



SEMES

Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias

CRITERIOS Y PROCESO DE ACREDITACIÓN DEL ÁREA DE URGENCIAS RESPIRATORIA AVANZADA (AURA)

DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
MEDICINA DE URGENCIAS Y
EMERGENCIAS (SEMES)



ÍNDICE

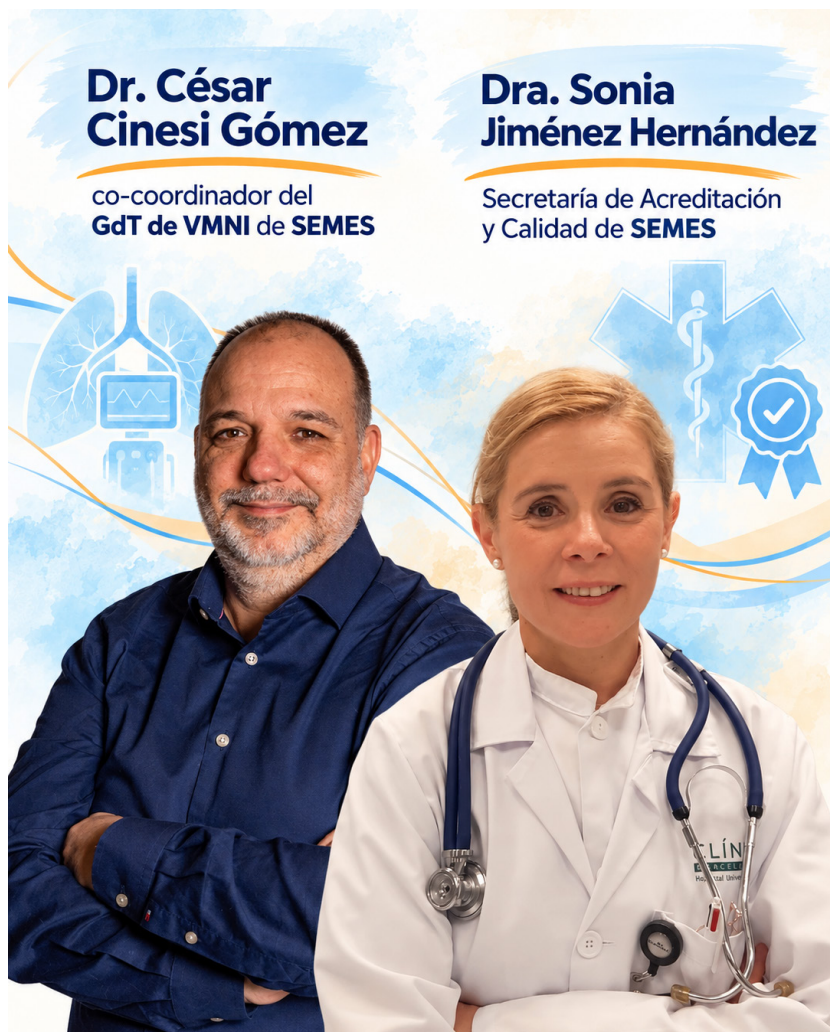
1. Prólogo ...**3**
2. Introducción...**14**
3. Justificación...**16**
4. Aspectos Generales...**18**
5. Modelo de acreditación y niveles del área de urgencias
respiratoria avanzada (AURA)...**20**
6. Niveles de acreditación ...**23**
7. Principios del modelo de acreditación ...**25**
8. Procedimiento de acreditación ...**26**
9. Criterios de acreditación...**28**
10. Vigencia y Auditorías de reacreditación...**35**
11. Progresión de nivel...**35**
12. Dominios y criterios de acreditación de la AURA...**36**
 - Dominio 1. Estructura física...37*
 - Dominio 2. Recursos materiales y tecnológicos...42*
 - Dominio 3. Recursos humanos ...55*
 - Dominio 4. Actividad asistencial ...60*
 - Dominio 5. Formación...63*
 - Dominio 6. Docencia de residentes (MIR)...68*
 - Dominio 7. Calidad y seguridad del paciente...71*
 - Dominio 8. Procedimientos y protocolos asistenciales ...76*
 - Dominio 9. Investigación ...81*
13. Baremo de méritos científicos ...**83**
14. Glosario de términos...**85**
15. Bibliografía y documentos de referencia ...**88**



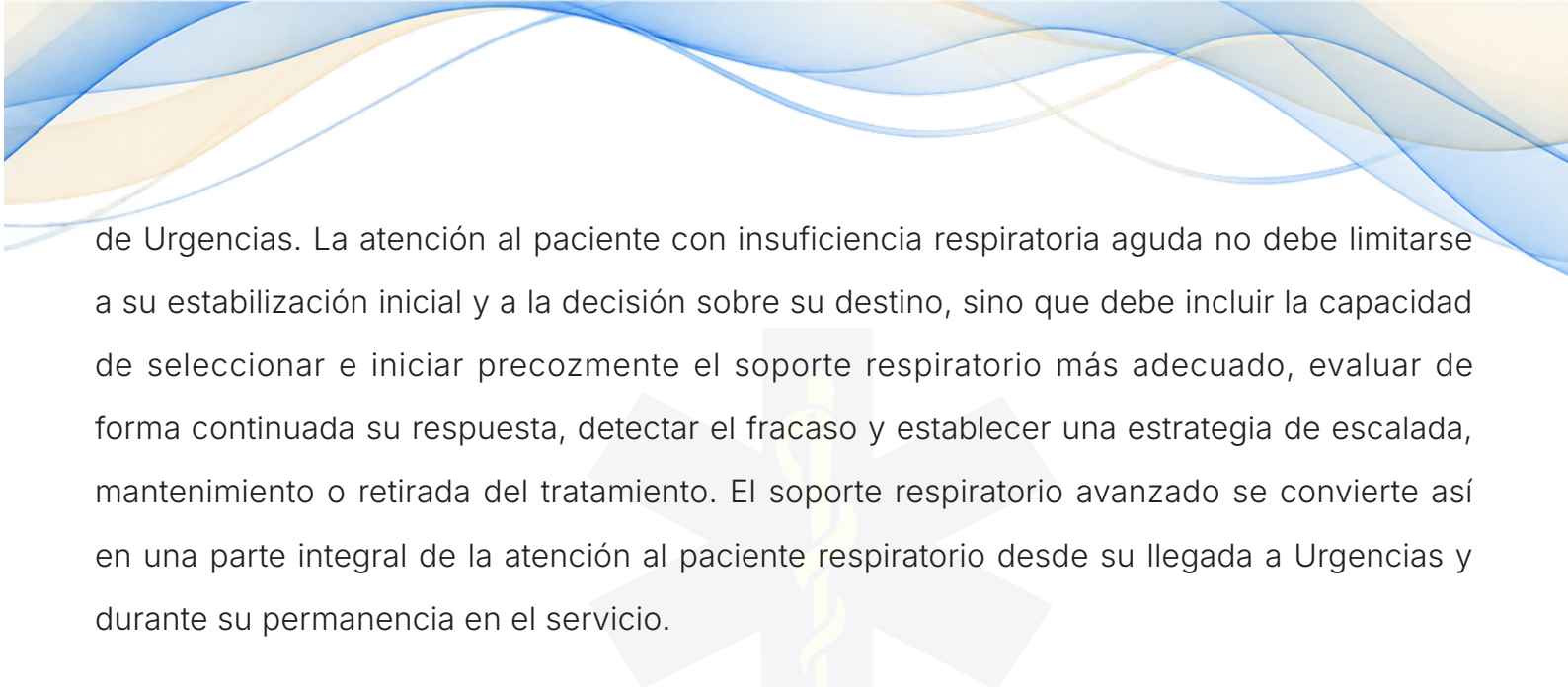
PRÓLOGOS

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios atienden de forma creciente a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, reagudizaciones de enfermedades respiratorias crónicas y situaciones críticas que requieren soporte respiratorio especializado. En este contexto, la evolución experimentada por las técnicas de soporte respiratorio ha modificado de forma sustancial la capacidad

de respuesta de los **Servicios de Urgencias ante estos pacientes**. La oxigenoterapia convencional, la terapia de alto flujo con cánulas nasales y la ventilación mecánica no invasiva, junto con la monitorización respiratoria y la ventilación mecánica invasiva cuando resulta necesaria, permiten actualmente desarrollar una estrategia de soporte respiratorio adaptada a la situación clínica, a la gravedad y a la evolución del paciente.



Esta realidad supone también un cambio en la forma de entender el papel de los Servicios



de Urgencias. La atención al paciente con insuficiencia respiratoria aguda no debe limitarse a su estabilización inicial y a la decisión sobre su destino, sino que debe incluir la capacidad de seleccionar e iniciar precozmente el soporte respiratorio más adecuado, evaluar de forma continuada su respuesta, detectar el fracaso y establecer una estrategia de escalada, mantenimiento o retirada del tratamiento. El soporte respiratorio avanzado se convierte así en una parte integral de la atención al paciente respiratorio desde su llegada a Urgencias y durante su permanencia en el servicio.

El desarrollo y la incorporación progresiva de estas técnicas han permitido que pacientes que tradicionalmente precisaban otros niveles asistenciales puedan recibir en los Servicios de Urgencias un tratamiento respiratorio avanzado desde las primeras fases de su enfermedad. Sin embargo, esta capacidad no puede depender únicamente de la disponibilidad de determinados dispositivos ni de la experiencia individual de algunos profesionales. La complejidad de estos pacientes y la necesidad de tomar decisiones en periodos cortos de tiempo hacen necesario avanzar desde la utilización aislada de técnicas de soporte respiratorio hacia un modelo organizado que garantice su aplicación adecuada, su monitorización y la continuidad de los cuidados.

En este contexto surge el concepto de **Área de Urgencias Respiratoria Avanzada (AURA)**, como un modelo organizativo y asistencial destinado a estructurar y reconocer esta capacidad dentro de los Servicios de Urgencias. Un **AURA** no se define exclusivamente por la existencia de un espacio físico específico ni por la disponibilidad de determinados dispositivos. Representa la capacidad organizada de un Servicio de Urgencias para proporcionar soporte respiratorio avanzado de forma precoz, protocolizada, segura y continuada, adaptándolo a las necesidades de cada paciente y a su evolución clínica.

El concepto de **AURA** pretende, por tanto, ir más allá de la identificación de una unidad o de un espacio concreto dentro del Servicio de Urgencias. Su elemento definitorio es la existencia de una capacidad asistencial estructurada, sustentada en profesionales con competencias específicas, recursos adecuados y una organización que permita aplicar

las diferentes modalidades de soporte respiratorio y realizar un seguimiento estrecho de su respuesta. Esto implica no solo saber iniciar una determinada terapia, sino también seleccionar al paciente adecuado, establecer objetivos, reconocer precozmente la respuesta o el fracaso, modificar la estrategia cuando sea necesario y decidir de forma segura la escalada o retirada del soporte.

El desarrollo de un **AURA** requiere disponer de profesionales específicamente formados en soporte respiratorio, protocolos clínicos estandarizados, equipamiento adecuado y sistemas de monitorización capaces de detectar precozmente el deterioro clínico. Asimismo, es fundamental mantener una estrecha coordinación con las unidades de cuidados intensivos, neumología y hospitalización convencional para garantizar la continuidad asistencial. De este modo, el concepto **AURA** integra recursos, profesionales, procedimientos y organización en torno a un objetivo común: proporcionar al paciente con insuficiencia respiratoria aguda la mejor atención respiratoria posible desde el propio Servicio de Urgencias.

Esta concepción permite, además, adaptar el modelo a las diferentes realidades de los Servicios de Urgencias. No todos los centros disponen de la misma estructura, recursos o complejidad asistencial, pero todos pueden avanzar hacia una atención respiratoria más organizada y segura. Por este motivo, **AURA** pretende establecer un marco común que permita reconocer diferentes grados de desarrollo, definir unos estándares compartidos y facilitar una evolución progresiva hacia niveles superiores de competencia y capacidad asistencial. La acreditación no debe entenderse únicamente como un punto de llegada, sino también como un instrumento que permita identificar fortalezas, detectar áreas de mejora y orientar el desarrollo futuro de cada área.

La acreditación de estas unidades representa una herramienta fundamental para asegurar la excelencia asistencial. Los procesos de acreditación evalúan aspectos estructurales, organizativos y de resultados, verificando que la unidad dispone de recursos humanos suficientes, equipamiento adecuado, protocolos actualizados y sistemas de evaluación continua de la calidad. Asimismo, promueven la cultura de seguridad del paciente mediante

la identificación y minimización de riesgos asociados a procedimientos complejos como la intubación endotraqueal, la ventilación mecánica prolongada o el destete ventilatorio.

Entre los criterios habitualmente considerados en los programas de acreditación destacan la disponibilidad de monitorización avanzada, la formación continuada de los profesionales, la existencia de indicadores de calidad específicos y la evaluación periódica de resultados clínicos. Algunos de estos indicadores incluyen la tasa de éxito de la ventilación no invasiva, la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica, la duración media de la ventilación, la mortalidad ajustada al riesgo y la satisfacción de pacientes y familiares.

La acreditación también contribuye a la homogeneización de la práctica clínica y fomenta la mejora continua. Las unidades acreditadas suelen participar en actividades docentes, programas de investigación y registros clínicos que permiten comparar resultados con estándares nacionales e internacionales. Este proceso favorece la identificación de áreas de mejora y la implementación de acciones correctoras que repercuten directamente en la calidad asistencial.

Además de los beneficios clínicos, la acreditación aporta valor institucional al reconocer formalmente el compromiso de la organización con la excelencia. Para los pacientes y sus familias, supone una garantía adicional de que la asistencia recibida cumple criterios reconocidos de calidad y seguridad. Para los profesionales, constituye un estímulo para el desarrollo competencial y el trabajo en equipo.

Existen algunas experiencias de sociedades científicas en relación con la acreditación de estas unidades como sociedades de cuidados críticos, concretamente **la Society of Critical Care Medicine (SCCM)**, dispone de programas de excelencia para UCI, como el ICU Centers of Excellence Program, orientados a unidades de cuidados intensivos. **La American Association of Critical-Care Nurses (AACN)** acredita unidades hospitalarias mediante el programa Beacon Award for Excellence, también centrado en unidades de críticos y hospitalización especializada. **La European Respiratory Society (ERS)** y **el European Board for Accreditation in Pneumology (EBAP)** acreditan centros y programas formativos

respiratorios, pero no áreas respiratorias avanzadas de Urgencias. La **SEPAR** dispone de acreditaciones de UCRI, que son el referente respiratorio más avanzado en España, aunque están vinculadas fundamentalmente al ámbito neumológico.

La acreditación **AURA** desarrollada por la **Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)** constituye uno de los primeros programas de acreditación específicamente dirigidos a **Áreas de Urgencias Respiratorias Avanzadas** a nivel nacional e internacional. Aunque, como se ha indicado anteriormente, existen modelos de acreditación para unidades de cuidados respiratorios intermedios, unidades de cuidados intensivos y centros respiratorios especializados, no se identifican programas promovidos por sociedades científicas de Medicina de Urgencias y Emergencias orientados específicamente a acreditar áreas de soporte respiratorio avanzado integradas en los SUH.

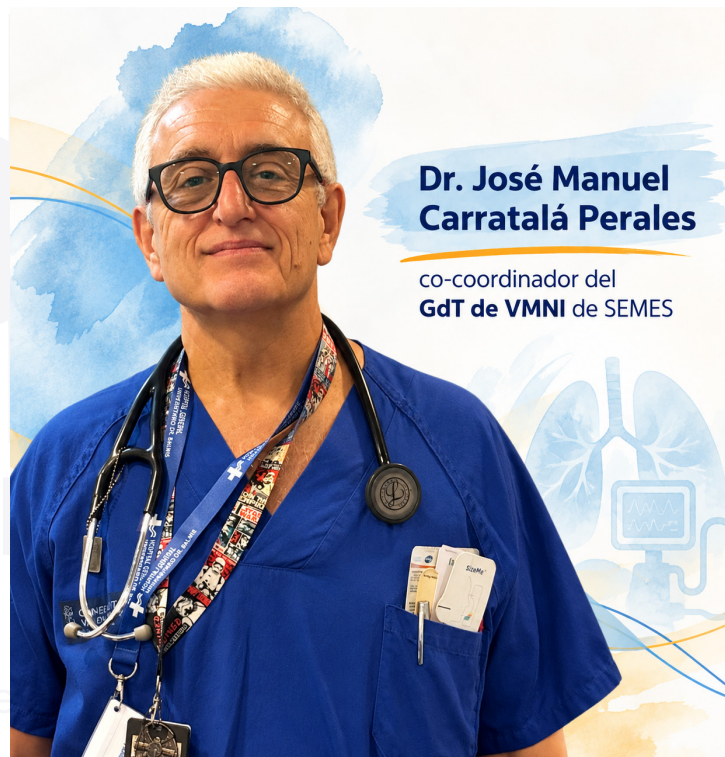
La acreditación **AURA** debe entenderse no solo como un reconocimiento institucional, sino como una herramienta de mejora continua orientada a impulsar la calidad asistencial, reducir la variabilidad clínica y promover la evaluación sistemática de resultados. Su finalidad es asegurar que los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda reciban una atención basada en la evidencia científica, sustentada en protocolos estructurados y proporcionada por profesionales adecuadamente formados, independientemente del centro donde sean atendidos.

En este contexto, el presente documento recoge los criterios, recursos y procedimientos organizativos del **Área de Urgencias Respiratorias Avanzadas** con el objetivo de optar a la acreditación **AURA**, evidenciando el compromiso de la **SEMES** con la excelencia asistencial, la seguridad del paciente y la mejora continua de la calidad.

Q

uién dijo que esto iba a ser fácil...

Hace ya unas cuantas décadas, más o menos las 2 últimas del siglo pasado, un grupo variado de seres humanos inteligentes, comprometidos y con ganas de investigar, decidieron implicarse con los pacientes en insuficiencia respiratoria, con la intención de controlar la sensación (*desagradable como ninguna*) de disnea, mejorarles la calidad de vida y reducir la necesidad de uso de la ventilación mecánica invasiva (VMI).



Comenzaron con enfermos crónicos respiratorios en el domicilio; les ofrecieron volúmenes fijos (ventilación volumétrica) con o sin presión positiva (si señores presión positiva en vía aérea, vamos lo no fisiológico) al final de la espiración (*PEEP*) y con una fuente de oxígeno si la necesitaban. Pacientes neuromusculares, con el tórax patológico o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (*EPOC*), se beneficiaron mejorando su calidad de vida, reduciendo sus ingresos y las necesidades de VMI.

Pero mira por dónde, otros seres intrépidos pensaron y se preguntaron si sería adecuado para el paciente añadir alguna forma de soporte a modo de presión positiva durante la inspiración (PS) para así apoyar al variado grupo de maltrechos diafragmas de sus enfermos; recibieron críticas, les llamaron de todo menos bonitos, pero a la hora de la verdad, sus pacientes mejoraban de forma significativa con estos dos niveles de presión ofrecidos a través de una mascarilla diseñada para estos menesteres, había nacido la ventilación mecánica no invasiva (*VMNI*) con doble nivel de presión (ventilación

barométrica), madre de todas las batallas de enfermos con insuficiencia respiratoria aguda (IRA).

El desarrollo tecnológico, el diseño de nuevas interfases ergonómicas y confortables, el nacimiento de nuevos modos ventilatorios (a veces sólo servían para confundir al personal) y el entrenamiento de los profesionales fuera de unidades de críticos (urgenciólogos en su mayoría) hicieron de la VMNI una herramienta indispensable y necesaria.

Pero todo no se queda aquí y desde hemisferios australes se nos brinda una forma de apoyo no invasivo confortable y que, a través de cánulas nasales, ofrece al paciente un flujo elevado, de gas optimizado muy interesante para pacientes con IRA hipoxémica; entra en escena la terapia de alto flujo con cánulas nasales (TAFCN).

Pasaron los años y estos habitantes del planeta tierra pensaron que, si eso podríamos juntarnos, compartir experiencias, y así poder formar y capacitar a otros compañeros para usar los **“cacharrines”** con fundamento, pero optimizando la formación y exigiendo unos mínimos de capacitación que ofrecieran al paciente eficacia y seguridad.

Los urgenciólogos siempre han sido pioneros a la hora de monitorizar el trabajo, aprendiendo de la experiencia y evitando el error no intencionado. Así pues, ofrezcamos calidad, establezcamos unos mínimos y reconozcamos el trabajo de los servicios bien formados y dotados; nace la idea de acreditar el esfuerzo y el trabajo bien hecho en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda (IRA).

La **acreditación de las Áreas de Urgencias Respiratorias Avanzadas (AURA)** es una propuesta pionera a nivel europeo y alumbrada con la única idea de unificar criterios y ofrecer beneficios y seguridad al paciente.

Estas áreas están integradas como unidad funcional, eficaz y segura, dentro del servicio de urgencias, pero también deberá (en un futuro muy cercano) estar integrada en las

unidades de emergencias. Su acreditación será siempre voluntaria y contendrá tres niveles (básico-intermedio-avanzado) de capacitación progresiva con el fin de buscar, la tan traída y llevada, excelencia.

La evaluación continua forma parte de su filosofía, la objetividad y la apertura de mente guiaran un proyecto estricto, pero con la suficiente flexibilidad para conceder al urgenciólogo motivación y necesidad de formación.

Es preferible trabajar con consensos y exigencias de mínimos que aseguren el beneficio para nuestros enfermos.

El apoyo ventilatorio no invasivo formará parte de tu vida diaria como especialista, los pacientes con IRA son muchos y de muchos orígenes y cada uno tendrán una solución casi hecha a medida (no aprendas recetas y mira la cara del enfermo) que será más segura y eficaz si consensuamos unos criterios sencillos y por supuesto reproducibles.

El **proyecto AURA** es otra buena idea que surge de la inquietud de algunos Urgenciólogos que utilizan el sentido común y todavía disfrutan con la formación y la búsqueda de lo eficaz y seguro.

No quiero finalizar sin recordar a algunos de esos seres humanos que nos facilitaron el trabajo; **Salvador Díaz Lobato (mi maestro), Rafael Artacho (incansable), Josep Masip (el sabio) y tantos otros a los que estaremos eternamente agradecidos.**

Gracias, César por esta oportunidad.

Siempre en nuestro recuerdo el maestro Amadeo Almela Quilis, allí donde estés haz que la fuerza acompañe siempre al **Urgenciólogo-Emergenciólogo.**

Quienes trabajamos en los servicios de urgencias sabemos que la insuficiencia respiratoria aguda exige actuar con rapidez, pero también con criterio. **En pocos minutos es necesario valorar la gravedad, seleccionar el soporte respiratorio adecuado y comprobar si el paciente responde.** Cuando la evolución no es favorable, reconocer el fracaso del tratamiento y decidir a tiempo una escalada terapéutica puede ser tan importante como haber iniciado correctamente el soporte.



Estas decisiones no dependen únicamente de la experiencia de cada profesional. Para atender de forma segura a un paciente que necesita terapia de alto flujo, ventilación mecánica no invasiva o, eventualmente, ventilación invasiva, el servicio debe contar con personal formado, equipamiento disponible, monitorización adecuada y circuitos asistenciales claros. También debe existir una coordinación eficaz con las unidades que recibirán al paciente cuando necesite continuar su atención fuera de urgencias.

La realidad de los hospitales españoles es diversa. Los servicios de urgencias presentan diferencias en su estructura, actividad, recursos y organización. Algunos han desarrollado durante años una capacidad considerable para atender a pacientes con insuficiencia respiratoria grave; otros se encuentran en etapas iniciales o dependen de modelos compartidos con diferentes servicios hospitalarios. Hasta ahora, esa heterogeneidad no disponía de un marco específico que permitiera reconocer lo ya conseguido y, al mismo tiempo, orientar los aspectos que aún deben desarrollarse.



El **programa de acreditación de las Áreas de Urgencias Respiratoria Avanzada (AURA)**, promovido por la **Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)**, busca dar respuesta a esta necesidad. Su finalidad no es imponer una única forma de organización. Una **AURA** tampoco tiene que ser necesariamente una unidad física independiente. Lo que define este modelo es la capacidad real del servicio de urgencias para atender al paciente con insuficiencia respiratoria aguda mediante recursos suficientes, profesionales capacitados y procedimientos que puedan demostrarse en la práctica.

El **manual aborda la acreditación desde una perspectiva amplia**. No se limita a comprobar la existencia de determinados equipos. Examina las condiciones físicas del área, los recursos tecnológicos, la dotación y formación de los profesionales, la actividad asistencial, los procedimientos clínicos y los mecanismos utilizados para evaluar la calidad y la seguridad. Incorpora además la docencia y la investigación, porque una organización madura no solo atiende pacientes: también revisa sus resultados, mantiene actualizadas sus competencias y contribuye a generar conocimiento.

La definición de tres niveles —*básico, intermedio y avanzado*— reconoce que no todos los centros parten de la misma situación ni necesitan alcanzar inmediatamente el máximo grado de desarrollo. Cada nivel identifica capacidades concretas y propone una progresión posible. Esta característica hace que la acreditación pueda adaptarse a hospitales diferentes sin perder exigencia ni renunciar a unos estándares comunes.

Uno de los aspectos más valiosos del modelo es que obliga a convertir la actividad cotidiana en información evaluable. No alcanza con afirmar que un servicio tiene experiencia. Es necesario documentar la actividad, conocer los resultados del soporte respiratorio, registrar las complicaciones y revisar las oportunidades de mejora. Este paso es indispensable para evitar que la calidad dependa solo de percepciones individuales o de prácticas que, aunque habituales, nunca han sido analizadas de manera sistemática.

La autoevaluación y la evaluación externa deben entenderse con ese mismo sentido. Su propósito no es penalizar a los servicios ni establecer una competencia entre hospitales.

Permiten identificar fortalezas, detectar deficiencias y acordar acciones que puedan mejorar la atención. La acreditación reconoce un nivel alcanzado, pero también implica aceptar que la calidad requiere revisión periódica y que ninguna organización asistencial puede considerarse definitivamente terminada.

El **desarrollo de las AURA refuerza, asimismo, la responsabilidad de los profesionales de urgencias en el manejo integral del paciente respiratorio grave. Iniciar un soporte no es suficiente.** Es necesario vigilar su respuesta, ajustar el tratamiento, prevenir complicaciones, realizar el destete cuando sea posible y asegurar una derivación adecuada cuando el paciente necesita otro nivel de cuidados. Esa continuidad clínica es una de las principales aportaciones del modelo.

Este **manual ofrece una referencia común para ordenar ese trabajo y hacerlo visible.** Su utilidad dependerá de la capacidad de cada servicio para convertir los criterios de acreditación en cambios reales en la práctica diaria. Si contribuye a reducir demoras evitables, mejorar la detección del deterioro y ofrecer una atención más segura y homogénea, habrá cumplido su objetivo principal.

La **acreditación AURA** no debe considerarse un punto de llegada. Es el reconocimiento de una forma de trabajar y, al mismo tiempo, el compromiso de seguir mejorándola.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia respiratoria aguda constituye una de las causas más frecuentes y graves de atención en los servicios de urgencias hospitalarios, siendo responsable de una elevada morbilidad y de un consumo significativo de recursos sanitarios. El manejo adecuado de estos pacientes exige una evaluación precoz, una estratificación correcta de la gravedad y la aplicación escalonada del soporte respiratorio más adecuado en cada momento evolutivo.

Desde el punto de vista asistencial, el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda puede estructurarse en distintos escalones terapéuticos progresivos:

- **Oxigenoterapia convencional**, indicada en situaciones leves o moderadas y habitualmente administrada mediante dispositivos de bajo o medio flujo.
- **Terapia de alto flujo con cánulas nasales** (TAFCN), que proporciona altos flujos de gas calentado y humidificado, con beneficios fisiológicos relevantes en pacientes con insuficiencia respiratoria, principalmente, hipoxémica.
- **Ventilación mecánica no invasiva** (VMNI), que permite el soporte ventilatorio mediante interfaces no invasivas, reduciendo la necesidad de intubación en múltiples escenarios clínicos.
- **Ventilación mecánica invasiva** (VMI), reservada para los pacientes con fracaso del soporte no invasivo o con criterios de gravedad que requieren intubación orotraqueal.

En el contexto de los servicios de urgencias, los pacientes más graves son aquellos que precisan alguno de los tres últimos escalones terapéuticos. De forma específica, se agrupan bajo el término soporte respiratorio no invasivo (SRNI) las dos modalidades no invasivas avanzadas: la TAFCN y la VMNI, cuyo uso precoz y adecuado resulta clave para mejorar los resultados clínicos.

En los últimos años, los servicios de urgencias han asumido un papel cada vez más relevante en el manejo integral de estos pacientes, no solo en el inicio del soporte

respiratorio, sino también en su seguimiento, ajuste, destete y adecuada derivación. Este hecho ha impulsado el desarrollo de estructuras, circuitos y modelos organizativos específicos orientados a la atención ventilatoria avanzada, con un grado de implantación y desarrollo muy heterogéneo entre centros.

A lo largo del presente documento se utilizará el término **Área de Urgencias Respiratoria Avanzada (AURA)** para referirse a aquellas estructuras asistenciales integradas en los servicios de urgencias hospitalarios, destinadas a la atención de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda que precisan soporte respiratorio avanzado, fundamentalmente soporte respiratorio no invasivo (terapia de alto flujo con cánulas nasales y/o ventilación mecánica no invasiva) y, cuando esté indicado, ventilación mecánica invasiva, y que cuentan con recursos humanos, materiales, organizativos y de calidad adaptados a este objetivo.

Es importante señalar que, en el momento actual, no existen formalmente **AURA** reconocidas como tales, dado que esta denominación queda vinculada al presente programa de acreditación. La consideración de una estructura asistencial como **AURA** solo será posible tras superar el proceso de acreditación definido en este documento, avalado por **la Sociedad Española de Medicina Urgencias y Emergencias (SEMES)**.

JUSTIFICACIÓN

La **Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)**, como sociedad científica de referencia en el ámbito de la atención urgente en España, tiene entre sus objetivos fundamentales la mejora continua de la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la homogeneización de la práctica clínica en los servicios de urgencias hospitalarios.

A través de la elaboración de documentos de consenso, recomendaciones clínicas y programas de acreditación, SEMES ha contribuido de forma decisiva a definir estándares de calidad propios y adaptados a la realidad de la Urgenciología.

En el ámbito específico de la insuficiencia respiratoria aguda, SEMES ha participado activamente, junto con otras sociedades científicas nacionales, en el Consenso de las Sociedades Científicas Españolas sobre la utilización de la ventilación no invasiva y la terapia de alto flujo con cánulas nasales, que constituye en la actualidad el principal marco de referencia científico para el uso del Soporte Respiratorio No Invasivo (SRNI). Dicho consenso establece recomendaciones de buena práctica clínica basadas en la evidencia disponible y en el acuerdo interprofesional, abordando aspectos clave como las indicaciones, la monitorización, el seguimiento y la seguridad del paciente.

La creciente complejidad en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda en los servicios de urgencias, junto con la expansión del uso del SRNI y la necesidad de una adecuada coordinación con otros niveles asistenciales, hace imprescindible disponer de un marco organizativo que traslade estas recomendaciones clínicas al ámbito estructural y funcional. En la actualidad, la ausencia de una definición homogénea y de criterios acreditadores específicos ha dado lugar a una notable variabilidad entre hospitales en cuanto a recursos, organización, formación de los profesionales, procesos asistenciales y evaluación de resultados.

El desarrollo de un programa de acreditación de las **AURA**, promovido por la SEMES, responde a la necesidad de reducir la variabilidad existente entre centros, garantizar estándares mínimos y avanzados de calidad y reconocer modelos organizativos de buena práctica adaptados a la realidad de los servicios de urgencias hospitalarios. Este programa permite, además, reforzar el papel del urgenciólogo en el manejo integral del paciente con insuficiencia respiratoria aguda, desde el inicio del soporte respiratorio avanzado hasta su seguimiento, destete y adecuada derivación a otros niveles asistenciales cuando sea necesario.

El programa de acreditación de las **AURA** se concibe con los siguientes objetivos estratégicos:

- **Establecer un marco común** de referencia que defina qué debe considerarse una **AURA** y cuáles son los criterios de calidad exigibles.
- **Mejorar la calidad asistencial** y la seguridad del paciente mediante la estandarización de estructuras, procesos asistenciales y resultados.
- **Reconocer y acreditar modelos** organizativos de buena práctica, evitando enfoques excluyentes y permitiendo distintos niveles de desarrollo.
- **Impulsar la mejora continua** y la progresión gradual de las áreas acreditadas.
- **Favorecer la homogeneización** y la equidad en la atención al paciente con insuficiencia respiratoria aguda en los servicios de urgencias hospitalarios.

El presente programa se plantea como un proceso voluntario, dinámico y evolutivo, que integra criterios estructurales, organizativos, asistenciales, formativos, docentes, investigadores y de calidad. La denominación **AURA** queda explícitamente vinculada a la superación del proceso de acreditación avalado por SEMES, configurándose, así como una herramienta estratégica para la mejora, el reconocimiento institucional y la consolidación de la atención avanzada de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda en los servicios de urgencias hospitalarios.

A SPECTOS GENERALES

Definición

Se define como **Área de Urgencias Respiratoria Avanzadas (AURA)**, aquella estructura asistencial, integrada en el servicio de urgencias hospitalario, destinada a la atención de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda que precisan soporte respiratorio avanzado, especialmente soporte respiratorio no invasivo (SRNI), y que dispone de los recursos humanos, materiales, organizativos y de calidad necesarios para garantizar una atención segura, eficaz y homogénea.

La **AURA** no debe entenderse necesariamente como una unidad física independiente o cerrada, sino como un modelo organizativo y funcional dentro del servicio de urgencias, con circuitos definidos, profesionales capacitados y procesos estandarizados orientados al manejo integral del paciente respiratorio agudo.

Alcance

Las **AURAS** están orientadas prioritariamente a la atención de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda moderada o grave que requieren alguno de los siguientes escalones terapéuticos:

- **Terapia de alto flujo con cánulas nasales (TAFCN).**
- **Ventilación mecánica no invasiva (VMNI).**
- **Ventilación mecánica invasiva (VMI)**, cuando esté indicada y hasta su adecuada derivación a otras unidades asistenciales.

El ámbito de actuación de la **AURA** incluye el inicio precoz del soporte respiratorio, la monitorización clínica y ventilatoria, el ajuste y seguimiento del tratamiento, el destete

cuando sea posible en el propio servicio de urgencias y la coordinación para la derivación del paciente a otras unidades asistenciales (unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermedios, hospitalización convencional u otros dispositivos), de acuerdo con protocolos previamente establecidos.

La atención mediante oxigenoterapia convencional forma parte de la actividad habitual del servicio de urgencias, pero no constituye el núcleo de actuación específico de la **AURA**, que se centran en los pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado.

Objetivos

La **AURA** tienen como objetivos fundamentales:

- **Garantizar una atención precoz, segura y de calidad a los pacientes** con insuficiencia respiratoria aguda que precisan soporte respiratorio avanzado.
- **Reducir la variabilidad clínica** y organizativa en el manejo del soporte respiratorio en los servicios de urgencias.
- **Favorecer la aplicación adecuada y protocolizada** del soporte respiratorio no invasivo, optimizando sus resultados y minimizando complicaciones.
- **Reforzar la continuidad asistencial del paciente respiratorio agudo**, asegurando una adecuada coordinación con otros niveles asistenciales.
- **Promover la formación, la docencia y la mejora continua** de los profesionales implicados en la atención ventilatoria en urgencias.
- **Facilitar la evaluación sistemática de la actividad**, los resultados y la seguridad del paciente mediante indicadores de calidad.

La denominación **AURA** queda reservada exclusivamente a aquellas estructuras asistenciales que hayan superado el proceso de acreditación definido en el presente documento, avalado por la SEMES.

MODELO

DE ACREDITACIÓN Y NIVELES DEL ÁREA DE URGENCIAS RESPIRATORIA AVANZADA (AURA)

El programa de acreditación de la **AURA** se estructura como un modelo progresivo y escalonado, diseñado para adaptarse a la heterogeneidad de los **servicios de urgencias hospitalarios y facilitar la mejora continua de las unidades acreditadas.**

La acreditación se basa en la evaluación de distintos dominios que abarcan aspectos estructurales, organizativos, asistenciales, formativos, docentes, investigadores y de calidad, y permite reconocer diferentes grados de desarrollo mediante la asignación de niveles de acreditación.

Los principios generales del modelo son:

- **El sistema** de acreditación es voluntario.
- **La evaluación se realiza** por niveles de acreditación: básico, intermedio y avanzado.
- **Cada nivel incorpora criterios más exigentes**, manteniendo un enfoque progresivo y no excluyente.
- **La acreditación reconoce** el nivel máximo alcanzado por la **AURA** tras el proceso de evaluación.

Los criterios definidos en los distintos dominios se clasifican en:

- **Criterios obligatorios:** requisitos para la obtención del nivel de acreditación correspondiente. El incumplimiento de cualquiera de estos criterios impide la acreditación en ese nivel.
- **Criterios recomendables:** requisitos orientados a la mejora continua y a la excelencia

asistencial, cuya implantación se valora de forma global.

La condición de criterio obligatorio o recomendable se especifica de forma explícita en cada criterio y para cada nivel de acreditación.

Para la obtención de la acreditación en un determinado nivel, la **AURA** deberá cumplir simultáneamente las siguientes condiciones:

1.Cumplimiento del 100% de los criterios obligatorios correspondientes a ese nivel en todos los dominios evaluados.

2.Cumplimiento de al menos el 50% del total de los criterios recomendables, calculado de forma global sobre el conjunto del documento y no por dominios individuales.

El porcentaje de criterios recomendables se calculará sobre el total de criterios recomendables aplicables al nivel evaluado, aplicándose siempre redondeo al alza.

La evaluación de los dominios se basa en los siguientes aspectos:

- Todos los dominios incluidos en el programa de acreditación deben ser evaluados.
- La ausencia total de un dominio o la falta de evidencia suficiente en un dominio impedirá la acreditación, con independencia del grado de cumplimiento en otros dominios.
- El sistema evita un enfoque compartimentalizado, priorizando una evaluación integral del modelo asistencial de la **AURA**.

La asignación del nivel de acreditación se basa en los siguientes aspectos:

- El centro solicitante presentará su candidatura al programa de acreditación **AURA** y podrá indicar de forma orientativa el nivel de acreditación al que aspira, sin que dicha indicación condicione el resultado final del proceso.

•El comité evaluador analizará el grado de cumplimiento de los criterios establecidos para todos los niveles.

•La **AURA** será acreditada en el nivel máximo alcanzado, de acuerdo con el cumplimiento de la totalidad de los criterios obligatorios y del porcentaje mínimo de criterios recomendables exigido.

•En caso de no alcanzarse los requisitos de un nivel superior, se valorará automáticamente el nivel inmediatamente inferior.

•No se contempla la acreditación parcial por dominios.

El proceso de evaluación podrá dar lugar a los siguientes resultados:

•Acreditación como **AURA** de **nivel básico**.

•Acreditación como **AURA** de **nivel intermedio**.

•Acreditación como **AURA** de **nivel avanzado**.

•No acreditación, en caso de no cumplir los requisitos mínimos del nivel básico.

En todos los casos, el informe de evaluación incluirá un resumen del grado de cumplimiento por dominios y recomendaciones de mejora.

El sistema global de evaluación se concibe como una herramienta orientada a la mejora continua, facilitando la identificación de áreas de mejora y promoviendo la progresión gradual de las **AURAs** dentro del programa de acreditación promovido por SEMES.

NIVELES DE ACREDITACIÓN

Se establecen tres niveles de acreditación:

Nivel Básico

Corresponde a aquellas unidades que garantizan unos estándares mínimos de calidad y seguridad en la atención al paciente con insuficiencia respiratoria aguda que precisa soporte respiratorio avanzado. Estas unidades disponen de los recursos esenciales y de los procesos básicos necesarios para la aplicación segura del soporte respiratorio no invasivo, y constituyen el primer escalón en el desarrollo de una AURA.



Nivel Intermedio

Incluye a las unidades que, además de cumplir los requisitos del nivel básico, presentan un mayor grado de estructuración organizativa, una mayor disponibilidad de recursos humanos y materiales, una actividad asistencial más consolidada y una integración más avanzada de procesos de calidad, formación y evaluación de resultados.



Nivel Avanzado

Corresponde a unidades con un alto grado de madurez organizativa y asistencial, que actúan como referentes en la atención ventilatoria en urgencias. Estas unidades presentan una elevada experiencia clínica, una estructura compleja y flexible, una integración avanzada de la calidad y la seguridad del paciente, así como una actividad docente e investigadora relevante.



El nivel avanzado está asimismo diseñado para identificar unidades de referencia, especialmente capacitadas para la rotación específica de residentes de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUYE), garantizando un entorno asistencial, docente y organizativo adecuado para la adquisición de competencias avanzadas en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda y del soporte ventilatorio en urgencias

P RINCIPIOS DEL MODELO DE ACREDITACIÓN

El modelo de acreditación de la **AURA** se rige por los siguientes principios:

- **Progresividad**, permitiendo a las unidades evolucionar gradualmente desde niveles básicos hacia niveles más avanzados.
- **Flexibilidad**, adaptándose a distintos contextos hospitalarios sin imponer modelos rígidos o excluyentes.
- **Mejora continua**, orientando la acreditación no solo al reconocimiento, sino también a la identificación de áreas de mejora.
- **Transparencia y objetividad**, mediante criterios definidos y evaluables, a través de una entidad de evaluación externa.
- **Reconocimiento institucional**, vinculando la denominación **AURA** a la superación del proceso de acreditación avalado por SEMES.

La obtención de un determinado nivel de acreditación no implica la obligatoriedad de alcanzar el nivel máximo, sino que reconoce el grado de desarrollo alcanzado por cada unidad en función de sus características y recursos, favoreciendo la consolidación progresiva de modelos de atención ventilatoria de calidad en los servicios de urgencias hospitalarios.

PROCEDIMIENTO DE ACREDITACIÓN

El proceso de acreditación de la AURA se concibe como un procedimiento estructurado, transparente y orientado a la mejora continua, que permite evaluar de forma objetiva el grado de desarrollo de las unidades solicitantes y reconocer distintos niveles de calidad asistencial.

Elementos generales del proceso de acreditación

El programa de acreditación de la AURA tiene carácter voluntario y no punitivo, y está orientado al reconocimiento de buenas prácticas y a la promoción de la mejora progresiva de las unidades. La acreditación no persigue fines comparativos ni jerárquicos entre centros, sino identificar modelos organizativos y asistenciales de calidad adaptados a la realidad de los servicios de urgencias hospitalarios.

Entidades Evaluadoras

SEMES:

La evaluación de las solicitudes de acreditación será realizada por el Comité Evaluador AURA, integrado por:

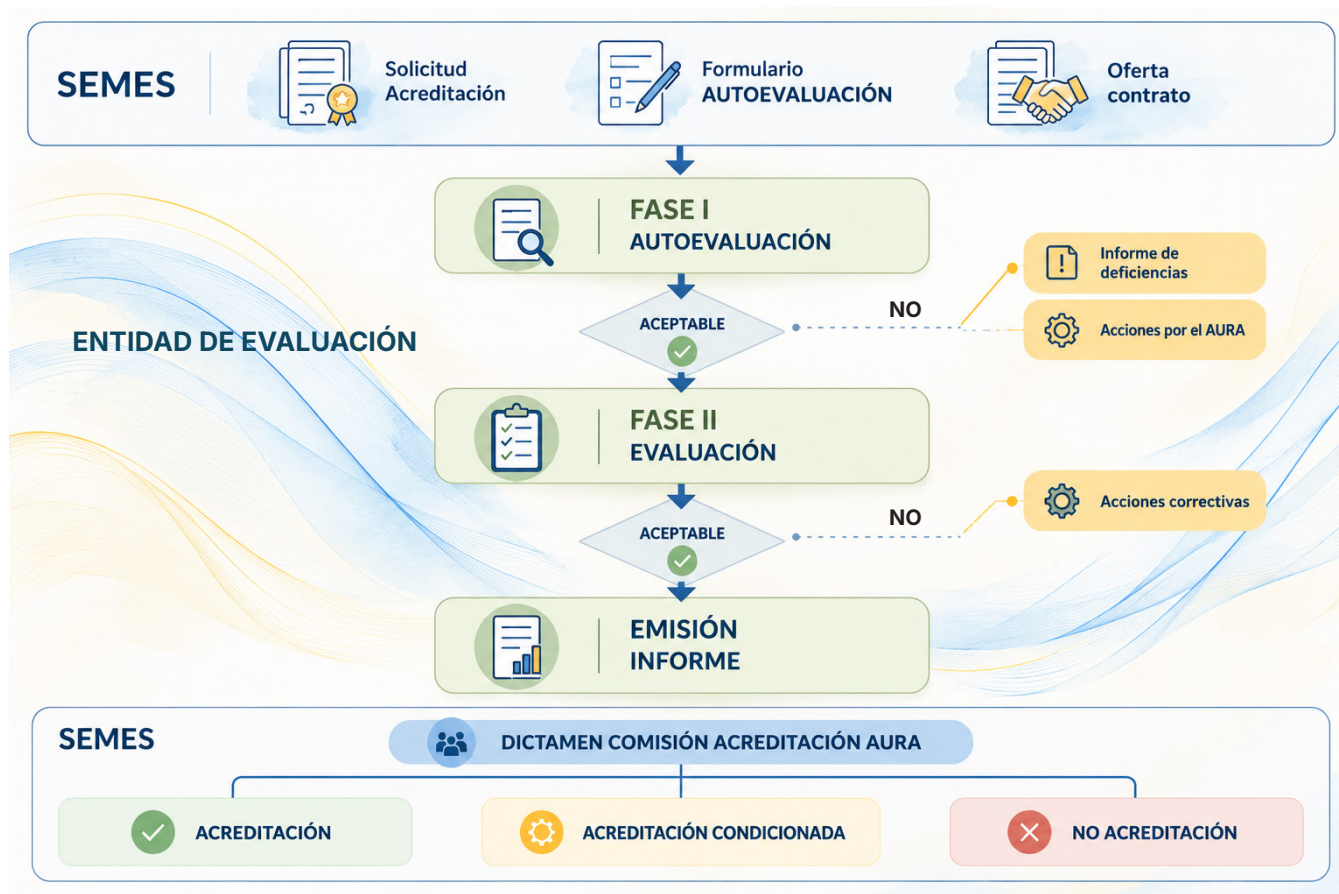
- Uno o dos miembros designados por el **Área de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES)**.
- Uno o dos miembros del **Grupo de Trabajo de Ventilación de SEMES**.

Los evaluadores deberán declarar la ausencia de conflicto de intereses con la unidad evaluada y actuarán de acuerdo con criterios de independencia, objetividad y confidencialidad.

ENTIDAD DE EVALUACIÓN:

Es una **organización independiente, reconocida y autorizada por la SEMES mediante un convenio de colaboración**, cuya función principal es valorar objetivamente la calidad, cumplimiento y desempeño del **AURA**. Es un agente externo, sin intereses dentro de la institución evaluada, que revisa, verifica y certifica que se cumplen los criterios requeridos para la acreditación.

Metodología de evaluación



La evaluación se realizará fundamentalmente mediante revisión documental estructurada, basada en la evidencia aportada por la unidad solicitante. Esta evidencia deberá permitir verificar de forma objetiva el cumplimiento de los criterios establecidos para el nivel de acreditación solicitado.

C RITERIOS DE SUPERACIÓN DE LA ACREDITACIÓN

Para la obtención de la acreditación en cualquiera de los niveles será necesario cumplir los siguientes requisitos:

- **Cumplir la totalidad (100%)** de los criterios obligatorios establecidos para el nivel solicitado.
- **Cumplir al menos el 50%** del total global de los criterios recomendables, redondeado siempre al entero superior.

El cumplimiento de los criterios recomendables podrá distribuirse libremente entre los distintos dominios evaluados.

Evaluación del dominio de investigación

El dominio de investigación se evaluará mediante un sistema de baremación objetiva, basado en la actividad científica desarrollada en los últimos cinco años, de acuerdo con la tabla de puntuación definida en el apartado correspondiente. Para cada nivel de acreditación se establecen umbrales mínimos obligatorios y recomendables de puntuación, que se integran en el cómputo global de la acreditación.

Procedimiento

1. Solicitud y Gestión de la Oferta

El responsable del Servicio solicitante donde se encuentra situada **AURA**, comunicará a la secretaría general de la SEMES, su interés en acreditarse. **La Secretaría de Acreditación, Calidad y Seguridad clínica de la SEMES (ACS)** a través de la secretaría general de la SEMES, enviará a dicho Servicio, el impreso de solicitud de Acreditación **SEMES-AURA** inicial o reacreditación y la oferta con los servicios correspondientes.

Este impreso de solicitud de Acreditación **SEMES-AURA** una vez cumplimentado, se remite desde el Servicio a la Secretaría de ACS. Es imprescindible adjuntar la aceptación (*firma*) por parte de la Dirección del Hospital, Centro o Servicio correspondiente.

Una vez recibida la solicitud inicial debidamente cumplimentada en el Comité Evaluador **AURA**, revisa la plena cumplimentación de esta, pudiendo consultar con el Grupo de Trabajo correspondiente.

Tras esta revisión inicial, se podrá informar de lo siguiente:

a) La solicitud es aceptada. En este caso, el Comité Evaluador **SEMES-AURA**, enviará al Centro/Servicio solicitante un documento/carta de aceptación de las condiciones de la evaluación aquí descritas que deberá ser firmado como aceptación y devuelto a la central junto con el justificante del abono de la cantidad estipulada para la evaluación. Y comunicará a la Entidad de Evaluación la solicitud de Acreditación para iniciar el proceso de evaluación.

b) La solicitud está incompleta, en cuyo caso se solicitará por escrito al Servicio correspondiente la información que haya resultado insuficiente.

c) La solicitud de acreditación es denegada, en cuyo caso se enviará un informe al Servicio sobre las causas por las que no puede ser aceptada.

Si el Servicio solicitante no está de acuerdo con esta determinación, podrá apelar por escrito en el plazo de 30 días a la **Secretaría ACS/SEMES**.

La secretaría general de la SEMES, tras considerar finalizada su función de revisión de la Solicitud y aceptación de la oferta, pondrá en marcha en cada centro el procedimiento de evaluación por la Entidad de Evaluación externa de acuerdo con la Secretaría ACS/SEMES y el Comité Evaluador **AURA**.

La Entidad de Evaluación Externa, una vez reciba la comunicación de la solicitud de Acreditación de una **AURA** a través de la Secretaría de Acreditación, se pondrá en contacto con dicha organización para solicitarle los datos necesarios y comenzar así el proceso de acreditación y se planifica con dicha organización la fecha de las auditorías, tanto de la **Fase de 1. Autoevaluación como de la Fase 2. Evaluación in situ**.

2.Evaluación

2.1. FASE 1. AUTOEVALUACIÓN

El Comité Evaluador **AURA** remite al Servicio solicitante el listado de comprobación y el listado de documentación necesaria, de modo que el responsable del Servicio solicitante cumplimentará con precisión todos los puntos del listado de comprobación y preparará copias de todos los documentos requeridos. Esta información, así como el listado de comprobación cumplimentado será remitida en soporte electrónico a la secretaría de SEMES, el Comité Evaluador de **AURA** y a la **Entidad Evaluadora**, ya que esta esta fase se realizará en despacho, no se realiza *in situ*.

La Entidad de Evaluación, comprobará que la cumplimentación del listado de comprobación sea la adecuada y preparará un informe de recomendaciones a implementar previa a la evaluación presencial "in situ".

En el *plazo de 3 semanas tras el envío del informe de Autoevaluación*, el responsable del equipo de evaluación definirá junto con el del Servicio, la fecha y horario en que se realizará la evaluación *in situ* y elaborar la planificación de la visita de acreditación.

La **Entidad de Evaluación** externa puede tener una reunión telemática con el Servicio si así lo cree conveniente antes del inicio de la Fase 2.

Los elementos de salida de la Fase 1 incluyen:

- *Informe de autoevaluación.*
- *Recomendación a favor o en contra de la Fase 2.*
- *Los hallazgos identificados que podrían suponer un incumplimiento en la auditoría de Fase 2.*
- *Plan de evaluación Fase 2.*

2.2 FASE 2. EVALUACIÓN *IN SITU*.

El propósito de la **auditoría de la fase 2** es verificación mediante revisión documental, inspección *in situ* y entrevistas a los profesionales involucrados para comprobar que se cumple con los requisitos establecidos en el Modelo de Acreditación **SEMES-AURA**.

Condiciones para la realización de la auditoría:

- **Dicha visita se planificará con antelación.** La entidad de Evaluación remite un plan donde se indican los procesos objeto de evaluación.
- **La Organización** deberá facilitar durante la visita la accesibilidad a toda la documentación (registros, historias clínicas, procedimientos) al equipo auditor.
- **El auditor** tomará nota de todos los hallazgos detectados ya que esta información forma parte del contenido del informe.
- **La documentación** tratada a lo largo de la auditoría es de carácter confidencial.

Tras finalizar la evaluación el equipo de evaluación presentará sus observaciones de forma resumida incluyendo cada uno de los apartados en los que tiene la intención de identificar algún aspecto como una deficiencia o una recomendación para la acreditación.

✓ **Se establece una DEFICIENCIA** cuando a un apartado del listado de comprobación se responde "**NO**" y el criterio aplicable está catalogado como obligatorio y está identificado con "(O)". Todas las deficiencias deben ser corregidas y la corrección documentarse (*por ejemplo, aportando copias de registros, fichas o procedimientos nuevos, etc.*) enviando dicha información a la Entidad de Evaluación para que se proceda al cierre de informe y posterior envío a la Comisión de Acreditación para la concesión o no de la acreditación, el plazo máximo para el cierre de las deficiencias será de **TRES MESES**.

✓ **Se establece una RECOMENDACIÓN** cuando a un apartado del listado de comprobación se responde "**NO**", en el criterio aplicable está catalogado como recomendable y está identificado con "(R)". Cada uno de estos apartados anotados durante la evaluación requiere una respuesta verbal del responsable del Servicio, con una explicación razonada que justifique esa situación o modo de proceder, pero no implica de forma imperativa un cambio de procedimiento. La existencia de recomendaciones no supone que el Servicio no pueda alcanzar la acreditación, pero a juicio del equipo evaluador, un número determinado de recomendaciones o si estas son de suficiente relevancia, podrá derivar en la propuesta en una **DEFICIENCIA** que deberá tratarse según lo indicado en el punto anterior.

El informe de evaluación contendrá:

- Conclusiones (*Las conclusiones del equipo evaluador son solamente propuestas y no vinculan al comité Evaluador SEMES-AURA*).
- Listado de comprobación.
- Oportunidades de Mejora (en caso de que existan).
- Recomendaciones de auditoría (en caso de que existan).
- Deficiencias incluidas las evidencias para el cierre de estas. (en caso de que existan).

Una vez concluida la evaluación y, en el caso de que haya habido **DEFICIENCIAS** y se haya verificado las acciones correctivas, se informará al cliente y a la Comité de Acreditación **SEMES-AURA**.

Al informe aportado por el equipo evaluador podría añadirse alguna información considerada como de suficiente relevancia para ser tomada en cuenta, aunque inicialmente

no se contuviera en los criterios establecidos en los criterios recogidos en este documento.

La Secretaría de **ACS/SEMES** revisará el informe remitido por el equipo de evaluación y en caso de considerarlo necesario, pedirá una consulta al grupo de trabajo correspondiente y preparará una carta a favor o en contra de la acreditación.

El informe junto con cualquier documentación que considere esencial que se revise será remitido al Comité Evaluador **SEMES-AURA**, que podrá ratificar la decisión.

3. Dictamen

Después de considerar y revisar los informes de la auditoría y el de ratificación del **Comité de Acreditación SEMES-AURA** y otros documentos relevantes se comunicará al Servicio solicitante una de las siguientes determinaciones sobre la acreditación:

1. **Acreditación garantizada por cuatro años:** no se ha detectado ninguna deficiencia *in situ* o tras las correcciones realizadas y documentadas. La Unidad Central de Acreditación, enviará al responsable del Centro/Servicio solicitante un certificado sobre la acreditación del programa específico que corresponda, firmado por presidente de **SEMES**.

Los Servicios acreditados deben notificar a la Secretaría de ACS/SEMES cualquier suceso o cambio importante que ocurra en el periodo de vigencia de la acreditación, como por el ejemplo del responsable del Servicio o de cualquier otro aspecto trascendente.

2. **Se han detectado deficiencias significativas que precisan corrección y una reevaluación focal:** Sólo se concede la acreditación si se realiza una reevaluación focal que garantice la existencia de dichas correcciones y existe un informe favorable del equipo evaluador.

3. **No acreditación:** El Comité Evaluador **SEMES-AURA** puede determinar que el Servicio solicitante no cumple con los criterios y/o que su plan de corrección de las deficiencias es inadecuado. En tales casos la Secretaría ACS/SEMES y el Comité Evaluador **SEMES-AURA** pueden expedir una denegación de la acreditación o anular la acreditación si, tras una evaluación de renovación o reevaluación general o focal, determina que el Servicio no cumple con los criterios. Y también, basándose en la aparición de un suceso de suficiente relevancia.

Un **AURA** al que se le ha denegado la acreditación o bien se le ha cancelado, tiene derecho a apelar siguiendo los trámites que se describen más adelante.



VIGENCIA Y AUDITORÍAS DE REACREDITACIÓN

La duración de la acreditación es por cuatro años, pasado ese tiempo, la organización se tendrá que someter a una auditoría de Re-Acreditación que será igual que la auditoría de la Fase II de la Acreditación.

Para ello deberá solicitar la Reacreditación a la Secretaría de ACS/SEMES, debiéndose de realizar una oferta correspondiente a esta auditoría.

PROGRESIÓN DE NIVEL

Las unidades acreditadas podrán solicitar en cualquier momento la progresión a un nivel superior de acreditación, siempre que acrediten el cumplimiento de los criterios exigidos para el nuevo nivel.

Para ello deberá, el procedimiento será el mismo que el de la Reacreditación (sin los 3 años de espera), solicitándolo a la Secretaría de Acreditación/SEMES y debiéndose realizar una oferta correspondiente a esta auditoría.

DOMINIOS Y CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DE LA AURA

El proceso de acreditación de la **AURA** se estructura en dominios, que agrupan de forma ordenada los distintos ámbitos considerados esenciales para garantizar una atención ventilatoria de calidad en los servicios de urgencias hospitalarios.

Cada dominio incluye un conjunto de criterios distribuidos en los tres niveles de acreditación (básico, intermedio y avanzado). Los criterios se clasifican en obligatorios y recomendables, de acuerdo con el modelo de acreditación definido previamente.

Los dominios han sido diseñados para abarcar de manera integral los aspectos estructurales, organizativos, asistenciales, formativos, docentes, investigadores y de calidad que caracterizan a una **AURA**, permitiendo una evaluación equilibrada y adaptada a la realidad de los distintos centros.

A continuación, se describen los dominios de acreditación y los criterios asociados a cada uno de ellos.

Dominio 1. Estructura física

La estructura física de la AURA constituye un elemento esencial para garantizar la seguridad del paciente, la eficacia del soporte respiratorio avanzado y la adecuada organización de la atención en situaciones de insuficiencia respiratoria aguda. Este dominio evalúa la disponibilidad, adecuación y organización de los espacios asistenciales necesarios para el manejo de pacientes que precisan soporte respiratorio no invasivo y, cuando esté indicado, ventilación mecánica invasiva en el ámbito de urgencias.

A continuación, se definen los criterios de calidad correspondientes a este dominio, estableciendo para cada uno de ellos los niveles de exigencia asociados a los niveles básico, intermedio y avanzado de acreditación.

CRITERIO 1.1. ÁREA DE RESUCITACIÓN CON CAPACIDAD DE REALIZAR TANTO SRNI COMO VMI

Definición

Disponibilidad en el servicio de urgencias de un área de resucitación/atención crítica con capacidad operativa para iniciar, mantener y monitorizar soporte respiratorio no invasivo (SRNI: TAFCN y/o VMNI) y, cuando esté indicado, ventilación mecánica invasiva (VMI), incluyendo la posibilidad de intubación orotraqueal y reanimación cardiopulmonar.

Justificación

Los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave pueden requerir escalada rápida entre modalidades de soporte respiratorio. La existencia de un área de resucitación preparada para SRNI y VMI mejora la seguridad del paciente, reduce demoras en la escalada terapéutica y facilita la actuación ante deterioro clínico.

Evidencia requerida

Descripción funcional del área de resucitación (plan funcional o documento organizativo del servicio), cartera de servicios del área y dotación general disponible para soporte respiratorio avanzado.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Área de resucitación con capacidad de realizar SRNI y VMI.
- **Intermedio (Obligatorio):** Área de resucitación con capacidad de realizar SRNI y VMI.
- **Avanzado (Obligatorio):** Área de resucitación con capacidad de realizar SRNI y VMI.

CRITERIO 1.2. PUESTOS FUNCIONALES PARA SRNI CON DOTACIÓN ESPECÍFICA POR PUESTO

Definición

Número de puestos funcionales en el área de resucitación/atención crítica con capacidad para aplicar SRNI de forma simultánea. Cada puesto debe disponer de dispositivos y material de SRNI asignados o inmediatamente disponibles para ese puesto (p. ej., ventilador/TAFCN, interfaces, tubuladuras y consumibles esenciales), entendiendo que el puesto/cama puede utilizarse para pacientes en SRNI, ventilados (VMI) u otros perfiles asistenciales, según la organización del servicio.

Justificación

La capacidad real de atención simultánea de pacientes con SRNI depende de la disponibilidad efectiva de puestos operativos con dotación específica. Definir “puestos funcionales” evita acreditaciones nominales y garantiza que el inicio del SRNI no se retrase por falta de equipamiento asignado o por reorganizaciones no planificadas.

Evidencia requerida

Inventario de puestos SRNI y relación de dotación por puesto (equipos, interfaces y consumibles esenciales), junto con una descripción del circuito interno de disponibilidad/

almacenaje inmediato.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Entre uno y cuatro puestos funcionales.
- **Intermedio (Obligatorio):** Entre cinco y seis puestos funcionales.
- **Avanzado (Obligatorio):** Más de seis puestos funcionales.

CRITERIO 1.3. DOTACIÓN DE GASES MEDICINALES Y SISTEMAS DE ASPIRACIÓN

Definición

Disponibilidad en cada puesto asistencial de las tomas necesarias de gases medicinales y sistemas de aspiración para garantizar la aplicación segura del soporte respiratorio.

Justificación

El soporte respiratorio avanzado requiere un suministro continuo y seguro de oxígeno, aire comprimido y aspiración para el manejo de secreciones y situaciones de emergencia.

Evidencia requerida

Inspección de la dotación de tomas de gases y sistemas de aspiración.

Exigencia por nivel

- Básico:

- Obligatorio: Toma de oxígeno y sistema de aspiración individual por puesto.
- Recomendable: Toma de aire comprimido por puesto.

- Intermedio (Obligatorio): Toma de oxígeno y aire comprimido, y sistema de aspiración individual por puesto.

- Avanzado (Obligatorio): Toma de oxígeno y aire comprimido, y sistema de aspiración individual por puesto.

CRITERIO 1.4. VISIBILIDAD Y MONITORIZACIÓN DE LOS PACIENTES

Definición

Organización del área asistencial que permita la visualización continua de los pacientes atendidos mediante observación directa o sistemas de monitorización visual.

Justificación

La detección precoz del deterioro clínico es fundamental en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda sometidos a soporte respiratorio avanzado.

Evidencia requerida

Descripción del sistema de visualización directa o circuito cerrado de vídeo.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Sala abierta con visualización directa o sistema de circuito cerrado de vídeo.
- **Intermedio (Obligatorio):** Sala abierta con visualización directa o sistema de circuito cerrado de vídeo.
- **Avanzado (Obligatorio):** Sala abierta con visualización directa o sistema de circuito cerrado de vídeo.

CRITERIO 1.5. AISLAMIENTO Y CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS

Definición

Disponibilidad de espacios y circuitos que permitan el aislamiento de pacientes con patología respiratoria infecciosa y la aplicación de medidas de control de la transmisión.

Justificación

El uso de soporte respiratorio avanzado, especialmente no invasivo, puede generar aerosoles y aumentar el riesgo de transmisión de infecciones respiratorias.

Evidencia requerida

Descripción de habitaciones de aislamiento y circuitos diferenciados.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Disponibilidad de habitaciones individuales de aislamiento y capacidad de establecer circuitos diferenciados.
- **Intermedio (Recomendable):** Habitaciones individuales de aislamiento integradas en el área asistencial y circuitos diferenciados establecidos.
- **Avanzado (Obligatorio):** Habitaciones individuales de aislamiento, incluyendo al menos una con presión negativa, y circuitos diferenciados plenamente operativos.

CRITERIO 1.6. ESPACIOS DE APOYO Y ALMACENAMIENTO

Definición

Disponibilidad de espacios adecuados para el almacenamiento específico de material respiratorio y para la atención integral del paciente.

Justificación

La correcta organización del material reduce retrasos, mejora la seguridad y optimiza la eficiencia asistencial.

Evidencia requerida

Descripción de espacios de almacenamiento y apoyo.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Espacios funcionales para el almacenamiento de material respiratorio.
- **Intermedio (Recomendable):**
 - Almacén específico para material respiratorio.
 - Al menos un puesto con aseo propio en las habitaciones.

- Avanzado:

- **Obligatorio:** Almacén específico para material respiratorio.
- **Recomendable:**
 - o Al menos un puesto con espacio adecuado para la presencia de familiares.
 - o Al menos un puesto con aseo en la habitación.

Dominio 2. Recursos materiales y tecnológicos

Los recursos materiales y tecnológicos constituyen un pilar esencial para garantizar la aplicación segura, eficaz y continua del soporte respiratorio avanzado en los servicios de urgencias. Este dominio evalúa la disponibilidad, adecuación y funcionalidad de los equipos y dispositivos necesarios para el manejo del paciente con insuficiencia respiratoria aguda, con especial énfasis en el soporte respiratorio no invasivo, la monitorización clínica y la capacidad de respuesta ante situaciones de deterioro.

Los criterios de este dominio se centran en asegurar que la AURA disponga de los recursos mínimos imprescindibles y, de forma progresiva, de una mayor capacidad tecnológica que permita optimizar la atención, mejorar la seguridad del paciente y favorecer la continuidad asistencial.

CRITERIO 2.1. DISPONIBILIDAD DE VENTILADORES CON CAPACIDAD PARA SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO

Definición

Disponibilidad de ventiladores con capacidad para realizar soporte respiratorio no invasivo (VMNI) adecuados para el manejo de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda en el ámbito de urgencias, garantizando su uso simultáneo en función del número de puestos funcionales definidos.

Justificación

La ventilación mecánica no invasiva es una de las principales herramientas terapéuticas

en la atención al paciente con insuficiencia respiratoria aguda grave en urgencias. La disponibilidad suficiente y adecuada de ventiladores con capacidad de VMNI es indispensable para evitar demoras en el inicio del tratamiento y para garantizar una atención segura y eficaz.

Evidencia requerida

Inventario de ventiladores disponibles en la unidad, con especificación de sus capacidades para VMNI y su asignación funcional a los puestos asistenciales.

Exigencia por nivel

- Básico:

- **Obligatorio:** Disponibilidad de ventiladores con capacidad para VMNI, al menos uno por cada puesto funcional de SRNI.
- **Recomendable:** Al menos un ventilador específico de VMNI con autonomía para realizar transporte interhospitalario.

- Intermedio (Obligatorio): Disponibilidad de ventiladores con capacidad para VMNI, al menos uno por cada puesto funcional de SRNI. Al menos tres ventiladores específicos de VMNI con autonomía para realizar transporte interhospitalario.

- Avanzado (Obligatorio): Disponibilidad de ventiladores con capacidad para VMNI, al menos uno por cada puesto funcional de SRNI. Al menos tres ventiladores específicos de VMNI con autonomía para realizar transporte interhospitalario.

CRITERIO 2.2. DISPONIBILIDAD DE VENTILADORES CON CAPACIDAD PARA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI)

Definición

Disponibilidad en la AURA de ventiladores con capacidad para realizar ventilación mecánica invasiva (VMI), adecuados para el manejo inicial y la estabilización de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave, incluyendo la posibilidad de uso durante el transporte intrahospitalario cuando sea necesario.

Justificación

Aunque el soporte respiratorio no invasivo constituye el eje central de la actividad de la **AURA**, la posibilidad de fracaso del SRNI o la presencia de situaciones clínicas que requieran intubación orotraqueal obligan a disponer de ventiladores con capacidad de VMI en el propio servicio de urgencias. La disponibilidad inmediata de estos dispositivos mejora la seguridad del paciente, evita retrasos en el inicio de la ventilación invasiva y garantiza una adecuada estabilización hasta la derivación a otras unidades asistenciales.

Evidencia requerida

Inventario de ventiladores con capacidad de VMI disponibles en la **AURA**, especificando sus características técnicas y, en su caso, la autonomía para transporte intrahospitalario.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Disponibilidad de al menos un ventilador con capacidad para VMI en el servicio de urgencias.
- **Intermedio (Obligatorio):** Disponibilidad de al menos dos ventiladores con capacidad para VMI, con autonomía suficiente para transporte intrahospitalario.
- **Avanzado (Obligatorio):** Disponibilidad de al menos dos ventiladores con capacidad para VMI, con autonomía suficiente para transporte intrahospitalario.

CRITERIO 2.3. DISPONIBILIDAD DE DISPOSITIVOS PARA TERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULAS NAALES (TAFCN)

Definición

Disponibilidad en la **AURA** de dispositivos específicos para la aplicación de terapia de alto flujo con cánulas nasales (TAFCN), adecuados para el manejo de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, garantizando su uso simultáneo en función de la actividad asistencial y de los puestos funcionales definidos.

Justificación

La TAFCN constituye una modalidad fundamental de soporte respiratorio no invasivo en el ámbito de urgencias, con indicaciones crecientes en pacientes con insuficiencia respiratoria.

La disponibilidad suficiente de dispositivos de TAFCN permite iniciar el tratamiento de forma precoz, evitar retrasos asistenciales y optimizar la selección y escalada del soporte respiratorio, contribuyendo a mejorar los resultados clínicos y la seguridad del paciente.

Evidencia requerida

Inventario de dispositivos de TAFCN disponibles en la **AURA**, con especificación de su capacidad de uso simultáneo y su localización funcional dentro del servicio de urgencias.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Disponibilidad de al menos un dispositivo para realizar TAFCN.
- **Intermedio (Obligatorio):** Disponibilidad de al menos un dispositivo para realizar TAFCN.
- **Avanzado (Obligatorio):** Disponibilidad de al menos dos dispositivos para realizar TAFCN.

CRITERIO 2.4. DISPONIBILIDAD DE MATERIAL FUNGIBLE ESPECÍFICO PARA SOPORTE RESPIRATORIO AVANZADO

Definición

Disponibilidad en la **AURA** de material fungible específico necesario para la aplicación segura y continuada del soporte respiratorio avanzado, incluyendo soporte respiratorio no invasivo (TAFCN y VMNI) y ventilación mecánica invasiva (VMI), con acceso inmediato y stock suficiente para la actividad asistencial habitual.

El material fungible incluye, entre otros, tubuladuras, interfaces, filtros, consumibles para humidificación y material necesario para la administración de terapia inhalada asociada al soporte respiratorio.

Justificación

La ausencia o disponibilidad limitada de material fungible adecuado puede retrasar el inicio

del soporte respiratorio, comprometer su eficacia o incrementar el riesgo de complicaciones. Garantizar un suministro suficiente y accesible de estos consumibles es un requisito básico de seguridad y calidad asistencial en la atención de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

Evidencia requerida

Relación del material fungible disponible para soporte respiratorio avanzado, junto con la descripción del sistema de reposición y gestión de stock que garantice su disponibilidad continuada.

Exigencia por nivel

- Básico:

- **Obligatorio:** Disponibilidad de material fungible necesario para la realización de SRNI de forma segura y continuada.
- **Recomendable:** Capacidad de realizar rotación de interfaces.

- Intermedio (Obligatorio): Disponibilidad de material fungible necesario para la realización de SRNI de forma segura y continuada. Capacidad de realizar rotación de interfaces.

- Avanzado (Obligatorio): Disponibilidad de material fungible necesario para la realización de SRNI de forma segura y continuada. Capacidad de realizar rotación de interfaces.

CRITERIO 2.5. DISPONIBILIDAD DE SISTEMAS DE HUMIDIFICACIÓN ACTIVA

Definición

Disponibilidad en la AURA de sistemas de humidificación activa adecuados para su utilización en pacientes que reciben soporte respiratorio avanzado, tanto en el contexto del soporte respiratorio no invasivo (TAFCN y VMNI) como de la ventilación mecánica invasiva (VMI), garantizando un acondicionamiento óptimo de los gases respiratorios. Se incluye el circuito específico.

Justificación

La humidificación activa de los gases respiratorios es un elemento esencial para

mejorar la tolerancia al soporte respiratorio, prevenir la sequedad de la vía aérea, reducir complicaciones asociadas y favorecer la eficacia del tratamiento. Su uso resulta especialmente relevante en terapias prolongadas y en modalidades como la TAFCN, donde forma parte intrínseca del soporte.

Evidencia requerida

Inventario de los sistemas de humidificación activa disponibles en la [AURA](#), con descripción de su integración con los dispositivos de soporte respiratorio y su disponibilidad funcional. Se incluye el circuito adecuado.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Al menos de un sistema de humidificación activa.
- **Intermedio (Recomendable):** Al menos de un sistema de humidificación activa.
- **Avanzado:**
 - **Obligatorio:** Al menos de un sistema de humidificación activa.
 - **Recomendable:** Al menos de 4 sistemas de humidificación activa.

CRITERIO 2.6. DISPONIBILIDAD DE SISTEMAS DE NEBULIZACIÓN ADECUADOS PARA PACIENTES CON SOPORTE RESPIRATORIO

Definición

Disponibilidad en la [AURA](#) de sistemas de nebulización compatibles con el soporte respiratorio avanzado, preferentemente nebulización mediante malla vibrante, que permitan la administración segura y eficaz de tratamiento inhalado en pacientes con soporte respiratorio no invasivo (TAFCN y VMNI) y ventilación mecánica invasiva (VMI).

Justificación

La administración de terapia inhalada forma parte del manejo habitual de múltiples patologías respiratorias atendidas en urgencias. En pacientes con soporte respiratorio avanzado, el uso de sistemas de nebulización adecuados es esencial para garantizar la

eficacia del tratamiento, minimizar pérdidas de fármaco y reducir la generación de aerosoles no controlados, contribuyendo a la seguridad del paciente y de los profesionales.

Evidencia requerida

Inventario de los sistemas de nebulización disponibles en la **AURA**, con especificación del tipo de dispositivo y su compatibilidad con los distintos modos de soporte respiratorio.

Exigencia por nivel

- Básico:

- **Obligatorio:** Disponibilidad de sistemas de terapia inhalada compatibles con el soporte respiratorio no invasivo.
- **Recomendable:** Disponibilidad de sistemas de nebulización mediante malla vibrante compatibles con soporte respiratorio no invasivo y ventilación mecánica invasiva.

- Intermedio (Obligatorio): Disponibilidad de sistemas de nebulización mediante malla vibrante compatibles con soporte respiratorio no invasivo y ventilación mecánica invasiva.

- Avanzado (Obligatorio): Disponibilidad de sistemas de nebulización mediante malla vibrante compatibles con soporte respiratorio no invasivo y ventilación mecánica invasiva.

CRITERIO 2.7. MONITORIZACIÓN CLÍNICA CONTINUA DEL PACIENTE CON SOPORTE RESPIRATORIO AVANZADO

Definición

Disponibilidad en la **AURA** de sistemas de monitorización clínica continua individual que permitan el seguimiento adecuado de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda sometidos a soporte respiratorio avanzado, incluyendo monitorización de la saturación de oxígeno (SpO_2), frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, así como el control de la tensión arterial y la temperatura corporal.

Justificación

Los pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado presentan un riesgo elevado de deterioro clínico. La monitorización continua y sistemática de los parámetros respiratorios

y hemodinámicos básicos es esencial para detectar precozmente la falta de respuesta al tratamiento, identificar complicaciones y tomar decisiones oportunas de escalada, ajuste o retirada del soporte respiratorio.

Evidencia requerida

Inventario de los sistemas de monitorización disponibles en la **AURA**, con descripción de los parámetros monitorizados de forma continua y de su disponibilidad individual por paciente.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Monitorización continua individual de SpO₂, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, con control de tensión arterial y temperatura.
- **Intermedio (Obligatorio):** Monitorización continua individual de SpO₂, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, con control de tensión arterial y temperatura.
- **Avanzado (Obligatorio):** Monitorización continua individual de SpO₂, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, con control de tensión arterial y temperatura.

CRITERIO 2.8. MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA Y RESPIRATORIA AVANZADA

Definición

Disponibilidad en la **AURA** de monitorización electrocardiográfica continua (ECG) y de monitorización respiratoria avanzada, incluyendo capnometría transcutánea u otros sistemas equivalentes, en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda sometidos a soporte respiratorio avanzado.

Justificación

Los pacientes con soporte respiratorio avanzado presentan un riesgo aumentado de inestabilidad hemodinámica y de fracaso respiratorio. La monitorización continua del ritmo cardiaco y de parámetros ventilatorios avanzados permite una detección precoz de

complicaciones, una valoración más precisa de la respuesta al tratamiento y una toma de decisiones más segura en relación con la escalada o retirada del soporte respiratorio.

Evidencia requerida

Inventario de los sistemas de monitorización electrocardiográfica y respiratoria avanzadas disponibles en la **AURA**, con especificación de los parámetros monitorizados y su disponibilidad para los pacientes que lo requieran.

Exigencia por nivel

- Básico (Recomendable):

- Monitorización electrocardiográfica continua individual.
- Disponibilidad de capnometría transcutánea u otro sistema de monitorización respiratoria avanzada.

- Intermedio:

- **Obligatorio:** Monitorización electrocardiográfica continua individual.
- **Recomendable:** Disponibilidad de capnometría transcutánea u otro sistema de monitorización respiratoria avanzada.

- Avanzado:

- **Obligatorio:** Monitorización electrocardiográfica continua individual.
- **Recomendable:** Disponibilidad de capnometría transcutánea u otro sistema de monitorización respiratoria avanzada.

CRITERIO 2.9. CENTRALIZACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA

Definición

Disponibilidad en la **AURA** de un sistema de monitorización centralizada que permita la visualización continua y la gestión de alarmas de los pacientes con soporte respiratorio avanzado desde el control de enfermería, así como la integración de los datos procedentes de los monitores y, cuando esté disponible, de los ventiladores, con posibilidad de volcado o conexión con la historia clínica electrónica.

Justificación

La centralización de la monitorización y la integración de datos mejoran la seguridad del paciente al facilitar la detección precoz de eventos, optimizar la respuesta ante alarmas y reducir errores derivados de la fragmentación de la información. La integración progresiva con los sistemas de información clínica favorece la trazabilidad, la continuidad asistencial y la evaluación de resultados.

Evidencia requerida

Descripción del sistema de monitorización centralizada disponible en la [AURA](#), con especificación de la gestión de alarmas y de los sistemas integrados (monitores, ventiladores y/o historia clínica electrónica).

Exigencia por nivel

- Básico (Recomendable):

- Sistema de telemetría o monitorización centralizada con alarmas en el control de enfermería.
- Integración de los datos del ventilador en la central de monitorización.
- Integración de los datos ventilatorios en la historia clínica electrónica.

- Intermedio (Recomendable):

- Sistema de telemetría o monitorización centralizada con alarmas en el control de enfermería.
- Integración de los datos del ventilador en la central de monitorización.
- Integración de los datos ventilatorios en la historia clínica electrónica.

- Avanzado:

- **Obligatorio:** Sistema de telemetría o monitorización centralizada con alarmas en el control de enfermería.
- **Recomendable:**
 - o Integración de los datos del ventilador en la central de monitorización.
 - o Integración de los datos ventilatorios en la historia clínica electrónica.

CRITERIO 2.10. DISPONIBILIDAD DE ECOGRAFÍA CLÍNICA A PIE DE CAMA

Definición

Disponibilidad en la **AURA** de ecografía clínica a pie de cama, mediante ecógrafo operativo en el área asistencial, con sondas adecuadas (sectorial, convex y lineal) para la valoración integral del paciente con insuficiencia respiratoria aguda y para la realización de procedimientos guiados por imagen cuando esté indicado.

Justificación

La ecografía clínica se ha consolidado como una herramienta fundamental en los servicios de urgencias para el diagnóstico, la monitorización y la toma de decisiones en pacientes con patología respiratoria aguda. Su disponibilidad en la **AURA** permite una valoración rápida y repetible de la función pulmonar, cardíaca y pleural, así como la detección precoz de complicaciones y la mejora de la seguridad en procedimientos invasivos.

Evidencia requerida

Inventario del ecógrafo disponible en la **AURA**, con especificación de las sondas disponibles y de su accesibilidad inmediata en el área asistencial.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Disponibilidad de ecógrafo a pie de cama con sondas adecuadas para la valoración respiratoria básica.
- **Intermedio (Obligatorio):** Disponibilidad de ecógrafo a pie de cama con sondas sectorial, convex y lineal para valoración respiratoria y cardíaca básica.
- **Avanzado (Obligatorio):** Disponibilidad de ecógrafo a pie de cama con sondas sectorial, convex y lineal, integrado en la práctica clínica habitual de la **AURA**.

CRITERIO 2.11. DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO PARA MOVILIZACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Definición

Disponibilidad en la **AURA** de equipamiento específico para la movilización y transferencia segura de pacientes, incluyendo colchones o dispositivos de transferencia, que permitan realizar cambios posturales, movilización precoz y traslados internos de forma segura en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda sometidos a soporte respiratorio avanzado.

Justificación

Los pacientes que reciben soporte respiratorio avanzado presentan un mayor riesgo de complicaciones asociadas a la inmovilización, así como un mayor riesgo durante los traslados y cambios posturales. La disponibilidad de equipamiento adecuado mejora la seguridad del paciente y de los profesionales, reduce eventos adversos y facilita una atención integral orientada a la prevención de complicaciones.

Evidencia requerida

Inventario del equipamiento disponible para movilización y transferencia de pacientes en la **AURA**, con descripción de su accesibilidad y uso operativo.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Disponibilidad de equipamiento básico para la transferencia segura de pacientes.
- **Intermedio (Obligatorio):** Disponibilidad de colchón o dispositivos específicos para la transferencia segura de pacientes con soporte respiratorio avanzado.
- **Avanzado (Obligatorio):** Disponibilidad de equipamiento específico para la transferencia y movilización segura de pacientes, integrado en la práctica asistencial habitual de la **AURA**.

CRITERIO 2.12. DISPONIBILIDAD DE DIAGNÓSTICO GASOMÉTRICO INMEDIATO

Definición

Disponibilidad en la **AURA** de acceso inmediato a diagnóstico gasométrico, mediante gasómetro ubicado en la propia unidad o con acceso prioritario y sin demoras desde el área asistencial, que permita la valoración rápida del estado respiratorio y metabólico de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

Justificación

La gasometría arterial o venosa es una herramienta esencial en la evaluación inicial, el seguimiento y la toma de decisiones en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda sometidos a soporte respiratorio avanzado. El acceso inmediato a resultados gasométricos permite valorar la gravedad, monitorizar la respuesta al tratamiento y detectar de forma precoz el fracaso del soporte respiratorio.

Evidencia requerida

Descripción del sistema de acceso al diagnóstico gasométrico, especificando la localización del gasómetro o el circuito establecido para la obtención prioritaria de resultados en la **AURA**.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Acceso inmediato a diagnóstico gasométrico desde el servicio de urgencias.

- **Intermedio:**

- **Obligatorio:** Acceso inmediato a diagnóstico gasométrico desde el servicio de urgencias.
- **Recomendable:** Disponibilidad de gasómetro integrado en la **AURA**.

- **Avanzado:**

- **Obligatorio:** Acceso inmediato a diagnóstico gasométrico desde el servicio de urgencias.
- **Recomendable:** Disponibilidad de gasómetro integrado en la **AURA**.

Dominio 3. Recursos humanos

Los recursos humanos constituyen un elemento crítico para garantizar una atención segura, eficaz y de calidad al paciente con insuficiencia respiratoria aguda en la AURA. Este dominio evalúa la disponibilidad, capacitación, organización y liderazgo de los profesionales implicados en la atención ventilatoria avanzada, tanto médicos como de enfermería, asegurando una cobertura adecuada y una progresiva especialización.

CRITERIO 3.1. PRESENCIA CONTINUADA DE PERSONAL SANITARIO CAPACITADO

Definición

Disponibilidad de personal sanitario médico y de enfermería con capacitación y experiencia en el manejo de la insuficiencia respiratoria aguda y del soporte respiratorio avanzado, con cobertura las 24 horas del día.

Justificación

La atención de pacientes con soporte respiratorio avanzado requiere una supervisión continua y profesionales capacitados capaces de detectar precozmente el deterioro clínico y actuar de forma inmediata. La ausencia de cobertura experta continuada compromete la seguridad del paciente.

Evidencia requerida

Planillas de turnos y descripción del perfil formativo de los profesionales asignados a la AURA.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Presencia continuada 24/7 de personal médico y de enfermería con experiencia en insuficiencia respiratoria aguda.
- **Intermedio (Obligatorio):** Presencia continuada 24/7 de personal médico y de

enfermería con capacitación acreditable en soporte respiratorio avanzado.

- **Avanzado (Obligatorio):** Presencia continuada 24/7 de personal médico y de enfermería con capacitación avanzada y experiencia consolidada en soporte respiratorio avanzado.

CRITERIO 3.2. PROPORCIÓN DE URGENCIÓLOGOS FORMADOS EN SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO

Definición

Porcentaje de facultativos especialistas en Medicina de Urgencias con formación específica acreditable en soporte respiratorio no invasivo (TAFCN y VMNI).

Justificación

La formación específica del equipo médico es determinante para la correcta indicación, ajuste y seguimiento del soporte respiratorio no invasivo, impactando directamente en los resultados clínicos.

Evidencia requerida

Relación nominal de facultativos y acreditación de la formación en SRNI.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Al menos el 20% de los urgenciólogos con formación específica en SRNI.
- **Intermedio (Obligatorio):** Al menos el 40% de los urgenciólogos con formación específica en SRNI.
- **Avanzado (Obligatorio):** Al menos el 60% de los urgenciólogos con formación específica en SRNI.

CRITERIO 3.3. RATIO MÉDICO-PACIENTE

Definición

Relación mínima entre el número de facultativos médicos y el número de pacientes atendidos en la [AURA](#).

Justificación

Una ratio adecuada médico-paciente es imprescindible para garantizar una atención segura, permitir una correcta monitorización y favorecer la toma de decisiones complejas en pacientes críticos.

Evidencia requerida

Organigramas funcionales y planificación de turnos asistenciales.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Ratio mínima de un médico por cada 10 pacientes.
- **Intermedio (Obligatorio):** Ratio mínima de un médico por cada 10 pacientes.
- **Avanzado (Obligatorio):** Ratio mínima de un médico por cada 8 pacientes.

CRITERIO 3.4. RATIO ENFERMERA-PACIENTE

Definición

Relación mínima entre el número de profesionales de enfermería y el número de pacientes atendidos en la [AURA](#).

Justificación

El papel de enfermería es fundamental en el manejo del soporte respiratorio avanzado, la monitorización continua y la prevención de complicaciones, por lo que una ratio adecuada resulta crítica para la seguridad del paciente.

Evidencia requerida

Planificación de turnos de enfermería y asignación de pacientes.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Ratio mínima de una enfermera por cada 8 pacientes.
- **Intermedio (Obligatorio):** Ratio mínima de una enfermera por cada 6 pacientes.
- **Avanzado (Obligatorio):** Ratio mínima de una enfermera por cada 4 pacientes.

CRITERIO 3.5. REFERENTE CLÍNICO RESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Definición

Designación de un profesional médico como referente clínico respiratorio responsable de la coordinación y promoción de las buenas prácticas en soporte respiratorio avanzado en urgencias.

Justificación

La existencia de un referente clínico facilita la homogeneización de la práctica, la resolución de dudas complejas y el liderazgo clínico del área respiratoria.

Evidencia requerida

Nombramiento formal o documento organizativo del servicio.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Designación de un referente clínico respiratorio.
- **Intermedio:**
 - **Obligatorio:** Designación de un referente clínico respiratorio.
 - **Recomendable:** Jefe de Sección de Urgencias.
- **Avanzado:**
 - **Obligatorio:** Designación de un referente clínico respiratorio.
 - **Recomendable:** Jefe de Sección de Urgencias.

CRITERIO 3.6. SUPERVISIÓN CLÍNICA PROGRAMADA DE PACIENTES CON SRNI

Definición

Existencia de un sistema de supervisión clínica programada de los pacientes en soporte respiratorio no invasivo por parte de profesionales con experiencia.

Justificación

La supervisión estructurada mejora la detección precoz del fracaso del SRNI, optimiza los ajustes terapéuticos y refuerza la seguridad del paciente.

Evidencia requerida

Protocolos internos de supervisión o planificación asistencial.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Supervisión clínica no estructurada según disponibilidad del equipo.
- **Intermedio (Recomendable):** Supervisión clínica programada de pacientes con SRNI.
- **Avanzado (Obligatorio):** Supervisión clínica programada de lunes a viernes por la mañana de los pacientes con SRNI.

Dominio 4. Actividad asistencial

La actividad asistencial desarrollada en la AURA refleja el grado de experiencia clínica, consolidación del modelo organizativo y capacidad resolutive del área en el manejo del paciente con insuficiencia respiratoria aguda. Este dominio evalúa el volumen de actividad, la asunción de responsabilidades clínicas por parte del servicio de urgencias y la integración del soporte respiratorio avanzado en la práctica asistencial habitual.

CRITERIO 4.1. VOLUMEN DE PACIENTES ATENDIDOS CON SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO

Definición

Número de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda tratados con soporte respiratorio no invasivo (TAFCN y/o VMNI) en la AURA durante los dos últimos años.

Justificación

Un volumen mínimo de actividad asistencial es necesario para garantizar la adquisición y el mantenimiento de competencias clínicas, la estandarización de procesos y la consolidación del modelo asistencial. El número de pacientes atendidos se considera un indicador indirecto de experiencia y madurez de la AURA.

Evidencia requerida

Registro asistencial o sistema de información clínica que documente el número de pacientes tratados con SRNI en el periodo evaluado.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Más de 100 pacientes tratados con SRNI en los dos últimos años.
- **Intermedio (Obligatorio):** Más de 150 pacientes tratados con SRNI en los dos últimos años.
- **Avanzado (Obligatorio):** Más de 200 pacientes tratados con SRNI en los dos últimos años.

CRITERIO 4.2. ACTIVIDAD DE ECOGRAFÍA CLÍNICA A PIE DE CAMA

Definición

Número de exploraciones ecográficas realizadas a pie de cama en pacientes atendidos en la AURA durante los dos últimos años.

Justificación

La utilización sistemática de la ecografía clínica en urgencias se asocia a una mejor capacidad diagnóstica y de monitorización en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. El volumen de exploraciones ecográficas realizadas refleja el grado de integración de esta herramienta en la práctica clínica habitual.

Evidencia requerida

Registro de actividad ecográfica o documentación equivalente que permita cuantificar el número de exploraciones realizadas.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Más de 100 ecografías a pie de cama en los dos últimos años.
- **Intermedio (Obligatorio):** Más de 150 ecografías a pie de cama en los dos últimos años.
- **Avanzado (Obligatorio):** Más de 200 ecografías a pie de cama en los dos últimos años.

CRITERIO 4.3. RESPONSABILIDAD DEL INICIO DEL SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO

Definición

Asunción por parte del servicio de urgencias de la responsabilidad clínica del inicio del soporte respiratorio no invasivo en los pacientes atendidos en la **AURA**.

Justificación

La capacidad del urgenciólogo para indicar e iniciar de forma autónoma el soporte respiratorio no invasivo es un elemento clave del modelo **AURA** y refuerza el papel del servicio de urgencias en el manejo integral del paciente con insuficiencia respiratoria aguda.

Evidencia requerida

Protocolos asistenciales o documentos organizativos que reflejen la responsabilidad del inicio del SRNI por parte del servicio de urgencias.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Responsabilidad del inicio del SRNI asumida por el urgenciólogo.
- **Intermedio (Obligatorio):** Responsabilidad del inicio del SRNI asumida por el urgenciólogo.
- **Avanzado (Obligatorio):** Responsabilidad del inicio del SRNI asumida por el urgenciólogo.

CRITERIO 4.4. RESPONSABILIDAD DEL SEGUIMIENTO Y DESTETE DEL SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO

Definición

Asunción por parte del servicio de urgencias de la responsabilidad clínica del seguimiento evolutivo y del destete de los pacientes tratados con soporte respiratorio no invasivo en la **AURA**.

Justificación

El seguimiento clínico y el destete adecuado del soporte respiratorio no invasivo son determinantes para optimizar resultados, reducir complicaciones y garantizar una correcta continuidad asistencial. La implicación directa del servicio de urgencias refleja un modelo asistencial maduro e integrado.

Evidencia requerida

Protocolos de seguimiento y destete del SRNI o registros clínicos que evidencien dicha responsabilidad.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Responsabilidad del seguimiento y destete del SRNI asumida por el urgenciólogo.
- **Intermedio (Obligatorio):** Responsabilidad del seguimiento y destete del SRNI asumida por el urgenciólogo.
- **Avanzado (Obligatorio):** Responsabilidad del seguimiento y destete del SRNI asumida por el urgenciólogo.

Dominio 5. Formación

La formación continuada de los profesionales constituye un elemento clave para garantizar la calidad, la seguridad y la actualización permanente de la atención prestada en la **AURA**. Este dominio evalúa la existencia de una estrategia formativa estructurada, el grado de actividad docente y la incorporación de metodologías formativas avanzadas orientadas al manejo del paciente con insuficiencia respiratoria aguda y soporte respiratorio avanzado.

CRITERIO 5.1. SESIONES CLÍNICAS INTERNAS ESPECÍFICAS EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA Y SOPORTE RESPIRATORIO AVANZADO

Definición

Realización de sesiones clínicas internas periódicas en el servicio de urgencias, específicamente relacionadas con la patología respiratoria aguda, el soporte respiratorio avanzado y la actividad de la **AURA**.

Justificación

Las sesiones clínicas internas permiten la actualización continua del equipo, la revisión de casos complejos y la homogeneización de la práctica clínica, contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial y a la seguridad del paciente.

Evidencia requerida

Programa anual de sesiones clínicas y registro de las sesiones realizadas.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Al menos dos sesiones clínicas internas anuales.
- **Intermedio (Obligatorio):** Al menos cinco sesiones clínicas internas anuales.
- **Avanzado (Obligatorio):** Al menos diez sesiones clínicas internas anuales.

CRITERIO 5.2. PLAN ESTRUCTURADO DE FORMACIÓN CONTINUADA

Definición

Existencia de un plan estructurado de formación continuada, dirigido tanto a personal médico como de enfermería, específicamente orientado al manejo de la insuficiencia respiratoria aguda y del soporte respiratorio avanzado en la **AURA**.

Justificación

Un plan formativo estructurado garantiza la adquisición y el mantenimiento de competencias, facilita la incorporación de nuevos profesionales y favorece la mejora continua del equipo asistencial.

Evidencia requerida

Documento del plan de formación continuada vigente y actividades formativas desarrolladas.

Exigencia por nivel

- **Básico Recomendable):** Existencia de un plan estructurado de formación continuada.
- **Intermedio (Obligatorio):** Existencia de un plan estructurado de formación continuada.
- **Avanzado (Obligatorio):** Existencia de un plan estructurado de formación continuada.

CRITERIO 5.3. PARTICIPACIÓN COMO DOCENTES EN ACTIVIDADES FORMATIVAS ACREDITADAS

Definición

Participación de al menos un profesional médico o de enfermería de la **AURA** como docente en cursos acreditados relacionados con la patología respiratoria aguda o el soporte respiratorio avanzado.

Justificación

La implicación del equipo como docentes en actividades acreditadas refleja un nivel avanzado de competencia, liderazgo profesional y reconocimiento externo del modelo asistencial.

Evidencia requerida

Certificados de docencia o programas de cursos acreditados en los que participen profesionales de la **AURA**.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Al menos un profesional médico o de enfermería como docente en un curso acreditado.

- **Intermedio (Obligatorio):** Al menos un profesional médico o de enfermería como docente en un curso acreditado.
- **Avanzado (Obligatorio):** Al menos un profesional médico o de enfermería como docente en un curso acreditado.

CRITERIO 5.4. ACTIVIDAD DOCENTE EXTERNA DEL EQUIPO DE LA AURA

Definición

Horas de actividad docente desarrolladas por profesionales de la AURA fuera del propio servicio de urgencias, en los dos últimos años, en materias relacionadas con urgencias respiratorias y soporte respiratorio avanzado.

Justificación

La actividad docente externa constituye un indicador indirecto de experiencia, proyección y reconocimiento del equipo, y favorece la difusión de buenas prácticas.

Evidencia requerida

Certificados o documentación acreditativa de la actividad docente realizada.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Al menos 20 horas de actividad docente externa en los dos últimos años.

- **Intermedio:**

- **Obligatorio:** Al menos 20 horas de actividad docente externa en los dos últimos años.
- **Recomendable:** Al menos 30 horas de actividad docente externa en los dos últimos años.

- **Avanzado**

- **Obligatorio:** Al menos 20 horas de actividad docente externa en los dos últimos años.
- **Recomendable:** Al menos 40 horas de actividad docente externa en los dos últimos años.

CRITERIO 5.5. FORMACIÓN MEDIANTE SIMULACIÓN CLÍNICA AVANZADA

Definición

Disponibilidad e implementación de actividades de formación mediante simulación clínica avanzada, preferentemente *in situ*, orientadas al manejo de situaciones críticas relacionadas con la insuficiencia respiratoria aguda y el soporte respiratorio avanzado.

Justificación

La simulación clínica avanzada mejora la adquisición de competencias técnicas y no técnicas, facilita el entrenamiento en escenarios de alto riesgo y contribuye a la mejora de la seguridad del paciente.

Evidencia requerida

Registro de actividades de simulación realizadas y descripción del programa de simulación.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Disponibilidad de actividades de simulación clínica avanzada.
- **Intermedio (Recomendable):** Realización periódica de actividades de simulación clínica avanzada.
- **Avanzado (Obligatorio):** Implementación de un programa estructurado de simulación clínica avanzada integrado en la formación de la [AURA](#).

Dominio 6. Docencia de residentes (MIR)

La docencia de residentes constituye un componente estratégico en la consolidación de la AURA como modelo asistencial avanzado y en la proyección futura de la atención a las urgencias respiratorias. Este dominio evalúa la implicación de la AURA en la formación de médicos internos residentes, especialmente en el ámbito de la Medicina de Urgencias y Emergencias (MUYE), así como su capacidad para actuar como entorno formativo estructurado y de referencia.

CRITERIO 6.1. PARTICIPACIÓN EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (MUYE)

Definición

Participación de la AURA en la formación de residentes de Medicina de Urgencias y Emergencias (MUYE), tanto en hospitales acreditados como centro principal como, en su caso, como centro secundario.

Justificación

La implicación directa en la formación de residentes de MUYE refleja el grado de integración de la AURA en la estructura docente del servicio de urgencias y su capacidad para transmitir competencias avanzadas en el manejo del paciente con insuficiencia respiratoria aguda.

Evidencia requerida

Acreditación docente del centro y programas oficiales de formación de residentes.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Participación en la formación de residentes de MUYE, como hospital principal o secundario.
- **Intermedio (Obligatorio):** Participación en la formación de residentes de MUYE, como hospital principal o secundario.

- **Avanzado (Obligatorio):** Participación en la formación de residentes de MUYE exclusivamente como hospital principal.

CRITERIO 6.2. PARTICIPACIÓN EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES DE OTRAS ESPECIALIDADES

Definición

Participación de la **AURA** en la formación de residentes de otras especialidades médicas que realicen rotaciones por el servicio de urgencias.

Justificación

La atención a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda es transversal a múltiples especialidades. La implicación de la **AURA** en la formación de residentes de otras disciplinas favorece la difusión de buenas prácticas y la coordinación interprofesional.

Evidencia requerida

Programas de rotación de residentes de otras especialidades y registros docentes.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Participación en la formación de residentes de otras especialidades.
- **Intermedio (Obligatorio):** Participación en la formación de residentes de otras especialidades.
- **Avanzado (Obligatorio):** Participación en la formación de residentes de otras especialidades.

CRITERIO 6.3. ROTACIÓN ESPECÍFICA DE RESIDENTES EN LA AURA

Definición

Existencia de una rotación específica y estructurada de residentes en la AURA, con objetivos formativos definidos relacionados con la atención de las urgencias respiratorias avanzadas.

Justificación

La rotación específica permite una adquisición progresiva y supervisada de competencias en soporte respiratorio avanzado, consolidando el papel de la AURA como entorno formativo de alto valor añadido.

Evidencia requerida

Programa de rotación específico, con objetivos docentes y sistema de evaluación.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Disponibilidad de rotación no estructurada o parcial en la AURA.
- **Intermedio (Recomendable):** Existencia de una rotación específica estructurada en la AURA.
- **Avanzado (Obligatorio):** Existencia de una rotación específica estructurada en la AURA.

Dominio 7. Calidad y seguridad del paciente

La calidad asistencial y la seguridad del paciente constituyen ejes fundamentales en el desarrollo y consolidación de la **AURA**. Este dominio evalúa la implantación de sistemas de medición, análisis y mejora continua orientados a monitorizar resultados, detectar áreas de mejora y garantizar una atención segura, eficaz y centrada en el paciente con insuficiencia respiratoria aguda.

CRITERIO 7.1. REGISTRO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LA AURA

Definición

Existencia de un registro sistemático de la actividad asistencial desarrollada en la **AURA**, que incluya al menos los pacientes atendidos con soporte respiratorio avanzado.

Justificación

El registro de la actividad es un requisito básico para la evaluación de resultados, la planificación asistencial y la mejora continua. Permite conocer la carga asistencial real y constituye la base para el análisis de indicadores de calidad.

Evidencia requerida

Registro asistencial estructurado o extracción de datos del sistema de información clínica.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** El registro básico de actividad de la **AURA** deberá incluir, al menos, la identificación del episodio asistencial, las características clínicas generales del paciente, la modalidad de soporte respiratorio utilizada, la evolución durante la estancia en urgencias y el destino final del paciente, permitiendo la cuantificación mínima de la actividad y la evaluación básica de resultados.
- **Intermedio (Obligatorio):** El registro básico de actividad de la **AURA** deberá incluir, al menos, la identificación del episodio asistencial, las características clínicas generales del paciente, la modalidad de soporte respiratorio utilizada, la evolución durante la

estancia en urgencias y el destino final del paciente, permitiendo la cuantificación mínima de la actividad y la evaluación básica de resultados.

- **Avanzado (Obligatorio):** El registro básico de actividad de la AURA deberá incluir, al menos, la identificación del episodio asistencial, las características clínicas generales del paciente, la modalidad de soporte respiratorio utilizada, la evolución durante la estancia en urgencias y el destino final del paciente, permitiendo la cuantificación mínima de la actividad y la evaluación básica de resultados.

CRITERIO 7.2. TASA DE ÉXITO DEL SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO

Definición

Proporción de pacientes tratados con soporte respiratorio no invasivo (TAFCN y/o VMNI) en los que se evita la intubación orotraqueal y la ventilación mecánica invasiva o el fallecimiento durante el episodio asistencial en urgencias.

Justificación

La tasa de éxito del SRNI es un indicador clave de adecuación de la indicación, calidad del seguimiento y experiencia del equipo asistencial. Su monitorización permite detectar desviaciones y promover acciones de mejora.

Evidencia requerida

Registro de pacientes tratados con SRNI y evolución clínica durante su estancia en urgencias.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Tasa de éxito del SRNI ≥ 60 %.
- **Intermedio (Obligatorio):** Tasa de éxito del SRNI ≥ 70 %.
- **Avanzado (Obligatorio):** Tasa de éxito del SRNI ≥ 70 %.

CRITERIO 7.3. TASA DE DESTETE EXITOSO DEL SRNI EN URGENCIAS

Definición

Proporción de pacientes en los que se consigue la retirada exitosa del soporte respiratorio no invasivo durante su estancia en urgencias, definiéndose el éxito como la ausencia de necesidad de reinstaurar dicho soporte tras el intento de retirada.

Justificación

El destete exitoso del SRNI en urgencias refleja un manejo adecuado del soporte respiratorio, optimiza la utilización de recursos y reduce la necesidad de derivación a otras unidades.

Evidencia requerida

Registro clínico del proceso de destete y evolución del paciente.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Tasa de destete exitoso en urgencias ≥ 50 %.
- **Intermedio (Obligatorio):** Tasa de destete exitoso en urgencias ≥ 60 %.
- **Avanzado (Obligatorio):** Tasa de destete exitoso en urgencias ≥ 70 %.

CRITERIO 7.4. REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES

Definición

Existencia de un sistema de registro de complicaciones y eventos adversos relacionados con el soporte respiratorio avanzado, incluyendo incidencias como úlceras por presión asociadas a interfaces.

Justificación

La identificación y análisis de eventos adversos es esencial para mejorar la seguridad del paciente y reducir la recurrencia de complicaciones prevenibles.

Evidencia requerida

Registro de eventos adversos y complicaciones asociado a la actividad de la AURA.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Registro de complicaciones relacionadas con el soporte respiratorio avanzado.
- **Intermedio (Recomendable):** Registro de complicaciones y de incidencia de úlceras por presión.
- **Avanzado (Recomendable):** Registro estructurado de complicaciones e incidencia de úlceras por presión con análisis periódico.

CRITERIO 7.5. SISTEMA DE INDICADORES Y CUADRO DE MANDO

Definición

Disponibilidad de un conjunto de indicadores de calidad que permitan el seguimiento periódico de la actividad, resultados y seguridad de la AURA, preferentemente integrados en un cuadro de mando.

Justificación

Los indicadores y cuadros de mando facilitan la toma de decisiones basada en datos y la implantación de estrategias de mejora continua.

Evidencia requerida

Relación de indicadores definidos y documentación del cuadro de mando, en su caso.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Cuadro de mando integral con indicadores de actividad y resultados.
- **Intermedio (Recomendable):** Cuadro de mando integral con indicadores de actividad y resultados.
- **Avanzado (Recomendable):** Cuadro de mando integral con análisis periódico y acciones de mejora documentadas.

CRITERIO 7.6. ACTIVIDADES FORMATIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Definición

Realización de actividades formativas específicas relacionadas con la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en el contexto del soporte respiratorio avanzado.

Justificación

La formación en seguridad del paciente refuerza la cultura de seguridad, mejora la detección de riesgos y contribuye a la reducción de eventos adversos.

Evidencia requerida

Programa o registro de sesiones formativas relacionadas con seguridad del paciente.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Al menos una sesión anual relacionada con seguridad del paciente.
- **Intermedio (Recomendable):** Al menos una sesión anual relacionada con seguridad del paciente.
- **Avanzado (Recomendable):** Al menos una sesión anual relacionada con seguridad del paciente, integrada en el programa de mejora continua.

Dominio 8. Procedimientos y protocolos asistenciales

La existencia de procedimientos y protocolos asistenciales estructurados es un elemento esencial para garantizar una atención homogénea, segura y de calidad en la AURA. Este dominio evalúa la definición, disponibilidad e implementación de documentos operativos que regulen los principales procesos asistenciales relacionados con la atención del paciente con insuficiencia respiratoria aguda y soporte respiratorio avanzado.

CRITERIO 8.1. PLAN FUNCIONAL DE LA AURA

Definición

Existencia de un plan funcional de la AURA que describa su organización, objetivos, cartera de servicios, circuitos asistenciales y relación con otras unidades y servicios del hospital.

Justificación

El plan funcional permite definir de forma clara el modelo organizativo de la AURA, facilita su integración en el servicio de urgencias y asegura la coherencia entre recursos, actividad y objetivos asistenciales.

Evidencia requerida

Documento del plan funcional vigente de la AURA.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Existencia de un plan funcional básico de la AURA.
- **Intermedio (Obligatorio):** Plan funcional de la AURA actualizado y difundido entre los profesionales.
- **Avanzado (Obligatorio):** Plan funcional de la AURA integrado en la planificación estratégica del servicio de urgencias.

CRITERIO 8.2. PROCEDIMIENTO DE INICIO DEL SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO

Definición

Existencia de un procedimiento escrito que regule la indicación, selección de modalidad y puesta en marcha del soporte respiratorio no invasivo (TAFCN y VMNI) en la **AURA**.

Justificación

La estandarización del inicio del SRNI reduce la variabilidad clínica, mejora la adecuación de las indicaciones y contribuye a la seguridad del paciente.

Evidencia requerida

Procedimiento o protocolo escrito de inicio del SRNI.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Procedimiento de inicio del SRNI actualizado y aplicado de forma sistemática.
- **Intermedio (Obligatorio):** Procedimiento de inicio del SRNI actualizado y aplicado de forma sistemática.
- **Avanzado (Obligatorio):** Procedimiento de inicio del SRNI actualizado y aplicado de forma sistemática.

CRITERIO 8.3. PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO DEL SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO

Definición

Existencia de un procedimiento escrito que regule el seguimiento clínico, la monitorización y los criterios de respuesta o fracaso del SRNI en la **AURA**.

Justificación

Un seguimiento protocolizado permite una detección precoz del fracaso del SRNI y una toma de decisiones segura y oportuna.

Evidencia requerida

Procedimiento o protocolo escrito de seguimiento del SRNI.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Procedimiento de seguimiento del SRNI aplicado de forma sistemática.
- **Intermedio (Obligatorio):** Procedimiento de seguimiento del SRNI aplicado de forma sistemática.
- **Avanzado (Obligatorio):** Procedimiento de seguimiento del SRNI aplicado de forma sistemática.

CRITERIO 8.4. PROCEDIMIENTO DE DESTETE DEL SOPORTE RESPIRATORIO NO INVASIVO

Definición

Existencia de un procedimiento escrito que regule el proceso de retirada progresiva del soporte respiratorio no invasivo en la **AURA**.

Justificación

El destete protocolizado del SRNI optimiza resultados clínicos, reduce complicaciones y favorece una utilización eficiente de los recursos.

Evidencia requerida

Procedimiento o protocolo escrito de destete del SRNI.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Procedimiento de destete del SRNI aplicado de forma sistemática.

- **Intermedio (Obligatorio):** Procedimiento de destete del SRNI aplicado de forma sistemática.
- **Avanzado (Obligatorio):** Procedimiento de destete del SRNI aplicado de forma sistemática.

CRITERIO 8.5. PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN A OTRAS UNIDADES ASISTENCIALES

Definición

Existencia de un procedimiento escrito que regule la derivación de pacientes desde la **AURA** a otras unidades asistenciales, incluyendo criterios de ingreso en planta, UCI o traslado a otros centros.

Justificación

La definición clara de los circuitos de derivación mejora la continuidad asistencial y reduce demoras en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

Evidencia requerida

Procedimiento o protocolo de derivación vigente.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Procedimiento de derivación consensuado con otras unidades.
- **Intermedio (Obligatorio):** Procedimiento de derivación consensuado con otras unidades.
- **Avanzado (Obligatorio):** Procedimiento de derivación consensuado con otras unidades.

CRITERIO 8.6. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL USO DEL MATERIAL Y TERAPIAS ASOCIADAS

Definición

Existencia de procedimientos escritos que regulen el uso del material de soporte respiratorio, la humidificación activa y la administración de terapia inhalada en pacientes atendidos en la AURA.

Justificación

La correcta utilización del material y de las terapias asociadas es fundamental para garantizar la eficacia del tratamiento y la seguridad del paciente.

Evidencia requerida

Procedimientos escritos de manejo del material, humidificación activa y terapia inhalada.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Procedimientos estandarizados y actualizados.
- **Intermedio (Recomendable):** Procedimientos estandarizados y actualizados.
- **Avanzado (Obligatorio):** Procedimientos estandarizados y actualizados

CRITERIO 8.7. PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Definición

Existencia de protocolos específicos de seguridad del paciente aplicables a la actividad de la AURA, incluyendo prevención de eventos adversos asociados al soporte respiratorio avanzado.

Justificación

Los protocolos de seguridad reducen la incidencia de eventos adversos y refuerzan la cultura de seguridad en la atención al paciente crítico respiratorio.

Evidencia requerida

Protocolos de seguridad del paciente vigentes y aplicables a la AURA.

Exigencia por nivel

- **Básico (Recomendable):** Protocolos de seguridad del paciente específicos para soporte respiratorio avanzado.
- **Intermedio (Recomendable):** Protocolos de seguridad del paciente específicos para soporte respiratorio avanzado.
- **Avanzado (Recomendable):** Protocolos de seguridad del paciente específicos para soporte respiratorio avanzado.

Dominio 9. Investigación

La actividad investigadora es un componente esencial para el desarrollo, la innovación y la mejora continua de la atención prestada en la AURA. Este dominio evalúa la implicación del servicio de urgencias y de la AURA en actividades de investigación clínica y traslacional relacionadas con la insuficiencia respiratoria aguda y el soporte respiratorio avanzado, utilizando un sistema de baremación objetivo basado en méritos científicos.

A diferencia de otros dominios, la evaluación de la actividad investigadora se realiza mediante un sistema de puntuación, que permite reconocer distintos niveles de implicación investigadora, manteniendo un enfoque inclusivo y progresivo.

CRITERIO 9.1. ACTIVIDAD INVESTIGADORA ACREDITADA MEDIANTE BAREMO DE MÉRITOS

Definición

Puntuación obtenida por la AURA en los últimos cinco años a partir de un baremo de méritos científicos que incluye publicaciones, participación en proyectos de investigación, tesis doctorales, consensos y guías de práctica clínica, así como comunicaciones científicas.

Justificación

La investigación en el ámbito de las urgencias respiratorias avanzadas contribuye a generar conocimiento, mejorar la práctica clínica y posicionar a la **AURA** como un entorno de referencia. La utilización de un sistema de baremación objetiva permite una evaluación equitativa y transparente de la actividad investigadora, adaptada a diferentes contextos asistenciales.

Evidencia requerida

Relación documentada de los méritos científicos obtenidos en los últimos cinco años, con acreditación de estos según el baremo establecido.

Exigencia por nivel

- **Básico (Obligatorio):** Obtención de al menos 20 puntos en el baremo de investigación en los últimos cinco años.
- **Intermedio (Obligatorio):** Obtención de al menos 40 puntos en el baremo de investigación en los últimos cinco años.
- **Avanzado (Obligatorio):** Obtención de al menos 50 puntos en el baremo de investigación en los últimos cinco años.

BAREMO DE MÉRITOS CIENTÍFICOS

Publicaciones científicas

- o Artículo en revista nacional no indexada: 5 puntos.
- o Artículo en revista internacional no indexada: 8 puntos.
- o Artículo en revista JCR Q4: 10 puntos.
- o Artículo en revista JCR Q3: 15 puntos.
- o Artículo en revista JCR Q2: 20 puntos.
- o Artículo en revista JCR Q1: 25 puntos.
- o Revisión narrativa o editorial en revista indexada: 10 puntos.
- o Carta científica en revista indexada: 5 puntos.

Proyectos de investigación

- o Proyecto local o regional no competitivo (participación): 5 puntos.
- o Proyecto competitivo autonómico (participación): 10 puntos.
- o Proyecto competitivo nacional (participación): 20 puntos.
- o Proyecto competitivo europeo o internacional (participación): 30 puntos.
- o Investigador principal en proyecto competitivo: 10 puntos adicionales.

Tesis doctorales

- o Tesis doctoral defendida en la unidad: 20 puntos.
- o Dirección de tesis doctoral: 25 puntos.

Consensos y guías de práctica clínica

- o Participación en consenso nacional de expertos: 15 puntos.
- o Participación en consenso internacional o guía europea: 25 puntos.
- o Coordinación o liderazgo de consenso: 10 puntos adicionales.

Participación en congresos científicos (máximo 20 puntos)

- o Comunicación en congreso nacional: 1 punto.
- o Comunicación en congreso internacional: 5 puntos.
- o Puntuación máxima por este apartado: 20 puntos.

La puntuación obtenida podrá ser acumulativa dentro de cada apartado, respetando los límites establecidos. El comité evaluador podrá solicitar aclaraciones o documentación adicional para la verificación de los méritos aportados.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

AURA (Área de Urgencias Respiratoria Avanzada)

Estructura asistencial integrada en los servicios de urgencias hospitalarios destinada a la atención del paciente con insuficiencia

respiratoria aguda que precisa soporte respiratorio avanzado, fundamentalmente soporte respiratorio no invasivo y, cuando esté indicado, ventilación mecánica invasiva, contando con recursos estructurales, humanos, organizativos y de calidad específicos.

Insuficiencia respiratoria aguda

Situación clínica caracterizada por la incapacidad del sistema respiratorio para mantener una adecuada oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono, que requiere valoración y tratamiento urgente.

Oxigenoterapia convencional

Administración de oxígeno mediante dispositivos de bajo o medio flujo (gafas nasales, mascarilla simple, mascarilla con reservorio), sin aporte de presión positiva ni control preciso del flujo y la fracción inspirada de oxígeno.

Soporte respiratorio avanzado

Conjunto de terapias respiratorias utilizadas en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave, que incluye la terapia de alto flujo con cánulas nasales, la ventilación mecánica no invasiva y la ventilación mecánica invasiva.

Soporte respiratorio no invasivo (SRNI)

Modalidad de soporte respiratorio que engloba la terapia de alto flujo con cánulas nasales y la ventilación mecánica no invasiva, sin necesidad de vía aérea artificial.

Terapia de alto flujo con cánulas nasales (TAFCN)

Sistema de soporte respiratorio que administra flujos elevados de gas calentado y humidificado a través de cánulas nasales, permitiendo un aporte preciso de oxígeno y una

mejor tolerancia en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda.

Ventilación mecánica no invasiva (VMNI)

Modalidad de ventilación mecánica aplicada sin vía aérea artificial, mediante interfaces externas (mascarillas o dispositivos equivalentes), que proporciona soporte ventilatorio con presión positiva.

Ventilación mecánica invasiva (VMI)

Modalidad de ventilación mecánica que requiere la colocación de una vía aérea artificial, generalmente mediante intubación orotraqueal, para garantizar la ventilación del paciente.

Puesto funcional de SRNI

Puesto asistencial dotado de los dispositivos y material necesarios para la aplicación inmediata y simultánea de soporte respiratorio no invasivo, independientemente de que la cama o espacio pueda destinarse a otros perfiles asistenciales según la organización del servicio.

Fracaso del SRNI

Situación en la que el soporte respiratorio no invasivo no consigue una respuesta clínica adecuada, requiriendo la escalada a ventilación mecánica invasiva o el traslado del paciente a una unidad de cuidados críticos.

Destete del SRNI

Proceso de retirada progresiva del soporte respiratorio no invasivo una vez alcanzada la mejoría clínica del paciente.

Destete exitoso del SRNI

Retirada definitiva del soporte respiratorio no invasivo sin necesidad de su reinstauración posterior durante la estancia en urgencias.

Monitorización clínica continua

Seguimiento ininterrumpido de parámetros clínicos esenciales del paciente, como la saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y tensión arterial, con el objetivo de detectar precozmente el deterioro clínico.

Capnometría transcutánea

Técnica de monitorización no invasiva que permite estimar la presión parcial de dióxido de carbono, útil en la evaluación y seguimiento del estado ventilatorio.

Registro básico de actividad

Sistema mínimo de recogida de datos que permite cuantificar y caracterizar la actividad asistencial de la **AURA**, incluyendo el tipo de soporte respiratorio utilizado, la evolución clínica y el destino del paciente.

Criterio obligatorio

Requisito imprescindible para la obtención del nivel de acreditación correspondiente, cuyo incumplimiento impide la acreditación en dicho nivel.

Criterio recomendable

Requisito orientado a la mejora continua y a la excelencia asistencial, cuyo cumplimiento se valora de forma global dentro del sistema de acreditación.

Nivel de acreditación

Categoría asignada a la **AURA** (básico, intermedio o avanzado) en función del grado de cumplimiento de los criterios establecidos en el programa de acreditación.

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

La siguiente bibliografía se incluye como marco de referencia científico y organizativo del presente programa de acreditación de las Áreas de Urgencias Respiratoria Avanzada (AURAs), sin carácter prescriptivo ni excluyente. Su objetivo es respaldar conceptualmente los criterios definidos y facilitar su alineación con la evidencia disponible y con los consensos de las principales sociedades científicas.

-
1. Cinesi Gómez C, Peñuelas Rodríguez Ó, Luján Torné M, Egea Santaolalla C, Masa Jiménez JF, García Fernández J, et al. *Recomendaciones de consenso respecto al soporte respiratorio no invasivo en el paciente adulto con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-CoV-2*. Med Intensiva. 2021;45(5):298-312. doi:10.1016/j.medin.2020.08.016.
 2. Luján M, Peñuelas Ó, Cinesi Gómez C, García-Salido A, Moreno Hernando J, Romero Berrocal A, et al. *Summary of recommendations and key points of the consensus of Spanish scientific societies (SEPAR, SEMICYUC, SEMES; SECIP, SENEQ, SEDAR, SENP) on the use of non-invasive ventilation and high-flow oxygen therapy with nasal cannulas in adult, pediatric, and neonatal patients with severe acute respiratory failure*. Med Intensiva. 2021. doi:10.1016/j.medin.2020.08.016.
 3. Rochwerg B, Brochard L, Elliott MW, Hess D, Hill NS, Nava S, et al. *Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure*. Eur Respir J. 2017;50(2):1602426.
 4. Frat JP, Thille AW, Mercat A, Girault C, Ragot S, Perbet S, et al. *High-flow oxygen through nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure*. N Engl J Med. 2015;372(23):2185-96.
 5. Nava S, Hill N. *Non-invasive ventilation in acute respiratory failure*. Lancet. 2009;374(9685):250-9.
 6. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Recomendaciones sobre el uso de la ventilación mecánica no invasiva y la oxigenoterapia de alto flujo*. Barcelona: SEPAR; última actualización disponible.
 7. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Recomendaciones para el*

manejo ventilatorio del paciente crítico. Madrid: SEMICYUC; última actualización disponible.

8. World Health Organization. *Patient safety and quality of care: global framework*. Geneva: WHO; 2019.

9. Institute of Medicine (US). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academies Press; 2001.

10. Donabedian A. *The quality of care: how can it be assessed?* JAMA. 1988;260(12):1743-8.

Las referencias podrán ser actualizadas o ampliadas en futuras revisiones del programa de acreditación, de acuerdo con la evolución de la evidencia científica y los consensos profesionales.

GRACIAS



SEMES

Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias

