación mecánica** (S06.9+5A1955Z)
12. Pacientes con **hemorragia subaracnoidea espontánea /ACV hemorrágico** (CIE-10)
13. Casos de **intoxicación**: intoxicación por paracetamol, intoxicación por metformina/metanol/litio, intento autolítico por benzodiazepinas/antidepresivos
14. Casos de **muerte encefálica/éxitus**

## Anexo 3. Herramienta de revisión de historias clínicas activas

Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
<b>PACIENTES INGRESADOS EN UCI &gt; 5 DÍAS</b>								
PAG.4.2	La <b>evaluación médica y de enfermería inicial</b> se completa en el periodo establecido.							
PAG.4.1	Todos los pacientes tienen identificadas sus <b>necesidades</b> físicas, psicológicas, nutricionales, funcionales y sociales mediante un proceso de evaluación definido.							
ACP.5.1	El SMI tiene en cuenta la existencia de <b>instrucciones previas</b> del paciente para la toma de decisiones durante todo el proceso asistencial, particularmente en aquellos pacientes que no son competentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Al ingreso se explorará si el paciente ha registrado un documento de instrucciones previas (DIP) y se dejará constancia en la documentación clínica.</li> <li>– Se incorporarán las instrucciones previas en la toma de decisiones durante la atención del paciente.</li> </ul>						
SP.8.3	La historia clínica contiene información visible sobre la existencia o no de cualquier <b>alergia</b> medicamentosa o reacción adversa a la medicación previa del paciente.							
SP.8.4	La historia clínica contiene un <b>listado de todos los medicamentos</b> que tomaba el paciente antes del ingreso hospitalario, elaborada con participación del paciente o su familia.							
PAG.4.3	Se evalúa en cada paciente, al ingreso y periódicamente, el riesgo de desarrollar <b>úlceras por presión</b> y se ponen en marcha medidas preventivas protocolizadas en función del nivel de riesgo.	Se utilizan instrumentos validados y adaptados al paciente crítico						
PAG.4.4	Se evalúa en cada paciente, al ingreso y periódicamente, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda ( <b>TVP</b> ) y tromboembolismo pulmonar ( <b>TEP</b> ) y se utilizan las medidas apropiadas para evitarlos.							



Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
<b>PAG.4.5</b>	Se evalúa en todos los pacientes, al ingreso y periódicamente, el riesgo de caídas y se implementan medidas para minimizar dicho riesgo según el protocolo del centro.	Se utilizan instrumentos o métodos de evaluación validados						
<b>NFR.1.1</b>	Se hace la estratificación del <b>grado de DRA</b> en los pacientes con ingreso >48h en UCI empleando la escala Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO).							
<b>NFR.3.1</b>	En las primeras 24 horas de su ingreso en UCI se realiza la identificación de aquellos pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de disfunción renal aguda (DRA) y queda constancia en la historia clínica.	Factores de riesgo DRA: – edad mayor de 75 años, – evidencia en documentación de al menos un episodio previo de DRA, – enfermedad renal crónica con un filtrado glomerular estimado inferior a 60ml/min, – insuficiencia cardíaca crónica, – empleo de nefrotóxicos y sospecha de estado prerrenal basado en el uso de diuréticos o alteración cognitiva que pueda producir limitación oral.						
<b>NTR.1.1</b>	En todos los pacientes con riesgo nutricional se realiza una <b>valoración inicial del estado nutricional</b> , que queda registrada en la historia clínica.	• Variables antropométricas: peso, talla, índice masa corporal. • Variables bioquímicas: albúmina, prealbúmina, transferrina.						
<b>PAG.5.1</b>	Cada paciente tiene un <b>plan de atención</b> individualizado, basado en la evaluación inicial médica y de enfermería realizada y queda documentado en la historia clínica.							
<b>PAG.7.1</b>	La historia clínica contiene los resultados de las <b>evaluaciones y pruebas complementarias</b> realizadas al paciente.							



Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
PAG.7.2	La historia clínica contiene información sobre todos los <b>tratamientos e intervenciones clínicas</b> realizadas.							
PAG.7.3	Todos los registros de la historia clínica <b>identifican</b> el <b>profesional responsable</b> de la atención, la hora y la fecha.							
PAG.6.1	Los resultados de las <b>reevaluaciones</b> se documentan en la historia clínica de forma diaria en los pacientes ingresados para información y uso de todos los profesionales que tratan al paciente.							
INF.5.2	El SMI realiza <b>cultivos de vigilancia a todos los pacientes al ingreso en UCI y al menos semanalmente durante su estancia</b> en UCI.							
ASD.1.2	Se evalúa la presencia o ausencia de <b>dolor</b> en todos los pacientes comunicativos mediante escalas validadas al menos cada 8 horas.	Escalas validadas: – Escala visual analógica (EVA) – Escala verbal numérica (EVN))						
ASD.1.3	Se evalúa la presencia o ausencia de dolor en todos los pacientes no comunicativos mediante una escala conductual validada al menos cada 8 horas.	Escalas conductuales validadas: – Behavioral Pain Scale (BPS) – Critical Care Observation Tool (CPOT) – Escala de Conductas Indicadora de Dolor (ESCID))						
ASD.1.4	Se ajusta la dosis de analgesia según el resultado de las escalas.	Objetivo: EVN/ESCID < 4 o BPS < 6						
ASD.3.2	Se realiza valoración del <b>delirium</b> con una escala validada al menos una vez al día a todos los pacientes ingresados más de 24h con RASS superior a -3 (o equivalente)	Escalas validadas: – Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) – Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)						
SP.8.6	Todas las <b>prescripciones</b> de medicación contienen al menos la siguiente información: identificación del paciente, nombre del medicamento, dosis, frecuencia y vía de administración.							
ACP.8.1	Cuando es necesaria una medida de <b>inmovilización del paciente</b> (ejemplo: sujeción mecánica) se lleva a cabo	El procedimiento debe incluir: · definición de contención y tipo · motivo o indicación para mantener la contención						



Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
	siempre por indicación médica y siguiendo el procedimiento establecido (excepto en situación de riesgo vital).	(minimizándolas) · evaluación del procedimiento correcto de aplicación · especificación de la duración, o criterios para suspenderla o mantenerla - identificación de efectos adversos, - frecuencia de monitorización, medidas a adoptar para prevenir complicaciones · solicitud de consentimiento informado si > 24 h · documentación en la historia clínica						
<b>ACP.8.2</b>	Las indicaciones de <b>inmovilización de pacientes</b> se renuevan al menos diariamente con criterios de minimización, quedando constancia en la historia clínica.							
<b>ACP.8.3</b>	Se realiza un seguimiento continuado del <b>paciente inmovilizado</b> siguiendo el procedimiento establecido.							
<b>PAG.2.2</b>	El paciente es dado de alta mediante un <b>traspaso de información reglado</b> , de forma verbal y escrita, a la unidad receptora.	El informe contiene como mínimo: – el diagnóstico, – la atención dispensada, – el resultado de las principales pruebas realizadas, y – el tratamiento al alta.						
<b>PAG.7.4</b>	Se evitan las <b>abreviaturas</b> en todos los informes que van dirigidos a otros servicios o al paciente.							
<b>PACIENTES CON NUTRICIÓN ARTIFICIAL</b>								
<b>NTR.1.2</b>	En todos los pacientes con <b>nutrición artificial</b> se realiza monitorización nutricional con una periodicidad determinada, que queda registrada en la historia clínica.	<b>La monitorización correcta de la nutrición incluye al menos los siguientes elementos:</b> - Control de la cantidad de dieta administrada en 24 horas y adecuación de la fórmula administrada. - Relación del aporte real con el objetivo calórico y proteico pautados. Volumen eficaz administrado (proteínas y calorías). - Control de la posición de la sonda de nutrición enteral. Tipo y calibre de la sonda. - Control de la posición del paciente: 30-45º. - Identificación de las complicaciones gastrointestinales de la						



Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
		nutrición y manejo de acuerdo con el algoritmo establecido - Control de glucemias según protocolo del SMI. - Variables bioquímicas: triglicéridos, colesterol, albúmina, prealbúmina, linfocitos y proteína ligada al retinol / 7 días.						
<b>NTR.2.1</b>	En todos los pacientes con <b>nutrición artificial</b> se realiza el aporte proteico según el grado de lesión; y, el aporte calórico mediante calorimetría indirecta (CI) o en su defecto mediante fórmulas estimativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aporte proteico: o Fase inicial: entre 1,2 y 1,5g/peso habitual/día. o Fase estable: entre 1,5 y 2g/peso habitual/día.</li> <li>• Fase aguda: aportar alrededor del 70% del gasto energético medido mediante CI o entre 20-25 kcal/kg peso habitual/día.</li> <li>• Fase estable: aportar 100% del gasto energético medido mediante CI o entre 25-30 kcal/peso habitual/día.</li> </ul>						
<b>NTR.3.1</b>	Cuando hay indicación de tratamiento <b>nutricional especializado (artificial)</b> y no existan contraindicaciones, se inicia nutrición enteral precoz en las primeras 24-48 h, tras una correcta reanimación y estabilidad hemodinámica							
<b>NTR.4.2</b>	Durante la inserción de las <b>sondas</b> enterales y las vías de nutrición parenteral, se realiza un <b>control radiológico</b> para comprobar la correcta colocación de la vía de acceso (enteral o endovenosa)							
<b>PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA</b>								
<b>ASD.2.2</b>	Se aplica a todos los <b>pacientes sedados</b> una escala clínica validada de sedación cada 8 horas o cuando cambia la situación clínica.	Escalas validadas: – RASS: Richmond Agitation Sedacion Scale – SAS: Sedation Agitation Scale Excepciones: pacientes con sedación profunda o recibiendo bloqueantes neuromusculares.						
<b>ASD.2.4</b>	Se especifica en el tratamiento el <b>nivel de sedación</b> deseado (nivel RASS objetivo), realizándose una sedación dinámica y secuencial.							
<b>IRA.1.1</b>	Se evalúa el riesgo de <b>vía aérea difícil</b> previo al procedimiento de intubación	Se utiliza una escala validada y se registra en la historia clínica						



Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
<b>NIT.9.2</b>	Se evalúa la <b>debilidad adquirida</b> en UCI (DAUCI) en todos los pacientes con VM > 48 horas (a través de criterios clínicos Medical Research Council (MRC) score) en pacientes despiertos y colaboradores.							
<b>NIT.9.3</b>	Se inicia <b>movilización temprana</b> en pacientes con VMI > 24 h.	Temprana: entre 48 y 72 horas						



## Anexo 4. Herramienta de revisión de historias clínicas cerradas

Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
<b>PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA MÁS DE 21 DÍAS</b>								
<b>NTR.5.1</b>	En los pacientes con <b>ventilación mecánica</b> prolongada y traqueostomizados se realiza el <b>test de disfagia</b> antes del inicio de nutrición oral para administrar productos de alimentación adaptada en caso de ser positivo.	Ventilación mecánica prolongada: 21 días						
<b>PACIENTES CON NUTRICIÓN ENTERAL</b>								
<b>NTR.4.1</b>	Cuando el paciente no es <b>capaz de ingerir al menos el 75%</b> de sus requerimientos por vía oral, la vía de elección es la enteral por sonda nasogástrica.	Se mantiene la nutrición por sonda hasta que el paciente es capaz de ingerir al menos el 75% de sus requerimientos por vía oral.						
<b>PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL</b>								
<b>NTR.4.3</b>	Se inicia la nutrición parenteral de acuerdo con el <b>protocolo</b> .	El protocolo debe incluir al menos, las indicaciones de nutrición parenteral: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando la nutrición enteral no es posible, y existe riesgo nutricional se inicia nutrición parenteral de forma precoz en las primeras 48 h y a las dosis adecuadas evitando la hipernutrición.</li> <li>- Se emplea la nutrición parenteral complementaria en los pacientes que al cuarto día del inicio de tratamiento nutricional no hayan alcanzado el objetivo calórico/proteico por vía enteral (<math>\geq 60\%</math> requerimientos calculados).</li> <li>- Se reevaluará diariamente la indicación de nutrición enteral.</li> </ul>						



Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
<b>PACIENTES TRASLADADOS A OTRO CENTRO</b>								
PAG.3.1	Se establece contacto con el <b>centro receptor</b> del paciente y se documenta para informarle de su llegada y de sus necesidades más importantes.							
ACP.3.2	Si el paciente tiene que ser trasladado a otro centro se le <b>informará a él o a sus familiares</b> del hospital al que será derivado, el motivo del traslado y el tipo de transporte, dejando constancia en la historia clínica.							
<b>PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO</b>								
CRD.1.2	Se realiza la revascularización <b>SCASEST</b> de riesgo en 24-48h.	SCASEST con troponina positiva. Realización de coronariografía en el mismo ingreso.						
CRD.1.3	Se realiza la revascularización <b>SCACEST</b> en un tiempo de 90 minutos puerta-balón	Identificación del SCACEST 10 minutos Puerta-balón (ACTP primaria) 90 minutos o Puerta-aguja (fibrinólisis ev) 90 minutos						
<b>PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA</b>								
CRD.4.5	Se realiza diagnóstico y evaluación <b>del daño cerebral post PCR.</b>	El diagnóstico y la evaluación multimodal para establecer el pronóstico neurológico tras una PCR a partir de las 72 horas deben incluir: – exploración neurológica (GCS y reflejos corneales), – enolasa sérica si se dispone de ella, – potenciales evocados somatosensoriales (N20), y – TC o RMN cerebral y EEG.						
CRD.4.6	Al alta de la UCI se evalúa la <b>función neurológica</b> de los pacientes.	Escala validada, por ejemplo CPC (Cerebral Performance Category)						
<b>PACIENTES TRANSFUNDIDOS</b>								
HEM.1.2	En todos los casos en que se va a realizar una <b>transfusión</b> por primera vez, excepto en los casos de urgencia vital, se obtiene el <b>CI</b> correctamente cumplimentado y firmado por el profesional y el paciente o su representante legal.							



Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
<b>HEM.2.2</b>	La transfusión de concentrado de hematíes se realiza con cifras de <b>hemoglobina pretransfusionales</b> inferiores a 7 g/dl.	Excepciones: sangrado masivo, síndrome coronario agudo, sepsis /shock séptico en la fase de resucitación, hipoxemia grave, muerte encefálica o inminencia de la misma, embarazo, población pediátrica (edad < 16 años).						
<b>PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO</b>								
<b>IRA.5.1</b>	Se aplica un <b>protocolo</b> de Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)	-Se incluye el uso de relajantes neuromusculares en el algoritmo de SDRA moderado-grave - Se incluye el uso de prono en el algoritmo de SDRA moderado-grave						
<b>IRA.5.2</b>	Se realiza <b>ventilación protectora</b> en pacientes con SDRA	Ventilación protectora: Vt 6-8 ml/kg de peso ideal Pp < 30 cm H <sub>2</sub> O Presión motriz <15 cm H <sub>2</sub> O PEEP individualizada						
<b>PACIENTES CON TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA</b>								
<b>NFR.4.1</b>	En todos los pacientes que requieran técnicas continuas de depuración extracorpórea ( <b>TCDE</b> ) con <b>indicación renal</b> , se establece una dosis inicial de 20-35 ml/Kg/h.	La dosis de efluente obtenida por kg de peso del paciente/h inicial debe ser de 20-35 ml/kg/h y evaluada diariamente ajustándolo a los cambios clínicos evolutivos y analíticos (dosificación prescrita adecuada y dinámica).						
<b>NFR.5.1</b>	A todos los pacientes con TCDE se les administran <b>suplementos</b> de proteínas, micronutrientes y vitaminas liposolubles.	Cálculo de proteínas: 2-2,5 g/Kg/día						
<b>PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO + VENTILACIÓN MECÁNICA</b>								
<b>NIT.2.2</b>	Se utilizan scores clínicos y radiológicos para definir la <b>gravedad del TCE</b> .							
<b>NIT.2.3</b>	Se monitoriza la <b>presión intracraneal (PIC)</b> en todos los pacientes con TCE grave y tomografía computarizada (TC) patológica.	TCE grave: escala de coma de Glasgow (GCS) < 9 TC patológica: cuando muestra una o varias de las siguientes lesiones: hematomas, contusiones, edema o compresión de las						



Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
		<p>cisternas basales</p> <p>En caso negativo, se ha considerado la monitorización y Neurocirugía no lo considera indicado.</p> <p>Hospitales centro de referencia de Neurocirugía.</p>						
<b>NIT.3.1</b>	Se aplica <b>neuromonitorización multimodal</b> al paciente neurocrítico.	<p><b>Paciente neurocrítico:</b> TCE grave, hemorragia subaracnoidea (HSA) de mal grado (Hunt y Hess 3 y 4), estatus epiléptico, hemorragia cerebral intraparenquimatosa.</p> <p>Se excluyen paciente con LTSV.</p> <p><b>Neuromonitorización multimodal:</b> escalas clínicas, medición de PIC, PPC, BIS, dúplex transcraneal y estudios electrofisiológicos cuando esté indicado según las guías actuales de práctica clínica.</p> <p>Hospitales centro de referencia en Neurocirugía.</p>						
<b>PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA /ACV HEMORRÁGICO</b>								
<b>NIT.4.2</b>	Se realiza el diagnóstico precoz (menos de 24 horas desde el ingreso o inicio de los síntomas en el SMI) de la HSA aneurismática.	Prueba radiológica que demuestre la presencia de lesión que justifique el sangrado (angio-TC o angiografía cerebral)						
<b>NIT.4.3</b>	Se administra <b>nimodipino</b> en las primeras 12 horas en todos los pacientes con HSA aneurismática.	<p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-intolerancia al tratamiento por hipotensión arterial de difícil control;</li> <li>- hipertensión intracraneal severa no controlable;</li> <li>- órdenes de limitación del tratamiento de soporte vital;</li> <li>- hemorragia subaracnoidea perimesencefálica no aneurismática.</li> </ul>						



Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
<b>NIT.6.2</b>	Se realiza un control de la presión arterial sistólica (PAS) (PAS: 130-150 mmHg en primeras 6 horas) en el <b>hematoma cerebral parenquimatoso espontáneo</b> .							
<b>CASOS DE INTOXICACIÓN</b>								
<b>TOX.1.2</b>	En la intoxicación por <b>paracetamol</b> , se inicia el tratamiento con N-acetilcisteína preferiblemente de acuerdo con los niveles de paracetamol determinados una vez pasadas 4 horas de la ingesta (siguiendo el nomograma de Rumack-Matthew).							
<b>TOX.2.2</b>	En los pacientes que sufren <b>intoxicación aguda</b> se realiza una recogida sistemática y rutinaria de los datos más relevantes de la atención.	Se consideran los datos más relevantes de la atención: – causa de la intoxicación, – tratamiento general y específico toxicológico (tipo de tratamiento y tiempos de asistencia desde el contacto con el sistema sanitario).						
<b>TOX.2.3</b>	Se utiliza la <b>depuración extrarrenal</b> de manera precoz y adecuada en los casos de intoxicación con indicación según el protocolo.	Momento de inicio (precozidad): desde la identificación de la indicación, menos de 3h.						
<b>TOX.3.1</b>	Los pacientes ingresados en la UCI después de un <b>intento autolítico</b> son evaluados por el Servicio de Psiquiatría antes del alta del SMI.	Se entiende por evaluación psiquiátrica: informe realizado por el psiquiatra. Esta valoración debe quedar registrada y firmada en el informe asistencial o en la historia clínica. En ningún caso se tendrán en cuenta valoraciones o consultas telefónicas. En los centros que no dispongan de psiquiatría de guardia, se considera como valoración psiquiátrica las derivaciones urgentes a un centro concertado que disponga de especialista para realizar esta valoración previa al alta de UCI.						



Código	Descripción	Especificaciones	H1	H2	H3	H4	H5	1= <50% 2= 50-80% 3= >80%
<b>PACIENTES CON MUERTE ENCEFÁLICA / ÉXITUS</b>								
TRP.3.1	En la historia clínica se registran de forma adecuada las posibles <b>contraindicaciones (evaluación del donante)</b>							
TRP.4.2	Se aplica el <b>protocolo de mantenimiento del donante</b>	Requisitos: • administración de fluidos y dosis de aminas de acuerdo con resultados de monitorización, • protección pulmonar, • administración de metilprednisolona y desmopresina en los casos que esté indicado						
TRP.5.1	Se <b>monitoriza</b> correctamente al donante de órganos en <b>muerte encefálica</b> .	<b>Monitorización correcta mínima:</b> TA invasiva, FC, temperatura, diuresis, GSA, hemograma y coagulación, parámetros bioquímicos (ionograma, glucosa, función hepática y renal, sedimento urinario). A considerar ecocardiografía y termodilución transpulmonar en donante pulmonar, según situación clínica. <b>Dispositivos que se consideran elementales:</b> catéter venoso central y catéter arteria supradiafragmáticos, sonda urinaria.						
TRP.6.2	El <b>diagnóstico de muerte encefálica</b> se realiza en cada caso de acuerdo con el protocolo del centro.							
TRP.11.2	El médico intensivista valora la posibilidad de poner en marcha un proceso de donación en asistolia controlada ( <b>DAC</b> ) en todos los casos de <b>retirada de tratamiento de soporte vital</b> (extubación terminal).							



## Anexo 5. Relación de criterios y metodología de evaluación y puntuación

### Procesos generales

#### Atención centrada en la persona (ACP)

Comunicación con el paciente y sus familiares				
ACP.1 Comunicación al ingreso			Metodología	Puntuación
<b>ACP.1.1</b>	Se identifican problemas de comunicación del paciente: de lenguaje, cognitivos y sensoriales.	Existe un protocolo para la comunicación con pacientes con dificultad del lenguaje.	Pregunta a profesionales durante ronda de observación (previa revisión del protocolo)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
ACP.2 Comunicación durante la evaluación y el tratamiento del paciente			Metodología	Puntuación
<b>ACP.2.1</b>	 Se establece un horario de información que sea visible a los pacientes y familiares.		Ronda de observación	0=No 10=Sí
<b>ACP.2.2</b>	Pacientes y familiares saben que un miembro del equipo médico les informará de manera continuada sobre su estado de salud		Pregunta a pacientes/familiares durante ronda de observación; encuesta del SMI	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.2.3</b>	 Pacientes y familiares perciben que la información sobre el proceso de atención es completa, clara y comprensible.		Pregunta a pacientes/familiares durante ronda de observación; encuesta del SMI	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.2.4</b>	Se aplica una política de “UCI de puertas abiertas” para promover la vinculación de la	Implica una política bien definida y adaptada a la unidad, para conciliar el trabajo de los profesionales y que los pacientes estén acompañados por sus	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0=No 10=Sí



	familia durante el proceso de hospitalización del paciente en la unidad.	familias el máximo tiempo posible, valorando de manera individualizada cada caso concreto.		
<b>ACP.3 Comunicación al alta</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>ACP.3.1</b>	El protocolo de alta que se aplica en el SMI incluye la información que se debe proporcionar al paciente y familiares acerca de su situación		Pregunta a profesionales durante ronda de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.3.2</b>	Si el paciente tiene que ser trasladado a otro centro se le informará a él o a sus familiares del hospital al que será derivado, el motivo del traslado y el tipo de transporte, dejando constancia en la historia clínica.		Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes trasladados a otro centro)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>ACP.4 Consentimiento informado</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>ACP.4.1</b>	Se establece una lista de los procedimientos y tratamientos de riesgo que requieren consentimiento informado escrito.		Revisión de protocolos y otros documentos	0=No 10=Sí
<b>ACP.4.2</b>	Para cada procedimiento o tratamiento de la lista se cumplimenta el documento de consentimiento informado, que incluye la descripción de los riesgos, beneficios y alternativas, la firma del paciente y del profesional que informa, así como la posibilidad de revocarlo.	En caso de emergencia, puede solicitarse consentimiento telefónico con testigo, dejando constancia en la historia clínica	Revisión de historias clínicas activas o ronda de observación (según el sistema del SMI)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>Derechos y experiencia del paciente y sus familiares</b>				
<b>ACP.5 Respeto a las instrucciones previas del paciente</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>ACP.5.1</b>	El SMI tiene en cuenta la existencia de instrucciones previas del paciente para la toma de decisiones durante todo el proceso	- Al ingreso se explorará si el paciente ha registrado un documento de instrucciones	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80%



	asistencial, particularmente en aquellos pacientes que no son competentes.	previas (DIP) y se dejará constancia en la documentación clínica. – Se incorporarán las instrucciones previas en la toma de decisiones durante la atención del paciente.		10= cumplimiento en >80%
<b>ACP.6 Dignidad, privacidad y confidencialidad</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>ACP.6.1</b> 	El equipo identifica y responde a las necesidades de los pacientes en relación con sus valores y creencias.		Entrevista grupal (práctica clínica) o pregunta a pacientes/familiares durante ronda de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.6.2</b> 	Se facilita la privacidad de los pacientes en las diferentes áreas de atención.		Ronda de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.6.3</b> 	La información se proporciona al paciente y familia en un entorno de privacidad.		Ronda de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.7 Apoyo emocional, trato y confort físico</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>ACP.7.1</b>	Los pacientes reciben apoyo emocional.		Entrevista grupal (práctica clínica) o pregunta a pacientes/familiares durante ronda de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.7.2</b>	EL SMI cuenta con profesionales preparados para abordar la ansiedad u otros estados emocionales relevantes del paciente relacionados con su estado físico, el tratamiento y el pronóstico.		Pregunta a profesionales durante ronda de observación	0=No 10=Sí
<b>ACP.7.3</b> 	Los pacientes refieren que el trato recibido por los diferentes profesionales es satisfactorio.		Resultados de la encuesta de satisfacción	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80%



				10= cumplimiento en >80%
<b>ACP.7.4</b> 	Se aplican medidas para facilitar la conciliación del sueño del paciente.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.7.5</b> 	Se aplican medidas para mantener los ritmos circadianos normales del paciente.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.8 Minimización de la inmovilización del paciente</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>ACP.8.1</b> 	Cuando es necesaria una medida de inmovilización del paciente (ejemplo: sujeción mecánica) se lleva a cabo siempre por indicación médica y siguiendo el procedimiento establecido (excepto en situación de riesgo vital), quedando documentado en la historia clínica.	El procedimiento debe especificar incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición de contención y tipo</li> <li>- Motivo o indicación para mantener la contención (minimizándolas)</li> <li>- Evaluación del procedimiento correcto de aplicación</li> <li>- Especificación de la duración, o criterios para suspenderla o mantenerla</li> <li>- Identificación de efectos adversos</li> <li>- Frecuencia de monitorización, medidas a adoptar para prevenir complicaciones</li> <li>- Solicitud de consentimiento informado si &gt; 24 h</li> </ul>	Revisión de historias clínicas activas (previa revisión del protocolo)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>ACP.8.2</b> 	Las indicaciones de inmovilización de pacientes se renuevan al menos diariamente con criterios de minimización, quedando constancia en la historia clínica.		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>ACP.8.3</b> 	Se realiza un seguimiento continuado del paciente inmovilizado siguiendo el procedimiento establecido.		Revisión de historias clínicas activas (previa revisión del protocolo)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



ACP.9 Atención al final de la vida			Metodología	Puntuación
<b>ACP.9.1</b> 	En el SMI se siguen unos criterios para la decisión de limitación del tratamiento de soporte vital -de acuerdo con el protocolo del hospital- con el fin de que esta no la tome el profesional de manera individual.	La indicación de LTSV debe tener al menos los siguientes requisitos, que constarán en la documentación clínica: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener en cuenta la voluntad del paciente y la existencia de instrucciones previas.</li> <li>- Tomarse por consenso del equipo asistencial</li> <li>- Informar y consultar a los familiares</li> </ul>	Pregunta a profesionales durante ronda de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.9.2</b> 	Se dispone y aplica un protocolo de adecuación de los cuidados al final de la vida centrado en las necesidades del paciente y la familia en esta etapa.	El protocolo incluye al menos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma de decisiones centrada en el paciente y su familia</li> <li>- Comunicación dentro del equipo y con los pacientes y las familias de estos</li> <li>- Adecuación del tratamiento a los nuevos objetivos</li> <li>- Tratamiento sintomático y de bienestar</li> <li>- La evaluación de donación en asistolia controlada</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.9.3</b>	El protocolo incluye la detección y atención de las necesidades individualizadas de estos pacientes y de sus familiares de tipo psicosocial, cultural y espiritual.	El protocolo incluye, además: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo emocional y práctico para los pacientes y sus familias</li> <li>- Apoyo espiritual para los pacientes y sus familias</li> <li>- Apoyo emocional y de la organización para los profesionales del SMI</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.9.4</b> 	El control del dolor se aborda de forma específica en estos pacientes siguiendo un procedimiento propio.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
ACP.10 Satisfacción y experiencia del paciente			Metodología	Puntuación
<b>ACP.10.1</b> 	Se evalúa la satisfacción del paciente al menos anualmente.		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0=No 10=Sí



<b>ACP.10.2</b>	Se evalúa la experiencia del paciente y familia en cuanto a su estancia en el SMI.	Por ejemplo, mediante Patient Reported Experience (PREMs) u otra metodología.	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0=No 10=Sí
<b>ACP.10.3</b>	Se obtiene información sobre los resultados percibidos por los pacientes y familiares.	Por ejemplo, mediante Patient Reported Outcomes (PROMs) u otra metodología.	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0=No 10=Sí
<b>ACP.10.4</b> 	Se adoptan medidas y acciones de mejora basadas en los hallazgos obtenidos en los estudios de satisfacción y de experiencia de los pacientes.		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.10.5</b> 	El SMI facilita el proceso para recoger, analizar y responder a las quejas y reclamaciones de los pacientes o familiares.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0=No 10=Sí
<b>ACP.10.6</b> 	Se analizan e investigan las causas de las quejas, sugerencias y reclamaciones.		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ACP.10.7</b> 	Se implementan mejoras a partir del análisis de las sugerencias, quejas y reclamaciones, dentro de un plazo de tiempo establecido.		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente

### Procesos asistenciales generales (PAG)

#### Ingreso, alta y traslado del paciente

PAG.1 Ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI)		Metodología	Puntuación
<b>PAG.1.1</b> 	El SMI aplica un procedimiento de acogida del paciente cuando ingresa.	Entrevista grupal (práctica clínica) (previa revisión del procedimiento)	0=No 10=Sí



<b>PAG.1.2</b> 	El SMI dispone de criterios de ingreso consensuados con los principales servicios (Urgencias, Cirugía, etc.) y se evalúa su cumplimiento.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>PAG.1.3</b>	Se planifican las medidas a tomar cuando no hay camas disponibles y se evalúa su cumplimiento.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>PAG.2 Alta del SMI</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>PAG.2.1</b>	El SMI aplica criterios de alta para transferir a los pacientes a las unidades de hospitalización convencional y otras unidades como cuidados intermedios, que están consensuados por ambas partes y queda constancia en la historia clínica.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0=No 10=Sí
<b>PAG.2.2</b> 	El paciente es dado de alta mediante un traspaso de información reglado, de forma verbal y escrita, a la unidad receptora.	El informe contiene como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- el diagnóstico,</li> <li>- la atención dispensada,</li> <li>- el resultado de las principales pruebas realizadas, y</li> <li>- el tratamiento al alta.</li> </ul>	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>PAG.3 Traslado del paciente a otro centro</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>PAG.3.1</b> 	Se establece y se documenta el contacto con el centro receptor del paciente para informarle de su llegada y de sus necesidades más importantes.		Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes trasladados a otro centro)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



Evaluación, plan de atención y seguimiento				
PAG.4 Evaluación del paciente			Metodología	Puntuación
 <b>PAG.4.1</b>	Todos los pacientes tienen identificadas sus necesidades físicas, psicológicas, nutricionales, funcionales y sociales mediante un proceso de evaluación definido.		Revisión de historias clínicas activas (previa revisión de protocolo)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>PAG.4.2</b>	La evaluación médica y de enfermería inicial se completa en el periodo establecido.	El periodo establecido para la evaluación inicial debe ser como máximo 24 horas	Revisión de historias clínicas activas (previa revisión de protocolo)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
 <b>PAG.4.3</b>	Se evalúa en cada paciente, al ingreso y periódicamente, el riesgo de desarrollar úlceras por presión y se ponen en marcha medidas preventivas protocolizadas en función del nivel de riesgo.	Se utilizan instrumentos validados y adaptados al paciente crítico	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
 <b>PAG.4.4</b>	Se evalúa en cada paciente, al ingreso y periódicamente, el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP) y se utilizan las medidas apropiadas para evitarlos.		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
 <b>PAG.4.5</b>	Se evalúa en todos los pacientes, al ingreso y periódicamente, el riesgo de caídas y se implementan medidas para minimizar dicho riesgo según el protocolo del centro.	Se utilizan instrumentos o métodos de evaluación validados	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



PAG.5 Planificación de la atención		Metodología	Puntuación	
 <b>PAG.5.1</b>	Cada paciente tiene un plan de atención individualizado, basado en la evaluación inicial médica y de enfermería realizada y queda documentado en la historia clínica.	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%	
 <b>PAG.5.2</b>	Se aplica un procedimiento para la atención de pacientes que requieren aislamiento, coordinado con el Servicio de Medicina Preventiva.	Pregunta a profesionales durante ronda de observación (previa revisión de procedimiento)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente	
 <b>PAG.5.3</b>	Se aplica un procedimiento para la atención de pacientes <b>inmunodeprimidos</b> , coordinado con el Servicio de Medicina Preventiva.	Pregunta a profesionales durante ronda de observación (previa revisión de procedimiento)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente	
PAG.6 Seguimiento del paciente		Metodología	Puntuación	
 <b>PAG.6.1</b>	Los resultados de las reevaluaciones se documentan en la historia clínica de forma diaria en los pacientes ingresados para información y uso de todos los profesionales que tratan al paciente.	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%	
<b>PAG.6.2</b>	El SMI dispone de un servicio extendido de medicina intensiva	Las características del servicio extendido incluyen, como mínimo: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. asegurar la continuidad de cuidados de los pacientes frágiles dados de alta del SMI a la planta de hospitalización, y</li> <li>2. participar en las rondas clínicas de aquellos Servicios hospitalarios que tratan pacientes considerados de alto riesgo, por</li> </ol>	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



		ejemplo, hematología, hepatología, neurocirugía, etc.		
<b>PAG.6.3</b>	El SMI dispone de un sistema de respuesta rápida para detectar precozmente al paciente ingresado en la planta de hospitalización que se está deteriorando clínicamente y ofrecer una respuesta adecuada en tiempo e intervención.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>Procesos transversales</b>				
<b>PAG.7 Historia clínica</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>PAG.7.1</b> 	La historia clínica contiene los resultados de las evaluaciones y pruebas complementarias realizadas al paciente.		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>PAG.7.2</b> 	La historia clínica contiene información sobre todos los tratamientos e intervenciones clínicas realizadas.		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>PAG.7.3</b> 	Todos los registros de la historia clínica identifican el profesional responsable de la atención, la hora y la fecha.		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>PAG.7.4</b>	Se evitan las abreviaturas en todos los informes que van dirigidos a otros servicios o al paciente.		Revisión de historias clínicas activas	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>PAG.7.5</b>	El SMI cuenta con un mecanismo de evaluación de los procesos de atención a través de la revisión periódica de HC de acuerdo con los plazos establecidos por el propio servicio.		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



<b>PAG.7.6</b> 	Se han establecido las normas para asegurar que se respeta el carácter confidencial de los datos referentes a la salud del paciente y a que nadie puede acceder a ellos sin la debida autorización.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

### Gestión clínica del SMI (GES)

Dirección del servicio y gestión de personas				
GES.1 Dirección del Servicio de Medicina Intensiva (SMI)			Metodología	Puntuación
<b>GES.1.1</b> 	El SMI dispone de responsables (médico y de enfermería) formalmente identificados		Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.1.2</b> 	Las funciones y competencias de los responsables están descritas explícitamente y actualizadas.		Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.1.3</b> 	La dirección del SMI implementa un plan operativo anual.	<b>El plan incluye:</b> definición de objetivos, actividades, responsables, recursos necesarios, plazos de ejecución, indicadores de monitorización	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.1.4</b> 	El plan operativo se desarrolla con la participación de los profesionales del SMI.	Existen mecanismos de participación objetivables	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.1.5</b>	Para la elaboración del plan operativo se han tenido en cuenta las	Por ejemplo, a partir de la información recogida en las encuestas de satisfacción	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente



	expectativas, opiniones y sugerencias de los pacientes y familiares.	o el análisis de reclamaciones y sugerencias		10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.1.6</b>	El SMI cuenta con un sistema de información clínica (SIC) integrado o un plan específico para incorporarlo.	El SIC está integrado en la historia clínica hospitalaria, otros departamentos específicos (farmacia, laboratorio, radiología, microbiología) y dispositivos (monitorización, ventilación mecánica, hemofiltro, gasómetro, bombas de perfusión inteligente y otros).	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.1.7</b> 	Los responsables lideran y hacen seguimiento de las actividades de mejora de calidad y seguridad del paciente.		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.1.8</b>	Los responsables del SMI revisan los resultados de los indicadores de monitorización de calidad y seguridad y los transmiten al personal e implementan cambios en la práctica cuando sea necesario.		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.1.9</b>	El SMI implementa un plan de comunicación interna.	La comunicación interna puede ser horizontal y vertical. Un plan de comunicación interna puede referirse por ejemplo a: transferencia de pacientes, existencia de rondas multidisciplinarias, comunicación de objetivos de servicio, difusión de actividades de mejora, etc.	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.1.10</b>	Se define un procedimiento que describe la coordinación con otros servicios del hospital.	Existen mecanismos de participación objetivables	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.1.11</b>	Hay mecanismos definidos y conocidos por el personal para solicitar ayuda en la resolución de		Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



	posibles dilemas éticos (por ejemplo, acceso al Comité de ética asistencial) y para dar respuesta a los mismos, así como para facilitar su acceso a los pacientes o familia cuando surja esta necesidad.			
<b>GES.2 Gestión de personas</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>GES.2.1</b> 	El SMI tiene un plan de dotación de personal que define el número y el tipo de personal necesario para llevar a cabo la actividad del servicio.		Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.2.2</b> 	El SMI dispone de un plan de acogida para el personal de nueva incorporación.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.2.3</b>	Se han definido las funciones y responsabilidades para los distintos puestos de trabajo.	Descripción de funciones y responsabilidades	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.2.4</b>	La asignación de competencias del profesional en formación limita sus responsabilidades en función de su nivel de formación y experiencia.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.2.5</b>	Todos los profesionales realizan una valoración y reflexión anual sobre los objetivos propuestos en diálogo con los responsables del SMI.	Se tendrán en cuenta los diversos tipos de actividad profesional: - Clínica asistencial - Docente - Investigadora	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.2.6</b>	Como resultado de la evaluación anual, se elabora el plan de formación del SMI y una propuesta de objetivos individuales.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



<b>GES.2.7</b>	Los responsables lideran y hacen seguimiento de los objetivos de los profesionales del SMI.		Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.2.8</b> 	El SMI evalúa la satisfacción de los profesionales con su calidad de vida en el trabajo de forma periódica y actúa para prevenir y abordar el síndrome de desgaste profesional	Preferiblemente una encuesta validada	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.3 Evaluación y mejora de la calidad</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>GES.3.1</b> 	El SMI cuenta con mecanismos para monitorizar un conjunto de indicadores de calidad y seguridad del paciente.	<p><b>Para cada indicador se definen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– la fórmula,</li> <li>– fuente de datos para la evaluación,</li> <li>– periodicidad de evaluación,</li> <li>– objetivo de cumplimiento esperado.</li> </ul> <p><b>Indicadores básicos del SMI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Razón estandarizada de mortalidad</li> <li>– Reingreso no programado antes de 48 horas del alta</li> <li>– Debilidad adquirida en la UCI</li> <li>– Bacteriemia relacionada con catéter venoso central (densidad de incidencia)</li> <li>– Infección del tracto urinario relacionada con sonda uretral (densidad de incidencia)</li> <li>– Neumonía asociada a ventilación mecánica (densidad de incidencia)</li> <li>– Cumplimiento de higiene de manos</li> <li>– Donantes reales en muerte encefálica</li> <li>– Tasa de necropsias</li> </ul>	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



<b>GES.3.2</b>	Se analizan los resultados obtenidos en la monitorización para establecer las necesidades de mejora.	Los resultados se comparan con: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Los estándares establecidos y la situación previa (tendencia).</li> <li>– Otros servicios de similar complejidad y con bases de datos de referencia.</li> <li>– La información sobre mejores prácticas publicada en la literatura científica</li> </ul>	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.3.3</b> 	El SMI elabora planes de mejora de calidad identificando y priorizando los objetivos a partir de los resultados de monitorización de la calidad y otras fuentes de información.	Los planes de mejora identifican: <ul style="list-style-type: none"> <li>– las acciones que realizar,</li> <li>– el calendario,</li> <li>– los indicadores para la monitorización,</li> <li>– los responsables</li> <li>– los recursos requeridos.</li> </ul>	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.3.4</b>	Se implementan los planes de mejora y se evalúan los resultados obtenidos.		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.3.5</b>	Los planes/proyectos de mejora de la calidad se comunican y son conocidos por todo el personal implicado en los procesos evaluados.	De acuerdo con el plan de comunicación interno del SMI	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.4 Protocolos y guías de práctica clínica</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>GES.4.1</b> 	El SMI ha definido procedimientos, guías, protocolos y otros documentos basados en la evidencia científica que orientan una práctica estandarizada y consistente en los procesos asistenciales.		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



<b>GES.4.2</b> 	Los documentos tienen un formato establecido, que facilita el acceso a la información.	<b>El formato incluye:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- título (código),</li> <li>- versión,</li> <li>- fecha de aprobación, dentro del periodo de validez establecido por el hospital,</li> <li>- identificación de cambios respecto a versiones previas,</li> <li>- firma de los responsables de la redacción y aprobación.</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.4.3</b> 	Se dispone de un procedimiento definido para actualizar y comunicar los cambios en estos documentos.	Las actualizaciones no pueden superar los 5 años.	Revisión de protocolos y otros documentos	0 = no se cumple 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.4.4</b> 	Todos los profesionales reciben información y formación sobre los procedimientos, guías, protocolos y otros documentos relacionados con sus responsabilidades laborales, durante el proceso de incorporación al servicio y, posteriormente, de forma periódica.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.4.5</b>	El SMI cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de los protocolos y guías de práctica clínica y para implementar acciones de mejora cuando sean necesarias.		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>Gestión de las instalaciones, equipamientos y residuos</b>				
<b>GES.5 Gestión de las instalaciones</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>GES.5.1</b>	El SMI analiza lo que refieren pacientes y familiares sobre las condiciones de		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente



	confort y, cuando sea necesario, implementa actuaciones para mejorarlas.			10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.5.2</b>	El mobiliario es adecuado al tipo de pacientes atendidos y a los familiares y facilita la actividad asistencial, el descanso y la espera.	Se dispone de medios de entretenimiento (TV, etc.) y orientación (relojes, por ej.).	Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.5.3</b>	Se cuenta con sistemas para mantener una temperatura adecuada en las instalaciones.		Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.5.4</b>	Se implementan acciones para minimizar los niveles de ruido de acuerdo con los límites establecidos por el SMI.		Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.5.5</b> 	Está garantizada la continuidad del suministro de energía eléctrica de fuentes habituales o alternativas en las zonas críticas y en la iluminación y señalización de emergencia.		Entrevista grupal (entorno y equipamiento)	0 = No 10 = Sí
<b>GES.5.6</b> 	El SMI se coordina con los servicios correspondientes del hospital para el adecuado mantenimiento de las instalaciones.		Entrevista grupal (entorno y equipamiento)	0 = No 10 = Sí
<b>GES.5.7</b> 	El servicio cuenta con procedimientos actualizados de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente.	Los procedimientos de limpieza y desinfección abordan al menos: limpieza en general, limpieza de zonas críticas o específicas, medidas preventivas, eliminación y transporte de material sucio contaminado.	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



GES.6 Gestión del equipamiento			Metodología	Puntuación
<b>GES.6.1</b> 	Se designa a un responsable para supervisar el mantenimiento del equipamiento médico del SMI.	<b>Responsabilidades:</b> supervisar el inventario del equipamiento médico y coordinar el circuito interno de actuación en caso de avería, incidencia o sustitución de equipos. Puede ser externo al SMI, pero debe estar identificado.	Entrevista grupal (entorno y equipamiento)	0 = No 10 = Sí
<b>GES.6.2</b> 	El SMI dispone de información completa y actualizada anualmente de forma periódica de cada equipo médico.	<b>Información necesaria:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tipo de equipo,</li> <li>– Marca, modelo y número de serie,</li> <li>– fecha de adquisición,</li> <li>– recomendaciones de mantenimiento por parte del fabricante,</li> <li>– plan de mantenimiento preventivo,</li> <li>– revisiones realizadas,</li> <li>– incidencias de funcionamiento.</li> </ul>	Entrevista grupal (entorno y equipamiento)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.6.3</b>	Los usuarios de los equipos médicos reciben la formación y la información periódicas que necesitan para su adecuada utilización y conservación.	Existe además un repositorio donde consultar esta información	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.6.4</b> 	Se aplica un procedimiento para definir los contenidos, la accesibilidad y el mantenimiento de los dispositivos para soporte vital.	El carro de paro se revisa periódicamente (según lo establecido en el procedimiento) y se documentan los resultados	Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
GES.7 Gestión de materiales y residuos peligrosos			Metodología	Puntuación
<b>GES.7.1</b> 	El SMI tiene un inventario completo y vigente de todos los materiales peligrosos almacenados y utilizados.		Entrevista grupal (entorno y equipamiento)	0 = No 10 = Sí



<b>GES.7.2</b> 	El SMI tiene implementado un sistema de gestión de residuos	Incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>– sistema de etiquetado para la identificación clara de materiales y residuos peligrosos.</li> <li>– contenedores definidos, señalizados y ubicados, para recoger todo tipo de residuos.</li> <li>– Puede aplicarse el sistema de gestión del hospital.</li> </ul>	Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.7.3</b> 	El SMI dispone de procedimientos y equipos de protección personal para la manipulación segura de material y residuos peligrosos.	Puede aplicarse el procedimiento general del hospital	Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>GES.7.4</b> 	El SMI dispone de procedimientos para responder a incidentes como derrames, exposiciones, vertidos, etc.		Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente

### Seguridad del paciente (SP)

Promoción de la cultura de seguridad del paciente en el Servicio de Medicina Intensiva				
SP 1. Organización de la seguridad del paciente			Metodología	Puntuación
<b>SP.1.1</b> 	El SMI establece objetivos anuales de mejora de la SP tanto propios como ligados al plan de seguridad del hospital.	La consecución de los objetivos se evalúa anualmente	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.1.2</b> 	El SMI designa profesionales referentes de seguridad para liderar las acciones de mejora de la seguridad en las unidades de cuidados intensivos	Al menos un médico y una enfermera. La designación implica un reconocimiento institucional	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



<b>SP.1.3</b>	El SMI forma parte de la comisión de seguridad (o similar) del hospital a través de sus referentes de SP.	La participación en la comisión implica un nombramiento explícito. Demostrar participación en la misma	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = No 10 = Sí
<b>SP.1.4</b>	El SMI ha establecido alianzas con la dirección de la institución para la mejora de la seguridad.	Estas alianzas deben estar documentadas en actas y acuerdos escritos. Debe traducirse en acciones específicas como por ejemplo la realización de rondas de seguridad de manera periódica, la participación de algún miembro de la dirección en los proyectos de mejora, etc.	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.1.5</b>	Pacientes y familiares participan en las acciones de mejora de la seguridad.	Por ejemplo, formando parte de la comisión de seguridad que se establezca	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP 2. Formación en seguridad del paciente</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>SP.2.1</b> 	El SMI implementa anualmente acciones de formación en seguridad del paciente basadas en las necesidades de los profesionales o en los objetivos de SP del SMI.	Posibles contenidos del plan de formación en SP: conceptos básicos de SP, identificación, higiene de manos, uso de medicación de riesgo, identificación y notificación de incidentes, uso de equipos críticos del servicio, manejo de alarmas, comunicación en las transiciones asistenciales, comunicación y trabajo en equipo (objetivos diarios)	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.2.2</b> 	El SMI incluye aspectos fundamentales de SP del SMI en el plan de acogida de nuevos profesionales o personas en formación.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



Gestión de riesgos en el SMI				
SP 3. Gestión proactiva del riesgo			Metodología	Puntuación
<b>SP.3.1</b>	El SMI realiza anualmente un análisis proactivo de riesgos en alguno de los procesos considerados críticos	Ejemplos de análisis proactivo: análisis modal de fallos y sus efectos (AMFE), mapa de riesgos.	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.3.2</b>	El SMI implementa acciones para rediseñar los procesos o reducir los riesgos detectados y priorizados		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
SP 4. Gestión de incidentes de SP			Metodología	Puntuación
<b>SP.4.1</b> 	El SMI cuenta con un sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente conocido por los profesionales del servicio	Puede ser el sistema de notificación del hospital	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.4.2</b> 	El SMI tiene establecido un proceso para realizar la gestión de los incidentes relacionados con la SP que incluye su análisis y la identificación e implementación de acciones preventivas	El proceso puede ser el que exista en el propio hospital. Si el sistema de notificación es centralizado a nivel del hospital el análisis de los incidentes se puede realizar por los equipos de seguridad del hospital. Es necesario que el SMI conozca los incidentes y participe en su gestión	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
SP 5. Actuación ante incidentes graves			Metodología	Puntuación
<b>SP.5.1</b> 	Cuando se produce un evento centinela, el SMI realiza un análisis sistemático, completo y exhaustivo en un periodo de tiempo establecido	Se denominan eventos centinela aquellos sucesos imprevistos que causan la muerte o graves daños físicos o psicológicos, o tienen riesgo de causarlos.	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



		Habitualmente se considera que el análisis debe estar concluido antes de 45 días para minimizar la pérdida de información. Si el sistema de notificación es centralizado a nivel del hospital el análisis de los incidentes se puede realizar por los equipos de seguridad del hospital. Es necesario que el SMI conozca los incidentes y participe en su gestión		
<b>SP.5.2</b> 	El análisis del evento centinela da lugar a la implementación de un plan de acción		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.5.3</b>	El SMI tiene implantado un plan de actuación coordinada ante eventos adversos graves que incluye el abordaje de las necesidades del paciente o la familia y el apoyo a los profesionales implicados	Puede ser el plan de actuación establecido en el hospital.	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>Áreas específicas para mejorar la seguridad del paciente</b>				
<b>SP.6 Comunicación y seguridad en transferencias y traslados internos</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>SP.6.1</b> 	El traspaso de información entre profesionales durante la transferencia de pacientes se realiza de manera estructurada	Cambios de guardia o turno de enfermería; alta de la UCI. Pueden usarse herramientas de apoyo, por ejemplo, de tipo mnemotécnico. Debe quedar constancia en la documentación clínica de los datos más relevantes.	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.6.2</b> 	Se realizan rondas clínicas multidisciplinares para revisar los objetivos diarios y los planes diagnósticos y terapéuticos	Al menos incluyen médico y enfermera. Conveniente la participación de otros profesionales (farmacéutico, fisioterapeuta...)	Entrevista grupal (práctica clínica) Rondas de observación (si coinciden)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



<b>SP.6.3</b>	Se utiliza un listado de verificación durante todo el proceso de traslado intrahospitalario de pacientes	El listado de verificación debe incluir los procedimientos y el equipo que deben ser revisados en las diferentes fases del traslado. Se realiza en colaboración con otros servicios implicados	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.6.4</b>	Se dispone de un procedimiento para informar de resultados críticos relacionados con el laboratorio.		Rondas de observación (previa revisión del procedimiento)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.6.5</b>	Se dispone de un procedimiento para la administración de órdenes verbales.		Rondas de observación (previa revisión del procedimiento)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP 7 Identificación inequívoca de los pacientes</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>SP.7.1</b> 	Se utilizan dos identificadores inequívocos del paciente al administrar medicamentos y hemoderivados, al recoger muestras para el laboratorio o realizar toma de imágenes y al proporcionar cualquier tipo de procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo.		Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.8 Gestión y uso seguro del medicamento</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>SP.8.1</b>	Se dispone como mínimo de un fármaco asignado al SMI que está integrado en el equipo y dispone del tiempo suficiente para desempeñar todas las actividades clínicas que el SMI requiera	Actividades clínicas que realizar: <ul style="list-style-type: none"> <li>– revisión de las prescripciones médicas,</li> <li>– participar en los pases de visita,</li> <li>– proporcionar asistencia en la selección y administración de los medicamentos,</li> <li>– educar a los pacientes</li> <li>– efectuar un seguimiento de los efectos del tratamiento en los pacientes</li> </ul>	Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



<b>SP.8.2</b>	Se cumplimenta de forma periódica el cuestionario para el uso seguro de la medicación en los SMI y se detectan áreas de mejora.	Disponible en: <a href="http://apps.ismp-espana.org/smi/ficheros/CuestionarioSMI.pdf">http://apps.ismp-espana.org/smi/ficheros/CuestionarioSMI.pdf</a>	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.8.3</b> 	La historia clínica contiene información visible sobre la existencia o no de cualquier alergia medicamentosa o reacción adversa a la medicación previa del paciente.		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>SP.8.4</b> 	La historia clínica contiene un listado de todos los medicamentos que tomaba el paciente antes del ingreso hospitalario, elaborada con participación del paciente o su familia.		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>SP.8.5</b> 	El proceso de prescripción tiene en cuenta la historia de medicamentos que tomaba previamente el paciente, las posibles interacciones y los ajustes necesarios. (conciliación terapéutica)		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.8.6</b> 	Todas las prescripciones de medicación contienen al menos la siguiente información: identificación del paciente, nombre del medicamento, dosis, frecuencia y vía de administración.		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>SP.8.7</b> 	El proceso de administración de medicación incluye la verificación de la identidad del paciente, vía, dosis, hora y medicamento.		Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



<b>SP.8.8</b> 	Los medicamentos almacenados están identificados con el contenido y la fecha de caducidad.		Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.8.9</b> 	Se aplica un procedimiento de manejo de medicamentos de alto riesgo utilizados que es conocido por los profesionales (se incluyen los medicamentos con nombre o apariencia similar).		Rondas de observación (previa revisión del procedimiento)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.8.10</b> 	El servicio limita y estandariza las opciones de concentraciones y dosis disponibles para la medicación de alto riesgo.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.8.11</b> 	El servicio cuenta con estrategias documentadas e implementadas para minimizar el riesgo y la probabilidad de error en el uso de narcóticos.	Se cuenta con un libro de registro de prescripción de narcóticos y sustancias controladas actualizado.	Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.8.12</b>	Se utilizan bombas de infusión inteligentes volumétricas y de jeringa para administrar al menos los medicamentos de alto riesgo en el SMI, con todas las funcionalidades de seguridad activadas.	Funcionalidades de seguridad: interceptar y evitar errores de dosis o de velocidad de infusión, ocasionados por errores en la programación de la bomba, en los cálculos, o por prescribirse dosis o velocidades incorrectas.	Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.8.13</b> 	El servicio facilita formación periódica en la utilización de las bombas de infusión al personal implicado.		Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>SP.8.14</b>	Se considera la implantación de sistemas de trazabilidad de la medicación en todo el proceso del uso de medicación.	Los sistemas de trazabilidad incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sistemas de prescripción electrónica con soporte a la decisión clínica,</li> <li>– sistemas electrónicos para la preparación de medicación,</li> </ul>	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



		<ul style="list-style-type: none"> <li>– sistemas automatizados de dispensación,</li> <li>– registro electrónico de la administración,</li> <li>– administración de medicación con código de barras,</li> <li>– bombas inteligentes para la administración de fármacos por vía parenteral, integrados con los sistemas de información clínica.</li> </ul>		
SP.9 Seguridad en el manejo de alarmas clínicas			Metodología	Puntuación
<b>SP.9.1</b>	El SMI implementa estrategias para reducir el riesgo asociado al manejo de los sistemas de alarma clínica.	<p>Existe un plan documentado que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificación de localizaciones y situaciones de riesgo</li> <li>– Abordaje de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ajustes clínicamente apropiados</li> <li>○ Situaciones en que se pueden deshabilitar las alarmas</li> <li>○ Circunstancias en que se pueden modificar los parámetros de alarma</li> <li>○ Qué profesionales pueden configurar o cambiar dichos parámetros (explicitar responsabilidades)</li> </ul> </li> </ul>	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	<p>0 = no se cumple  5 = se cumple parcialmente  10 = se cumple satisfactoriamente</p>



### Formación continuada e investigación (FCI)

Formación continua y continuada de los miembros del Servicio de Medicina Intensiva				
FCI.1 Planificación de la formación en el SMI			Metodología	Puntuación
<b>FCI.1.1</b> 	Se dispone de un plan de formación, realizado por los responsables docentes del SMI y consensado con el resto de equipo, actualizado y revisado cada 2 años.	El plan ha de incluir cursos, talleres y sesiones para médicos, enfermeras y TCAE, y actividades conjuntas para toda la plantilla.	Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>FCI.1.2</b>	El SMI realiza una encuesta para identificar las necesidades formativas del Servicio y el grado de satisfacción con el plan de formación cada 2 años.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>FCI.1.3</b>	Se dispone de un programa anual de sesiones formativas acreditadas por un organismo oficial.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 =<50% de las sesiones están acreditadas 5= 50-80% de las sesiones están acreditadas 10= >80% de las sesiones están acreditadas
FCI.2 Seguimiento del plan de formación			Metodología	Puntuación
<b>FCI.2.1</b>	Se dispone de un registro de cursos transversales y de cursos específicos para realizar como <b>participantes</b> por los miembros del SMI.	Existe un registro de cursos para médicos y otro para enfermeras.	Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí
<b>FCI.2.2</b>	Se dispone de un registro de cursos transversales y específicos, internos y externos en los que los miembros del SMI participan como <b>docentes</b> .	Existe un registro de cursos para médicos y otro para enfermeras.	Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí



<b>FCI.2.3</b>	El SMI participa en la comisión de docencia del hospital o su equivalente en enfermería a través de alguno de sus profesionales.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí
<b>FCI.3 Actividades de formación</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>FCI.3.1</b>	Cada médico adjunto imparte al menos una sesión anual con temas de actualización en el SMI.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí
<b>FCI.3.2</b>	Se realizan al menos 3 sesiones anuales conjuntas impartidas por un médico y una enfermera sobre temas de interés común.	<b>Posibles temas</b> de interés común: comunicación, seguridad del paciente, infección nosocomial, prevención del síndrome post-UCI, etc.	Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí
<b>FCI.3.3</b>	Los profesionales asisten a más del 50% de todas las sesiones del SMI.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí
<b>FCI.3.4</b>	El 50% de los profesionales del SMI asisten anualmente como alumnos o como docentes a cursos específicos de la especialidad nacionales o internacionales	El 50% de los médicos y enfermeras del Servicio participan como alumnos o como docentes en al menos en un curso o taller de formación al año.	Entrevista grupal (formación e investigación)	0 < 50% 10 = ≥ 50%
<b>FCI.3.5</b>	El SMI organiza cursos internos o externos acreditados por un organismo oficial para médicos o enfermeras		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí
<b>FCI.3.6</b>	El SMI organiza cursos, talleres o sesiones basados en <b>simulación</b> acreditados por organismos oficiales con participación de médicos, enfermeras y TCAE dirigidos a temas de seguridad y para mejorar el rendimiento del equipo.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí



<b>FCI.3.7</b> 	Se dispone de un curso presencial u online para el personal de enfermería de <b>nueva incorporación</b> .		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí
<b>Investigación</b>				
<b>FCI.4 Plan de investigación del SMI</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>FCI.4.1</b>	Se dispone de un plan de investigación con líneas claramente definidas, realizado por los responsables de investigación del SMI y consensado con el resto de equipo, actualizado y revisado cada 2 años.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>FCI.5 Seguimiento del plan de investigación</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>FCI.5.1</b>	Se dispone de un registro de los estudios de investigación activos (propios, estudios multicéntricos y ensayos clínicos) actualizado anualmente.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí
<b>FCI.5.2</b>	Se dispone de un registro de publicaciones y comunicaciones presentadas a congresos o reuniones, actualizado anualmente.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí
<b>FCI.6 Actividades y resultados de investigación</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>FCI.6.1</b>	El SMI ha participado en más de 3 estudios de investigación durante los últimos 3 años.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí



<b>FCI.6.2</b>	El SMI realiza más de 5 comunicaciones anuales a congresos autonómicos, nacionales o internacionales.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí
<b>FCI.6.3</b>	El SMI realiza o participa en al menos 3 publicaciones anuales en revistas nacionales e internacionales.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí



## Procesos especializados

### Analgesia, sedación y delirium (ASD)

Analgesia				
ASD.1 Analgesia			Metodología	Puntuación
 <b>ASD.1.1</b>	El SMI dispone de un protocolo actualizado de analgesia para el adecuado control del dolor de todos los pacientes que ingresan en UCI	<b>Requisitos mínimos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Definición de objetivos de analgesia</li> <li>– Pautas de analgesia multimodal</li> <li>– Monitorización de la analgesia</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0= no existe protocolo actualizado o no incluye los requisitos mínimos 10= el protocolo cumple los requisitos mínimos
 <b>ASD.1.2</b>	Se evalúa la presencia o ausencia de dolor en todos los pacientes comunicativos mediante escalas validadas al menos cada 8 horas.	Escalas validadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Escala visual analógica (EVA)</li> <li>– Escala verbal numérica (EVN))</li> </ul>	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
 <b>ASD.1.3</b>	Se evalúa la presencia o ausencia de dolor en todos los pacientes no comunicativos mediante una escala conductual validada al menos cada 8 horas.	Escalas conductuales validadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Behavioral Pain Scale (BPS)</li> <li>– Critical Care Observation Tool (CPOT)</li> <li>– Escala de Conductas Indicadora de Dolor (ESCID))</li> </ul>	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
 <b>ASD.1.4</b>	Se ajusta la dosis de analgesia según el resultado de las escalas.	Objetivo: EVN/ESCID < 4 o BPS < 6	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
Sedación				
ASD.2 Sedación			Metodología	Puntuación
 <b>ASD.2.1</b>	El SMI dispone de un protocolo de sedación actualizado	<b>Requisitos mínimos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Definición de objetivos de sedación</li> <li>– Pautas de inicio y retirada de sedación</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0= no existe protocolo actualizado o no incluye los requisitos mínimos



		– Monitorización y ajuste de la sedación		10= el protocolo cumple los requisitos mínimos
<b>ASD.2.2</b> 	Se aplica a todos los pacientes sedados una escala clínica validada de sedación cada 8 horas o cuando cambia la situación clínica.	<b>Escalas validadas:</b> – RASS: Richmond Agitation Sedation Scale – SAS: Sedation Agitation Scale <b>Excepciones:</b> pacientes con sedación profunda o recibiendo bloqueantes neuromusculares.	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>ASD.2.3</b> 	Se implementan sistemas basados en la electroencefalografía para monitorizar la sedación en pacientes con sedación profunda o recibiendo bloqueantes neuromusculares.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ASD.2.4</b> 	Se especifica en el tratamiento el nivel de sedación deseado, realizándose una sedación dinámica y secuencial.		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>ASD.2.5</b> 	Se mantiene al menos el 80% de los resultados de las escalas de sedación dentro del rango prescrito para cada paciente.		Entrevista grupal (calidad y seguridad) Indicador 74 de SEMICYUC	0 = No 10 = Sí
<b>ASD.2.6</b> 	Únicamente se prescribe sedación profunda (RASS-4 -5) en caso de diagnóstico de Síndrome de Distress Respiratorio Agudo Severo (SDRA), hipertensión intracraneal (HTIC), estatus epiléptico activo o bloqueo neuromuscular.		Revisión de protocolos y otros documentos	0 = no se cumple 10 = se cumple satisfactoriamente



Delirium				
ASD.3 Delirium			Metodología	Puntuación
<b>ASD.3.1</b> 	El SMI dispone de un protocolo actualizado de evaluación y manejo del delirium.	<b>Requisitos mínimos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnóstico tipos de delirium</li> <li>– Escalas de medición</li> <li>– Pautas de tratamiento</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0= no existe protocolo actualizado o no incluye los requisitos mínimos 10= el protocolo cumple los requisitos mínimos
<b>ASD.3.2</b> 	Se realiza valoración del delirium con una escala validada al menos una vez al día a todos los pacientes ingresados más de 24h con RASS superior a -3 (o equivalente)	<b>Escalas validadas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU</li> <li>– )Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)</li> </ul>	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>ASD.3.3</b> 	Se prioriza el empleo de fármacos no benzodiazepínicos en el paciente con alto riesgo de delirium.	Son <b>pacientes de alto riesgo</b> de delirium: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Adultos que reciben ventilación mecánica prolongada.</li> <li>– Edad avanzada</li> <li>– Sedación profunda</li> <li>– Uso previo de benzodiazepinas</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>ASD.3.4</b> 	Se implementan medidas no farmacológicas de prevención del delirium.	<b>Ejemplos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Movilización y rehabilitación precoces</li> <li>– Evitar restricciones mecánicas</li> <li>– Flexibilizar al máximo el horario de visitas</li> <li>– Implicar a las familias en el cuidado del paciente</li> <li>– Evitar barreras sensoriales</li> <li>– Garantizar ciclo vigilia-sueño</li> <li>– Favorecer la reorientación: reloj, TV...</li> </ul>	Pregunta a profesionales durante ronda de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



## Cuidados cardiológicos y RCP (CRD)

Síndrome Coronario Agudo (SCA)				
CRD.1 Diagnóstico y tratamiento del SCA			Metodología	Puntuación
 <b>CRD.1.1</b>	Existe un circuito "Código IAM" claramente definido	Activación de personal UCI / cardiología y equipo intervencionismo coronario o derivación inmediata para ACTP primaria	Revisión de protocolos y otros documentos	0= no existe protocolo actualizado o no incluye los requisitos mínimos 10= el protocolo cumple los requisitos mínimos
 <b>CRD.1.2</b>	Se realiza la revascularización SCACEST de riesgo en 24-48h.	SCACEST con troponina positiva. Realización de coronariografía en el mismo ingreso.	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con síndrome coronario agudo)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
 <b>CRD.1.3</b>	Se realiza la revascularización SCACEST en un tiempo de 90 minutos puerta-balón	Identificación del SCACEST 10 minutos Puerta-balón (ACTP primaria) 90 minutos o Puerta-aguja (fibrinólisis ev) 90 minutos	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con síndrome coronario agudo)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
CRD.2 Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del SCA			Metodología	Puntuación
 <b>CRD.2.1</b>	Se acredita formación en ecocardiografía en al menos el 50% de los miembros del Servicio ya sea mediante rotatorio específico o mediante diploma de curso de ecocardiografía.	Diagnóstico de complicaciones del IAM y de la indicación de cirugía cardíaca	Entrevista grupal (formación e investigación)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
 <b>CRD.2.2</b>	Está estandarizado el manejo del shock cardiogénico	Se dispone de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Un protocolo de manejo del shock cardiogénico (código shock o similar) que incluye el traslado a un centro de referencia con facilidades para soporte cardiovascular mecánico (ECMO, IMPELLA, etc.) y/o trasplante cardíaco, en el caso de no disponer de estos</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



		<p>dispositivos y técnicas en el centro de atención de estos pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Monitorización hemodinámica avanzada</li> <li>– Técnicas de reemplazo renal continuas</li> <li>– Si es un centro de referencia, debe disponer de protocolos de asistencia mecánica y trasplante cardiaco.</li> </ul>		
<b>Manejo de las arritmias graves</b>				
<b>CRD.3 Diagnóstico y tratamiento de las arritmias graves</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>CRD.3.1</b>	Se dispone de criterios de acceso a estudios electrofisiológicos claramente definidos	Disponer en el hospital o tener centro de referencia	Revisión de protocolos y otros documentos	0 = No 10 = Sí
<b>Reanimación Cardiopulmonar (RCP)</b>				
<b>CRD.4 Atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR)</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>CRD.4.1</b>	El SMI participa en el equipo de atención a la PCR en el hospital		Revisión de protocolos y otros documentos	0 = No 10 = Sí
<b>CRD.4.2</b>	El SMI participa en la Comisión de evaluación de RCP del hospital		Entrevista grupal (gestión del SMI)	0 = No 10 = Sí
<b>CRD.4.3</b>	El SMI acredita que al menos el 50 % de sus miembros han realizado un curso de RCP avanzada o han participado en una sesión de entrenamiento o reacreditación en RCP durante los últimos 5 años.		Entrevista grupal (formación e investigación)	0 = No 10 = Sí



<b>CRD.4.4</b> 	Se dispone de un protocolo de cuidados post resucitación tras sufrir una parada cardiaca.	El protocolo incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La realización de una coronariografía si se sospecha el origen coronario</li> <li>- Manejo de control precoz de la temperatura en aquellos adultos que no responden después de recuperar la circulación espontánea.</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No se dispone de protocolo actualizado o este no incluye las dos especificaciones 10= El protocolo incluye las especificaciones y está actualizado
<b>CRD.4.5</b> 	Se realiza diagnóstico y evaluación del daño cerebral post PCR.	El diagnóstico y la evaluación multimodal para establecer el pronóstico neurológico tras una PCR a partir de las 72 horas deben incluir: exploración neurológica (GCS y reflejos corneales), <ul style="list-style-type: none"> <li>- enolasa sérica si se dispone de ella,</li> <li>- potenciales evocados somatosensoriales (N20), y</li> <li>- TC o RMN cerebral y EEG.</li> </ul>	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes que han sufrido una PCR)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>CRD.4.6</b>	Al alta de la UCI se evalúa la función neurológica de los pacientes.	Escala validada, por ejemplo, CPC (Cerebral Performance Category)	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes que han sufrido una PCR)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%

### Hemocomponentes (HEM)

#### Consentimiento informado (CI) en la transfusión de componentes sanguíneos

HEM.1 CI en la transfusión de hemoderivados		Metodología	Puntuación
<b>HEM.1.1</b> 	El SMI dispone de un documento de Consentimiento informado (CI), siendo válido el CI del Centro para la transfusión de componentes sanguíneos que incluye la necesidad de una transfusión, sus beneficios,		Revisión de protocolos y otros documentos  0= no existe documento de consentimiento o no incluye los requisitos mínimos 10= el documento de consentimiento cumple los requisitos mínimos



	riesgos y alternativas en un lenguaje comprensible para el paciente.			
<b>HEM.1.2</b> 	En todos los casos en que se va a realizar una transfusión por primera vez, excepto en los casos de urgencia vital, se obtiene el CI correctamente cumplimentado y firmado por el profesional y el paciente o su representante legal.		Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes transfundidos)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>Transfusión de hemoderivados</b>				
<b>HEM.2 Protocolo de transfusión de hemoderivados</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>HEM.2.1</b> 	Se dispone de un protocolo de transfusión de sangre y hemoderivados que incluye indicaciones específicas para plaquetas, plasma, fibrinógeno y factores de la coagulación.		Revisión de protocolos y otros documentos	0 = No 10 = Sí
<b>HEM.2.2</b> 	La transfusión de concentrado de hematíes se realiza con cifras de hemoglobina pretransfusionales inferiores a 7 g/dl.	<b>Excepciones:</b> sangrado masivo, síndrome coronario agudo, sepsis /shock séptico en la fase de resucitación, hipoxemia grave, muerte encefálica o inminencia de la misma, embarazo, población pediátrica (edad < 16 años).	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes transfundidos - concentrado de hematíes)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>Transfusión masiva</b>				
<b>HEM.3 Transfusión masiva</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>HEM.3.1</b> 	El Servicio/Hospital dispone de un protocolo de transfusión masiva en el que ha participado el SMI.		Revisión de protocolos y otros documentos	0 = No 10 = Sí



## Enfermedades infecciosas (INF)

Proyectos "Tolerancia Zero"				
INF.1 Prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS)			Metodología	Puntuación
<b>INF.1.1</b> 	El SMI participa en el registro "ENVIN-HELICS"	<b>ENVIN-HELICS:</b> "Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva" (Sistema de vigilancia epidemiológico de las IRAS de las UCI españolas desarrollado en el seno del Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas y sepsis (GTEIS) de la SEMICYUC)  <b>Participación:</b> en ENVIN completo o en ENVIN simplificado	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = No 10 = Sí
<b>INF.1.2</b> 	El SMI dispone de un plan de prevención de la infección asociada a la asistencia sanitaria que incluye un sistema de evaluación y seguimiento de los resultados.	El plan incluye al menos los siguientes <b>objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Consolidar la/s figura/s del médico intensivista experto en control y prevención de infección con dedicación parcial/exclusiva reconocida, responsable de la vigilancia de las IRAS, optimización del tratamiento antimicrobiano (PROA Críticos) en el Servicio y que trabaja en colaboración con el Código Sepsis del Hospital y la Comisión de Infecciones y política antibiótica del Centro.</li> <li>– Implementar y reforzar los proyectos de seguridad:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto "Bacteriemia Zero"</li> <li>• Proyecto "Neumonía Zero"</li> <li>• Proyecto "Resistencia Zero"</li> <li>• Proyecto "ITU-Zero"</li> </ul> </li> </ul>	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponer de un plan de formación en los proyectos de seguridad “Tolerancia Zero” de todo el personal involucrado en el cuidado del paciente crítico.</li> <li>– Disponer de un plan de formación en higiene de manos para todo el personal involucrado en el cuidado del paciente crítico.</li> <li>– Planificar áreas de mejora respecto a los proyectos de seguridad “Tolerancia Zero” en el SMI.</li> </ul>		
<b>INF.1.3</b>	El SMI tiene el certificado de calidad en el cumplimiento de las recomendaciones de los proyectos “Tolerancia Zero” en el manejo de pacientes críticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Certificado de cada proyecto</b> avalado y firmado por representantes del Ministerio de Sanidad, de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).</li> <li>– Certificado de cada proyecto con validez temporal de cuatro años desde su emisión.</li> <li>– Para su concesión se evalúan las actividades realizadas y los resultados de los dos años previos a su emisión.</li> </ul>	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>INF.1.4</b> 	El SMI tiene consolidada la figura del médico intensivista responsable del control de infección y optimización del tratamiento antimicrobiano en las unidades de cuidados intensivos.	<p>Médico intensivista con experiencia en vigilancia y control de infecciones y en el manejo de antimicrobianos.</p> <p><b>Funciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordinar la formación de los proyectos “Tolerancia Zero” en el manejo de pacientes críticos.</li> <li>– Fomentar la acreditación en los Proyectos “Tolerancia Zero” en el SMI.</li> <li>– Coordinar la recogida de datos del registro ENVIN-HELICS en el Servicio.</li> </ul>	Entrevista grupal (control de la infección)	0= no tiene la figura del médico intensivista responsable del control de infección 5= tiene la figura del médico intensivista responsable del control de infección, pero éste no tiene la acreditación de experto 10= tiene la figura del médico intensivista responsable del control de infección y éste



		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asesorar a los médicos responsables de los pacientes ingresados en el SMI.</li> <li>– Evaluar de forma sistemática los antimicrobianos utilizados en la UCI. Valorar: los motivos de la administración; la elección de los antimicrobianos seleccionados; la correcta administración; diariamente la posibilidad de retirada o ajuste.</li> <li>– Trabajar en colaboración con el Código sepsis del hospital y la Comisión de infecciones y política antibiótica del centro.</li> <li>– Convertir el acto médico diario en una medicina personalizada en función de las características de los pacientes fortaleciendo la seguridad en los cuidados.</li> </ul>		tiene la acreditación de experto
<b>INF.1.5</b> 	<p>El SMI tiene consolidada la figura de enfermera/o referente del control de infección en las unidades de cuidados intensivos o enfermera líder de Proyectos Zero.</p>	<p>Enfermera referente de la formación y control de todas las medidas de precaución relacionadas con el desarrollo de IRAS en la UCI para asegurar unos adecuados cuidados de enfermería.</p> <p><b>Funciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordinar la formación de los proyectos “Tolerancia Zero” en el manejo de pacientes críticos.</li> <li>– Colaborar en la acreditación y cumplimiento de los proyectos “Tolerancia Zero” en el SMI.</li> <li>– Asesorar al personal de enfermería en el cumplimiento de las recomendaciones de los proyectos Zero e higiene de manos</li> </ul>	Entrevista grupal (control de la infección)	<p>0 = No</p> <p>10 = Sí</p>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluar de forma sistemática el cumplimiento de las recomendaciones de prevención de BMR.</li> <li>– Organizar de forma sistemática la búsqueda de reservorios de BMR.</li> </ul>		
<b>INF.1.6</b> 	El SMI realiza <i>feed-back</i> de los resultados de los “Proyectos Zero” a los profesionales dedicados al cuidado de los pacientes críticos	<p>Difusión de los resultados de los “Proyectos Zero” en el SMI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tasas de infección</li> <li>– Medidas de prevención</li> <li>– Formación</li> </ul>	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>INF.2 Proyecto Bacteriemia Zero (Prevenir la bacteriemia relacionada con catéter vascular central)</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>INF.2.1</b> 	El personal del SMI ha sido formado en el proyecto de seguridad “Bacteriemia Zero”.	<p>Realización del curso de formación en línea del proyecto “Bacteriemia Zero”: <a href="#">Curso Bacteriemia Zero</a></p> <p>Realización de charlas informativas de formación del proyecto “Bacteriemia Zero”.</p>	Entrevista grupal (control de la infección)	0= cumplimiento en <50% del personal 5= cumplimiento en 50-80% del personal 10= cumplimiento en >80% del personal
<b>INF.2.2</b> 	El SMI tiene implantado el protocolo del proyecto de seguridad “Bacteriemia Zero”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El SMI dispone de <b>registro de monitorización</b> que permite conocer la <b>adherencia de los profesionales</b> dedicados al cuidado de los pacientes críticos a las recomendaciones del proyecto “Bacteriemia Zero”, pone en marcha medidas en función de los resultados y</li> <li>– aporta información al registro del proyecto de “Bacteriemia Zero”.</li> </ul>	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



INF.3 Proyecto “Neumonía Zero” (Prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica)			Metodología	Puntuación
 <b>INF.3.1</b>	El personal del SMI ha sido formado en el proyecto de seguridad “Neumonía Zero”.	Realización del curso de formación en línea del proyecto “Neumonía Zero”: Curso: Neumonía Zero Realización de charlas informativas de formación del proyecto “Neumonía Zero”.	Entrevista grupal (control de la infección)	0= cumplimiento en <50% del personal 5= cumplimiento en 50-80% del personal 10= cumplimiento en >80% del personal
 <b>INF.3.2</b>	El SMI tiene implantado el protocolo del proyecto de seguridad “Neumonía Zero”.		Entrevista grupal (control de la infección)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
INF.4 Proyecto “ITU Zero” (Prevenir la infección urinaria asociada a sondaje vesical)			Metodología	Puntuación
 <b>INF.4.1</b>	El personal del SMI ha sido formado en el proyecto de seguridad “ITU Zero”.	Realización del curso de formación en línea del proyecto “ITU Zero”: <a href="#">Curso: ITU-Zero</a> Realización de charlas informativas de formación del proyecto “ITU Zero”.	Entrevista grupal (control de la infección)	0= cumplimiento en <50% del personal 5= cumplimiento en 50-80% del personal 10= cumplimiento en >80% del personal
 <b>INF.4.2</b>	El SMI tiene implantado el protocolo del proyecto de seguridad “ITU Zero”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– El SMI <b>dispone de registro de monitorización</b> que permite conocer la <b>adherencia de los profesionales</b> dedicados al cuidado de los pacientes críticos a las recomendaciones del proyecto “ITU Zero”, pone en marcha medidas en función de los resultados y</li> <li>– <b>aporta información al registro</b> del proyecto de “ITU Zero”.</li> </ul>	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



INF.5 Proyecto “Resistencia Zero” (Prevenir la aparición y diseminación de bacterias multirresistentes)		Metodología	Puntuación	
<b>INF.5.1</b> 	El personal del SMI ha sido formado en el proyecto de seguridad “Resistencia Zero”.		Entrevista grupal (control de la infección)	0= cumplimiento en <50% del personal 5= cumplimiento en 50-80% del personal 10= cumplimiento en >80% del personal
<b>INF.5.2</b> 	El SMI realiza cultivos de vigilancia a todos los pacientes al ingreso en UCI y al menos semanalmente durante su estancia en UCI.		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>INF.5.3</b> 	El SMI tiene implantado el protocolo del proyecto de seguridad “Resistencia Zero”.	<p>El SMI dispone de <b>registro de monitorización</b> que permite conocer la adherencia de los profesionales dedicados al cuidado de los pacientes críticos a las recomendaciones del proyecto “Resistencia Zero” y pone en marcha medidas en función de los resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluación del listado de verificación de pacientes con riesgo de bacterias multirresistentes (BMR) al ingreso en el SMI.</li> <li>– Evaluación del cumplimiento de las medidas de precaución en el SMI en aquellos pacientes con aislamiento de BMR.</li> </ul> <p>Además, <b>aporta información al registro</b> del proyecto de “Resistencia- Zero”</p>	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



Higiene de manos				
INF.6 Estrategia multimodal de higiene de manos en UCI			Metodología	Puntuación
	<b>INF.6.1</b> El SMI dispone de dispensadores de productos de base alcohólica en el punto de atención al paciente.	Se considera aceptable cuando el profesional lleva directamente el producto de base alcohólica.	Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
	<b>INF.6.2</b> El SMI dispone de un plan de formación en higiene de manos de todo el personal involucrado en el cuidado del paciente crítico.	Por ejemplo, el curso de formación en higiene de manos del Ministerio de Sanidad: <a href="https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/https://cursos.seguridaddelpaciente.es/">https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/https://cursos.seguridaddelpaciente.es/</a>	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = No 10 = Sí
	<b>INF.6.3</b> En el SMI se realiza periódicamente observación de la higiene de manos.	Observaciones directas de la higiene de manos según la estrategia multimodal de la OMS. Realización de las observaciones por personal dedicado al cuidado del paciente crítico con formación en observación de higiene de manos según estrategia multimodal de la OMS o por el Servicio de Medicina Preventiva. Observaciones mensuales.	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
	<b>INF.6.4</b> En el SMI se realiza feed-back de los resultados de las observaciones de la higiene de manos a los profesionales dedicados al cuidado de los pacientes críticos.	Difusión de los resultados de las observaciones de la higiene de manos en el SMI por acción, categoría profesional, indicación y momentos de la OMS.	Pregunta a profesionales durante las rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
Código Sepsis				
INF.7 Promover medidas que favorezcan la intervención precoz en los pacientes potencialmente críticos no ingresados en UCI			Metodología	Puntuación
	<b>INF.7.1</b> El SMI colabora activamente con el “Código Sepsis” del hospital, en el caso	Profesionales del SMI intervienen activamente en el Código Sepsis del hospital	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = No 10 = Sí



	de que el hospital disponga de un código sepsis.			
<b>INF.7.2</b> 	El SMI dispone o colabora en un protocolo para la detección precoz y manejo de sepsis actualizado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Establecimiento de un sistema de detección de potencial deterioro clínico en planta de hospitalización convencional y creación de un sistema de respuesta.</li> <li>– Establecimiento de un sistema de detección de potencial deterioro clínico en urgencias y creación de un sistema de respuesta</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No dispone de protocolo o no cumple con los requisitos 10= Dispone de protocolo que cumple con los requisitos
<b>INF.7.3</b> 	El SMI ha desarrollado o colaborado en consolidar el “Código Sepsis” en todos los ámbitos asistenciales mediante un abordaje coordinado multidisciplinar y así garantizar la implantación de manera inmediata de todas las medidas que han demostrado reducir la mortalidad de la sepsis.	Implementación y creación de un sistema de “Código Sepsis” en el centro hospitalario con medición continuada del número de sepsis atendidas.	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>INF.7.4</b>	El SMI dispone de un plan de formación continuada de todo el personal involucrado en el cuidado del paciente crítico en el manejo del “Código Sepsis”.	Charlas formativas en “Código Sepsis” realizadas por los responsables del Servicio.	Entrevista grupal (control de la infección)	0 = No 10 = Sí
<b>Optimización del tratamiento antimicrobiano</b>				
<b>INF.8 Promover medidas que favorezcan el uso adecuado de los antimicrobianos en el SMI</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>INF.8.1</b> 	El SMI dispone de un programa de optimización del uso de antimicrobianos (PROA Críticos) liderado por médicos especialistas en medicina intensiva expertos en control	Las <b>funciones del médico líder del “PROA Críticos”</b> están orientadas a convertir el acto médico diario en una medicina personalizada en función de las características de los pacientes, fortaleciendo la seguridad en los cuidados. Son las siguientes:	Entrevista grupal (control de la infección)	0= No se dispone de un intensivista responsable con dedicación parcial reconocida 10= Sí se dispone de un intensivista responsable con dedicación parcial reconocida



	y prevención de la infección con dedicación parcial reconocida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asesorar a los médicos responsables de los pacientes ingresados en el Servicio.</li> <li>– Evaluar de forma sistemática los antimicrobianos utilizados en la UCI. Valorar: los motivos de la administración; la elección de los antimicrobianos seleccionados; la correcta administración; diariamente la posibilidad de retirada o ajuste.</li> <li>– Trabajar en colaboración con el resto de las estructuras del hospital relacionadas con la infección.</li> </ul>		
<b>INF.8.2</b> 	El SMI dispone de un protocolo actualizado de abordaje inicial y tratamiento antimicrobiano de las infecciones adquiridas en UCI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Guías de práctica clínica internacionales y nacionales</li> <li>– Contexto epidemiológico local</li> <li>– Actualización por lo menos cada 5 años.</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No dispone de protocolo o no cumple con los requisitos 10= Dispone de protocolo que cumple con los requisitos

### Insuficiencia respiratoria aguda (IRA)

Ventilación mecánica				
IRA.1 Intubación /Vía aérea difícil			Metodología	Puntuación
<b>IRA.1.1</b> 	Se evalúa el riesgo de vía aérea difícil previo al procedimiento de intubación	Se utiliza una escala validada y se registra en la historia clínica	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>IRA.1.2</b> 	Existe un procedimiento específico para la actuación en el caso de vía aérea difícil	Debe contemplar como mínimo: la valoración, diagnóstica, terapéutica, las responsabilidades de los miembros del equipo y los circuitos asistenciales utilizados	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No dispone de protocolo actualizado 10= Dispone de protocolo actualizado



<b>IRA.1.3</b> 	Se utiliza capnografía (monitorización del dióxido de carbono al final de la espiración) durante la maniobra de intubación		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>IRA.2 Mantenimiento de la ventilación mecánica</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>IRA.2.1</b> 	Se dispone de un protocolo para el manejo de la ventilación mecánica invasiva (VMI) en el SMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Debe contemplar como mínimo: la valoración, diagnóstica, terapéutica, las responsabilidades de los miembros del equipo y los circuitos asistenciales utilizados</li> <li>– Debe incluir el uso de alarmas y weaning</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No dispone de protocolo actualizado 10= Dispone de protocolo actualizado
<b>IRA.2.2</b> 	Los profesionales prescriben y monitorizan la adecuación de las alarmas de la ventilación mecánica		Pregunta a profesionales durante las rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>IRA.2.3</b> 	Se realizan pruebas de desconexión diarias de VMI en los pacientes en que está indicado	<p><b>Indicación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Resolución de la enfermedad de base.</li> <li>– Oxigenación y pH adecuados.</li> <li>– Temperatura inferior a 38.C.</li> <li>– Estabilidad hemodinámica sin necesidad de aminas vasoactivas a dosis altas.</li> <li>– Adecuada función de la musculatura respiratoria. Estado metabólico e hidroelectrolítico correcto. Estado mental con ausencia de ansiedad o delirio</li> </ul> <p><b>Prueba de desconexión: -</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prueba de tubo en T-</li> <li>– Empleo de Presión de soporte (PSV) de 7 cm. de H2O-</li> <li>– Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) de 5 cm. de H2O</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



<b>IRA.2.4</b> 	Existe un registro que recoge las reintubaciones, autoextubaciones o extubaciones accidentales		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0= no existe el registro 10= existe un registro de los 3 eventos adversos
<b>IRA.3 Retirada de la ventilación mecánica</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>IRA.3.1</b> 	Se utilizan predictores de éxito previos a la desconexión de la VMI y extubación	<b>Predictores de éxito:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia respiratoria 12-30 por minuto</li> <li>- Volumen corriente 4 mL/kg o más</li> <li>- Volumen minuto 5-10 Litros</li> <li>- Capacidad vital Mínimo 10-15 mL/kg</li> <li>- Presión negativa inspiratoria Mínimo -20 mínimo</li> <li>- Distensibilidad dinámica Mínimo 25 mL/cmH2O</li> <li>- Cociente FR/VT Menor de 100</li> <li>- Resistencia del sistema &lt; 5 cm H2O/L/seg</li> </ul>	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>IRA.3.2</b>	En los pacientes de riesgo se realiza test de fuga y si es positivo y se cumplen el resto de los criterios se administran corticoides 4 h antes extubación	<b>Pacientes de riesgo:</b> mujer; antecedente de reintubación; tubo de tamaño grande; incubación > de 6 días  <b>Criterio de positividad:</b> Fuga < 110 ml o fuga < 15%	Revisión de protocolos y otros documentos	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>IRA.4 Traqueostomía</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>IRA.4.1</b> 	El SMI dispone de un procedimiento específico para el uso seguro de la traqueostomía	Debe contemplar tanto la técnica como los cuidados.	Revisión de protocolos y otros documentos	0= no existe protocolo actualizado o no incluye los requisitos mínimos 10= el protocolo cumple los requisitos mínimos
<b>IRA.4.2</b> 	Existe un procedimiento multidisciplinar para el alta de pacientes traqueostomizados a planta de hospitalización	<b>Multidisciplinar:</b> incluye a los profesionales de las plantas o unidades de hospitalización que pueden recibir a estos pacientes	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí



Síndrome de distrés respiratorio del adulto				
IRA.5 Manejo del síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA)			Metodología	Puntuación
IRA.5.1 	Se aplica un protocolo de Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se incluye el uso de relajantes neuromusculares en el algoritmo de SDRA moderado-grave-</li> <li>- Se incluye el uso de prono en el algoritmo de SDRA moderado-grave</li> </ul>	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con SDRA) previa revisión del protocolo	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
IRA.5.2 	Se realiza ventilación protectora en pacientes con SDRA	<b>Ventilación protectora:</b> Vt 6-8 ml/kg de peso ideal Pp < 30 cm H <sub>2</sub> O Presión motriz < 15 cm H <sub>2</sub> O PEEP individualizada	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con SDRA)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
IRA.6 Maniobras de prono			Metodología	Puntuación
IRA.6.1 	Se aplica el protocolo para las maniobras de prono		Pregunta a profesionales durante las rondas de observación (previa revisión del protocolo)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
IRA.6.2 	Las maniobras de prono se realizan de forma precoz y con la duración según protocolo		Pregunta a profesionales durante las rondas de observación (previa revisión del protocolo)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
IRA.7 Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO)			Metodología	Puntuación
IRA.7.1 	El soporte con oxigenación por membrana extracorpórea venovenosa (ECMO V-V) está incluido en el algoritmo del manejo de la insuficiencia respiratoria aguda grave hipoxémica o hipercápnica,		Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí



	estableciéndose los criterios de indicación/contraindicación			
<b>IRA.7.2</b> 	La indicación de ECMO V-V considera previamente la ventilación mecánica protectora y al menos un cambio a decúbito prono		Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí
<b>IRA.7.3</b> 	Existe un procedimiento para la derivación de pacientes con indicación de ECMO en hospitales en los que no se realiza el procedimiento a centros de referencia ECMO V_V		Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí
<b>IRA. 8 Ventilación mecánica no invasiva (VMNI)</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>IRA.8.1</b> 	Existe un protocolo para el uso de VMNI en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica agudizada ( IRCA) hipercápnica y edema agudo de pulmón que incluye su uso precoz		Revisión de protocolos y otros documentos	0= no existe protocolo actualizado o no incluye los requisitos mínimos 10= el protocolo cumple los requisitos mínimos
<b>IRA.8.2</b> 	Se realizan medidas para prevenir las úlceras por decúbito secundarias al uso de VMNI	Son medidas específicas para evitar las úlceras interfaz: tipo de interfaz, tamaño de la interfaz, rotación de interfaz.,	Pregunta a profesionales durante las rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>IRA.9 Cánulas nasales de alto flujo (TAFCN)</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>IRA.9.1</b>	Existe un protocolo para el uso de TAFCN	– Se contempla el uso de TAFCN en pacientes con neumonía grave y/o SDRA frente a la oxigenoterapia y se contempla el uso de TAFCN y VMNI en pacientes sin criterios de indicación directa de intubación	Revisión de protocolos y otros documentos	0= no existe protocolo actualizado o no incluye los requisitos mínimos 10= el protocolo cumple los requisitos mínimos



		– Se considera el uso de TAFCN y VMnl tras extubación en pacientes con algún factor de riesgo de reintubación		
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

### Cuidados nefrológicos (NFR)

Cuidados nefrológicos				
<b>NFR.1 Estratificación de la disfunción renal aguda (DRA) en enfermos críticos</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>NFR.1.1</b>	Se hace la estratificación del grado de DRA en los pacientes con ingreso >48h en UCI empleando la escala Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO).		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>NFR.2 Prevención de la nefrotoxicidad inducida por contraste radiológico yodado endovenoso</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>NFR.2.1</b>	 Se dispone de un protocolo de prevención de la nefrotoxicidad inducida por contraste radiológico yodado.		Revisión de protocolos y otros documentos	0= no existe protocolo actualizado 10= existe protocolo actualizado
<b>NFR.3 Identificación de pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de disfunción renal aguda (DRA)</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>NFR.3.1</b>	 En las primeras 24 horas de su ingreso en UCI se realiza la identificación de aquellos pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de disfunción	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Factores de riesgo DRA:</li> <li>– edad mayor de 75 años,</li> <li>– evidencia en documentación de al menos un episodio previo de DRA,</li> </ul>	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



	renal aguda (DRA) y queda constancia en la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– enfermedad renal crónica con un filtrado glomerular estimado inferior a 60ml/min,</li> <li>– insuficiencia cardíaca crónica,</li> <li>– empleo de nefrotóxicos y sospecha de estado prerrenal basado en el uso de diuréticos o alteración cognitiva que pueda producir limitación oral.</li> </ul>		
<b>NFR.4 Dosificación dinámica durante las técnicas continuas de depuración extracorpórea (TCDE)</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
	<b>NFR.4.1</b> En todos los pacientes que requieran TCDE con indicación renal, se establece una dosis inicial de 20-35 ml/Kg/h.	La dosis de efluente obtenida por kg de peso del paciente/h inicial debe ser de 20-35 ml/kg/h y evaluada diariamente ajustándolo a los cambios clínicos evolutivos y analíticos (dosificación prescrita adecuada y dinámica).	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes que han requerido TCDE)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>NFR.5 Soporte nutricional durante técnicas continuas de depuración extracorpórea (TCDE)</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>NFR.5.1</b>	A todos los pacientes con TCDE se les administran suplementos de proteínas, micronutrientes y vitaminas liposolubles.	Cálculo de proteínas: 2-2,5 g/Kg/día	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes que han requerido TCDE)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%

### Neurointensivismo y trauma (NIT)

<b>Neurointensivismo y trauma</b>				
<b>NIT.1 Atención inicial del paciente politraumatizado</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>NIT.1.1</b>	Los pacientes con trauma grave (TG) son atendidos por		Entrevista grupal (práctica clínica)	0= no se cumplen todos los requisitos 10= se cumplen todos los requisitos



	un equipo multidisciplinar en el que participa como líder principal el SMI junto con (al menos) los servicios de Urgencias, Traumatología, Cirugía general y Radiología (Equipo de Atención al Trauma (EAT)).			
<b>NIT.1.2</b> 	Existe un procedimiento establecido para la comunicación con los servicios de Traumatología, Cirugía General y Neurocirugía para el manejo quirúrgico de las lesiones del trauma grave.	Forma específica de comunicación (interconsulta, llamada a buscapersonas...) y criterios generales de valoración establecidos	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí
<b>NIT.2 Atención del paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE)</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>NIT.2.1</b> 	El protocolo de atención al paciente con TCE se ha elaborado de forma multidisciplinar con los servicios de Neurocirugía y Radiología.	El protocolo debe estar vigente con la última evidencia científica disponible.	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí
<b>NIT.2.2</b> 	Se utilizan scores clínicos y radiológicos para definir la gravedad del TCE.		Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con TCE)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>NIT.2.3</b> 	Se monitoriza la presión intracraneal (PIC) en todos los pacientes con TCE grave y tomografía computarizada (TC) patológica.	<b>TCE grave:</b> escala de coma de Glasgow (GCS) < 9. <b>TC patológica:</b> cuando muestra una o varias de las siguientes lesiones: hematomas, contusiones, edema o compresión de las cisternas basales En caso negativo, se ha considerado la monitorización y Neurocirugía no lo considera indicado.	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con TCE)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



		Hospitales centro de referencia de Neurocirugía.		
 <b>NIT.2.4</b>	Se mide la mortalidad del TCE grave intrahospitalaria.	Aplicable solo a las unidades de trauma	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0= No 10= Sí
<b>NIT.3 Monitorización y cuidados del paciente neurocrítico en el SMI</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>NIT.3.1</b>	Se aplica neuromonitorización multimodal al paciente neurocrítico.	<b>Paciente neurocrítico:</b> TCE grave, hemorragia subaracnoidea (HSA) de mal grado (Hunt y Hess 3 y 4), estatus epiléptico, hemorragia cerebral intraparenquimatosa.  Se excluyen paciente con LTSV.  <b>Neuromonitorización multimodal:</b> escalas clínicas, medición de PIC, PPC, BIS, dúplex transcraneal y estudios electrofisiológicos cuando esté indicado según las guías actuales de práctica clínica.  Hospitales centro de referencia en Neurocirugía.	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con TCE)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
 <b>NIT.3.2</b>	Todo el personal médico del SMI conoce y aplica el algoritmo de escalada de tratamiento para la hipertensión intracraneal	Hospitales centro de referencia en Neurocirugía.	Pregunta a profesionales durante las rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>NIT.4 Paciente con hemorragia subaracnoidea espontanea (HSA)</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
 <b>NIT.4.1</b>	El protocolo del proceso del paciente con HSA espontanea, ha sido elaborado con la participación del servicio de Neurocirugía y de Radiología.	Hospitales centro de referencia de Neurocirugía	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí
 <b>NIT.4.2</b>	Se realiza el diagnóstico precoz (menos de 24 horas desde el ingreso o inicio de los	Prueba radiológica que demuestre la presencia de lesión que justifique el sangrado (angio-TC o angiografía cerebral)	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con HSA no traumática)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



	síntomas en el SMI) de la HSA aneurismática.			
<b>NIT.4.3</b> 	Se administra nimodipino en las primeras 12 horas en todos los pacientes con HSA aneurismática.	<p>Criterios de exclusión:-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intolerancia al tratamiento por hipotensión arterial de difícil control;</li> <li>- hipertensión intracraneal severa no controlable;</li> <li>- órdenes de limitación del tratamiento de soporte vital;</li> <li>- hemorragia subaracnoidea perimesencefálica no aneurismática.</li> </ul>	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con HSA no traumática)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>NIT.5 Paciente con accidente cerebrovascular agudo (ACV) isquémico</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>NIT.5.1</b>	Existe un protocolo de atención al paciente con sospecha de ictus isquémico realizado con la participación del equipo de UCI.	Hospitales centro de referencia	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí
<b>NIT.6 Paciente con ACV hemorrágico</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>NIT.6.1</b> 	Se dispone de un protocolo del proceso del paciente con hematoma cerebral espontáneo, elaborado con la participación del servicio de Neurocirugía y de Radiología.	Hospitales centro de referencia de Neurocirugía	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí
<b>NIT.6.2</b> 	Se realiza un control de la presión arterial sistólica (PAS) (PAS: 130-150 mmHg en primeras 6 horas) en el hematoma cerebral parenquimatoso espontáneo.		Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con ACV hemorrágico)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



NIT.7 Paciente con patología convulsiva			Metodología	Puntuación
	<b>NIT.7.1</b> El personal médico del SMI conoce y aplica el algoritmo de escalada de tratamiento del paciente con estatus epiléptico según la respuesta del paciente al tratamiento.		Revisión de protocolos y otros documentos	0= No existe protocolo actualizado 10= Existe protocolo actualizado
NIT.8 Cuidados postquirúrgicos del paciente neurocrítico			Metodología	Puntuación
	<b>NIT.8.1</b> Se dispone de una guía consensuada del manejo de los distintos postoperatorios (cirugía vascular cerebral, cirugía carótida, tumores...) con el servicio de Neurocirugía.	Aplicable en SMI donde figure dentro de la cartera de servicios	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí
NIT.9 Rehabilitación en el paciente crítico			Metodología	Puntuación
	<b>NIT.9.1</b> Existe un protocolo de rehabilitación precoz, elaborado de forma conjunta con los servicios de Rehabilitación y Fisioterapia, adaptado a cada paciente según las necesidades.		Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí
	<b>NIT.9.2</b> Se evalúa la debilidad adquirida en UCI (DAUCI) en todos los pacientes con VM> 48 horas (a través de criterios clínicos Medical Research Council (MRC) score) en		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



	pacientes despiertos y colaboradores.			
<b>NIT.9.3</b> 	Se inicia movilización temprana en pacientes con VMI > 24 h.	Temprana: entre 48 y 72 horas	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>NIT.9.4</b> 	Se consulta con rehabilitación y fisioterapia de forma precoz en todos los pacientes críticos, según el protocolo establecido.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0= no todos dan la misma respuesta 10= todos dan la misma respuesta

### Metabolismo y nutrición (NTR)

Riesgo nutricional y valoración del estado nutricional				
NTR.1 Valoración, monitorización y seguimiento del estado nutricional			Metodología	Puntuación
<b>NTR.1.1</b>	En todos los pacientes con riesgo nutricional se realiza una valoración inicial del estado nutricional, que queda registrada en la historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Variables antropométricas: peso, talla, índice masa corporal.</li> <li>– Variables bioquímicas: albúmina, prealbúmina, transferrina.</li> </ul>	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>NTR.1.2</b> 	En todos los pacientes con nutrición artificial se realiza monitorización nutricional con una periodicidad determinada, que queda registrada en la historia clínica.	<p>La monitorización correcta de la nutrición incluye los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de la cantidad de dieta administrada en 24 horas y adecuación de la fórmula administrada.</li> <li>- Relación del aporte real con el objetivo calórico y proteico pautados. Volumen eficaz administrado (proteínas y calorías).</li> </ul>	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de la posición de la sonda de nutrición enteral. Tipo y calibre de la sonda.</li> <li>- Control de la posición del paciente: 30-45°.</li> <li>- Identificación de las complicaciones gastrointestinales de la nutrición y manejo de acuerdo con el algoritmo establecido</li> <li>- Control de glucemias según protocolo del SMI.</li> <li>- Variables bioquímicas: triglicéridos, colesterol, albúmina, prealbúmina, linfocitos y proteína ligada al retinol / 7 días</li> </ul>		
Requerimientos de macronutrientes y micronutrientes				
NTR.2 Cálculo de los requerimientos de macronutrientes y micronutrientes			Metodología	Puntuación
	<b>NTR.2.1</b> En todos los pacientes con <b>nutrición artificial</b> se realiza el aporte proteico según el grado de lesión; y, el aporte calórico mediante calorimetría indirecta (CI) o en su defecto mediante fórmulas estimativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aporte proteico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fase inicial: entre 1,2 y 1,5g/peso habitual/día.</li> <li>o Fase estable: entre 1,5 y 2g/peso habitual/día.</li> </ul> </li> <li>- Fase aguda: aportar alrededor del 70% del gasto energético medido mediante CI o entre 20-25 kcal/kg peso habitual/día.</li> <li>- Fase estable: aportar 100% del gasto energético medido mediante CI o entre 25-30 kcal/peso habitual/día.</li> </ul>	Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
Indicaciones, momento de inicio y vías de acceso del tratamiento				
NTR.3 Indicaciones e inicio de la nutrición artificial			Metodología	Puntuación
	<b>NTR.3.1</b> Cuando hay indicación de tratamiento nutricional especializado (artificial) y no existan contraindicaciones, se inicia nutrición enteral precoz en las primeras 24-48 h, tras		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



	una correcta reanimación y estabilidad hemodinámica			
NTR.4 Vías de acceso del tratamiento			Metodología	Puntuación
<b>NTR.4.1</b> 	Cuando el paciente no es capaz de ingerir al menos el 75% de sus requerimientos por vía oral, la vía de elección es la enteral por sonda nasogástrica.	Se mantiene la nutrición por sonda hasta que el paciente es capaz de ingerir al menos el 75% de sus requerimientos por vía oral.	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con nutrición parenteral)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>NTR.4.2</b> 	Durante la inserción de las sondas enterales y las vías de nutrición parenteral, se realiza un control radiológico para comprobar la correcta colocación de la vía de acceso (enteral o endovenosa)		Revisión de historias clínicas activas	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>NTR.4.3</b> 	Se inicia la nutrición parenteral de acuerdo con el protocolo.	El protocolo debe incluir al menos las indicaciones de nutrición parenteral: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuando la nutrición enteral no es posible, y existe riesgo nutricional se inicia nutrición parenteral de forma precoz en las primeras 48 h y a las dosis adecuadas evitando la hipernutrición.</li> <li>– Se emplea la nutrición parenteral complementaria en los pacientes que al cuarto día del inicio de tratamiento nutricional no hayan alcanzado el objetivo calórico/proteico por vía enteral (<math>\geq 60\%</math> requerimientos calculados).</li> <li>– Se reevaluará diariamente la indicación de nutrición enteral.</li> </ul>	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con nutrición parenteral)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



Monitorización y seguridad del tratamiento nutrometabólico en el paciente crítico				
NTR.5 Medidas para evitar complicaciones			Metodología	Puntuación
<b>NTR.5.1</b> 	En los pacientes con ventilación mecánica prolongada y traqueostomizados se realiza el test de disfagia antes del inicio de nutrición oral para administrar productos de alimentación adaptada en caso de ser positivo.	Ventilación mecánica prolongada: 21 días	Revisión de historias clínicas cerradas (pacientes con ventilación mecánica >21 días)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>NTR.5.2</b> 	La administración de fármacos se realiza por sonda nasogástrica de forma protocolizada, para evitar las posibles complicaciones de su administración conjunta con la nutrición enteral.	La administración de fármacos por sonda en pacientes con nutrición enteral debe tener en cuenta el lugar de administración, la preferencia de formas líquidas frente a sólidas, la separación de los fármacos entre sí y si pueden administrarse concomitantemente con la nutrición enteral.	Pregunta a profesionales durante las rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>NTR.5.3</b> 	Se dispone de un protocolo de administración y mantenimiento de tratamiento nutricional parenteral y enteral que define de forma clara la actuación del personal a cargo del soporte nutricional.	Se incluyen <b>requisitos básicos</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nombre de la fórmula de NE y composición, volumen y osmolaridad de la NP.</li> <li>– Acceso de administración.</li> <li>– Método y velocidad de administración.</li> <li>– Cumplimiento de los objetivos nutricionales.</li> <li>– Estrategias que minimicen riesgo de contaminación y errores de conexión.</li> <li>– Manejo de intolerancia gástrica y riesgo de aspiración.</li> <li>– Monitorización de las complicaciones.</li> <li>– Hace referencia a las dietas recomendadas para determinadas patologías del paciente crítico: enfermedad pulmonar aguda, sepsis y shock séptico,</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



		<p>patología abdominal no quirúrgica, cirugía de aparato digestivo, neurocrítico, politraumatizado y quemado crítico, patología cardíaca, y paciente crítico crónico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Incluye medidas preventivas para los pacientes en riesgo de padecer Síndrome de Realimentación (pacientes malnutridos, con aportes nutricionales bajos previos prolongados, abuso de alcohol, etc.): inicio del soporte nutricional de forma lenta y progresiva (4-7 días) hasta alcanzar objetivos calórico-proteicos; administración de Tiamina IV los 3 primeros días del inicio de aportes.</li> </ul>		
<b>NTR.5.4</b>	Se dispone de un protocolo de control glicémico y administración de insulina que incluye el uso de dietas enterales específicas en los pacientes con hiperglucemia de estrés no controlada con insulina.	Se mantiene el valor de glucemia por debajo de 180 mg/dl iniciando tratamiento con insulina cuando dos determinaciones consecutivas de la glucemia superan 150 mg/dl.	Revisión de protocolos y otros documentos	0= no existe protocolo actualizado o no incluye los requisitos mínimos 10= el protocolo cumple los requisitos mínimos

### Toxicología (TOX)

#### Antídotos disponibles en el Servicio de Medicina Intensiva / Farmacia hospitalaria

TOX.1 Utilización de antídotos en las intoxicaciones agudas		Metodología	Puntuación
<b>TOX.1.1</b>	El SMI o el Servicio de Farmacia dispone de un botiquín mínimo de antídotos que es accesible y de fácil disposición para el	Rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



	personal sanitario a cualquier hora del día.	<p>etanol absoluto EV, gluconato cálcico, hidroxocobalamina, piridoxina, protamina, sulfato magnésico,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hospital de nivel I: N-acetilcisteína, ácido ascórbico, fisostigmina, penicilina, plasma fresco, politetilenglicol de cadena larga</li> <li>– Hospital de nivel II: bromocriptina, dantroleno, dimercaprol (BAL), EDTA cálcico disódico, fentolamina, oximas, penicilamina, silibinina, y todos los del nivel I.</li> <li>– Hospital de nivel III: anticuerpos antidigoxina, complejo de protrombina, oxígeno hiperbárico (en centro especializado), suero antiofídico, suero antibotulínico, tiosulfato sódico, y todos los de nivel II.</li> </ul> <p>Se debe considerar que los antídotos puedan ser proporcionados desde otros centros en caso de necesidad.</p>		
<b>TOX.1.2</b> 	En la intoxicación por paracetamol, se inicia el tratamiento con N-acetilcisteína preferiblemente de acuerdo con los niveles de paracetamol determinados una vez pasadas 4 horas de la ingesta (siguiendo el nomograma de Rumack-Matthew).		Revisión de historias clínicas cerradas (casos de intoxicación)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>TOX.1.3</b> 	La administración de flumazenilo se limita a los pacientes que sufren intoxicación por benzodiazepinas SIN riesgo	<p>Se considera <b>pacientes con riesgo</b> para desarrollar crisis comiciales o arritmias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– coingesta de altas dosis de antidepresivos tricíclicos u otros fármacos que disminuyan el umbral</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí



	de desarrollar crisis comiciales o arritmias.	convulsivo (también se incluyen drogas de abuso) o aumenten el riesgo de arritmias, – presencia de QT alargado en el ECG, – pacientes con antecedentes de epilepsia.		
<b>Depuración extrarrenal adecuada y precoz en la intoxicación aguda</b>				
<b>TOX.2 Protocolo local de tratamiento en las intoxicaciones agudas</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>TOX.2.1</b> 	El SMI dispone de un protocolo general para el abordaje inicial de un paciente intoxicado.	El protocolo <b>debe incluir, como mínimo</b> : – la utilización de la descontaminación digestiva, – lista de antídotos, y – fuente de consulta rápida para el manejo de intoxicaciones.	Revisión de protocolos y otros documentos	0= no existe protocolo actualizado o no incluye los requisitos mínimos 10= el protocolo cumple los requisitos mínimos
<b>TOX.2.2</b>	En los pacientes que sufren intoxicación aguda se realiza una recogida sistemática y rutinaria de los datos más relevantes de la atención.	Se consideran los <b>datos más relevantes de la atención</b> : – causa de la intoxicación, – tratamiento general y específico toxicológico (tipo de tratamiento y tiempos de asistencia desde el contacto con el sistema sanitario).	Revisión de historias clínicas cerradas (casos de intoxicación)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>TOX.2.3</b> 	Se utiliza la depuración extrarrenal de manera precoz y adecuada en los casos de intoxicación con indicación según el protocolo.	<b>Momento de inicio (precozidad)</b> : desde la identificación de la indicación, menos de 3h.	Revisión de historias clínicas cerradas (casos de intoxicación)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%



Valoración psiquiátrica			Metodología	Puntuación
<b>TOX.3 Valoración psiquiátrica en las intoxicaciones agudas voluntarias con ánimo suicida</b>				
<b>TOX.3.1</b> 	Los pacientes ingresados en la UCI después de un <b>intento autolítico</b> son evaluados por el Servicio de Psiquiatría antes del alta del SMI.	Se entiende por <b>evaluación psiquiátrica</b> : informe realizado por el psiquiatra. Esta valoración debe quedar registrada y firmada en el informe asistencial o en la historia clínica.  En ningún caso se tendrán en cuenta valoraciones o consultas telefónicas. En los centros que no dispongan de psiquiatría de guardia, se considera como valoración psiquiátrica las derivaciones urgentes a un centro concertado que disponga de especialista para realizar esta valoración previa al alta de UCI.	Revisión de historias clínicas cerradas (casos de intoxicación)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%

### Trasplantes (TRP)

Detección y evaluación de posibles donantes			Metodología	Puntuación
<b>TRP.1 Circuito de detección de donante de órganos</b>				
<b>TRP.1.1</b> 	Se dispone de un protocolo de detección del donante, realizado con la participación del equipo de UCI, accesible y conocido por los miembros del equipo.	El protocolo al menos debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>- definición de “posible donante”</li> <li>- triggers clínicos que permiten la identificación de un posible donante</li> <li>- canal de comunicación claro con el equipo de Coordinación de Trasplante</li> <li>- cuidados intensivos orientados a la donación ante posible donante</li> </ul>	Revisión de protocolos y otros documentos	0= no existe protocolo actualizado o no incluye los requisitos mínimos 10= el protocolo cumple los requisitos mínimos
<b>TRP.1.2</b> 	Los profesionales utilizan correctamente el canal de comunicación determinado		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente



TRP.2 Cuidados intensivos orientados a la donación (CIOD)		Metodología	Puntuación
 <b>TRP.2.1</b>	Los familiares del paciente que se considera indicado los CIOD reciben información clara y comprensible de que el pronóstico es fatal y aceptan que las intervenciones serán únicamente dirigidas al confort del paciente permitiendo la donación de órganos cuando se diagnostique la ME	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
TRP.3 Participación en la evaluación del donante de órganos y tejidos		Metodología	Puntuación
<b>TRP.3.1</b>	En la historia clínica se registran de forma adecuada las posibles contraindicaciones	Revisión de historias clínicas cerradas (casos de muerte encefálica)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
Mantenimiento del donante			
TRP.4 Protocolo de mantenimiento del donante		Metodología	Puntuación
 <b>TRP.4.1</b>	El SMI dispone de un protocolo de mantenimiento del donante que se actualiza periódicamente.	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí
 <b>TRP.4.2</b>	Se aplica el protocolo de mantenimiento	Revisión de historias clínicas cerradas (casos de muerte encefálica)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
	Requisitos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• administración de fluidos y dosis de aminos de acuerdo con resultados de monitorización,</li> <li>• protección pulmonar,</li> <li>• administración de metilprednisolona y desmopresina en los casos que esté indicado</li> </ul>		



TRP.5 Monitorización del donante potencial			Metodología	Puntuación
 <b>TRP.5.1</b>	Se monitoriza correctamente al donante de órganos en muerte encefálica.	<b>Monitorización correcta mínima:</b> TA invasiva, FC, temperatura, diuresis, GSA, hemograma y coagulación, parámetros bioquímicos (ionograma, glucosa, función hepática y renal, sedimento urinario). A considerar ecocardiografía y termodilución transpulmonar en donante pulmonar, según situación clínica. <b>Dispositivos que se consideran elementales:</b> catéter venoso central y catéter arteria supradiafragmáticos, sonda urinaria.	Revisión de historias clínicas cerradas (casos de muerte encefálica)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>Diagnóstico de muerte encefálica</b>				
TRP.6 Protocolo de diagnóstico de muerte encefálica (ME)			Metodología	Puntuación
 <b>TRP.6.1</b>	Existe un protocolo de diagnóstico de muerte encefálica (ME) consensuado entre los servicios implicados.		Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí
 <b>TRP.6.2</b>	El diagnóstico de muerte encefálica se realiza en cada caso de acuerdo con el protocolo del centro.		Revisión de historias clínicas cerradas (casos de muerte encefálica)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>TRP.7 Potencial de diagnóstico de ME</b>				
 <b>TRP.7.1</b>	Se dispone de un registro de ME		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0= no existe registro 10= se dispone del registro
 <b>TRP.7.2</b>	Al menos el 60% de ME diagnosticadas son donantes reales.	Donante real: donante que se traslada a quirófano para la extracción de órganos (aunque ningún órgano sea posteriormente trasplantado)	Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0= No 10= Sí



Comunicación con familiares. Entrevista de donación				
TRP.8 Capacitación de los profesionales			Metodología	Puntuación
	<b>TRP.8.1</b>	Los profesionales conocen y están entrenados para informar a la familia del concepto y el diagnóstico de ME	Pregunta a profesionales durante las rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
TRP.9 Comunicación judicial				
	<b>TRP.9.1</b>	El equipo médico identifica los casos que requieren un comunicado al Juzgado.	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
	<b>TRP.9.2</b>	El equipo médico conoce el circuito de comunicación al Juzgado.	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
Programa de garantía de calidad en la donación de órganos				
TRP.10 Participación del SMI en el programa de garantía de calidad (PGC)			Metodología	Puntuación
	<b>TRP.10.1</b>	Los profesionales conocen la información de los resultados del programa de donación y trasplante del centro.	Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
Donación en asistolia				
TRP.11 Participación del intensivista en el proceso de donación en asistolia controlada (DAC)			Metodología	Puntuación
	<b>TRP.11.1</b>	Existe un protocolo de donación en asistolia controlada (DAC) elaborado en colaboración con los servicios implicados	Revisión de protocolos y otros documentos	0= No 10= Sí



<b>TRP.11.2</b> 	El médico intensivista valora la posibilidad de poner en marcha un proceso de DAC en todos los casos de retirada de tratamiento de soporte vital (extubación terminal).		Revisión de historias clínicas cerradas (casos de éxitos)	0= cumplimiento en <50% 5= cumplimiento en 50-80% 10= cumplimiento en >80%
<b>TRP.12 Adecuación de la tasa de DAC a la potencialidad del SMI y del centro</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>TRP.12.1</b>	Se conoce la tasa de DAC entre el total de pacientes fallecidos.		Entrevista grupal (calidad y seguridad)	0= No 10= Sí
<b>Donación de tejidos</b>				
<b>TRP.13 Donación de tejidos</b>			<b>Metodología</b>	<b>Puntuación</b>
<b>TRP.13.1</b> 	El profesional médico y de enfermería de UCI conoce el circuito de alerta al equipo de CTx ante un posible donante de tejidos		Pregunta a profesionales durante las rondas de observación	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente
<b>TRP.13.2</b> 	El profesional de UCI identifica la posibilidad de donación de córneas o multitisular en cualquier caso de fallecimiento en la UCI y actúa según el protocolo establecido por el centro.		Entrevista grupal (práctica clínica)	0 = no se cumple 5 = se cumple parcialmente 10 = se cumple satisfactoriamente

