



Guía de Estándares de Calidad Asistencial

Versión Gestión Clínica (v2)



Promueve y edita: Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Aprobado el 15 de febrero de 2024 por la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

© Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Depósito Legal AS 00316-2024

ISBN: 978-84-09-58473-4

Control de Versiones

Versión	Fecha	Cambio relevante
1	15 de febrero de 2024	Versión inicial
2	14 de noviembre de 2025	Se modifica la redacción del estándar A-11

ADVERTENCIA: puede existir una versión más actualizada de este documento. Para consultar la versión vigente contactar con la Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA.

Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA)

Plaza del Carbayón 1 y 2

33001 Oviedo

Teléfono: 985108590

Correo electrónico: ucsespa.sccc@sespa.es

Página web: <http://uc.sespa.es/>

Autores:

Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA):

- Paula Alonso González. Responsable de Calidad UEC-SESPA.
- Montserrat Miguel Carrizo. Técnico SSCC SESPA.
- Valentín Javier Rodríguez Martínez. Jefe de la UEC-SESPA.

Colaboradores: (en orden alfabético)

- Pablo Belderrain Belderrain.
- José Miguel Brea Corral.

Siglas y acrónimos utilizados:

AGC: Área de Gestión Clínica.
CI: Consentimiento Informado.
CPRE: Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica.
DEA: Desfibrilador Externo Automático.
EA: Evento Adverso.
ENAC: Entidad Nacional de Acreditación.
EPI: Equipo de Protección Individual.
EPINE: Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España.
ERC: *European Resuscitation Council* (Consejo Europeo de Resucitación).
GECA: Guía de Estándares de Calidad Asistencial.
GFT: Guía Farmacoterapéutica.
HM: Higiene de Manos.
IRAS: Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria.
ISMP: *Institute for Safe Medication Practices*.
ISMP-España: Instituto para el uso seguro de los medicamentos.
ISO: *International Organization for Standardization*.
JCI: *Joint Commission International*.
LOPD: Ley Orgánica de Protección de Datos.
LVQ: Listado de Verificación Quirúrgica.

MAR: Medicación de Alto Riesgo.
MISP: Meta Internacional de Seguridad del Paciente.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
PCR: Parada Cardiorrespiratoria.
PIT: Programa de Intercambio Terapéutico.
PNT: Procedimiento Normalizado de Trabajo.
POCT: *Point Of Care Testing* o pruebas en el punto de atención al paciente.
RAIP: Registro Autonómico de Instrucciones Previas.
RAM: Reacciones Adversas a la Medicación.
RMN: Resonancia Magnética Nuclear.
SAD: Sistemas Automatizados de Dispensación.
SENSAR: Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación.
SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias.
SiNASP: Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente.
SP: Seguridad de Paciente.
TAC: Tomografía Axial Computerizada.
UEC-SESPA: Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA.
UGC: Unidad de Gestión Clínica.
UPP: Úlceras por Presión.

PRÓLOGO	10
INTRODUCCIÓN	12
ESTRUCTURA DE LA GUÍA	13
LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SU CUMPLIMIENTO POR LAS UGC/AGC	13
ESTÁNDARES DE CALIDAD NIVEL A:	18
PLAN DE ACOGIDA AL USUARIO	18
CONFIDENCIALIDAD	18
IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA	19
CONSENTIMIENTO INFORMADO	20
EVALUACIÓN DEL PACIENTE	21
INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES.....	21
QUEJAS, SUGERENCIAS Y AGRADECIMIENTOS	22
HIGIENE DE MANOS	23
GESTIÓN DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA	23
ALMACENAMIENTO DE LA MEDICACIÓN	24
PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN	24
EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA.....	26
VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA Y PROCEDIMIENTOS DE RIESGO.....	27
ESTÁNDARES DE CALIDAD NIVEL B	33
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	33
EDUCACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	33
COMUNICACIÓN EFECTIVA Y SIN ERRORES	34
PRIORIZACIÓN EN BASE A CRITERIOS CLÍNICOS	34
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN	35
ACTUACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA	35
DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS (RAM, SiNASP...)	36
FORMACIÓN CONTINUADA	36
ESTÁNDARES PROPIOS DE LA AGC/UGC	38
FASES PREANALÍTICA, ANALÍTICA Y POSTANALÍTICA (Laboratorios)	38
GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA (GFT) Y PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO (PIT) (Farmacia).....	39
VALIDACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES MEDICAMENTOSAS (Farmacia)	40
CONTENCIÓN MECÁNICA (Salud Mental, Urgencias, Medicina Interna, Geriatría, etc.)	41
CUIDADOS EN LAS ÚLTIMAS FASES DE LA VIDA (Geriatría, Medicina Interna, Pediatría, Atención Primaria, etc.).....	41
ESTÁNDARES DE CALIDAD NIVEL C:	45
CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA	45
PRESTACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS.....	45
GRUPO DE MEJORA DE LOS PROCESOS	46
CUADRO DE MANDO.....	46
OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES	46
PARTICIPACIÓN EN ÓRGANOS SUPRACENTRO	47
SUPERVISIÓN DE LAS INSTALACIONES.....	47
GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS.....	48
COLECTIVOS VULNERABLES	48
INSTRUCCIONES PREVIAS	49
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN (PACIENTES Y CLIENTES).....	50
ESTÁNDARES PROPIOS DE LA AGC/UGC	51
FASES PRE-PREANALÍTICA Y POST-POSTANALÍTICA (Laboratorios)	51
CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN MEDICAMENTOSA (Farmacia)	52
COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS (Urgencias, UCI, Medicina Interna, Geriatría, especialidades con bloque quirúrgico, Pediatría, etc.)	52
BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA PARA LA REDACCIÓN DE LA GUÍA	55
ESTÁNDARES DE CALIDAD DE NIVEL A:	55
ESTÁNDARES DE CALIDAD DE NIVEL B:	58
ESTÁNDARES DE CALIDAD DE NIVEL C:	61
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	63

PRÓLOGO

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) es una organización sanitaria con suficiente recorrido en la gestión de la calidad asistencial; a lo largo de estas dos últimas décadas, se ha adquirido experiencia en diversos modelos de gestión de la calidad con reconocimiento internacional, tales como ISO, EFQM, CAT o JCI.

A partir de esta experiencia, el SESPA ha construido herramientas propias para la gestión de la calidad y las ha implementado en los dispositivos asistenciales: con el fin de evaluar la calidad en el ámbito de la Gestión Clínica se crea el Sistema de Información Normalizado de Objetivos de Calidad (SINOC) y para evaluar la calidad en el ámbito de la Red Hospitalaria Pública (RPH) del Principado de Asturias, la Guía de estándares y circuitos de la calidad asistencial (GECCAs), con sus correspondientes esquemas de evaluación.

El Servicio de Salud Asturiano cuenta con una Unidad de Evaluación en Calidad (UEC) propia, acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) para los dos alcances que evalúa (Gestión Clínica y la Red Hospitalaria Pública), manteniéndose dicha acreditación en la actualidad.

La UEC-SESPA gestiona un panel de más de cien auditores procedentes de la propia Organización, capacitados para uno o ambos modelos y con experiencia contrastada en la realización de auditorías de calidad mediante los esquemas de evaluación correspondientes.

En el ámbito de la Gestión Clínica, los dispositivos asistenciales vienen reclamando desde hace tiempo una simplificación y una menor burocracia a la hora de gestionar la calidad; del mismo modo, los auditores solicitan herramientas fiables de evaluación que permitan realizar auditorías carentes de variabilidad.

Así, se propone la existencia de un modelo y una herramienta evaluadora únicos: Guía de estándares en Calidad asistencial (GECA) y Esquema de evaluación GECA, que cuentan con las adaptaciones necesarias en función del ámbito de aplicación (Gestión Clínica o RPH).

Ello facilitará la labor de los profesionales implicados en la gestión de la calidad del Servicio de Salud Asturiano y proporcionará homogeneidad en ambos ámbitos de aplicación.

Aquilino Alonso Miranda.
Director Gerente del SESPA.

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2009 se realizan las evaluaciones de la calidad asistencial de las Áreas y Unidades de Gestión Clínica (AGC/UGC) en el marco de sus Acuerdos de Gestión. Para llevar a cabo las evaluaciones se utiliza un modelo de calidad, el Sistema de Información Normalizada para los Objetivos de Calidad (SINOC), una herramienta para la evaluación: DAIME (acrónimo de Documentado, Aprobado, Implantado, Monitorizado y Evaluado) y un panel de auditores, profesionales de la Organización Sanitaria con la experiencia y capacitación adecuada para este cometido.

A partir del año 2014 las evaluaciones de calidad se desarrollan desde la Unidad de Certificación en Calidad del SESPA (UC-SESPA), que desde la publicación en el BOPA en julio de 2022 del Decreto que establece la estructura orgánica del SESPA se denomina Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA), creada para esta función a partir del Decreto 76/2014, de 30 de Julio, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

En el año 2016 la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC) reconoce a la UEC-SESPA la competencia técnica necesaria para realizar las actividades de evaluación de la calidad de acuerdo con la Norma UNE-EN ISO/IEC 17020 y con el alcance SINOC-DAIME. Esta acreditación se va renovando periódicamente conforme a los requisitos de ENAC y permanece vigente en el momento actual.

En el año 2018 la UEC-SESPA inicia la evaluación de la calidad asistencial de los hospitales de la Red Hospitalaria Pública (RHP) del Principado de Asturias. Para llevarlo a cabo se redacta una Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial (GECCAs), propiedad del Servicio de Salud Asturiano. La evaluación se desarrolla conforme a lo establecido en el Esquema de Evaluación GECCAs y también se utiliza el panel de auditores del SESPA, en este caso aumentando el número y los perfiles profesionales. El modelo GECCAs también ha sido acreditado por la ENAC en el año 2021, ampliando así el alcance de la acreditación de la Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA.

Toda esta experiencia evaluadora ha dotado a la UEC-SESPA de un panel de auditores de la calidad asistencial con una gran competencia técnica y una dilatada experiencia. De igual forma, la Unidad ha ido adquiriendo progresivamente solvencia evaluadora y su alcance incluye evaluaciones de la magnitud de los grandes hospitales de la Comunidad Autónoma. Cada una de las evaluaciones que la Unidad realiza en cualquiera de los dos alcances acreditados conlleva la incorporación de elementos de mejora en los Esquemas de Evaluación correspondientes.

En el ejercicio 2023 se modifica el Esquema de Evaluación SINOC-DAIME, pasando a denominarse Esquema de Evaluación SINOC-DAIME-GECCAs y se da la opción a las AGC/UGC de escoger la herramienta de evaluación (DAIME o GECCAs), ya que el cambio en el esquema se produce en el último trimestre del año con pocas posibilidades de adaptación. A partir de 2024 la herramienta de evaluación pasa a ser definitivamente el Esquema de Evaluación GECA.

Una vez finalizada la evaluación del ejercicio 2023 tiene todo el sentido que los dos modelos confluyan en un modelo único en forma de guía de estándares de calidad asistencial, bien para su aplicación en la Red Hospitalaria Pública o bien en el ámbito de la Gestión Clínica.

También parece coherente que a través de la evaluación se pueda realizar una fácil verificación del nivel de cumplimiento de los estándares de calidad, tal y como ocurre en el ámbito GECCAs y, por último, resulta muy positivo que esta herramienta sea homogénea en todo el Servicio de Salud Asturiano.

ESTRUCTURA DE LA GUÍA

La Guía de Estándares de Calidad Asistencial para la Gestión Clínica (GECA GC) agrupa estándares de calidad, entendidos como prácticas deseables para prestar una atención sanitaria más segura en términos de calidad. Es por lo tanto una guía de estándares, abandonando el concepto de indicadores de calidad que se manejaba en el SINOC.

Los estándares se agrupan en 3 niveles básicos, de igual forma que sucedía en el SINOC: un primer nivel A (básico), un segundo nivel B (avanzado) y un tercer nivel C (excelente).

El nivel A agrupa aquellos estándares de obligado cumplimiento para cualquier Área o Unidad de Gestión Clínica que inicie su camino en la gestión de la calidad. Muchos de ellos corresponden con normativas legales de obligado cumplimiento (consentimiento informado, gestión de quejas, sugerencias y agradecimientos, derechos y deberes de los usuarios,...) y todos ellos enuncian elementos básicos que no pueden dejar de cumplirse en ningún dispositivo.

En el nivel B se van incorporando aquellos estándares de calidad que serían exigibles a un dispositivo con cierto grado de madurez en cuanto a la gestión de la calidad. Por otro lado, se van perfilando indicadores en función de la tipología de la AGC/UGC, dado que hay estándares de calidad que pueden no resultar aplicables a determinados dispositivos (laboratorios, farmacia, salud mental, etc.).

El nivel C da un paso más en cuanto a la incorporación de estándares con un mayor nivel de compromiso con la gestión de la calidad por parte de las AGC/UGC. De igual forma que en el nivel anterior, se sigue avanzando en estándares de calidad que se ajusten de forma más precisa a las distintas áreas y unidades.

Se ha reducido notablemente el número de estándares de calidad en comparación con los indicadores existentes en la versión 8 del SINOC. Se han priorizado aquellos estándares cuya implantación y desarrollo suponen una mejora evidente de la atención sanitaria. También se han priorizado aquellos cuyo nivel de cumplimiento se puede verificar en el dispositivo por parte de los equipos auditores sobre aquellos con mayor peso documental o declarativo.

La estructura de la guía es la misma en los tres niveles: en primer lugar aparece el texto corto de cada estándar, después una pequeña introducción que lo explica y a continuación el texto completo del estándar seguido de los elementos que lo componen.

LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SU CUMPLIMIENTO POR LAS UGC/AGC

La valoración del nivel de cumplimiento de los estándares de calidad de la GECA GC se detallará con mayor precisión en el Esquema de Evaluación GECA GC, así como los rangos de puntuación.

Cada uno de los estándares de calidad va a contar con un número variable de elementos o requisitos a tener en cuenta por los dispositivos a la hora de su desarrollo. El abordaje de los elementos del estándar va a determinar el nivel de cumplimiento del mismo, contemplándose 3 posibles casos: cumplimiento total, cumplimiento parcial y no cumplimiento.

En el caso de AGC/UGC que cuenten con más de un dispositivo o modalidad asistencial (ej.: centro de salud y consultorio periférico o servicio hospitalario con hospitalización, consultas y actividad quirúrgica o AGC de salud mental con centro de salud, hospital de día y unidad de hospitalización) el nivel de cumplimiento del estándar y los elementos han de llevarse a cabo en todos ellos.

No es necesario que las UGC/AGC redacten documentos o procedimientos para cada uno de los

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

estándares, de hecho lo más aconsejable es que se suscriban aquellos procedimientos institucionales, ya sean del Área Sanitaria, del SESPA o de la Consejería de Salud. El nivel de cumplimiento de los estándares se medirá a partir de la implantación y el desarrollo de los procedimientos que se hayan tomado como referencia.

Las UGC/AGC deberán monitorizar periódicamente el nivel de desarrollo de los estándares de calidad y de los elementos en él contenidos. Estas monitorizaciones deben tener una frecuencia adecuada, incluir los elementos más importantes del estándar y abarcar todos los ámbitos de actuación del dispositivo. La monitorización de los elementos puede llevarse a cabo por el propio dispositivo o bien de forma centralizada desde el Área Sanitaria. En cualquiera de los casos las monitorizaciones han de documentarse adecuadamente y difundirse sus resultados entre los profesionales del AGC/UGC.

Anualmente el Comité de Dirección del AGC/UGC valorará individualmente cada uno de los estándares de calidad correspondientes a su encuadramiento, así como cada uno de los elementos que lo componen y, en base a los resultados de las monitorizaciones y a otras posibles entradas de su cuadro de mando, formulará las acciones preventivas, correctivas o de mejora que permitan una mejor gestión de la calidad. Estas valoraciones deberán registrarse adecuadamente y el resultado de las mismas se comunicará a los integrantes de la UGC/AGC.

RELACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD DE NIVEL A

CÓDIGO	TEXTO CORTO DEL ESTÁNDAR
A_01	PLAN DE ACOGIDA AL USUARIO
A_02	CONFIDENCIALIDAD
A_03	IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA
A_04	CONSENTIMIENTO INFORMADO
A_05	EVALUACIÓN DEL PACIENTE
A_06	INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES
A_07	QUEJAS, SUGERENCIAS Y AGRADECIMIENTOS
A_08	HIGIENE DE MANOS
A_09	GESTIÓN DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA
A_10	ALMACENAMIENTO DE LA MEDICACIÓN
A_11	PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN
A_12	PLAN DE ACOGIDA A NUEVOS PROFESIONALES
A_13	EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA
A_14	VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA Y PROCEDIMIENTOS DE RIESGO

ESTÁNDARES DE CALIDAD NIVEL A:

PLAN DE ACOGIDA AL USUARIO

El momento inicial en el que un paciente y su familia entran en contacto con un centro sanitario, en cualquier ámbito (atención primaria, centro hospitalario o dispositivo de salud mental) es una situación en la que pueden conjugarse sentimientos de ansiedad, temor o preocupación, acompañados en muchas ocasiones de dolor. Es por tanto una situación de gran vulnerabilidad, por lo que nuestras actuaciones, en esta fase inicial, además de proporcionar seguridad al paciente y a su familia, han de perseguir la adaptación del paciente al medio hospitalario a través de un trato cálido y cercano que le proporcione confianza.

Será el momento en el que hay que facilitarle los documentos sobre los que deba tener conocimiento.

El paciente y su familia han de conocer a los responsables de su proceso, los canales a través de los que les será transmitida la información y el plan terapéutico personalizado que se va a desarrollar.

Toda esta información se desarrolla a través del acto de “acogida”, que debe estar estructurada con carácter general en el dispositivo y personalizada para el ámbito en el que se desarrolle.

Estándar A_01

A_01

El AGC/UGC organiza la **acogida de los usuarios** garantizando la transmisión de la información necesaria.

Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento que describe en qué consiste la acogida al paciente, qué elementos tiene, qué información se facilita y qué profesionales participan en la misma.
- Se realiza la recepción del paciente y comprobación de la identidad.
- El personal con el que se interacciona y los responsables de la asistencia se presentan.
- Entrega de documentación básica: guía básica del servicio/centro o tríptico y cuanta información pueda resultar de interés (horarios de atención, atención urgente, responsables, teléfonos, etc.)
- Información funcional sobre la unidad en la que está asignado: horarios de visita, información a pacientes y familiares, horarios de comidas, informaciones sobre el servicio, etc.
- Recogida de pertenencias (posibilidad de custodia), asignación de la habitación y ayuda a la instalación en la misma, entrega de los útiles de aseo, explicación del funcionamiento del timbre, persianas, biombo...
- La dirección difunde la carta de derechos y deberes de los pacientes entre usuarios y profesionales, estando la cartelería presente en todas las ubicaciones si el AGC/UGC cuenta con varios dispositivos.
- En el proceso de acogida se facilitan los horarios y lugares establecidos para la información clínica y los pacientes/familiares son informados acerca de su derecho a la participación en la toma de decisiones con respecto a su atención.

CONFIDENCIALIDAD

La Ley General de Sanidad, en relación con los derechos de los pacientes, en el apartado 3 del artículo 10, establece el derecho “a la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas”.

También la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones, en materia de información y documentación clínica, en el artículo 7, establece: “Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.”

En el “Decálogo de Confidencialidad” del SESPA se define: “La confidencialidad es el derecho del paciente o usuario a que todos aquéllos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto”.

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

En dicho decálogo se establece que la confidencialidad es un valor de la sociedad, que el secreto perdura en el tiempo (“debiendo guardar la reserva debida sobre la información a la que tuvieran acceso por razón de su actividad, prolongándose esta reserva incluso después de finalizar su actividad profesional”), que el acceso a la información es restringido y que los documentos que contengan información clínica también son confidenciales, no debiendo permanecer ni depositarse en lugares donde puedan ser leídos por personas no autorizadas garantizando su custodia segura, cualquiera que sea el soporte (papel, audiovisual, informático o de otro tipo).

Estándar A_02

A_02

El AGC/UGC establece los mecanismos necesarios para gestionar los **datos de carácter confidencial** de los pacientes.

Elementos del estándar:

- El AGC/UGC realiza periódicamente actividades de formación y/o sensibilización en relación con la confidencialidad y la protección de los datos personales.
- Todos los profesionales, incluidos aquéllos de empresas subcontratadas, tienen firmado un compromiso de confidencialidad en relación con el acceso a datos sensibles.
- La documentación clínica o los listados de pacientes en papel no está expuesta en zonas de tránsito y no se encuentra accesible para personas ajenas a la atención sanitaria.
- La entrega de informes o resultados de pruebas complementarias se realiza en sobre cerrado dirigido al usuario y si la recogida se realiza por un familiar autorizado se registra.
- Los justificantes que se emiten para familiares de pacientes contienen sólo la información mínima necesaria para la finalidad que tiene que cumplir (identificación del paciente, fecha y duración del ingreso).
- Los contenedores destinados al papel confidencial están ubicados en los lugares donde se genere este tipo de residuos y en ellos no se desecha ningún papel que no contenga datos sensibles.
- No se utilizan pegatinas con datos de pacientes adheridas a las pantallas de los ordenadores, a la ropa de los profesionales, a los corchos de las unidades que estén en lugares accesibles...
- Se utilizan claves personales e intransferibles para el acceso a los programas de gestión de la historia clínica electrónica (Selene, Millennium, Modulab, Omega, EOS...).
- Los ordenadores están bloqueados cuando no se estén utilizando, no se dejan sesiones abiertas.
- Se evita el uso de dispositivos portables (USB, discos duros...) para almacenar en ellos información con datos confidenciales; cuando sea necesario, se realiza siempre con los datos cifrados.
- En el ámbito profesional se utilizan los correos institucionales.
- Todas las comunicaciones de datos de salud que se realicen a través de redes públicas de telecomunicaciones, se efectúan cifrando dichos datos o utilizando otro mecanismo que garantice que la información no sea inteligible ni manipulada por terceros. La contraseña nunca acompañará al correo o al medio de comunicación escogido.
- Cuando se utilicen redes sociales (RRSS) como medio de comunicación entre profesionales, nunca se comparte a través de ellas información confidencial.
- Están definidos los circuitos de información clínica a los pacientes y familiares y se les facilita esta información desde el inicio de la atención.
- Para la información clínica se utilizan salas específicas que garantizan la intimidad y que están dotadas de mesa, sillas y equipos informáticos con acceso a la historia clínica.
- Se utiliza un sistema de llamada de familiares o pacientes anonimizada a través de códigos.
- No se facilita información clínica en zonas comunes (pasillos, salitas, habitaciones con más pacientes o en boxes abiertos: hemodiálisis, UCI, hospital de día...).
- Cuando la información clínica se da por vía telefónica, la llamada se efectúa desde el propio centro y se registra en la historia clínica la información facilitada y el familiar que la recibe.

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA

Los errores en la identificación de los pacientes son una de las causas más frecuentes de eventos adversos (EA) y en ocasiones con consecuencias de gran envergadura. De ellos derivan administraciones incorrectas de fármacos, aplicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos equivocados, desestimación de pruebas biológicas o repetición de las mismas y en ocasiones anotaciones en historia electrónica que no corresponde con el paciente atendido.

La identificación inequívoca de los pacientes es la primera de las metas internacionales de seguridad del

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

paciente (MISP) y el primero de los eslabones para garantizar una asistencia sin riesgos.

Los dispositivos sanitarios (UGC/AGC) han de desarrollar procedimientos o acogerse a los procedimientos institucionales ya contrastados, en relación con la identificación de los pacientes a los que atienden. Esta circunstancia toma una mayor relevancia cuando se va a realizar un procedimiento de riesgo.

Estándar A_03

A_03

El AGC/UGC aplica un procedimiento que asegura la **identificación inequívoca** de los pacientes.

Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento que conocen todos los profesionales para la identificación inequívoca del paciente.
- La identificación se realiza por al menos dos identificadores que nunca son la habitación ni la ubicación del paciente.
- Se identifica inequívocamente al paciente antes de administrar tratamientos, extracciones, procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Se le explica al paciente la finalidad del uso de las pulseras de identificación.
- Se identifican las cunas e incubadoras de recién nacidos con la pulsera de la madre.
- Se identifican las camas de los pacientes para evitar errores en traslados, pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas.
- Se diferencia el mobiliario de la habitación de forma que no pueda generar errores en la administración de medicación o las dietas prescritas (mesitas y vasos).
- Se notifican errores de identificación por los canales establecidos.
- Se realizan campañas de sensibilización entre los profesionales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado (CI) es un proceso de comunicación e información entre el profesional sanitario y el paciente, que permite respetar la libertad de las personas para decidir sobre su salud, asumiendo sus propias responsabilidades en la toma de decisiones una vez recibida la información sobre el procedimiento a realizar.

El paciente será siempre el receptor de la información, excepto en los casos de incapacidad o negativa a recibirla, en cuyo caso dicha información irá dirigida a la familia o al representante legal.

Debe informar el responsable médico del paciente, aunque diversas partes del proceso informativo puedan ser asumidas por profesionales diferentes, dependiendo de su complejidad.

El artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica dice que “el consentimiento será verbal por regla general”, pero que “se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.

Una persona puede aceptar un procedimiento y no desear información o rechazar el procedimiento, en cuyo caso quedará reflejado en la historia clínica del paciente.

Son excepciones a la necesidad de obtener el CI cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, cuando la urgencia no permita demoras por poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento y por imperativo legal.

Estas circunstancias deben estar siempre justificadas y recogidas en la historia clínica.

Estándar A_04

A_04

El AGC/UGC recaba el **consentimiento informado** del paciente a través de un documento normalizado en el que constan todos los campos legalmente establecidos y éstos están adecuadamente cumplimentados.

Elementos del estándar:

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

- Existe una relación de los procedimientos que se utilizan en la UGC/AGC que precisan consentimiento informado escrito.
- Todos los documentos de CI utilizados tienen una estructura común aprobada por la dirección del centro.
- En el documento de CI constan los campos establecidos por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.
- Existen CI para procesos sobrevenidos que puedan acontecer durante la realización de una intervención quirúrgica: aporte sanguíneo, sondaje, ventilación mecánica....
- En el formulario de CI se cumplimentan todos los campos establecidos por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.
- Existe un procedimiento definido para la sustitución en el otorgamiento del consentimiento informado en los casos descritos por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Existe un registro de tutores o representantes legales en la historia clínica del paciente.
- Ante conflicto ético sobre la toma de decisiones, se consulta al Comité de Ética.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

La evaluación del paciente es uno de los principales procesos que tienen lugar al inicio de la atención sanitaria y en el que intervienen varios profesionales. A partir de esta evaluación inicial se diseñará el plan terapéutico individualizado. No es un proceso estático, sino que conforme avanzan las evidencias encontradas en las pruebas diagnósticas o el progreso de la sintomatología puede reorientarse la evaluación.

Por otro lado, se ha de realizar una reevaluación siempre que cambien las condiciones clínicas de los pacientes, es decir, la evaluación inicial de un paciente que ingresa para una intervención quirúrgica, ha de reformularse cuando ésta ya ha tenido lugar. De la misma forma, un paciente que acude a un centro de salud después de un alta hospitalaria con algún diagnóstico no resuelto será reevaluado periódicamente y los diagnósticos, tratamientos y recomendaciones de salud serán modificados en base a la nueva situación.

La evaluación del paciente ha de considerar todos los aspectos que puedan incidir o que tengan repercusión en su tratamiento. Será una evaluación holística, que contemple los aspectos biopsicosociales del paciente, entendiéndolo como un todo.

Estándar A_05

A_05

Los pacientes son **evaluados y reevaluados** siempre que la situación lo precise y se refleja en su historia clínica.

Elementos del estándar:

- Se realiza una evaluación con anamnesis completa del paciente, examen físico, pruebas complementarias, etc.
- En el ámbito hospitalario se realiza una valoración enfermera en las primeras 24 horas.
- En los ámbitos de Atención Primaria o de Salud Mental se realizará una evaluación a partir de la primera consulta.
- El paciente es reevaluado de forma estandarizada y siempre que su situación clínica lo requiera.
- Se realiza una evaluación social de los pacientes y se establecen las medidas necesarias.
- Los pacientes tienen una evaluación nutricional con asignación de una dieta adecuada a su estado de salud y se reevalúa siempre que la situación lo requiere.
- En el ámbito de Atención Primaria o en el de Salud Mental ambulatorio los pacientes recibirán recomendaciones dietéticas, de hábitos saludables y de educación para la salud siempre que sea necesario.
- Se realiza una evaluación de la disfagia a los pacientes que lo precisen y se adecuará la dieta en base a la evaluación realizada. En el ámbito ambulatorio se facilitarán recomendaciones en los pacientes que lo precisen.
- Se realiza una evaluación y reevaluación del dolor de los pacientes y se registra en historia clínica, así como las medidas adoptadas.

INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, define como información clínica: “todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla”.

En su artículo 4 “Derecho a la información asistencial” se establece que: “los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley”.

En relación con la forma y el contenido de la información clínica dice: “la información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”. “La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”.

Los puntos de información de los dispositivos sanitarios para pacientes y familiares deben ser plenamente accesibles, sin contar con barreras físicas, lingüísticas, culturales o de cualquier otro tipo que dificulten o impidan una comunicación eficaz.

Estándar A_06

A_06

La información clínica a pacientes y familiares se transmite de manera adecuada.

Elementos del estándar:

- Los horarios y lugares en los que se facilitará información clínica a pacientes y familiares están establecidos y son conocidos por éstos.
- Se evita dar información sensible en pasillos o zonas comunes que no garanticen la suficiente confidencialidad.
- Se informa acerca del diagnóstico, tratamiento, pruebas complementarias y resultados de las mismas...
- Los pacientes y sus familiares son informados acerca de su derecho a la participación en la toma de decisiones con respecto a su atención (consentimiento informado, instrucciones previas, distintas opciones terapéuticas...).
- Los puntos donde se ofrece información cuentan con alternativas accesibles para personas con movilidad reducida o personas con discapacidad sensorial o de cualquier otro tipo.
- Existen mecanismos para facilitar la comunicación con personas de diferentes culturas.
- Se conocen los mecanismos establecidos para acceder a mediadores culturales y/o lingüísticos cuando se necesite informar a pacientes de otras culturas o con discapacidades sensoriales.

QUEJAS, SUGERENCIAS Y AGRADECIMIENTOS

Las quejas, sugerencias y agradecimientos constituyen la expresión de la participación de cada ciudadano en el sistema sanitario. Son, además, un instrumento fundamental empleado habitualmente por las organizaciones para conocer la percepción que tienen los destinatarios de sus servicios.

El derecho a presentar reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario se encuentra reconocido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, donde dice, en su artículo 12 que “se facilitará a todos los usuarios información sobre las vías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones”.

Estándar A_07

A_07

El AGC/UGC gestiona adecuadamente la transmisión de quejas, sugerencias o agradecimientos en relación con la atención sanitaria.

Elementos del estándar:

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

- Se impulsa de forma proactiva la transmisión de quejas, sugerencias o agradecimientos en relación con la atención sanitaria.
- Las quejas planteadas se contestan en el tiempo y forma establecidos por la normativa vigente.
- Se hace un análisis agrupado de las quejas, sugerencias y agradecimientos y se incorporan los resultados en acciones de mejora.
- Se valora la satisfacción de los usuarios con las contestaciones emitidas a las quejas formuladas.

HIGIENE DE MANOS

En el año 2005 la OMS lanzó el primer reto mundial por la seguridad del paciente, *Clean Care is Safer Care* (Una atención limpia es una atención más segura), con el objetivo de lograr que se reconociera universalmente el papel fundamental que tiene la higiene de manos en la reducción de las infecciones asociadas a la atención sanitaria y en la prevención de la diseminación de microorganismos multirresistentes.

En 2008 el Sistema Nacional de Salud impulsa el “Programa de Higiene de las Manos”, en el marco del programa de seguridad del paciente de la OMS. Mediante la implicación de los profesionales sanitarios y pacientes y el compromiso de los líderes, gestores sanitarios y responsables de las políticas sanitarias, la higiene de las manos (HM) se sitúa como medida preventiva prioritaria en los centros sanitarios.

Estándar A_08

A_08

El AGC/UGC promueve una política proactiva de **higiene de manos**.

Elementos del estándar:

- El AGC/UGC cuenta con los recursos materiales necesarios para la realización de una adecuada HM.
- Todos los profesionales realizan un uso adecuado de los guantes sanitarios.
- Se realizan monitorizaciones observacionales del cumplimiento de los 5 momentos de la HM según la propuesta de la OMS o de otros elementos relacionados con la HM (no llevar anillos, pulseras o relojes ni uñas postizas, largas o con esmaltes) y se proponen acciones de mejora según sus resultados.
- Actualización y verificación de la competencia del personal a través de formación continuada, talleres de demostración práctica de la HM o encuestas sobre los conocimientos en esta materia.

GESTIÓN DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

El Consejo Europeo de Resucitación (ERC) define la parada cardiorrespiratoria (PCR) como “el cese de la actividad mecánica cardíaca, confirmado por la ausencia de pulso detectable, inconsciencia y apnea (o respiración agónica, entrecortada)”.

Se trata de una situación de urgencia vital, donde la actuación temprana junto con la presencia de personal sanitario formado y los elementos necesarios para la resucitación, van a determinar el pronóstico del paciente.

Estándar A_09

A_9

El AGC/UGC conoce el procedimiento del área sanitaria para atender la **parada cardiorrespiratoria** donde se establecen las actuaciones y las responsabilidades.

Elementos del estándar:

- Existe cartelería en los sitios adecuados en relación con la activación de la PCR.
- Los dispositivos cuentan con los materiales adecuados para atender la PCR (DEA, carro de paradas, sellos, pilas...) y con un responsable de los mismos o conocen la ubicación más cercana en donde se encuentran.
- Existe un registro de las verificaciones periódicas del carro de paradas: revisiones de contenidos, aperturas programadas... (en el caso de que la ubicación de los materiales sea dentro del propio dispositivo).
- El personal mantiene una formación actualizada en soporte vital (en el caso de que sea adecuado que el soporte vital se realice desde la propia UGC/AGC).

ALMACENAMIENTO DE LA MEDICACIÓN

El almacenamiento de los medicamentos tanto en el Servicio de Farmacia como en los distintos botiquines de los dispositivos, debe seguir un patrón uniforme en todo el área que reduzca los errores de identificación de los medicamentos y que responda a las necesidades del servicio en el que está ubicado.

Estándar A_10

A_10

El AGC/UGC garantiza un **almacenamiento** y una correcta gestión de los medicamentos a través de un procedimiento uniforme.

Elementos del estándar:

- Los botiquines se encuentran en un lugar limpio, fresco, fuera de la luz y el calor y del alcance de personas ajenas al centro.
- El botiquín cuenta con un listado con la medicación incluida y con el *stock* pactado con el Servicio de Farmacia.
- Los medicamentos se almacenan en cajetines por principio activo, dosis y forma farmacéutica (preferentemente por orden alfabético), de forma que se eviten errores.
- No se rotulan los cajetines de forma manuscrita.
- Se colocan delante los medicamentos de caducidad más próxima y no se abre un envase nuevo antes de terminar el empezado.
- Se separan los medicamentos diferentes, las distintas dosis y las distintas formas farmacéuticas del mismo medicamento, con el fin de prevenir errores de medicación.
- Existe una sistemática de almacenamiento y/o rotulación para evitar errores con medicación con presentaciones o con nombres parecidos; en casos de ambigüedad se utilizan “letras mayúsculas resaltadas” destacando en mayúsculas las letras de los nombres que son distintas, con el fin de acentuar sus diferencias (p.ej. DOBUTamina, DOPamina). Estas letras pueden destacarse aún más utilizando letra negrita, color, color de fondo o mediante otros recursos tipográficos.
- Los medicamentos de alto riesgo (MAR) que así estén señalados en la GFT del centro estarán señalados en los botiquines de forma inequívoca, de acuerdo con el protocolo del Servicio de Farmacia y/o del Área sanitaria.
- Los viales con concentrados de electrolitos (cloruro potásico, fosfato potásico, sulfato de magnesio y cloruro sódico superior al 0,9%) y que requieren dilución antes de su administración intravenosa, no están disponibles en los depósitos de medicamentos o en los armarios de dispensación automatizada de ninguna unidad asistencial (incluidos los botiquines de quirófano/anestesia) (punto 120a del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se limita el número de presentaciones y de concentraciones disponibles, particularmente para heparina, morfina e insulina.
- El botiquín no contiene muestras farmacéuticas, ni medicación gestionada a través de recetas, ni medicación de los pacientes ingresados.
- Existe un procedimiento para desechar la medicación.
- Existe una sistemática definida para el aprovisionamiento de medicación de forma urgente o no programada.
- Existe una sistemática de monitorización de la temperatura de la medicación u otros productos termolábiles.
- Se realiza una adecuada gestión de la medicación o productos fotosensibles.
- Existe un procedimiento para la gestión de los medicamentos o productos multidosis (colirios, pomadas, jarabes, antisépticos...) en el que se especifica la duración de los mismos una vez abiertos, la forma de rotulación y la forma de conservación.

PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

La preparación, dispensación y administración de los medicamentos son tareas que requieren ser realizadas en unas condiciones de trabajo idóneas, de forma que se reduzca la posibilidad de cometer errores. El personal debe estar adecuadamente capacitado para garantizar la seguridad del procedimiento.

Estándar A_11

A_11

El AGC/UGC utiliza un procedimiento que garantiza la adecuada **preparación, dispensación y administración** del medicamento al paciente.

Elementos del estándar:

PREPARACIÓN:

- El personal de enfermería selecciona la medicación a administrar en las salas de medicación, en los SAD o en otras áreas, en un entorno libre de distracciones, interrupciones y ruidos (punto 162 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El personal de enfermería que prepara la medicación está identificado (chaleco con rótulo identificativo u otro distintivo) de forma que puedan ser reconocidas por pacientes, familiares y otros profesionales y no ser interrumpidas durante esta actividad.
- El personal médico y de enfermería (incluyendo los profesionales de anestesia) preparan o seleccionan toda la medicación que se vaya a administrar a un paciente de una sola vez, inmediatamente antes de su administración.
- Se comprueba la fecha de caducidad del medicamento y el estado de conservación.
- Se prepara la medicación de cada paciente de forma individualizada; si en una habitación hay más de un paciente no se prepara simultáneamente la medicación de todos ellos.
- Los envases con medicamentos que se llevan hasta la cabecera del paciente (incluyendo jeringas preparadas para lavar las líneas de infusión y otros medicamentos preparados a partir de viales y ampollas en las unidades asistenciales fuera de la habitación del paciente), están etiquetados como mínimo con el nombre del medicamento y la composición cuantitativa, así como la vía de administración, si procede (punto 89 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El procedimiento para etiquetar la medicación antes de ser administrada es seguro.
- Las soluciones intravenosas, las dosis y los tiempos de administración de los medicamentos están estandarizados siempre que sea posible.
- La preparación de mezclas intravenosas de medicamentos de alto riesgo se realiza desde una unidad centralizada en el Servicio de Farmacia.
- Los medicamentos orales se mantienen en su envase unitario hasta el mismo momento de su administración a pie de cama, para así poder realizar un control final frente a la hoja de registro de administración de medicamentos de enfermería. Excepción: medicamentos que requieren preparación previa (p. ej. triturado).
- El profesional que prepara la medicación es el mismo que la administra.

DISPENSACIÓN:

- Los medicamentos que se dispensan por el Servicio de Farmacia para pacientes específicos, van etiquetados y acondicionados en dosis unitarias y están identificados con el nombre y localización del paciente, bien en contenedores (bandeja, cajetín) o con un envoltorio exterior (sobre, bolsa) (punto 85 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Las dosis que requieran menos de un comprimido (p. ej. 1/4 ó 1/2 comprimido) se reenvasan en dosis unitarias por el Servicio de Farmacia (punto 84 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Cuando el Servicio de Farmacia dispensa medicamentos a pacientes ambulatorios, siempre que se dispensa un medicamento nuevo, un farmacéutico proporciona información al paciente o cuidador sobre el nombre del medicamento, su indicación, la dosis prescrita, la forma de administración, los beneficios esperados y los posibles efectos adversos, así como los errores más importantes que pueden ocurrir (punto 209 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Siempre que el Servicio de Farmacia dispensa un medicamento a un paciente ambulatorio se verifica con el paciente o cuidador, que el medicamento dispensado se corresponde con el prescrito mostrándole el envase y etiquetado del medicamento (punto 210 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El centro promueve la implantación de tecnología de lector de código de barras para verificar los medicamentos cuando se dispensan.
- Los pacientes ambulatorios que no puedan acudir a la dispensación pueden autorizar a un familiar o allegado para su recogida.
- Se realiza una identificación inequívoca del paciente o familiar que no se basa en la receta electrónica.

ADMINISTRACIÓN:

- Los horarios de administración de la medicación están estandarizados en todo el centro.

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

- El mobiliario del centro se adecúa para prevenir errores en la medicación, por ejemplo, se señalizan las mesitas de los pacientes.
- Se utilizan vasos de distintos colores para identificar la ubicación de los pacientes.
- El personal de enfermería que administra la medicación está identificado (chaleco con rótulo identificativo u otro distintivo), de manera que pueda ser reconocido por pacientes, familiares y otros profesionales y no ser interrumpido durante esta actividad.
- Se promueve que el paciente tome un papel activo en su identificación, actuando como barrera para evitar posibles errores de medicación.
- Se informa al paciente de la medicación que se le va a administrar, en ocasiones pueden ser equivalentes terapéuticos distintos a los que tomaba en su domicilio y se aclaran las posibles dudas.
- Se comprueba el estado cognitivo del paciente y su capacidad de deglución antes de administrar la medicación.
- Se realiza una identificación inequívoca del paciente antes de la administración de cualquier medicamento.
- Se utilizan dos identificadores del paciente (nunca el número de habitación o la localización) de la hoja de registro de enfermería o de la prescripción médica, para verificar su identidad en la pulsera identificativa o cuando sea posible directamente con el paciente, antes de administrar la medicación. (punto 18b del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se emplea un lector de códigos que utiliza al menos dos identificadores (p. ej. nombre y fecha de nacimiento, nombre y número de historia clínica) para verificar la identidad del paciente antes de la administración de los medicamentos (punto 18a del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El centro cuenta con procedimientos que garantizan la administración segura de la medicación intravenosa.
- El centro cuenta con procedimientos que garantizan la seguridad de los sistemas de control de flujo de infusiones (bombas de infusión).

PLAN DE ACOGIDA A NUEVOS PROFESIONALES

Los planes de acogida al personal de nueva incorporación son una herramienta útil en la gestión de recursos humanos. En el momento del inicio de la relación laboral, facilitan la integración del personal, contribuyendo a la satisfacción y a la integración en el equipo, a la par que sirven como elemento motivador y de adhesión a los objetivos de la organización.

Estándar A_12

A_12

La organización aplica a los **profesionales** de nueva incorporación un **plan de acogida** actualizado y personalizado.

Elementos del estándar:

- Existe un plan de acogida general para todo profesional de nueva incorporación en el AGC/UGC donde se explicitan los contenidos que han de conocer las nuevas incorporaciones y un acceso a una ubicación electrónica en la que poder consultarlo.
- Está definido quién realiza la acogida, cuándo y a quién.
- La documentación general del plan de acogida se actualiza periódicamente.
- El plan de acogida es personalizado para todas las categorías profesionales y los puestos de trabajo, con contenidos definidos y adaptados a las necesidades del desempeño de esos profesionales.
- Los planes de acogida incluyen la documentación común del hospital y la de los procesos clave: confidencialidad, activación ante una PCR, ante una emergencia, instrucciones ante accidente por material corto-punzante, uso de equipos de protección individual (EPIs), actuación ante agresión al profesional, etc.
- Los planes de acogida realizados están documentados.
- Se realiza evaluación de la acogida por el nuevo profesional.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define caída como “la consecuencia de cualquier

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”.

La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería, su prevención constituye una de las metas internacionales de seguridad de paciente (MISP6).

Las caídas son eventos adversos que se presentan con gran frecuencia, tanto en el ámbito hospitalario como en el propio domicilio del paciente. Sus consecuencias tienen gran repercusión en el bienestar del paciente y su familia, y en los costes y la sostenibilidad del sistema.

Hay múltiples factores asociados al aumento del riesgo de caída, que habría que detectar a través de escalas de evaluación, que identifiquen al paciente de riesgo y así poder reducir su incidencia.

Estándar A_13

A_13

El AGC/UGC evalúa el **riesgo de caída** de los pacientes y establece las medidas adecuadas para minimizarlo.

Elementos del estándar para la comprobación en el ámbito quirúrgico:

- Uso de una escala para la evaluación del riesgo de caídas (p. ej.: escala St. Thomas modificada Stratify) en pacientes con: historial de caídas antiguas, uso de fármacos que puedan comprometer la deambulación (ansiolíticos, hipnóticos, sedantes) o aumentar la necesidad de ir al servicio (diurético, laxantes), problemas de movilidad y equilibrio, problemas de visión, edad avanzada...
- Aplicación de la valoración del riesgo de caída en pacientes tanto en el ámbito hospitalario como en el de Atención Primaria, este último referido al riesgo de caída en el domicilio y en el entorno del paciente.
- Identificación específica en historia clínica de pacientes con una puntuación en la escala St. Thomas mayor o igual a dos puntos.
- Existencia de elementos estructurales en el ámbito hospitalario: señalizaciones nocturnas, bloqueo de ruedas de las camas, ropa o calzado adecuados, asideros en los baños, timbre de llamada a mano, pasamanos en la habitación, orden en las habitaciones, elementos deslizantes (carros, mesitas...).
- Existencia de elementos estructurales en el domicilio: uso de calzado adecuado, precauciones con felpudos, alfombras, adaptación de elementos del baño (platos de ducha), etc.
- Implantación de programas de educación para pacientes y familiares con riesgo de caída: recomendaciones generales, precauciones específicas...
- Establecimiento de rondas de comprobación periódicas de los elementos: camas y mesillas frenadas, ausencia de obstáculos, timbre a mano, calzado adecuado... En el alcance hospitalario se realizará por el personal de enfermería y en el ámbito domiciliario por el cuidador principal.
- Procedimientos de transferencia seguros: silla de ruedas, uso del WC, ducha, camillas, fisioterapia, pruebas complementarias, etc.
- Establecimiento de indicadores de caídas: número de caídas, porcentaje de caídas en pacientes con evaluación del riesgo realizado...

VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA Y PROCEDIMIENTOS DE RIESGO

Los listados de verificación quirúrgica (LVQ) son una herramienta muy útil para la reducción de los errores en los procesos quirúrgicos o en procedimientos invasivos de riesgo. Con su uso se puede asegurar que todas las tareas relevantes se realicen y revisen, fomenta una dinámica de equipos más transversal, favorece la comunicación entre los miembros del equipo y permite anticipar potenciales complicaciones.

El listado de verificación quirúrgica (LVQ) consta de tres fases:

- 1) el periodo previo a la inducción anestésica (Entrada),
- 2) el momento en el que el paciente ya está anestesiado y se procede a la incisión (Pausa quirúrgica) y
- 3) el periodo durante o inmediatamente después de cerrar la herida, es decir, antes de retirar el campo estéril (Salida).

Estándar A_14

A_14

El AGC/UGC tiene implantado un procedimiento para la **verificación quirúrgica y los procedimientos de riesgo**.

Elementos del estándar:

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

1) ENTRADA:

- Se realiza identificación inequívoca del paciente, preguntándole su nombre y confirmándolo con la pulsera.
- Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, el familiar que lo acompañe hasta el área prequirúrgica es quien corrobora los datos, antes de que el paciente entre en la fase de preanestesia.
- Se verifica la localización quirúrgica y el procedimiento.
- El gestor del LVQ repasa verbalmente con el paciente (cuando es posible) la existencia del consentimiento informado (CI), confirmando que el paciente (o el representante) ha dado su consentimiento para la cirugía, la anestesia o los procedimientos sobrevenidos.
- El consentimiento, la localización quirúrgica y el procedimiento se contrasta con los datos de la historia clínica.
- El gestor del listado comprueba que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía en el caso de que implique lateralidad o de que sea necesario.
- Se garantiza que todos los documentos, imágenes y estudios relevantes están disponibles y debidamente etiquetados.
- Se comprueba la ausencia de prótesis dental o audífonos, anillos, lentillas y otros objetos personales.
- Se verifican las normas de ayuno y la retirada de esmaltes y maquillaje.
- Se confirma la disponibilidad de productos sanguíneos, equipos e instrumental médico y que los dispositivos médicos implantables se encuentran a mano, en correcto estado y funcionan.
- Se documenta en HCE la verificación prequirúrgica.

2) PAUSA QUIRÚRGICA:

- Todos los miembros del equipo se conocen por su nombre y función y están presentes en ese momento. Si en el quirófano hay alguna persona desconocida, antes de comenzar con esta fase cada uno se identifica a sí mismo por el nombre y verbaliza su papel durante la intervención. Cuando los equipos son pequeños y muy estables, a criterio de lo que el responsable del LVQ considere como una práctica segura, este paso se podría plantear como opcional.
- Si fuese precisa la colaboración de otros especialistas (urólogos, ginecólogos, cirujano vascular, digestivo, endoscopista, etc.) se confirma que éstos están presentes o localizados para su incorporación cuando sea preciso.
- Justo antes de que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona que coordina la lista, pide a todo el personal presente en el quirófano que paren y confirmen verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar y la localización de la misma a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea.
- Esta casilla no se marca hasta que el anestesiólogo, el cirujano y la enfermera circulante, individual y explícitamente, confirman que están de acuerdo.
- El gestor del listado pregunta en voz alta durante la “Pausa quirúrgica” si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si no se ha administrado, debería administrarse antes de la incisión. Si se ha administrado hace más de 60 minutos, el equipo debe decidir si repite o no la dosis.
- Hay procedimientos quirúrgicos específicos que requieren comprobaciones adicionales como puede ser en la cirugía cardíaca el chequeo de la bomba de circulación extracorpórea o medidas de profilaxis de trombosis venosa y sería en la pausa quirúrgica cuando deberían llevarse a cabo.
- Se documenta adecuadamente en HCE la pausa quirúrgica.

3) SALIDA:

- La persona que coordina el listado verifica el nombre del procedimiento quirúrgico que se ha realizado (pudo haberse cambiado o ampliado).
- Se comprueba el etiquetado de muestras (cuando hay muestras presentes durante el proceso de salida, se leen las etiquetas en voz alta, incluyendo el nombre del paciente).
- La enfermera instrumentista o la circulante confirman verbalmente que han culminado el recuento final de gasas, agujas e instrumental.
- Se documenta cualquier problema que haya surgido relacionado con los equipos o cualquier evento intraoperatorio importante que haya tenido lugar.
- A fin de asegurar una planificación efectiva para la recuperación del paciente, la persona que coordina la lista pregunta al cirujano “¿Cuál es el plan postoperatorio?” Particularmente las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente.
- El anestesiólogo revisa si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria.

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

- Se confirma que el paciente ha iniciado la profilaxis de la enfermedad tromboembólica antes de la intervención (si ésta estuviese indicada), si no se prescribe la próxima dosis de heparina según indicación médica en las siguientes seis horas.
- El último ítem del listado propuesto es un campo de texto libre con el nombre de “OBSERVACIONES”: su finalidad es describir aquellos hechos, incidentes o dudas de relevancia que puedan servir para mejorar el LVSQ en posteriores valoraciones. Aquí se consignan también incidentes que han sido evitados con la utilización del LVSQ y aquellos incidentes de seguridad que no hayan sido recogidos en otro registro o sistema de notificación como SiNASP, SENSAR...

Elementos de los procedimientos de riesgo:

Cada dispositivo debe definir quién es la persona encargada de aplicar y rellenar la lista de verificación durante la realización de un procedimiento de riesgo. Los procedimientos de riesgo con listado de verificación son, al menos, los siguientes:

- Biopsias: mama, pulmonar, hepática y próstata.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
- Colonoscopias con sedación profunda.
- RMN y TAC en menores.
- Drenajes torácicos.
- Desfibrilaciones.
- Cateterismos, etc.

La lista de verificación divide el procedimiento en dos fases: antes del inicio del procedimiento y al finalizar el mismo.

Elementos del estándar:

Antes del inicio del procedimiento:

- Se comprueba con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención, el procedimiento, las alergias, así como su consentimiento para la realización del procedimiento. Cuando no sea posible la confirmación con el paciente (menores, discapacitados o situación clínica), se realiza con un familiar o tutor.
- Los datos del paciente también se verifican con la pulsera identificativa.
- Con el resto del equipo, se verifica la historia clínica, la posibilidad de reacciones alérgicas, la profilaxis o preparación previa, el material necesario para la realización del procedimiento y la resolución de posibles emergencias y/o complicaciones, y que el personal necesario esté presente.
- Se realiza la puesta en común de los posibles puntos críticos del procedimiento entre todos los integrantes del equipo.
- Se verifica que se ha delimitado el sitio del procedimiento (si procede, y procede siempre que la zona anatómica a intervenir sea bilateral).
- Se comprueba que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente y está a la vista, y la monitorización, en el caso de que sea necesario.
- Se comprueba si se dispone de las pruebas de imagen necesarias para su revisión durante el procedimiento.

Al finalizar el procedimiento:

- Todos los miembros del equipo revisan el procedimiento llevado a cabo, los eventos más importantes, realizan el control del material utilizado y verifican el correcto etiquetado de toda muestra biológica obtenida.
- Se examinan los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos y otros problemas que deban resolverse. En su caso, estos problemas deben notificarse a la persona responsable, según el procedimiento habitual en el centro.
- Se repasan los planes y aspectos principales de los cuidados posteriores (cuidado de la herida, control de drenajes y especificaciones del tratamiento). Este último paso debe registrarse en la historia clínica del paciente para su conocimiento por todos los implicados en el plan de cuidados del paciente.
- La hoja de verificación está firmada por el personal facultativo y de enfermería como un compromiso de todo el equipo con la seguridad del paciente.

RELACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD DE NIVEL B + PROPIOS AGC/UGC

CÓDIGO	TEXTO CORTO DEL ESTÁNDAR	
B_01	PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	
B_02	EDUCACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES	
B_03	COMUNICACIÓN EFECTIVA Y SIN ERRORES	
B_04	PRIORIZACIÓN EN BASE A CRITERIOS CLÍNICOS	
B_05	PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN	
B_06	ACTUACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA	
B_07	DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	
B_08	FORMACIÓN CONTINUADA	
ESTÁNDARES PROPIOS DE DETERMINADAS AGC/UGC		
CÓDIGO	TEXTO CORTO DEL ESTÁNDAR	APLICA A...
B_P01	FASE PREENALÍTICA	LABORATORIOS
B_P02	FASE ANALÍTICA	LABORATORIOS
B_P03	FASE POSTANALÍTICA	LABORATORIOS
B_P04	GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA Y PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO	FARMACIA
B_P05	VALIDACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES MEDICAMENTOSAS	FARMACIA
B_P06	CONTENCIÓN MECÁNICA	SALUD MENTAL, URGENCIAS, MEDICINA INTERNA, GERIATRÍA, ETC.
B_P07	CUIDADOS EN LAS ÚLTIMAS FASES DE LA VIDA	GERIATRÍA, MEDICINA INTERNA, PEDIATRÍA, ATENCIÓN PRIMARIA, ETC.

ESTÁNDARES DE CALIDAD NIVEL B

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión (UPP) suponen un importante problema de salud con repercusiones sanitarias de gran envergadura que afecta a la Atención Hospitalaria, a la Atención Primaria y a Salud Mental. El desarrollo de estas lesiones retrasa la recuperación de los pacientes, prolonga su estancia en el hospital y disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares.

Su presencia es un signo de mal pronóstico y está descrito un aumento de mortalidad en los pacientes que las sufren. Además, tienen un gran impacto sanitario por la repercusión económica derivada.

Los dos elementos esenciales en la prevención de las UPP son: la identificación de los pacientes de riesgo y la implantación de medidas y estrategias de prevención de los pacientes incluidos en grupos de riesgo.

Estándar B_01

B_01

El AGC/UGC evalúa el riesgo de los pacientes de desarrollar **úlceras por presión** y establece los planes de cuidados adecuados.

Elementos del estándar:

- Se realiza una evaluación inicial del riesgo de UPP del paciente, valorando al menos los siguientes elementos: edad, grado de movilidad, incontinencia, estado nutricional, déficit sensorial, comorbilidad, problemas circulatorios y estado de hidratación.
- Después de un alta hospitalaria se valora en Atención Primaria la situación de aquellos pacientes que durante el ingreso hayan desarrollado UPP.
- Se utilizan escalas específicas (p. ej.: Braden).
- Se realiza una valoración inicial del estado de la piel de paciente.
- Se reevalúa periódicamente el riesgo (con la periodicidad que aconseje la puntuación obtenida en la escala Braden) y siempre que cambie su situación basal.
- Se realiza un control de la humedad: mantener al paciente seco y la piel hidratada y se dan recomendaciones a sus cuidadores en el ámbito ambulatorio.
- Se realiza un control periódico del estado de la piel del paciente.
- Se realiza una optimización de la nutrición e hidratación.
- Se reduce la presión, especialmente sobre los relieves óseos.
- Se desarrolla un plan de cuidados específico para este tipo de pacientes adaptado a sus características y ubicación (hospital/domicilio): cambios posturales, colchón antiescaras, protectores...

EDUCACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

La Organización Sanitaria contribuye a la mejora del bienestar y de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares proporcionando educación de calidad que permita la toma de decisiones informada, mejore el autocuidado del paciente y facilite la adquisición de habilidades y competencias específicas en relación con la enfermedad que le afecta.

Para ello deberá potenciar las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios, explorando nuevas formas de interacción con el paciente, por ejemplo: programas de aprendizaje entre iguales, paciente experto, paciente activo, escuelas de pacientes, actividades formativas en relación con patologías crónicas (diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, infarto de miocardio, EPOC), con el uso seguro de la medicación, con la alimentación equilibrada,...

Estándar B_02

B_02

El AGC/UGC proporciona al **paciente y a su familia educación** en relación con su enfermedad, el tratamiento y con la continuidad de sus cuidados.

Elementos del estándar:

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

- El AGC/UGC detecta las necesidades formativas de los colectivos a los que presta atención.
- Se diseña una estrategia de formación para los pacientes sobre las diferentes condiciones clínicas y el manejo de la enfermedad y sus consecuencias.
- Se facilita el acceso de los pacientes y sus familias a información en lenguaje comprensible (páginas web, foros de internet...).
- Se facilita al paciente y a su familia documentación escrita (folletos, trípticos, etc.) relacionada con su proceso en un lenguaje adecuado para su fácil comprensión.
- Se involucra a la familia en la formación y los cuidados de los pacientes.
- Existen grupos de formación para pacientes y familiares con patologías específicas, patologías crónicas, grupos de asociaciones locales, colegios, colectivos, etc.
- Se imparten actividades formativas adecuadas al nivel cultural del paciente y la familia en relación con patologías crónicas (colostomías, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, infarto de miocardio, EPOC, uso seguro de la medicación, alimentación equilibrada, etc.).

COMUNICACIÓN EFECTIVA Y SIN ERRORES

Durante la atención sanitaria se debe asegurar que la información transmitida entre profesionales sobre la situación clínica del paciente sea precisa, adecuada y dirigida a la persona correcta. Esto constituye una meta internacional de seguridad del paciente (MISP2).

La transmisión de la información clínica sobre los pacientes, especialmente durante la transición asistencial, es un proceso de alto riesgo en el que interviene como elemento clave la comunicación. Los fallos en la comunicación entre profesionales constituyen el factor más frecuentemente involucrado en la producción de eventos adversos.

La estandarización del procedimiento de comunicación durante la transición asistencial minimiza la variabilidad de los mensajes y favorece la eficacia de la comunicación, contribuyendo a que todos los profesionales implicados en la transferencia tomen conciencia del conjunto de la situación del paciente y se reduzcan los errores.

El AGC/UGC debe desarrollar acciones para la implementación de técnicas de comunicación estructurada y establecer prácticas adecuadas para la comunicación efectiva y a tiempo de valores de alerta y críticos de pruebas diagnósticas que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Estándar B_03

B_03

El AGC/UGC desarrolla e implementa procedimientos para asegurar la **comunicación efectiva y sin errores** entre los profesionales.

Elementos del estándar:

- Se aplica un procedimiento en relación con la comunicación efectiva, prescripciones verbales y comunicación de resultados críticos.
- Las prescripciones verbales sólo se utilizan en situaciones de urgencia o en el curso de procedimientos estériles (intervención quirúrgica, procedimiento aséptico) en los que quitarse los guantes sería poco factible.
- El profesional que prescribe introduce la orden en la historia del paciente en cuanto sea posible.
- Cuando sea necesaria la orden verbal o la transmisión de resultados críticos, se utiliza la triple comprobación: se escribe lo que se escuchó, se lee la prescripción y el emisor confirma que lo leído es correcto.

PRIORIZACIÓN EN BASE A CRITERIOS CLÍNICOS

Las AGC/UGC han de establecer sistemas para priorizar la atención a sus pacientes tomando como base criterios clínicos, con la finalidad de organizar la asistencia de forma adecuada a las características de la demanda.

El juicio clínico es el principal elemento priorizador, pero éste no debe ser arbitrario, sino que está respaldado por criterios predefinidos y apoyado, cuando pueda ser, en sistemas de priorización de la atención o triaje contrastados.

Estándar B_04

B_04

El AGC/UGC prioriza en base a criterios clínicos, la atención que presta a sus pacientes en todas las ubicaciones y modalidades asistenciales.

Elementos del estándar:

- Está establecido un procedimiento para priorizar la atención de los pacientes en base a criterios clínicos.
- Se realiza una evaluación periódica de la adecuada implementación de los sistemas de priorización establecidos.
- Se establecen medidas correctivas cuando se producen desviaciones en relación con la priorización de la asistencia o con motivo de reclamaciones o quejas formuladas al respecto.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN

En España, las actividades de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) han estado ligadas al desarrollo de los servicios de medicina preventiva hospitalarios, pero su implantación adecuada ha de contar con la colaboración de todos los profesionales, tanto en el ámbito de atención primaria como en el de hospitalaria.

Estándar B_05

B_05

El AGC/UGC adopta medidas encaminadas a la prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

Elementos del estándar:

- El AGC/UGC garantiza la correcta aplicación de las precauciones estándar recomendadas por la OMS: equipos de protección individual como los guantes, mascarillas, batas, gafas de protección ocular...
- Se cumple el protocolo de actuación ante el aislamiento (por contacto, gotitas, aire o inverso) de los pacientes portadores de microorganismos que originan enfermedades transmisibles.
- Los profesionales mantienen una uniformidad adecuada para su desempeño profesional.
- Los profesionales encargados de la limpieza de los materiales y equipos del AGC/UGC (neveras, congeladores, estufas, analizadores, etc.) cuentan con los procedimientos y materiales necesarios.
- Existen procedimientos para la circulación diferenciada de materiales sucios y limpios, que impidan el contacto entre ellos.
- Existe un procedimiento para la limpieza y desinfección del material sanitario y no sanitario y con los recursos necesarios para llevarlo a cabo.
- Existe un procedimiento para la limpieza, esterilización, almacenamiento y transporte del material sanitario, así como con las instalaciones y recursos necesarios para ello.
- Se evita el uso de cartón poroso para el almacenamiento de los productos, ya que no es posible limpiar este material correctamente.
- El dispositivo asistencial dispone de un panel de indicadores de infección y se revisan y publican sus resultados periódicamente.

ACTUACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA

La Gerencia del área sanitaria debe definir un plan de actuación para el supuesto de una situación de emergencia que afecte a cualquiera de sus dispositivos asistenciales y pueda poner en riesgo la integridad física de pacientes o de profesionales. El plan de emergencias es el documento que agrupa las actuaciones a seguir en caso de una emergencia interna (incendio, inundación, etc.).

Estándar B_06

B_06

Los profesionales del AGC/UGC conocen el **plan de autoprotección** del área sanitaria y las medidas a adoptar en caso de una emergencia interna.

Elementos del estándar:

- Los profesionales conocen el plan de autoprotección disponible del área sanitaria y su cometido en caso de una emergencia interna.
- Los profesionales conocen los mecanismos de activación de la alarma, responsables y cadena de actuaciones.
- Existe cartelería adecuada que indica el mecanismo de activación en caso de una emergencia.
- Existe un protocolo de evacuación de personas con dificultades de movilización (visuales, auditivas, niños, sillas de ruedas...).
- Los profesionales conocen el punto de encuentro establecido para las emergencias.
- Los profesionales participan de la formación estratégica que programa el área sanitaria en este ámbito.
- Los profesionales participan en los simulacros de emergencia que se programen en su dispositivo.

DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS (RAM, SiNASP...)

Los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente permiten la comunicación y el registro de incidentes relacionados con la atención sanitaria.

Su objetivo es mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria aprendiendo de los errores, para que no se vuelvan a producir, o, una vez producidos, se minimice su impacto.

Es una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes. Son una parte de la “cultura de seguridad” donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar.

El alcance de los incidentes es muy diverso, pudiendo estar relacionados con la medicación o con reacciones adversas a su administración, con el ámbito de la anestesia o reanimación, con el proceso quirúrgico o con la administración de hemocomponentes, por citar algunos ejemplos.

Estándar B_07

B_07

Los profesionales del AGC/UGC conocen y utilizan los sistemas institucionales para la notificación de **incidentes y eventos adversos** relacionados con la atención sanitaria.

Elementos del estándar:

- Los profesionales conocen los sistemas de notificación institucionales, su acceso y la forma de realizar una notificación.
- Los profesionales utilizan los sistemas institucionales para la notificación de incidentes y eventos adversos.
- Los profesionales notifican a través de las herramientas institucionales las reacciones adversas a la medicación y productos sanitarios (RAM).
- Los profesionales realizan actividades de formación y/o sensibilización en relación con las notificaciones de incidentes y eventos adversos.

FORMACIÓN CONTINUADA

El AGC/UGC ha de velar para que su personal esté actualizado desde el punto de vista de los conocimientos científico-técnicos y de las habilidades, para lo que ha de planificar y llevar a cabo la formación colectiva e individual de las personas que la integran.

Estándar B_08

B_08

El AGC/UGC evalúa las necesidades formativas de los profesionales y desarrolla las actividades de **formación continuada** necesarias para que éstos mantengan una capacitación adecuada.

Elementos del estándar:

- Se evalúan periódicamente las necesidades formativas de los profesionales. La detección de estas necesidades es un proceso permanente que utiliza canales tanto formales como informales.
- Se diseña un plan de formación continuada en base a las necesidades formativas detectadas.
- Las actividades formativas tienen un registro de asistencia y puede consultarse qué profesionales están capacitados en cada ámbito.
- Se conserva en la carpeta curricular de cada profesional las actividades en las que ha participado.

ESTÁNDARES PROPIOS DE LA AGC/UGC

Hay determinadas UGC/AGC en las que, por la actividad que desarrollan, no son de aplicación algunos de los estándares enunciados para los tres niveles de calidad. Sin embargo, existen suficientes elementos para poder definir estándares propios de la AGC/UGC, en ocasiones son estándares que pueden resultar de aplicación a varios tipos de dispositivos.

A continuación se formulan estándares propios de uno o varios dispositivos (AGC/UGC); serán de aplicación para las AGC/UGC que se citan en el documento, con independencia de que los estándares de calidad que aplicarán a una UGC/AGC serán siempre los que figuren en su Acuerdo de Gestión. Cuando se entienda que los estándares no corresponden con la actividad del dispositivo, se solicitará su exclusión a través de una adenda, en el tiempo adecuado.

FASES PREANALÍTICA, ANALÍTICA Y POSTANALÍTICA (Laboratorios)

El proceso global que se realiza en el laboratorio clínico es un procedimiento complejo que se divide tradicionalmente en tres etapas: preanalítica, analítica y postanalítica.

Estándar B_P01

B_P01

Las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase preanalítica**.

Elementos del estándar:

- Las muestras biológicas se gestionan internamente según lo establecido en un procedimiento actualizado que describe las mejores prácticas en la fase preanalítica: centrifugación, alicuotado, etc.
- El laboratorio tiene definidos los criterios de aceptación/rechazo de las muestras.
- El laboratorio tiene definidas las condiciones de centrifugación, tratamiento preanalítico y estabilidad de las muestras.

Estándar B_P02

B_P02

Las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase analítica**.

Elementos del estándar:

- El AGC/UGC dispone de unos PNTs (procedimientos normalizados de trabajo) con las instrucciones para la correcta realización de los distintos ensayos, permitiendo que el personal encargado pueda realizarlo con la mínima variabilidad posible.

Estándar B_P03

B_P03

Las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase post-analítica**.

Elementos del estándar:

- El laboratorio cuenta con un procedimiento que describe la gestión de la información clínica de esta fase que los profesionales implicados conocen.
- Los profesionales realizan una adecuada gestión de la información telefónica urgente y/o de valores críticos.
- Se realiza una adecuada gestión de los informes en formato papel.
- Se garantiza la adecuada comunicación de aquellos informes que han sido modificados, disminuyendo la posibilidad de errores.
- El laboratorio tiene definidas las condiciones de conservación de las muestras una vez procesadas, según la estabilidad de cada analito, y la utiliza de forma correcta para ampliación/añadido de pruebas.

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

- La eliminación de las muestras biológicas se ajusta a lo establecido en la legislación vigente.

GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA (GFT) Y PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO (PIT) (Farmacia)

La guía farmacoterapéutica (GFT) es el documento mediante el cual los profesionales de una organización sanitaria evalúan y seleccionan los medicamentos a utilizar en su área de influencia con el objeto de garantizar su utilización racional. La selección de los medicamentos se realiza a partir de criterios de eficacia y seguridad, como criterios principales y de coste y conveniencia, como criterios secundarios.

La selección de medicamentos se realiza valorando criterios de eficacia y seguridad de forma comparada frente a las alternativas terapéuticas existentes, estableciendo así un balance beneficio/riesgo. Si este balance es favorable, entonces se estudian criterios secundarios de coste y conveniencia para establecer el balance coste/beneficio. La GFT limita la selección a los medicamentos imprescindibles, reduciendo el número de medicamentos que los profesionales deben conocer y manejar, y permite disponer del tiempo suficiente para establecer prácticas seguras para el uso de los nuevos medicamentos que se añaden a ésta.

La GFT ha de contar con un documento complementario que facilite la conciliación de la medicación del paciente al ingreso con la existente en la guía farmacoterapéutica. Se trata del programa de intercambio terapéutico (PIT) y permite seleccionar en la GFT aquellos medicamentos equivalentes a los que el paciente tomaba con anterioridad en su domicilio. El centro ha de actualizar el PIT de forma permanente, incorporando las equivalencias de los medicamentos a medida que se autorizan y difundiéndolo entre los profesionales implicados.

Estándar B_P04

B_P04

El AGC/UGC de Farmacia dispone de una **guía farmacoterapéutica** y de un **programa de intercambio terapéutico** que los profesionales conocen.

Elementos del estándar:

- El Servicio de Farmacia del área dispone de una Guía Farmacoterapéutica adaptada a las necesidades del centro.
- La GFT se actualiza siempre que es necesario.
- Los profesionales sanitarios reciben formación sobre los nuevos medicamentos incorporados a la GFT y sobre los protocolos/guías y restricciones relacionadas con ellos, antes de ser utilizados en el hospital (punto 187 del cuestionario de autoevaluación del ISMP: Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Versión española II 2018. Adaptación del *ISMP-Medication Safety Self-Assessment for Hospitals*, por el ISMP España).
- Se realizan actividades de difusión sobre los cambios en la GFT.
- La GFT es un documento fácilmente accesible a los profesionales implicados a través de la interfaz de prescripción electrónica y/o intranet.
- La Guía Farmacoterapéutica (GFT) no incluye para ningún principio activo más de un medicamento con la misma presentación y dosis, salvo situaciones justificadas (punto 48 del cuestionario de autoevaluación del ISMP. Versión II: 2018).
- La GFT limita al máximo la duplicidad de medicamentos equivalentes terapéuticos (punto 49 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Antes de incluir un medicamento en la GFT se analiza el riesgo potencial de error y se recoge en el informe de evaluación de la Comisión de Farmacia y Terapéutica (CFT) (punto 50 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Antes de incluir un nuevo medicamento en la GFT se evalúa el riesgo de confusión con los nombres de los medicamentos ya disponibles. También cuando se cambia de proveedor y ante adquisiciones temporales motivadas por situaciones de desabastecimiento. Se evita siempre que sea posible que coexistan medicamentos cuyos nombres puedan confundirse.
- Se revisa con regularidad la información de la web del ISMP-España y otras publicaciones para identificar los medicamentos con problemas de etiquetado, envasado o nombre y se adoptan medidas para prevenir errores con estos productos (punto 76 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El Servicio de Farmacia revisa los nuevos medicamentos que se reciben para detectar si tienen envases o nombres similares y se toman medidas para diferenciarlos, p. ej. se almacenan por separado (no por orden alfabético) o se señalan con alertas apropiadas (punto 78 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

- Cuando existen medicamentos con etiquetado o envasado de apariencia similar, se recurre, si es posible, a adquirirlos a distintos fabricantes para ayudar a diferenciarlos (punto 79 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se limita el número de presentaciones y de concentraciones disponibles particularmente para heparina, morfina e insulina. Cuanto mayor sea el número de opciones disponibles de un medicamento (dosis, concentraciones y volúmenes) mayor es la posibilidad de que ocurra un error.
- Los medicamentos que no están incluidos en la GFT sólo se utilizan cuando es terapéuticamente necesario y apropiado (p. ej. si el paciente ha sufrido previamente reacciones adversas con el medicamento incluido en la GFT, como alternativa durante una situación de desabastecimiento, etc.) (punto 55 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- El centro cuenta con un PIT que permite la conciliación medicamentosa de los medicamentos utilizados por los pacientes en su domicilio con los existentes en la GFT del hospital.
- El PIT se mantiene permanentemente actualizado incorporando las equivalencias terapéuticas para los medicamentos de reciente autorización.
- El PIT se difunde adecuadamente entre los profesionales implicados.

VALIDACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES MEDICAMENTOSAS (Farmacia)

Las prescripciones médicas, antes de su administración y dispensación a los pacientes, han de ser validadas por un farmacéutico. Esta validación añade un componente de seguridad en el proceso de medicación, ya que a través de la validación el farmacéutico verifica las posibles contraindicaciones, interacciones y adecuación de las dosis en la prescripción.

Estándar B_P05

B_P05

El AGC/UGC de Farmacia tiene definido un procedimiento para la **validación** por un farmacéutico de las **prescripciones medicamentosas**.

Elementos del estándar:

- Excepto en situaciones de urgencia vital, antes de iniciar los tratamientos todas las prescripciones se registran y se validan electrónicamente por un farmacéutico, considerando la situación clínica del paciente, para comprobar contraindicaciones, interacciones y adecuación de las dosis (punto 44 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Si no se puede garantizar el punto anterior, el AGC/UGC de Farmacia define unos criterios específicos para priorizar los criterios de validación.
- Las primeras dosis de los medicamentos de alto riesgo no se pueden retirar de los botiquines de la unidad o de los sistemas automatizados de dispensación (SAD) hasta que un farmacéutico valida la prescripción del paciente. Excepciones: situaciones de emergencia en que la situación clínica del paciente lo justifica y períodos en los que no hay presencia física del farmacéutico en el centro (punto 126 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Se utiliza un *software* específico de ayuda para la revisión automatizada de las prescripciones con capacidad para detectar dosis y duraciones de tratamiento superiores a las recomendaciones, interacciones farmacológicas, duplicidades terapéuticas, etc.
- Un farmacéutico u otro profesional sanitario designado específicamente revisa periódicamente en el sistema de prescripción electrónica los registros de las alertas relevantes que han sido ignoradas (p. ej. alertas de dosis máximas, interacciones graves, alertas de alergia) (punto 41 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Los farmacéuticos y el personal técnico de farmacia tienen fácil acceso (p. ej. en cada terminal de ordenador en la farmacia o en dispositivos móviles) a sistemas electrónicos de información sobre medicamentos, actualizados y de manejo sencillo (p. ej. MicroMedex®, BOT Plus®, Medimecum®).
- Las intervenciones farmacéuticas en respuesta a una prescripción médica potencialmente perjudicial para el paciente se comunican inmediatamente al personal de enfermería que lo atiende, mientras se espera la aclaración de la prescripción (para reducir las reclamaciones por los retrasos y evitar la posible administración de medicamentos procedentes de las existencias en la unidad) (punto 45 del cuestionario de autoevaluación del ISMP Versión II: 2018).
- Los métodos de comunicación de las intervenciones farmacéuticas están claramente definidos, son accesibles, conocidos por los profesionales implicados y permiten la comunicación en tiempo real.

CONTENCIÓN MECÁNICA (Salud Mental, Urgencias, Medicina Interna, Geriatría, etc.)

La OMS, en 1989, definió la contención mecánica como un "método extraordinario con finalidad terapéutica que, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos".

Por su parte, la JCI la define como "medida terapéutica excepcional, destinada a la restricción de movimientos y concretada en el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de todo o parte del cuerpo de un paciente".

Otra definición actual sería "Limitación intencionada y en beneficio del paciente (es parte de un tratamiento) de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad, o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad".

Independientemente de la definición que utilicemos, la contención mecánica supone una vulneración de los derechos más fundamentales del paciente, por lo que su uso en los centros sanitarios debe ser absolutamente excepcional y garantizar la dignidad y seguridad de los pacientes.

La contención mecánica ha de cumplir con los siguientes criterios:

- Ser absolutamente necesaria, siendo la última opción para contener al paciente, después de haber explorado todas las opciones posibles.
- Tener un carácter absolutamente excepcional.
- Ser lo más breve posible.
- Ser proporcional a la situación del paciente.
- Contar con el consentimiento del paciente o de la familia, excepto en las situaciones donde el riesgo para el paciente, otros pacientes o profesionales justifiquen realizarlo sin el consentimiento previo.
- Contar con un seguimiento adecuado de la necesidad de la contención y desplegar de forma automática un plan de cuidados específico para ese paciente.
- Realizarse siempre con prescripción médica, como una prescripción no farmacológica. Ésta debe incluir los motivos que justifican la contención, la duración prevista y las revisiones programadas.

Estándar B_P06

B_P06

El AGC/UGC garantiza un uso adecuado de las medidas de **contención mecánica** y se aplican de forma excepcional priorizando la seguridad y la dignidad del paciente.

Elementos del estándar:

- Existencia de un consentimiento informado previo en pacientes de riesgo (o posterior de la familia).
- Se realiza la prescripción médica no farmacológica.
- El centro cuenta con material homologado en buen estado.
- El personal del centro está entrenado en la técnica.
- La intervención es proporcionada y segura.
- Nunca se realiza con carácter punitivo.
- Se informa a la familia de la contención.
- Se realiza una valoración periódica de la necesidad de la contención.
- Se despliega el plan de cuidados de enfermería específico para estos casos: control de líquidos y diuresis, constantes vitales, prevención de tromboembolismos, prevención de UPP, higiene adecuada, prevención de broncoaspiraciones...

CUIDADOS EN LAS ÚLTIMAS FASES DE LA VIDA (Geriatría, Medicina Interna, Pediatría, Atención Primaria, etc.)

Los derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida están regulados por la ley 5/2018 y en ella se establecen tanto los derechos de las personas en esta fase como los deberes de los profesionales que las atienden.

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

Las áreas y unidades de gestión clínica, que por su perfil asistencial tengan que prestar atención a personas en el proceso final de la vida, han de establecer los procedimientos necesarios para poder abordar estos procesos garantizando el cumplimiento de los derechos y la dignidad personal de pacientes y familiares.

Estándar B_P07

B_P07

El centro proporciona cuidados a los **pacientes en las últimas fases de la vida** velando por el respeto a la dignidad de la persona.

Elementos del estándar:

- Se garantizan los derechos establecidos en la Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida (trato digno, alivio del sufrimiento, información asistencial, confidencialidad, recibir cuidados paliativos, tratamiento del dolor, etc.).
- Los profesionales cumplen con sus deberes según la citada ley (adecuación del esfuerzo terapéutico, instrucciones previas, información asistencial...).
- Se cumple con los requisitos establecidos en la misma (apoyo a la familia y personas cuidadoras, asesoramiento en cuidados paliativos, apoyo emocional, etc.).
- Se facilita un entorno que proporcione intimidad al paciente y su familia (habitación individual, cama de acompañante cuando sea posible, régimen de visitas libre...) cuando la atención se preste en el entorno hospitalario y se aconsejará a la familia sobre las mejores condiciones cuando la atención se preste en el propio domicilio del paciente.
- Se realiza la capacitación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en la atención a las personas en el final de la vida y duelo.
- Se realizan actividades de coordinación entre sectores: geriatría, oncológica, atención primaria, equipo de paliativos del área, hospitalización a domicilio, etc.
- Las intervenciones se ocupan de las necesidades psicosociales (se asigna una trabajadora social), emocionales y espirituales del paciente y de su familia.
- Se asegura la adecuación del esfuerzo terapéutico adaptando los tratamientos a la situación clínica del paciente y evitando toda obstinación terapéutica.
- Se proporciona un trato digno a estos pacientes respetando sus convicciones personales, principalmente las socioculturales, la religión, la ideología o la identidad de género.
- Se promueve la participación del paciente y la familia en las toma de decisiones.
- Los profesionales valoran el documento de instrucciones previas (IP) del paciente.
- Cuando el paciente esté en situación de falta de capacidad para tomar decisiones, la recepción de la información asistencial se realiza conforme a lo establecido en la Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio.
- Se facilita a la familia y/o allegados el certificado médico de defunción, con el fin de agilizar los trámites correspondientes.
- Se realiza una detección precoz de situaciones de duelo disfuncional y definición de pautas de actuación en los ámbitos de atención primaria y hospitalaria.

RELACIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD DE NIVEL C + PROPIOS AGC/UGC

CÓDIGO	TEXTO CORTO DEL ESTÁNDAR	
C_01	CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA	
C_02	PRESTACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS	
C_03	GRUPO DE MEJORA DE LOS PROCESOS	
C_04	CUADRO DE MANDO	
C_05	OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES	
C_06	PARTICIPACIÓN EN ÓRGANOS SUPRACENTRO	
C_07	SUPERVISIÓN DE LAS INSTALACIONES	
C_08	GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS	
C_09	COLECTIVOS VULNERABLES	
C_10	INSTRUCCIONES PREVIAS	
C_11	EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN (PACIENTES Y CLIENTES)	
ESTÁNDARES PROPIOS DE DETERMINADAS AGC/UGC		
CÓDIGO	TEXTO CORTO DEL ESTÁNDAR	APLICA A...
C_P01	FASE PRE-PREANALÍTICA	LABORATORIOS
C_P02	FASE POST-POSTANALÍTICA	LABORATORIOS
C_P03	CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN MEDICAMENTOSA	FARMACIA
C_P04	COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS	URGENCIAS, UCI, SERVICIOS CON CIRUGÍA, MEDICINA INTERNA, ETC.

ESTÁNDARES DE CALIDAD NIVEL C:

CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA

El AGC/UGC debe establecer un plan de comunicación escrito en el que se recojan los distintos canales de transmisión de la información, las actualizaciones periódicas de los documentos, la garantía de la recepción o la posibilidad de acceso a todos los profesionales implicados, de contar con responsables para la gestión de la documentación y de la difusión de la misma y de garantizar la aprobación por la persona indicada.

Estándar C_01

C_01

El AGC/UGC establece los **canales de comunicación interna** para gestionar la información entre los profesionales.

Elementos del estándar:

- Existe un plan de comunicación interna documentado y actualizado.
- El plan de comunicación abarca a todos los dispositivos que forman parte de la UGC/AGC y es conocido por todos los profesionales.
- El plan de comunicación incluye los procedimientos necesarios para la realización de traslados de pacientes.
- En el procedimiento de traslados se describen las condiciones en las que se realizarán estos traslados, la posible necesidad de acompañamiento sanitario, la comunicación a la familia, la información clínica necesaria, la comunicación con el centro receptor, los materiales y equipamiento sanitario que se precisen, la comunicación con el centro receptor, las verificaciones a la recepción del paciente, etc.
- Se realiza un registro de los traslados en el que se reflejan los ítems necesarios.
- Los canales formales de comunicación están definidos y difundidos.
- La información a difundir está definida para cada canal.
- Se evalúa el uso de los canales de comunicación.
- Existen responsables de aprobación, difusión, etc. de los documentos.
- Los cambios de turno están reglados en cuanto a contenidos.
- Existe una normativa de uso de abreviaturas.

PRESTACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

La rendición de cuentas es un proceso de comunicación. Según la UNE-ISO 26000:2012 es la “condición de responder por decisiones y actividades ante los órganos de gobierno de la organización, autoridades competentes y más ampliamente, ante sus partes interesadas”.

Es, por lo tanto, la capacidad de una organización de acostumbrarse a dar información sobre los impactos sociales, económicos y ambientales de su actividad, que conlleva, evidentemente, no sólo los positivos sino también los negativos y por ende, asumir la responsabilidad de generar las medidas correctivas necesarias para mitigarlos o evitarlos. Rendir cuentas debería también implicar aceptar la vigilancia pública y promover la respuesta a dicho escrutinio.

Estándar C_02

C_02

El AGC/UGC realiza una **memoria anual** de las actividades del dispositivo.

Elementos del estándar:

- Se realiza anualmente una memoria que recoge la actividad asistencial y los indicadores relacionados con la calidad y seguridad del paciente de los dispositivos que la componen (indicadores de caídas, UPP, notificaciones RAM, SiNASP, actividades de formación y/o sensibilización, evaluación enfermera, adecuación de los informes de alta, análisis del CI, etc.)

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

- La memoria anual incluye los resultados de las monitorizaciones intermedias y finales que se realicen de los estándares de calidad.
- Se difunde la memoria entre los profesionales y se pone a disposición de la Gerencia del Área Sanitaria.

GRUPO DE MEJORA DE LOS PROCESOS

Una UGC/AGC con un nivel avanzado de calidad asistencial debe analizar periódicamente sus principales procesos, establecer indicadores adecuados que le ofrezcan resultados para la toma de decisiones e implementar las medidas oportunas que mejoren la gestión de su actividad asistencial.

Estándar C_03

C_03

El AGC/UGC tiene definidos sus principales **procesos** y cuenta con un **grupo de mejora** de los mismos.

Elementos del estándar:

- La UGC/AGC define los principales procesos de su ámbito asistencial.
- Existen indicadores que le permiten valorar la evolución de los mismos.
- Existe un grupo de mejora constituido que se reúne periódicamente y analiza los resultados.
- En base a los resultados obtenidos se toman decisiones con la finalidad de mejorarlos.
- Se documentan todas las fases del grupo de mejora y se difunden los resultados entre los profesionales.

CUADRO DE MANDO

La dirección del AGC/UGC debe contar con un documento estructurado que aporte información sintética, actualizada y periódica sobre el desarrollo del dispositivo. Este cuadro de mando debe estar ceñido al ámbito de la calidad asistencial, con independencia de que existan otros cuadros de mando que reflejen elementos de actividad, económicos, etc.

Estándar C_04

C_04

El AGC/UGC dispone de un **cuadro de mando** que le aporta la información necesaria en relación con elementos de **seguridad del paciente y de calidad**.

Elementos del estándar:

- Existe un cuadro de mando que incluye los elementos claves para su gestión en los diferentes ámbitos: calidad, seguridad del paciente, accesibilidad, confortabilidad, confidencialidad, satisfacción del usuario, eficiencia, formación, etc.
- Las fuentes de procedencia de los datos están identificadas de manera explícita (sistemas de información, auditoría de historias, evaluaciones internas, etc.).
- Los profesionales conocen la forma correcta de realizar sus registros para mejorar la fiabilidad de los datos a analizar.
- Se realizan monitorizaciones periódicas de los indicadores clave del centro.
- Se incorporan las modificaciones pertinentes en base a los hallazgos.
- Se documentan las acciones de mejora realizadas en base a los resultados de las monitorizaciones.
- Los profesionales conocen los resultados de los indicadores del cuadro de mando y las acciones preventivas, correctivas o de mejora implantadas.

OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES

Es necesario que la organización, en su búsqueda de una mejor calidad de vida laboral, persiga compatibilizar sus propios intereses con las demandas y expectativas de los profesionales. Aspectos como

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

el desarrollo profesional, la formación continuada, así como la satisfacción y la motivación de los profesionales, van a tener una relación directa con la atención que se preste en el centro sanitario.

Los mecanismos habituales para recabar la opinión de los profesionales son las encuestas de satisfacción, aunque no se debe descartar el uso de otras fórmulas, incluso de carácter informal, aprovechando todas las herramientas que nos permitan obtener un mayor conocimiento de las necesidades de los profesionales.

Estándar C_05

C_05

El AGC/UGC establece los mecanismos necesarios para conocer la **opinión de los profesionales**.

Elementos del estándar:

- La dirección de la UGC/AGC conoce la opinión de los profesionales en relación con necesidades formativas, calidad de vida profesional, necesidades asistenciales, cambios organizativos, etc., para lo que establece los mecanismos que considera más adecuados: encuestas de satisfacción, entrevistas a mandos intermedios y a profesionales...
- Se utiliza el análisis de los resultados obtenidos para establecer acciones de mejora.

PARTICIPACIÓN EN ÓRGANOS SUPRACENTRO

La participación de los profesionales del AGC/UGC en los proyectos de la Organización Sanitaria, ya sea a través de grupos de trabajo, comisiones, auditorías internas o responsabilidades en formación y docencia, es esencial para fortalecer el sistema de salud. Su compromiso y experiencia contribuyen a impulsar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la excelencia profesional. Valorar y reconocer su participación activa en estos proyectos es fundamental para fomentar un entorno de colaboración, aprendizaje y mejora continua en beneficio de todos los usuarios del sistema de salud.

Estándar C_06

C_06

Los **profesionales** del AGC/UGC participan en los **procesos comunes de la Organización Sanitaria** aportando sus criterios técnicos y su experiencia.

Elementos del estándar:

- Participación de profesionales del dispositivo en órganos del área sanitaria que contribuyan a la mejora del conocimiento común.
- Participación de profesionales del dispositivo en órganos autonómicos/nacionales que contribuyan a la mejora del conocimiento común.
- Participación de profesionales del dispositivo en actividades de auditoría interna que contribuyan a la mejora de la calidad asistencial.
- Participación de profesionales del dispositivo en actividades de formación que impliquen una mejora del conocimiento de los profesionales.
- Participación de profesionales del dispositivo en comisiones de ámbito autonómico o nacional, en comités o como consultores por su reconocido prestigio en su ámbito profesional.

SUPERVISIÓN DE LAS INSTALACIONES

Tanto la seguridad de las instalaciones como el correcto funcionamiento de los elementos del dispositivo garantizan que la atención sanitaria se pueda prestar en condiciones adecuadas a los pacientes. Con independencia de las actividades de mantenimiento preventivo o correctivo que desarrollan los profesionales de mantenimiento, una UGC/AGC con una adecuada gestión de la calidad ha de tener sistematizadas revisiones periódicas de sus principales elementos, que han de estar calendarizadas y con las tareas asignadas a los profesionales adecuados.

Estándar C_07

C_07

El AGC/UGC tiene una sistemática de **revisión de sus instalaciones** y registra sus resultados.

Elementos del estándar:

- La revisión de los almacenes de productos sanitarios está sistematizada y se registran los resultados de estas revisiones.
- La revisión de los almacenes de productos de limpieza está sistematizada y se registran los resultados de estas revisiones.
- La revisión de la cartelería del dispositivo está sistematizada y se registran los resultados de estas revisiones.
- La revisión de los materiales necesarios para realizar la higiene de manos en el dispositivo está sistematizada y se registran los resultados de estas revisiones.
- La limpieza y descongelación de los medios isotermos está sistematizada y se registran los resultados de estas revisiones.
- La revisión de los mantenimientos preventivos y calibraciones de los equipos está sistematizada.
- La revisión de las zonas de separación limpio/sucio está sistematizada y se registran los resultados de estas revisiones.

GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó en 2010 la Resolución nº 1763, denominada “Derecho a la objeción de conciencia en la atención médica”, en la que enfatiza la necesidad de afirmar el derecho a la objeción de conciencia junto a la responsabilidad del Estado de asegurar que los pacientes tienen un acceso adecuado a la atención sanitaria prevista por la ley.

El derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios está recogido en distintos códigos deontológicos, además de estar respaldado por sentencias del Tribunal Supremo y del Tribunal Constitucional. La Organización Sanitaria debe garantizar, en estos casos, la prestación de la asistencia sanitaria por otros profesionales.

Estándar C_08

C_08

El AGC/UGC garantiza la **continuidad asistencial en los conflictos éticos** que surjan durante la atención sanitaria.

Elementos del estándar:

- Existe un mecanismo formal para solucionar los conflictos éticos que puedan surgir durante la atención sanitaria, garantizando la continuidad de la asistencia.
- La Dirección de la UGC/AGC conoce el Comité de Ética de referencia para la consulta y sus recomendaciones se difunden a los profesionales.

COLECTIVOS VULNERABLES

Determinados pacientes, por su situación sociofamiliar, pueden precisar una atención adecuada a sus especiales características. En muchos casos el alta de estos pacientes se demora, no por motivos médicos, sino por falta de soporte familiar.

Es importante en estos casos definir aquellas situaciones que pueden hacernos sospechar la existencia de un paciente con una situación de vulnerabilidad, para solicitar una interconsulta con Trabajo social y empezar a planificar el alta desde el ingreso o gestionar los apoyos necesarios desde el ámbito ambulatorio.

Las posibles situaciones de vulnerabilidad serán, entre otras, las siguientes:

- Paciente mayor de 80 años, que vive solo o con otra persona dependiente.

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

- Paciente que padece enfermedad de evolución progresiva y discapacitante, con escaso apoyo familiar o en situación de desbordamiento del cuidador principal.
- Signos de maltrato, abandono, negligencia o desatención.
- Pacientes terminales o en cuidados paliativos con insuficiente apoyo socio-familiar.
- Ingresos hospitalarios previos por falta de cuidados.
- Embarazo sin control, con consumo de drogas, pérdida de tutela de alguno de sus hijos...
- Menores con trastornos del desarrollo infantil o discapacidad y entorno familiar limitado.
- Mujeres con signos de violencia de género.
- Enfermos de salud mental con escaso apoyo familiar o desbordamiento del cuidador.

Estándar C_09

C_09

El AGC/UGC identifica a aquellos pacientes y/o **colectivos vulnerables** y les ofrece una atención sanitaria acorde a sus necesidades singulares.

Elementos del estándar:

- Los colectivos de riesgo o pacientes vulnerables están definidos.
- Se desarrolla una estrategia proactiva de identificación de colectivos vulnerables o posibles víctimas de maltrato (personas con discapacidad, población infantil o geriátrica, inmigrantes, etc.)
- Cuando se detecta o sospecha una situación de vulnerabilidad o maltrato se gestiona una interconsulta a Trabajo social.
- Se aplican los protocolos institucionales establecidos cuando se detecta una situación de maltrato o de violencia ejercida sobre las mujeres, la población infantil, las personas de avanzada edad o cualquier colectivo vulnerable.
- Se realiza una evaluación reglada del riesgo social que incluye un diagnóstico sociosanitario y una propuesta de intervención.
- Se inicia la planificación temprana del alta de estos pacientes cuando esto se produzca en el entorno hospitalario.
- Trabajo social emite un informe sociosanitario que se integra en la historia electrónica del paciente para que esté disponible para su consulta desde otros niveles asistenciales. Cuando se produce en el entorno hospitalario el informe se realiza al alta o se integran sus conclusiones en el informe médico, con la propuesta de intervención y se deriva a la unidad de trabajo social del centro de salud del paciente.
- Se realizan actividades de formación y sensibilización sobre estos temas.

INSTRUCCIONES PREVIAS

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 11, la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad, dentro del ámbito del consentimiento informado.

Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

En Asturias disponemos de dos normativas, el Decreto 4/2008 de 23 de enero y la Resolución de 29 de abril de 2008 de la Consejería de Sanidad en relación con el Registro Autonómico de Instrucciones Previas (RAIP).

La organización sanitaria ha de velar para que la voluntad manifestada por el paciente sea respetada.

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

Estándar C_10

C_10

El AGC/UGC fomenta el **registro de las instrucciones** entre los usuarios y vela por el cumplimiento de las mismas.

Elementos del estándar:

- En el ámbito de Atención Primaria o en el hospitalario se fomenta el registro de las instrucciones previas de los usuarios sobre cuidados y tratamientos.
- El personal conoce la forma de acceso al registro general de instrucciones previas de los pacientes en historia clínica, accede a ellas cuando la ocasión lo requiere y vela por el cumplimiento de las mismas.
- Se organizan actividades de formación/divulgación entre los profesionales.
- Se evalúan las acciones realizadas y se formulan propuestas de mejora.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN (PACIENTES Y CLIENTES)

La satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente se considera un indicador fundamental de la calidad de la asistencia proporcionada y está asociada a mejores resultados en salud.

Se entiende por satisfacción del paciente la evaluación positiva que éste hace sobre las diferentes dimensiones de la atención médica recibida; su medida permite conocer las percepciones del paciente e identificar áreas de mejora.

De igual forma sucede con determinadas AGC/UGC que prestan servicios básicos y sus “clientes” son otros servicios hospitalarios (laboratorios, farmacia, radiodiagnóstico, almacén y suministros, etc.). En este caso la evaluación de la satisfacción con los servicios prestados debería referirse a sus servicios peticionarios.

Estándar C_11

C_11

El AGC/UGC explora periódicamente la **satisfacción** de sus pacientes o de sus clientes en relación con los servicios prestados.

Elementos del estándar:

- Se realizan encuestas de satisfacción de los usuarios en relación con la atención sanitaria, la confortabilidad, los derechos y deberes, etc.
- Se realizan encuestas de satisfacción en relación con servicios peticionarios o clientes internos en relación con los tiempos de respuesta, adecuación de la respuesta, resolución de incidencias, etc.
- Se analizan los resultados y se formulan propuestas de mejora.
- Se recogen de manera proactiva sugerencias y se analizan.

ESTÁNDARES PROPIOS DE LA AGC/UGC

FASES PRE-PREANALÍTICA Y POST-POSTANALÍTICA (Laboratorios)

El proceso global que se realiza en el laboratorio clínico es un procedimiento complejo que se divide tradicionalmente en tres etapas: pre-analítica, analítica y post-analítica. Algunos autores han introducido las etapas pre-pre-analítica y post-post-analítica para identificar las actividades asociadas a los procedimientos pre laboratorio y la interpretación de los resultados del informe, respectivamente.

La etapa pre-analítica puede dividirse entonces en pre-pre-analítica, la cual se refiere a los procesos extra-laboratorio y la pre-analítica, que involucra a los procesos intra-laboratorio. La etapa pre-pre-analítica va desde la solicitud que realiza el clínico hasta la llegada de las muestras al laboratorio y se podría dividir en tres subetapas:

1. Solicitud clínica de análisis (petición pertinente, identificación de la petición, tipo de petición-ordinaria o urgente-, y contenido de la misma -datos clínicos y demográficos, médico, procedencia, destino y pruebas solicitadas-).
2. Extracción de la muestra (preparación del paciente, identificación positiva del paciente y de la muestra, utilización de los contenedores y anticoagulantes adecuados, orden de llenado correcto, horario correcto).
3. Transporte -circuitos de envío externo e interno-(condiciones de conservación de muestras hasta y durante el mismo, control de dichas condiciones)

La fase post-post-analítica se refiere a la interpretación de los resultados y el intercambio de opiniones con el médico petionario, lo que repercute en la seguridad del paciente y su manejo clínico.

Estándar C_P01

C_P01

Las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase pre-preanalítica**.

Elementos del estándar:

- El Centro aplica estrategias consensuadas entre laboratorio y médicos solicitantes, con el fin de mejorar la solicitud de pruebas de laboratorio e intentando dirigir los esfuerzos a conseguir la máxima información con el menor número de pruebas.
- Existe una cartera de Servicios del laboratorio conocida por el clínico petionario donde se describen los requerimientos del paciente y de la muestra.
- Existe un procedimiento que describe cómo se gestiona la obtención de los diferentes especímenes tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios (circuitos de priorización de pacientes).
- Las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza la identificación inequívoca del paciente, utilizando dos elementos identificativos adecuados, en ningún caso la ubicación del paciente.
- Se extrae un volumen suficiente y en las condiciones adecuadas, incluyendo el orden adecuado de los tubos cuando haya que realizar varias determinaciones.
- La muestra biológica cuenta con una identificación que permite vincularla inequívocamente con el paciente al que pertenece y en todo momento puede ser trazada correctamente.
- El transporte, manipulación y conservación durante el mismo se ajustan a lo establecido en los procedimientos, diferenciando el transporte interno del externo.

Estándar C_P02

C_P02

Las muestras biológicas se gestionan a través de un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos establecidos en la **fase post-postanalítica**.

Elementos del estándar:

- Se aplican estrategias consensuadas entre los facultativos de laboratorio y los médicos solicitantes con

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

el fin de mejorar la interpretación del informe por parte de éstos, lo que repercute en la seguridad del paciente y su manejo clínico.

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN MEDICAMENTOSA (Farmacia)

Las instituciones sanitarias han de disponer de herramientas de evaluación para los principales procesos, para conocer sus riesgos e identificar oportunidades de mejora y así planificar convenientemente las medidas para avanzar eficientemente en la seguridad del paciente, en este caso en el uso seguro de la medicación.

Con este objetivo, el Gobierno autorizó, en Consejo de Ministros de 29 de septiembre de 2006, la suscripción de un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Salamanca, a través del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) para promover y mejorar la seguridad del uso de los medicamentos en los hospitales.

El ISMP es una organización sin ánimo de lucro, cuya misión es promover la seguridad y mejorar la calidad del sistema de utilización de los medicamentos. Sus objetivos son el fomento de una cultura de seguridad responsable en el sistema sanitario, la detección y aprendizaje activo de los errores, la difusión de prácticas de seguridad efectivas y la formación de los profesionales. Ha sido pionera en sensibilizar a los profesionales sobre la trascendencia clínica de los errores de medicación y en estudiar el alcance de este problema en nuestro país.

Fruto de este convenio surge la adaptación a España del cuestionario del ISMP de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales, como una herramienta para la mejora de la seguridad en el entorno de la medicación.

El cuestionario del ISMP es una herramienta de autoevaluación muy útil, que permite evaluar la situación de los centros sanitarios en relación con la seguridad del medicamento y compararse con otros centros de dimensiones o características semejantes, así como conocer la evolución a través del tiempo.

Estándar C_P03

C_P03

El AGC/UGC de Farmacia **evalúa** periódicamente la **seguridad** en el uso del medicamento.

Elementos del estándar:

- Existe una sistemática de evaluación periódica de la gestión del medicamento que implica a profesionales, equipos y a los distintos subprocesos.
- Se realiza un informe de la evaluación con detección de áreas de mejora.

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS (Urgencias, UCI, Medicina Interna, Geriátrica, especialidades con bloque quirúrgico, Pediatría, etc.)

Con más frecuencia de lo que sería deseable, los profesionales sanitarios se enfrentan con el difícil reto de comunicar a pacientes o familiares diagnósticos con un pronóstico sombrío o son los encargados de comunicar un fallecimiento no esperado de un familiar tras un ingreso en Urgencias, una intervención quirúrgica u otra situación sobrevenida.

En estos casos, las habilidades de comunicación del profesional cobran aún más importancia de la que ya tienen de forma ordinaria y las actuaciones que se realicen deberían estar guiadas por un procedimiento institucional que garantice que el proceso se desarrolla de forma adecuada y que la familia y/o el paciente reciben el apoyo necesario.

Estándar C_P04

C_P04

El AGC/UGC utiliza un procedimiento que detalla las actuaciones más adecuadas para la comunicación de malas noticias.

Elementos del estándar:

- Existe un procedimiento (propio o del área sanitaria) que detalla quién debe dar una mala noticia, en qué momento, cómo hacerlo, en qué lugar y qué información se ha de comunicar.
- Está establecida una actuación de soporte profesional para familiares y/o pacientes en estas situaciones.
- Existe un plan de formación dirigido a los profesionales sanitarios que incluye aspectos como las habilidades en la comunicación, el manejo de situaciones difíciles y la comunicación de malas noticias.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA PARA LA REDACCIÓN DE LA GUÍA

ESTÁNDARES DE CALIDAD DE NIVEL A:

A_01 PLAN DE ACOGIDA AL USUARIO

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículos 10 y 11.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 12.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2004.
- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Derechos y Deberes de los usuarios del Sistema Sanitario Público Asturiano.

A_02 CONFIDENCIALIDAD

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- Decreto 51/2019, de 21 de junio, del Principado de Asturias por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica.
- Agencia Española de Protección de Datos. Informe de cumplimiento de la LOPD en Hospitales. 2010.
- Agencia Española de Protección de Datos. Protección de datos: Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. 2019.
- Agencia Española de Protección de Datos. Guía para profesionales del sector sanitario. 2022.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Decálogo de confidencialidad en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2006.

A_03 IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Línea estratégica 2. Objetivo 2.5.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Política institucional de identificación en centros sanitarios del Principado de Asturias. 2006.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. 2010.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en Atención Primaria. 2015.

A_04 CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículos 8, 9 y 10.
- Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Última modificación: 21 de marzo de 2005.
- Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina. “*Convenio de Oviedo*”. Capítulo II art. 5 y 8. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. 1997.

A_05 EVALUACIÓN DEL PACIENTE

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Línea estratégica 2. Objetivo 2.4.
- Proyecto Séneca. Informe técnico diciembre 2008. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS.

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Proceso de cuidados: valoración enfermera. 2009.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión. 2008.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería: Prevención de caídas de pacientes ingresados. 2010.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2004.
- Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C y Prieto J.; Pain assessment (Valoración del dolor). Revisión de la Revista de la Sociedad Española del Dolor. 9: 94-108. 2002.
- Alcalde Muñoz S, Rodríguez Rodríguez R. Guía de disfagia – Manejo de la disfagia en AP – Depósito legal: M-18636-2019 ISBN: 978-84-944966-8-4. 2008.

A_06 INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud.
- Consejería de Salud. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Principado de Asturias. Línea Estratégica: Ciudadanía.
- Abad P, Díaz S, Prado J, Menéndez L. Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento, Consejería de Salud del Principado de Asturias. Información a Familiares en SELENE, versión 0,04 .2022.

A_07 QUEJAS, SUGERENCIAS Y AGRADECIMIENTOS

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano.
- Decreto 88/1985, de 5 de septiembre, por el que se regula la Oficina de Información, Iniciativas y Reclamaciones de la Administración del Principado.
- Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Quejas sugerencias y agradecimientos: Documentación necesaria para que los profesionales faciliten a los usuarios la tramitación de quejas, sugerencias y agradecimientos. 2022.

A_08 HIGIENE DE MANOS

- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Organización Mundial de la Salud. 2009.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Curso de higiene de manos durante la atención sanitaria.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Buenas Prácticas en seguridad del paciente. Plan autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias. Mayo 2011.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

A_09 GESTIÓN DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

- Decreto 54/2016, de 28 de septiembre, por el que se regula la instalación y la utilización de desfibriladores externos fuera del ámbito sanitario, así como la formación y acreditación de las entidades formadoras para este uso.
- Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC).
- Declaración del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERC) sobre las nuevas recomendaciones 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC)
- Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias del SESPA. Notificación datos de las PCR atendidas. Método Utsein. Registro de Paradas.
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (Área de Salud). Procedimiento para el control de desfibriladores semiautomáticos.
- Plan de Asistencia al Paro Cardiorrespiratorio en el Hospital San Agustín. 2009.
- Álvarez Fernández J.A. y López de Ochoa A. Pautas Recomendadas para la Comunicación Uniforme de Datos en el Paro Cardíaco Extrahospitalario (nueva versión abreviada) El “Estilo Utstein”. Medicina Intensiva, número 7, páginas 461-472. 1993.

A_10 ALMACENAMIENTO DE LA MEDICACIÓN

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Título V “De los productos farmacéuticos”.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 1/2007, de 16 de marzo, de atención y ordenación farmacéutica, del Principado de Asturias.
- Decreto 44/2005, de 19 de mayo, regula los Servicios de Farmacia y depósitos de medicamentos y productos sanitarios de las estructuras de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales.

A_11 PREPARACIÓN, DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Ley 25/1990, de 20 diciembre, del Medicamento.
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria. 2014.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. 2015-2020.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP Medication Safety Self Assessment for Hospitals, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Versión II. 2018.
- Instituto para el uso seguro de los medicamentos. Recomendaciones para prevenir los errores causados por confusión entre los nombres de medicamentos. 2022.

A_12 PLAN DE ACOGIDA A NUEVOS PROFESIONALES

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

A_13 EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDA

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Sanidad. Prevención de fragilidad y caídas. 2022.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Prevención de caídas en pacientes ingresados. 2017.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

A_14 VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA Y PROCEDIMIENTOS DE RIESGO

- Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. 2008.
- Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Organización Mundial de la Salud. 2009.
- Programa de Cirugía Segura del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
- Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política social. 2009.
- Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Línea estratégica 2. Objetivo 2.3.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación. 2010.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.
- Recuento de material e instrumental en quirófano. Área Sanitaria V, Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Errores de Medicación (EM): Uso seguro de medicamentos en el perioperatorio. Infografía Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR).

ESTÁNDARES DE CALIDAD DE NIVEL B:

B_01 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Sanidad. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. 2015.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Protocolo para la detección y prevención de úlceras por presión. 2017
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

B_02 EDUCACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Novell, Albert J, Navarro-Rubio, M.D. Pacientes especialistas: ¿por qué se ha de formar a los pacientes? N. ° 1.737. 2009.

B_03 COMUNICACIÓN EFECTIVA Y SIN ERRORES

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Línea estratégica 2. Objetivo 2.6.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en Atención Primaria. 2015.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

B_04 PRIORIZACIÓN EN BASE A CRITERIOS CLÍNICOS

- Rodríguez Alcalá, F.J. y López de Castro, F. Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. SEMERGEN. 30(4):180-9. 2004
- Sánchez Martínez, F. I, Abellán Perpiñán, J. M, Martínez Pérez, J. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008. GacSanit. 22 (Supl 1):126-36. 2008.
- Varela Lema L, Atienza Merino G, López García M.A. Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación. 31(4):349-357. 2017.

B_05 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN

- Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica. 2ª edición. OMS. 2003.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias. 2011.
- Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en Atención Primaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2015.
- Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2017.
- Estudio EPINE-EPPS 2017. Según el protocolo “EPINE-Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in acute care hospitals. Estudio EPINE nº 28: 1990-2017.
- Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia Enfermedades Infecciosas. Microbiología Clínica. 31(2):108-113. 2013.

B_06 ACTUACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA

- Ley 31/1995, de 9 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 1942/1993, de 5 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Instalaciones de Protección contra Incendios.
- Real Decreto 485/1997, de 14 abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo.
- Real Decreto 2267/2004, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de seguridad contra incendios en los establecimientos industriales.
- Real Decreto 314/2007, de 17 de marzo, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación.
- Real Decreto 1468/2008, de 5 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la norma básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
- Real Decreto 513/2017, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

- Orden de 24 octubre 1979. Protección Anti-incendios en Establecimientos Sanitarios.
- Documento Básico SI, Seguridad en caso de Incendio. Ministerio de Fomento. Febrero 2010.
- AENOR. Norma UNE EN ISO 13943:2001. Seguridad contra incendios. Señalización de seguridad. Vías de evacuación.
- Plan de autoprotección del SESPA. 2016.

B_07 DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

- Real Decreto 1468/2008, de 5 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la norma básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de Registro y Notificación de incidentes y eventos adversos.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gestión de Riesgos. 2015.
- Plan de autoprotección del SESPA. 2016.
- Plan de autoprotección Hospital Universitario Central de Asturias. 2018.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Estudios de los efectos adversos en la atención hospitalaria en el Principado de Asturias. (2008).

B_08 FORMACIÓN CONTINUADA

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Capítulo IV “Formación continuada”.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Artículo 38.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Acreditación Formación Continuada Sanitaria en el Principado de Asturias.
- Instituto Asturiano Adolfo Posada (IAAP). Formación para el personal sanitario del SESPA.

B_PO1 FASE PREANALÍTICA, B_PO2 FASE ANALÍTICA y B_PO3 FASE POSTANALÍTICA

- Norma Europea: Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia (ISO 15189; 2012).
- Guía sobre las pruebas de laboratorio en el lugar de asistencia al paciente (POCT). Paloma Oliver Sáez, Ricardo Alonso Díaz, Javier Lirón Hernández, Vicente Monzó Inglés, Xavier Navarro Segarra, José Ángel Noval Padillo, Manuel Otero Santiago, Fernando Rodríguez Cantalejo, Catalina Sánchez Mora, Olaia Rodríguez Fraga, Comisión de Pruebas de Laboratorio en el Lugar de Asistencia (POCT). Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Revista del laboratorio clínico. Vol. 9. Núm. 2, páginas 60-80 (Abril - Junio 2016).
- Fase preanalítica: punto crítico en las pruebas de diagnóstico hematológico. Medicina y laboratorio/Volumen 22, números 9-10, 2016. Guevara-Arismendy NM, Tangarife-Castaño VJ.
- NotiWiener N°177-Septiembre 2017. Introducción a la etapa pre-analítica en el análisis bioquímico. Flavia Toledo, PhD; Mauricio Rassetto, PhD.

B_PO4 GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA Y PROGRAMA DE INTERCAMBIO TERAPÉUTICO

- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ley 1/2007, de 16 de marzo, de atención y ordenación farmacéutica, del Principado de Asturias.
- Resolución de 20 de junio de 2014, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por la que se regula la composición y régimen de funcionamiento de la Comisión de Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cómo se regulan los Medicamentos y Productos Sanitarios en España. 2014.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). 2018.
- Guía farmacoterapéutica unificada para hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2019.

B_PO5 VALIDACIÓN DE LAS PRESCRIPCIONES MEDICAMENTOSAS

- Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos.
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de

Guía de estándares de calidad asistencial (Gestión Clínica)

autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). 2016.

B_P06 CONTENCIÓN MECÁNICA

- Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.
- Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental. Protocolo de Contención Mecánica. 2017.
- Hospital Valle del Nalón. Protocolo de Contención Mecánica. 2012.
- Gallego Riestra S, Gutiérrez Rodríguez J, Fernández. Guzmán M.F. Aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. Especial referencia a los ingresos por patologías no psíquicas en instituciones sanitarias abiertas. Vol. 23, Núm. 1. 2013.
- Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. 2017.

B_P07 CUIDADOS EN LAS ÚLTIMAS FASES DE LA VIDA

- Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.

ESTÁNDARES DE CALIDAD DE NIVEL C:

C_01 CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA

- AENOR. Norma UNE EN ISO 9001:2015. Sistemas de gestión de la calidad.

C_02 PRESTACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- UNE ISO 26000:2012, Una guía para la responsabilidad social de las organizaciones.
- IESE *Business School*. Universidad de Navarra. Cátedra de responsabilidad social de la empresa y gobierno corporativo.

C_03 GRUPO DE MEJORA DE LOS PROCESOS

- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. 2017.

C_04 CUADRO DE MANDO

- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. 2017.

C_05 OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES

- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia para la mejora de confianza y seguridad de las personas que trabajan en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2018.

C_06 PARTICIPACIÓN EN ÓRGANOS SUPRACENTRO

- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.

C_07 SUPERVISIÓN DE LAS INSTALACIONES

- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.

C_08 GESTIÓN DE LOS CONFLICTOS ÉTICOS

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículo 10.
- Opinión del comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en Sanidad.
- Mapa de conflictos éticos en hospitalización de pacientes crónicos. Asociación Española de Bioética. 2020.

C_09 COLECTIVOS VULNERABLES

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia.
- Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida.
- Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, del Principado de Asturias.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Principado de Asturias.
- Hospital Valle del Nalón. Procedimiento de intervención ante evaluación de pacientes con riesgo social y/o pacientes vulnerables. 2017.

C_10 INSTRUCCIONES PREVIAS

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 11.
- Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina. "Convenio de Oviedo". Capítulo II art. 9. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. 1997.
- Real Decreto 415/2022, de 31 de mayo, modifica el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
- Orden SCO/2823/2007, de 14 de septiembre, por la que se amplía la Orden de 21 de julio de 1994, por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal gestionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado Registro nacional de instrucciones previas.
- Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las

personas en el proceso del final de la vida.

- Resolución de 29 de abril de 2008, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, de desarrollo y ejecución del Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario automatizado de datos de carácter personal.
- Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Instrucciones previas (Testamento Vital): Información y documentos para tramitar las instrucciones previas en el ámbito sanitario. 2023.

C11 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN (PACIENTES Y CLIENTES)

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano.
- Decreto 88/1985, de 5 de septiembre, por el que se regula la Oficina de Información, Iniciativas y Reclamaciones de la Administración del Principado.
- Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias, Quejas sugerencias y agradecimientos: Documentación necesaria para que los profesionales faciliten a los usuarios la tramitación de quejas, sugerencias y agradecimientos. 2022.

C_P01 FASE PRE-PREANALÍTICA Y C_P02 FASE POST-POSTANALÍTICA

- Norma Europea: Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia (ISO 15189; 2012).
- Guía sobre las pruebas de laboratorio en el lugar de asistencia al paciente (POCT). Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Revista del laboratorio clínico. Vol. 9. Núm. 2, páginas 60-80. 2016.
- Fase preanalítica: punto crítico en las pruebas de diagnóstico hematológico. Medicina y laboratorio/Volumen 22, números 9-10, 2016. Guevara-Arismendy NM, Tangarife-Castaño VJ.
- NotiWiener N°177-Septiembre 2017. Introducción a la etapa pre-analítica en el análisis bioquímico. Flavia Toledo, PhD; Mauricio Rassetto, PhD.

C_P03 CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN MEDICAMENTOSA

- Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
- Real Decreto 717/2019, de 5 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Adaptación del ISMP *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Versión II. 2018.
- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020.
- Guía farmacoterapéutica unificada para hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias 2019.

C_P04 COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

- Consejería de Salud del Principado de Asturias. Guía de Atención al Duelo Gestacional y Perinatal. 2022.
- Bascuñán M.L. Comunicación de “malas noticias” en salud. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol 24. Núm 4. Páginas 685-692. 2013.
- Ramírez-Ibáñez M.T, Ramírez-de la Roche O.F. Cómo comunicar malas noticias en la práctica médica. Aten Fam. Vol 22. Núm 4. Páginas 95-96. 2015.

Bibliografía General

- Ministerio de Sanidad y Política Social. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. Informes, estudios e investigación. (2009).
- Proyecto SENECA. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. (2008).
- Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las estrategias de salud y atención a la población con enfermedad crónica en Asturias. (2014).
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad (SINOC v8). (2018).
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Guía de estándares y circuitos de la calidad asistencial (GECCAs) v1 (2018).