JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS	**Título documento:**	Protocolo de inspección de criterios de calidad de **Unidades Asistenciales de Hospitales privados autorizados.**			
	Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios. Coordinación Programa Centros y Servicios Sanitarios	**Autores:** Joaquín Carmona Díaz-Velarde, Paco Pérez Torres, Paco Trujillo Esteban, Jesús Torío Durantez, Enriqueta Aragonés Erruz.	**Colaboraciones:** Manolo Serís-Granier Escolar. **Revisado**: Joaquín Carmona Díaz Velarde. **Aprobado:** Alfredo Sánchez Monteseirín, Blas García Vargas-Machuca.	**Fecha edición:** Febrero 2018	**Próxima revisión:**

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD APLICABLES A UNIDADES ASISTENCIALES DE HOSPITALES PRIVADOS AUTORIZADOS:

1.-UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (U.37)
2.-UNIDAD DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE DE AGUDOS (UEH)
3.- UNIDAD DE URGENCIAS HOSPÌTALARIAS (U.68)
4.- UNIDAD DE BLOQUE QUIRÚRGICO (BQ)

Unidad de Medicina Intensiva (U.37): es la unidad asistencial en la que un médico especialista en Medicina intensiva es responsable de que se preste la atención sanitaria precisa, continua e inmediata, a pacientes con alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de severidad tal que representan una amenaza actual o potencial para su vida y, al mismo tiempo, son susceptibles de recuperación.

Unidad de Enfermería de hospitalización polivalente (UEH) de agudos: El documento de Estándares y Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política social, la define como la Organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes con procesos agudos o crónicos agudizados que, estando hospitalizados por procesos médicos o quirúrgicos, no requieren soporte respiratorio avanzado o básico ni soporte a uno o más órganos o sistemas.
La UEH se configura como una unidad intermedia, que presta servicios (principalmente cuidados de enfermería y también de hostelería) a los pacientes que son atendidos (diagnóstico y/o tratamiento) por los servicios clínicos, generalmente médicos o quirúrgicos, y para cuyo correcto funcionamiento precisa de la integración y coordinación con la práctica totalidad de las restantes unidades del hospital.

UNIDAD DE URGENCIAS (U.68): es la unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico, está destinada a la atención sanitaria de pacientes con problemas de etiología diversa y gravedad variable, que generan procesos agudos que necesitan de atención inmediata.

UNIDAD BLOQUE QUIRÚRGICO: El documento de Estándares y Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política social, define al Bloque quirúrgico (BQ), desde el punto de vista estructural, como el espacio en el que se agrupan todos los quirófanos, con los equipamientos y características necesarios para llevar a cabo todos los procedimientos quirúrgicos previstos. El BQ comprende los locales donde se desarrolla el proceso asistencial del procedimiento quirúrgico (quirófano y unidad de recuperación post-anestésica) y los locales de soporte que precisa. Desde la perspectiva organizativa el BQ se define como: una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinar a procesos asistenciales mediante cirugía, en un espacio funcional específico donde se agrupan quirófanos con los apoyos e instalaciones necesarios, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y seguridad para realizar esta actividad.

INDICE.

-DATOS RELATIVOS AL CENTRO HOSPITALARIO	**pág. 3**
-CRITERIOS GENERALES DE CALIDAD APLICABLES A TODAS LAS UNIDADES EVALUADAS	**pág. 4**
-CRITERIOS DE CALIDAD ESPECÍFICOS APLICABLES A CADA UNA DE LAS UNIDADES EVALUADAS:	**pág. 19**
-UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (U.37)	**pág. 22**
-UNIDAD DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE DE AGUDOS (UEH)	**pág. 30**
-UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (U.68)	**pág. 40**
-UNIDAD DE BLOQUE QUIRÚRGICO	**pág. 53**
-RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LA VISITA DE INSPECCIÓN	**pág. 57**

DATOS RELATIVOS AL CENTRO HOSPITALARIO

HOSPITAL	
Nombre/Denominación:	C. I. F.:
Domicilio:	
Localidad:	C.P.:
Nº NICA:	
Tf:	Fax:
Dirección correo electrónico	
Director y/o Responsables de las distintas Unidades asistenciales a evaluar:	
Inspector Actuante:	
Fecha de la visita:	

REPRESENTANTE DEL CENTRO O DE LAS RESPECTIVAS UNIDADES A EVALUAR QUE PRESENCIAN LA VISITA.
Nombre y apellidos:
D. N. I.:
En calidad de:
Director Técnico Asistencial del centro: Nombre y Titulación.

TIPO DE SOLICITUD ADMINISTRATIVA DE ACTIVIDAD			
Autorización Funcionamiento (AF)	☐	Renovación (R)	☐
Modificación oferta asistencial	☐	Modificación por alteraciones estructurales	☐
Actividad programada (AP)	☐		

A)- CRITERIOS GENERALES DE CALIDAD APLICABLES A TODAS LAS UNIDADES EVALUADAS.

1.- CRITERIOS SOBRE DERECHOS Y GARANTÍAS DEL PACIENTE

1.1.- DERECHO A LA INTIMIDAD

	SI	NO	N/A
DG.01. CB. Las Unidades evaluadas disponen de espacios y recursos que permiten, en su caso, la **protección de la intimidad y la privacidad visual** mientras el paciente se encuentra en algún proceso de tratamiento y/o asistencia.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

1.2.- DERECHO A LA INFORMACIÓN (ASISTENCIAL Y NO ASISTENCIAL) Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DG.02. CB. **La identificación de los profesionales** debe permitir a los usuarios (pacientes y familiares) conocer al profesional que le atiende y al profesional de referencia en cada momento del proceso asistencial, así como identificar la categoría profesional y funciones desarrolladas. Para afirmarlo:			
La totalidad de los profesionales de las respectivas unidades evaluadas que faciliten información y/o prestan asistencia, deben llevar **identificación personal visible**. **(La identificación debe contener los siguientes elementos: Nombre y apellidos, titulación y categoría profesional. Los uniformes deberán permitir la diferenciación de los mismos. -Ver tarjeta- El profesional sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse cuando así sea requerido por el paciente o usuario, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función, siempre que ésta no sea correctamente percibida por el paciente).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

DG.03. CB. Las respectivas Unidades garantizan el **derecho a la información clínica** del paciente, información que como regla general será verbal, dejando **siempre constancia en la historia clínica** de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, que como mínimo, comprende la finalidad y la naturaleza de cada actuación sanitaria, sus riesgos y sus consecuencias, así como, la identificación de los médicos y de demás profesionales que han intervenido en ellos. Para afirmarlo deberán:	☐	☐	☐
	SI	**NO**	**N/A**
DG.03.1. CB. -Disponer de **historia clínica** (ya sea en soporte papel o a través de medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que garantice su recuperación y uso en su totalidad) en la que quede constancia de la información obtenida en los procesos de atención sanitaria, y que se corresponderá con lo establecido en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en cuanto a su contenido, usos, conservación y custodia. (**Dicha Ley la define como el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás**	☐	☐	☐

profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro. La Hª. Clínica deberá ser única para cada paciente, compartida entre los profesionales, debiendo disponer de un protocolo que garantice su trazabilidad, localización, y que incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación que la compone).			
DG.03.2. CB. **-La historia clínica** debe contemplar los contenidos mínimos establecidos en el artículo 15.2 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente. **(El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente: a) La documentación relativa a la hoja clínicoestadística. b) La autorización de ingreso. c) El informe de urgencia. d) La anamnesis y la exploración física. e) La evolución. f) Las órdenes médicas. g) La hoja de interconsulta. h) Los informes de exploraciones complementarias. i) El consentimiento informado. j) El informe de anestesia. k) El informe de quirófano o de registro del parto. l) El informe de anatomía patológica. m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería. n) La aplicación terapéutica de enfermería. ñ) El gráfico de constantes. o) El informe clínico de alta. Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga. Cuando se trate del nacimiento, la historia clínica incorporará, además de la información a la que hace referencia este apartado, los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que resulten, en su caso, necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre, en los términos que se establezcan reglamentariamente).**	☐	☐	☐
DG.03.3. CB. -Contar con un modelo de **Informe de asistencia** para entregar a los pacientes, de forma que se asegure el derecho a recibir un informe clínico sobre las actuaciones sanitarias prestadas.	☐	☐	☐
DG.03.4. CB. Una vez finalizado el proceso asistencial, el paciente tiene derecho a recibir un **Informe de alta médica** con los siguientes contenidos mínimos: datos de la persona, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, diagnóstico y recomendaciones terapéuticas**.**	☐	☐	☐
DG.03.5. CR. -El informe de alta médica va acompañado del informe de alta de enfermería.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	**NO**	**N/A**
DG.04. CR. Las respectivas unidades disponen de un **Plan de Acogida** destinado a Pacientes y/o Familiares, ya sea propio o el general del hospital en el que están encuadradas. **(Las unidades pueden contar con un plan de acogida destinado al paciente y familiares. La información que debe entregarse atenderá a los siguientes aspectos: - Información sobre las características generales de la unidad (horario, normas para acompañantes, uso de la sala de espera, utilización del teléfono, posibilidad de elección del menú, horario de comidas, utilización del televisor, etc.). Información detallada sobre el proceso, su tratamiento y cuidados en la unidad- Consentimiento informado, en los supuestos contemplados por la Ley, instrucciones y recomendaciones).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

1.3.- DERECHO A LA TOMA DE DECISIONES AUTÓNOMAS: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Cada hospital deberá disponer de un documento de consentimiento informado adaptado a cada actividad y especialidad clínica.
El consentimiento será verbal por regla general, sin embargo, se prestará por escrito en los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general,

aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

	SI	NO	N/A
DG.05. CB. En las respectivas unidades evaluadas se realiza con el paciente/familiares en su caso, un **proceso válido de información y obtención del consentimiento o rechazo,** previo a la toma de decisiones en relación a la solicitud de pruebas diagnósticas o terapéuticas. Para afirmarlo se deberá:	☐	☐	☐
-DG.05.1 CB. Dejar registrado en la Historia Clínica de la persona, **el proceso verbal** de **consentimiento informado** (información solicitada y decisión tomada).	☐	☐	☐
-DG.05.2 CB. Disponer de **formularios de Consentimiento informado por escrito (Cie).** **(Sólo para las actuaciones sanitarias que establece la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.** **En el caso de que, para realizar el procedimiento, sea necesario algún tipo de anestesia, se precisa también la obtención de consentimiento informado sobre la técnica anestésica una vez realizada la valoración del riesgo anestésico e informado el paciente de forma clara sobre el acto anestésico).** **(El Consentimiento dispondrá de los siguientes elementos mínimos: Identificación del paciente, del médico que indica y pide el consentimiento, y de los servicios médicos que lo llevaran a cabo; Nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnostico o terapéutico; Riesgos generales y específicos personalizados; Beneficios esperados y alternativas diagnosticas/terapéuticas; Información del derecho a aceptar o a rehusar lo que se le propone y a retractarse del consentimiento ya decidido, e información del derecho a explicitar los límites que crea conveniente; Confidencialidad y uso de los datos; Fecha del Consentimiento; Apartado diferenciado para el consentimiento del representante legal; Declaraciones y firmas del paciente y médico. El documento será emitido por duplicado, una copia para el paciente/tutor legal y otra para la historia clínica, y el paciente podrá disponer de un facultativo para aclarar dudas o ampliar información.**	☐	☐	☐
-DG.05.3 CB. La **estructura de contenidos** de los formularios de Consentimiento informado por escrito atiende a los preceptos establecidos en la los artículos (8.3 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre. **(Art.8. 3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.** **Art. 10. 1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad. b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente. c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención. d) Las contraindicaciones.** **2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.)**	☐	☐	☐
-DG.05.4 CB. Entregar al paciente/familiar una copia del formulario de CIe con **la negativa al tratamiento**, en caso de rechazo por el paciente. **(El Hospital y las respectivas unidades deben adoptar políticas explicitas avaladas por el Comité de Bioética, para la asistencia de pacientes que, por razones religiosas o de otra índole, rechacen un determinado tipo de tratamiento).**	☐	☐	☐
-DG.05.5 CB. Disponer de formato para la **revocación del consentimiento**, con el fin de facilitar el derecho del paciente a revocar libremente y por escrito su consentimiento en cualquier momento. Constar la revocación en la Historia Clínica del paciente.	☐	☐	☐
-DG.05.6 CR. Disponer de formularios de Consentimiento Informado escrito adecuados, accesibles y comprensibles a las **personas con discapacidad** (Ej: Traducidos a otros idiomas,	☐	☐	☐

adaptados a personas con déficit sensorial, etc.) con el fin de facilitar una información clara y comprensible, para que puedan decidir libremente.
OBSERVACIONES:

	SI	NO	N/A
DG.06. CB. Disponen las respectivas unidades evaluadas de procedimiento escrito de acceso al **Registro de Voluntades anticipadas.**	☐	☐	☐
Las respectivas unidades evaluadas disponen de documento de Voluntades Anticipadas (definidas como instrucciones previas en el art. 11 de la Ley 41/2002) y de Órdenes de no Resucitación, así como un Protocolo de actuación para cada una de estas situaciones). **(Documento por el que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. Ley 5/2003, de 9 de octubre, de la JJ.AA. de Declaración de Voluntad Vital Anticipada modificada por la Disposición final segunda de la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el Proceso de la Muerte de Andalucía, Ley 2/2010, de 8 de abril. El Decreto 59/2012, de 13 de marzo, regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas en Andalucía, (deroga el anterior D. 238/2004 de 18 de mayo).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

1.4.- DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS PERSONALES Y DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA.

Las respectivas Unidades evaluadas garantizan **la confidencialidad de la información y la protección de los datos personales de los pacientes,** haciendo un uso adecuado de los mismos, especialmente con los contenidos de la documentación e Historia Clínica. Así mismo, deben adoptar las medidas oportunas para garantizar los **derechos de conservación, mantenimiento y custodia**, y deben elaborar normas y procedimientos/protocolos que garanticen el **acceso legal a los datos** de los pacientes y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

	SI	NO	N/A
DG.07. CB. En las respectivas unidades evaluadas se **evitan actuaciones que vulneran la confidencialidad y la protección de los datos personales** de las personas que son atendidas, especialmente la publicación de información personal no autorizada por los pacientes. Para afirmarlo deberán:	☐	☐	☐
	SI	**NO**	**N/A**
-No exponer listados de pacientes en áreas (paredes, paneles, puertas, etc.) de espacios comunes como recepción, estar de familiares, etc.	☐	☐	☐
-No difundir actos médicos fotografiados y/o filmados que permitan la identificación de la persona sin su previo consentimiento expreso.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

DG.08. CB. El hospital en el que están integradas las Unidades evaluadas tiene la obligación de archivar la **documentación e historia clínica** de sus pacientes, cualquiera que sea su soporte (papel, audiovisual, informático o de otro tipo) de manera que queden **garantizadas su seguridad, su correcta conservación y mantenimiento**, así como la **recuperación de la información**, a efectos de garantizar la **trazabilidad**. Para que quede garantizada la trazabilidad deberán:	☐	☐	☐
	SI	**NO**	**N/A**
-Disponer de **procedimiento protocolizado** de uso de la Historia clínica y adoptar las **medidas técnicas organizativas** adecuadas para archivar y proteger la historia clínica, que permitan la localización de la misma, la trazabilidad y evitar su destrucción o su pérdida accidental (Ley 41/2002, de 14 de noviembre). **(La historia clínica deberá ser única para cada paciente y deberá ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales. Asimismo, deberá cumplir las exigencias técnicas de compatibilidad que cada servicio de salud establezca. La información asistencial recogida en la historia clínica podrá constar, en soporte papel o a través de medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que garantice su recuperación y uso en su totalidad. En lo relativo al diseño, contenido mínimo, requisitos y garantías y usos de la historia clínica se atenderá a lo previsto en la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Cada centro sanitario contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo. Su gestión se realizará de acuerdo con un protocolo que garantice su trazabilidad y localización, e incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación.).**	☐	☐	☐
-Disponer de un **sistema de archivo seguro** (espacio adecuado, de equipos y material de archivo, persona responsable) para la documentación e historia clínica, con un **sistema de custodia** que garantice la seguridad y confidencialidad de los ficheros que contienen datos de carácter personal, en el sentido que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	**NO**	**N/A**
DG.09. CB. El hospital en el que están integradas las Unidades evaluadas establece **métodos que posibiliten el acceso a la información e historia clínica** por los profesionales en el ejercicio de sus funciones (recordando que están sujetos al deber de secreto) y garantizando que no sea accesible a ninguna persona ajena al proceso de atención. Así mismo debe garantizar **el derecho de acceso de los pacientes a la información e historia clínica** y a obtener copia de los documentos y datos que figuran en ella, cumpliendo con las normas establecidas en la Ley 41/2002. Para afirmarlo deberán:	☐	☐	☐
	SI	**NO**	**N/A**
-Disponer de un procedimiento/protocolo de protección de la **confidencialidad** que regule y garantice la observancia de estos derechos de uso y acceso a la información e historia clínica, tanto en lo relacionado con los profesionales como con los pacientes y familiares/representantes. **(Los datos de carácter personal relativos a la salud de los pacientes tienen la consideración de datos especialmente protegidos a los efectos previstos en la Ley Orgánica Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Los centros sanitarios adoptarán las medidas de organización, procedimientos y técnicas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos referentes a la salud de los pacientes, así como para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los mismos).**	☐	☐	☐
-De utilizar **equipos informáticos** para recoger y almacenar datos de salud de los pacientes, además de ser declarados los ficheros a la **Agencia Española de Protección de Datos**, cuentan con **accesos restringidos** y los datos se encriptan.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

DG.10. CB. Las respectivas Unidades evaluadas disponen del **documento de seguridad** definido en el Reglamento de la Ley de protección de Datos (Art. 88 RD 1720/2007 de 21 de diciembre) y que es de obligado cumplimiento para el personal con acceso a los sistemas de información. **(El documento de seguridad recogerá las medidas de índole técnica y organizativa acordes a la normativa de seguridad vigente que será de obligado cumplimiento para el personal con acceso a los sistemas de información. El documento deberá contener, como mínimo, los siguientes aspectos: 1.- Ámbito de aplicación del documento con especificación detallada de los recursos protegidos. 2.- Medidas, normas, procedimientos de actuación, reglas y estándares encaminados a garantizar el nivel de seguridad exigido en este reglamento. 3.- Funciones y obligaciones del personal en relación con el tratamiento de los datos de carácter personal incluidos en los ficheros. 4.- Estructura de los ficheros con datos de carácter personal y descripción de los sistemas de información que los tratan. 5.- Procedimiento de notificación, gestión y respuesta ante las incidencias. 6.- Los procedimientos de realización de copias de respaldo y de recuperación de los datos en los ficheros o tratamientos automatizados. 7.- Las medidas que sea necesario adoptar para el transporte de soportes y documentos, así como para la destrucción de los documentos y soportes, o en su caso, la reutilización de estos últimos. 8.- La identificación del responsable o responsables de seguridad. 9.- Los controles periódicos que se deban realizar para verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el propio documento).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

1.5.- DERECHO DE PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA.

En los centros sanitarios, los usuarios tienen derecho a la información sobre **guías/fórmulas de participación, sugerencias, quejas y reclamaciones**. El tener en cuenta la opinión de los pacientes constituye un importante instrumento para mejorar. Las opiniones expresadas en quejas, reclamaciones, sugerencias, encuestas de satisfacción son una fuente imprescindible para recoger una valiosa información que posibilita adoptar medidas de mejora, evita errores y, en resumen, aumenta la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios.

	SI	NO	N/A
DG.11. CB. El centro hospitalario donde están integradas las Unidades evaluadas establece **procedimientos y sistemas** para garantizar el efectivo desarrollo de estos preceptos. **(Todas las personas titulares de actividades que comercialicen bienes o presten servicios en la Comunidad Autónoma de Andalucía deberán tener las hojas de quejas y reclamaciones a disposición de las personas consumidoras y usuarias en sus centros y establecimientos. Modelo según O. de 25/07/2016. Su existencia se señalizará de forma visible y su situación deberá ser la más accesible para ser posible su identificación y uso. (Se comprobará mediante la presentación del modelo de hojas y reclamaciones).** Para afirmarlo deberán:	☐	☐	☐
-Disponer de **hoja de quejas y reclamaciones** de las personas usuarias de Andalucía, establecido en el Decreto 72/2008, de 4 de marzo.	☐	☐	☐
-Tener establecido un **procedimiento para la gestión de las reclamaciones** que contempla circuitos, plazos, informes y responsables de los mismos; designa la persona en que recae la responsabilidad del análisis y respuesta de las reclamaciones realizadas y establece un mecanismo de implantación de acciones de mejora o correctivas en su caso y la difusión de estas a los profesionales del centro.	☐	☐	☐
Contar con un **procedimiento para verificar la satisfacción del usuario**: encuestas y/o cuestionarios de satisfacción, grupos focales, buzón de quejas y sugerencias.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

2.- DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Centro hospitalario donde están ubicadas las respectivas Unidades evaluadas debe garantizar que el paciente esté libre de daño durante su estancia en el mismo, en todo el proceso de atención sanitaria, debiendo incorporar medidas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente.

2.1- IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LA PERSONA

	SI	NO	N/A
SP.12. CB. Para evitar errores de identificación de pacientes, el centro hospitalario y por tanto las respectivas unidades deben disponer de un **sistema fiable, inequívoco, universal y único de identificación de los mismos**, que posibilite la trazabilidad de la identificación del paciente a lo largo del proceso asistencial. **(Deberá permitir comprobar la identidad de los pacientes antes de realizar cualquier procedimiento de riesgo o de administrar medicamentos o hemoderivados y previamente a cualquier procedimiento diagnostico).** Se recomienda que el sistema disponga de los siguientes elementos:	☐	☐	☐
-Fomentar, al menos, **tres identificadores**, apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de tarjeta sanitaria. Ninguno de ellos deberá ser el número de cama.	☐	☐	☐
-Utilizar una **pulsera identificativa**, impresa de forma automática, que contenga los datos de identificación. **(Los datos definidos como inequívocos para las pulseras identificativas son: Nombre y apellidos, fecha de nacimiento, número de historia clínica).**	☐	☐	☐
-Elaborar y difundir protocolos que contemplen criterios claros para diferenciar pacientes con el mismo nombre y la identificación del paciente no identificable.	☐	☐	☐
-Promover **el etiquetado de las muestras** del paciente en el mismo momento de la extracción.	☐	☐	☐
-Establecer controles para evitar que, la **selección incorrecta** de un paciente en la historia clínica no se perpetúe.	☐	☐	☐
-Formar al personal en el procedimiento adecuado para la identificación del paciente y la necesidad de verificarla ante cualquier intervención de riesgo.	☐	☐	☐
-**Transmitir a los profesionales la necesidad** de comprobar la identidad de los pacientes y certificar que se trata del paciente correcto y el procedimiento indicado antes de realizarlo.	☐	☐	☐
-**Incorporar activamente al paciente** y a su familia en el proceso de identificación.	☐	☐	☐
-Hacer un **seguimiento periódico del proceso de identificación** en pacientes ingresados.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

2.2- SEGURIDAD EN EL TRASPASO DE PACIENTES

	SI	NO	N/A
SP.13.CB. En **cambios de turno** y en el momento del **traspaso del paciente** a otro prestador de la asistencia sanitaria, las respectivas unidades:			
SP.13.1. CB. -Disponen de **Protocolo de Intercambio de Información** entre Profesionales. **(Se dispondrá de un sistema normalizado de intercambio de información entre profesionales implicados en la atención de cada paciente en el momento del traspaso, durante los cambios de turno, así como la del alta al paciente a otras unidades. Se recomienda el uso de la técnica SBAR104 –Modelo de lenguaje común para comunicar la información crucial, estructurada en cuatros apartados: S de Situation (Situación), B de Background (Antecedentes), A de Assessment (Evaluación) y R de Recomendation (Recomendación), con asignación de tiempo suficiente para comunicar la información importante y formular/responder preguntas sin ininterrupciones).**	☐	☐	☐

SP.13.2. CR. -Se utilizan **listas de comprobación (Cheklist),** para verificar la transferencia eficaz de los principales elementos de información clave (diagnóstico al alta, plan de tratamiento y cuidados, medicación y resultados de pruebas) tanto al paciente como al siguiente prestador de asistencia sanitaria. **(Se recomienda estandarizar el alta mediante el uso de listas de comprobación. Cheklist).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
SP.14. CB. El centro hospitalario en el que están integradas las distintas unidades evaluadas dispone de un protocolo de **Coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente**.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

2.3-USO SEGURO DE LA MEDICACIÓN Y PRODUCTOS SANITARIOS

El centro hospitalario donde están ubicadas las distintas unidades evaluada fomenta el uso responsable y seguro del medicamento y productos sanitarios por parte de los profesionales, a fin de evitar problemas relacionados con los mismos.

SP.15. CB. Las respectivas unidades siguen los **procedimientos generales** establecidos en el hospital en el que están integradas, destinados a garantizar la seguridad en los procesos **de prescripción, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos.** Para afirmarlo, deberán:	☐	☐	☐
SP.15.1. CB. Establecer **criterios de seguridad** en la prescripción escrita y medidas para disminuir los errores con medicamentos con nombre parecido y/o etiquetados o con envases de apariencia similar.	☐	☐	☐
SP.15.2. CB. -Disponer de **espacio adecuado y seguro** destinado al **almacenamiento de los medicamentos y productos sanitarios**, con una capacidad acorde a las necesidades de la unidad, y que permita su correcta identificación, clasificación, conservación, control y dispensación. **(Los medicamentos y/o sustancias estupefacientes o psicotrópicas se almacenarán debidamente custodiados y separadamente del resto de medicamentos y productos sanitarios).** **Para medicamentos o productos sanitarios termolábiles que precisen el mantenimiento de la cadena de frío para su conservación, deberán disponer de frigorífico específico para su conservación (separado físicamente de alimentos y otros productos), equipado con termómetro de máximas y mínimas y registro de temperaturas máximas y mínimas).**	☐	☐	☐
SP.15.3. CB. -Disposición de **Procedimiento de control de la caducidad y condiciones** (de acceso, ubicación, conservación, temperatura, cantidades, etc.) de los medicamentos y productos utilizados y/o almacenados (material fungible, medicamentos, vacunas, reactivos, etc.).	☐	☐	☐
SP.15.4. CB. -Se prestará especial atención a **los medicamentos de alto riesgo**, para los que, anualmente, se revisarán las condiciones de almacenamiento y se establecerán directrices que aseguren la estandarización de su preparación y administración, concentraciones de las soluciones para infusión, velocidades de administración, criterios para utilización de bombas de infusión, etc. **(Se recomienda la disponibilidad de sistemas de prescripción electrónica asistida,**	☐	☐	☐

integrado en la historia del paciente y conectado con el laboratorio, con alerta de interacciones medicamento-medicamento y medicamento-enfermedad, dosis máxima y ajuste de dosis, alergias y medicamentos inapropiados en ancianos).			
SP.15.5. CR. Se recomienda se promueva la implantación de **prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales**, al ingreso y al alta del paciente. **(Al ingreso del paciente: Se efectuará una revisión pormenorizada de la medicación domiciliaria antes de prescribir nuevos medicamentos, para evaluar la adecuación de la medicación-indicación, efectividad, dosificación, etc. -Se utilizará un procedimiento estandarizado para comparar y conciliar la medicación del paciente, previa al ingreso con los medicamentos prescritos al ingreso. Cualquier discrepancia no justificada que se observe -omisiones, duplicidades, interacciones, etc.- se solucionarán y se registrarán.** **Al alta del paciente: se proporcionará una lista completa y conciliada de la medicación para entregar o enviar a los profesionales de AP, que serán responsables de la asistencia. Se harán constar los cambios que se hayan realizado con respecto a la medicación previa del paciente.)**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
SP.16. CB. Las unidades evaluadas participan en la **seguridad de los hemoderivados**, en la identificación del receptor y en la toma de muestras. **(La gestión y seguridad de los hemoderivados es competencia del banco de sangre del centro, que debe estar acreditado para ello. En las distintas unidades se debe asegurar la identificación inequívoca del paciente receptor previamente a la toma de muestras y, de nuevo, antes de la transfusión de sangre y hemoderivados).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

SP.17. CB. Las unidades evaluadas disponen de **guías de uso de medicamentos** basados en la evidencia y/o protocolos actualizados de tratamiento, sobre las principales enfermedades tratadas en las mismas. **(Se debe fomentar, desde las respectivas unidades, la implantación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, especialmente la disponibilidad de historia clínica informatizada y de sistemas de prescripción farmacológica asistida electrónica. Se evitará la prescripción de medicamentos considerados inapropiados para los ancianos por presentar una relación riesgo / beneficio desfavorable en estos pacientes y existir otras alternativas terapéuticas. En el momento de la prescripción se realizará sistemáticamente un ajuste de la dosis de los medicamentos considerando la edad, la función renal y la función hepática del paciente. Se procurará simplificar al máximo el tratamiento).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

2.4-SEGURIDAD EN EL USO DE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO.

	SI	NO	N/A
SP.18. CB. La estructura e instalaciones de las unidades evaluadas permiten el **desarrollo de sus actividades bajo condiciones de seguridad**. Para afirmarlo, deberán reunir los siguientes criterios:	☐	☐	☐

-SP.18.1. CB. El centro sanitario en el que están integradas las unidades evaluadas cuenta con las **certificaciones y autorizaciones** realizadas por los Servicios Técnicos pertinentes y por las administraciones competentes en materia de licencia de apertura, accesibilidad, seguridad, etc.	☐	☐	☐
-SP.18.2. CB. El centro donde se ubican las unidades evaluadas dispone de carteles anunciadores de la **normativa antitabaco.**	☐	☐	☐
-SP.18.3. CB. **Las respectivas unidades** evaluadas cuentan con espacios de **dimensiones suficientes** y acordes a su volumen de actividad y complejidad.	☐	☐	☐
-SP.18.4. CB. Las unidades evaluadas disponen de las adecuadas **condiciones de accesibilidad, confort y seguridad estructural**, y no discriminación de las personas con discapacidad.	☐	☐	☐
-SP.18.5. CB. Las distintas unidades evaluadas disponen /conocen el **plan de contingencias** que garantiza el normal desarrollo de las actividades, la continuación de la asistencia y la seguridad de los pacientes en supuestos de incendios, emergencias o cese de actividad ante catástrofes. Si el centro hospitalario donde se encuentran ubicadas dispone de más de 200 camas. (Anexo I.2.d) del R.D. 393/2007).	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

SP.19. CB. Las unidades evaluadas realizan un correcto mantenimiento de las condiciones **higiénico-sanitarias** de sus dependencias, instalaciones y equipos. **(**Para afirmarlo deberán disponer de:	☐	☐	☐
-Protocolos de limpieza y desinfección de locales e instalaciones y del equipamiento en general. El protocolo incluirá necesariamente la organización de la actividad, los métodos, los productos, el listado de instalaciones y del equipamiento a limpiar y desinfectar, el listado de elementos a limpiar de manera completa, la periodicidad, sistema de registro de la actividad, responsabilidades del personal, las indicaciones y las actuaciones en caso de vertidos o derrames, así como normas y circuito para la eliminación de basuras y material sucio.	☐	☐	☐
-**Contrato de prestación de los servicios** salvo que se acredite que se realiza con medios propios.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	**NO**	**N/A**
SP.20. CB. El centro hospitalario donde están integradas las Unidades evaluadas garantiza **la limpieza, desinfección y esterilización** de todo el material sanitario o instrumental no desechable antes de su uso en un paciente, empleando sistemas eficaces y adaptados a las características de cada material. Para afirmarlo se deberá disponer de:	☐	☐	☐
-Protocolo de **limpieza de equipamiento médico**. **(El equipamiento médico debe limpiarse -lavarse, desinfectarse, esterilizarse- antes y después de usarse con cada paciente, así como cuando pase de una unidad a otra. Existen cuatro tipos de limpieza: 1. Limpieza mediante lavado con agua corriente y detergente. 2.- Descontaminación: Eliminación de organismos que generan enfermedades. 3.- Desinfección: Destruye la mayoría de los organismos que producen enfermedades, pero no las formas esporuladas. 4.- Esterilización: Destruye toda forma de vida microbiana incluyendo bacterias, virus, esporas y hongos).**	☐	☐	☐
-Sustancia para **desinfección de instrumental**.	☐	☐	☐

-Protocolo de **limpieza, desinfección y esterilización** del material e instrumental sanitario y quirúrgico reutilizable, que garantice un triple sistema de control de los parámetros físicos, químicos y biológicos. **(El material de uso único deberá desecharse después de la atención a cada paciente, sin que sea posible en ningún caso su reutilización. El embalaje del material estéril deberá señalar siempre la fecha de la esterilización, así como la fecha límite de utilización. Todo material o instrumental no desechable que atraviese la piel o las mucosas o que contacte con mucosas, sangre u otros fluidos orgánicos deberá ser limpiado, desinfectado y esterilizado antes de su uso en cada paciente, mediante un sistema eficaz y adaptado a sus características. Siempre que lo requiera la actividad, se utilizarán elementos de protección personal para los profesionales y los pacientes).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

SP.21. CB. El protocolo de **Gestión de Residuos sanitarios** es conocido y aplicado por el personal de las distintas unidades evaluadas. **(Se debe de identificar y clasificar los residuos sanitarios, garantizando su adecuada retirada y eliminación).** Para afirmarlo, las unidades deberán disponer/conocer:	☐	☐	☐
-**Protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de residuos sanitarios** que garantice su adecuada retirada y/o eliminación.	☐	☐	☐
-**Contenedor de residuos sanitarios** de acuerdo con la cartera de servicios.	☐	☐	☐
-Si se trata de **residuos peligrosos**, se acreditará que se ha contratado la gestión de los mismos a un gestor autorizado por la Agencia de Medio Ambiente.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	**NO**	**N/A**
SP.22. CB. Las respectivas unidades evaluadas disponen de **equipos electromédicos** y realizan una adecuada identificación y mantenimiento del equipamiento. Para afirmarlo se deberá constatar:	☐	☐	☐
-La existencia de un **censo/inventario de equipos electromédicos** con los siguientes datos: Código de inventario interno alfanumérico para la identificación de los mismos, marcado CE, marca, modelo y número de serie del fabricante/distribuidor, fecha de compra/fecha de instalación, garantía, servicio técnico (documentación), mantenimiento preventivo/técnico legal.	☐	☐	☐
-Disposición de los **manuales de utilización y mantenimiento de cada uno de los equipos** (debiendo estar redactado, al menos, en castellano).	☐	☐	☐
-Disposición de un **registro de mantenimiento** de los equipos en el que queda registrado: fecha de las revisiones periódicas, así como de las calibraciones, o de los accidentes y averías, tipo de control o reparación efectuada, resultado del control o reparación, medidas correctoras adoptadas en su caso e identificación del técnico o empresa responsable. **(La información debe conservarse un mínimo de dos años.**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

SP.23. CB El centro hospitalario en el que están ubicadas las unidades a evaluar deberá disponer de la siguiente documentación sobre **carro de parada**:

-Protocolo sobre contenido, revisión y mantenimiento del carro de parada. Éste deberá contener, al menos, los siguientes apartados: • Objetivos • Ámbito de aplicación • Localización de los carros de paradas que disponga el centro • Contenido de carro de parada: Material fungible, Fármacos y fluidoterapia, otros fármacos de interés, distribución del material. • Revisión y reposición • Documentación y registros	☐	☐	☐
-Sistema de evaluación del protocolo	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

2.5-GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIO

	SI	NO	N/A
SP.24. CR. El centro sanitario en el que se encuentran ubicadas las unidades evaluadas fomenta la creación y mantenimiento de una **cultura de seguridad (gestión del riesgo).** Para afirmarlo deberá:	☐	☐	☐
-Realizar **reuniones periódicas** con equipos de las respectivas unidades evaluadas para analizar los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en las mismas y especialmente para establecer las medidas de prevención y minimización pertinentes.	☐	☐	☐
-Realizar **análisis de riesgos** de aquellos procedimientos que puedan suponer un mayor riesgo en las respectivas unidades evaluadas a fin de identificar los posibles fallos que puedan existir e implantar medidas para subsanarlos.	☐	☐	☐
-**Actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente** y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores a fin de valorar la incorporación de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad de los pacientes atendidos en las unidades.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

3-ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

OF.25. CB. La **Cartera de Servicios** del centro hospitalario en el que están ubicadas las unidades evaluadas, contempla las técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias en las mismas. (Apartado 4 del Anexo II A) y apartados d) y f) del Art. 12 del Decreto 69/2008) **(La Cartera de Servicios se define como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de un centro, servicio o establecimiento sanitario. La guía para la coordinación, evaluación y gestión de los servicios de medicina).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

OF.26. CB. Las unidades evaluadas cuentan con un **Plan Funcional o Manual de Organización** y Funcionamiento. (Apartado 4 del Anexo II A) y apartados d) y f) del Art. 12 del Decreto 69/2008).	☐	☐	☐

(Las unidades deberán disponer de un manual de organización y funcionamiento en el que se refleje el organigrama de la unidad, su cartera de servicios, la disposición física de la unidad y los recursos estructurales y de equipamiento que dispone y el manual de normas, respetando los requisitos generales organizativos previamente descritos: Cada miembro de la plantilla debe disponer del documento que recoja información sobre los objetivos del servicio, plantilla, estructura de gestión, comités, uniformes y disciplina, líneas de responsabilidad y comunicación, directrices éticas, etc. El manual debe facilitar al personal clínico un sentimiento de pertenencia. Es importante que el Manual recoja los Instrumentos de coordinación asistencial con atención primaria y otros servicios del hospital, sociosanitarios (cuidados paliativos, por ejemplo) o sociales, incluyendo los de continuidad de la atención ("planes asistenciales integrados", o similares). El manual debe describir de cada una de las actividades del proceso asistencial, los protocolos necesarios y los puntos de introducción de éstos en el circuito asistencial y las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos. El manual deberá ser abierto y actualizable según las modificaciones en la cartera de procedimientos o cuando los cambios estructurales o funcionales así lo requieran).

OBSERVACIONES:

	SI	NO	N/A
OF.27. CB. Las unidades evaluadas conocen el **Dispositivo de Alerta Epidemiológica** conectado con la autoridad sanitaria competente que debe disponer el centro hospitalario en el que están ubicadas. http://www.csalud.juntaandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_1_VIGILANCIA_DE_LA_SALUD/red_alerta/red_alerta?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/&idioma=es&tema=/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_1_VIGILANCIA_DE_LA_SALUD/red_alerta/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_4_SALUD_PUBLICA/P_1_VIGILANCIA_DE_LA_SALUD/red_alerta/red_alerta.	☐	☐	☐

OBSERVACIONES:

OF.28. CB. Los responsables de las unidades evaluadas conocen el mecanismo que debe disponer el centro hospitalario en el que están ubicadas, de notificación de **enfermedades de Declaración Obligatoria**, según lo establecido en el Decreto 66/1996 y sus órdenes de desarrollo.	☐	☐	☐

OBSERVACIONES:

OF.29. CB. Las distintas unidades evaluadas disponen de un **Sistema de Información Integrado**, en el sistema general del hospital. **(El sistema de información estará integrado en el sistema general del hospital, debiendo atender a los distintos requerimientos de las unidades: -Gestión de pacientes: Admisión; alta y codificación; gestión de la documentación clínica. -Estación clínica: historia clínica electrónica y aplicaciones departamentales (laboratorio, diagnóstico por la imagen) -Gestión económico-administrativa y de servicios generales: almacén (pactos de consumo, gestión de stocks, solicitudes de compra, etc.); farmacia (sistema de prescripción electrónica; unidosis; sistema de conciliación de medicación); contabilidad; esterilización; gestión de personal (incapacidad transitoria, incidencias, permisos, sustituciones, etc.). -Evaluación (cuadro de mando): costes por proceso (contabilidad analítica); encuestas de satisfacción; indicadores de actividad; indicadores de calidad; indicadores de rendimiento)**.	☐	☐	☐

OBSERVACIONES:

	SI	NO	N/A
OF.30. CB. Los responsables de las respectivas unidades conocen que el hospital donde está ubicada la Unidad debe disponer del correspondiente **CMBD** de hospitalización. **(Los hospitales de agudos, categorías C.1 y C.2, tanto para centros públicos como privados, deben tenerlo implantado para hospitalización y cirugía ambulatoria a partir del 1 de enero de 2016).**	☐	☐	☐
El registro (CMBD) tiene la estructura y el contenido acorde a lo establecido En el R.D.69/2015, de 6 de febrero.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

OF.31. CB. Independientemente del CMBD de hospitalización del que debe disponer el centro hospitalario en el que están encuadradas las unidades evaluadas, estas unidades cuentan con un **Sistema de Registro propio de Pacientes** atendidos en las mismas. **(Incluye un Conjunto mínimo básico de datos ajustado a las características de los pacientes atendidos en este tipo de unidades).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

OF.32. CB. Para el correcto desarrollo de la **actividad clínico-asistencial**, las distintas unidades deberán disponer de:			
-**Protocolos asistenciales/Guías de práctica clínica y de cuidados** de Sociedades Científicas que apliquen en cada una de las prestaciones de su cartera de servicios. Estos protocolos deberán contemplar la asignación de responsabilidades y deben ser revisados y actualizados periódicamente. (**Las unidades dejarán constancia documental fehaciente de las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados que apliquen en cada una de las prestaciones de su cartera de servicios, junto con sus evaluaciones y, en su caso, modificaciones y adaptaciones.).** **(Para las Unidades de medicina Intensiva -UCIs-, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) establece un indicador de Calidad denominado "Existencia Básica de Protocolos Básicos" donde se señalan los protocolos básicos que deben existir en una Unidad de cuidados intensivos con adaptación, por supuesto, a su cartera de servicios y que se acompaña, para información del equipo inspector, en anexo I de este documento. Así mismo, la SEMICYUC recomienda la revisión de estos protocolos en un periodo de 3 a 5 años).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
OF.33. CB. Las unidades evaluadas conocen el **Código Ético** del hospital en el que están ubicadas, y en el que se plasma el conjunto de principios y reglas éticas que inspiran la actividad del mismo. **(Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

OF.34. CB. De realizarse **ensayos clínicos** y otras formas de investigación clínica en las distintas unidades evaluadas, éstas deberán sujetarse a las condiciones y garantías establecidas en su legislación específica, debiendo contar con un documento donde se detallen los procedimientos de realización de ensayos clínicos.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

4-RECURSOS HUMANOS. PERSONAL SANITARIO.

RH.35. CB. -El hospital donde se encuentran ubicadas las unidades evaluadas dispone de **un registro adecuado del personal sanitario** adscrito a cada una de las unidades estudiadas.	☐	☐	☐
-El registro está correctamente cumplimentado. **(Dicho registro contendrá los siguientes datos: Número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo).**	☐	☐	☐
-El registro está actualizado. **(El registro de profesionales sanitarios se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará, al menos, una vez cada tres años, verificando el cumplimiento por parte de los profesionales de los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

RH.36. CB. El Hospital o centro donde se encuentran ubicadas las unidades evaluadas dispone del correspondiente **expediente personal de cada profesional** sanitario que trabaje en el mismo. **(El expediente contendrá como mínimo los siguientes documentos: Titulación, formación especializada, experiencia laboral y vida laboral. Deberá estar garantizado el acceso del interesado, así como la seguridad y confidencialidad de los datos personales.).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

B)- CRITERIOS DE CALIDAD ESPECÍFICOS APLICABLES A CADA UNA DE LAS UNIDADES EVALUADAS.

UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (U.37).

1.- DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1.1- PREVENCIÓN DE INFECCIONES E INCIDENTES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN SANITARIA.

La UCI debe disponer de programas que aseguren el cumplimiento de los estándares de seguridad y atención a los derechos del paciente y por tanto debe contar con un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación del paciente en riesgo y procedimiento de riesgo. Debe identificar actuaciones o procesos que supongan riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, e incorporar procedimientos y recomendaciones dirigidas a modificar la práctica y facilitar la disminución de ese riesgo.

	SI	NO	N/A
U37. SP.01. CB. La UCI, dispone de **protocolos o programas** específicos para asegurar el cumplimiento sistemático de **los estándares de seguridad y atención a los derechos** del paciente. Para afirmarlo, se recomienda la disposición y utilización de los siguientes protocolos:	☐	☐	☐
-Higiene de manos. **(Básica para reducir la infección nosocomial. Se requiere una higiene apropiada de manos antes y después de palpar los lugares de inserción de los catéteres, así como antes y después de insertar, reemplazar, acceder, reparar o proteger un catéter intravascular. El uso de guantes no exime de la higiene de manos.** **Deberá disponer de infraestructura y recursos en materia de higiene de manos: lavabo, agua corriente, productos de base alcohólica, jabón, toallas, etc.).**	☐	☐	☐
-Prevención de las infecciones por organismos multirresistentes.	☐	☐	☐
-Prevención de la gripe para el personal de servicios sanitarios.	☐	☐	☐
-Prevención de la infección de la herida de localización quirúrgica.	☐	☐	☐
-Prevención de la infección asociada a sonda urinaria.	☐	☐	☐
-Prevención de úlceras por presión. **(Deberá contemplar: Identificar el paciente en riesgo, evaluación de la integridad de la piel al ingreso, evaluar el riesgo mediante escalas de Braden, Norton, EMINA, y establecer los cuidados oportunos, reevaluar al paciente con regularidad, mantener y mejorar la tolerancia de los tejidos a la presión, disponer de un plan de cuidados en el que se incluya cuidados locales de la piel, prevención en pacientes con incontinencia, cambios posturales en pacientes con movilidad limitada, utilización de superficies especiales, protección local en las prominencias óseas, y protección de la piel de las fuerzas de fricción y cizalla).**	☐	☐	☐
-Prevención de caídas. **(La mayoría -78% de las caídas en UCI son previstas y asociadas a factores intrínsecos del paciente –edad, déficit sensitivo, deficiencias mentales y alteraciones motoras-. Se dispondrá de un documento de evaluación del riesgo de caída y la forma de intervención.**	☐	☐	☐
-Prevención del tromboembolismo venoso.	☐	☐	☐
-Prevención de efectos adversos (EA) derivados de tratamientos anticoagulantes.	☐	☐	☐
-Prevención de errores en la localización del sitio quirúrgico, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
U37. SP.02.- CB. La UCI tiene implantada la **Estrategia Bacteriemia cero**. Para afirmarlo, deberá disponer de protocolos e implantación de medidas:	☐	☐	☐
-Prevención de la bacteriemia relacionada con la inserción y manejo de catéteres venosos centrales (STOP-BRC) **(Siendo objetivos fundamentales de este proyecto la creación de una red de UCI en el SNS en las que se apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada y promover una cultura de seguridad en las mismas. La intervención consiste en dos líneas complementarias e igualmente importantes que deben ser realizadas a nivel de las UCI:** **-STOP-BRC (bacteriemia relacionada con catéter venoso central) supone la implantación de 6 medidas relacionadas con la inserción y mantenimiento de catéter venoso central (CVC) basadas en el mejor conocimiento científico: a) Higiene adecuada de manos. b) Uso de Clorhexidina en la preparación de la piel. c) Uso de medidas de barrera total durante la inserción de los CVC. d) Preferencia de la vena subclavia como lugar de inserción. e) Retirada de CVC innecesarios. f) Manejo higiénico de los catéteres.** **-Plan de Seguridad Integral en UCI: a) Evaluar la cultura de seguridad, b) Formación en seguridad del paciente, c) Identificar errores en la práctica habitual, d) Establecer alianzas con la dirección, e) Aprender de los errores. f) Incrementar la comunicación entre profesionales que atienden a los pacientes críticos mediante la implantación de los objetivos diarios.**	☐	☐	☐
Prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica (STOP-VAV) **(Medidas básicas de obligado cumplimiento: a) Formación y entrenamiento apropiado en la manipulación de la vía aérea, b) Higiene estricta de las manos antes de manipular la vía aérea, c). Higiene bucal utilizando clorhexidina (0,12%- 0,2%), d) Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento (> 20 cm H2O), e) Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0º, f) Favorecer los procedimientos que permitan disminuir de forma segura la intubación y/o su duración, g) Evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales.** **Medidas optativas específicas altamente recomendables: a) Aspiración continua de secreciones subglóticas, b) Descontaminación selectiva del tubo digestivo (completa u orofaríngea), c) Antibióticos sistémicos (dos días) durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de consciencia.** **-Plan de Seguridad Integral en UCI: a) Evaluar la cultura de seguridad, b) Formación en seguridad del paciente, c) Identificar errores en la práctica habitual, d) Establecer alianzas con la dirección, e) Aprender de los errores. f) Incrementar la comunicación entre profesionales que atienden a los pacientes críticos mediante la implantación de los objetivos diarios.**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

1.2-SEGURIDAD EN EL USO DE INFRAESTRUCTURAS Y EQUIPAMIENTO.

	SI	NO	N/A
U37. SP.03. CB. La **estructura e instalaciones de la UCI** permiten el desarrollo de sus actividades bajo condiciones de seguridad. Para afirmarlo:	☐	☐	☐
-La ubicación de la UCI debe estar **adecuadamente señalizada** dentro del hospital en el que está encuadrada. **(Con el fin de facilitar el acceso, el hospital debe señalizar la ubicación de la Unidad. Las señales exteriores, incluso las instaladas en el interior del recinto del hospital, deberán adecuarse a la normativa vigente en materia de señalización. En el interior de la unidad, conviene señalizar las diferentes zonas y locales, de forma que exista siempre una referencia sencilla, que permita identificar el lugar en que se encuentra o**	☐	☐	☐

al que haya de dirigirse. En la medida de lo posible, debe evitarse la utilización de soportes informativos no homologados, circunstanciales o improvisados. La UCI no será tráfico de paso hacia cualquier otra Unidad).
OBSERVACIONES:

2-ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

U.37. OF.04. CR. Para el correcto desarrollo de la **actividad clínico-asistencial**, la UCI deberá disponer de:			
-Documento que contenga de forma explícita los **Criterios de Admisión y Alta** del Paciente.	☐	☐	☐
-Documento donde se recoge el **sistema formalizado de Pase de Visitas conjunto** entre médicos y enfermeras, así como, en su caso, de otros profesionales.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U37. OF.05. CR. La UCI dispone y tiene implantado un Plan de Acogida del Profesional. **(Procedimiento formalizado de acogida e integración del personal a su llegada a UCI, que facilite su incorporación a la Unidad y garantice la paliación de procedimientos y protocolos, haciéndole partícipe de los objetivos comunes de la organización. Especialmente de los aspectos de seguridad del paciente).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

3-RECURSOS HUMANOS. PERSONAL SANITARIO.

	SI	NO	N/A
U37. RH.06.- CB. **El responsable de la UCI** es un médico especialista en Medicina Intensiva con una experiencia de al menos 5 años en esa especialidad y conocido públicamente. **(El responsable de la UCI es el médico que ejerce la máxima autoridad sobre todo el personal adscrito a la unidad. Deberá desarrollar, entre otras, las siguientes funciones: Desarrollo e implantación de las políticas de admisión y alta de los pacientes, protocolos asistenciales y relaciones con los familiares, Administración de la UCI, incluyendo presupuesto, sistema de información y de evaluación de la calidad, participación en investigación y docencia, enlace con los responsables de velar por los aspectos éticos y sociales relacionados con la medicina intensiva. Idóneamente debe tener dedicación a tiempo completo a la UCI. Si la UCI se configura como una unidad de gestión, el director de la unidad debe tener autoridad y responsabilidad sobre el presupuesto, una remuneración adecuada, responder de su gestión y disponer de sistemas adecuados de información y soporte administrativo. Para ello es aconsejable asignar un responsable -puede ser a tiempo parcial- de cada uno de los servicios "horizontales" del hospital -económico-financiero, personal, servicios generales, etc.- como apoyo de la unidad. Su dedicación a la asistencia puede estimarse en el 50%).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U37. RH.07. CB. La UCI dispone de una **persona en la que se delegue la responsabilidad** de la unidad en ausencia del responsable habitual de la misma. **(Deberá existir un responsable las 24 horas del día, por lo que en todo momento se deberá conocer públicamente quién es el responsable y la persona en que, en su caso,**	☐	☐	☐

se delega, debiendo recogerse este aspecto en las normas de funcionamiento de la Unidad).

OBSERVACIONES:

U37.RH.08. CB.

El **responsable de enfermería** cuenta con una experiencia de al menos 5 años en cuidados intensivos y es conocido públicamente. ☐ ☐ ☐

Es el responsable de la coordinación de los profesionales de enfermería asignados a la UCI. Deberá disponer de capacidad para las relaciones humanas y de gestión. Deberá desarrollar, entre otras las siguientes funciones: Es la responsable de la coordinación de los profesionales de enfermería asignados a la UCI, teniendo, entre otras, las siguientes funciones: Organiza toda la operativa diaria para garantizar los cuidados de enfermería, asegura la formación del personal de nueva incorporación, y la formación continuada de las enfermeras y personal auxiliar, promueve el estudio y la investigación de enfermería, participa en la discusión y confección de protocolos, guías clínicas y asegura su cumplimentación, elabora, junto con las enfermeras, los protocolos de los planes de cuidados y de los procedimientos, evalúa la calidad de los cuidados y realiza el seguimiento de los incidentes críticos, colabora con gestión de pacientes para que el circuito de ingresos, altas o traslados de pacientes sea más efectivo, asegura que el paciente y familia tengan la formación e información que precisen. Colabora con la dirección de enfermería en: Decisiones de planificación y cobertura del personal, evaluación del personal fijo y suplente, programación de la formación de los profesionales, seguimiento de los objetivos y evaluación de los resultados.)

OBSERVACIONES:

	SI	NO	N/A

U37.RH.09. CB.

La UCI dispone de una dotación de **Personal Médico Especialista en Medicina Intensiva** adecuada en número y capacitación, en función al nivel asistencial y cartera de servicios de la unidad. ☐ ☐ ☐

En caso de que la organización de la Unidad contemple, además de la presencia física las 24h del día de un especialista en medicina Intensiva, la posibilidad de guardias localizadas de estos profesionales, deberán explicarse las circunstancias que justifican dichas guardias y sistema de localización de los mismos.

(El listado diario de médicos de guardia tanto de presencia física como localizada, con la forma de contacto, debe estar inmediatamente accesible y actualizado para el personal de la UCI. El número de facultativos por paciente dependerá de: El nivel asistencia de la unidad en cuanto al nivel de gravedad y complejidad -I a III-, de los pacientes atendidos, los patrones organizativos de la Unidad, las competencias y conocimientos del personal de enfermería/personal auxiliar y del número de Residentes de ultimo año)

OBSERVACIONES:

U37. RH.10. CB.

La UCI dispone de una dotación de **Personal de Enfermería** adecuada en número y capacitación, en función al nivel asistencial y cartera de servicios de la unidad. ☐ ☐ ☐

(Su número dependerá de los siguientes factores: Carga de trabajo y competencias para satisfacer las necesidades de los pacientes, incluyendo el nivel de dependencia, las funciones de las enfermeras de la UCI, las categorías profesionales y perfil de competencias del equipo multiprofesional y la contribución del personal auxiliar de enfermería. El personal de enfermería que presta servicio en la UCI debe tener formación específica en cuidados críticos que le aporte un profundo conocimiento científico de los procesos fisiopatológicos de los pacientes y de las respuestas del paciente a la enfermedad. Las enfermeras de la UCI deben estar familiarizadas con una amplia gama de técnicas y procedimientos, así como deben estar capacitadas para la

valoración y planificación de los cuidados para pacientes en situación crítica, por lo que es recomendable que, como sucede en otros países, se promueva una especialización de enfermería en cuidados críticos).
OBSERVACIONES:

U37. RH.11. CR. El centro hospitalario en el que está ubicada la UCI pone a disposición de la misma la colaboración de distintos profesionales como:			
-Farmacéutico **(0,05 a 0,1 equivalentes a tiempo completo por cada paciente que requiere un nivel III de cuidados o por cada 2 pacientes que requieren el nivel II de cuidados).**	☐	☐	☐
-Dietista **(0,05 a 0,1 equivalentes a tiempo completo por cada paciente en UCI).**	☐	☐	☐
-Psicólogo	☐	☐	☐
-Fisioterapeuta **(La estimación de necesidades de estos profesionales depende notablemente del perfil de pacientes de la UCI. Se estima que en una UCI general por cada paciente ingresado se precisan unos 30 minutos de atención directa de fisioterapeuta a tiempo completo por día -evaluación y tratamiento- a lo que habría que sumar el tiempo dedicado a los pases de visita multidisciplinarios).**	☐	☐	☐
-Celador **(Su número depende de múltiples variables, que incluyen el perfil de pacientes de la UCI, los sistemas organizativos y de gestión, la estructura física, instalaciones y equipamiento del hospital, incluyendo sistemas de información, comunicación y transporte, debiendo adaptarse a las características específicas de cada centro. Una aproximación, puede ser, para unidades de nivel III, un celador por cada 12 camas de 08:00 a 18:00 horas -incluyendo sábados y festivos- y 1 cada 24 camas de 18:00 a 08:00 horas).**	☐	☐	☐
-Auxiliar administrativo **(Las necesidades de personal auxiliar administrativo dependen de múltiples variables, que incluyen el perfil de pacientes de la UCI, los sistemas organizativos y de gestión, y especialmente sistemas de información y comunicación y transporte, por lo que no es posible establecer recomendaciones sobre el dimensionado de estos recursos, debiendo adaptarse a las características específicas de cada centro. 1 auxiliar administrativo puede ser suficiente para una UCI nivel III de 12 camas, si el hospital y la UCI cuentan con un sistema de gestión completamente informatizado).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	**NO**	**N/A**
U37. RH.12. CB. La UCI adopta las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de **formación continuada**, de investigación y docencia de sus profesionales. Dispone de un programa de formación para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a la **seguridad de los pacientes y la calidad**, adaptado a sus características, que contemple entre sus contenidos:	☐	☐	☐
-Formación en RCP o soporte vital básico **(Según recomendación de SEMICYUC, el personal sanitario: facultativo y enfermero deben realizar este tipo de formación, con su acreditación correspondiente, cada 2 años).**	☐	☐	☐
-Formación en Prevención y tratamiento de la úlcera por presión.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

4-RESULTADOS E INDICADORES DE CALIDAD

U37.IC.13. CB.

Dispone la UCI de un **sistema de monitorización** (cuadro de mandos, objetivos, indicadores, etc.) de sus resultados asistenciales (datos de actividad, tiempos de respuesta, satisfacción de usuarios, quejas y reclamaciones, etc.).
Para afirmarlo, se comprobará que:

	SI	NO	N/A
-Existe un programa de monitorización de resultados asistenciales	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U37. IC.14. CR.

La UCI dispone de los siguientes **indicadores de calidad** recomendados y calificados como relevantes por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias(SEMICYUC).
La descripción de estos indicadores se acompaña como Anexo II.

	SI	NO	N/A
-Hipotermia terapéutica en la parada cardíaca.	☐	☐	☐
-Posición semiincorporada en pacientes con ventilación mecánica (VM).	☐	☐	☐
-Prevención de la enfermedad tromboembólica.	☐	☐	☐
-Instauración precoz de ventilación mecánica (VM) no invasiva, en la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).	☐	☐	☐
-Ventilación pulmonar protectora en la lesión pulmonar aguda (LPA/síndrome del distres respiratorio agudo (SDRA).	☐	☐	☐
-Bacteriemia relacionada con catéter venoso central.	☐	☐	☐
-Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV).	☐	☐	☐
-Inicio precoz antibioterapia en la sepsis grave.	☐	☐	☐
-Nutrición enteral precoz.	☐	☐	☐
-Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal en enfermos con ventilación mecánica(VM) invasiva.	☐	☐	☐
-Sedación adecuada.	☐	☐	☐
-Manejo de la analgesia en el enfermo no sedado.	☐	☐	☐
-Transfusión inadecuada de concentrado de hematíes (CH).	☐	☐	☐
-Donantes reales.	☐	☐	☐
-Cumplimentación del protocolo de lavado de manos.	☐	☐	☐
-Información a los familiares de los enfermos en el SMI.	☐	☐	☐
-Limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV).	☐	☐	☐
-Encuesta de calidad percibida al alta del servicio de medicina intensiva.	☐	☐	☐
-Presencia de intensivista en el SMI las 24h del día.	☐	☐	☐
-Sistema de notificación de eventos adversos (EA).	☐	☐	☐

Otros Indicadores. **(Indicar cuales son**).	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U37. IC. 15. CB. La UCI **analiza los resultados obtenidos y establece medidas de mejora** en aquellos indicadores en los que no se alcanzan los objetivos propuestos. Para afirmarlo, se constatará:			
	SI	**NO**	**N/A**
-La existencia de documento/informe sobre medidas de mejora implantadas referidas a los resultados evaluados.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

5-ESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES

5.1-INSTALACIONES

El número de camas de UCI se considera que no debe ser nunca inferior a 6-8 camas y no debe superar las 12-14. Para una unidad de cuidados intensivos polivalente (médico-quirúrgica) de un total de 12 camas asociadas a un control de enfermería, se recomienda la disposición de la siguiente estructura.

	SI	**NO**	**N/A**
U37. ERM. 16. CR. La **estructura de la UCI** responde a los espacios necesarios derivados de las necesidades y actividades de cada uno de los principales usuarios: pacientes, visitantes, personal facultativo y de enfermería. Cada uno de estos espacios con capacidad y acondicionamiento adecuado a su finalidad. Para afirmarlo, se recomienda que la unidad disponga de:	☐	☐	☐
ZONA PACIENTES Y CONTROL DE ENFERMERÍA:			
-Sala de UCI es: • Abierta: delimitando el espacio y manteniendo la privacidad del paciente mediante biombos o cortinas.	☐	☐	☐
• Cerrada con habitación (box) individual. **(El diseño de las habitaciones o box deben facilitar una observación y control continuo del paciente por parte del personal de la Unidad. La superficie útil de la habitación del paciente debe posibilitar que alrededor del mismo se sitúen 4 o más profesionales).**	☐	☐	☐
-Habitación de aislamiento (box) de paciente con antesala. **(La exclusa deberá disponer de espacio para el lavado de manos, preparación, -calzas, gorro,...- con posibilidad de almacenamiento de material y mantenimiento de las condiciones de aislamiento).**	☐	☐	☐
-Aseo de pacientes **(El aseo adaptado para los pacientes con movilidad, se ubica fuera de la habitación, en un espacio próximo de la zona común de la sala de la UCI. Debe disponer de lavabo, inodoro y ducha.)**	☐	☐	☐
-Mostrador y zona de trabajo del control de enfermería.	☐	☐	☐
-Espacio para carro de paradas y otros equipos **(Equipos móviles de emergencia y asistencia vital, deben localizarse en espacios**	☐	☐	☐

reservados, accesibles por parte del personal de enfermería, asociados a la zona del mostrador de enfermería. La ubicación de estos equipos debe ser en un lugar visible y no debe presentar obstáculos para su traslado a las habitaciones de los pacientes).			
-Oficio limpio	☐	☐	☐
-Oficio sucio y clasificación de residuos	☐	☐	☐
-Estar de enfermería con oficio refrigerio	☐	☐	☐
-Aseo de personal del control	☐	☐	☐
APOYOS GENERALES DE LA UNIDAD:			
-Oficio de limpieza	☐	☐	☐
-Almacén de equipos/taller	☐	☐	☐
-Almacén de material fungible	☐	☐	☐
-Almacén de lencería	☐	☐	☐
-Recogida de ropa sucia	☐	☐	☐
-Oficio de comidas	☐	☐	☐
-Sala de técnicas/implantación de marcapasos (según cartera de servicios de UCI). **(Si se programa una sala de técnicas y procedimientos, ésta debe situarse en una zona próxima a la sala de la UCI, pero no dentro de la misma, de manera que pueda servir para pacientes de otras unidades en su caso. Las características de la sala (dimensiones, protecciones, acabados y equipamiento) dependerán de los procedimientos clínicos que se programen en cada caso. En el supuesto de que la sala sirva para la implantación de marcapasos, aquella estará dotada de protección contra las radiaciones ionizantes para la colocación de marcapasos endocavitarios).**	☐	☐	☐
-Local de instalaciones	☐	☐	☐
ZONA PERSONAL			
-Sala de trabajo de médico	☐	☐	☐
-Sala de reuniones/sesiones	☐	☐	☐
-Sala de trabajo administrativo	☐	☐	☐
-Despacho de supervisora de enfermería	☐	☐	☐
-Estar de personal/oficio refrigerio	☐	☐	☐
-Vestuarios y aseos personal	☐	☐	☐
-Dormitorio de médico de guardia	☐	☐	☐
ZONA VISITANTES:			
-Entrada y vestíbulo	☐	☐	☐
-Recepción	☐	☐	☐
-Estar de familiares y visitas	☐	☐	☐
-Aseo público	☐	☐	☐
-Aseo adaptado	☐	☐	☐
-Despacho información	☐	☐	☐

-Esclusa de acceso a la sala de UCI	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
U37. ERM.17. CR. La UCI tiene **relación directa** con urgencias, bloque quirúrgico, radiodiagnóstico y gabinete de exploraciones funcionales centrales. **(Cuando la relación se resuelve con ascensor, éste debe tener una dimensión de cabina adecuada para el transporte del paciente encamado, en camas de no menos de 2,40 metros de longitud, acompañado por tres profesionales sanitarios y equipos asociados como bombas de infusión, balón de contrapulsación y respirador. En el caso de que el hospital disponga de helipuerto, deberá existir una relación directa mediante ascensores, con capacidad adecuada para el traslado de una cama amplia y tres profesionales con equipamiento de asistencia vital.)**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

5.2-RECURSOS MATERIALES: EQUIPAMIENTO SANITARIO

	SI	NO	N/A
U37. RM-ES.18. CR. Dispone la UCI de **Instalaciones, equipamiento específico y materiales sanitarios** suficientes para desenvolver la oferta asistencial de forma adecuada. Para afirmarlo, se recomienda que la unidad disponga de:	☐	☐	☐
	SI	**NO**	**N/A**
Habitación (box) del paciente:			
-Cama eléctrica con accesorios. **(Las instalaciones (electricidad, gas, etc. necesarias en la habitación del paciente se resuelven mediante cabeceros colgados, de manera que se pueda evitar la existencia de multitud de cables por el suelo de la habitación. En general se disponen dos brazos articulados situados en los extremos del cabecero colgado, en los que se sitúan las tomas eléctricas y de gases, equipos, monitores, bombas de infusión, etc. Es recomendable que el 50% de las camas incluyan balanza para pesar al paciente, así como la posibilidad de que se pueda convertir en sillón. Alguna de ellas deberá disponer de desagüe para técnicas de depuración extrarrenal, debiendo considerarse para ello la instalación de tratamiento de aguas o la utilización de equipos autónomos).**	☐	☐	☐
-Cabecero para box de paciente crítico con accesorios	☐	☐	☐
-Caudalímetro	☐	☐	☐
-Vacuómetro	☐	☐	☐
-Bomba para nutrición enteral	☐	☐	☐
-Bomba perfusión	☐	☐	☐
-Monitor con registro electrocardiográfico, PNI, temperatura, pulsioximetría, análisis de segmento ST, detección de arritmias, ECG de 12 derivaciones PI y electroencefalografía continua.	☐	☐	☐
-Respirador volumétrico con capnografía.	☐	☐	☐
ALMACÉN DE EQUIPOS:			
-Respirador de transporte	☐	☐	☐

-Monitor de transporte	☐	☐	☐
-Grúa movilización pacientes	☐	☐	☐
-Carro de curas	☐	☐	☐
-Pesacamas	☐	☐	☐
-Cardiocompresor	☐	☐	☐
-Calentador de fluidos	☐	☐	☐
-Humidificador respiratorio	☐	☐	☐
-Bomba-jeringa de infusión	☐	☐	☐
-Balón de resucitación autoinflable	☐	☐	☐
-Monitores de gasto cardíaco con CO2	☐	☐	☐
-Contrapulsador aórtico	☐	☐	☐
-Desfibrilador con marcapasos externo	☐	☐	☐
-Doppler transcraneal	☐	☐	☐
-Monitor de análisis de la profundidad anestésica	☐	☐	☐
-Broncofibroscopio	☐	☐	☐
-Ecocardiógrafo Doppler	☐	☐	☐
-Sonda transesofágica	☐	☐	☐
-Equipo de hemofiltración	☐	☐	☐
-Material diverso	☐	☐	☐
CARRO DE PARADA. Documentación que debe figurar en una carpeta en el propio **carro de parada**:			
-Hoja en la que se relacione la composición del carro de parada.	☐	☐	☐
-Hoja en la que figure la apertura del carro de parada.	☐	☐	☐
-Hoja de revisión quincenal del carro de parada.	☐	☐	☐
-Instrucciones de manejo del monitor	☐	☐	☐
-Instrucciones de manejo de pulsioxímetro.	☐	☐	☐
-Instrucciones del manejo del desfibrilador manual o instrucciones de manejo del DESA.	☐	☐	☐
SALA DE TÉCNICAS/IMPLANTACIÓN MARCAPASOS (según cartera de servicios de UCI):			
-Estimulador eléctrico cardíaco	☐	☐	☐
-Arco en C móvil	☐	☐	☐
-Mesa radiotransparente	☐	☐	☐
-Electrocardiógrafo de alta resolución	☐	☐	☐
-Monitor multiparamétrico modular control ECG, TA y Sa O2	☐	☐	☐

-Generador externo de marcapasos provisional	☐	☐	☐
-Sistema de reanimación cardiopulmonar	☐	☐	☐
-Programador de marcapasos	☐	☐	☐
-Caudalímetro	☐	☐	☐
-Vacuómetro	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

UNIDAD DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE DE AGUDOS (UEH).

1.-DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1.1- PREVENCIÓN DE INFECCIONES E INCIDENTES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN SANITARIA.

La UEH debe disponer de programas que aseguren el cumplimiento de los estándares de seguridad y atención a los derechos del paciente y por tanto debe contar con un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación del paciente en riesgo y procedimiento de riesgo, así como la información a las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones vigentes. Debe identificar actuaciones o procesos que supongan riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, e incorporar procedimientos y recomendaciones dirigidas a modificar la práctica y facilitar la disminución de ese riesgo.

	SI	NO	N/A
UEH. SP.01. CB. La UEH evaluada dispone de **protocolos o programas específicos** para asegurar el cumplimiento sistemático de los **estándares de seguridad y atención a los derechos** del paciente. Para afirmarlo, deberán desarrollar e implementar los siguientes protocolos o programas:	☐	☐	☐
-Aislamiento de pacientes.	☐	☐	☐
-Higiene de manos. **(Básica para reducir la infección nosocomial. Se requiere una higiene apropiada de manos antes y después de insertar, reemplazar, acceder, reparar o proteger un catéter intravascular. El uso de guantes no exime de la higiene de manos.** **Deberá disponer de infraestructura y recursos en materia de higiene de manos: lavabo, agua corriente, productos de base alcohólica, jabón, toallas, etc.).**	☐	☐	☐
-Prevención de la gripe para el personal de servicios sanitarios.	☐	☐	☐
-Prevención de la infección asociada a catéter central.	☐	☐	☐
-Prevención de la infección de la herida de localización quirúrgica.	☐	☐	☐
-Prevención de las infecciones por organismos multirresistentes.	☐	☐	☐
-Prevención de la infección asociada a sonda urinaria.	☐	☐	☐
-Medidas para prevenir la neumonía (neumonía nosocomial) asociada al uso de ventilación mecánica.	☐	☐	☐
-Prevención de úlceras por presión. **(Deberá contemplar: Identificar el paciente en riesgo, evaluación de la integridad de la piel al ingreso, evaluar el riesgo mediante escalas de Braden, Norton, EMINA, y establecer los cuidados oportunos, reevaluar al paciente con regularidad, mantener y mejorar la tolerancia de los tejidos a la presión, disponer de un plan de cuidados en el que se incluya cuidados locales de la piel, prevención en pacientes con incontinencia, cambios posturales en pacientes con movilidad limitada, utilización de superficies especiales, protección local en las prominencias óseas, y protección de la piel de las fuerzas de fricción y cizalla).**	☐	☐	☐
-Prevención de caídas que incluya la identificación del paciente con riesgo de caídas, la evaluación multidimensional del riesgo, así como la estrategia multifactorial para reducir el riesgo de caídas.	☐	☐	☐
-Prevención del tromboembolismo venoso.	☐	☐	☐
-Prevención de efectos adversos (EA) derivados de tratamientos anticoagulantes.	☐	☐	☐

-Prevención de errores en la localización del sitio quirúrgico en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

2-ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

	SI	NO	N/A
UEH. OF.02. CR. Para el correcto desarrollo de la **actividad clínico-asistencial**, la UEH deberá disponer de:			
-Documento que contenga de forma explícita los **Criterios de Admisión y Alta** del Paciente.	☐	☐	☐
-Documento donde se recoge el **sistema formalizado de Pase de Visitas conjunto** entre médicos y enfermeras, así como, en su caso, de otros profesionales.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

3-PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

UEH. PA.03. CB. En el momento del ingreso del paciente en la UEH se le realiza una **evaluación médica y una evaluación inicial de enfermería**. Para afirmarlo deberá existir en la HC del paciente:	☐	☐	☐
-Evaluación inicial de enfermería y registro de constantes vitales.	☐	☐	☐
-Un plan de monitorización médica que especifique las constantes y parámetros que deben ser registradas y su frecuencia, con diagnóstico de ingreso, presencia de comorbilidad y tratamiento establecido.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

UEH. PA.04. CR. Al ingreso del paciente, en la UEH, se realizan e instauran **Planes de cuidados estandarizados** y personalizados con protocolización de actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan los distintos pacientes con un mismo diagnóstico médico. Para afirmarlo deberá existir en la HC del paciente:	☐	☐	☐
-Valoración integral del paciente que permite identificar los problemas de salud. (diagnóstico enfermero). **(Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson o los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon).**	☐	☐	☐
-Recogida de datos mediante test o escala de valoración del nivel de dependencia. **(Barthel: permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria)**	☐	☐	☐
-Instauración de plan de cuidados estandarizado y personalizado. **(El plan de cuidados individualizado debe incluir cuidados locales de la piel, prevención específica en pacientes con incontinencia y cambio postural en pacientes con movilidad limitada.** **(El plan de cuidados personalizado conlleva la elección de entre todos los diagnósticos posibles, los juicios clínicos sobre la deficiencia de salud y la respuesta de persona, familia o comunidad ante problemas reales o potenciales, o a procesos vitales, que**	☐	☐	☐

proporciona la base para las terapias de las que la enfermera es responsable. El proceso de atención de enfermería debe incorporar guías de buena práctica en aquellas actividades ya señaladas en el apartado dedicado a seguridad y derechos del paciente, aplicadas a los respectivos grupos de riesgo, en especial: - Adopción de sistema seguro de prescripción y administración de medicamentos - Higiene de las manos - Identificación del paciente - Plan de alta - Prevención de EA derivado de tratamiento anticoagulante - Prevención de errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente - Prevención de la infección de la herida de localización quirúrgica - Prevención de la infección asociada a catéter central - Prevención de la infección asociada a sonda urinaria - Prevención de las caída - Prevención de úlcera por presión - Prevención del tromboembolismo venoso - Conciliación de la medicación - Voluntades anticipadas. Orden de no resucitación).			
-Desarrollo de intervenciones propias de enfermería y delegadas.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
UEH. PA.05. CB. El ingreso en la UEH de **pacientes procedentes de UCI** se realiza:	☐	☐	☐
-Durante el día, de 7h a 22h.	☐	☐	☐
-Durante la noche, de 22 a 7h. **(Debe evitarse el traspaso de pacientes en este horario. En caso de realizarse, debe considerarse como un evento adverso)**.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

UEH. PA.06. CR. Los pacientes que **ingresan en la UEH procedentes de UCI** lo hacen con un **plan de cuidados escrito.** Para afirmarlo, éste debe incluir:	☐	☐	☐
-Resumen de la estancia en la unidad de cuidados intensivos, incluyendo diagnósticos y tratamiento.	☐	☐	☐
-Plan de control y exámenes.	☐	☐	☐
-El tratamiento de seguimiento, incluyendo medicamentos y terapias, dieta, presencia de infección y cualquier limitación al tratamiento.	☐	☐	☐
-Necesidades físicas y de rehabilitación, psicológicas y emocionales, de comunicación o lenguaje.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
UEH. PA.07. CR. La UEH dispone de **profesionales de referencia** que faciliten la coordinación de los recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales para la continuidad de cuidados al alta de pacientes en la unidad. Para afirmarlo deberá contar con alguno de los siguientes profesionales:	☐	☐	☐
-Enfermera comunitaria de enlace	☐	☐	☐
-Enfermera gestora de casos	☐	☐	☐

-Trabajador/a social	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

4-RECURSOS HUMANOS. PERSONAL SANITARIO.

UEH. RH.08. CB. Dispone la UEH de **Coordinadora asistencial**/gestora de cuidados/supervisora. **(En todo momento se deberá conocer públicamente quién es el responsable y la persona en que, en su caso, se delega, debiéndose recoger este aspecto en las normas de funcionamiento de la Unidad.** **Las funciones del responsable de enfermería de la UEH son: gestionar los recursos humanos y el desarrollo profesional de las personas de la UEH a su cargo; garantizar los cuidados de enfermería a través de la gestión asistencial diaria; asegurar la formación del personal de nueva incorporación; participar en la elaboración de protocolos, guías clínicas y asegurar su seguimiento; colaborar en la gestión de pacientes para que el circuito de ingresos, altas o traslados de pacientes sea más efectivo; asegurar la formación e información de paciente y su familia o acompañantes; y colaborar con la dirección de enfermería en decisiones de planificación y cobertura del personal, evaluación del personal fijo y suplente, necesidad de formación de los profesionales, seguimiento de los objetivos y evaluación de los resultados).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
VERIFICACIÓN:			
R, AP: Ver nombramiento de supervisora de la unidad en registro de personal.			

UEH. RH.09. CB. La UEH dispone de una dotación adecuada en número y capacitación según su cartera de servicios, de **Personal de Enfermería** (enfermeras y auxiliares de enfermería). **(Se recomienda que la dotación del personal de enfermería de las UEH se planifique siempre a partir del patrón de cuidados y el perfil de los pacientes).**	☐	☐	☐
-Se dispone de enfermera referente que planifica los cuidados del paciente	☐	☐	☐
-Se dispone de una enfermera responsable de la atención del paciente, por turnos, que aplique los cuidados planificados por la enfermera referente.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	**NO**	**N/A**
UEH. RH.10. CB. La UEH dispone de **médicos especialistas** de cada una de las especialidades que participan en la Unidad, responsables de la asistencia del paciente durante su estancia en la UEH.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

UEH. RH.11. CB. Dispone la UEH de **celador/personal de transporte interno y gestión auxiliar**.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

UEH. RH.12. CR. El centro hospitalario en el que está ubicada la UEH pone a disposición de la misma **la colaboración de distintos profesionales** como:			
-Trabajador Social. **(Planificación del alta. Evaluación del riesgo social. Planificar modelos de intervención que prevengan y resuelvan los problemas de origen social que afecten a la salud o que obstaculicen los cuidados del paciente y su cuidador. Coordinación con recursos sociosanitarios y sociales).**	☐	☐	☐
-Dietista/Nutricionista. **(Se debe disponer de un plan de detección precoz del paciente malnutrido, que puede ser realizado por enfermería).**	☐	☐	☐
-Fisioterapeuta. **(Mantenimiento de la movilidad del paciente, fisioterapia respiratoria, promover la funcionalidad del paciente para las actividades de la vida cotidiana, recuperación / rehabilitación precoz. La relevancia que la rehabilitación precoz tiene en personas mayores ha sido enfatizada en el documento de estándares y recomendaciones de las unidades de pacientes pluripatológicos, así como la movilización precoz tras intervenciones quirúrgicas, como la cirugía de cadera. La rehabilitación precoz es también esencial en procesos agudos como el ictus o el síndrome coronario agudo).**	☐	☐	☐
-Farmacéutico. **(Asesoramiento, documentación, conciliación de la medicación y ajuste de dosis).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	**NO**	**N/A**
UEH. RH.13. CB. La UEH adopta las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de **formación continuada,** de investigación y docencia de sus profesionales. Cuenta con un programa de formación para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a la **seguridad de los pacientes y la calidad**, adaptado a sus características.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

5-RESULTADOS E INDICADORES DE CALIDAD

UEH.IC.14. CR. Dispone la UEH de **un sistema de monitorización** (cuadro de mandos, objetivos, indicadores, etc) de sus resultados asistenciales (datos de actividad, tiempos de respuesta, satisfacción de usuarios, quejas y reclamaciones, etc). Para afirmarlo, se comprobará que:			
	SI	**NO**	**N/A**
-Existe un programa de monitorización de resultados asistenciales.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

UEH. IC.15. CR. La UEH dispone de los siguientes **indicadores de calidad** recomendados por el Ministerio de Sanidad y Política Social y por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). **(La descripción de estos indicadores se acompaña en Anexo III).**

	SI	NO	N/A
-Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos.	☐	☐	☐
-Tasa de infección hospitalaria.	☐	☐	☐
-Índice de satisfacción de usuario.	☐	☐	☐
-Tasa de caídas.	☐	☐	☐
-Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria.	☐	☐	☐
-Número de pacientes con prescripción de tromboprofilaxis.	☐	☐	☐
-Pacientes con informe de alta en la historia clínica.	☐	☐	☐
-Pacientes con informe de alta correctamente cumplimentado.	☐	☐	☐
Otros Indicadores. **(Indicar cuales son**).	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

UEH. IC.16. CR.

La UEH **analiza los resultados obtenidos** y establece medidas de mejora en aquellos indicadores en los que no se alcanzan los objetivos propuestos.

Para afirmarlo, se constatará:

	SI	NO	N/A
-La existencia de documento/informe sobre las medidas de mejora implantadas en relación con los resultados evaluados.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

6-ESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES

6.1-INSTALACIONES

Se recomienda programar la UEH relacionando el número de camas instaladas, el número de habitaciones y su tipología, la capacidad máxima de la unidad y la distancia media del control de enfermería al paciente.

Se recomienda que la UEH disponga de entre 28 y 36 camas. Con disposición del 50% de habitaciones de uso individual, y que estas sean de potencial uso como habitaciones dobles (su dimensión e instalaciones permite el alojamiento de dos pacientes) para responder a las variaciones estacionales de la demanda. Esta distribución permite una teórica flexibilización del número de camas funcionantes. Se recomienda que la distancia media entre el control de enfermería y las habitaciones de pacientes no superen los 30 metros.

En la UEH la habitación de uso individual resulta necesaria en algunas situaciones por razones estrictamente sanitarias (aislamiento en determinados procesos infecciosos, pacientes inmunodeprimidos o en situación terminal).

Para una UEH dotada de 24 camas potencialmente de uso doble se recomienda la disposición de la siguiente estructura con capacidad y acondicionamiento adecuado a su finalidad:

	SI	NO	N/A
UEH. ERM. 17. CR. **Las zonas que constituyen una UEH** son: acceso y vestíbulo; control de enfermería y apoyos; pacientes y familiares; apoyos generales; personal médico; circulación general de la unidad.	☐	☐	☐

Para afirmarlo, se recomienda que la unidad disponga de:			
ZONA DE ACCESO Y VESTÍBULO:			
-Entrada y vestíbulo. **(Este acceso se debe localizar en una zona próxima al control de enfermería que también funcionará como control de accesos a la unidad. Resulta recomendable que el vestíbulo de acceso de personas desde el exterior no se comparta con la circulación interna del hospital, de manera que no existan interferencias con el transporte de pacientes encamados, personal y suministros de la unidad).**	☐	☐	☐
-Estar de familiares con aseos. **(Para familiares y acompañantes de los pacientes ingresados. Ocasionalmente puede compartirse con pacientes. Ubicado en zona próxima al acceso desde la circulación externa y por tanto al control de enfermería. Debe disponer de 0,5 cómodos asientos por paciente ingresado. Se recomienda conexiones telefónicas y música ambiental. Máquinas de bebidas y comida fría. Fuente de agua fría. Próximo a la sala de estar existirá un pequeño núcleo de aseos públicos, de los que al menos uno debe ser adaptado para uso de personas minusválidas en silla de ruedas).**	☐	☐	☐
-Despacho información a familiares. **(Para información de familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas)**	☐	☐	☐
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS:			
-Mostrador del control de enfermería. **(Mostrador de atención y organización de la unidad. Espacio para controles y comunicaciones; sistema de transportes; equipos de dispensación automatizada de medicamentos. En lugar accesible y definido, debe localizarse el carro de paradas).**	☐	☐	☐
-Sala de trabajo del personal de enfermería. **(Junto a la zona de mostrador se debe disponer (en una zona abierta, pero con control visual desde el exterior) de una zona de trabajo con mesa y capacidad para al menos 4 personas, profesionales sanitarios de enfermería y equipo multidisciplinar).**	☐	☐	☐
-Estar de enfermería con oficio-refrigerio. **(Asociado al mostrador del control de enfermería y zona de trabajo, se debe localizar el estar de enfermería, en una zona abierta al control de enfermería. Esa zona de estar debe disponer de un pequeño oficio de comidas para el personal, así como un aseo de personal con lavabo, inodoro y ducha, ubicado en su proximidad).**	☐	☐	☐
-Oficio limpio. **(Zona de trabajo de preparación de material limpio, lavabo, frigorífico para uso clínico, armarios dispensadores automáticos de medicinas y material fungible. También debe disponer de una zona que permita el almacenamiento de medicamentos y material terapéutico en condiciones de seguridad).**	☐	☐	☐
-Despacho de supervisión. **(Despacho de supervisión y organización del trabajo de la unidad de enfermería debe tener capacidad para una mesa de trabajo y una zona de reunión para unas 6 personas).**	☐	☐	☐
-Sala de curas/técnicas. **(Necesaria en función del número de habitaciones de uso individual. En caso de que la unidad disponga alrededor del 50% de las camas de uso individual no se considera necesario la disposición de esta sala).**	☐	☐	☐
-Baño asistido. **(Dotación necesaria en función de las dimensiones del aseo de la habitación del paciente. Este cuarto estaría dotado de un desagüe en el centro de la habitación y tendría una bañera móvil con regulación de altura. Así mismo contaría con un aseo adaptado con las características adecuadas para el movimiento de una persona en silla de ruedas).**	☐	☐	☐
PACIENTES Y FAMILIARES			
-Habitación del paciente. (**Habitación con capacidad potencial para dos pacientes ingresados. Se plantea que habitualmente, la unidad dispondrá de la mitad de sus habitaciones como uso por un solo paciente, disponiendo de espacio para la estancia de un acompañante en una**	☐	☐	☐

cama. La habitación dispone de espacio para el acomodo de 2 visitas por paciente. Espacio para armario y guarda de enseres del paciente. Conexiones informáticas y telefónicas. Tomas de oxígeno y vacío).			
Aseo en habitación. **(Sin barreras dotado de lavabo, inodoro, ducha y lavacuñas que permitirá el acceso y movimiento de una silla de ruedas con ayuda, sin que existan barreras arquitectónicas).**	☐	☐	☐
ZONA DE APOYOS GENERALES			
-Oficio de comidas. **(Llegada de carros y oficio de comidas para la preparación de bebidas para los pacientes).**	☐	☐	☐
-Acceso de suministros. **(Espacio asociado al núcleo vertical de ascensores de servicios y suministros del centro sanitario).**	☐	☐	☐
-Sillas de ruedas y grúas para movilizar a enfermos encamados. **(Espacio abierto para sillas de ruedas).**	☐	☐	☐
-Oficio sucio, clasificación de residuos. **(Vertedero, lavabo y equipo de desinfección de cuñas. Espacio para contenedores segregados de residuos de la unidad).**	☐	☐	☐
-Recogida ropa sucia. **(Local necesario en función del sistema de transporte de ropa sucia).**	☐	☐	☐
-Oficio de limpieza. **(Almacén de material y equipos de limpieza. Lavabo y armarios de material)**	☐	☐	☐
-Almacén de lencería. **(Almacén de textil de la unidad. Almacenamiento en los propios carros de distribución).**	☐	☐	☐
-Almacén de material. **(Almacén de material grande -portasueros, y otros-).**	☐	☐	☐
-Almacén de equipos. **(Equipos para movilización de enfermos y otros).**	☐	☐	☐
Vestíbulo de acceso de suministros.	☐	☐	☐
PERSONAL MÉDICO			
-Sala de trabajo médico. **(Con capacidad para 6 personas. Puestos de trabajo con ordenador y mesa de reuniones).**	☐	☐	☐
-Sala polivalente. **(Con capacidad para 12 personas. Sesiones clínicas, trabajo equipo multidisciplinar).**	☐	☐	☐
-Oficio refrigerio. **(Asociado a la sala polivalente).**	☐	☐	☐
Aseos de personal. **(Necesarios en función de la relación espacial de esta zona de personal con la dotación existente de aseos de personal en la unidad).**	☐	☐	☐
CIRCULACIÓN GENERAL DE LA UEH			
-Circulación interna para pacientes encamados, personal, suministros y servicios.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

6.2-RECURSOS MATERIALES: EQUIPAMIENTO SANITARIO

	SI	NO	N/A
UEH. RM-ES.18. CR. Dispone la UEH de **Instalaciones, equipamiento específico y materiales sanitarios** suficientes para desenvolver la oferta asistencial de forma adecuada. Para afirmarlo, se recomienda que la unidad disponga del siguiente aparataje:	☐	☐	☐
	SI	**NO**	**N/A**
HABITACIÓN (BOX) DEL PACIENTE:			
-Cama eléctrica con accesorios. **(Con panel de servicios en la cabecera de la cama, que incorpore tomas eléctricas adecuadas para el uso de equipos electromédicos, mando de control de la luminaria y sistema de llamada al personal sanitario con indicador luminoso. Sistema de control de medios audiovisuales. Punto de acceso a red de voz y datos-Internet-).**	☐	☐	☐
-Caudalímetro	☐	☐	☐
-Vacuómetro	☐	☐	☐
-Dispensador de solución hidroalcohólica	☐	☐	☐
CONTROL DE ENFERMERÍA:			
-Negatoscopio	☐	☐	☐
-Báscula-Tallímetro	☐	☐	☐
-Bombas volumétricas	☐	☐	☐
-Bala de O2	☐	☐	☐
-Glucómetros	☐	☐	☐
-Fonendoscopio	☐	☐	☐
-Tensiómetro manual	☐	☐	☐
-Tensiómetro digital	☐	☐	☐
-Pulsioxímetro	☐	☐	☐
-Caudalímetros	☐	☐	☐
-Vacuómetros	☐	☐	☐
-Termómetro ótico	☐	☐	☐
-Carro de paradas	☐	☐	☐
-Carro de curas	☐	☐	☐
SALA/CARRO DE CURAS:			
-Antisépticos	☐	☐	☐
-Apósitos estériles	☐	☐	☐
-Bateas	☐	☐	☐

-Bolsa de residuos	☐	☐	☐
-Bolsas colectoras y de drenaje	☐	☐	☐
-Equipo de pinzas estériles y tijeras	☐	☐	☐
-Esparadrapo	☐	☐	☐
-Gasas	☐	☐	☐
-Guantes estériles y no estériles	☐	☐	☐
-Jeringas de 10 y 50 cc	☐	☐	☐
-Quitapuntos (hoja de bisturí, tijeras o quitagrapas)	☐	☐	☐
-Recipientes para depositar instrumental sucio	☐	☐	☐
-Solución hidroalcohólica	☐	☐	☐
-Steri-strip	☐	☐	☐
-Suero salino	☐	☐	☐
CARRO DE PARADA. Documentación que debe figurar en una carpeta en el propio **carro de parada**:			
-Hoja en la que se relacione la composición del carro de parada.	☐	☐	☐
-Hoja en la que figure la apertura del carro de parada.	☐	☐	☐
-Hoja de revisión quincenal del carro de parada.	☐	☐	☐
-Instrucciones de manejo del monitor.	☐	☐	☐
-Instrucciones de manejo de pulsioxímetro.	☐	☐	☐
-Instrucciones del manejo del desfibrilador manual o instrucciones de manejo del DESA.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (U.68).

1.-DERECHO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1.1- PREVENCIÓN DE INFECCIONES E INCIDENTES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN SANITARIA.

La unidad de urgencias debe disponer de programas que aseguren el cumplimiento de los estándares de seguridad y atención a los derechos del paciente y por tanto debe contar con un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación del paciente en riesgo y procedimiento de riesgo, así como la información a las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones vigentes. Debe identificar actuaciones o procesos que supongan riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, e incorporar procedimientos y recomendaciones dirigidas a modificar la práctica y facilitar la disminución de ese riesgo.

	SI	NO	N/A
U68. SP.01. CB. La Unidad de urgencias evaluada dispone de **protocolos o programas específicos** para asegurar el cumplimiento sistemático de los **estándares de seguridad y atención a los derechos** del paciente. **(Es recomendable que la unidad o Servicio de Urgencias disponga de los siguientes protocolos, Al menos deberían estar protocolizados los procesos que se consideran relevantes como Ictus, politraumatismo, RCP, síndrome coronario agudo y catástrofes. Así mismo, la unidad deberá contar con protocolos de actuación específicos para aquellos procesos clínicos más prevalentes y más críticos (80% del total), consensuados con los diferentes servicios del hospital de otras especialidades médicas y quirúrgicas. Estos protocolos deben incluir siempre criterios de ingreso en el hospital y ser revisados periódicamente).** Para afirmarlo, deberán desarrollar e implementar los siguientes protocolos o programas:	☐	☐	☐
-Se recomienda que la UU disponga de protocolos con atención, de forma diferenciada, a los procesos que se consideren relevantes como **ictus, politraumatismo y síndrome coronario agudo.**	☐	☐	☐
-Protocolo de higiene de manos.	☐	☐	☐
-Prevención de la infección por organismos multirresistentes.	☐	☐	☐
-Prevención de la infección de la herida de localización quirúrgica.	☐	☐	☐
-Prevención de la infección asociada a catéter central.	☐	☐	☐
-Prevención de la infección asociada a sonda urinaria.	☐	☐	☐
-Prevención del tromboembolismo venoso.	☐	☐	☐
-Protocolización del funcionamiento del equipo en la resucitación cardiopulmonar.	☐	☐	☐
-Prevención de errores en la localización del área quirúrgica (en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente).	☐	☐	☐
-Prevención de efectos adversos en Tratamientos anticoagulantes.	☐	☐	☐
-Programa de la prevención de las caídas.	☐	☐	☐
-Programa de la prevención de la úlcera por presión.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

2.-CRITERIOS DE PERSONAL (RECURSOS HUMANOS)

	SI	NO	N/A
U68. RH.02. CB. El responsable de la unidad de urgencias dispone de nombramiento y de la **experiencia requerida para el cargo de al menos 5 años** en medicina de urgencias y emergencias. **(El responsable de la UU es el médico que ejerce la máxima autoridad sobre todo el personal. Debe organizar al conjunto de profesionales sanitarios vinculados con la UU, de diversas especialidades, en un marco protocolizado y consensuado entre todos, con una asignación de recursos adaptada a la demanda. Debe disponer de sistema de información y soporte administrativo. Es el responsable de la gestión de calidad de la UU, que debe incluir la seguridad del paciente. Cuando la UU se configura como una unidad de gestión, el responsable tiene autoridad y responsabilidad sobre la gestión del presupuesto.)**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U68. RH.03. CB. La unidad dispone de una **persona en la que se delegue la responsabilidad** de la misma en ausencia del responsable habitual. **(Deberá existir un responsable durante todo el tiempo en que la UU se encuentra en funcionamiento, por lo que en todo momento se deberá conocer públicamente quién es el responsable y la persona en que, en su caso, se delega, debiéndose recoger este aspecto en las normas de funcionamiento de la unidad. El personal de la Unidad deberá conocer la persona responsable por delegación).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U68.RH.04. CB. La unidad cuenta con un **responsable de enfermería,** conocido públicamente con formación avanzada en atención de urgencias y emergencias. **(Es el responsable de la coordinación de los profesionales de enfermería asignados a la UU. Organiza toda la operativa diaria para garantizar los cuidados de enfermería. Asegura la formación del personal de nueva incorporación. Participa en la discusión y confección de protocolos, guías clínicas y asegura su cumplimentación. Colabora con gestión de pacientes, en caso de tratarse de una UUH, para que el circuito de ingresos, altas o traslados de pacientes sea más efectivo. Asegura que paciente y familia tengan la formación e información que precisen. Colabora, en el caso de UUH, con la dirección de enfermería en la planificación y cobertura del personal, la evaluación del personal fijo y suplente, analizar las necesidades de formación de los profesionales, y realizar el seguimiento de los objetivos y evaluación de los resultados).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
U68.RH.05. CB. La unidad dispone de **listado de médicos de guardia**, con formación específica en urgencias y emergencias, tanto de presencia física como localizada y la forma de contacto actualizada **(El listado diario de médicos de guardia tanto de presencia física como localizada, con la forma de contacto debe estar inmediatamente accesible y actualizado para el personal de la UU).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U68.RH.06. CB.

La Unidad dispone de una dotación adecuada en número y capacitación según su cartera de servicios, de **Personal de Enfermería** (enfermeras y auxiliares de enfermería).

(Sus funciones son evaluar, dar prioridad a la atención de los pacientes y proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes que acuden a una Unidad).

☐ ☐ ☐

OBSERVACIONES:

U68.RH.07. CB.

La unidad de urgencias adopta las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continuada, de investigación y docencia de sus profesionales. Dispone de **un programa de formación** para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a la **seguridad de los pacientes y la calidad**, adaptado a sus características.

(El Plan de Calidad de la Consejería de Salud refiere que la competencia de los profesionales es esencial para la buena resolución de los procesos. La formación en cuidados críticos y urgencias está ligada a los procesos asistenciales de mayor calado en urgencias y los mapas de competencias definidos para los profesionales de dichas unidades. Actualmente se consideran prioritarios todos los cursos relativos a soporte vital avanzado (SVA) y a procesos de interés preferente en Urgencias: -Soporte Vital Avanzado (SVA) adultos, Soporte Vital Avanzado (SVA) pediátrico, Proceso Dolor Torácico, Proceso Ataque Cerebral, Proceso Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Proceso Insuficiencia Cardíaca, Proceso Paciente Pluripatológico, Proceso Politraumatismo, Proceso Fractura de cadera.
Como orientación sobre actividades formativas para personal de urgencias se remite a las pág. 52, 53, 54 y 55 del documento Plan Funcional de la sección de Urgencias del Servicio de Cuidados críticos y urgencias que se acompaña como Anexo IV).

☐ ☐ ☐

OBSERVACIONES:

3-RESULTADOS E INDICADORES DE CALIDAD

U68.IC.08. CR.

Dispone la Unidad de un **sistema de monitorización** (cuadro de mandos, objetivos, indicadores, etc) de sus resultados asistenciales (datos de actividad, tiempos de respuesta, satisfacción de usuarios, quejas y reclamaciones, etc.).
Para afirmarlo, se comprobará que:

	SI	NO	N/A
-Existe un programa de monitorización de resultados asistenciales.	☐	☐	☐

OBSERVACIONES:

U68. IC.09. CR.

La Unidad dispone de los siguientes **indicadores de calidad**, que según el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias están entre los indicadores básicos que deben ser los primeros en implantarse en una unidad de urgencias.

La descripción de estos indicadores se acompaña en Anexo V.

	SI	NO	N/A
1.-Tiempo de primera respuesta facultativa por nivel de gravedad.	☐	☐	☐
2.-Tiempos de resolución en el área de consultas.	☐	☐	☐

3.-Porcentaje de reingresos en la unidad de urgencias a las 72h por el mismo proceso. N.º de pacientes reingresados en 72h x100 Media de pacientes asistidos en 24h	☐	☐	☐
Otros Indicadores. **(Indicar cuales son**).	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U68. IC.10. CR. La unidad de urgencias analiza los resultados asistenciales obtenidos y establece **medidas de mejora** en aquellos indicadores en los que no se alcanzan los objetivos propuestos. Para afirmarlo, se constatará:			
	SI	**NO**	**N/A**
-La existencia de documento/informe sobre las medidas de mejora implantadas en relación con los resultados evaluados.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

4-ESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES

4.1-INSTALACIONES

Se revisarán las instalaciones tanto de Urgencias hospitalarias de atención a adultos como las instalaciones de urgencias hospitalarias de atención a población infantil en aquellos centros que se contemple dicha atención en su cartera de servicios.

	SI	**NO**	**N/A**
U68.ERM.11. CB. **Las entradas de Urgencias son adecuadas** para garantizar la accesibilidad a la unidad, tanto para personas como para vehículos incluyendo el transporte sanitario medicalizado. **(La/s entrada/s se deben encontrar cubiertas y protegidas para facilitar el acceso del paciente ambulante y la descarga del paciente en camilla. La/s entrada/s de la UU, se realizarán a través de puertas correderas acristaladas enfrentada, separadas al menos por 1,5 m, y automáticas, que permita su uso manual, debiéndose disponer de vestíbulo cortavientos con puertas automáticas con objeto de facilitar el acceso del paciente en silla de ruedas o camilla. La dimensión del espacio del vestíbulo cortavientos debe ser suficiente (al menos 3,5 metros en el caso de paso de camillas) para evitar las corrientes de aire en el interior de la unidad. El suelo del espacio de cortavientos debe disponer de una alfombra que permita recoger la suciedad proveniente del exterior. Tanto las puertas de entrada como el conjunto de la fachada exterior de la UUH, en la zona de acceso, deben ser suficientemente acristaladas para facilitar la visión del espacio exterior de la unidad desde el mostrador de recepción. La iluminación recomendad será de 500 lux. Adyacente a la entrada principal, se precisa un espacio para almacenar sillas de ruedas y camillas. Debe ser muy accesible para facilitar su disponibilidad en caso de necesidad, pero no debe interrumpir las circulaciones del vestíbulo y la zona de recepción. Se recomienda que la UUH disponga de una entrada específica desde el exterior, próxima a la unidad, bien comunicada con las vías rápidas de su entorno. El acceso exterior a la UU debe funcionar ininterrumpidamente. La UU debe situarse a nivel de calle, con rampa si fuese preciso y suficientemente separada de otras instalaciones, para evitar la congestión del tráfico. La entrada de la unidad debe ser fácilmente identificable y el acceso a la misma claro y en sentido unidireccional para vehículos. Los pacientes y sus acompañantes deben acceder directamente a la unidad desde el exterior sin pasar por otras dependencias ni utilizar pasillos o corredores. Se recomienda que cuente con un aparcamiento de uso específico para el paciente que acude por sus medios a la unidad y que disponga de una zona reservada para el vehículo utilizado para el transporte sanitario, con unas tomas eléctricas de intemperie para la recarga de baterías de sus equipos)**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
U68.ERM.12. CB. La unidad de urgencias dispone de **Área de Recepción-Administración** propia o compartida con otras unidades del centro. **(Deberá tenerse en cuenta la necesidad de un cierto grado de privacidad, que puede alcanzarse mediante la existencia de una distancia bien señalada para la espera de otras personas ante el mostrador de admisión. Desde el mostrador de recepción y admisión se controlan tanto la entrada general de pacientes urgentes como la entrada de las situaciones de emergencia. Tendrá las dimensiones y dotación según las características y volumen de actividad de la UU. El mostrador de admisión se diseñará de forma que resulte accesible desde la entrada principal y fácilmente localizable para los pacientes y sus acompañantes, y, que el personal de recepción pueda observar la puerta de entrada, las circulaciones del público y la espera general de la unidad. Dispondrá de una zona que permita la atención sin barreras arquitectónicas y con los usuarios acomodados en silla de ruedas.)**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U68.ERM.13. CB. En caso de atender a pacientes con impedimentos especiales, la UU **dispone de un aseo/baño de asistido**, con instalación adecuada. **(Para la limpieza del paciente con impedimentos especiales. Con puerta corredera amplia que permita el paso de camillas y/o camas. Con aseo dotado de lavabo e inodoro, asideros y ayudas en la pared, timbre de alarma y ducha empotrada en pavimento, con posibilidad de que el paciente sea duchado en la camilla. Con suelo antideslizante y sumidero.)**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U68.ERM.14. CB. Si el volumen de pacientes atendidos lo requiere, **se dispone de Puesto de control de enfermería** (mostrador y zona de trabajo del personal de enfermería). **(Se ubicará en una zona próxima al acceso a la zona y lo más cerca del centro de gravedad de la misma, a fin de minimizar los recorridos y facilitar la visión y el acceso a los boxes de exploración y diagnóstico. El puesto de control tendrá un mostrador con superficie para el trabajo del personal e instalación de equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera y espacio para almacenar el material de trabajo, además de una zona de trabajo de personal, que contará con una estación clínica para el acceso al sistema de información del hospital y el trabajo con historia clínica informatizada. Junto al mostrador de trabajo del personal se localiza la terminal del sistema de transporte neumático de muestras y documentos, así como las diversas alarmas y cuadros de instalaciones. Asociados al mostrador y zona de trabajo del puesto de control se disponen los diferentes locales de apoyo al funcionamiento del personal**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
U68.ERM.15. CB. La unidad debe disponer de **una o varias consultas**. **(En función del volumen de actividad, se debe disponer de una zona específica para**	☐	☐	☐

consulta con fácil acceso desde la Sala de Espera. Las consultas de urgencias se comunican con un pasillo interno de la UUH para el acceso de los profesionales sanitarios y en su caso para el traslado del paciente a otra zona de la UUH o del hospital. Se recomienda que disponga de una superficie útil de 15 m², tamaño suficiente para acoger al facultativo, y en su caso al personal sanitario que se precise, con paso mínimo de puertas de 0,80 m., y una distribución que facilite al máximo la privacidad de la atención, con climatización, y si es posible iluminación natural, así como con punto de agua, desagüe tipo fregadero, llave de corte de agua caliente y fría con hidromezclador y toma de enchufes).

OBSERVACIONES:

U68.ERM.16.-CR.

¿La unidad dispone de **Box de Reanimación del paciente critico** o Sala de Emergencias? ☐ ☐ ☐

(Será fácilmente accesible desde la entrada de pacientes con un acceso directo y sin obstáculos al exterior mediante puerta amplia, con capacidad para atender al menos a dos pacientes simultáneamente. En caso de haber más de un puesto, se deben separar por mampara o cortinas de techo para independizar cado uno y permitir cierto grado de intimidad. Dispondrá de una superficie mínima de 17 a 22 m², con distancia entre camas de 2 a 2,50 m. y paso mínimo de puertas de 1,60 a 2 m, con posibilidad que sean correderas automáticas. Contará con iluminación de 500 lux de encendido completo, climatización y Punto de pileta, punto agua y desagüe.)

OBSERVACIONES:

U68.ERM.17. CR.

¿Dispone de **Box polivalente de exploración, diagnóstico y tratamiento**? ☐ ☐ ☐

(Debe permitir el acceso inmediato de los pacientes, por lo que el paso a la habitación debe ser amplio, no menos de 1,20m; recomendable 1,40 m. Se recomienda que esta habitación permita la máxima privacidad, por lo que debe poder cerrarse con elementos de paso amplios, puertas correderas o mamparas rígidas, que posibiliten un control desde el pasillo general de la zona, elementos acristalados, con distintos niveles de matización de la visión. En cualquier caso, esta zona puede llegar a disponer de un conjunto de boxes más cerrados y otros abiertos, con cortinas en las zonas de paso, de manera que puedan llegar a atenderse a las necesidades de privacidad y conseguir un buen control por parte del personal que atiende la zona. Cada box tendrá espacio para una cama y estará dotado de la instalación eléctrica necesaria para su iluminación y la conexión de los equipos electromédicos a utilizar; el sistema de llamada paciente-enfermera con visualización externa; tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido; lavabo con grifo monomando accionable con el codo, con dispensador de jabón y toallas de papel; barra de techo para sueros. Es conveniente que disponga de indicador externo del estado de ocupación. El local incluye una zona de preparación de limpio con armarios y dispensador automático de medicamentos).

OBSERVACIONES:

SI NO N/A

U68.ERM.18. CR

La Unidad dispone de **Sala de yesos**. ☐ ☐ ☐

(Contigua al box de traumatología. Dispondrá de la infraestructura necesaria para la asistencia al paciente traumatizado que requiere inmovilización y para la maniobrabilidad del personal sanitario que le asiste. Con espacio para camilla, tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, lavamanos, carril de techo para sueros, sistema llamada, tomas eléctricas, espacio para equipo de escopia, carro de yesos y contenedores para grandes desperdicios. Pila de yesos con grifo monomando accionable por el codo con dispensador de jabón y toallas de papel, y desagüe para la decantación de yesos).

OBSERVACIONES:

U68.ERM.19. CR.

La unidad dispone de **sala de observación**. ☐ ☐ ☐

(La sala de observación debe configurarse para que el paciente disponga de intimidad suficiente. Los puestos de observación se ubicarán en una sala común, dotada de sillones confortables para la administración de tratamientos cortos que no precisen de encamamiento y camas para la observación de pacientes que sí lo requieran. Con una superficie mínima útil de 17 m^2, paso mínimo de puertas de doble hoja de 1,5 m, y distancia entre sillón y/o cama de 1,20 m. Deberá contar con iluminación directa, indirecta y nocturna, toma de enchufes y toma de voz y datos. Se habilitarán medios de separación de los puestos de observación que permitan la visión y control de los pacientes por parte del personal, y, en caso de necesidad posibiliten la privacidad requerida. Los puestos de observación tendrán tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido, tomas de corriente eléctrica suficientes para la utilización de los equipos electromédicos necesarios para la administración de tratamientos y/o el cuidado de los pacientes en observación, sistema de llamada paciente-enfermera con visualización externa, lavabo para el personal con grifo monomando accionable con el codo, con dispensador de jabón y toallas de papel, punto de luz artificial, de techo, con superficie lisa que se pueda limpiar externamente, barra de techo para sueros e indicador externo del estado de ocupación del box. La zona de observación dispondrá de un puesto de control para el trabajo del personal de enfermería, que se ubicará en una zona próxima al centro de gravedad de la sala de observación, entre las salas destinadas a camas y sillones, a fin de minimizar los recorridos y facilitar la visión y el acceso a los puestos de observación).

OBSERVACIONES:

U68.ERM.20. CR.

Está garantizada la **seguridad de los pacientes y de los profesionales**, frente a aquellas situaciones de agresividad (verbal o física) que pueda presentarse en Urgencias. ☐ ☐ ☐

(Un entorno agradable y bien equipado, particularmente en las zonas de recepción y espera, que son las potencialmente más conflictivas, contribuye a reducir la agresividad. Resulta recomendable la existencia de control visual de la sala de espera general desde el puesto de recepción y admisión de la UU. El mobiliario y equipamiento debe seleccionarse cuidadosamente. Se recomienda valorar la instalación de dispositivos electrónicos de seguridad).

OBSERVACIONES:

CRITERIOS ESPECÍFICOS DE LA UNIDAD CON ATENCIÓN URGENTE A LA POBLACIÓN INFANTIL

	SI	NO	N/A
U68.ERM.21. CB. En hospitales con atención urgente a la población infantil, se dispone de **Zona de urgencias pediátricas** con acceso especifico, sala de espera diferenciada, sala de observación con cunas para lactantes, camas, sillones de tratamiento, etc. y sala de lactancia y cambios de pañales.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
U68.ERM.22. CB. En Hospitales con atención urgente a la población infantil, la Zona de urgencias pediátricas, cumple con **medidas específicas de seguridad** para los pacientes pediátricos. **(Medicamentos y material fuera del alcance de los niños, enchufes de seguridad o con protectores, protectores de esquinas-paredes, mesas, etc…-, no existencia de cuerdas**	☐	☐	☐

de persianas o similares, no existencia de juguetes u otros entretenimientos que contengan piezas pequeñas que puedan ser ingeridas o aspiradas y mobiliario y equipos que estén al alcance de los niños con fuerte sujeción).
OBSERVACIONES:

	SI	NO	N/A
U68.ERM.23. CB. En Hospitales con atención urgente a la población infantil, se dispone de **Baño asistido** en la Zona de urgencias pediátricas. **(Con puerta corredera amplia que permita el paso de camillas y/o camas. Suelo antideslizante y sumidero. Con aseo dotado de lavabo e inodoro, asideros y ayudas en la pared, timbre de alarma y ducha empotrada en pavimento, con posibilidad de que el paciente sea duchado en la camilla).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
U68.ERM.24. CR. En Hospitales con atención urgente a la población infantil, dispone de **Sala de espera** de pacientes en la Zona de urgencias pediátricas. **(Sala de espera específica con área de juegos y mobiliario adecuado a la edad de los usuarios, localizada junto al aseo pediátrico).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
U68.ERM.25.CR. En Hospitales con atención urgente a la población infantil, se dispone de **Box polivalente de exploración, diagnóstico y tratamiento pediátrico.** **(Debe ser amplio, no menos de 1,20m; recomendable 1,40 m. Se recomienda que esta habitación permita la máxima privacidad. Esta zona puede disponer de un conjunto de boxes más cerrados y otros abiertos, con cortinas en las zonas de paso, de manera que puedan llegar a atenderse a las necesidades de privacidad y conseguir un buen control por parte del personal que atiende la zona. Cada box tendrá espacio para una cama y estará dotado de la instalación eléctrica necesaria para su iluminación y la conexión de los equipos electromédicos a utilizar; el sistema de llamada paciente-enfermera con visualización externa; tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido; lavabo con grifo monomando accionable con el codo, con dispensador de jabón y toallas de papel; barra de techo para sueros. Es conveniente que disponga de indicador externo del estado de ocupación. El local incluye una zona de preparación de limpio con armarios y dispensador automático de medicamentos).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U68.ERM.26.CR. En Hospitales con atención urgente a la población infantil, se dispone de **Sala de curas** en la Zona de Urgencias Pediátricas. **(Su superficie útil será de 17 m² con paso mínimo de puertas de 0,80 m. Dispondrá de tomas de gases de oxígeno, aire medicinal y vacío, punto de agua, llave de corte de agua caliente y fría con hidromezclador y desagüe tipo fregadero, toma de enchufes, pulsador interior con señalizador exterior (pase-espera) y pulsador de emergencia. Debe estar localizada en una ubicación próxima y bien comunicada con la sala de reanimación de pacientes críticos y con la Sala de espera de la UUH. Deberá disponer de climatizador siendo recomendable iluminación natural).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

4.2- RECURSOS MATERIALES: EQUIPAMIENTO SANITARIO

Las Unidades de Urgencias deberán disponer de una dotación mínima de equipamiento y utillaje.

	SI	NO	N/A
U68.RM-ES.27. CB (para las unidades que dispongan de sala de observación) - La **Sala de observación (adultos)** debe contar con el siguiente **equipamiento**:	☐	☐	☐
	SI	**NO**	**N/A**
-MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	☐	☐	☐
-OTOSCOPIO-OFTALMOSCOPIO	☐	☐	☐
-RESPIRADOR DE TRANSPORTE	☐	☐	☐
-BALÓN DE RESUCITACIÓN AUTOINFLABLE.	☐	☐	☐
-ELECTROCARDIÓGRAFO DE ALTA RESOLUCIÓN.	☐	☐	☐
-CAMILLA MÓVIL Y ARTICULADA CON SISTEMA DE FRENO.	☐	☐	☐
-CARRO MEDICACIÓN URGENCIA:	☐	☐	☐
-Adrenalina, amp	☐	☐	☐
-Atropina, amp	☐	☐	☐
-Flumazelino	☐	☐	☐
-Morfina,	☐	☐	☐
-Naloxona	☐	☐	☐
-Medicación sedante	☐	☐	☐
-Bicarbonato 1 ml 250 ml	☐	☐	☐
-ClCa 10% amp	☐	☐	☐
-Diazepan 10 mg. amp.,	☐	☐	☐
-Amiodarona	☐	☐	☐
-Midazolam	☐	☐	☐
-Dopamina 50 y 100 mg. amp	☐	☐	☐
-Isoprotenerol amp	☐	☐	☐
-Lidocaína amp	☐	☐	☐
-Captopril 50 mg	☐	☐	☐
-Paracetamol	☐	☐	☐
-AAS 500 mg	☐	☐	☐
-Solinitrina spray o cafinitrina	☐	☐	☐
-Lorazepan	☐	☐	☐
-Antiácidos	☐	☐	☐

-Salbutamol inhalador	☐	☐	☐
-Sueros-fisiológico iv	☐	☐	☐
-Glucosado iv	☐	☐	☐
-Bicarbonato	☐	☐	☐
-Clorpromazina	☐	☐	☐
-Dexclorfeniramina	☐	☐	☐
-Flumil antídoto	☐	☐	☐
-Furosemida	☐	☐	☐
-Haloperidol	☐	☐	☐
-Hidrocortisona	☐	☐	☐
-Metamizol	☐	☐	☐
-Metoclopramina,	☐	☐	☐
-Scandicain	☐	☐	☐
-Tiamina	☐	☐	☐
-Solución antiséptica, etc.	☐	☐	☐
-CARRO DE CURA:	☐	☐	☐
-Gasas estériles y apósitos de distintas medidas	☐	☐	☐
-Paños estériles	☐	☐	☐
-Esparadrapo hipoalergénico de distintas medidas	☐	☐	☐
-Vendas de distintas medidas y elásticas y tipos-de gasa	☐	☐	☐
-Vendaje plástico poroso en forma de pulverizador,	☐	☐	☐
-Suero salino fisiológico	☐	☐	☐
-Algodón	☐	☐	☐
-Guantes estériles de varias tallas	☐	☐	☐
-Suturas de distintos tipos y medidas	☐	☐	☐
-Jeringas desechables de distintas medidas	☐	☐	☐
-Agujas desechables de distintas medidas	☐	☐	☐
-Tul grueso	☐	☐	☐
-Bateas y riñoneras	☐	☐	☐
-Antisépticos, povidona yodada y clorhexidina en distintas presentaciones, acuosa, jabonosa, etc.	☐	☐	☐
-Sonda acanalada	☐	☐	☐
-Tijeras de vendaje	☐	☐	☐

-Pinzas de Pean	☐	☐	☐
-Pinzas de kocher	☐	☐	☐
-Estilete abotonado,	☐	☐	☐
-Mango y hojas desechables de bisturí, etc.	☐	☐	☐
-CARRO DE PARADA. Documentación que debe figurar en una carpeta en el propio **carro de parada**:			
-Hoja en la que se relacione la composición del carro de parada.	☐	☐	☐
-Hoja en la que figure la apertura del carro de parada.	☐	☐	☐
-Hoja de revisión quincenal del carro de parada.	☐	☐	☐
-Instrucciones de manejo del monitor.	☐	☐	☐
-Instrucciones de manejo de pulsioxímetro.	☐	☐	☐
-Instrucciones del manejo del desfibrilador manual o instrucciones de manejo del DESA.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
U68.RM-ES.28. CB (Obligatorio para las unidades que dispongan de box de reanimación o sala de emergencias). El **Box de Reanimación del paciente crítico** o Sala de Emergencias cuenta con el siguiente equipamiento: (**Estará dotado del equipamiento necesario para reanimación cardiorrespiratoria y soporte vital, y permitirá la utilización de equipos portátiles de RX. Dotado de la instalación eléctrica necesaria para su iluminación y la conexión de los equipos electromédicos; el sistema de llamada paciente-enfermero con visualización externa; tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido; lavabo con grifo monomando, accionable con el codo, con dispensador de jabón y toallas de papel; y barra de techo para sueros. Las instalaciones deben estar dispuestas en cabeceros colgados que permitan el libre movimiento de personal y equipos en el entorno del paciente.)**	☐	☐	☐
	SI	**NO**	**N/A**
-Cabecero para box de paciente crítico con accesorios	☐	☐	☐
-Carro de curas	☐	☐	☐
-Vacuómetro	☐	☐	☐
-Caudalímetro	☐	☐	☐
-Carro de parada	☐	☐	☐
-Balón de resucitación	☐	☐	☐
-Respirador de transporte	☐	☐	☐
-Monitor de transporte	☐	☐	☐
-Pulsioxímetro	☐	☐	☐
-Desfibrilador con palas de adulto e infantil	☐	☐	☐
-Monitor de respiración, temperatura, ECG, frecuencia cardiaca y presión no invasiva e invasiva	☐	☐	☐
-Laringo-otoscopio-oftalmoscopio	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

CRITERIOS DE EQUIPAMIENTO ESPECÍFICOS DE LA UNIDAD CON ATENCIÓN URGENTE A LA POBLACIÓN INFANTIL

	SI	NO	N/A
U68.RM-ES.29. CB (Obligatorio en caso de que se disponga de esta área). En Hospitales con **atención urgente a la población infantil**, las urgencias pediátricas cuentan con mobiliario y equipamiento adecuado. Para afirmarlo deberá disponer de:	☐	☐	☐
	SI	**NO**	**N/A**
-MANTAS Y LÁMPARAS CALENTADORAS.	☐	☐	☐
-ESCALAS DE PESOS.	☐	☐	☐
-EQUIPO DE IRRIGACIÓN ÓTICO Y ELIMINACIÓN DE CERUMEN.	☐	☐	☐
-BOX DE CRÍTICOS:	☐	☐	☐
-Monitor de CO2 tidal	☐	☐	☐
-Nebulizador.	☐	☐	☐
-Peak flow.	☐	☐	☐
-Calentadores de sangre y otros fluidos	☐	☐	☐
-SALA DE OBSERVACIÓN:	☐	☐	☐
-Cuna para lactantes	☐	☐	☐
-SALA DE LACTANCIA:	☐	☐	☐
-Sillón de lactancia	☐	☐	☐
-Extractor de leche electrónico	☐	☐	☐
-Mesa de trabajo	☐	☐	☐
-Encimera con pileta y mueble accesorio.	☐	☐	☐
-Dispensador de jabón	☐	☐	☐
-Dispensador de toallas de papel	☐	☐	☐
-Papelera con tapa basculante de 25l.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

U68.RM-ES.30. CB (obligatorio en caso de que se disponga de este baño). En Hospitales con atención urgente a la población infantil, **el baño asistido** en la Zona de urgencias pediátricas cuenta con mobiliario y equipamiento adecuado.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
U68.RM-ES.31. CB (Obligatorio en caso de que se disponga de box polivalente). En Hospitales con atención urgente a la población infantil, el **Box polivalente pediátrico** para exploración, diagnóstico y tratamiento cuenta con mobiliario y	☐	☐	☐

equipamiento adecuado.

(Instalación eléctrica necesaria para su iluminación y la conexión de los equipos electromédicos a utilizar; el sistema de llamada paciente-enfermera con visualización externa; tomas de oxígeno, vacío y aire comprimido; lavabo con grifo monomando accionable con el codo, con dispensador de jabón y toallas de papel; barra de techo para sueros. Es conveniente que disponga de indicador externo del estado de ocupación. El local incluye una zona de preparación de limpio con armarios y dispensador automático de medicamentos).

Para afirmarlo deberá disponer de:

	SI	NO	N/A
-Lámpara de exploración con ruedas	☐	☐	☐
-Armario mural de medicación	☐	☐	☐
-Encimera inoxidable con pileta y mueble accesorio	☐	☐	☐
-Material vario (sistema de rieles, ganchos techo, etc.)	☐	☐	☐
-Taburete	☐	☐	☐
-Papelera con tapa basculante de 25L	☐	☐	☐
-Camillas de exploración de urgencias	☐	☐	☐
-Vacuómetro	☐	☐	☐
-Caudalímetro	☐	☐	☐
-Carro de curas	☐	☐	☐
-Estaciones de trabajo / ordenadores. Impresora láser. Teléfono.	☐	☐	☐
-Pulsioxímetro.	☐	☐	☐
-Otoscopio	☐	☐	☐
-Oftalmoscopio	☐	☐	☐
-Monitor multiparamétrico.	☐	☐	☐
-Esfignomanómetro digital portátil	☐	☐	☐
-Balón de resucitación autoinflable	☐	☐	☐
-Diverso instrumental.	☐	☐	☐
-Electrocardiógrafo de alta resolución.	☐	☐	☐

OBSERVACIONES:

UNIDAD DE BLOQUE QUIRÚRGICO.

1-ESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES

1.1-INSTALACIONES

Teniendo en cuenta que la propia actividad sanitaria del Bloque Quirúrgico requiere que los sistemas de instalaciones tengan unos requerimientos específicos, para garantizar la seguridad del paciente, control de infecciones, seguridad del suministro, etc., para la determinación de este objetivo, en lo referente a los Locales, se valorarán los siguientes criterios de calidad:

	SI	NO	N/A
BQ.ERM.01. CB. El **área física del Bloque** está claramente delimitada y señalizada, disponiendo de dispositivos de control y supervisión de accesos. Para afirmarlo se deben diferenciar tres áreas o unidades clínico-funcionales:	☐	☐	☐
	SI	**NO**	**N/A**
-El **área clínica y administrativa**, que incluye la consulta específica de CMA, las estructuras administrativas y las zonas de espera y descanso de pacientes y familiares.	☐	☐	☐
-El **área funcional quirúrgica**, que incluye la zona de preparación y el bloque quirúrgico convencional (quirófano y despertar).	☐	☐	☐
-**Área de readaptación al medio** (hospital de día quirúrgico), o zona de despertar.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
BQ.ERM.02.-CB. **El acceso a las diversas áreas del bloque quirúrgico** debe estar **restringido** y segregados en él los elementos de tráfico. Según las restricciones de acceso deben distinguirse las siguientes cuatro zonas dentro del bloque quirúrgico (**Estructuralmente, se considera que la existencia de pasillos limpio y sucio separados no debe ser en sí mismo, un requisito. Por ello, la regulación del movimiento del personal dentro del bloque no debe descansar sobre el sistema de doble pasillo. En este contexto no se debe menospreciar como criterio de funcionamiento en el bloque quirúrgico, el evitar el paso tanto de personal como de material desde zonas sucias a limpias.** **La circulación de pacientes dentro del BQ será siempre desde la zona más limpia a la menos limpia. Así desde los pasillos periféricos se accede a los antequirófanos y quirófanos y, una vez concluida la intervención, la salida se hará por la puerta contraria a la de acceso y de ahí a la sala de reanimación o al exterior del Bloque para los pacientes ambulatorios. El instrumental empleado se trasladará inmediatamente después de terminar la intervención a la sala de limpieza y, en ningún caso, el material contaminado circulará hacia los pasillos de acceso. Deben existir normas escritas al respecto.**	☐	☐	☐
	SI	**NO**	**N/A**
-**Zonas de acceso general**. No tiene restricciones para las personas admitidas (zona de recepción de pacientes, áreas administrativas de la unidad, vestuario y aseos de personal sanitario y sala de descanso de personal).	☐	☐	☐
-**Zonas de acceso limitado**. Solo se admiten a las personas que necesitan llegar a locales adyacentes a las zonas de acceso restringido o a las zonas operatorias (almacenes, URPA).	☐	☐	☐
-Zonas de acceso restringido. Solo se admiten a las personas que necesitan llegar a la zona operatoria. Deben ser adecuadamente autorizados (zona de lavado quirúrgico; preanestesia; oficio sucio).	☐	☐	☐
-**Zonas operatorias**. Quirófano y preparación de carros estériles	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

2-ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

	SI	NO	N/A
BQ.OF.03. CB. La unidad dispone de **protocolos de selección de pacientes y procedimientos a realizar según su cartera de servicios,** así como de derivación de pacientes en caso de complicaciones. **(La indicación quirúrgica y la actuación postoperatoria se basará en guías y protocolos de actuación consensuados).**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
BQ.OF.04. CB. La Unidad dispone del **parte de programación de quirófano**, previo a la intervención, ya sea individual o colectivo. Se considera estándar de calidad:	☐	☐	☐
-Que el parte de quirófano esté en soporte informático, así como que esté explícito el cirujano responsable de la programación quirúrgica y el anestesista.	☐	☐	☐
-Qué exista un procedimiento escrito de programación quirúrgica, según las características del paciente, teniendo en cuenta: -Que la fecha de la intervención se adecuará en tiempo y prioridades a los niveles de invasividad y patología concomitante (complejidad quirúrgica). -El tiempo límite para recibir los partes quirúrgicos a los quirófanos y salas. -Existencia de procedimiento para la reasignación de sesiones en el caso de cancelaciones, así como el responsable de realizar las mismas	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

	SI	NO	N/A
BQ.OF.05.CB. La unidad dispone de **libro de registro de quirófano**.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			
VERIFICACIÓN:			
R, AP: Se solicitarán los libros de quirófano, de forma aleatoria, de 10 días de intervención, acotados a un mes concreto y se verificará la existencia de: filiación del paciente, diagnóstico, intervención realizada, equipo quirúrgico responsable de la misma, fecha y hora de la intervención. **En el informe se reflejará el resultado del siguiente indicador:** Nº de Libros de Registros de quirófano, que tienen cumplimentados todos los apartados X100/Total de libros Registros de quirófano seleccionados.			

	SI	NO	N/A
BQ.OF.06. CB. En la unidad se utiliza, cumplimenta y se guarda en la Historia clínica, **la hoja de ruta quirúrgica** de los pacientes intervenidos en la misma. **(La hoja de ruta es el documento nuclear que debe circular en el proceso quirúrgico, y que refleja todas las circunstancias y controles realizados desde la llegada del paciente al Bloque hasta la salida de la URPA. Esta hoja, evita errores, da seguridad, y mejora la asistencia del paciente ya que permite tener, a las partes implicadas en el proceso quirúrgico, una visión integral del mismo. La Hoja de Ruta Quirúrgica debe registrar los datos más relevantes (Estándar Hoja de Ruta Quirúrgica PAI), con las firmas de las personas responsables.** **-Valoración preoperatoria en recepción clínica.** **-Valoración preoperatoria en recepción clínica (Área quirúrgica).** **-Valoración intraoperatoria.**	☐	☐	☐

-URPA Valoración al ingreso y al alta).

OBSERVACIONES:

BQ.OF.07. CB (siempre que se realice esta actividad en la unidad evaluada).

¿En la unidad evaluada se realizan **servicios quirúrgicos por una empresa ajena** a su titular o un profesional mediante la prestación de servicios por cuenta propia?
En caso afirmativo el centro contará con un contrato por escrito en el que se asegure el cumplimiento de todos los requisitos exigibles al centro para tales cometidos, tanto estructurales, como de organización y funcionamiento, así como cualquier otro que le sea de aplicación según la legalidad vigente. ☐ ☐ ☐

OBSERVACIONES:

3-SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO QUIRÚRGICO.

BQ.SP.08. CB.

La unidad dispone y utiliza el **protocolo de valoración preoperatoria** (riesgo anestésico). ☐ ☐ ☐

(**En intervenciones quirúrgicas programadas, el paciente ha debido ser revisado en consulta en la que se realizará un informe preoperatorio que deberá formar parte de la HC del paciente y que debe recoger, al menos, la siguiente información:**
Estudio de los aspectos clínicos, exploración física y resultados obtenidos de las pruebas diagnósticas y complementarias realizadas, tiempo de validez y valoración de la American Society of Anesthesiologist (ASA), planificación de la técnica anestésica).

OBSERVACIONES:

	SI	NO	N/A
BQ.SP.09. CB. Constancia en la historia clínica del registro de **identificación del paciente** en la recepción en el área de quirófanos.	☐	☐	☐

OBSERVACIONES:

BQ.SP.10. CB.

La unidad dispone de **protocolo de profilaxis antibiótica** en procedimientos quirúrgicos. ☐ ☐ ☐

(Se considera característica de calidad, el que estos protocolos deben contemplar con asesoramiento de Microbiología y en su caso de la Unidad de Medicina Preventiva, que indique el antibiótico de elección según procedimiento quirúrgico y tratamiento alternativo en caso de alergia, así como el momento adecuado para la primera dosis, que debe suministrarse antes de la incisión quirúrgica, pero no más de 30-60 minutos antes y el momento adecuado para suspender la profilaxis).

OBSERVACIONES:

BQ.SP.11. CB.

La unidad dispone de protocolo de **profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa** en cirugía. ☐ ☐ ☐

(En el proceso quirúrgico, es importante la realización de la profilaxis del tromboembolismo pulmonar secundario a la formación de trombos peri-postoperatorios en el territorio venoso de miembros inferiores. **En el PAI, bloque quirúrgico, como estándar de calidad se establecen:** **-Criterios de selección de pacientes con riesgo de enfermedad tromboembólica, atendiendo a circunstancias clínicas y quirúrgicas.** **-Clasificación de los pacientes en categorías de riesgo en Cirugía General, Ginecología y Urología en: Bajo, Moderado, Alto y Muy Alto.** **-Recomendaciones de tratamiento mediante: medidas físicas (compresión neumática intermitente (de elección) las medias de compresión, estimulación eléctrica,...) y tratamiento farmacológico, preferiblemente con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) según el riesgo bajo, moderado, alto o muy alto.** **-Pautas de HBPM, comienzo de la dosificación y duración del tratamiento).**
OBSERVACIONES:

	SI	NO	N/A
BQ.SP.12. CB. La unidad dispone de **Listado de Verificación Quirúrgica** (LVQ). **El LVQ cuenta con una lista de ítems que permiten al equipo quirúrgico repasar de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales y que minimizan los riegos evitables más comunes. Este listado se divide en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención:** **-Fase de entrada: Periodo anterior a la inducción de la anestesia.** **-Fase de parada: Periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica.** **-Fase de salida: Periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano.**	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

4-INDICADORES DE CALIDAD QUIRÚRGICA RELACIONADOS CON LOS RESULTADOS.

BQ.IC.13. CR. La unidad realiza **análisis de los registros de actividad quirúrgica** mediante **indicadores-tasas** que permitan evaluar los servicios sanitarios y de resultados en salud que ayude a una mejor gestión de los recursos. En caso de respuesta afirmativa, deberán relacionarse en el informe todos los indicadores utilizados.	☐	☐	☐
OBSERVACIONES:			

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE DEBEN ESTAR DISPONIBLES DURANTE LA VISITA DE INSPECCIÓN.
RELACIÓN DE DOCUMENTOS RELATIVOS A CRITERIOS GENERALES DE CALIDAD APLICABLES A TODAS LAS UNIDADES EVALUADAS.
-Planos actualizados del centro hospitalario.
-Modelo de Historia Clínica.
-Modelo de informe de Asistencia/ Alta para el paciente: Alta Médica y de Enfermería.
-Plan de acogida del paciente en las correspondientes unidades.
-Modelos de consentimiento informado utilizados en las respectivas unidades o centro hospitalario en el que están ubicadas.
-Procedimiento escrito de acceso al Registro de Voluntades Anticipadas.
-Procedimiento protocolizado de uso de la historia clínica, así como de protección de confidencialidad de los datos de la misma.
-Documento de seguridad que recoge las medidas de índole técnica y organizativa para el personal con acceso a los sistemas de información.
-Procedimiento para la gestión de reclamaciones.
-Libro de Hojas de Quejas y Reclamaciones.
-Procedimiento para verificar la satisfacción del usuario.
-Protocolo de identificación de pacientes.
-Protocolo de intercambio de información del paciente entre profesionales en el traspaso de pacientes a otro prestador de asistencia sanitaria.
-Protocolo, acuerdo o contrato de traslado de pacientes y coordinación de asistencia extrahospitalaria en caso de situaciones urgentes y emergentes.
-Protocolos asistenciales/Guías de práctica clínica y de cuidados de cada unidad evaluada.
-Protocolo de limpieza, desinfección y esterilización de material e instrumental.
-Procedimiento de seguridad de los procesos de prescripción, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos.
-Protocolo de actuación de seguridad de los hemoderivados.
-Guías/protocolo de uso de medicamentos.
-Protocolo de limpieza y desinfección de las diferentes dependencias e instalaciones.
-Contrato de prestación de servicios de limpieza si ésta no se realiza por medios propios.
-Protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de residuos sanitarios.
-Contrato con la empresa encargada de realizar la retirada de residuos.
-Censo de equipamiento electromédico.
-Manuales del equipamiento electromédico.
-Registro de mantenimiento de equipos electromédicos.

-Protocolo Carro de parada.
-Protocolo de gestión de riesgo. Registro de incidentes de riesgo.
-Cartera de Servicios.
-Plan Funcional o Manual de Organización y Funcionamiento.
-Protocolo o documento en el que se establece el dispositivo de Alerta Epidemiológica.
-Sistema para la notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria.
-Modelo de registro de pacientes atendidos.
-CMBD hospitalario.
-Código Ético del hospital en el que están ubicadas las unidades visitadas.
-Procedimiento para la realización de Ensayos Clínicos, en el supuesto que se estén realizando en alguna de las unidades visitadas.
-Registro del personal de cada una de las unidades evaluadas.
RELACIÓN DE DOCUMENTOS RELATIVOS A CRITERIOS DE CALIDAD ESPECÍFICOS APLICABLES A CADA UNIDAD EVALUADA.
UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (U.37)
-Protocolos o programas específicos de seguridad y atención de los derechos del paciente.
-Documento que recoge los criterios de Admisión y Alta del paciente en la unidad.
-Sistema formalizado de pase de visitas conjunto de profesionales.
-Plan de acogida en la unidad a los profesionales de nueva incorporación.
-Documentación acreditativa del nombramiento del responsable de la unidad.
-Documentación que acredite la sustitución del responsable de la unidad.
-Documentación acreditativa del nombramiento del responsable de enfermería.
-Sistema de guardias médicas en la unidad y proceso de localización.
-Programa de formación del personal de la unidad.
-Programa de monitorización de resultados asistenciales: Indicadores de calidad utilizados.
-Informe de medidas de mejora.
UNIDAD DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN POLIVALENTE DE AGUDOS (UEH)
-Protocolos o programas específicos de seguridad y atención de los derechos del paciente.
-Documento que recoge los criterios de Admisión y Alta del paciente en la unidad.
-Sistema formalizado de pase de visitas conjunto de profesionales.
-Plan de monitorización médica que especifique las constantes y parámetros que deben ser registrados y su frecuencia.
-Proceso de localización de los médicos especialistas que atienden a cada uno de los pacientes ingresados en la unidad.
-Documentación acreditativa del nombramiento de supervisor/a de la unidad.

-Programa de formación del personal de la unidad.
-Programa de monitorización de resultados asistenciales: Indicadores de calidad utilizados.
-Informe de medidas de mejora.
UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS (U.68)
-Protocolos o programas específicos de seguridad y atención de los derechos del paciente.
-Documentación acreditativa del nombramiento del responsable de la unidad.
-Documentación que acredite la sustitución del responsable de la unidad.
-Documentación acreditativa del nombramiento del responsable de enfermería.
-Sistema de guardias médicas en la unidad y proceso de localización.
-Programa de formación del personal de la unidad.
-Programa de monitorización de resultados asistenciales: Indicadores de calidad utilizados.
-Informe de medidas de mejora.
BLOQUE QUIRÚRGICO
-Protocolo de esterilización del material quirúrgico reutilizable.
-Protocolo de selección de pacientes y procedimientos a realizar en su cartera de servicios.
-Procedimiento escrito de programación quirúrgica.
-Libro de quirófano.
-Hojas de ruta quirúrgica.
-En el supuesto de que se realice cirugía por empresa externa, contrato o acuerdo establecido.
-Protocolo de valoración preoperatoria.
-Protocolo de profilaxis antibiótica.
-Listado de verificación quirúrgica.
-Programa de monitorización de resultados asistenciales: Indicadores de calidad utilizados.