# ASP-01 Identificación inequívoca de los pacientes.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El sistema documentado para la identificación inequívoca de los pacientes incluyecomo mínimo dos formas de identificación, sin emplear como forma de identificación, el nombre o número de la sala, número o identificación de la habitación ynúmero de la cama que utiliza el paciente. |  |  |  |
| El sistema de identificación incluye nombre y apellidos de los pacientes o de lamadre, en el caso de los recién nacidos, como invariante y uno o más de las variantes siguientes: número de historia clínica, el número de carné de identidad omanilla. |  |  |  |
| El sistema declarado es utilizado como identificación de los pacientes previo acualquier procedimiento diagnóstico y terapéutico. |  |  |  |
| **Documentos a verificar** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos del hospital. |  |  |  |
| Sistema documentado para identificación inequívoca. |  |  |  |
| Manual de procedimientos para registros y estadísticas de salud. |  |  |  |

# ASP-02 Admisión y registro de pacientes en el hospital.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El proceso de registros de admisión a hospitalizados, los de atención de urgenciasy servicios ambulatorios cumple con lo establecido. |  |  |  |
| Existe un proceso de ingreso directo desde el servicio de emergencia. |  |  |  |
| El proceso de registro de pacientes que permanecen en observación cumple con lo establecido. |  |  |  |
| Se priorizan, en el momento de admisión para hospitalización, los casos de emergencia y los pacientes que necesitan cuidados especiales según la valoración médica en el momento de ingreso y se selecciona el servicio más adecuado para responder a las necesidades. |  |  |  |
| Se ofrece al paciente y acompañante la información relacionada con el proceso de atención integral. |  |  |  |
| Existe un plan de admisión de pacientes para situaciones especiales. |  |  |  |
| Existen criterios de ingreso para los pacientes que demanden asistencia en unidades de atención al grave. |  |  |  |
| Se cumple con lo establecido en todos los servicios ambulatorios del hospital. |  |  |  |
| En la consulta externa del hospital se prioriza la oferta de turnos para casos nuevos. |  |  |  |
| Se garantiza la oferta de turnos para todo el año en los servicios ambulatorios. |  |  |  |
| Están priorizadas las consultas especializadas y por equipos multidisciplinarios. |  |  |  |
| Se cumple con lo establecido para los registros primarios en urgencias, servicios ambulatorios y en admisión de pacientes para hospitalización. |  |  |  |
| Están nombrados los jefes de servicios de urgencias, consulta externa o servicios ambulatorios y de admisión. |  |  |  |
| Existe en Admisión un mecanismo para el control de camas. |  |  |  |
| Existen adecuadas condiciones de los locales donde se realiza la consulta externa. |  |  |  |
| Se utiliza en consulta externa la programación de turnos de forma escalonada, así como programación anual. |  |  |  |
| Existen posibilidades de acceso desde el primer nivel de atención al sistema de oferta de turnos en consulta externa. |  |  |  |
| Existen consultas de seguimiento a pacientes egresados. |  |  |  |
| Existe adecuada calidad del registro en las hojas de cargo en consulta externa y en Urgencias. |  |  |  |
| Existen prácticas especializadas en el área ambulatoria del hospital. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Manual de procedimientos para registros médicos y estadísticas de salud. |  |  |  |
| Registros primarios establecidos en urgencias, servicios ambulatorios y admisión de pacientes. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Expedientes laborales. |  |  |  |
| Resolución de nombramiento. |  |  |  |

# ASP-03 Continuidad de la atención.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Los jefes de servicios y departamentos disponen e implementan procedimientos que contribuyen a la continuidad y coordinación de la atención. |  |  |  |
| La historia clínica del paciente está disponible y actualizada para aquellos profesionales autorizados que la necesiten para la atención del paciente. |  |  |  |
| Los procesos de continuidad y coordinación de atención se realizan a través del uso de herramientas, como el manual de organización y procedimientos, guías deprácticas clínicas, protocolos de actuación y otras normativas. |  |  |  |
| Durante la hospitalización existe un profesional médico identificado como responsable de la atención del paciente. |  |  |  |
| En el proceso asistencial del paciente hospitalizado el pase de visita se planificay ejecuta. |  |  |  |
| Existe planificación y ejecución de discusión colectiva de casos complejos. |  |  |  |
| Se emplea una “segunda opinión”, de ser necesaria, en el proceso de atención. |  |  |  |
| La transportación interna del paciente para procederes diagnósticos y/o terapéuticos ocurre de forma segura. |  |  |  |
| La historia clínica del paciente que requiere traslado interno posee un resumen o*epicrisis de traslado.* |  |  |  |
| El egreso del paciente se determina por criterio médico. |  |  |  |
| Es emitida hoja de egreso al paciente donde se resumen los aspectos relacionados con la evolución del enfermo, los resultados relevantes de los exámenes complementarios, la impresión diagnóstica y el plan terapéutico a seguir. Este documento constituye la contrarreferencia para su médico de familia o su médico de atención. |  |  |  |
| Una copia de la hoja de egreso se conserva en la historia clínica del paciente. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| En el proceso de egreso son tenidos en cuenta:• Seguridad y uso efectivo de los medicamentos del paciente.• Seguridad y uso efectivo de la tecnología médica.• Interacciones potenciales entre los medicamentos indicados en su plan terapéutico.• Dieta y nutrición a seguir.• Atención integral al dolor.• Rehabilitación.• Educación sanitaria.• Comunicación con acompañantes y familiares.• Satisfacción de pacientes y familiares. |  |  |  |
| El hospital posee un procedimiento para identificar las razones por las cuales los pacientes se retiran sin consentimiento médico (alta a petición). |  |  |  |
| Existe un procedimiento de notificación a las instancias correspondientes cuando un paciente se retira durante el proceso de atención en los servicios hospitalarios. |  |  |  |
| Reciben educación sanitaria los pacientes hospitalizados, en urgencias y servicios ambulatorios como parte de su atención integral. |  |  |  |
| El hospital gestiona el transporte sanitario para los egresados que requieran traslado seguro. |  |  |  |
| Existe un sistema para la referencia de procesos diagnósticos, terapéuticos y de atención médica del paciente. |  |  |  |
| El proceso de referencia se documenta en la historia clínica. |  |  |  |
| El hospital tiene un registro de los procesos de referencia y contrarreferencia. |  |  |  |
| El hospital controla los reingresos o readmisiones no previstas. |  |  |  |
| Existe un proceso que evalúa la satisfacción de pacientes y familiares durante su estancia en el hospital. |  |  |  |
| La responsabilidad de la atención del paciente es de un médico especialista. |  |  |  |
| Existe organización del trabajo asistencial e integración de los grupos básicos de trabajo. |  |  |  |
| Se cumple la normativa relacionada con el alta precoz, en pacientes de cirugía mayor ambulatoria y corta estadía. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Historias clínicas |  |  |  |
| Manual de organización y procedimientos |  |  |  |
| Protocolos de actuación, guías de prácticas clínicas y otras normativas vigentes. |  |  |  |
| Programación de guardias médicas y organización de la continuidad de la atención a pacientes hospitalizados de 4 p.m. a 8 a.m., así como los sábados, domingos ydías feriados. |  |  |  |
| Evidencias de las supervisiones periódicas de los pases de visita médico. |  |  |  |
| Actas de reuniones de discusión de casos complejos. |  |  |  |
| Manual de procedimientos de registros y estadísticas de salud. |  |  |  |
| Expedientes laborales. |  |  |  |
| Programación de consultas. |  |  |  |
| Programación de consultas especializadas en el primer nivel de atención como parte de la proyección comunitaria de las especialidades. |  |  |  |
| Documentación del sistema de referencia y contrarreferencia de la institución y su cumplimiento. |  |  |  |
| Remisiones |  |  |  |

**ASP-04 Derechos del paciente y satisfacción.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El hospital respeta los derechos de los pacientes y su familia como está explícito en las normas de convivencia hospitalaria vigentes. |  |  |  |
| El hospital respeta los derechos de los pacientes y su familia en determinar qué información relacionada con su proceso de atención se proporcionará a la familiao a otras personas y en qué circunstancias. |  |  |  |
| El hospital divulga por diferentes medios los derechos del paciente. |  |  |  |
| Todo el personal está informado acerca de los derechos del paciente y puede explicar sus responsabilidades para proteger los referidos derechos. |  |  |  |
| Los jefes de los servicios o departamentos implementan un proceso para resolver o limitar las barreras de los pacientes que buscan su atención. |  |  |  |
| El personal ofrece una atención respetuosa en correspondencia con los valores y las creencias del paciente. |  |  |  |
| La necesidad de privacidad del paciente es respetada para todas las consultas médicas, exámenes, procedimientos/tratamientos y transporte. |  |  |  |
| La confidencialidad de la información del paciente se mantiene de acuerdo con las regulaciones vigentes. |  |  |  |
| Los pacientes y familiares son informados, mediante entrevista médica, acerca de su condición sobre diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico. |  |  |  |
| Se respeta y apoya el derecho del paciente a la evaluación y atención integral al dolor. |  |  |  |
| Se apoya el derecho del paciente al trato respetuoso y compasivo al final de la vida. |  |  |  |
| Se implementa el consentimiento informado. |  |  |  |
| En el hospital está determinado el nivel de responsabilidad sobre los bienes de los pacientes. |  |  |  |
| El hospital implementa un proceso de protección ante cualquier manifestación de violencia a pacientes, acompañantes y prestadores de los servicios de salud. |  |  |  |
| Los pacientes y familiares son informados acerca del proceso para presentar quejas, inconformidades o estados de opinión. |  |  |  |
| Las quejas son investigadas por la institución y los demandantes son informados de los resultados. |  |  |  |
| Se implementa un proceso para abordar la satisfacción de los prestadores de losservicios de salud.  |  |  |  |
| Se informa a pacientes y sus familias acerca del proceso de donación de órganos y tejidos. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Se apoya la decisión del paciente y la familia de donar órganos y tejidos. |  |  |  |
| Se aseguran los controles adecuados para garantizar el cumplimiento de lo establecido para los procesos de donación y trasplante de órganos y tejidos que incluyen los aspectos éticos y legales. |  |  |  |
| Existe un mecanismo establecido por la institución para la entrega de dietas, certificados y otros documentos que requieren gestión administrativa. |  |  |  |
| Existe un sistema implementado para evaluar la satisfacción de prestadores de losservicios de salud a través de entrevistas o encuestas. |  |  |  |
| Existencia y funcionamiento del sistema de entrevistas médicas. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Consentimiento informado. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Evidencias de la divulgación de los derechos y deberes del paciente en concordancia con las orientaciones de convivencia hospitalaria establecidas. |  |  |  |
| Documentación de la oficina de atención a la población. |  |  |  |
| Planes de trabajo de los directivos enfocados a la planificación de la atención a la población. |  |  |  |
| Sistema de encuestas a pacientes y familiares. |  |  |  |
| Sistema de información a pacientes y familiares. |  |  |  |

# ASP-05 Prestación de la atención sanitaria.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Los jefes de servicios y departamentos trabajan en forma coordinada para ofrecer procesos de atención sanitaria. |  |  |  |
| La prestación de la atención sanitaria cumple con las reglamentaciones vigentes. |  |  |  |
| La planificación y prestación de la atención se encuentra integrada y coordinada entre los diferentes servicios y departamentos. |  |  |  |
| La atención de cada paciente es planificada por el médico responsable, la enfermera y otros profesionales sanitarios dentro de las 24 h de su admisión como pacientehospitalizado. |  |  |  |
| El plan de atención es individualizado y se basa en los datos de la evaluación inicial del paciente y sus necesidades identificadas. |  |  |  |
| El plan de atención es actualizado, modificado y revisado por un equipo multidisciplinario en función de la reevaluación del paciente realizada por los profesionales sanitarios a cargo de la atención médica. |  |  |  |
| El plan de atención de cada paciente es revisado cuando se desarrolla por primera vez y cuando es modificado por el equipo multidisciplinario y registrado en lahistoria clínica del paciente teniendo en cuenta los cambios que se produzcan en la condición del paciente. |  |  |  |
| La atención médica planificada es brindada a cada paciente y registrada en su historia clínica por parte del profesional a cargo de brindar la atención. |  |  |  |
| Las órdenes, procedimientos y tratamientos realizados son registrados en la historia clínica del paciente. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos disponible. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Protocolos de actuación y/o guías de práctica clínica |  |  |  |
| Listado de guardias médicas físicas y localizables en todos los servicios de asistencia médica del hospital. |  |  |  |
| Rotaciones del personal de enfermería. |  |  |  |

.

**ASP -06 Atención a pacientes de alto riesgo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| La dirección del hospital y sus jefes de servicios y departamentos han identificado los pacientes y servicios de alto riesgo. |  |  |  |
| La prestación de servicios de alto riesgo está implementada bajo directrices y procedimientos. |  |  |  |
| El personal que participa en los procedimientos de alto riesgo está debidamente capacitado para brindar atención médica. |  |  |  |
| Evaluaciones de servicios de alto riesgo. |  |  |  |
| La adherencia a los protocolos de actuación o guías de práctica clínica en los servicios de alto riesgo en el hospital. |  |  |  |
| Disponibilidad de exámenes de laboratorio clínico con estudio de gases sanguíneos y otros estudios las 24 h del día. |  |  |  |
| Posibilidad de radiología e imágenes las 24 h del día. |  |  |  |
| Posibilidad de hemoterapia las 24 h del día. |  |  |  |
| Existe personal capacitado para la atención de pacientes de alto riesgo, según perfil. |  |  |  |
| Indicadores de resultados definidos para cada tipo de unidad que atiende pacientes de alto riesgo. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos de los servicios. |  |  |  |
| Protocolos de actuación, guías de práctica clínica en los servicios de alto riesgo y evaluación de su adherencia. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Documentación técnica, registros de control del equipamiento disponible paraatender pacientes de alto riesgo según su perfil. |  |  |  |
| Expedientes laborales. |  |  |  |

# ASP-07 Cambios en el estado del paciente.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El hospital implementa un proceso sistemático de capacitación y asegura los recursos necesarios para que el personal pueda reconocer y actuar cuando el estadode un paciente muestra signos de deterioro. |  |  |  |
| El hospital implementa criterios documentados que describen signos de alerta tempranos que muestran un cambio o un deterioro en la condición del paciente yque indican solicitar ayuda calificada. |  |  |  |
| El personal sanitario informa al paciente y a su familia la forma de solicitar asistencia cuando la condición del enfermo se deteriora. |  |  |  |
| Están disponibles los servicios de reanimación en todo el hospital, las 24 h del día, todos los días. |  |  |  |
| El reconocimiento de la parada cardiorrespiratoria y el proceso de soporte vital deben llevarse a cabo de forma inmediata. |  |  |  |
| **Documentos y procesos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Protocolos de actuación o guías de práctica clínica. |  |  |  |
| Expedientes laborales. |  |  |  |
| Recursos de reanimación cardiopulmonar. |  |  |  |

.

**ASP – 08 Comunicación efectiva**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El profesional que recibe la información verbal o escrita, registra y lee nuevamente la orden de manera completa, y la persona que realizó la orden la confirma. |  |  |  |
| Están definidos los valores de referencia para cada prueba diagnóstica. |  |  |  |
| Está definido quién notifica y a quién, los resultados de pruebas diagnósticas. |  |  |  |
| La comunicación entre profesionales se realiza de forma ética y personalizada. |  |  |  |
| La comunicación escrita, se realiza de manera completa y legible. |  |  |  |
| Esta identificada la información que se debe registrar en la historia clínica del paciente. |  |  |  |
| Los prestadores de atención sanitaria se comunican los elementos importantes del paciente durante los traspasos de información y atención (entrega de guardia, entrega de turno, entrega de sala, pase de visita, entre otros). |  |  |  |
| Se establece una comunicación efectiva entre el paciente, su familia y los profesionales sanitarios durante el proceso de atención. |  |  |  |
| Posibilidad de uso de las tecnologías de la información y comunicaciones entre los profesionales. |  |  |  |
| **Documentos y procesos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Historias clínicas |  |  |  |
| Normas de convivencia hospitalaria |  |  |  |
| Registro de los valores de referencia de las pruebas diagnóstica. |  |  |  |
| Informe de resultados de las pruebas diagnósticas. |  |  |  |
| Actas de discusión de casos complejos. |  |  |  |
| Actas de reuniones de servicios y departamentos. |  |  |  |
| Disponibilidad y uso de las tecnologías de la información y comunicaciones. |  |  |  |

# ASP-09 Cirugía y procedimientos invasivos seguros.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Existe un sistema de notificación y reporte de eventos adversos en procedimientos quirúrgicos e invasivos. |  |  |  |
| Se emplea una marca reconocible al instante para la identificación del sitio de la cirugía o del procedimiento invasivo que es consistente en el hospital. |  |  |  |
| El marcado del sitio de la cirugía o del procedimiento invasivo es realizado por el profesional que ejecuta el procedimiento e involucra al paciente en el proceso demarcado. |  |  |  |
| Se emplea una lista de comprobación antes del procedimiento: consentimiento informado correcto, identificación del sitio, el procedimiento y paciente correcto, documentos y equipamiento médico necesario disponible. |  |  |  |
| El equipo quirúrgico completo realiza y registra un procedimiento de pausa prequirúrgica (la identificación del paciente correcto, la lateralidad y el sitio correcto,el acuerdo sobre el procedimiento que debe realizarse, y la confirmación de haber realizado el proceso de verificación), en el área en el cual se realiza la cirugía/procedimiento invasivo, antes de comenzar una cirugía/procedimiento invasivo. |  |  |  |
| Cuando se realiza la cirugía, incluyendo procedimientos médicos y dentales en otros lugares además del quirófano, se desarrollan procesos para garantizar el sitio, procedimiento y paciente correctos. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos disponible. |  |  |  |
| Registro de accidentes quirúrgicos. |  |  |  |
| Informes operatorios. |  |  |  |
| Informes anestésicos. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Actas del comité de evaluación de la actividad quirúrgica. |  |  |  |
| Registros primarios en las unidades quirúrgicas. |  |  |  |
| Informes en el departamento de registros médicos y estadística de salud relacionados con la actividad quirúrgica. |  |  |  |

# ASP-10 Riesgo de infecciones asociadas a la asistenciasanitaria.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Existe un sistema de notificación y reporte de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. |  |  |  |
| El hospital posee un programa institucional para la prevención y control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria basado en las disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública. |  |  |  |
| El hospital aplica una política institucional de desinfección y descontaminaciónbasada en disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública. |  |  |  |
| Se implementa un programa de lavado efectivo de manos en todo el hospital (social, higiénico y quirúrgico). |  |  |  |
| Existen los medios necesarios para el adecuado lavado higiénico de las manos con soluciones alcohólicas. |  |  |  |
| Los procedimientos de limpieza y desinfección de manos se utilizan de acuerdo con las directrices de lavado higiénico de las manos en todo el hospital. |  |  |  |
| Uso adecuado de guantes (manipulación o quirúrgicos), según procedimiento. |  |  |  |
| Se emplean una sola vez los dispositivos de inyección descartables. |  |  |  |
| Las conexiones y protecciones de los catéteres y dispositivos colocados en los pacientes son correctas. |  |  |  |
| Se emplea la profilaxis con antibióticos según la política establecida en el servicio específico hospital. |  |  |  |
| Se aplican las medidas de asepsia y antisepsia en la realización de procedimientos y técnicas que comprometan el riesgo de infecciones en los pacientes. |  |  |  |
| Existe un procedimiento riguroso de limpieza, desinfección, esterilización, traslado, almacenamiento de los materiales, dispositivos y equipamientos médicosbasado en las disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública. |  |  |  |
| Existe un procedimiento riguroso en el control del material reutilizable (rehúso) basado en las disposiciones y normativas del Ministerio de Salud Pública. |  |  |  |
| Son adecuadas las condiciones higiénicas de los equipos y accesorios para la atención del paciente. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Programa institucional de prevención y control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. |  |  |  |
| Política institucional de desinfección y descontaminación, según disposiciones y normativas vigentes del Ministerio de Salud Pública. |  |  |  |
| Registros primarios de reporte de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en los servicios de asistencia médica. |  |  |  |
| Actas del comité de prevención y control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. |  |  |  |
| Registro del control de calidad de las soluciones desinfectantes en el dispensario farmacéutico y en la estructura correspondiente a la epidemiología hospitalaria. |  |  |  |
| Evidencias documentadas del control del lavado higiénico de las manos por parte de las enfermeras vigilantes epidemiológicas (EVE) realizadas a los servicios deasistencia médica. |  |  |  |
| Mapa microbiológico del hospital documentado y divulgado en los servicios de asistencia médica. |  |  |  |
| Política institucional para la profilaxis quirúrgica con antibióticos. Debe estar incluida en los protocolos de actuación o guías de práctica clínica. |  |  |  |
| Sistema de información estadística de IAAS en el departamento de Registros médicos y estadísticas de salud. |  |  |  |

# ASP-11 Daño del paciente causado por caídas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| El hospital implementa un proceso para evaluar los riesgos del entorno en el que se proporcionan la atención y los servicios. |  |  |  |
| El hospital implementa un proceso para evaluar (evaluación inicial y continua) a todos los pacientes hospitalizados para identificar su riesgo de caídas. |  |  |  |
| El hospital implementa un proceso para la protección de pacientes hospitalizados y ambulatorios que se identifiquen con riesgo de caídas. |  |  |  |
| Utiliza los mecanismos de sujeción y dispositivos de inmovilización adecuados, según necesidades del paciente durante la hospitalización, traslado y transportación. |  |  |  |
| Son adecuadas las condiciones estructurales de los equipos y accesorios para la atención y traslado de los pacientes. |  |  |  |
| Existe un sistema de notificación y reporte de caídas de los pacientes. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Registro de reporte de caídas. |  |  |  |
| Plan director del hospital donde se contemple en el proceso inversionista la eliminación de barreras arquitectónicas y los elementos necesarios en la protección de pacientes para evitar caídas. |  |  |  |

# ASP-12 Atención anestésica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **NoCumple** | **Observaciones** |
| El hospital cuenta con un sistema para proporcionar servicios de de atención preanestésica, anestésica y de cuidados pos anestésicos que se requieren según su población de pacientes, los servicios clínico quirúrgicos que ofrece y las necesidades de atención del profesional sanitario. |  |  |  |
| Los servicios de analgosedación, monitorización anestésica y anestesia para cirugía cumplen con todos los estándares de seguridad y regulaciones nacionalesvigentes. |  |  |  |
| Los servicios de atención preanestésica, anestesia y de cuidados posanestéscios están disponibles para emergencias después del horario normal de funcionamiento. |  |  |  |
| Las responsabilidades para monitorizar y revisar todos los servicios de atención preanestésica, anestésica y de cuidados posanestésicos están definidos en el hospital. |  |  |  |
| Los servicios de atención anestésica se realiza frecuentemente en muchas áreas del hospital fuera del quirófano, su administración debe ser uniforme en todo el hospital y contar con los estándares clínicos de seguridad para los pacientes. |  |  |  |
| El hospital posee guías específicas sobre cómo, cuándo y dónde se puede usar la analgosedación. |  |  |  |
| En el hospital están identificadas las áreas en donde puede administrarse la analgosedación, y cuenta con personal capacitado y diestro en esos procesos; están también identificadas las diferencias entre las poblaciones pediátricas, adultas y geriátricas, así como otras de consideraciones especiales; posee disponibilidad y uso de tecnología médica especializada y obtención del consentimiento informado tanto para el procedimiento anestésico como para la analgosedación. |  |  |  |
| Se cuenta con tecnología médica y suministros de emergencia disponibles fácilmente y personalizados según el tipo de analgosedación que se esté realizando, asícomo de la edad y condición médica del paciente. |  |  |  |
| El hospital posee guardias de médicos especialistas con presencia física las 24 h. |  |  |  |
| Los profesionales sanitarios responsables de la sedación a los pacientes que reciben servicios de atención preanestésica se encuentran capacitados y bajo supervisión especializada. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| La competencia de todo el personal implicado en la sedación preanestésica está documentada en los expedientes laborales en el departamento de recursos humanos. |  |  |  |
| Se utilizan y documentan criterios establecidos para la recuperación y para el altade los servicios de Recuperación Postanestésica. |  |  |  |
| El paciente, los familiares o quienes toman las decisiones han recibido educación sobre el riesgo, los beneficios y las alternativas de atención preanestésica y estánen condiciones de firmar el consentimiento a recibir la atención anestésica que demande su enfermedad, estudio o intervención. |  |  |  |
| El paciente, los familiares o quienes toman las decisiones reciben educación acerca de la analgesia posterior al procedimiento. |  |  |  |
| Un profesional capacitado imparte la educación. |  |  |  |
| Se realiza la evaluación clínica previa a la anestesia para cada paciente en consulta por un especialista o residente de 3er o 4to año. |  |  |  |
| Se realiza una evaluación final inmediatamente antes de la inducción anestésica. |  |  |  |
| Las dos evaluaciones las realizan especialistas o residentes de 3er. o 4to. año y se documentan en el modelo de Informe anestésico. |  |  |  |
| La atención de anestesia de cada paciente se planifica y documenta en el expediente del paciente previa estratificación del riesgo. |  |  |  |
| El anestesiólogo u otra persona (profesional) capacitada imparte y documenta la educación y explica el contenido del consentimiento informado. |  |  |  |
| El complejo de monitorización durante la anestesia y la cirugía se basan en el estado previo del paciente, la técnica anestésica utilizada y el procedimiento quirúrgico realizado. |  |  |  |
| La monitorización del estado psicológico del paciente es congruente con la práctica profesional |  |  |  |
| Los resultados de monitorización se documentan en el expediente del paciente. |  |  |  |
| A los pacientes se les monitoriza con pulsioximetría durante el período de recuperación posterior a la anestesia. |  |  |  |
| Los registros de la monitorización se documentan en el expediente clínico del paciente. |  |  |  |
| A los pacientes se les aplican técnicas de analgesia previa o preventiva y se registran en el expediente clínico. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| A los pacientes se les da el alta de la unidad de recuperación posanestésica (o se interrumpe la monitorización de recuperación) de acuerdo con los protocolos de actuación vigentes por el anestesiólogo actuante. |  |  |  |
| La hora en que se inicia la recuperación posanestésica y la hora en que la fase de recuperación está completa se registran en el expediente del paciente. |  |  |  |
| El hospital tiene el equipamiento anestésico requerido y seguro en cada quirófano en uso. |  |  |  |
| La sala de recuperación posanestésica posee el personal de enfermería capacitado y dedicado exclusivamente a esta actividad con médico anestesiólogo responsable. |  |  |  |
| El hospital dispone de anestesiólogo las 24 h en la sala de recuperación de urgencias. |  |  |  |
| El hospital posee el servicio de anestesia ininterrumpido de 24 h. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Historia clínica. |  |  |  |
| Hoja de evaluación anestésica |  |  |  |
| Hoja de cargo de la consulta de anestesia preoperatoria. |  |  |  |
| Protocolos de actuación y/o guías de práctica clínica nacionales y su cumplimiento. |  |  |  |
| Actas del comité de evaluación de la actividad quirúrgica. |  |  |  |
| Documentación relacionada con el control de fármacos y drogas anestésicas. |  |  |  |
| Expedientes laborales en el Departamento de Recursos humanos, nombramiento y título del Especialista Médico Jefe del Servicio de Anestesiología. |  |  |  |
| Expedientes laborales en el Departamento de Recursos humano, títulos del personal técnico del Servicio de Anestesiología. |  |  |  |
| Certificación de aptitud del paciente para operarse y para egreso de la unidad quirúrgica por parte del anestesiólogo. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Indicadores de la actividad anestesiológica: Fallecimientos en el período preoperatorio, intraoperatorio o posoperatorio inmediato; traumatismos o lesiones producidos por el procedimiento anestésico; paros cardiacos relacionados con la atención anestésica e índice de Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral (RCPC) exitosa por el personal del servicio e incidencia de complicaciones atribuibles a la anestesia. |  |  |  |
| Esquema de guardias con presencia física 24 h de médicos especialistas. |  |  |  |

# ASP-13 Atención quirúrgica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| La información de evaluación utilizada para desarrollar y respaldar el procedimiento invasivo planificado se documenta en el expediente del paciente por partedel médico responsable antes de que se realice el procedimiento. |  |  |  |
| La atención quirúrgica de cada paciente se planifica con base en la información de la evaluación. |  |  |  |
| El diagnóstico preoperatorio y el procedimiento planificado se documentan en el expediente del paciente por parte del médico responsable, antes del procedimiento. |  |  |  |
| El paciente, los familiares o quienes toman las decisiones han recibido educación sobre los riesgos, los beneficios, las complicaciones potenciales y las alternativasrelacionadas con el procedimiento quirúrgico planificado. |  |  |  |
| El cirujano del paciente imparte la educación y la documenta. |  |  |  |
| Los informes quirúrgicos poseen todos sus escaques completados y se encuentra detallado el acto quirúrgico. |  |  |  |
| El informe quirúrgico se encuentra disponible, antes el paciente sea transferido a otro servicio. |  |  |  |
| Las necesidades de atención médica y de enfermería posterior a la cirugía difieren según el procedimiento quirúrgico realizado y el historial médico del paciente. |  |  |  |
| Deben estar considerados que algunos pacientes pueden requerir atención de otros servicios, la que debe ser debidamente coordinada. |  |  |  |
| La atención posquirúrgica proporcionada por médicos, enfermeros/as y otras personas satisface las necesidades del paciente. |  |  |  |
| El plan de atención posquirúrgica de continuación incluye las necesidades médicas, de enfermería y de otro tipo con base en las necesidades del paciente. |  |  |  |
| Cuando se indica por un cambio en las necesidades del paciente, el plan de atención posquirúrgica se actualiza y modifica según la nueva evaluación del pacientepor parte de profesionales sanitarios. |  |  |  |
| Los servicios quirúrgicos del hospital definen los tipos de dispositivos implantables que se incluyen dentro del alcance de los servicios. |  |  |  |
| Existencia del servicio de atención quirúrgica electiva y urgente con áreas para el preoperatorio y para la recuperación anestésica de los pacientes. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Se cumple con la disciplina del personal dentro de la(s) unidad(es) quirúrgica(s). |  |  |  |
| La unidad cuenta con un área para el lavado de manos con dispensador de jabón y soluciones antisépticas aprobadas. |  |  |  |
| Se cumple con la limpieza y desinfección de las diferentes áreas de la unidad quirúrgica. |  |  |  |
| Se cumple con los flujos de la unidad y la disposición final de los desechos. |  |  |  |
| Se cumplen las normativas para la preparación y conservación del material y de las piezas operatorias. |  |  |  |
| Existe en los quirófanos utilización adecuada del equipamiento, así como el suministro centralizado de gases medicinales y monitorización transoperatoria. |  |  |  |
| Existen las condiciones para el diagnóstico histológico y radiológico transoperatorio. |  |  |  |
| Las condiciones en las que se practica la Cirugía de Mínimo Acceso son adecuadas. |  |  |  |
| Se cumple lo establecido ministerialmente para la atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. |  |  |  |
| El servicio quirúrgico de urgencia cumple con lo establecido. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Historia clínica. |  |  |  |
| Planificación quirúrgica. |  |  |  |
| Registro de pacientes pendientes de tratamiento quirúrgico. |  |  |  |
| Registro de operaciones de la(s) unidad(es) quirúrgica(s). |  |  |  |
| Informe operatorio. |  |  |  |
| Hoja de evaluación anestésica. |  |  |  |
| Registros normados para la actividad quirúrgica. |  |  |  |
| Protocolos de actuación y/o guías de práctica clínica. |  |  |  |
| Actas del comité de evaluación de la actividad quirúrgica. |  |  |  |
| Registro de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Evidencias de realización de las reuniones de programación y aseguramiento de la actividad quirúrgica. |  |  |  |
| Expedientes laborales. |  |  |  |
| Documentación del proceso de cirugía ambulatoria. |  |  |  |
| Evidencia documental del análisis de los indicadores ministeriales que evalúan la actividad quirúrgica. |  |  |  |
| Anuncio de operaciones. |  |  |  |

# ASP-14 Seguridad en los medicamentos de alto riesgo, de equipos y dispositivos médicos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Existe un sistema de notificación y reporte de errores en la trazabilidad de los medicamentos de alto riesgo. |  |  |  |
| El hospital tiene una lista de medicamentos de alto riesgo, que incluye aquellos con apariencia o nombre similar. |  |  |  |
| El hospital implementa estrategias para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, que incluyen procesos específicos de almacenamiento, prescripción, administración y monitorización. |  |  |  |
| La ubicación e identificación de los medicamentos de alto riesgo, que incluyen además, los de apariencia o nombre similar, está establecido en el hospital. |  |  |  |
| El hospital tiene un procedimiento que evita la administración involuntaria de electrólitos concentrados. |  |  |  |
| Los electrólitos concentrados están presentes sólo en los servicios de atención al paciente que se identifican como clínicamente necesarios. |  |  |  |
| El hospital identifica los riesgos asociados a los equipos médicos que posee. |  |  |  |
| El hospital implementa acciones para mitigar los riesgos asociados a los equipos médicos. |  |  |  |
| El hospital registra los eventos adversos asociados al uso de equipos y dispositivos médicos. |  |  |  |
| El hospital reporta los eventos adversos asociados al uso de equipos y dispositivos médicos. |  |  |  |
| El hospital posee y cumple el plan de mantenimiento de equipos. |  |  |  |
| El hospital posee y cumple el plan de calibración y verificación de los instrumentos de medición. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Listado de medicamentos considerados de alto riesgo. |  |  |  |
| Manual de procedimientos de la farmacia hospitalaria. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Registro de reacciones adversas a medicamentos (RAM). Disponibilidad del modelo de RAM en los servicios de atención a pacientes. |  |  |  |
| Plan de mantenimiento de equipos. |  |  |  |
| Plan de calibración y verificación de los instrumentos de medición. |  |  |  |
| Registro de eventos adversos a equipos y dispositivos médicos. |  |  |  |

# ASP-15 Elaboración, dispensación y uso de medicamentos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El área de elaboración es un área limpia y segura, dispone de materiales y equipamiento acordes a la producción que realiza y se cumple con las Buenas prácticas de manufactura de formulaciones magistrales y oficinales. |  |  |  |
| Para la preparación de mezclas de citostáticos, se dispone de un área específica para tal finalidad, diferente de las otras mezclas intravenosas (MIV). |  |  |  |
| Los pedidos de sala, las indicaciones médicas, las recetas incluyendo las dobles foliadas se realizan de acuerdo con lo establecido en las normas vigentes. |  |  |  |
| El hospital tiene un sistema para la verificación de la dispensación y administración, para evitar los errores de medicamentos. |  |  |  |
| Se emplea el sistema de despacho a los servicios por dosis unitaria. |  |  |  |
| Se tiene establecido el sistema de vigilancia intensiva a los medicamentos de reciente introducción, en correspondencia con las Normas y procedimiento de farmacovigilancia. |  |  |  |
| Se notifican y se realiza seguimiento a las reacciones adversas (RAM) de todos los medicamentos utilizados en la práctica clínica y se hacen llegar estos reportes alSistema de Farmacovigilancia. |  |  |  |
| El hospital tiene identificados los medicamentos de alto costo que forman parte de su Cuadro Básico, el personal autorizado a prescribirlos, se cumplimentan losregistros establecidos y se aplica todo lo regulado para el control de los mismos. |  |  |  |
| Funciona el Comité Farmacoterapéutico, su composición es la establecida por el PNM y evalúa de forma periódica la emisión de recetas e indicaciones médicas. |  |  |  |
| Existe evidencia de la evaluación del uso de los medicamentos en los servicios porel Comité Farmacoterapéutico. |  |  |  |
| Se cumple lo establecido en el Programa Nacional de Medicamentos para la comunicación de la no disponibilidad de los medicamentos. |  |  |  |
| Se controla y fiscaliza de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos toda la ruta crítica, incluyendo el uso y la aplicación en los servicios de las drogas estupefacientes, sicotrópicos y sustancias de efectos similares. |  |  |  |
| La historia clínica recoge la anamnesis farmacológica del paciente previo al ingreso. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Los medicamentos prescritos para cada paciente se registran en la historia clínica, específicamente en las indicaciones médicas e incluye la dosis para cada fármaco. |  |  |  |
| Se revisa la pertinencia de la prescripción relacionada con el fármaco y las características del paciente para evitar eventos adversos o errores de medicación. |  |  |  |
| Se revisa si sesiona de forma diaria la comisión de aprobación de uso de antimicrobianos. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Buenas prácticas de manufactura de formulaciones magistrales y oficinales. |  |  |  |
| Control de la producción de fórmulas magistrales y oficinales. |  |  |  |
| Manual de organización y procedimientos de farmacia hospitalaria. |  |  |  |
| Programa Nacional de Medicamentos |  |  |  |
| Circulares técnicas de farmacia vigentes. |  |  |  |
| Resoluciones e instrucciones ministeriales vigentes. |  |  |  |
| Normas y procedimientos de farmacovigilancia. |  |  |  |
| Listado de medicamentos sujetos a vigilancia intensiva. |  |  |  |
| Modelo de reporte de reacciones adversas a medicamentos de profesionales. |  |  |  |
| Políticas terapéuticas institucionales según grupos farmacológicos seleccionados (ejemplos antibióticos) y según protocolos de actuación o guías de práctica clínicaen afecciones seleccionadas. |  |  |  |
| Resolución del nombramiento del Comité Farmacoterapéutico. |  |  |  |
| Actas del Comité Farmacoterapéutico. |  |  |  |
| Informe de control del destino final de los recursos (medicamentos). |  |  |  |
| Actas de *stock* de medicamentos. |  |  |  |
| Registro para el control de estupefacientes |  |  |  |
| Registro de aplicaciones de estupefacientes en los servicios. |  |  |  |
| Registro de los casos discutidos en la subcomisión de aprobación de los antimicrobianos. |  |  |  |
| Recetas de antimicrobianos aprobadas. |  |  |  |

**ASP-16 Alimentación y apoyo nutricional**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| En la historia clínica está registrada la pesquisa y la evaluación nutricional. Incluye a los pacientes bien nutridos |  |  |  |
| En los casos de riesgo nutricional identificado, en las historias clínicas debe existir la valoración nutricional completa por profesional capacitado en nutrición asesorado por el Grupo de Apoyo Nutricional, así como la evolución, indicaciones o plan nutricional. |  |  |  |
| El paciente hospitalizado tiene indicada en su historia clínica, la dieta o plan nutricional que corresponda a su diagnóstico y necesidades. |  |  |  |
| El horario y distribución de la alimentación son adecuados de acuerdo con la prescripción médica. Asesorarse por Licenciado en Nutrición y Dietética. |  |  |  |
| El paciente y acompañante han sido informados y educados respecto a la condición nutricional del paciente y sobre las prescripciones dietoterapéuticas en elorden cuantitativo, cualitativo, así como las frecuencias y horarios. |  |  |  |
| El hospital cumple lo establecido para la inocuidad de los alimentos. |  |  |  |
| Verificar la existencia de áreas diferenciadas para la preparación de alimentos y fórmulas lácteas. |  |  |  |
| Comprobar la existencia de instrucciones nacionales específicas para la preparación de las diferentes fórmulas. |  |  |  |
| Comprobar el trabajo del Grupo de Apoyo Nutricional (GAN) y del Departamento de Nutrición-Dietética. |  |  |  |
| Se conducen correctamente los esquemas de dietoterapia. |  |  |  |
| Se conducen correctamente los esquemas de Nutrición enteral y parenteral. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Guía de dietoterapia |  |  |  |
| Guías de Terapia nutricional artifiial |  |  |  |
| Manuales institucionales para la actividad y sus aspectos incluidos en los protocolos de atención y Guías de prácticas clínicas. |  |  |  |
| Documentos de constitución del Grupo de Apoyo Nutricional o Servicio de Nutrición Clínica. |  |  |  |

# ASP-17 Atención integral al paciente con dolor

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Se realiza búsqueda activa documentada de dolor. |  |  |  |
| Se realiza una evaluación detallada del paciente que incluye medición de la intensidad del dolor. |  |  |  |
| Se registran adecuadamente los datos relacionados con el dolor que permita el seguimiento y reevaluación. |  |  |  |
| Se identifica la escala analgésica ascendente empleada. |  |  |  |
| Existe un mecanismo para que el paciente continuara el tratamiento analgésico en la atención primaria, si necesario. |  |  |  |
| Se registran otras alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor. |  |  |  |
| **Documentos y procesos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Registros de pacientes con dolor. |  |  |  |

# ASP-18 Cuidados del paciente al final de su vida

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Se evalúan los pacientes con la periodicidad requerida según la necesidad identificada. |  |  |  |
| Las evaluaciones médicas se realizan de forma personalizada. |  |  |  |
| El paciente recibe tratamiento para todos los problemas de salud identificados. |  |  |  |
| Se tienen en cuenta la información y atención a los familiares. |  |  |  |
| Los datos obtenidos de las evaluaciones son reflejados en la historia clínica. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Atención multidisciplinaria a estos pacientes. |  |  |  |
| Valorar el apoyo psicológico a los enfermos y a sus cuidadores. |  |  |  |
| Verificar entrenamiento de familiares y cuidadores. |  |  |  |
| Comprobar acompañamiento al duelo, cuando procediera. |  |  |  |

# ASP-19 Banco de sangre y transfusiones

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| Existe un profesional capacitado como responsable del banco de sangre y/o del servicio de transfusiones. |  |  |  |
| Existen procedimientos documentados para garantizar la selección del donante, la extracción de la sangre, el almacenamiento, pruebas de compatibilidad y distribución de los hemocomponentes. |  |  |  |
| Se aplican controles de calidad al servicio de transfusión y banco de sangre con evidencia documental. |  |  |  |
| El banco de sangre y/o el servicio de transfusiones cumple con las disposiciones y normativas vigentes. |  |  |  |
| Existe un modelo de solicitud de transfusión que se llena correctamente para cumplir esta actividad. |  |  |  |
| Se registran oportunamente los efectos adversos ocurridos por las transfusiones aplicadas. |  |  |  |
| Existe un manual de procedimiento que establece que hacer cuando existe una reacción transfusional. |  |  |  |
| Verificar la existencia de expansores plasmáticos en el Servicio de Urgencia, Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedios, Unidades Quirúrgicas y en Farmacia. |  |  |  |
| Comprobar el mecanismo a utilizar para la solicitud de hemocomponentes. |  |  |  |
| Contar con los medios necesarios para la realización de las pruebas inmunohematológicas indispensables: grupo ABO y factor Rh del donante y del receptor,pruebas de compatibilidad. |  |  |  |
| Comprobar la participación del jefe de la actividad en el trabajo del Comité de Evaluación de la Medicina Transfusional. |  |  |  |
| Comprobar la existencia del local y que el mismo cuente con neveras de conservación de hemocomponentes y que ésta esté conectada al sistema alternativo degeneración de electricidad. |  |  |  |
| Verificar en el Departamento de Recursos humanos títulos de los técnicos. |  |  |  |
| Verificar en el Departamento de Recursos humanos nombramiento del jefe del Banco de Sangre o Servicio o Sección de Transfusiones. |  |  |  |
| Verificar el área de extracción y sus condiciones. La de recepción de sangre y hemocomponentes (si corresponde). |  |  |  |
| Constatar programación de rotaciones y guardias que garantizan el servicio las 24 h. |  |  |  |
| Verificar *stock* mínimo y máximo de hemocomponentes |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Comprobar el registro y evaluación de indicadores: Índice de reacciones transfusionales, porcentaje de utilización de glóbulos, Consumo de glóbulos/cama real,porcentaje de vencimientos de sangre y componentes, Consumo de plasma/cama real, Consumo de plaquetas/cama real y porcentaje de vencimientos de hemocomponentes. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Registros de: recepción de hemocomponentes, transfusiones, órdenes de transfusiones, bajas y destrucción de las bajas. |  |  |  |
| Registros de Reacciones adversas a hemocomponentes (Registro de Reacciones Postransfusionales) y su notificación según sistema de reportes establecidos porel MINSAP. |  |  |  |
| Actas del Comité de Evaluación de la Medicina Transfusional. |  |  |  |
| Expedientes laborales |  |  |  |
| Programación de rotaciones y guardias que garantizan el servicio las 24 h. |  |  |  |
| Registro de mínimo y máximo de hemocomponentes. |  |  |  |
| Registro y evaluación de indicadores. |  |  |  |

# ASP-20 Donación y trasplante de órganos y tejidos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| El hospital informa a pacientes y sus familias acerca del proceso de donación, la extracción de órganos y la estrategia para prevenir que los pacientes se sientanpresionados a donar. |  |  |  |
| Existen procedimientos para donación de órganos y tejidos de acuerdo con las disposiciones y normativas vigentes. |  |  |  |
| El personal del hospital está capacitado sobre los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes. |  |  |  |
| Existe personal capacitado para llevar a cabo una atención segura y con calidad dentro del programa de trasplante de órganos y tejidos. |  |  |  |
| El hospital asigna recursos para llevar a cabo el programa de trasplante de órganos y tejidos. |  |  |  |
| Existe un sistema de gestión de la información que contribuye a la calidad del programa de trasplante de órganos y tejidos. |  |  |  |
| Uno o más profesionales capacitados supervisan el programa de trasplante de órganos y tejidos. |  |  |  |
| Existe un registro de la composición del equipo de trasplante de órganos y tejidos específicos y las responsabilidades individuales de los miembros. |  |  |  |
| El equipo de trasplante incluye profesionales certificados con experiencia en medicina, enfermería, nutrición, farmacología, servicios sociales, servicios psicoló-gicos y coordinación del trasplante. |  |  |  |
| El profesional responsable de la coordinación de la atención médica del donante vivo se identifica y está disponible en todas las fases de la atención médica deltrasplante. |  |  |  |
| El coordinador médico del trasplante facilita la continuidad de la atención médica de los pacientes (candidatos y receptores) durante las fases de pretrasplante, trasplante y alta. |  |  |  |
| El coordinador médico del trasplante facilita la continuidad de la atención médica de los donantes vivos durante las fases de evaluación, donación y alta de la donación. |  |  |  |
| Los resultados de la evaluación médica se incluyen en la determinación de aptitud para el trasplante. |  |  |  |
| El programa de trasplantes registra la confirmación de la compatibilidad del órgano en la historia clínica del candidato al trasplante. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Se cumple con la política del hospital para obtener el consentimiento informado de los candidatos a los trasplantes y se brinda información sobre riesgos psicosociales, tasa de sobrevida al año, fármacos inmunosupresores y riesgos asociados a suempleo, efectos adversos que puedan ocurrir, así como tratamientos alternativos. |  |  |  |
| El programa de trasplantes sigue protocolos escritos para la recuperación de órganos, que incluyen la revisión de los datos del donante, grupo sanguíneo del receptor y otros datos vitales para asegurar la compatibilidad antes de que se produzca la recuperación del órgano. |  |  |  |
| El cirujano a cargo del trasplante es responsable de confirmar por escrito las condiciones óptimas de los órganos del donante para ser trasplantados al receptor. |  |  |  |
| Cuando un órgano llega al centro de trasplantes, el cirujano que realiza el trasplante y al menos otro profesional sanitario certificado verifica que el grupo sanguíneo del donante y otros datos vitales sean compatibles con el receptor antes de realizar el trasplante. |  |  |  |
| El cirujano a cargo del trasplante es responsable de confirmar que se hayan completado la evaluación del donante y las pruebas para detectar enfermedades infecciosas y tumores malignos antes de que se realicen la recuperación y el trasplante del órgano. |  |  |  |
| Cuando un órgano llega al centro de trasplante, el cirujano a cargo del trasplante y al menos otro profesional sanitario certificado verifica que la evaluación y las pruebas del órgano del donante no muestren señales de enfermedad y que el estadodel órgano sea apto para el trasplante. |  |  |  |
| El programa de trasplantes garantiza la existencia de guías de práctica clínica registradas que son específicas para cada órgano y que se refieren a las fases depretrasplante, trasplante y alta. |  |  |  |
| Cada paciente de trasplante se encuentra al cuidado de un equipo multidisciplinario de atención médica coordinado por el médico principal a cargo del trasplantedurante las fases de pretrasplante, trasplante y alta. |  |  |  |
| Los candidatos a trasplantes son evaluados para comprobar su aptitud para otras terapias médicas y quirúrgicas que pueden producir tasas de sobrevida a largo y a corto plazo comparables al trasplante. |  |  |  |
| Los candidatos a trasplantes reciben evaluación psicológica. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| El programa de trasplantes actualiza la información médica en la historia clínica del paciente en forma permanente. |  |  |  |
| El donante de órganos vivo tiene el derecho de tomar una decisión con respecto a la donación en un ámbito libre de presiones. |  |  |  |
| El programa de trasplantes identifica una persona con conocimientos acerca de donación de órganos de donante vivo, trasplantes, ética médica y consentimientoinformado para abogar por el donante vivo, la cual no participa en las actividades relacionadas con los trasplantes, a la vez que informa, respalda y respeta al donante vivo durante el proceso de la toma de decisión. |  |  |  |
| El consentimiento informado del donante vivo es obtenido por personal capacitado y se encuentra en un lenguaje que se puede comprender. |  |  |  |
| Se informa al posible donante vivo acerca de los potenciales riesgos psicológicos de la donación, complicaciones, riesgos asociados con la donación de órganos por parte de personas vivas, tratamientos alternativos y derecho del donante de rehusarse a realizar la donación en cualquier momento durante el proceso de donación. |  |  |  |
| El programa de trasplantes cuenta con criterios de selección de donantes vivos específicos para cada órgano coherentes con las disposiciones y normativas vigentesy los principios de la ética médica. |  |  |  |
| Los resultados de una evaluación médica relacionada con la salud física y psicológica del donante vivo se incluyen en la determinación de aptitud para la donación. |  |  |  |
| El programa de trasplante registra la confirmación de la compatibilidad del órgano en la historia clínica del donante vivo. |  |  |  |
| El programa de trasplantes implementa guías documentadas que definen la atención sanitaria multidisciplinaria al donante vivo durante las fases de evaluación, donación y alta. |  |  |  |
| Se analiza el porciento de pacientes aptos para trasplantes y el tiempo en que el equipo de salud ha logrado poner al paciente en lista de espera para el trasplante. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Historia clínica. |  |  |  |
| Resolución de nombramiento de la comisión de muerte encefálica. |  |  |  |
| Resolución de nombramiento del responsable de donación y trasplantes. |  |  |  |
| Registro de la composición del equipo de trasplante de órganos y tejidos específicos y las responsabilidades individuales de los miembros. |  |  |  |
| Registros: posibles donantes, fallecidos, planillas de Diagnósticos de muerte encefálica, Donantes de órganos y tejido, consentimiento informado para la donación. |  |  |  |
| Registro de indicadores específicos de la actividad de donación y trasplante de órganos: número de Diagnóstico de muertes encefálicas entre el Total de fallecidos de la UCI, Número de donantes reales entre número de fallecidos en Muerte encefálica, Numero de entrevistas realizadas entre el número de negativas familiares, Tasa de Donantes de órganos y tejidos por millón de población, Número de trasplantes realizados por cada Programa de Trasplante y Supervivencia delpaciente y del injerto. |  |  |  |
| Expedientes laborales. |  |  |  |
| Registro de investigaciones realizadas o en proceso de ejecución. |  |  |  |
| Consentimiento Informado para Trasplante en la historia clínica. |  |  |  |
| Informe de las auditorías internas mensuales y auditorías externas recibidas. |  |  |  |
| Base normativa. |  |  |  |
| Actas del consejo de dirección con evidencias de análisis del programa de donación y trasplantes. |  |  |  |

# ASP-21 Medicina natural y tradicional

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Las modalidades de Medicina Natural y Tradicional están integradas en los protocolos institucionales, según afecciones tributarias y se ejecutan acciones de promoción y educación para la salud en este sentido. |  |  |  |
| Está definido el Cuadro básico de productos naturales de la institución, integrado al Cuadro básico de medicamentos y en correspondencia con los protocolos terapéuticos aprobados. |  |  |  |
| Existe un servicio, departamento o consulta de Medicina Natural y Tradicional, según esté definido para la institución, donde se desarrolla por un personal especializado los procesos de atención más complejos con estas modalidades terapéuticas. |  |  |  |
| Durante la atención continua de 24 h en la institución los pacientes atendidos en urgencias u hospitalizados pueden recibir tratamiento con las modalidades terapéuticas de Medicina Natural y Tradicional. |  |  |  |
| En los pacientes ambulatorios se indican y aplican, según corresponda, modalidades terapéuticas de Medicina Natural y Tradicional. |  |  |  |
| El personal de enfermería aplica acciones dependientes e independientes de Enfermería con Medicina Natural y Tradicional, según corresponda. |  |  |  |
| Se cumplen los propósitos definidos de uso de Medicina Natural y Tradicional en la atención médica (urgencias, egresados y analgesia quirúrgica acupuntural). |  |  |  |
| Se analizan los principales indicadores e incidencias del Programa de Medicina Natural y Tradicional en las reuniones del Comité Farmacoterapéutico de formaperiódica y en los Consejos de Dirección según plan. |  |  |  |
| Están identificadas las necesidades de aprendizaje con relación a Medicina Natural y Tradicional y se programan las actividades de superación profesional necesarias. |  |  |  |
| La institución ejecuta investigaciones en Medicina Natural y Tradicional y generaliza los resultados científicos obtenidos. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Programa Nacional de Medicina Natural y Tradicional. |  |  |  |
| Resoluciones ministeriales vigentes. |  |  |  |
| Actas del Consejo de Dirección y Comité Farmacoterapéutico. |  |  |  |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Protocolos terapéuticos y la adherencia a los mismos. |  |  |  |
| Historias clínicas, informes operatorios, hojas de consulta de consulta externa y servicios de urgencias, donde se reflejen las indicaciones y aplicaciones de tratamientos de Medicina Natural y Tradicional. |  |  |  |
| Evidencia documental de evaluación sistemática de los indicadores ministeriales. |  |  |  |
| Expedientes laborales. |  |  |  |
| Evidencia documental de los cursos planificados, en ejecución e impartidos, donde los perfiles ocupacionales de los matriculados se corresponden con el tipo decapacitación. |  |  |  |
| Proyectos de investigación en ejecución o finalizados, vinculados a la Medicina Natural y Tradicional y la inclusión de los resultados científicos en los Planes deGeneralización. |  |  |  |

# ASP-22 Laboratorios clínicos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Los laboratorios disponen y divulgan, entre el personal médico, una lista actualizada con los análisis que realiza y el tiempo de respuesta para cada uno. |  |  |  |
| Existen servicios de laboratorios disponibles que satisfacen las necesidades de emergencia, incluso fuera del horario habitual de atención. |  |  |  |
| Los laboratorios disponen del modelo de consentimiento informado para los casos que lo requieran. |  |  |  |
| Tienen elaborado y actualizado el manual de procedimientos de laboratorio. |  |  |  |
| Se establecen e implementan procedimientos para la solicitud de pruebas de laboratorio. |  |  |  |
| El modelo de solicitud de análisis cumple con los requisitos establecidos para cada tipo de laboratorio |  |  |  |
| Se establecen e implementan procedimientos para la recolección e identificación de muestras. Poseen registro de entrada de las muestras y registro de salida de los resultados |  |  |  |
| Se establecen e implementan procedimientos para la recepción y seguimiento de las muestras. |  |  |  |
| Se conservan las muestras por el tiempo y condiciones establecidas. |  |  |  |
| Existe registro actualizado de valores de referencia de laboratorio. |  |  |  |
| Los informes de análisis son claros, sin ambigüedades, ni tachaduras, según el formato aprobado por el Ministerio de Salud Pública. |  |  |  |
| El rango de referencia se incluye en el informe de los resultados. |  |  |  |
| Los resultados de laboratorio se informan en un lapso acorde con las necesidades del paciente. |  |  |  |
| Cuentan con instructivo para la enmienda de los resultados. |  |  |  |
| El laboratorio cuenta con una instrucción que definen cómo será la comunicación de los resultados de los análisis |  |  |  |
| Los resultados de los análisis son revisados antes de su entrega por el responsable de laboratorio. |  |  |  |
| Está definido el período de retención de los resultados y lo conoce el personal. |  |  |  |
| Los registros de laboratorio se conservan en un lugar seguro por un mínimo de tres años |  |  |  |
| El laboratorio cuenta con una instrucción para la emisión de copias de los informes en caso de extravío o deterioro del original. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Se almacenan salvas de la información emitida por los equipos de laboratorio. |  |  |  |
| Se establecen e implementan procedimientos para la derivación a servicios de laboratorio de referencia bajo relaciones contractuales. |  |  |  |
| Existe un responsable del proceso de gestión de la calidad. |  |  |  |
| El laboratorio clínico y otros servicios de laboratorio son dirigidos por una persona capacitada para ello. |  |  |  |
| Existen documentos que certifican la calificación adecuada del personal (títulos,certificaciones, diplomas). |  |  |  |
| Poseen Plan de capacitación del personal |  |  |  |
| El personal está formado en BPL, bioseguridad.  |  |  |  |
| Los nuevos ingresos reciben adiestramiento inicial. |  |  |  |
| Están definidos los requisitos y descripciones de los puestos de trabajo. |  |  |  |
| Está definido el personal autorizado para toma de muestras y utilización de equipos. |  |  |  |
| Cuentan con personal de supervisión del laboratorio capacitado y con experiencia. |  |  |  |
| El laboratorio cuenta con locales adecuados para: espera de usuarios, recepción, toma/manipulación y procesamiento de muestras, ejecución de procedimientosanalíticos, higiene y vestuario del personal y oficinas. |  |  |  |
| Los locales del laboratorio están identificados y con acceso controlado. |  |  |  |
| Los locales del laboratorio están limpios, ordenados y con buen estado de mantenimiento. |  |  |  |
| Se prohíbe dentro de las áreas técnicas comer, beber, fumar, aplicarse productos cosméticos, manipular lentes de contacto y pipetear con la boca. |  |  |  |
| Existen adecuadas condiciones seguras para la manipulación, transporte, recolección y almacenamiento de las muestras. |  |  |  |
| Todos los trabajadores usan medios de protección individual (batas, sobrebatas, guantes, máscara). |  |  |  |
| Se realizan exámenes médicos preempleo y periódicos a los trabajadores. |  |  |  |
| Está disponible el *Manual de Bioseguridad* |  |  |  |
| Se cumple lo explicitado en los procedimientos del *Manual de Bioseguridad* |  |  |  |
| Existe un proceso definido para reducir los riesgos de infección. |  |  |  |
| Tienen identificado un responsable de Bioseguridad en el laboratorio y está capacitado. |  |  |  |
| Existe un Registro de incidencias de bioseguridad |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Las incidencias de bioseguridad, accidentes, enfermedades que se detecten se discuten con el personal involucrado y se reportan a la estructura de seguridad delhospital al menos una vez al año y siempre que ocurra algún incidente. |  |  |  |
| Cuando se identifican problemas con las prácticas o se producen accidentes, setoman medidas correctivas que son además registradas y revisadas. |  |  |  |
| El personal tiene registro de vacunación actualizado y está inmunizado según riesgos de exposición. |  |  |  |
| El material gastable que se utiliza es estéril, con fecha de esterilización vigente. |  |  |  |
| Las condiciones de almacenamiento del material estéril son adecuadas. |  |  |  |
| Los trabajadores reciben capacitación en bioseguridad. |  |  |  |
| Los desechos y residuales del laboratorio están adecuadamente identificados y tratados, acorde con la reglamentación institucional y nacional vigente. |  |  |  |
| El laboratorio también cuenta con un procedimiento para controlar la exposición a la tuberculosis. |  |  |  |
| Existe un inventario registrado de todo el equipamiento de laboratorio y la tecnología médica |  |  |  |
| Se operan los equipos de laboratorio acorde con el Manual de procedimientos o Manual de operaciones suministrado por el fabricante. |  |  |  |
| Existen procedimientos que identifican cómo se seleccionan y adquiere el equipamiento de laboratorio y la tecnología médica. |  |  |  |
| Se prueban e inspeccionan el equipamiento de nueva adquisición y registra. |  |  |  |
| Cada equipo de laboratorio tiene su certificado de validación. |  |  |  |
| Existe registro de mantenimiento de equipos de laboratorio, según las recomendaciones de los fabricantes, antigüedad y uso. |  |  |  |
| Se conservan los certificados de calibración de los equipos una vez recibido el mantenimiento previsto. |  |  |  |
| Se registra en el equipo la última fecha de calibración y/o verificación con sus resultados. |  |  |  |
| Los equipos automatizados tienen validado el *software.* |  |  |  |
| Los equipos automatizados tienen actualizado el antivirus. |  |  |  |
| Cada equipo tiene su ficha técnica y la de sus reactivos. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Los equipos averiados se identifican y retiran del servicio. |  |  |  |
| Existe un registro actualizado con los movimientos de reactivos, lotes y fecha de expiración. |  |  |  |
| Existe un procedimiento de trabajo para la protección de los datos emitidos por el equipo automatizado. |  |  |  |
| Se almacenan salvas de la información emitida por los equipos de laboratorio. |  |  |  |
| El hospital cuenta con un sistema implementado para la monitorización y toma de acción ante avisos de peligro, retiro del mercado por decisión del fabricante, incidentes que deban informarse, problemas y fallas del equipamiento de laboratorio y la tecnología médica. |  |  |  |
| Los reactivos y medios de cultivo están identificados y autorizados por la agencia reguladora cubana, con fecha de uso vigente. |  |  |  |
| Los reactivos y soluciones están etiquetados en forma completa y exacta. |  |  |  |
| Los reactivos y medios de cultivo se conservan según especificaciones del productor. |  |  |  |
| Existe un proceso que se implementa cuando no hay disponibilidad de reactivos. |  |  |  |
| Las soluciones que se preparan en el laboratorio se identifican. |  |  |  |
| Los recipientes que conserven agua se protegen e identifican. |  |  |  |
| Tienen directrices escritas que respetan para la evaluación de los reactivos para asegurar la precisión y exactitud de los resultados. |  |  |  |
| Cuentan con un sistema interno para control de la calidad. |  |  |  |
| Utilizan controladores y calibradores adecuados a las investigaciones que realizan. |  |  |  |
| Están definidos los puntos críticos del proceso de análisis. |  |  |  |
| Se dispone de materiales de referencia requeridos para la actividad. |  |  |  |
| Tienen elaborado un procedimiento para el uso, control y cuidado de los materiales de referencia. |  |  |  |
| El laboratorio participa en Programas de Evaluación Externa de la Calidad (PEEC). |  |  |  |
| El laboratorio compara con otros laboratorios los resultados de aquellos estudiosque no se incluyen en los PEEC. |  |  |  |
| En caso que se requieran los servicios de otro laboratorio, la dirección cuenta con un procedimiento y registros necesarios para concertar y revisar periódicamente los contratos. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Se mantienen registros de los laboratorios contratados y de las muestras que han sido enviadas a cada laboratorio. |  |  |  |
| Se entrega el informe analítico del laboratorio contratado a la persona que solicita el análisis y se conserva una copia. |  |  |  |
| Existe un documento que defina el tiempo de conservación de los informes analíticos. |  |  |  |
| Existe un procedimiento actualizado y registros apropiados para las auditorías internas. |  |  |  |
| El programa anual de auditorías internas abarca todas las actividades del laboratorio, enfatizando en los puntos críticos. |  |  |  |
| Los auditores internos que lideran la actividad están calificados por una organización externa a la entidad. |  |  |  |
| Existe un procedimiento actualizado y registros para la implementación de las correcciones, acciones correctivas, preventivas y su verificación. |  |  |  |
| La dirección cuenta con un procedimiento y registros apropiados para identificar y controlar las no conformidades que se generen. |  |  |  |
| La dirección documenta y verifica el seguimiento y efectividad de las correcciones, acciones correctivas y preventivas. |  |  |  |
| La dirección cuenta con un procedimiento y registros adecuados para controlar y evaluar las quejas relacionadas con el laboratorio. |  |  |  |
| El hospital conserva una copia de la licencia otorgada por una autoridad reconocida, para todos los laboratorios de referencia (contratados) a los que recurre. |  |  |  |
| El hospital conserva una copia del certificado o la carta de acreditación o certificación otorgada por un programa de acreditación o certificación de laboratoriosreconocido, para todos los laboratorios de referencia a los que recurre. |  |  |  |
| El hospital conserva documentación que acredita que todos los laboratorios de referencia a los que recurre participan de un programa externo de pruebas de competencia |  |  |  |
| En informe anual de los datos de los laboratorios de referencia se presenta al liderazgo del hospital para facilitar la gestión de los contratos y sus renovaciones.Incluye:• Sistema interno de control de calidad.• Definición de puntos críticos de los procesos.• Procedimientos para el reensayo y remuestreo.• Procedimientos actualizados y registros de incidencias, acciones correctivas ypreventivas, así como su verificación). |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de organización y procedimientos. |  |  |  |
| Registro de entrada de las muestras. |  |  |  |
| Registro de salida de los resultados. |  |  |  |
| Registro actualizado de valores de referencia de laboratorio. |  |  |  |
| Instructivo para la enmienda de los resultados. |  |  |  |
| Plan de capacitación del personal. |  |  |  |
| Expediente laboral del personal. |  |  |  |
| Registro del personal autorizado para toma de muestras y utilización de equipos. |  |  |  |
| Manual de bioseguridad. |  |  |  |
| Registro actualizado con los movimientos de reactivos, lotes y fecha de expiración. |  |  |  |

# ASP-23 Imagenología y radioterapia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Los servicios de Imagenología disponen de una lista actualizada con los estudios que pueden realizar y el tiempo de respuesta para cada uno, con fácil acceso parapacientes y usuarios. |  |  |  |
| Existen servicios de Imagenología disponibles que satisfacen las necesidades de emergencia, incluso fuera del horario habitual de atención. |  |  |  |
| Los servicios de Imagenología y Radioterapia cumplen con las leyes y normativas vigentes relacionadas con la prevención y protección radiológica. |  |  |  |
| Se dispone de modelo de consentimiento informado para los casos que lo requieran. |  |  |  |
| Tienen elaborado y actualizado el Manual de procedimientos del servicio. |  |  |  |
| Se establecen e implementan procedimientos para la solicitud de estudios imagenológicos y de radioterapia. |  |  |  |
| Se cumplen los protocolos de actuación en el servicio de radioterapia. |  |  |  |
| Se garantiza la identificación inequívoca de los pacientes que reciben radioterapia, así como la zona a irradiar. |  |  |  |
| El modelo de solicitud de estudios contiene toda la información necesaria: identificación del paciente, de la persona autorizada que lo solicita y de la sala, servicioo institución a que pertenece, del estudio e identificación del que la realiza. |  |  |  |
| Realizar los exámenes solicitados, tanto de los pacientes hospitalizados, como de los ambulatorios. |  |  |  |
| Emiten los resultados de los exámenes realizados, con la calidad adecuada. |  |  |  |
| Mantienen el archivo de los resultados de los exámenes para comparaciones futuras, de acuerdo con lo descrito por procedimiento. |  |  |  |
| Garantizan los resultados de pruebas realizadas a pacientes, de acuerdo con lo descrito por procedimiento. |  |  |  |
| Poseen un registro de entrada de estudios por paciente. |  |  |  |
| Se garantiza la calidad de los exámenes realizados según sus normas. |  |  |  |
| El hospital contacta a expertos en áreas especializadas de diagnóstico cuando es necesario. |  |  |  |
| Los informes de los estudios son claros, sin ambigüedades ni tachaduras, según el formato aprobado por el MINSAP y la dirección del centro. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Los resultados de los estudios se informan en un lapso acorde con las necesidades del paciente. |  |  |  |
| Tienen con instructivo para la enmienda de los resultados. |  |  |  |
| El servicio cuenta con una instrucción que define cómo será la comunicación de los resultados de los estudios. |  |  |  |
| Existe un listado con las personas autorizadas a recibir los informes, en caso que se requiera. |  |  |  |
| Está definido el período de retención de los resultados y lo conoce el personal. |  |  |  |
| Los registros del servicio se conservan en un lugar seguro. |  |  |  |
| Tienen con una instrucción para la emisión de copias de los informes en caso de extravío o deterioro del original. |  |  |  |
| Se almacenan salvas de la información emitida por los equipos. |  |  |  |
| Se establecen e implementan procedimientos para la derivación a servicios de imagenología de otros centros (contratados). |  |  |  |
| El servicio es dirigido por una persona capacitada para ello. |  |  |  |
| Existen documentos que certifican la calificación adecuada del personal (títulos, certificaciones, diplomas) para realizar, interpretar, verificar e informar los resultados de los estudios. |  |  |  |
| Poseen plan de capacitación del personal. |  |  |  |
| Tienen definidos y documentados los requisitos de calificación para el personal |  |  |  |
| Están definidos los requisitos y descripciones de los puestos de trabajo. |  |  |  |
| Está definido el personal autorizado para la utilización de equipos. |  |  |  |
| Se identifica a las personas que realizan estudios de diagnóstico por imágenes, brindan el servicio de Radioterapia o dirigen o supervisan los estudios. |  |  |  |
| Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes. |  |  |  |
| Existe un programa de seguridad radiológica implementado, que aborda los riesgos potenciales de seguridad que se enfrentan dentro y fuera del departamento. |  |  |  |
| Se realizan los procederes según las normas de protección radiológica de la unidad. |  |  |  |
| Se utilizan las protecciones necesarias. |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Los riesgos de seguridad identificados debidos a la radiación son abordados mediante procesos o dispositivos específicos que reducen tales riesgos (delantales de plomo, placas de radiación, dosímetros). |  |  |  |
| El personal de radioterapia e imagenología tienen orientación acerca de los procedimientos y prácticas de seguridad y recibe capacitación permanente respecto delos nuevos procedimientos, equipamiento y tecnología médica. |  |  |  |
| Se realiza seguimiento médico especializado al personal sanitario expuesto. |  |  |  |
| Está organizado el proceso de depuración de placas radiográficas y contratada la entrega a materia prima. |  |  |  |
| Se realizan discusiones multidisciplinarias de casos complejos donde participa elimagenólogo. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Manual de procedimientos del servicio. |  |  |  |
| Archivo de los resultados de los exámenes. |  |  |  |
| Registro de entrada de los pacientes. |  |  |  |
| Expediente laboral del personal. |  |  |  |
| Programa de seguridad radiológica. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Relaciones contractuales para la derivación a servicios de imagenología de otros centros. |  |  |  |
| Relaciones contractuales con la Empresa de materias primas. |  |  |  |

# ASP-24 Consentimiento informado

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El hospital desarrolla e implementa un proceso de consentimiento informado claro, que incluye información adicional del paciente acerca del médico responsable de su atención y los procesos que se aplican cuando el consentimiento informado esbrindado por otras personas. Este proceso respeta la ley, la cultura y la costumbre. |  |  |  |
| El personal designado está entrenado para el proceso. |  |  |  |
| Los pacientes otorgan el consentimiento informado según el proceso implementado. |  |  |  |
| Existe un consentimiento informado que se documenta de forma uniforme. |  |  |  |
| El consentimiento es obtenido antes de procedimientos quirúrgicos o invasivos. |  |  |  |
| El consentimiento es obtenido antes de la anestesia o sedación moderada. |  |  |  |
| El consentimiento es obtenido antes del uso de sangre o hemoderivados. |  |  |  |
| El hospital ha creado una lista con aquellos procedimientos y tratamientos adicionales que requieran un consentimiento por separado. |  |  |  |
| El consentimiento se obtiene antes de procedimientos o tratamientos de alto riesgo adicionales. |  |  |  |
| La identidad de la persona que brinda la información al paciente y su familia es registrada en la historia clínica del paciente. |  |  |  |
| Las personas que brinden el consentimiento, cuando no se trate del paciente mismo, son registradas en la historia clínica del paciente. |  |  |  |
| Los pacientes son informados sobre el proceso para poder otorgar el consentimiento informado en una manera y con un idioma que pueda entender. |  |  |  |
| Los pacientes son informados de los elementos siguientes:• La condición.• El/los tratamiento/s propuesto/s.• El nombre de la persona que le brinda el tratamiento.• Los beneficios e inconvenientes potenciales.• Alternativas posibles.• La probabilidad de éxito.• Posibles problemas relacionados con la recuperación.• Resultados posibles por no realizar el tratamiento. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Proceso de consentimiento informado de la institución. |  |  |  |
| Modelos de consentimiento informado. |  |  |  |
| Archivo de la documentación referente al consentimiento informado. |  |  |  |
| Registro de entrada de los pacientes. |  |  |  |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Expediente laboral del personal. |  |  |  |

# ASP-25 educación para la salud a pacientes y familiares

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| El hospital proporciona educación para la salud que respalda la participación del paciente y de los familiares en las decisiones y en los procesos de atención. |  |  |  |
| Cuenta con un coordinador o grupo de coordinación para ofrecer educación para la salud. |  |  |  |
| Las necesidades educativas de cada paciente se evalúan y registran en su historia clínica. |  |  |  |
| Se identifica la capacidad del paciente y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje. |  |  |  |
| Los métodos de educación para la salud utilizados en el hospital incluyen los valores y preferencias del paciente y de la familia, y permiten la interacción suficienteentre el paciente, la familia y los prestadores para que se produzca el aprendizaje. |  |  |  |
| Todo el personal de atención directa al paciente participa en el proceso de educación para la salud. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Programa de educación para la salud a pacientes y familiares. |  |  |  |
| Actas de reuniones con pacientes y familiares por servicios o salas. |  |  |  |
| Documentos de designación del personal encargado de la coordinación de la educación a pacientes y familiares. |  |  |  |

# ASP-26 Prevención y control de úlceras por presión

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones** |
| El hospital implementa un proceso para evaluar a todos los pacientes hospitalizados, cuya afección, diagnóstico, situación o ubicación los identifica como de riesgo de padecer úlceras por presión. |  |  |  |
| El hospital implementa un proceso para la evaluación inicial y continua, la reevaluación y la intervención de pacientes hospitalizados que se identifican como enriesgo de padecer úlceras por presión en base a los criterios registrados |  |  |  |
| Se implementan medidas para minimizar el riesgo de úlceras por presión para aquellos pacientes considerados de riesgo. |  |  |  |
| Se disponen y utilizan instrumentos validados para la evaluación del riesgo de úlceras por presión. |  |  |  |
| Existe un sistema de notificación y reporte de pacientes con úlceras por presión. |  |  |  |
| Se implementa y controla un proceso de evaluación de pacientes con riesgos de presentar úlceras por presión. |  |  |  |
| Existe y se utilizan recursos, (mecanismos, dispositivos) adecuados para la prevención de úlceras por presión en los pacientes de riesgo. |  |  |  |
| Se encuentra establecido procedimientos médicos y de enfermería que garanticen la atención segura a los pacientes identificados con riesgos o con úlceras por presión. |  |  |  |
| Se supervisa y controla el cumplimiento de los procesos establecidos para la prevención y control de úlceras por presión. |  |  |  |
| Se documentan las acciones realizadas para la prevención y control de las úlceras por presión de todos los pacientes identificados con riesgos, o con úlceras por presión. |  |  |  |
| Se capacita al personal en la prevención y control de la úlcera por presión. |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No****Cumple** | **Observaciones** |
| Historias clínicas. |  |  |  |
| Manuales de organización y procedimientos hospitalarios. |  |  |  |
| Resoluciones de nombramiento de los comités de evaluación técnica. |  |  |  |
| Actas de los Comités de evaluación técnica. |  |  |  |
| Escalas de evaluación de riesgos y de úlcera por presión. |  |  |  |

# ASP-27 Esterilización

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elementos a evaluar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| El hospital implementa un proceso para esterilización de equipos, instrumentales, materiales y lencería |  |  |  |
| El hospital cuenta con espacio físico delimitado para los procedimientos de materiales sucios, limpios y estériles con el equipamiento certificado como apto pararealizar todas las etapas del proceso de esterilización. |  |  |  |
| El hospital cuenta con el equipamiento del Departamento de esterilización acorde con la cantidad y complejidad de los servicios que se ofertan, nivel de actividad del centro. |  |  |  |
| El hospital cuenta con autoclaves en tipo y cantidad suficientes según el nivel y complejidad de actividades que desarrolla en el centro. |  |  |  |
| El hospital cuenta con capacidad para la esterilización de material termosensible o en su defecto tiene contratos con proveedores externos. |  |  |  |
| El hospital garantiza la disponibilidad de materiales, equipos, instrumentales y lencería estériles durante las 24 h. |  |  |  |
| El hospital realiza controles de calidad al proceso de esterilización mediante paquetes de prueba (controles físicos, biológicos y químicos). |  |  |  |
| El hospital mantiene los equipos, instrumentales, materiales y lencería estériles que cumplen los requisitos establecidos de empaquetamiento, caducidad, almacenamiento y conservación en las diferentes Unidades organizativas y en el Departamento de Esterilización central. |  |  |  |
| El hospital cuenta con una Política de desinfección. Que es conocida y aplicada según el procedimiento. |  |  |  |
| El hospital controla las normas e índices de consumo de material estéril ajustados a las regulaciones vigentes. |  |  |  |
| El hospital tiene establecida y aplica normas para la manipulación de dispositivos estériles (equipos, instrumentales, materiales y lencería). |  |  |  |
| El hospital cuenta con personal competente para realizar todas las etapas del proceso de esterilización. |  |  |  |
| El hospital tiene el proceso de esterilización centralizado y cumple los requisitos de diseño estructural físico, funcional, y de normas de conservación. |  |  |  |
| El hospital realiza controles biológicos al 100 % del material de implante. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Documentos a verificar:** | **Cumple** | **No Cumple** | **Observaciones.** |
| Manual de organización, procedimientos y rutinas operacionales del departamento. |  |  |  |
| Registro de los controles realizados al proceso, periodicidad. |  |  |  |
| Contrato con otras instituciones para la esterilización del material termo sensible. |  |  |  |
| Plantilla de trabajadores. |  |  |  |
| Normas de manipulación y conservación de material estéril. |  |  |  |
| Política de desinfección del departamento. |  |  |  |
| Otras normas ministeriales e institucionales vigentes. |  |  |  |