



Implantación de un sistema de respuesta rápida en un hospital universitario de referencia

“Muchas muertes hospitalarias son potencialmente predecibles y evitables”


Alvaro Castellanos

Área de Medicina Intensiva

Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia



Causas de eventos adversos graves

- Escasa monitorización de los signos vitales.
(frecuencia respiratoria) 
- Falta de reconocimiento de la insuficiencia respiratoria y del fallo circulatorio.
- Falta de comunicación.
- Retraso en la activación del SRR:
 - Sensación de situación bajo control.
 - Experiencia suficiente del equipo de la planta.



SRR y enfermería

REVIEW

Journal of
Clinical Nursing

A literature review: factors that impact on nurses' effective use of the Medical Emergency Team (MET)

Lisa Jones, Lindy King and Christine Wilson

Journal of Clinical Nursing, 18, 3379–3390

“El pronóstico del paciente con frecuencia depende de la capacidad de la enfermera para detectar el deterioro clínico precozmente e iniciar una respuesta efectiva que incluirá una intervención médica ”

**Sesión de formación continuada SARTD CHGUV
Valencia, 29 de Octubre 2018**



Efecto del retraso en la activación del SRR

Delayed Emergency Team Calls and Associated Hospital Mortality: A Multicenter Study*

Jack Chen, MBBS, PhD, MBA(Exec)¹; Rinaldo Bellomo, FRACP, FCICM, PGDipEcho, MD, PhD²;
Arthas Flabouris, FCICM, FANZCA, AsFASAsM, PGDipAvia, PGDipEcho, MD^{3,4};
Ken Hillman, MBBS, FRCA, FACA, FJFICM, MD¹; Hassan Assareh, BEng, BSc, MSc, MEng, PhD¹;
Lixin Ou, MPH, PhD, MBA¹

- **Aumento del riesgo de muerte**
OR: 1,79 (1,43 – 2,27; p < 0,001)
- **Aumento de riesgo de ingreso en UCI urgente**
OR: 1,56 (1,23 – 2,04; p < 0,001)

Crit Care Med 2015



Hospital seguro

El SRR es un dispositivo asistencial de seguridad

COMMENTARY

The 100 000 Lives Campaign Setting a Goal and a Deadline for Improving Health Care Quality

Donald M. Berwick, MD, MPP, FRCP

David R. Calkins, MD, MPP

C. Joseph McCannon, BA

Andrew D. Hackbarth, BA

A HALF DECADE HAS ELAPSED SINCE THE INSTITUTE OF Medicine released 2 landmark reports on health care safety and quality, *To Err Is Human*¹ and *Crossing the Quality Chasm*.² Those studies helped articulate

Campaign Interventions

Deploy Rapid Response Teams. Rapid response teams, also referred to as medical emergency teams, resemble code teams in that they are staffed by health care professionals with critical care expertise, often including a physician, a nurse, and a respiratory therapist. However, unlike a code team, a rapid response team is summoned before a code occurs.

Rapid response teams can save lives among patients who would otherwise experience cardiac arrest and die in the hospital. Rapid response teams can do this either by initiating



JAMA 2006

Sesión de formación continuada SARTD CHGUV
Valencia, 29 de Octubre 2018



Sistema de respuesta rápida

Objetivos

1. Detectar pacientes ingresados con riesgo de empeoramiento clínico grave.
2. Reducir mortalidad y eventos adversos graves
 - a. Paradas cardíacas inesperadas
 - b. Ingresos en la UCI no programados
3. Formación en el manejo del paciente potencialmente grave



Sistema de respuesta rápida

Objetivos

- **Vigilancia**
- **Anticipación**
- **Colaboración**



Resultados SRR paradas cardiacas hospitalarias

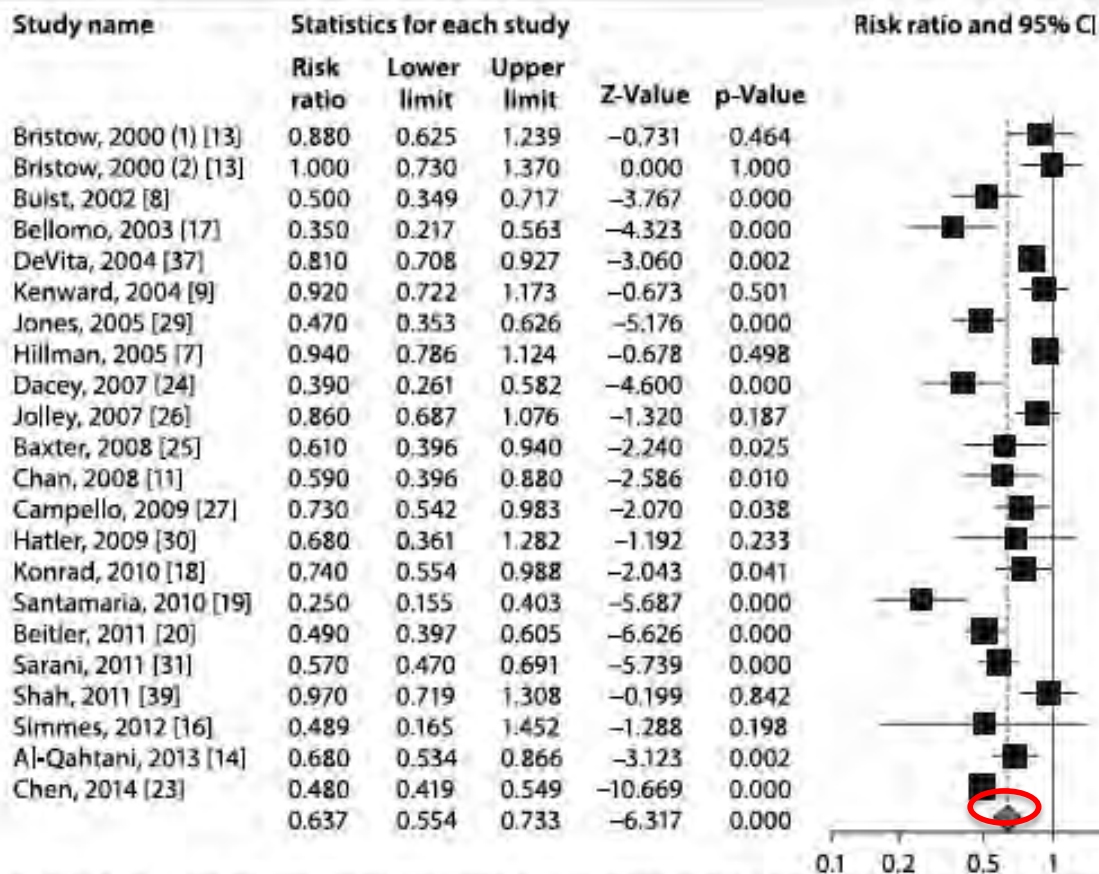


Figure 1 Pooled risk ratio of adult in-hospital cardiopulmonary arrest after rapid response system implementation.

Sandroni *et al. Critical Care* (2015) 19:104

Sesión de formación continuada SARTD CHGUV
 Valencia, 29 de Octubre 2018



Resultados SRR. Mortalidad hospitalaria

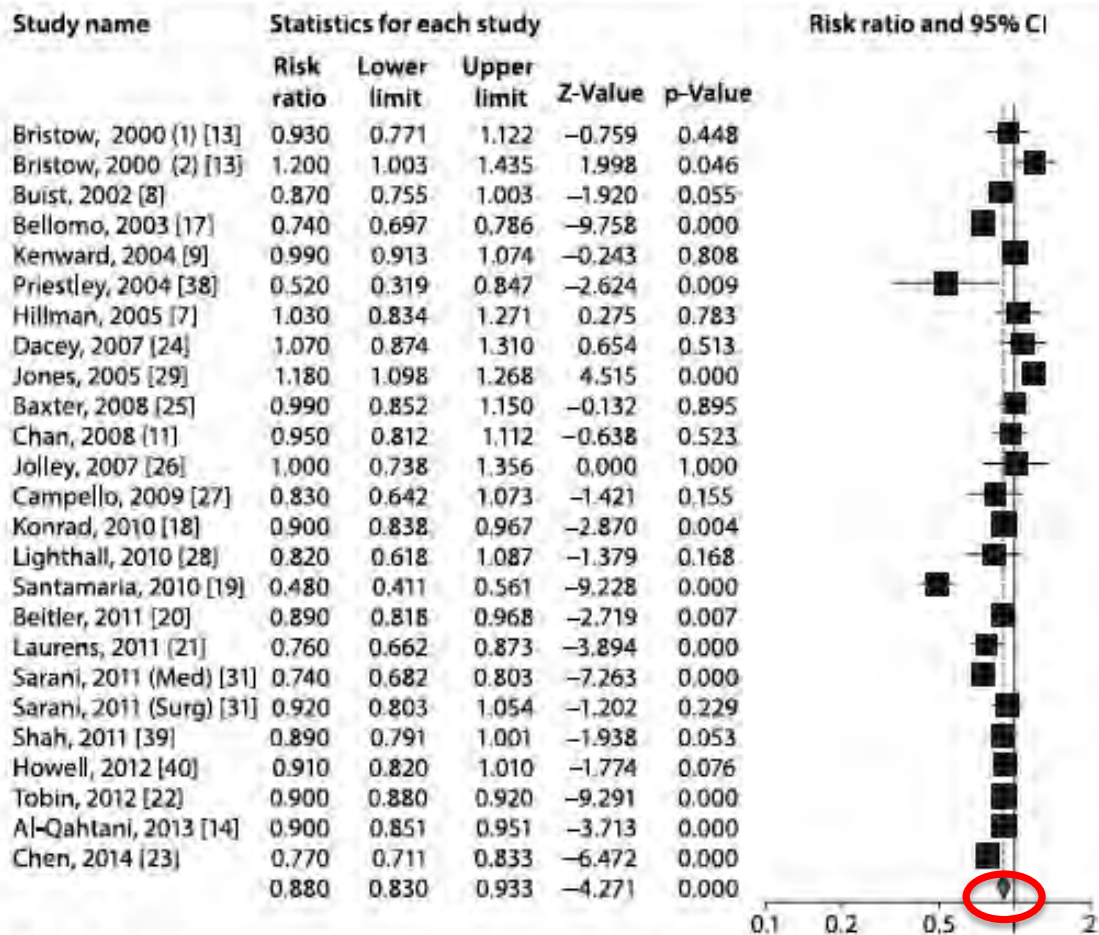
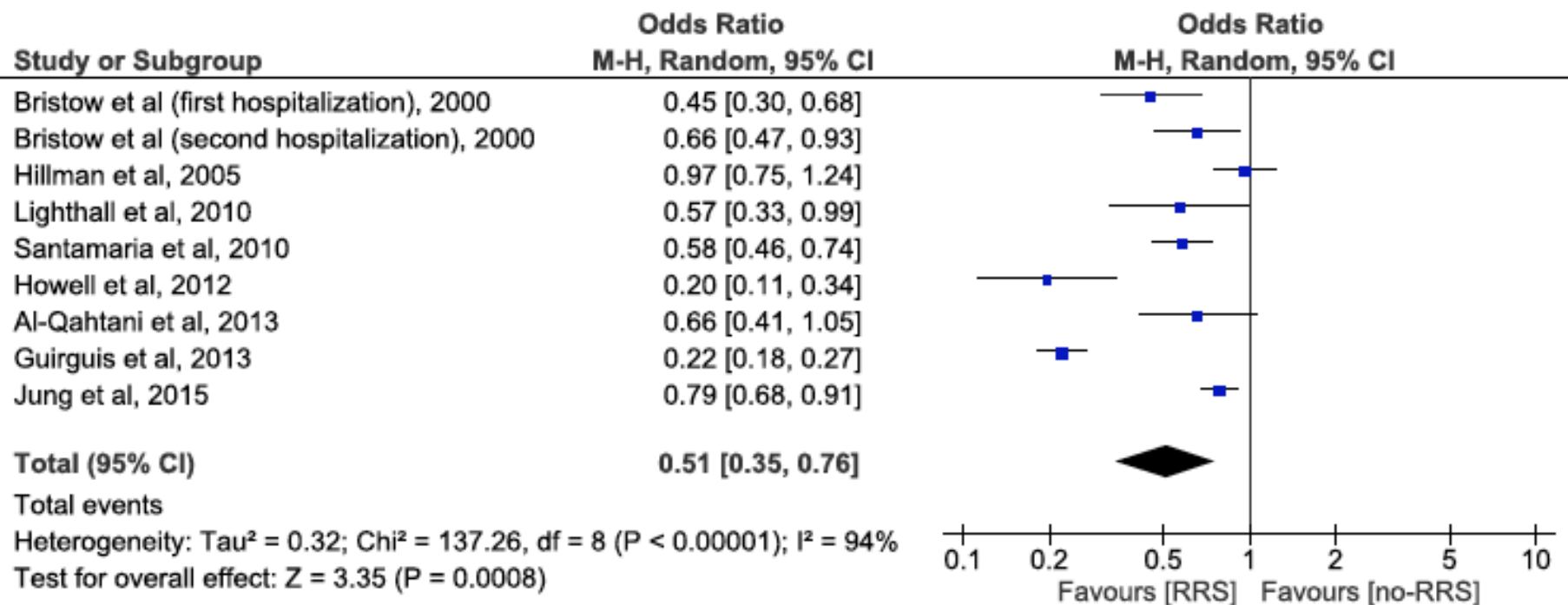


Figure 2 Pooled risk ratio of adult hospital mortality after rapid response system implementation.



Resultados SRR. Mortalidad hospitalaria INESPERADA

b

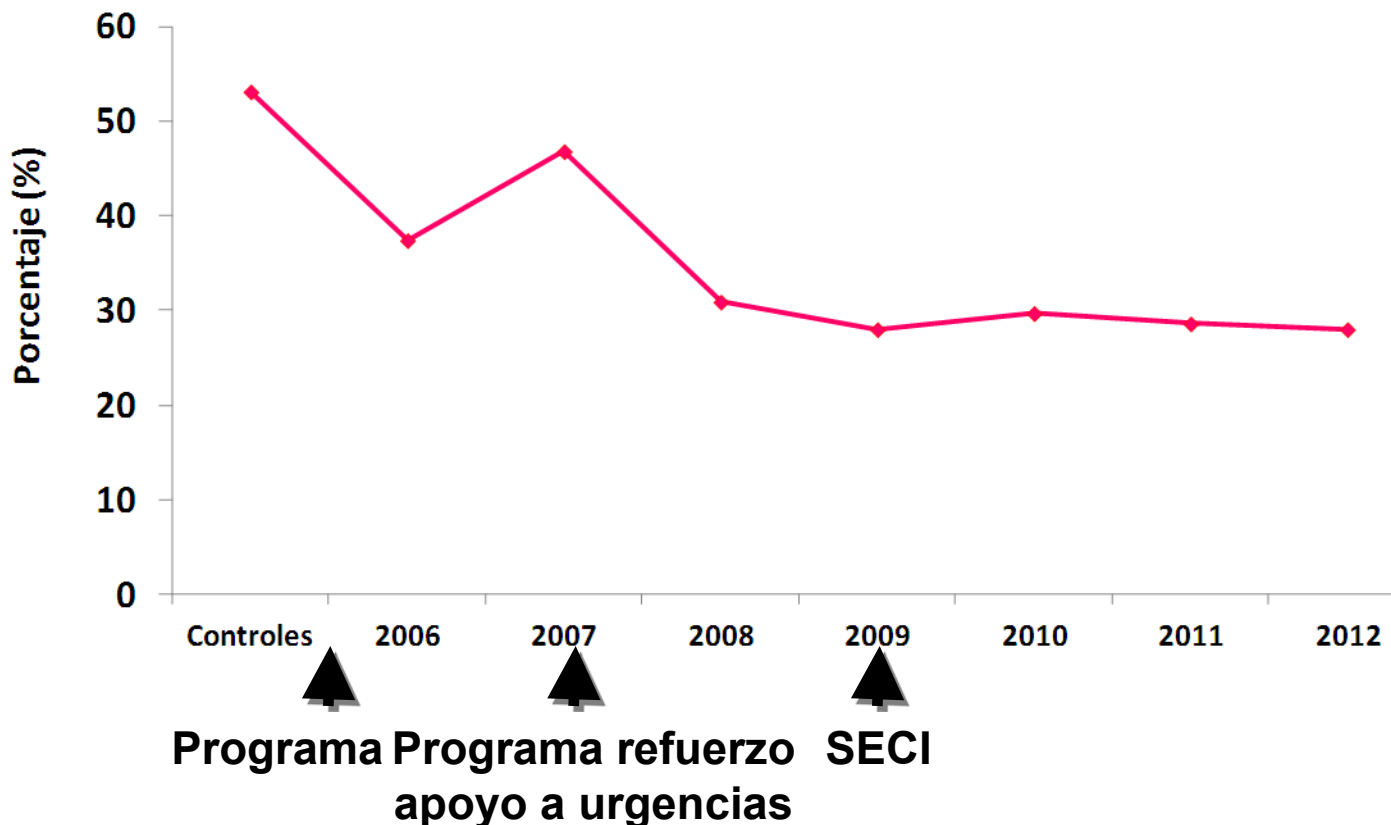


De Jong A Intensive care Med 2016



Resultados implantación de un código sepsis sobre mortalidad del shock séptico

Mortalidad Hospitalaria



Castellanos Ortega A, Suberviola B, Delgado M et al. *Crit Care Med* 2010

Castellanos Ortega A, Suberviola B, Delgado M et al. *Shock* 2011

Sesión de formación continuada SARTD CHGUV

Valencia, 29 de Octubre 2018



Resultados SRR. Mortalidad hospitalaria según turno de activación

Fernando *et al. Critical Care* (2018) 22:67
<https://doi.org/10.1186/s13054-018-2005-1>

Critical Care

RESEARCH

Open Access



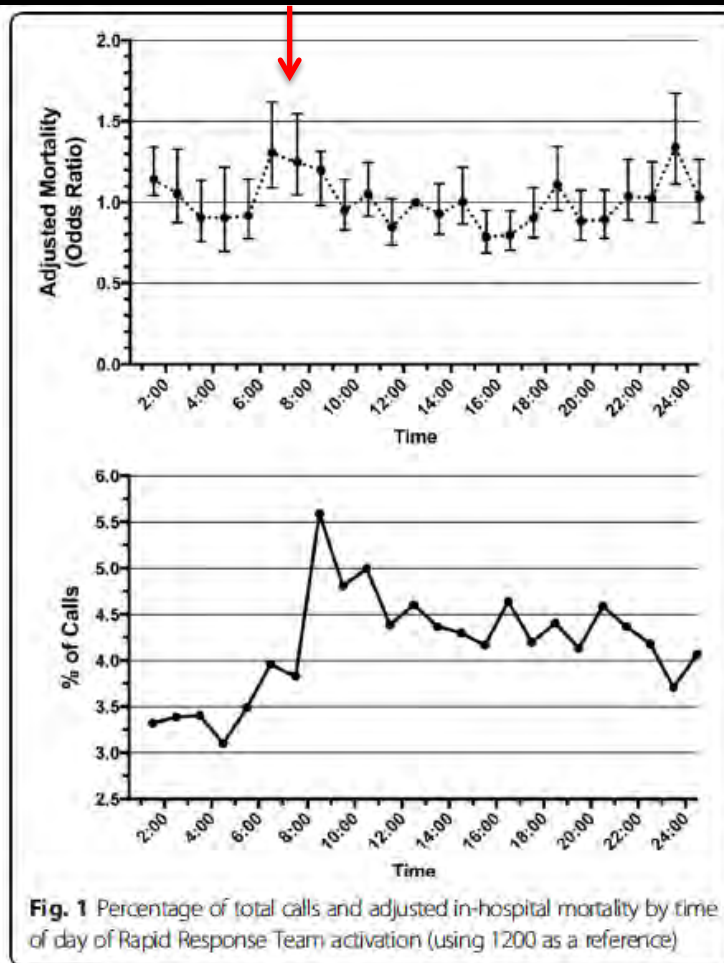
Impact of nighttime Rapid Response Team activation on outcomes of hospitalized patients with acute deterioration

Shannon M. Fernando^{1,2*}, Peter M. Reardon^{1,2}, Sean M. Bagshaw³, Damon C. Scales^{4,5}, Kyle Murphy¹, Jennifer Shen⁶, Peter Tanuseputro^{6,7,8}, Daren K. Heyland⁹ and Kwadwo Kyeremanteng^{1,6,8}

Sesión de formación continuada SARTD CHGUV
Valencia, 29 de Octubre 2018



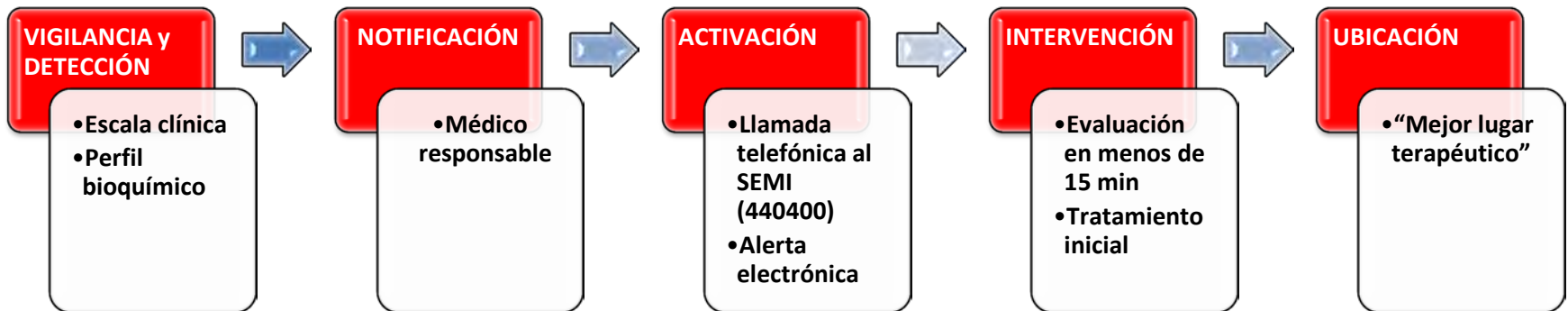
Resultados SRR. Mortalidad hospitalaria según turno de activación



Sesión de formación continuada SARTD CHGUV
Valencia, 29 de Octubre 2018



Elementos del Sistema de respuesta rápida. Servicio extendido de medicina intensiva (SEMI)





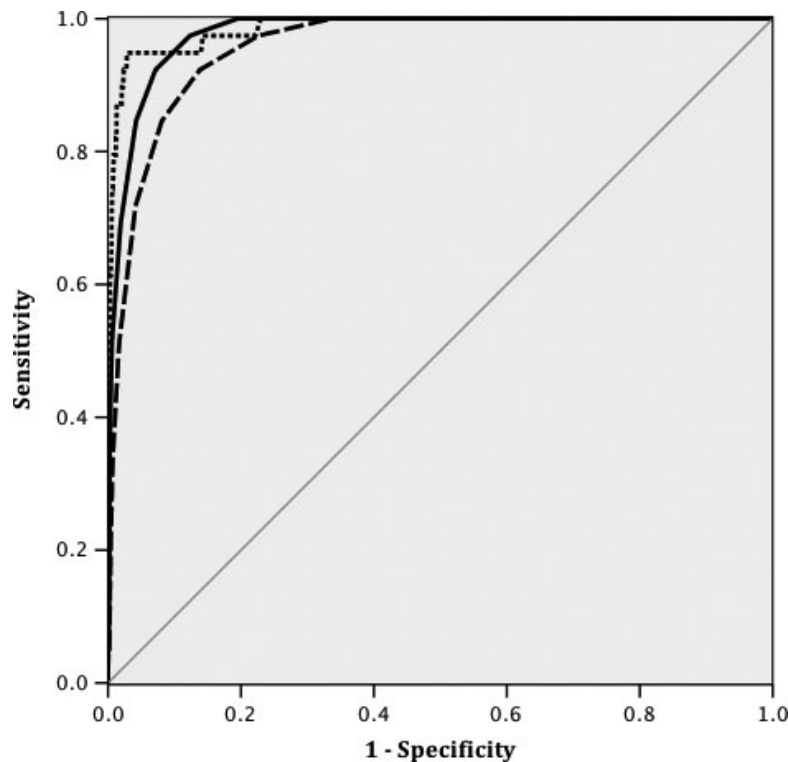
SRR. Detección del paciente grave. Escala ALERTA

ALERTA (puntos)	3	2	1	0	1	2	3
FR (resp/min)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO ₂ (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
O2 suplementario				No		Sí	
Pulso (lats/min)		≤ 40	41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
TAS (mm Hg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Temperatura (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	
Nivel de conciencia				Alerta y orientado			Confuso, agitado o no reacciona

ALERTA puntos	Respuesta inicial	Acción del medico
1 – 4 Bajo riesgo	informar al médico responsable	Monitorización cada 12 horas
5-6 o 3 en un ítem Riesgo intermedio	Solicitar evaluación por el médico responsable o el médico de guardia	Monitorización cada 4 – 6 horas
> 6 Alto riesgo	Solicitar evaluación urgente del senior o activar directamente el SEMI	Monitorización continua. Considerar traslado a la UCI o a Reanimación



ALERTA. Exactitud diagnóstica de muerte a las 24 horas



Prytherch D, et al. ViEWS – towards a national Early Warning Score for detecting adult inpatient deterioration. *Resuscitation* 2010;81:932–7

Sesión de formación continuada SARTD CHGUV
Valencia, 29 de Octubre 2018

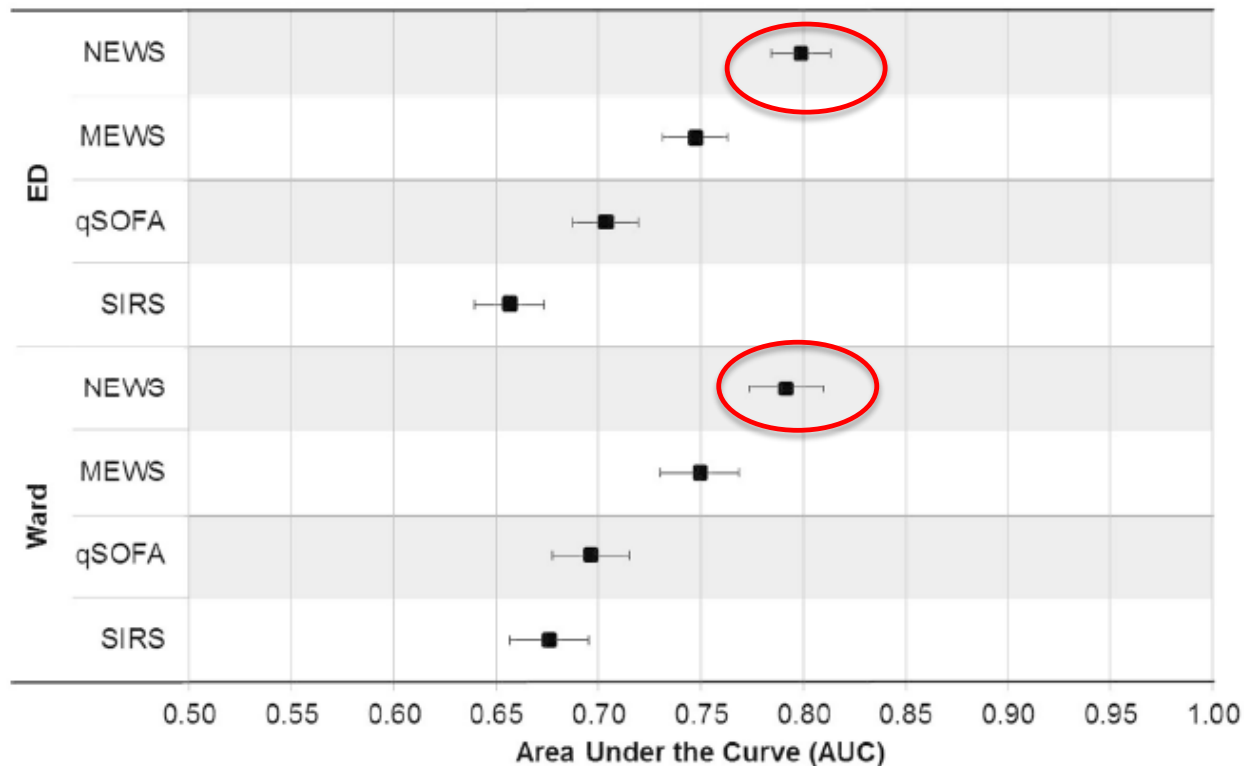


qSOFA, SIRS, and early warning scores for detecting clinical deterioration

Matthew M Churpek

in infected patients outside the ICU

AJRCCM Articles in Press. Published on 20-September-2016 as 10.1164/rccm.201604-0854OC





EMT con conexión Wifi

**Sesión de formación continuada SARTD
Valencia, 29 de Octubre 2018**





Innovación y experiencia al servicio del paciente

Estación móvil de trabajo (EMT)



**Sesión de formación continuada SARTD CHGUV
Valencia, 29 de Octubre 2018**



Innovación y experiencia al servicio del paciente



Sesión de formación continuada SARTD CHGUV
Valencia, 29 de Octubre 2018



General



Peticiones



Informes



Terapéutica



Acciones



Organizador



Ayuda

Paciente HMIN E715



SIP: 4734220

NHC: 6250120

58 Mujer

Ficha



Hosp. U. i P. La Fe (PRE_6.2)

Antecedentes

- Diags/Antec
- Alergias**
- Hábitos
- Familiar
- Social
- HFT

Avisos



Episodio actual STA Actualizar

HC DOC HSE HC Otros hospitales

- MEDICINA DE URGENCIA
- MEDICINA INTERNA
- PSIQUIATRIA
- RADIODIAGNOSTICO

Servicio Cronológico Tipo



Evolución de ...de enfermería Toma de Constantes

Grupo Constantes Alerta Últimas 24 Ver solo tomas episodio actual

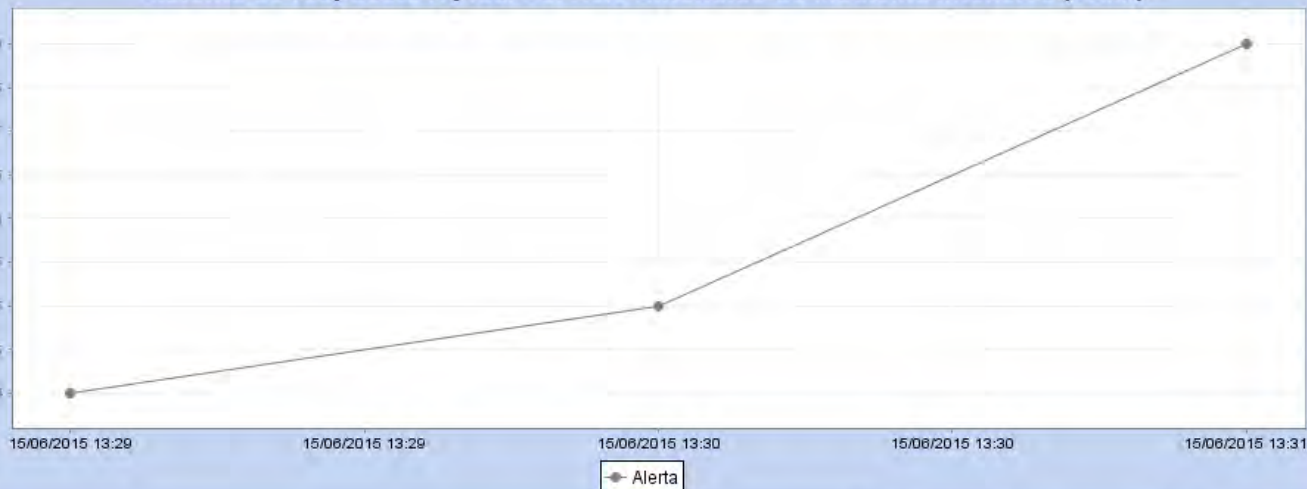
Buscar

Constantes	06/05/2015 -- 22:40 --	07/05/2015 -- 10:00 --	07/05/2015 -- 18:25 --	07/05/2015 -- 21:30 --	07/05/2015 -- 23:40 --	15/06/2015 -- 13:29 --	15/06/2015 -- 13:30 --	15/06/2015 -- 13:31 --
TAS (mmHg)		127		84		115	117	120
TAD (mmHg)		72		52		70	38	90
FC (lat/min)		78		77		77	77	78
Ta (°C)	36.8		37.1		36.8	37.7	37.2	38.2
Sat. O2 (%)	Frecuencia cardiaca	99		99		99	99	98
O2 suplement...						Sí	Sí	Sí
Conciencia						Alerta y orientado	Alerta y orientado	Confuso, agitado
Alerta						4	5	8

Histórico de constantes

Fecha	Valor
15/06/2015 13:31	8
15/06/2015 13:30	5
15/06/2015 13:29	4

Sistema de respuesta rápida. Servicio Extendido de Medicina Intensiva (SEMI)



Percentil

Registrar

Imprimir

Gráfica >

Gestión de camas

Enfermera ...

Sección ...

Estado ...

Limpiar

Seleccionar todos Mostrar pacientes sin asumir Evoluciones sin incluir en HC (29)

Evoluciones

Dietas

Listado

Entradas/Salidas

F519 HUHP 	F520 HMDG (E) 	F521 HUHP 	F522 HUHP 	F523 HMDG (E) 	F524 HUHP
F525 HNER (E) 	F526 HMUR (E) 	F527 HMDG (E) 	F528 HONC (E) 	F529 HMDH (E) 	F530 HONC (E)
F531 HMDH (E) 	F532 HUHP 	F533 HNEF (E) 	F534 (Empty card)	F535 HMDH (E) 	



Mapa de camas

Innovación y experiencia al servicio del paciente

SIP:

HF: **Búsqueda avanzada**

Paciente


















 SIP: _____
NHC: _____



Gestión de camas

Enfermera ... Sección ... Estado ...

Seleccionar todos Mostrar pacientes sin asumir Evoluciones sin incluir en HC (10)

F513 HMDH  <input type="text"/> PS VE	F514 HUHP (E)  <input type="text"/> PS VE	F515 HMDG (E)  <input type="text"/> PS VE	F516 <input type="text"/> 	F517 <input type="text"/> 	F518 HMDH  <input type="text"/> PS VE
F519 <input type="text"/> 	F520 HMDG (E)  <input type="text"/> PS VE	F521 HUHP  <input type="text"/> PS VE	F522 HUHP  <input type="text"/> PS VE	F523 HMDG (E)  <input type="text"/> PS VE	F524 HUHP  <input type="text"/> PS VE
F525 HUHP  <input type="text"/> PS VE	F526 HMUR (E)  <input type="text"/> PS VE	F527 HMDG (E)  <input type="text"/> PS VE	F528 HONC (E)  <input type="text"/> PS VE	F529 HMDG (E)  <input type="text"/> PS VE	F530 <input type="text"/> QUIR20
F531 <input type="text"/> 	F532 <input type="text"/> 	F533 HNEF (E)  <input type="text"/> PS VE	F534 HUHP  <input type="text"/> 	F535 HMDH (E)  <input type="text"/> 	



Programa de mejora de la calidad asistencial del paciente potencialmente grave

Liderazgo

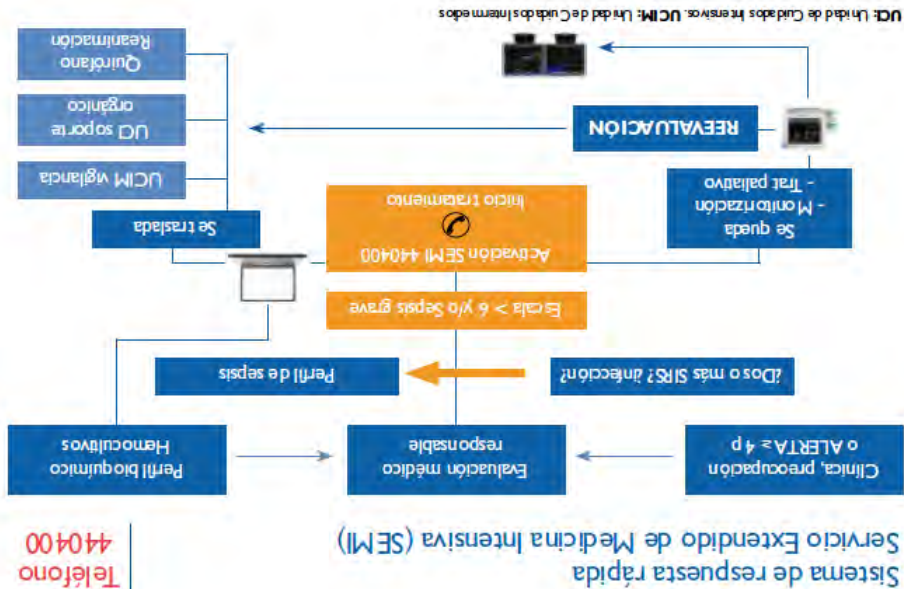
Protocolo

Formación

Registro

Análisis
proceso y
resultado





ALERTA (puntos)	3	2	1	0	1	2	3
FR (resp/min)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO2 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
O2 suplementario				No		Sí	
Pulso (lats/min)		≤ 40	41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
TAS (mm Hg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Temperatura (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	
Nivel de conciencia				Alerta y orientado			Confuso, agitado o no reacciona

ALERTA PUNTOS	RESPUESTA INICIAL	ACCIÓN DEL MÉDICO
1 - 4 Bajo riesgo	Informar al médico responsable o al médico de guardia	Posible intensificación del tratamiento. Posible monitorización cada 4-6 horas
5-6 o 3 en un ítem (color rojo) Riesgo intermedio	Solicitar evaluación urgente por el médico responsable o el médico de guardia.	Posible intensificación del tratamiento. Monitorización como mínimo horaria
> 6 Alto riesgo	Emergencia: activar el SEMI o llamar al médico de guardia de la UCI (tarde y festivo)	Monitorización continua. Considerar traslado a la UCIM o a la UCI

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos. UCIM: Unidad de Cuidados Intermedios

¡La sepsis mata! ¡Piensa en sepsis!

Piensa en sepsis si existe sospecha de infección con **dos o más** de estos criterios:

Temperatura central	> 38° C o < 36° C.
Taquicardia	> 90 lats/min.
Taquipnea	> 20 resp/min, o PaCO ₂ < 32 mmHg.
Leucocitos	> 12.000 células/mm ³ , o < 4.000 células/mm ³ , o > 10% de cayados.
Elevación de procalcitonina	> 1 ng/ml
Elevación de proteína C reactiva	> 1 mg/dl

Piensa en **SEPSIS GRAVE** si existe sepsis con disfunción de órganos, hipotensión o hipoperfusión !

Hipotensión

TAS < 90 mm Hg o TAM < 65 mm Hg o disminución de la TAS > 40 mm Hg con respecto a la basal.

Hipoperfusión lactato en sangre > 2 mmol/L o SvcO₂ > 70%

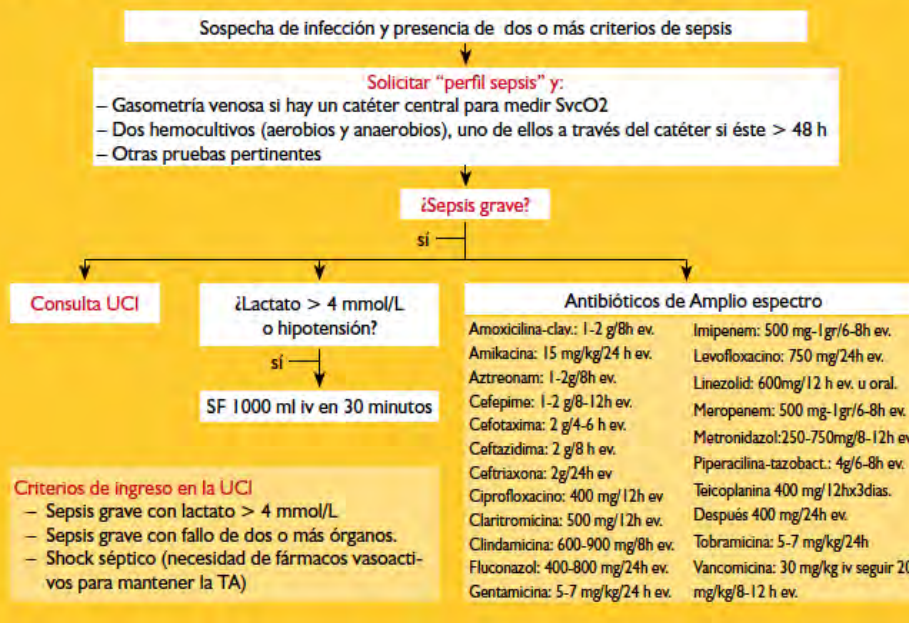
Criterios de disfunción de órganos (debe ser aguda y achacable a la sepsis):

- 1 Cardiovascular: necesidad de fármacos vasoactivos.
- 2 Respiratorio: SpO₂ < 90% respirando aire ambiente o SpO₂/FiO₂ < 220.
- 3 Coagulación: plaquetas < 100.000/mm³ o INR > 1,5.
- 4 Renal: creatinina > 2 mg/dl o creatinina basal x 2, o diuresis < 0,5 ml/kg/h durante más de 2 horas.
- 5 Hepático: bilirrubina > 2 mg/dl o bilirrubina basal x 2.
- 6 Neurológico: alteración aguda del estado mental.

Shock séptico "sepsis grave" con hipotensión que no responde a una carga de 20 ml/kg de suero fisiológico i.v, precisando el uso de fármacos vasoactivos.

Experiencia al servicio del paciente

¡Si sospechas solicita el "perfil sepsis"!





Reconocimiento y tratamiento precoz del paciente grave

Curso ALERTA



- **Evaluación estructurada del paciente grave y manejo inicial**
- **Necesidad de intervención precoz del senior y/o intensivista**
- **Mejorar comunicación y trabajo en equipo**





Innovación y experiencia al servicio del paciente

2016

2017

2018

Área Hepatología y digestivo

Área corazón

Área oncología y hematología

Medicina interna

Área riñón

Neurociencias

Área de la mujer

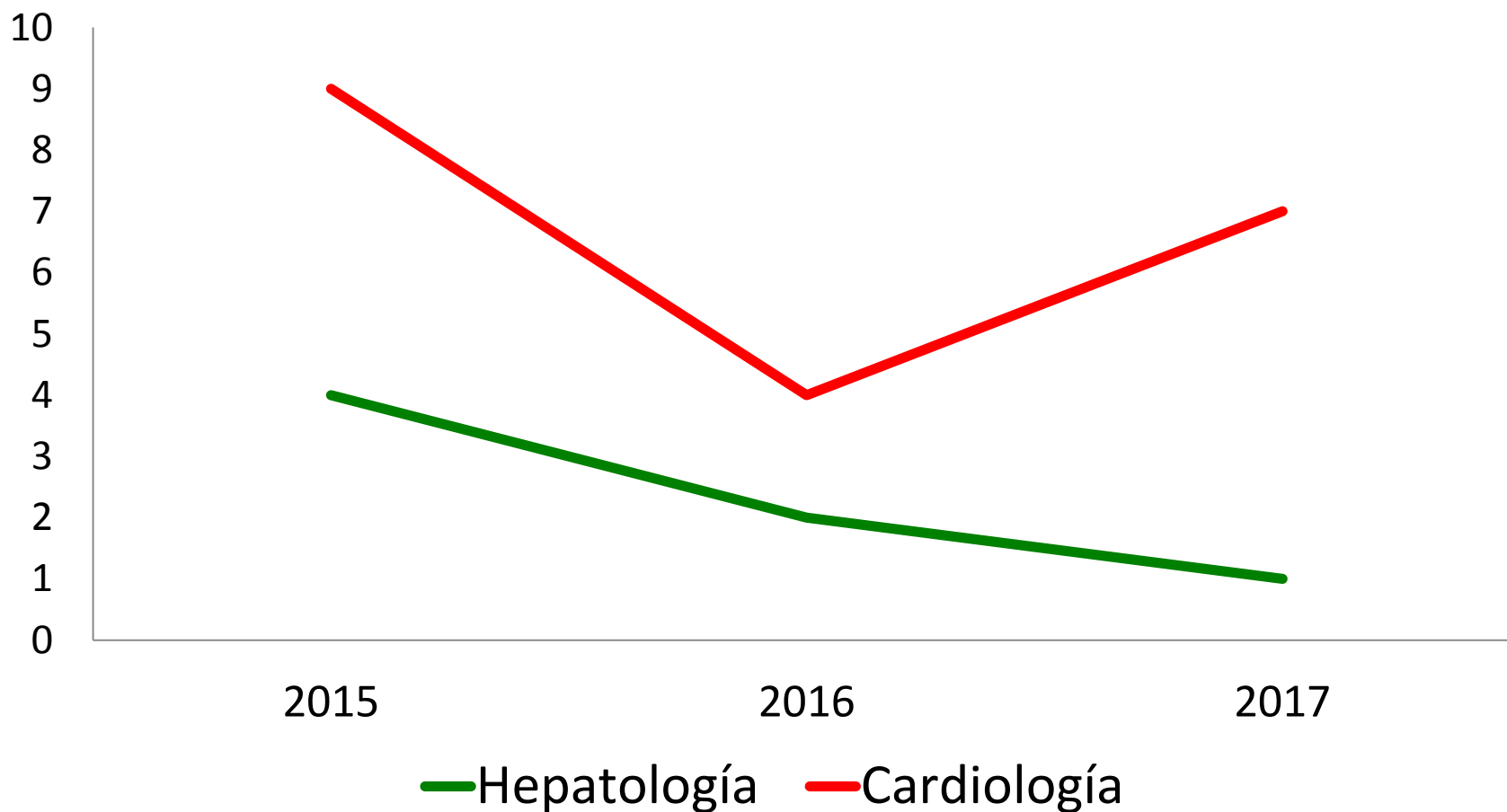
Urgencias y trauma



Sesión de formación continuada SARTD CHGUV
Valencia, 29 de Octubre 2018

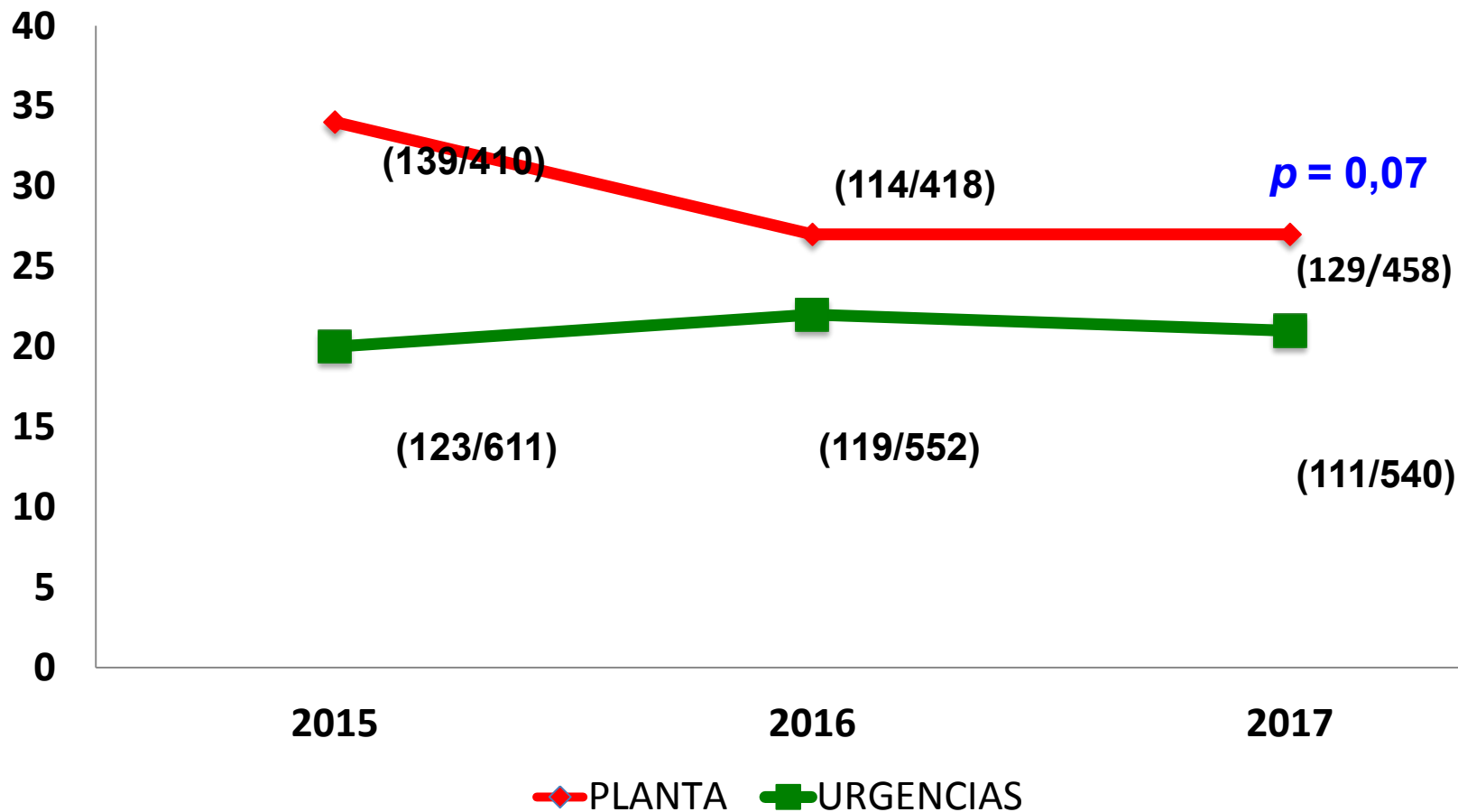


Paradas cardiacas en planta con implantación del SRR





SRR. Mortalidad pacientes que ingresan en UCI procedentes de planta





Resultados del SRR en la planta de Hepatología Año 2015 (preintervención) frente a 2016 y 2017 (intervención)

HEPATOLOGÍA	2015	2016	2017	
Ingresos	1.884	2.213	1.942	
Estancias	9.636	10.302	11.726	
Estancia media en días \pm DE	5,20 \pm 2	4,67 \pm 2	6,04 \pm 2	< 0,001
Edad media (años) \pm DE	55,5 \pm 15	56,9 \pm 15	56,1 \pm 15	0,216
Ingresos en Críticos N (%)	163 (8,9)	185 (8,4)	214 (11)	0,029
Reingresos en Críticos N (%)	22 (13,5)	20 (10,8)	18 (8,4)	0,076
Mortalidad planta (%)	79 (4,2)	57 (2,3)	36 (1,85)	0,001
Mortalidad críticos N (%)	18 (11)	24 (12,9)	26 (12,1)	0,73
Mortalidad planta + críticos N (%)	97 (5,2)	81 (3,7)	62 (3,12)	0,001
Mortalidad reingresos en críticos N (%)	8 (36,4)	5 (25)	6 (33,3)	0,83
Exitus/1000 días de estancia en planta	10,06	7,86	5,88	0,001



Innovación y experiencia al servicio del paciente

HEMATOLOGÍA	2015	2016	2017	ANOVA
Ingresos	722	754	780	
Estancias	12.552	12.204	12.425	
Estancia media en días ± DE	17,4 ± 17	16,2± 16	15,9 ± 16	0,046
Edad media (años) ± DE	51 ± 17	53 ± 17	53 ± 17	0,018
Ingresos en Críticos N (%)	82 (11,3)	73 (9,7)	91 (11,7)	0,443
Reingresos en Críticos N (%)	7 (8,5)	4 (5,5)	8 (8,8)	0,711
Mortalidad planta N (%)	40 (5,5)	38 (5,0)	56 (7,2)	0,147
Mortalidad críticos N (%)	25 (31)	23 (32)	16 (18)	0,021
Mortalidad planta + críticos N (%)	65 (9,0)	61 (8,1)	72 (9,2)	0,736
Mortalidad reingresos en críticos N (%)	5 (71)	3 (75)	1 (12)	0,049
Exitus/1000 días de estancia en planta	5,86	5,16	5,87	0,761



Innovación y experiencia al servicio del paciente

CIRUGIA CARDIACA	2015	2016	2017	ANOVA
Ingresos	1.453	1.365	1.494	
Estancias	14.563	15.207	14.138	
Estancia media en días ± DE	11 ± 11	10 ± 13	9,5 ± 11	0,005
Edad media (años) ± DE	66 ± 15	66 ± 15	65 ± 17	0,196
Ingresos en Críticos N (%)	930 (64)	985 (72,2)	959 (64,2)	0,091
Reingresos en Críticos N (%)	38 (4,0)	63 (6,4)	44 (4,5)	0,103
Mortalidad planta N (%)	27 (1,9)	15 (1,0)	26 (1,7)	0,001
Mortalidad críticos N (%)	39 (4,2)	45 (4,6)	27 (2,8)	<0,001
Mortalidad planta + críticos N (%)	66 (4,5)	57 (4,2)	60 (4)	0,598
Mortalidad reingresos en críticos N (%)	9 (23,7)	5 (7,9)	5 (11,4)	0,184
Exitus/1000 días de estancia en planta	4,9	3,9	4,0	0,252



Innovación y experiencia al servicio del paciente

CARDIOLOGÍA	2015	2016	2017	ANOVA
Ingresos	2.230	2.290	2.391	
Estancias	13.982	14.283	14.362	
Estancia media en días ± DE	6,27 ±7	6,24 ± 7	6,01 ± 3	0,077
Edad media (años) ± DE	68 ± 15	67 ± 15	67 ± 16	0,548
Ingresos en Críticos N (%)	181 (8,1)	212 (9,2)	210 (8,7)	0,382
Reingresos en Críticos N (%)*	15 (1,3)	14 (1,3)	13 (1,3)	0,707
Mortalidad planta N (%)	36 (1,6)	38 (1,7)	41 (1,7)	0,610
Mortalidad críticos N (%)	22 (12,2)	17 (8)	27 (12,8)	0,410
Mortalidad planta + críticos N (%)	58 (2,6)	55 (2,4)	68 (2,8)	0,477
Mortalidad reingresos en críticos N (%)	3 (20%)	1 (7,1%)	1 (6,7%)	0,172
Exitus/1000 días de estancia en planta	5,43	4,76	5,08	0,428



Servicio de respuesta rápida (SRR)

	Enfermeras (n = 21)	Médicos (n = 12)
Utilidad (ayuda rápida)	3,9	4,2
Apoyo médico		4,0
Apoyo enfermería	4,6	4,3
Aumenta carga laboral	4	2
Respuesta rápida	3,7	3,9
Fomenta trabajo en equipo	3,9	3,9
Comunicación	4,4	3,6
Recibo docencia	3,4	4,1
Plan claramente definido	3,7	3,0

9	Necesito llamar al SRR (ALERTA) porque el manejo del paciente por las enfermeras no ha sido adecuado.	Muy en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Indiferente <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Muy de acuerdo <input type="radio"/>
10	Activaría el SRR (ALERTA) si me preocupase el estado clínico de un paciente, aunque sus constantes vitales sean normales.	Muy en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Indiferente <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Muy de acuerdo <input type="radio"/>
11	Si mi paciente cumple criterios para llamar al SRR, pero no parece estar mal, no activo el SRR.	Muy en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Indiferente <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Muy de acuerdo <input type="radio"/>
12	Los médicos residentes apoyan mi decisión de llamar al SRR (ALERTA).	Muy en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	Indiferente <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Muy de acuerdo <input type="radio"/>

Sesión de formación continuada
Valencia, 29 de Octubre



ALERTA bioquímica

DEXTRO

ACTUALIZAR PACIENTES CONFIGURACIÓN CERRAR SESIÓN



Riesgo alto
Riesgo intermedio
Riesgo bajo

Riesgo diario



Alteración de la conciencia
Taquipnea
Taquicardia
Hipotensión
Oxígeno

Signos vitales en grupos de alto riesgo



Lactato > 2 mmol/L
Procalcitonina > 0,5
PCR > 1 mg/L
T° > 38,3°C
Hemocultivo positivo

Grupo de alto riesgo



Cardiología
Hepatología
Hematología
Nefrología
Neurología
Otros

Número de pacientes candidatos por servicio

NHC	PACIENTE	EDAD	SERVICIO	CAMA	ALERTA	CREATININA	LACTATO	pCO2	pH	PCT	PLAQUETAS	proBNP	PCR	TROPONINA	HORA LAB.	HEM. POS.
123456	Nombre1 Apellido1 Apellido1	51	Hepatología	0102	5	0.9 mg/dl	<u>5 mmol/L</u>	50 mmHg	7.5	<u>0.9 ng/mL</u>	52000	4960 pg/mL	3 mg/L	0.3 ng/mL	16/05/2018 08:12	NO
123457	Nombre2 Apellido2 Apellido2	64	Cardiología	0304	8	0.8 mg/dl	3.8 mmol/L	50 mmHg	7.4		51144		3 mg/L		16/05/2018 0:01	NO
123411	Nombre3 Apellido3 Apellido3	64	Cardiología	0304	4	0.9 mg/dl	3.8 mmol/L	49 mmHg	<u>7.1</u>		51456		3 mg/L		16/05/2018 08:04	SI
654321	Nombre4 Apellido4 Apellido4	35	Medicina Interna	0105	5	<u>1.4 mg/dl</u>	3.9 mmol/L	50 mmHg	7.4		<u>49511</u>	4943 pg/mL	3 mg/L	0.3 ng/mL	15/05/2018 15:32	NO
654322	Nombre5 Apellido5 Apellido5	104	Hematología	0404	5	0.8 mg/dl	3.9 mmol/L	50 mmHg	7.4	0.3 ng/mL	<u>38100</u>		3 mg/L		15/05/2018 15:22	NO

Hospital La Fe: Listado de pacientes actualizado el 16/05/2018 a las 09:35

**Sesión de formación continuada SARTD CHGUV
Valencia, 29 de Octubre 2018**



Sistema de respuesta rápida La Fe

Innovación y experiencia al servicio del paciente



UCI: Unidad de Cuidados Intensivos. UCIM: Unidad de Cuidados Intermedios



Resumen

- El SRR y sus componentes clínico y electrónico mejoran la **seguridad y los resultados clínicos** de los enfermos agudos ingresados en el hospital.
- La piedra angular es la **estandarización** de la evaluación clínica mediante el uso rutinario de la escala
- La efectividad y funcionamiento del sistema se debe **evaluar** periódicamente