

Roberto Pérez Carrera

**Qualitat assistencial relacionada en la pràctica
infermera dins del servei d'urgències hospitalàries:
Revisió bibliogràfica**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Dra. Maria Elena Solà Miravete

Facultat Infermeria

 **FACULTAT D'INFERMERIA**
Universitat Rovira i Virgili

TORTOSA 2022

ÍNDEX DEL TREBALL

1. Resum.....	Pàg 1
2. Introducció.....	Pàg 3
3. Marc conceptual.....	Pàg 5
3.1 La qualitat assistencial al servei d'urgències.....	Pàg 5
3.1.1 Dimensions de la qualitat assistencial.....	Pàg 5
3.1.2 Principis bàsics de la qualitat assistencial.....	Pàg 6
3.1.3 Estàndards de qualitat dels serveis d'urgències i bones pràctiques.....	Pàg 7
3.2 Sistemes de qualitat.....	Pàg 7
3.2.1 Definició del sistema.....	Pàg 8
3.2.2 Monitorització.....	Pàg 9
3.2.3 Cicles de millora.....	Pàg 10
3.3 Tipologia de les urgències i dels serveis UH.....	Pàg 10
3.3.1 Urgència i saturació del servei.....	Pàg 11
3.3.2 Sistema de triatge.....	Pàg 12
3.3.3 Indicadors de saturació i triatge dels SUH.....	Pàg 14
3.4 Paper assistencial del professional infermer als SUH.....	Pàg 15
3.5 Models de pràctica infermera.....	Pàg 17
3.5.1 Mètode funcional.....	Pàg 17
3.5.2 Mètode d'equip.....	Pàg 17
3.5.3 Mètode integral.....	Pàg 18
4. Pregunta PICO.....	Pàg 19
5. Objectius.....	Pàg 19
6. Metodologia.....	Pàg 20
6.1 Estratègia de cerca.....	Pàg 20
6.2 Criteris d'inclusió i d'exclusió.....	Pàg 20
7. Resultats.....	Pàg 21
8. Anàlisi/discussió.....	Pàg 30
8.1 Els estàndards i indicadors de qualitat que s'utilitzen en els SUH.....	Pàg 30
8.2 Els programes de millora i metodologies de qualitat dels SUH.....	Pàg 31
8.3 intervencions específiques i bones pràctiques que milloren la qualitat del servei.....	Pàg 33

8.4 les funcions pròpies d'infermeria dins la pràctica assistencial de qualitat en el SUH.....	Pàg 35
9. Conclusió.....	Pàg 37
10. Rellevància per a la pràctica infermera.....	Pàg 37
11. Limitacions.....	Pàg 38
12. Bibliografia.....	Pàg 39

ÍNDEX D'ABREVIATURES

CMBD-U: Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Urgències

ECG: Electrocardiograma

ED: Departaments d'Emergències

EDAOLN: Emergency Department Ambulance Off-Load Nurse

HIRAIID: History, Identify Red flags, Assessment, Interventions, Diagnostics

IAM: Infart Agut de Miocardi

IFEM: Federació Internacional de Medicina d'Emergència

MAT: Model Andorrà de Triage

OMS: Organització Mundial de la Salut

PAE: Procés d'Atenció Enfermera

PDSA/PDCA: Planning, Do, Studying/Control, Act.

RCP: Reanimació Cardiopulmonar

SCA: Síndrome Coronari Agut

SEMES: Societat Espanyola de Medicina de Urgències y Emergències

SET: Sistema Espanyol de Triage

SUH: Serveis d'Urgències Hospitalàries

VAP: Ventilator-Associated Pneumonia

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1 PDCA.....	Pàg 8
Figura 2. Cicles de millora.....	Pàg 10
Figura 3. Organigrama dels SUH.....	Pàg 11
Figura 4. Avaluació amb SET i primer encontre.....	Pàg 13
Figura 5. Reavaluació i segon encontre.....	Pàg 13
Taula 1. Termes de recerca MeSH i DeCS.....	Pàg 20
Taula 2. Resultats de recerca.....	Pàg 21
Taula 3. Diagrama de flux – algoritme PRISMA.....	Pàg 22
Taula 4. Resultats extrets dels articles inclosos en la revisió bibliogràfica.....	Pàg 23

1. Resum

Introducció: Satisfereix els estàndards de qualitat dels SUH enfocats en la seguretat del pacient i en la eficiència de les cures, és important per sustentar aquests tipus de serveis, els quals tenen que estar sempre a la disposició de la societat i adaptar-se a les diferents demandes.

Metodologia: S'ha realitzat una recerca bibliogràfica en anglés i en espanyol utilitzant diferents termes de cerca. La recerca dels 14 articles seleccionats, ha sigut realitzada en 3 bases de dades, les quals són Pubmed, Scielo i Web of Science, fent solament us de l'operador booleà "AND".

Resultats: S'han identificat diferents intervencions infermeres i altres estratègies (programes i metodologies) capaces de millorar la qualitat assistencial del servei. No obstant, també s'ha demostrat mitjançant indicadors i estàndards que hi ha molts SUH que no acaben d'aconseguir l'estàndard de qualitat imposat ni molt bones pràctiques en alguna de les àrees del servei, demostrant-se una considerable incidència d'esdeveniments adversos. D'altra banda, la funció infermera als SUH és una figura important per aconseguir seguretat i qualitat en les cures prestades al pacient.

Conclusió: És necessària la presa de mesures per millorar i garantir la qualitat assistencial dels SUH. Mesures generals com una infraestructura forta, bona distribució física del servei i dels professionals d'infermeria, un bon lideratge executiu i un bon rendiment i també mesures específiques com la preparació i integració d'intervencions infermeres, programes de millora, metodologies, etc.

Paraules clau: Qualitat, Infermeria, Serveis d'urgències hospitalàries.

Abstract

Introduction: To meet the quality standards of SUHs focused on patient safety and the efficiency of care, it is important to sustain these types of services, which they must always be available to society and adapt to the different demands.

Methodology: A bibliographic search was conducted in English and Spanish using different search terms. The search for the 14 selected articles was carried out in 3 databases, which are Pubmed, Scielo and Web of Science, using only the Boolean operator "AND".

Results: Different nursing interventions and other strategies (programs and methodologies) capable of improving the quality of care of the service have been identified. However, it has also been shown by indicators and standards that there are many SUHs that do not achieve the required quality standard or very good practices in any of the service areas, proving a considerable incidence of events. adverse. On the other hand, the nursing role in the SUH is an important figure in achieving safety and quality in the caring provided to the patient.

Conclusion: It is necessary to take measures to improve and guarantee the quality of care of the SUH. General measures like a strong infrastructure, good physical distribution of the service and nursing professionals, good executive leadership and good performance, as well as specific measures, as the preparation and integration of nursing interventions, improvement programs, methodologies, etc.

Key words: Nursing, Quality, hospital emergency services

2. Introducció:

El Servei d'Urgències Hospitalàries (SUH) és una organització de professionals sanitaris que ofereix assistència multidisciplinària, ubicada a una àrea específica de l'hospital, que compleix uns requisits funcionals, estructurals i organitzatius, de forma que garanteix les condicions de seguretat, qualitat i eficiència adequades per atendre les urgències i emergències.

No obstant, es tracta d'un servei bàsic de gran importància, un dels més demandats, el qual sempre ha d'estar a disposició de la població, obert les 24h del dia i els 365 dies de l'any.

Es primordial que aquesta unitat forme part del sistema integral d'urgències establert al seu àmbit territorial; un conjunt d'unitats funcionals (recursos de diversos nivells assistencials) que actuen en un espai geogràfic definit i desenvolupen activitats organitzades i seqüencials d'un procés coordinat, per assolir un objectiu final com és disminuir les seqüeles i reduir la mortalitat d'un conjunt determinat de processos. Per això, cal mantenir una relació sistematitzada amb el centre coordinador d'urgències i la resta de les unitats que s'integrin al sistema (Colomer et al, 2010)

A més, per garantir la continuïtat assistencial és necessari la integració funcional de les institucions de diferents nivells que intervenen en l'atenció urgent, per mitjà del desenvolupament d'acords de funcionament, procediments assistencials en fase prehospitalària, protocols de derivació, el sistema de registre, els procediments d'avaluació i garantia de qualitat del sistema d'urgències i el programa de formació continuada.

Els SUH atenen situacions clíniques que comporten un deteriorament o perill per a la salut i que poden implicar un alt risc per a la vida del pacient. Acudeixen pacients amb diferents problemes de salut i cadascun amb un respectiu grau de gravetat, per el que cal classificar i prioritzar l'atenció mitjançant l'aplicació d'eines i protocols que permeten establir si aquest pacient ha de ser atès de forma immediata o si pot esperar sense cap perjudici per a la seva salut.

Per tant, podem dir que la situació de risc està en estreta relació amb el temps transcorregut entre la seva aparició i l'aplicació d'un tractament clínic que la contraresti. (Colomer et al, 2010).

Una de les eines fonamentals per a dur a terme la prioritització dels problemes de salut és el triatge. Permet la valoració del pacient al cap de pocs minuts de la seva arribada amb l'objectiu d'ajudar al seu tractament i a la organització del propi servei, evitant així la saturació del mateix.

La Societat Espanyola de Medicina de Urgències y Emergències (SEMES) adopta el Sistema Espanyol de Triage (SET), una adaptació del Model Andorrà de Triage (MAT), com estàndard espanyol de triatge. Disposa de 5 nivells de gravetat on a cadascun li correspon un nivell d'urgència, un temps d'atenció i un color (Martínez, 2017 & Colomer et al, 2010).

Tot SUH té un manual d'organització i funcionament en el que se reflexa el organigrama del SUH, la cartera de servei, la disposició física del servei i els recursos estructurals i d'equipament que disposa i un manual de normes que s'han de respectar:

- Instruments de coordinació amb altres serveis i unitats dins del sistema d'urgències on s'insereix el SUH. Entre aquests s'inclouen els protocols d'actuació en situacions d'emergència (Ictus, Politraumatismes, RCP, Síndrome coronari agut i catàstrofes).
- Descripció de les activitats de cada procés assistencial.
- Els protocols necessaris i els punts d'introducció d'aquests dins del circuit assistencial.
- Les línies de responsabilitat en cadascun dels actes.

No obstant, tenen que estar definides les responsabilitats, línies jeràrquiques, atribucions i competències de cada membre del SUH. També inclou la descripció dels recursos, l'equipament disponible, la ubicació del servei i les relacions amb altres àrees (Colomer et al, 2010).

3. Marc conceptual

3.1 La qualitat assistencial al servei d'urgències

El concepte de qualitat està lligat al món sanitari des de fa molt antic i és un dels elements estratègics en què es fomenta la transformació i la millora dels sistemes sanitaris moderns.

L'OMS (1985) defineix que la Qualitat de l'assistència sanitària és assegurar que cada pacient rebi el conjunt de serveis diagnòstics i terapèutics més adequat per aconseguir una atenció sanitària òptima, tenint en compte tots els factors i coneixements del pacient i del servei mèdic, i assolir el millor resultat amb el mínim risc d'efectes iatrogènics i la màxima satisfacció del pacient durant el procés (Pérez-Montaut et al, 2007).

El SUH conté de protocols, procediments específics, guies de pràctica clínica, aprovats per la comissió central de garantia de la qualitat o òrgan col·legiat equivalent per al conjunt de l'hospital, en un nombre suficient que garanteixin que els processos clínics més freqüents (80% del total) i més crítics, s'executen amb un nivell de qualitat assistencial d'acord amb l'evidència científica disponible a cada moment. (Colomer et al, 2010)

3.1.1 Dimensions de la qualitat assistencial

Per valorar si existeix qualitat o no hi ha que tenir en compte les dimensions que la representen, que són:

1. **Qualitat científicotècnica:** Es refereix a la capacitat dels proveïdors d'utilitzar el més avançat nivell de coneixements existents per abordar els problemes de salut, és a dir, per produir salut i satisfacció en els usuaris, ja que inclou tant els aspectes científicotècnics com els de tracte interpersonal. Aquesta és la dimensió que millor s'entén i la més mesurada com a representant de la qualitat dels serveis sanitaris.
2. **Accessibilitat:** És la facilitat amb què l'atenció sanitària es pot obtenir en relació amb els aspectes (barreres) organitzacionals, econòmics, culturals i emocionals respecte als usuaris. Dins d'aquesta dimensió hi trobem també la accessibilitat interna, és quan s'ha aconseguit el contacte amb el sistema sanitari per part de l'usuari, engloba els temps d'espera, temps de resposta, descoordinacions, etc.,

és a dir, tot allò que impedeix la fluïdesa normal d'un procés assistencial vist totalment, incloent-hi la necessària coordinació entre nivells assistencials.

3. **Efectivitat, eficiència i eficàcia:** S'entén per efectivitat la mesura que una determinada pràctica o atenció sanitària millora l'estat de salut de la població concreta que la rep. L'eficiència és la relació entre el cost i el producte, és a dir, la relació entre els resultats de l'assistència i els recursos utilitzats per prestar assistència al pacient. Ser eficients ens permet fer més coses amb els mateixos diners. L'eficàcia és el grau en l'assistència mèdica s'ha mostrat capaç d'assolir els resultats desitjats pel pacient.
4. **Satisfacció:** es pot definir com la mesura en què l'atenció sanitària i l'estat de salut resultant compleix les expectatives de l'usuari. Aquí és important destacar el fet que un millor tracte personal s'associa amb més satisfacció. Aquesta ha de contemplar també el client intern, és a dir, el professional.
5. **Adequació:** Se considera que l'adequació és la relació entre la disponibilitat dels serveis i les necessitats de la població.
6. **Continuïtat:** Es defineix com la mesura en que l'atenció necessària es proveeix de manera ininterrompuda i coordinada (Pérez-Montaut et al, 2007).

3.1.2 Principis bàsics de la qualitat assistencial

Perquè la divisió de la qualitat assistencial en les dimensions tingui sentit, cada dimensió ha de reflectir valors que comptin amb un ampli suport social. A aquests valors recolzats socialment i respectats per tots se'ls anomena principis. Aleshores, una atenció sanitària de qualitat implica tenir en compte quatre principis bàsics:

1. **Beneficència:** Significa que hi ha que ser efectius i es mesura per la efectivitat de l'atenció prestada.
2. **No maleficència:** Significa que hi ha que evitar riscos i es mesura per la qualitat científicotècnica.
3. **Autonomia:** Consisteix que una atenció de qualitat ha de respectar en la mesura del que possible les preferències del pacient, fent-lo partícip de les decisions que li pertocuen. Aquest principi està molt relacionat amb la informació que rep el pacient i la relació pacient-professional, sense oblidar les qüestions relatives al confort (totes elles relacionades amb la satisfacció).
4. **Justícia:** L'atenció de qualitat ha de ser equitativa, donant més al que més necessiti, sense discriminar ningú per les seves característiques personals o per

les de la malaltia. La justícia es mesura per l'accessibilitat i l'equitat, especialment si es focalitza en els grups més vulnerables que són els que tenen més necessitat (Pérez-Montaut et al, 2007).

3.1.3 Estàndards de qualitat dels serveis d'urgències i bones pràctiques.

Per poder garantir a la població la màxima qualitat de la seua atenció, s'han definit estàndards de qualitat que determinen les condicions desitjables que han de complir els serveis perquè siguin acceptats "com la línia de base de la bona pràctica" i permetin assolir els objectius d'excel·lència de cadascun. Per tant, els estàndards de qualitat de l'atenció urgent hauran d'estar basats en 5 pilars: El ciutadà, l'atenció sanitària integral, el professional, la eficiència i els resultats.

Cada Estàndard conté els criteris de qualitat que fan possible el seu compliment, fent referència tant a elements de qualitat dels professionals i de la seva pràctica clínica, com a elements de qualitat dels dispositius/centres d'atenció urgent. I dins d'aquests criteris se proposen un o més indicadors amb el fi de millorar l'atenció (Aljama et al, 2011).

A més, assegurar la realització de bones pràctiques és garantir una gran part de la qualitat assistencial proporcionada a la població. No sols es important saber fer correctament les tècniques, també es important saber humanitzar les cures en aquesta unitat, ja que la immediatesa de les situacions fa que es centrem en el cos (part física) i enfoquem les nostres pràctiques a establir l'agudització del problema de salut sense tenir en compte altres aspectes.

3.2 Sistemes de qualitat

Al SUH es desenvolupen sistemes de garantia de qualitat partint de la definició del sistema (missió, visió i línies estratègiques), l'establiment d'un sistema de monitorització de les nostres actuacions (criteris rellevants, indicadors i estàndards), tant d'estructura i procés, com de resultat i es fan servir els cicles de millora, ja que una de característiques fonamentals de la qualitat assistencial és el seu dinamisme, és a dir, sempre es pot millorar, atès que a la ciència mèdica, els principis inqüestionables d'avui, deixen de ser-ho demà i caldrà aplicar noves tecnologies i noves terapèutiques que faran que replantegem el sistema (Pérez-Montaut et al, 2007).

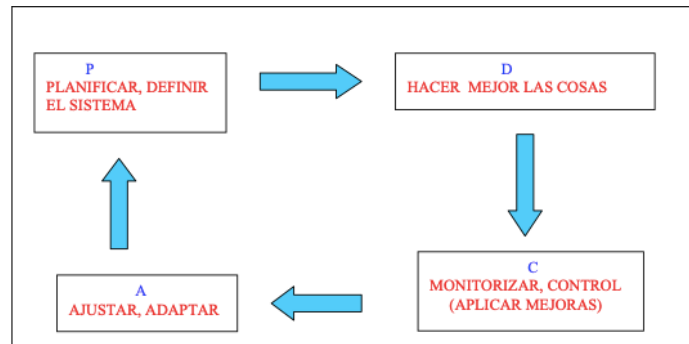


Figura 1 PDCA- Cicle de Shewhart o Deming (Pérez-Montaut et al, 2007).

3.2.1 Definició del sistema

a) Missió: És la funció o la tasca fonamental que la societat assigna i espera de l'organització. En el nostre cas seria la programació del servei que oferirem, és a dir, qui som i per què existim. Aquesta definició de la missió és molt important que sigui assumida per tots els integrants del servei, ja que un dels problemes més importants que sol presentar-se és la no implicació inicial d'alguns dels seus integrants.

b) Visió: Consisteix en descriure allò que volem ser, com una cosa possible i desitjable, basant-nos en la nostra missió prèviament assumida. Así inclourem les dimensions de la qualitat que creguem necessàries per a la nostra missió, tenint en compte les necessitats i expectatives dels usuaris. Per això existeixen formes de participació dels usuaris, bé de forma activa mitjançant l'elecció de proveïdors de les seves necessitats o mitjançant la presentació de queixes o reclamacions, o bé de forma passiva mitjançant les enquestes de satisfacció, opinió, expectatives, mitjançant la creació de grups focals, informadors clau, etc.

c) Línies estratègiques: Són els camins que prendrem per aconseguir la nostra missió i visió (estructura física i recursos materials, comunicacions, transport, reciclatges, protocol·lització, investigació, sessions clíniques, estudi de reclamacions, grups de millora, integració i coordinació internivells, responsabilitat en ús de recursos, cercles de qualitat i equips de millora, etc.). Necessita la identificació dels paràmetres i resultats a aconseguir.

Definir el sistema és dissenyar els processos assistencials, amb les estructures necessàries, per aconseguir els resultats desitjats (Pérez-Montaut et al, 2007).

3.2.2 Monitorització

Consisteix en identificar els aspectes rellevants del servei que oferirem i construir els indicadors sobre la seva qualitat. Això ens permetrà identificar els problemes de qualitat i/o oportunitats de millora.

Un **indicador** és una mesura quantitativa i observable que pot fer-se servir de guia per controlar i valorar la qualitat de les activitats; pot expressar la informació d'un succés específic, evitable i no desitjable (sentinella) o com una ratio (índex) de successos. A cada indicador que determinem cal associar-li un estàndard o grau de compliment exigible perquè ens serveixi de guia en el control i la valoració de l'activitat que volem mesurar. La seua validesa és el grau en què aquest identifica situacions les quals caldria millorar la qualitat del procés assistencial (Pérez-Montaut et al, 2007 & Aljama et al, 2011).

Hi trobem 3 tipus d'indicadors segons mesura:

a) Estructura: Mesuren l'existència (o absència) de mitjans físics necessaris per fer una activitat.

Per exemple, si determinem que en els casos de pacients el motiu de consulta dels quals és el dolor toràcic s'ha de realitzar un electrocardiograma en arribar, ha d'existir la possibilitat de realitzar-lo a l'àrea de triatge. L'indicador seria el percentatge d'electrocardiogrames realitzats en triatge davant d'un quadre de dolor toràcic.

b) Procés: Mesuren el funcionament d'una activitat o aspecte intern del procés assistencial que és crític per al resultat final.

En aquest apartat es poden establir múltiples indicadors, com el temps mitjà de resposta (hora d'inici d'assistència menys l'hora d'arribada, expressat en minuts), percentatge d'electrocardiogrames realitzats a pacients amb urgència hipertensiva, percentatge de trombòlisi realitzades als primers 30 minuts de l'arribada d'una síndrome coronària aguda, etc.

c) Resultat: Mesuren el que passa (o no) després d'haver fet una activitat o procés. Así es poden determinar indicadors com ara l'índex de resolució, mortalitat després de demanda d'assistència urgent, sessions específiques de mortalitat, percentatge de reclamacions "indicador de qualitat percebuda" (Pérez-Montaut et al, 2007).

3.2.3 Cicles de millora

Tot procés és millorable, i la nostra tasca és definir quins dels nostres processos a urgències són essencials, aquells que són tan importants que forçosament els hem de fer bé, han de ser analitzats i avaluats de forma periòdica i si cal, han de ser corregits fins a aconseguir el nivell de compliment que considerem satisfactori.

Aleshores, els cicles de millora estan dissenyats per a identificar problemes de qualitat en algun aspecte dels serveis que s'ofereixen amb l'objectiu d'intervenir, prioritzar, analitzar les causes que l'originen, analitzar les solucions i la forma d'aplicar-les, reavaluar i, finalment, aconseguir una millora del sistema.

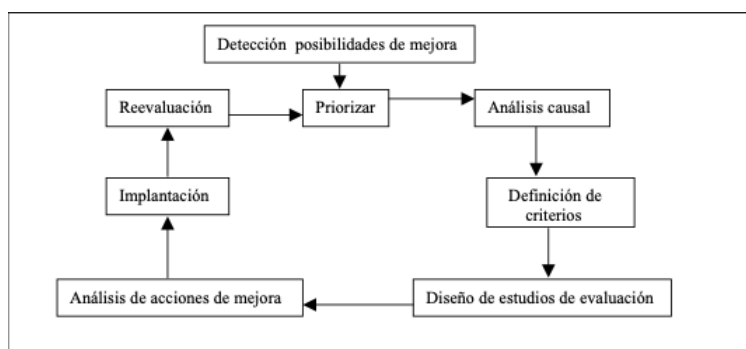


Figura 2. Cicles de millora (Pérez-Montaut et al, 2007).

No hi ha possibilitat de millora si no sabem d'on partim; necessitem dades perquè, una volta haguem implantat les millores, sapiguem si realment hem millorat o no (Pérez-Montaut et al, 2007).

3.3 Tipologia de les urgències i dels SUH

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix urgència sanitària com l'aparició fortuïta (imprevista o inesperada), en qualsevol lloc o activitat, d'un problema de salut de causa diversa i gravetat variable, que genera la consciència d'una necessitat imminent de atenció per part del subjecte que el pateix o de la família.

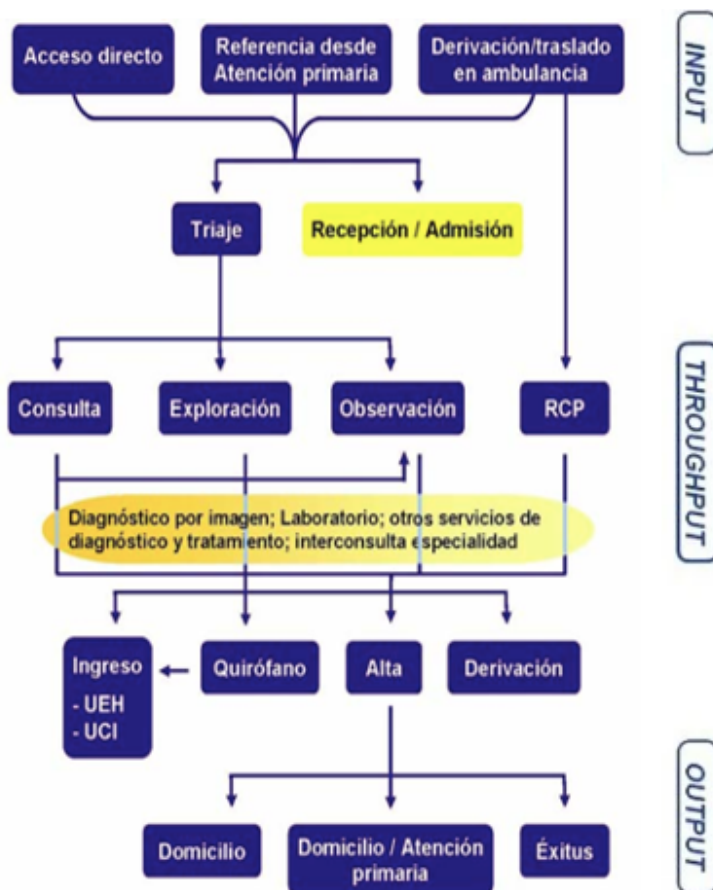
Hi podem trobar dos tipus d'urgències, la urgència real o la sentida:

La real fa referència a tot procediment d'ordre agut o crònic aguditzat, que produeix una descompensació sobtada del funcionament de l'organisme que condiciona discapacitat permanent o evolució a la mort i que requereix atenció immediata; i la sentida a tot

procediment d'ordre agut o crònic aguditzat, que el pacient percep o sent que amenaça la seva vida però gairebé mai no és greu i pot ser atès en un nivell assistencial menor.

3.3.1 Urgències i Saturació dels SUH

Davant les urgències devem tenir en compte el concepte de “overcrowding” o saturació del servei, es important per poder entendre el problema, i així centrar-lo i evitar-lo. Un Servei d'urgències està saturat quan la demanda assistencial supera la capacitat de proporcionar un servei d'atenció urgent de qualitat als pacients, pel que tractem amb un problema de tot Sistema Nacional de Salut i no exclusiu del propi servei. Les causes que ho provoquen poden ser alienes al SUH o intrínseques al mateix, pròpies d'altres nivells assistencials o inclòs, dels propis pacients (Beltrán, 2016).



En aquesta imatge es mostra l'organigrama dels SUH, per la qual es du a terme el procés d'atenció del pacient (Colomer et al, 2010)

Els “input” o entrades es refereixen a mesures que avaluen el nombre de pacients vistos en un SUH. Aquests pacients poden vindre per ells mateixa, poden ser derivats d'altres centres o els porta l'ambulància; una volta arriben son classificats (triatge) per ser atesos en els diferents recursos dels SUH dins dels temps recomanats.

Figura 3. Organigrama dels SUH (Colomer et al, 2010),

A la meitat del procés es troben indicadors mesurables de “rendiment” que impliquen la gestió interna i el rendiment del SUH. En funció de com sigui aquest rendiment, això repercutirà directament en la prolongació dels temps d'estada fins a donar per resolt o

finalitzat el procés. Aquest procés implica prioritàriament establir una correcta classificació a l'àrea de triatge. Cal ressaltar que els sistemes actuals de triatge estructurat i amb suport informàtic han millorat aquest aspecte.

És important la valoració precoç per part del personal facultatiu amb una bona orientació clínica com una planificació adequada de les exploracions necessàries, la coordinació com la resposta adequada dels serveis que fan exploracions complementàries i els que donen el suport clínic d'altres especialitats; millora el temps de resposta d'atenció als SUH.

Així mateix, les infraestructures definides en equipaments així com en l'adequació dels recursos materials i humans, tenen un important paper.

Per últim, els "output" o sortides inclouen mesures d'eficiència i capacitat perquè el sistema d'hospitalització atengui els requeriments de cura alhora que els sistemes d'atenció ambulatoria assisteixin els pacients després de l'alta (Martínez, 2017).

Aquests pacients una volta atesos i donats d'alta, hi tenen 4 opcions:

- Exitus.
- Alta a domicili.
- Ingress al mateix hospital o un altre.
- Alta a domicili amb continuïtat de cures en Centres d'Atenció Primària (CAP).

3.3.2 Sistema de triatge

Aquest sistema té gran importància com a base per a controls de qualitat, i pot utilitzar-se com un instrument d'ajuda per a la gestió del SUH. El triatge permet una avaluació ràpida de la gravetat de cada pacient, d'una manera reglada, vàlida i reproduïble, amb el propòsit de prioritzar l'ordre de atenció mèdica i determinar el lloc i els mitjans

12

apropiats; requereix de personal infermer amb certa experiència per dur-ho a terme ja que una mala utilització és poc resolutive.

El sistema de triatge ha de ser estructurat i holístic, d'aplicació tant al terreny de les urgències hospitalàries com extrahospitalàries, aplicable tant a nens com a adults, i amb independència del tipus d'hospital, dispositiu o centre d'assistència (Colomer et al, 2010 & Beltrán, 2016).

A dia de hui existeixen 5 sistemes de classificació (triatge) diferents:

- La Escala canadiense de triatge (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) .
- El Sistema de triatge de Manchester (Manchester Triage System: MTS)
- El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index 5 level triaje: ESI)
- El Model andorrà de triatge (Model Andorra de triatge: MAT)
- Sistema espanyol de triatge (SET).

La SEMES adopta i crea el SET com sistema estàndard espanyol de triatge a partir del MAT, la qual, es mostra així la primera i segona classificació d'aquest ja que es tracta d'un procés dinàmic i això comporta revaloracions posteriors (Martínez, 2017).

Avaluació i primer encontre.

Nivells		Significat	Temps de resposta
Nivell I	Ressuscitació	Es vincula a situacions que requereixen ressuscitació amb risc vital immediat.	Immediat
Nivell II	Emergència	S'adjudica a situacions d'emergència o molt urgents de risc vital immediat en les que la intervenció depèn radicalment del temps.	Immediat infermeria/7 minuts metge
Nivell III	Urgència	El formen les situacions urgents, de risc vital potencial, que generalment requereixen múltiples exploracions diagnòstiques i/o terapèutiques amb estabilitat fisiològica (constants vitals normals).	30 minuts
Nivell IV	Menys urgent	Situacions menys urgents, potencialment complexes i de complexitat-urgència significativa, sense risc vital potencial. Són urgències que solen necessitar alguna exploració diagnòstic i/o terapèutica.	45 minuts
Nivell V	No urgent	Situacions no urgents, són en general problemes clínic-administratius, que no precisen exploracions diagnòstiques i/o terapèutiques i que permeten un temps d'espera més llarg sense risc del pacient.	60 minuts

Figura 4. Avaluació amb SET i primer encontre (Martínez, 2017).

TRIAJE: REEVALUACIÓN	
El triaje es un proceso dinámico	
Nivel I	Continuo
Nivel II	Cada 15 min.
Nivel III	Cada 30 min
Nivel IV	Cada 60 min.
Nivel V	Cada 120 min.


Figura 5. Reavaluació i segon encontre (Martínez, 2017).

Una volta valorats a la zona de recepció o triatge, els pacients són atesos a les diferents zones del SUH segons la seva prioritat assistencial. Hi trobem una àrea de consultes (zona d'atenció ambulatoria), on s'atenen els pacients lleus que poden assumir una espera; una zona de butaques on s'atenen els pacients amb un nivell de gravetat moderat i que poden esperar asseguts; una zona amb sales d'aguts i altra amb box de crítics per atendre pacients greus i enllitats; i una zona d'observació on són ingressats els pacients que requereixen observació un màxim de 72 hores mentre reben tractament previ a l'alta o previ a l'hospitalització en planta (Martínez, 2017).

3.3.3 indicadors de saturació i triatge dels SUH

Aquests indicadors ens informen sobre la existència de saturació en un servei d'urgències hospitalàries; no obstant, no es mesura per l'aparició d'ells sinó per la freqüència en la que apareixen (Beltrán, 2016).

Hi trobem:

- Dificultats a la ubicació de pacients que acudeixen amb ambulància (>15 minuts).
- Pacients que marxen sense ser valorats >5%.
- Demora >5 minuts en el procés de Triage.
- Índex d'ocupació del SUH >100%.
- >90% pacients amb estada > 4hores  en aquest interval de temps els pacients dels SUH han d'haver estat resolts (assistits, tractats i donats d'alta o ingressats) .
- Retard en la valoració diagnòstica de pacients (>30 minuts).
- Retard a l'ingrés hospitalari un cop s'ha pres la decisió. (<90% dels pacients ingressen a les 2 primeres hores després de la decisió).
- Elevat percentatge de pacients al SUH que esperen llit d'ingrés (>10%).

Per altra banda, existeixen indicadors de qualitat del triatge estructurat, proposats com a estàndards, per tant, el seu grau de compliment es pot veure influït per múltiples factors i ha de ser entès sempre com un objectiu de qualitat. El seu monitoratge periòdic ens permetrà posar en marxa mecanismes de correcció i millora continua de la qualitat (Martínez, 2017).

Hi trobem:

1. L'índex de pacients perduts sense ser visitats pel metge: L'índex de pacients no visitats està definit com un IC de satisfacció, risc i adequació. L'estàndard establert se situa en menor o igual al 2% del total de pacients que acudeixen a urgències.

Es divideix en:

- Índex de pacients perduts sense ser classificats: Percentatge de pacients que decideixen deixar la cambra d'urgències després de l'arribada a urgències i/o de ser registrats administrativament i abans de ser classificats, sobre el total de pacients registrats. Aquest índex està afectat directament per la qualitat del triatge.

-Índex de pacients classificats i perduts sense ser visitats pel metge: Percentatge de pacients classificats que decideixen deixar la cambra d'urgències abans de ser visitats pel metge sobre el total de pacients classificats.

2. Temps arribada/registre - triatge: El temps des de l'arribada del pacient a la cambra d'urgències fins al moment que s'inicia la classificació. Es defineix com el percentatge de pacients amb aquest temps ≤ 10 minuts sobre el total de pacients classificats. S'estableix un estàndard $>$ al 85%. Complementàriament establím un indicador de qualitat de temps registre-triatge ≤ 15 minuts, amb un estàndard $>$ al 95%.

3. Temps de durada del triatge: Es recomana que el temps de durada de la classificació sigui ≤ 5 minuts a $> 95\%$ dels pacients classificats.

4. Temps d'espera per ser visitat: S'estableix que almenys un 90% dels pacients han de ser visitats per l'equip mèdic en \leq a 2 hores des de la seva classificació i el 100% en \leq a 4 hores (Martínez, 2017).

3.4 Paper assistencial del professional infermer als SUH

Professionals com els d'infermeria són de gran importància en el procés d'atenció al pacient (PAE). De fet, la seva formació i alta capacitació s'ha anat aconseguint durant les darreres dècades, incorporant activitats polifacètiques i papers de primera actuació a urgències.

Als SUH la seva tasca és imprescindible en activitats com: recepció, avaluació i classificació/priorització de pacients; organització, capacitació (col·labora en labor docent), relació metge-pacient-hospital, proporcionar cures infermeres, avaluació de

signes i símptomes que refereix el pacient per a la realització d'un possible diagnòstic preliminar o de la monitorització i el seguiment dels casos després de la seva estabilització (Martínez, 2017).

Les principals funcions assistencials que desenvolupen les infermeres segons Colomer et al (2010) són:

- Identificar problemes i necessitats actuals del pacient i la família.
- Realitzar diagnòstics d'infermeria i planificació de cures segons els objectius i les prioritats.
- Aplicar adequadament les tècniques i els procediments de les intervencions pròpies d'infermeria.
- Ajudar a satisfer les necessitats del pacient.
- Administració dels tractaments prescrits.
- Crear un clima que afavoreixi i consolidi la relació infermer-pacient i permeti un coneixement més profund i integral de la persona malalta.
- Proveir mesures d'alleujament i de confort, contribuint al benestar del pacient.
- Preservar la dignitat de la persona davant del patiment.
- Establir una relació d'ajuda a través de l'acompanyament.
- Encoratjar al màxim la participació del malalt en el procés d'atenció, fomentant l'autocura i l'autoestima.
- Realitzar l'avaluació del dolor o altres símptomes, identificant causes, mecanisme fisiopatològic i posar en pràctica les mesures adequades per alleujar el patiment.
- Detectar símptomes molestos i assegurar un control adequat a través de tractament farmacològic i no farmacològic.
- Observació, registre i comunicació a la resta de l'equip sobre els canvis a l'estat del pacient.

En cas que la classificació de pacients sigui responsabilitat d'infermeria, hi ha d'haver, com a mínim, una infermera amb experiència per torn, destinada específicament a aquest fi. Les infermeres que presten servei al SUH han de tenir formació específica a urgències i emergències. (Colomer et al, 2010)

3.5 Models de pràctica infermera

A l'hora de realitzar les activitats infermeres assignades en aquest àmbit, es deuen tenir en ment 3 models/mètodes relacionats en les cures que ofereix infermeria, basades en l'entorn, malaltia, persona i la interacció de la persona amb el seu entorn.

Segons Brennan (1988) aquests models de pràctica infermera constitueixen representacions multidimensionals de l'estructura i el context que es donen en l'exercici de la pràctica clínica de qualsevol grup d'infermeres.

D'altra banda, Hurber D. (1999) defineix 3 mètodes que serveixen com a models aplicables de pràctica infermera en els SUH: mètode funcional, mètode d'equip i mètode integral d'assignació primària.

3.5.1 Mètode funcional

En aquest la cura assistencial es divideix en tasques separades. Aquestes es duen a terme depenent de la complexitat de cada tasca en funció del criteri i del coneixement tècnic, així com de la preparació de cadascun dels membres del personal. Així una infermera s'encarregaria de fer les cures, una altra de fer les extraccions sanguínies i per exemple una última de fer educació per a la salut.

L'avantatge del mètode és que cada infermera es pot convertir en un veritable expert en la realització de la tasca en què s'ha especialitzat. A mesura que augmenta l'experiència, s'aconsegueix més rapidesa i eficàcia. En conseqüència, amb la dotació per funcions és possible que un nombre relativament petit de personal d'infermeria assisteixi un gran nombre de pacients, en un període de temps relativament curt.

El desavantatge del mètode és l'assistència la pacient de manera fragmentada, la responsabilitat de l'assistència a un pacient està repartida entre diverses infermeres, i finalment genera una assistència fragmentada i despersonalitzada.

3.5.2 Mètode d'equip

La infermeria d'equip va ser fomentada per proporcionar millor cura al pacient amb el personal disponible. Cada pacient té el dret de rebre la millor cura que es pugui proporcionar, i tots els treballadors tenen el dret de rebre ajuda per fer la millor feina que estiguin capacitats per fer.

Hi ha una infermera titulada que és la responsable final de la cura del pacient, que generalment s'encarrega de l'administració de la medicació parenteral, és la que té el contacte amb els facultatius, i planifica les cures dels pacients. Componen el seu equip: auxiliars, zeladors... coordina les activitats d'aquests membres, de manera que l'esforç total del grup excedeixi, en certa manera, la suma dels esforços individuals.

El resultat d'aquesta distribució del treball no és l'acció coordinada de l'equip, sinó la producció en cadena (una persona reparteix els àpats, una altra fa la neteja, una altra administra la medicació i els tractaments...).

3.5.3 Mètode Integral

En aquest mètode, a una infermera se li assigna un pacient ingressat, la qual és la responsable de la seva assistència durant tota la seva estada a aquesta institució, després de donar-li d'alta, i durant qualsevol reingrés posterior per rebre assistència a la mateixa institució.

Té la responsabilitat total de l'assistència als pacients, no només ha de complir la seva comesa quan està de servei, sinó que també ha d'establir una continuïtat en les cures quan es troba lliure. Per aconseguir això, la infermera integral designa una infermera de cada torn com a "infermera associada" per a cadascun dels seus pacients i li dóna instruccions quant a la manera d'atendre aquests pacients durant la seva absència. És força habitual que una infermera integral que està lliure, telefoneu a la infermera associada per mantenir-se al corrent quant a l'estat del pacient o per fer suggeriments sobre el seu tractament.

Les infermeres integrals estan més ben informades sobre l'estat i les necessitats dels seus pacients que cap altre professional d'infermeria i són les que planifiquen i avaluen l'assistència que presten elles i les infermeres associades (Porcel, 2005).

4. Pregunta d'Investigació PICO

P	Millorar la qualitat dels SUH
I	Intervencions i estratègies que milloren la qualitat assistencial
C	-----
O	Bones practiques i intervencions que milloren la qualitat dels SUH.

· **Quines bones pràctiques: intervencions, estratègies, programes s'han demostrat més eficaces per augmentar la qualitat assistencial en els serveis d'urgències?**

5. Objectius

General:

1. Identificar i analitzar les intervencions infermeres i altres estratègies que milloren la qualitat assistencial dels serveis d'urgències hospitalàries.

Específics:

1. Identificar els estàndards i indicadors de qualitat que s'utilitzen en els SUH.
2. Analitzar els programes de millora i metodologies de qualitat dels SUH.
3. Identificar intervencions específiques i bones pràctiques que milloren la qualitat del servei.
4. Valorar les funcions pròpies d'infermeria dins la pràctica assistencial de qualitat en el SUH.

6. Metodologia

6.1 Estratègia de cerca

He realitzat una recerca bibliogràfica tant en anglès com en espanyol utilitzant els termes de recerca qualitat, qualitat assistencial, millora de qualitat, urgències, hospital, intervencions, estratègies, indicadors i infermera. La recerca dels articles seleccionats, ha sigut realitzada en 3 bases de dades, les qual són Pubmed, Scielo i Web of Science, fent solament us de l'operador booleà "AND".

Tabla 1. Termes de recerca MeSH i DeCS.

Llenguatge lliure	MeSH	DeCS
Qualitat	Quality management Quality improvement Quality of Health care Quality indicators, Health care	D0034002 Gestión de calidad D058996 Mejoramiento de la Calidad D011787 Calidad de la atención de salud D019984 Indicadores de Calidad de la Atención de Salud
Urgències	Emergency Emergency nursing Emergency service, hospital	D004630 Urgencias médicas D016529 Enfermería de urgencia D004636 Servicio de Urgencia en Hospital
Infermera	Nurses Nurse-patient relations	D009726 Enfermeros y enfermeras D009723 Relaciones Enfermero-Paciente

6.2 Criteris d'inclusió i d'exclusió

Tabla 2. Criteris d'inclusió i d'exclusió

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
Text complet	Malaltia o problema de salut concret que no sigui infecció per males pràctiques
Estudis	Atenció pacient crític fent referència a UMI
Àmbit d'urgències hospitalàries	Estudis que no parlen dels departaments d'urgències.
Gestió i/o qualitat assistencial	
Intervencions/estratègies de millora	
Bones pràctiques	

7. Resultats

Tabla 2. Resultats de recerca.

Base de dades	Estratègia de recerca	Nombre d'articles	Nombre d'articles utilitzats
PUBMED	strategies AND quality AND Medical emergencies AND hospital Filtres: free full text, els últims 10 anys	1.409	1
SCIELO	calidad asistencial AND urgencias	21	2
	Indicadores AND calidad AND urgencias	29	3
WEB OF SCIENCE	Improve quality AND hospital AND emergencies AND strategies AND nurse Filtres inclosos: Open accés Filtres exclosos: review articles	116	8
TOTAL		15751	14

Tabla 3. Diagrama de flux – algoritme PRISMA

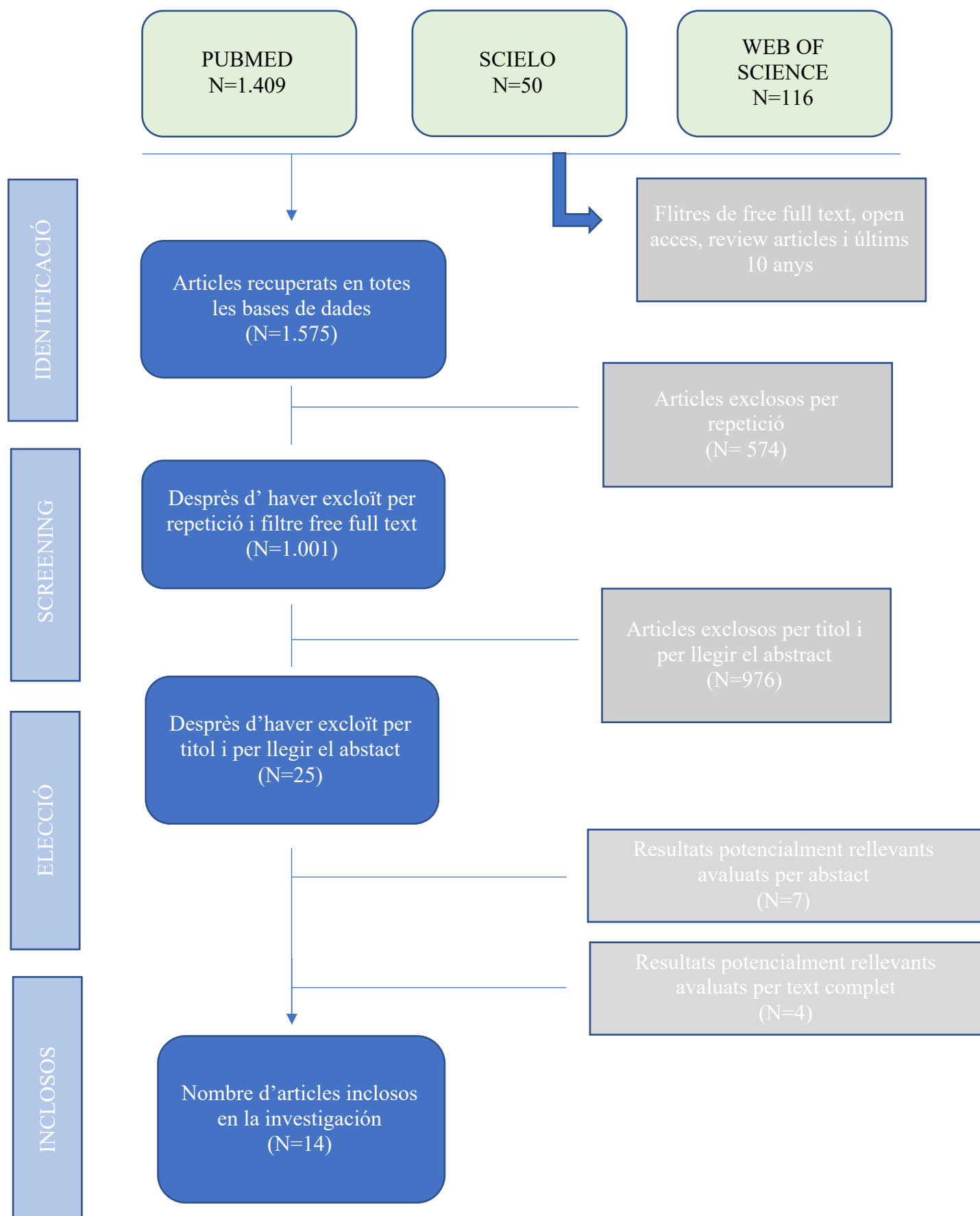


Tabla 4. Resultats extrets dels articles inclosos en la revisió bibliogràfica

REFERÈNCIA BIBLIOGRÀFICA	AUTORS, ANY I PAÍS	METODOLOGIA/ OBJECTIUS	INSTRUMENT/ POBLACIÓ	RESULTATS/ CONCLUSIONS
<p>Optimising implementation of a patient-assessment framework for emergency nurses: A mixed-method study</p> <p>https://doi.org/10.1111/jocn.13932</p>	<p>Munroe B, Curtis K, Buckley T, Lewis M, & Atkins L.</p> <p>(Australia, 2018)</p>	<p>O: Determinar possibles facilitadors i barreres i adaptar les intervencions per optimitzar la futura implementació d'un marc d'avaluació del pacient a la pràctica d'infermeria d'emergència.</p> <p>M: Als participants se'ls va realitzar escenaris clínics simulats amb el fi d'avaluar al pacient amb i sense utilitzar el marc. A més, van realitzar enquestes, entrevistes i grups focals per identificar potencials facilitadors i barreres. Posteriorment, les dades quantitatives i qualitatives van ser analitzades per separat mitjançant estadístiques descriptives i anàlisi de contingut inductiu.</p>	<p>Estudi convergent de mètode mixt. 38 infermeres d'emergència d'inici de carrera de cinc hospitals australians van participar en un taller educatiu sobre el marc d'avaluació HIRAID, de les quals, 23 van realitzar enquestes telefòniques de seguiment 4 i 6 mesos després.</p>	<p>R: Es van identificar nou facilitadors i nou barreres per afectar potencialment la implementació del marc d'avaluació HIRAID. Dotze dels 23 participants (52,2%) que van completar enquestes de seguiment van informar d'utilitzar el marc en l'entorn clínic. Per optimitzar la implementació futura, el taller d'educació necessita perfeccionament i es requereix reestructuració ambiental, modelització i suport social.</p> <p>C: Es necessita una estratègia multimodal per promoure la futura implementació exitosa del marc d'avaluació HIRAID a la pràctica d'infermeria d'emergència.</p>
<p>Updated framework on quality and safety in emergency medicine</p> <p>http://dx.doi.org/10.1136/emmermed-2019-209290</p>	<p>Hansen K, Boyle A, Holroyd B et al.</p> <p>(Regne Unit, 2020)</p>	<p>O: Implementar i conscienciar del marc de consens, el qual detalla estàndards de qualitat, seguretat i formació del personal amb el fi d'incrementar la millora de l'atenció assistencial, tenint en compte els entorns on s'han de complir.</p> <p>M: Es posa de manifest el marc de qualitat original perfeccionat pels</p>	<p>Estudi descriptiu observacional</p>	<p>R: El personal sanitari ha de prendre decisions centrades en el pacient, oportunes i expertes per oferir atenció, amb el suport de sistemes, processos, diagnòstics, equips i instal·lacions adequades. Els facilitadors d'una atenció d'alta qualitat inclouen el personal adequat, l'accés a l'atenció (inclosa la financera), l'atenció d'emergència coordinada durant tot el recorregut del pacient i el seguiment dels resultats. Finalment, la saturació afecta directament la qualitat de l'atenció dels pacients, la morbiditat i la mortalitat, per tant, els indicadors de qualitat</p>

		membres del Grup d'Interés Especial Qualitat i Seguretat d'IFEM (Federació Internacional de Medicina d'Emergència).		han de ser pragmàtics, mesurables i prioritzats com a components d'una estratègia de millora que s'ha de desenvolupar, adaptar i implementar en cada entorn. C: Els Departament d'urgències a nivell mundial tenen la competència d'oferir la millor atenció possible. IFEM ha definit i actualitzat un marc de consens internacional de qualitat i seguretat.
Percepción de los enfermeros sobre seguridad del paciente en el servicio de emergencia: un estudio cualitativo https://doi.org/10.14198/CUID.2017.49.03	Portela A, Olímpio M, Ponte M et al. (Brasil, 2017)	O: Explorar la percepció d'infermeres sobre seguretat del pacient. M: Les entrevistes semiestructurades es van fer amb 13 infermeres en una sala d'emergència en un hospital del nord-est del Brasil.	Estudi qualitatiu/ Entrevistes a 13 infermeres	R: Els resultats suggereixen que la seguretat dels pacients es pot millorar mitjançant el desenvolupament i l'enfortiment de la cultura de seguretat i la provisió d'infraestructura i mecanismes de suport. C: Les troballes revelen que una infraestructura deficient i una distribució inadequada del personal d'infermeria dificultaven el pacient, cosa que augmentava el risc per als pacients i la frustració dels proveïdors d'atenció mèdica. Les participants també van reconèixer la comunicació com un factor que contribueix a la seguretat del pacient i van acordar que la mala comunicació entre infermeres, personal mèdic, pacients i carreres professionals són situacions en què és més probable que es produeixi un dany al pacient.

<p>Hospital Strategies for Reducing Emergency Department Crowding: A Mixed-Methods Study</p> <p>https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0196064417309228?via%3Dihub</p>	<p>Chang A, Cohen D, Lin A et al.</p> <p>(Estats Units, 2018)</p>	<p>O/M: Se utilitza una metodologia de desviació positiva per identificar estratègies entre els hospitals de millora d'alt rendiment, de baix rendiment i d'alt rendiment per reduir l'aglomeració en els serveis d'urgències.</p> <p>Es realitzen entrevistes amb 60 líders clau (mèdics, infermeres, especialistes en millora de la qualitat i administradors.</p>	<p>Estudi de cas comparatiu de mètodes mixts./ Es van escollir 60 líders clau de 4 hospitals d'alt rendiment, 4 de baix rendiment i 4 de millora d'alt rendiment</p>	<p>R: La presència de 4 dominis organitzatius es va associar amb el rendiment hospitalari: la participació del lideratge executiu, les estratègies coordinades a tot l'hospital, la gestió basada en dades i la responsabilitat del rendiment. Cap intervenció específica va ser associada amb el rendiment en mètriques de durada de l'estada.</p> <p>C: Les intervencions específiques destinades a reduir l'aglomeració d'ED tenien més probabilitats d'executar-se amb èxit als hospitals amb aquestes característiques. Aquests dominis organitzatius representen canvis identificables i accionables que altres hospitals poden incorporar per crear consciència de l'amuntegament d'ED.</p>
<p>Emergency department waiting room nurse role: A key informant perspective</p> <p>https://doi.org/10.1016/J.AENJ.2016.12.002</p>	<p>Innes K, Jackson D, Plummer V et al.</p> <p>(Austràlia, 2017)</p>	<p>O/M: Es van fer entrevistes semiestructurades amb cinc informants clau per explorar per què i com es va implementar la funció d'infermeria de la sala d'espera als departaments d'emergències australians. Les dades es van analitzar temàticament.</p>	<p>Estudi qualitatiu, observacional/ 5 informants clau (infermeres d'emergències)</p>	<p>R: La clau per introduir el rol va ser definir i donar suport a l'àmbit de pràctica, experiència i preparació de les infermeres. La implementació del rol va requerir que els camps superessin els reptes identificats, inclòs el finançament.</p> <p>C: Es va introduir la funció infermera de sala d'espera per reduir els temps d'espera i contribuir a la mitigació del risc. Comú a tots els rols eren les ordres permanents, mentre que la preparació i l'experiència variaven.</p>
<p>Improving emergency department transfer for patients arriving by ambulance: A retrospective observational study</p> <p>https://doi.org/10.1111/1742-6723.13407</p>	<p>Crilly J, Johnston A. N. B., Wallis M, O'Dwyer J et al.</p> <p>(Austràlia, 2020)</p>	<p>O: Descriure la relació entre l'ús d'una funció d'infermera fora de càrrega d'ambulàncies del departament d'emergències (EDAOLN), els processos assistencials de l'ED i la rendibilitat.</p> <p>M: L'estudi es va realitzar durant 3 períodes, abans (T1), durant (T2) i després (T3) de la introducció de la</p>	<p>Estudi observacional retrospectiu</p>	<p>R: Un total de 6045 persones van fer 7010 presentacions a l'ED en ambulància durant el període d'estudi. Diverses mesures van millorar significativament entre T1 i T2, T3 en menor mesura. Els anàlisis post-hoc van demostrar que els resultats van millorar més per als pacients menys urgents i el cot net anualitzat de EDAOLN podria provocar una reducció anualitzada d'aproximadament 3912 h en el temps d'espera per ser vist per un metge.</p>

		funció EDAOLN. Es va analitzar varies mesures com, temps per ser vist per un metge des de l'arribada, compliment de la descàrrega de l'ambulància, durada de l'estada (LoS), rendibilitat, etc. Les dades d'ambulància, d'urgències i de costos es van vincular i utilitzar per a l'anàlisi.		C: Amb el paper d'EDAOLN en marxa, es van observar lleugeres millores en els resultats en diversos criteris clau d'eficiència d'ambulància i ED. Durant les èpoques d'amuntegament d'ED, la funció EDAOLN pot ser una estratègia rendible a considerar.
Cost Analysis of Strategies to Reduce Blood Culture Contamination in the Emergency Department: Sterile Collection Kits and Phlebotomy Teams https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4100213/	Self W H, Talbot T R, Paul B R, et al. (Anglaterra, 2014)	O: Comparar els costos hospitalaris globals associats a 3 estratègies de recollida: atenció habitual, equips estèrils i equips de flebotomia. M: Es van comparar els costos hospitalaris totals associats a 3 estratègies: (1) l'atenció habitual, amb infermeres recollint cultius sense un protocol estandarditzat; (2) kits estèrils, amb les infermeres que utilitzen un kit de recollida estèril dedicat; i (3) equips de flebotomia, amb cultius recollits per flebotomistes de laboratori.	Anàlisi de costos	R: En comparació amb l'atenció habitual, els estalvis nets anuals utilitzant el kit estèril i les estratègies de l'equip de flebotomia van ser de 483.219 \$ i 288.980 \$, respectivament. Ambdues estratègies es van mantenir menys costoses que l'atenció habitual en una àmplia gamma d'anàlisis de sensibilitat. C: Els ED amb altes taxes de contaminació de cultius de sang haurien de considerar fortament les estratègies basades en l'evidència per reduir la contaminació. A més de millorar la qualitat, la implementació d'un kit de recollida estèril o d'una estratègia d'equip de flebotomia és probable que es tradueixi en un estalvi net de costos.
Improving the wait time to triage at the emergency department https://doi.org/10.1136/BMJQ-2019-000708	Shen, Y., & Hui Lee, L. (Singapur, 2020)	O: Determinar si la implementació d'una sèrie de cicles de planificar, fer, estudiar, actuar (PDSA) milloraria el temps d'espera per fer el triatge en 1 any. M: Les intervencions relacionades amb els cicles PDSA inclouen el perfeccionament dels criteris de	Estudi experimental	R: Hi va haver una millora en el temps d'espera per al triatge des d'una durada inicial de 18 min. a la durada del període posterior a la implementació de 13 min, amb una disminució del 25% en la variància de 16 a 12 min. C: S'ha demostrat que les causes fonamentals dels temps d'espera perllongats del triatge són multifactorials i requereixen intervencions múltiples, pel que, l'equip ha de

		triatge, el triatge del "globo ocular" per part d'infermeres sèniors per facilitar el llit directe dels pacients, la formació d'un rol clínic d'infermeria de triatge i una anàlisi de necessitats de la mà d'obra d'infermeria necessària.		continuar implicant les parts interessades rellevants, tant dins del departament com a tot l'hospital, per abordar i millorar encara més els problemes identificats.
Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es	Paranaguá T, Braga Q, Bezerra A et al. (Espanya, 2014)	Es va utilitzar com a font de dades, el llibre d'interocurrències de la unitat, que és d'accés exclusiu i voluntari de l'equip d'enfermeria i té la finalitat de registrar qualsevol interocurrència relacionada amb el servei i els pacients. A més, La recolecta se realitzà en els mesos de gener a març de 2010. O: Identificar els incidents derivats dels cuidatges ocorreguts en el servei d'urgències d'un hospital universitari pertinet a la Red de Hospitales Centinela.	Estudi descriptiu, retrospectiu	R: Es va constatar el registre de 75 incidents que van abarcar aspectes institucionals i assistencials, estimant la prevalença de l'1,5%. Dels quals 29 incidents relacionats amb l'organització del servei, el més freqüent està relacionat amb els errors en les anotacions, caracteritzats com a absència d'anotacions i/o registre incorrecte de signes vitals i equilibri hídric, comprovació de medicació inadequada i dificultat per a realitzar la lectura de medicaments prescrits en la història clínica. C: Els resultats assenyalen la necessitat d'estimular la construcció i l'ús d'instruments de notificació i incentivar la notificació completa dels incidents, ja que aquestes son eines fonamentals de qualitat i poden dirigir la gestió dels serveis davant dels indicadors que s'han de millorar en el lloc de treball per així proporcionar atenció segura i de qualitat.
Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro https://doi.org/10.4321/S1695-61412012000200012	Ortells Abuye N, Paguina Marcos M. (Espanya, 2012)	O: Quantificar el grau de compliment dels indicadors de seguretat en el servei d'urgències. M: Es van agafar una sèrie d'indicadors i es va fer l'estudi sobre les urgències amb triatge realitzat pel personal d'infermeria en el servei d'urgències d'un hospital comarcal.	Estudi transversal. Es va realitzar una descriptiva univariable mitjançant freqüències.	R: Cap dels indicadors analitzats al servei, alcança l'estàndard de qualitat. Indicadors: temps de triaje, temps fins realitzar un electrocardiograma (ECG) en cas de síndrome coronari agudo (SCA), temps fins a realitzar una fibrinòlisi indicada en cas d'infart agudo de miocardi (IAM), correcta identificació dels usuaris i asèpsia adequada dels cateters. endovenosos. C: Donat que no s'ha alcançat l'estàndard de qualitat en ningun dels 5 indicadors analitzats, s'haurien de realitzar accions de millora com augmentar la plantilla del personal

				d'infermeria i posteriorment, comparar amb els resultats obtinguts.
<p>Indicadores para mejorar la atención a pacientes según lean-seis-sigma: el caso del hospital Gustavo Fricke (Chile)</p> <p>http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272018000200174&lang=es</p>	<p>Cerdá-Suárez, L. M., Santibáñez-Vivanco, A., Asensio del Arco, E., & Martínez-Martínez, A.</p> <p>(Chile, 2018)</p>	<p>O: (1) caracteritzar el nivell de qualitat de servei a la demanda d'urgències hospitalàries, a partir de la gestió lean-sis-sigma; i (2) evidenciar la rellevància de certs indicadors clau de gestió a la unitat d'urgències d'un hospital públic.</p> <p>M: S'aplica una enquesta sobre les percepcions dels usuaris d'un servei d'urgències a un hospital públic xilè a partir d'una proposta de variables lean-sis-sigma derivades de l'escala SERVQHOS.</p>	<p>Estudi descriptiu observacional</p>	<p>R: Molts pacients han estat satisfets amb l'atenció rebuda. Com es pot apreciar, les variables comodat de les instal·lacions, senyalització intrahospitalària i extrahospitalària, temps despera i temps en circuit de consulta, i informació a familiars tenen oportunitat de millora. D'altra banda, la satisfacció més gran amb la qualitat de l'atenció està associada a la dimensió subjectiva, destacant especialment l'ítem amabilitat del personal.</p> <p>C: Es recomana fer estudis periòdics sobre plans de millora en la qualitat dels serveis d'atenció als pacients. D'altra banda, cal dir que el treball empíric d'aquesta investigació va abastar un període de temps de creixement feble en la demanda del servei hospitalari, en comparació amb altres moments d'expansió i interès per a la gestió lean sis sigma.</p>
<p>Características de las urgencias hospitalarias del servicio andaluz de salud durante 2012 a partir del conjunto mínimo básico de datos de urgencias</p> <p>https://www.scielosp.org/article/resp/2013.v87n6/587-600/</p>	<p>Goicoechea Salazar J.A, Adoración M, et al.</p> <p>(Espanya, 2013)</p>	<p>O: Descriure la casuística dels serveis d'urgències hospitalaris utilitzant les diferents dimensions contingudes al CMBD-U.</p> <p>M: Amb el CMBD-U, es van classificar 3.235.600 registres d'urgències hospitalàries i es van definir regles de validesa per a l'explotació dels temps. Posteriorment, es va realitzar una anàlisi descriptiva obtenint indicadors demogràfics, cronològics, taxes d'hospitalització, retorn i èxits i temps assistencials i de permanència a urgències.</p>	<p>Estudi descriptiu observacional</p>	<p>R: Les dones van generar el 54,26% de les urgències. La seva edat mitjana (39,98 anys) va superar la dels homes (37,61). El 21,49% van ser urgències pediàtriques. La màxima afluència horària va ser de 10.00 a 13.00 i de 16.00 a 17.00. Els pacients que no van passar per observació (92,67%) van romandre a urgències 153 minuts de mitjana. Més del 50% de les urgències van ser generades per lesions i intoxicacions, malalties respiratòries, osteomusculars i símptomes i signes. Entre els processos assistencials integrats s'han identificat 79.191 casos de dolor toràcic, 28.741 d'insuficiència cardíaca i 27.989 infeccions greus.</p> <p>C: El CMBD-U permet analitzar sistemàticament les urgències hospitalàries identificant l'activitat desenvolupada,</p>

				la casuística atesa, els temps de resposta assistencial i permanència a urgències i la qualitat assistencial.
<p>A correlation study of emergency department nurses' fatigue, perceived stress, social support and self-efficacy in grade III A hospitals of Xi'an</p> <p>https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002105 2</p>	<p>Wu C, Ge Y, Xu C, Zhang X, & Lang H.</p> <p>(Xina, 2020)</p>	<p>O: Proporcionar orientació per a l'elaboració d'estratègies de promoció de la salut laboral i l'alleujament de la fatiga.</p> <p>M: La recollida de dades es va basar en els qüestionaris. Es van utilitzar estadístiques descriptives, proves d'hipòtesis i anàlisi de correlacions per descriure les característiques de les mostres i identificar associacions entre les característiques dels participants.</p>	<p>Es va realitzar un estudi transversal entre infermeres que treballaven al departament d'urgències de 6 hospitals de grau III A de Xi'an, Xina. Una mostra de conveniència de 346 infermeres.</p>	<p>R: La puntuació de fatiga d'aquelles infermeres d'emergències dels hospitals de grau III A de Xian va ser un alt nivell de fatiga. Hi va haver diferències significatives en les puntuacions de fatiga, tant física com mental de diferents grups d'edat, qualitats del son, nivells d'estrès laboral i estats físics, títol de treball, estat civil. Es va demostrar que la fatiga es correlaciona positivament amb l'estrès percebut mentre que negativament amb el suport social i l'autoeficàcia.</p> <p>C: L'estat actual de l'alt nivell de fatiga de les infermeres d'emergència s'ha de prendre seriosament. És imprescindible prendre mesures efectives per ajudar les infermeres d'emergències a reduir l'estrès, millorar el suport social, promoure l'autoeficàcia i, així, alleujar la fatiga.</p>
<p>Buenas prácticas para prevención de neumonía asociada con la ventilación mecánica en el servicio de urgencias</p> <p>https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018010803460</p>	<p>Lopes Frota, M., Vincini Campanharo, C. R. et al.</p> <p>(Brasil, 2019)</p>	<p>O: Avaluar la conformitat del conjunt de bones pràctiques per a la prevenció de la pneumònia associada al ventilador (VAP) al servei d'urgències d'un hospital universitari.</p> <p>M: La mostra de l'estudi consistia en oportunitats d'observació assistencial que comprenen el conjunt de bones pràctiques per prevenir la pneumònia associada al ventilador proporcionada als pacients intubats hospitalitzats al servei d'urgències. Es van realitzar un total de 209 observacions en 42 pacients.</p>	<p>Un estudi analític transversal amb un enfocament quantitatiu, realitzat en un hospital universitari de la ciutat de São Paulo.</p>	<p>R: Dels pacients hospitalitzats, el 23,8% van desenvolupar VAP i el 52,4% van morir. De les cinc mesures recomanades per prevenir la VAP, només dues presentaven un compliment superior al 50%.</p> <p>C: Les cures prestades als pacients no estan de conformitat amb el que recomana la literatura, cosa que demostra la necessitat de renovació periòdica de les pràctiques educatives de l'equip i el desenvolupament de projectes d'auditoria per assegurar millores en el procés assistencial.</p>

8. Anàlisi/Discussió

Aquesta cerca d'articles científics té com a finalitat contestar a la pregunta PICO, la qual mitjançant els resultats obtinguts amb la cerca bibliogràfica, definirem els objectius tan principal com específics d'aquest estudi.

L'objectiu principal és Identificar i analitzar les intervencions infermeres i altres estratègies que milloren la qualitat assistencial dels serveis d'urgències hospitalàries. Tanmateix, sempre farem enfoc en la funció infermera, en la seua rellevància i aportació en la pràctica assistencial i millora continua de la qualitat d'un servei d'urgències.

A continuació, en els diferents apartats de la discussió s'aniran analitzant i responent als objectius plantejats (general i específics) en aquest estudi de revisió.

8.1 Estàndards i indicadors de qualitat que s'utilitzen en els SUH.

AL regne unit, es posa en manifest el marc de consens (o de qualitat) definit i perfeccionat per l'IFEM (Federació Internacional de Medicina d'Emergència).

Aquest detalla estàndards de qualitat, seguretat i formació del personal amb el fi d'incrementar la millora de l'atenció assistencial, establint les expectatives dels pacients que assisteixen a qualsevol departament d'emergències a nivell mundial i les expectatives addicionals per als ED que funcionen en un sistema sanitari desenvolupat. S'han proposat una sèrie d'indicadors de qualitat per permetre el mesurament ja que hi ha una necessitat urgent de millorar la base d'evidències per determinar quins indicadors de qualitat tenen el potencial de millorar amb èxit els resultats clínics, el personal i l'experiència del pacient d'una manera rendible i desenvolupar indicadors que guiïn la millora de la pràctica. S'espera que aquest marc proporcioni un consens comú per sustentar la recerca de la qualitat i la seguretat en tots els SU del món, millorant així el resultat i l'experiència dels pacients d'emergència i del nostre personal a tot el món (Hansen et al, 2020).

D'altra banda, trobem el conjunt mínim bàsic de dades de urgències (CMBD-U), utilitzat i avaluat als SUH andalusos. Es tracta d'un codificador automàtic on es guarden els registres i permet analitzar sistemàticament les urgències hospitalàries identificant l'activitat desenvolupada, la casuística atesa, els temps de resposta assistencial i

permanència a urgències, el percentatge de retorns o mortalitat, generals i per causes específiques, i la qualitat assistencial (Goicoechea et al, 2013).

Altres indicadors més específics són els de temps d'espera. En un hospital comarcal espanyol, es va fer un estudi per analitzar el grau de compliment dels indicadors de seguretat en el SU. 5 indicadors escollits, dels quals cap va alçar l'estàndar de qualitat: : temps de triatge, temps fins realitzar un electrocardiograma (ECG) en cas de síndrome coronari agudo (SCA), temps fins a realitzar una fibrinòlisi indicada en cas d'infart agudo de miocardi (IAM), correcta identificació dels usuaris i asèpsia adequada dels catèters endovenosos. Aleshores, s'haurien de realitzar accions de millora com augmentar la plantilla del personal d'infermeria i posteriorment, comparar amb els resultats obtinguts (Ortells et al, 2012).

Els temps d'espera en una sala d'urgències hospitalàries és un indicador de qualitat i seguretat important on s'ha demostrat que les causes fonamentals són multifactorials i requereixen intervencions múltiples per abordar i millorar els problemes identificats (Shen, Y., & Hui Lee, L., 2020).

8.2 Programes de millora i metodologies de qualitat dels SUH.

Els programes implantats en el procés assistencial solen ser estudiats i es posen en pràctica per veure si les intervencions i estratègies potencien la qualitat i gestió del servei, algunes d'elles poden beneficiar i altres no tant en millorar la qualitat i gestió, generant reducció de temps, d'incidents, de costos, recursos, etc.

Generalment, la incidència d'esdeveniments adversos o incidents evitables en la DE és alta, la qual oscil·la entre el 36% i el 71%. Aquests números es deuen millorar i reduir el màxim possible per oferir el mínim de riscos als pacients, tal que fomentaria automàticament l'augment de la seguretat del pacient i la qualitat de l'atenció oferida als SUH (Munroe, 2018).

Hi ha estudis que senyalen les condicions facilitadores de la ocurrència dels incidents, les quals trobem entre elles: el fracàs de comunicació entre els professionals i entre aquests i els pacients, la fragmentació de la responsabilitat per l'assistència, la discontinuïtat en l'atenció, l'inadequat dels sistemes d'informació, la insuficient incorporació de protocols clínics elaborats pel mig de bases científiques sòlides i el fallo en els mecanismes de registre i notificació d'aquests esdeveniments adversos. Molts d'ells deguts a la rotació i dinàmica de l'atenció, a l'absorbir gran demanda de pacients

amb diversos graus de gravetat, a més de conviure amb deficiència quantitativa i qualitativa de personal i recursos materials que resulten en sobrecàrrega de treball i estrès professional i ambiental. Per tant, aquests són multifactorials (Paranaguà et al, 2014).

En un hospital de Brasil, es va realitzar un estudi per indagar la percepció de 13 infermeres d'un SUH sobre la seguretat oferida al pacient. Els resultats obtinguts suggereixen que la seguretat dels pacients es pot millorar mitjançant el desenvolupament i l'enfortiment de la cultura de seguretat i la provisió d'infraestructura i mecanismes de suport, atès que revelen l'augment de risc per als pacients si hi ha una infraestructura deficient i una distribució inadequada del personal d'infermeria. També van reconèixer la comunicació com un factor que contribueix a la seguretat del pacient i van acordar que la mala comunicació diferents professionals són situacions en què és més probable que es produeixi un dany al pacient (Portela et al, 2017).

Tanmateix, "lean-seis-sigma" es tracta d'un tipus de gestió o metodologia que ens ajuda a millorar la qualitat del servei identificant les deixalles en la prestació d'aquests. Així com eliminar aquelles activitats que no afegeixin valor a l'usuari o que no necessita, buscar la perfecció no sols en la reducció d'errors i temps de cicle, o l'augment en la qualitat dels processos, sinó també en millorar els costos dels serveis hospitalaris i reduir el flux dels pacients, o rendiment. Té per objectiu, conduir el sistema cap a l'estat futur desitjat segons àrees claus de millora (Cerdá-Suárez et al, 2018).

Per últim, també hi podem trobar la implementació de mètodes com el cicle de millora PDSA (planificar, fer, estudiar, actuar) amb el fi de millorar el temps d'espera per fer el triatge. Les intervencions relacionades amb els cicles PDSA inclouen el perfeccionament dels criteris de triatge, el triatge del "globo ocular" per part d'infermeres sèniors per facilitar el llit directe dels pacients, la formació d'un rol clínic d'infermeria de triatge i una anàlisi de necessitats de la mà d'obra d'infermeria necessària. En l'Hospital general de Singapore, es va fer un estudi on s'ha pogut apreciar una milloria en el temps d'espera per al triatge des d'una durada inicial de 18 min a la durada del període posterior a la implementació de 13 min, generant una disminució del 25% en la variància de 16 a 12 min (Shen, Y., & Hui Lee, L., 2020).

Els programes i mètodes de millora de la qualitat pretenen aconseguir una reducció de l'ús de recursos materials amb la conseqüent, mostra d'eficiència, gran competència dels professionals i reducció de costos; A més, d'aportar una millora a la gestió i qualitat del SUH sempre que s'asseguri la seguretat del pacient amb l'atenció oferida. Així que,

és important fer anàlisis de recursos que tenim i fem ús per estalviar costos i riscos innecessaris.

8.3 Intervencions i estratègies específiques que milloren la qualitat del servei.

En primer lloc, abans de cercar estratègies i intervencions que puguin millorar la qualitat és important obtenir estratègies per realitzar una valoració exhaustiva sobre aspectes positius, negatius i altres a millorar, ja siga de la funcionalitat, organització, gestió o qualitat dels SUH amb el fi d'analitzar i enfocar les estratègies de millora. De la mateixa manera, veure si es compleixen els estàndards i indicadors que s'apliquen al servei.

En un estudi del Regne Unit, Anglaterra, s'ha realitzat un estudi d'anàlisi de costos on s'han comparat 3 estratègies associades a la recollida de sang amb cultius, ja que les taxes de contaminació es van mostrar altes als SUH. Aquestes són: (1) l'atenció habitual, amb infermeres recollint cultius sense un protocol estandarditzat; (2) kits estèrils, amb les infermeres que utilitzen un kit de recollida estèril dedicat; i (3) equips de flebotomia, amb cultius recollits per flebotomistes de laboratori. S'han demostrat estalvis nets anuals de 483.219 \$ i 288.980 \$ utilitzant el kit estèril i les estratègies de l'equip de flebotomia en volta de l'atenció habitual. Pel que haurien de considerar fortament les estratègies basades en l'evidència per reduir la contaminació (Self et al, 2014).

Un altre estudi realitzat en un SUH espanyol, va constatar el registre de 75 incidents que van abarcar aspectes institucionals i assistencials, estimant la prevalença de l'1,5%. Dels quals 29 incidents relacionats amb l'organització del servei, el més freqüent està relacionat amb els errors en les anotacions, caracteritzats com a absència d'anotacions i/o registre incorrecte de signes vitals i equilibri hídric, comprovació de medicació inadequada i dificultat per a realitzar la lectura de medicaments prescrits en la història clínica. També es va identificar 13,8% d'incidentes referents a previsió i provisió de materials, com ara l'abastament inadequat del carro d'emergència, la deficiència en la reposició i el manteniment, tant de materials com d'equips, a l'inici del servei i després de l'atenció; 41,3% de esdeveniments relacionats con las omissions de dosis, canvis de pacients, falta de medicaments y administració de medicaments no prescrit os, 8,7% d'incidentes relacionats amb la humanització, 4,4% dels incidents es va relacionar amb les caigudes, etc. No obstant, en 31 incidents (67'4%) no es van registrar les conseqüències en el pacient, 9 (19,6%) van resultar en dany, requerint seguiment i/o

perllongant el temps d'ingrés, seguit de 5 (10,9%) que no van causar dany aparent i un (2,2%) va resultar en defalliment (Paranaguà et al, 2014).

Aquests resultats descrits anteriorment, ens mostren la necessitat d'estimular la construcció i ús d'instruments de notificació, així com incentivar el registre complet dels incidents, ja que aquests són eines fonamentals de la qualitat, assenyalant el que pot ser millorat en els serveis sanitaris. A més, aquest estudi indica que les accions preventives d'aquestes ocurrencies depenen, en gran part, de l'ampliació de relats, de conductes no punitives i, fonamentalment, d'una cerca crítica sobre cada error identificat i que cal corregir, mirant la qualitat de l'assistència i promovent una cultura de seguretat (Paranaguà et al, 2014).

Finalment, parlarem dels resultats obtinguts de dos factors que poden modificar la qualitat assistencial dels SUH. Aquests són: la saturació i realització de bones pràctiques.

Mitjançant la realització d'entrevistes a 60 líders clau de diferents hospitals amb característiques diferents, es van presènciar 4 dominis organitzatius que els van associar amb el rendiment hospitalari: la participació del lideratge executiu, les estratègies coordinades a tot l'hospital, la gestió basada en dades i la responsabilitat del rendiment. Aquests dominis representen canvis identificables i accionables que altres hospitals poden incorporar per crear consciència de la saturació del SUH.

Les intervencions específiques destinades a reduir la saturació tenien més probabilitats d'executar-se amb èxit als hospitals amb característiques d'alt rendiment. Però, els tipus d'intervencions específiques no semblen estar associats al rendiment hospitalari; més aviat, és la interacció de les característiques organitzatives el que fa que les estratègies siguin implementades amb èxit (Chang et al, 2018).

Per últim, es va fer un estudi per posar a prova 5 mesures recomanades per prevenir la pneumònia associada a la ventilació (VAP). Mesures que tenen que veure amb la realització de bones pràctiques al servei d'urgències. Es va observar que mesures com l'elevació del cap i la higiene bucal presentaven un compliment inferior al 50%, mentre que la interrupció diària de la sedació i la profilaxi de TVP mostraven entre el 50% i el compliment del 70%, i la profilaxi de l'úlcer a pèptica presentava un compliment superior al 80%. Són resultats que ens mostren l'impacte negatiu que pot tenir en la qualitat assistencial una insuficiència de recursos materials i humans, a més de l'amuntegament de pacients en cures intensives al servei d'urgències, ja que requereixen un entorn i un

equip altament especialitzats. No obstant, van ser avaluats 42 pacients intubats, dels quals el 23,8% va desenvolupar VAP durant l'hospitalització i el 52,4% va evolucionar fins a la mort (Lopes Frota et al, 2019).

8.4 Les funcions pròpies d'infermeria dins la pràctica assistencial de qualitat en el SUH.

“La funció infermera fora de càrrega d'ambulàncies del departament d'emergències (EDAOLN)” es tracta d'un rol el qual consisteix en distribuir un professional sanitari a aquesta zona i el seu paper és fer un triatge i una avaluació ràpida i l'inici del tractament inicial significatiu (com ara iniciar o organitzar radiografies, patologia i analgèsia) segons es cal. Aquesta ha demostrat superar expectatives de reducció del temps d'espera en varies mesures d'aproximadament 3912h anuals. També es van observar lleugeres millores en els resultats de diversos criteris clau d'eficiència d'ambulància i departaments d'emergències. Per tant, la funció EDAOLN pot ser una estratègia rendible a considerar, sobretot, davant d'èpoques d'amuntegament (Crilly et al, 2020).

No obstant, posar en marxa la funció infermera EDAOLN, té un cost net anual de 130.271\$ si es finança amb recursos addicionals. Però, amb els resultats obtinguts amb aquesta estratègia, a llarg termini se surten rentables i els beneficis són positius (Crilly et al, 2020).

A Austràlia (2017) s'ha realitzat un estudi on la implementació de la funció infermera de sala d'espera produeix reduccions del temps d'espera i contribueix a la mitigació de risc, amb el fi d'oferir una atenció segura i de qualitat en aquesta àrea. Gràcies al seu rol de donar suport en l'àmbit pràctic, experiència i preparació, les quals segons infermera pot variar, es van superar els requeriments imposats com reptes de conflicte i confusió de rols i manca de finançament (Innes et al, 2017).

El marc d'avaluació HIRAID és un sistema conegut dissenyat per ensenyar a les infermeres d'emergències com avaluar i gestionar sistemàticament, mitjançant simulacions clíniques, els pacients que es presenten als departaments d'urgències. A l'estudi es va aplicar aquest marc amb 38 infermeres de 5 hospitals australians per observar resultats amb i sense la seua implementació, dels qual es van identificar 9 barreres i 9 facilitadors que poden influir potencialment amb la implementació del marc HIRAID. No obstant, aquest marc ha demostrat tenir el potencial de millorar l'avaluació d'infermeria i la seguretat dels pacients que es presenten a l'ED mitjançant la millora de

la qualitat de les avaluacions clíniques i les habilitats comunicatives de les infermeres, on divuit d'elles (47'4%) asseguren utilitzar el marc a la pràctica clínica. Per poder promoure la futura implementació exitosa és necessari aplicar una estratègia multimodal tenint en compte sis funcions d'intervenció: formació, educació, reestructuració ambiental, habilitació, persuasió i modelista (Munroe et al, 2018).

En quan a la fatiga infermera, es va demostrar en un estudi xinès que aquesta es correlaciona positivament amb l'estrès percebut mentre que negativament amb el suport social i l'autoeficàcia. Hi va haver diferències significatives en les puntuacions de fatiga, tant física com mental de diferents grups d'edat, qualitats del son, nivells d'estrès laboral i estats físics, títol de treball, estat civil de les infermeres d'un servei del SUH.

Es va valorar un alt nivell de fatiga en l'estat actual de les infermeres d'emergència, això suposa imprescindible prendre mesures efectives per ajudar les infermeres d'emergències a reduir l'estrès, millorar el suport social, promoure l'autoeficàcia i, així, alleujar la fatiga (Wu et al, 2020)

8. Conclusió

S'ha demostrat que tindre una infraestructura forta i una adequada distribució del personal d'infermeria, a més d'haver una participació del lideratge executiu i un bon rendiment, és garantir els estàndards de qualitat. Són 4 indicadors rellevants que ens aporten informació sobre la gestió de qualitat del servei i són bàsics per aconseguir futures millores.

A més, ser conscients i tenir clars els estàndards de qualitat que es requereixen per a sostentar el servei és fonamental, són una gran oportunitat per poder millorar el que ja tenim i també abordar la incidència d'events advers mitjançant la realització de bones pràctiques per part dels professionals sanitaris.

També hem pogut observar que les cures prestades als pacients necessiten anar renovant-se periòdicament per assegurar millores en el pocés assistencial. Som un servei que ha d'anar adaptant-se a la demanda dels pacients i per tant, necessita valorar-se constantment per aconseguir alts nivells de qualitat, oferint una atenció segura, minimitzant els temps d'espera del triatge, disminuint la saturació i la fatiga de les infermeres, estalviant els costos, etc.

Per tant, és necessari adoptar intervencions i estratègies efectives tant a nivell general com a nivell específic i preparar a l'equip sanitari per minimitzar i/o posar fi a les diferents problemàtiques esmentades.

9. Rellevància per a la pràctica infermera

Una volta fet l'anàlisi dels resultats obtinguts, podem considerar que infermeria està en una posició clau en la millora de la qualitat de l'atenció a través d'intervencions i estratègies per a la seguretat del pacient. Tanmateix, veiem la seua participació en la implantació d'aquests, de diferents programes i inclòs, a l'hora de valorar-los amb els indicadors i estàndards de qualitat imposats i veure aspectes a millorar.

Els infermers formen la mà d'obra clínica més gran del món i tenen la major quantitat de contacte amb el paciente. Per aquesta raó, és necessària una gran preparació a nivell físic i mental enfocada en les 6 funcions d'intervenció comentades per Munroe et al (2018): formació, educació, reestructuració ambiental, habilitació, persuasió i modelista. A més d'una ampliació de la plantilla per abordar la fatiga observada; amb el fi de poder garantir el bon funcionament del servei i el mínim d'incidents possibles.

No obstant, vull recordar que els 3 models definits per Hurber D. (1999) i posar-los en pràctica a l'hora de fer les activitats d'infermeria és important per complir els objectius generals i específics del servei ja que molts d'aquests están enfocats a les cures que presta infermeria als SUH, basades en l'entorn, malaltia, persona i la interacció de la persona amb el seu entorn.

Aportar bones pràctiques a l'equip d'infermeria mitjançant estratègies i intervencions, és garantir l'augment de la seguretat i de qualitat assistencial dels SUH.

10. Limitacions

He tingut limitacions en diversos aspectes. He trobat pocs estudis experimentals, els quals posen en pràctica les intervencions i estratègies per demostrar la seua eficiència o en canvi, veure la falta de superació d'expectatives i d'aconseguir beneficis.

Tanmateix, la falta d'articles específics acordes a la meua estratègia de cerca m'ha fet tenir poca varietat per analitzar estratègies, programes, etc.

11. Bibliografía

Aljama Alcántara, M., Brea Rivero, P., Colmenero Ruíz, M., et al. (2011). *ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN URGENTE*. <http://www.epes.es/wp-content/uploads/EstandaresdeSalud-1.pdf>

Beltrán Orduna, M. (2016). *Saturación en los Servicios de Urgencias hospitalarios: análisis causal y búsqueda de soluciones* [Universidad de Zaragoza]. <https://zagan.unizar.es/record/57571/files/TAZ-TFG-2016-1126.pdf>

Cerdá-Suárez, L. M., Santibáñez-Vivanco, A., Asensio del Arco, E., & Martínez-Martínez, A. (2018). Indicadores para mejorar la atención a pacientes según lean-seis-sigma: el caso del hospital Gustavo Fricke (Chile). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 174–191. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272018000200174&lang=es

Chang, A. M., Cohen, D. J., Lin, A., Agustin, J., et al. (2018). Hospital Strategies for Reducing Emergency Department Crowding: A Mixed-Methods Study. *Annals of Emergency Medicine*, 71(4), 497-505.e4. [https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0196064417309228?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0196064417309228?via%3Dihub)

Colomer, C., Palanca Sánchez, I., Elola Somoza, J., et al (2010). *Unidad de urgencias hospitalarias*. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>

Crilly, J., Johnston, A. N. B., Wallis, M., O'Dwyer, J., et al. (2020). Improving emergency department transfer for patients arriving by ambulance: A retrospective observational study. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 32(2), 271–280. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13407>

Goicoechea Salazar, J.A, Nieto García, M.A, Laguna Téllez, A., et al. (2013). Características de las urgencias hospitalarias del servicio andaluz de salud durante 2012 a partir del conjunto mínimo básico de datos de urgencias. *Rev Esp Salud Pública*, 87(6), 587–600. <https://www.scielosp.org/article/resp/2013.v87n6/587-600/>

Hansen, K., Boyle, A., Holroyd, B., Phillips, G., Bengner, J., et al. (2020). Updated framework on quality and safety in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 37(7), 437–442. <https://doi.org/10.1136/EMERMED-2019-209290>

Innes, K., Jackson, D., Plummer, V., & Elliott, D. (2017). Emergency department waiting room nurse role: A key informant perspective. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(1), 6–11. <https://doi.org/10.1016/J.AENJ.2016.12.002>

Lopes Frota, M., Vincini Campanharo, C. R., Barbosa Teixeira, M. C., et al. (2019). Good practices for preventing ventilator-associated pneumonia in the emergency department. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 53, 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018010803460>

Martínez Virto, A. M. (2017). *Servicios de urgencias hospitalarias: influencia de la caracterización de los pacientes y su proceso asistencial durante su tiempo de permanencia* [universidad autónoma de madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/681416/martinez_virto_ana_maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Munroe, B., Curtis, K., Buckley, T., Lewis, M., & Atkins, L. (2018). Optimising implementation of a patient-assessment framework for emergency nurses: A mixed-method study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e269–e286. <https://doi.org/10.1111/JOCN.13932>

Ortells Abuye, N., & Paguina Marcos, M. (2012). Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. *Enfermería Global*, 11(26), 184–190. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412012000200012>

Paranaguá, T. T. de B., Braga, Q. de P., Bezerra, A. L. Q., Bauer de Camargo e Silva, A. E., et al. (2014). Eventos adversos: instrumento de gerencia de la asistencia para la seguridad del paciente en el servicio de urgencias. *Enfermería Global*, 13(34), 206–218. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Pérez-Montaut Merino, I., Carrillo Becerra, I., Olmedo Fernández, J. M., Cases Garrido, A., & Lirio Fernandez, M. D. (2007). *Sistemas de garantía en urgencias y emergencias*. Retrieved December 7, 2021, from <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/calidad.pdf>

Porcel Gálvez, A. M. (2005). Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. *La RAC La Gestión de Cuidados Enfermeros de Urgencias*, 30.

http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2005/abril/racgestion.htm

Portela, A. de C. da P., Olímpio, M. A. de C., Ponte, M. A. V., et al. (2017). Percepción de los enfermeros sobre seguridad del paciente en el servicio de emergencia: un estudio cualitativo. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 49, 1–10. <https://doi.org/10.14198/CUID.2017.49.03>

Self, W. H., Talbot, T. R., Paul, B. R., Collins, S. P., & Ward, M. J. (2014). Cost Analysis of Strategies to Reduce Blood Culture Contamination in the Emergency Department: Sterile Collection Kits and Phlebotomy Teams. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(8), 1021–1028. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4100213/>

Shen, Y., & Hui Lee, L. (2020). Improving the wait time to triage at the emergency department. *BMJ Open Quality*, 9(1), e000708. <https://doi.org/10.1136/BMJQ-2019-000708>

Wu, C., Ge, Y., Xu, C., Zhang, X., & Lang, H. (2020). A correlation study of emergency department nurses' fatigue, perceived stress, social support and self-efficacy in grade III A hospitals of Xi'an. *Medicine*, 99(32), e21052. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021052>