

Estándares de
acreditación de la Joint
Commission
International para
Hospitales

6ª edición. Vigente desde el 1 de julio de 2017

Introducción

Joint Commission International (JCI) se enorgullece de publicar la 6ª edición de los *Estándares para la acreditación de hospitales de Joint Commission International*. Cada una de las cinco ediciones previas ha buscado reflejar el pensamiento más actual en las prácticas y conceptos de seguridad del paciente para ayudar a las organizaciones acreditadas y no acreditadas a descubrir sus riesgos de seguridad más apremiantes y a progresar en sus objetivos de mejora continua de la calidad. Esta tradición continúa con la 6ª edición, que pretende proseguir la tarea de hacer la atención sanitaria lo más segura posible.

Los *Estándares para la acreditación de hospitales de Joint Commission International* incluyen los estándares, intenciones, elementos medibles (EM), un resumen de las modificaciones para esta edición de los estándares de hospitales de JCI, un resumen de las políticas y procedimientos clave de la acreditación, un glosario de términos clave, y un índice. Esta introducción está diseñada para proporcionar información sobre los siguientes temas:

- El origen de estos estándares
- La organización de los estándares
- Cómo utilizar este manual de estándares
- Las novedades en esta edición del manual

Si después de leer esta publicación, tiene alguna pregunta acerca de los estándares o del *proceso de acreditación*, por favor comuníquese con JCI:

+1-630-268-7400

JCIAccreditation@jcrinc.com

¿Cómo se desarrollaron y perfeccionaron los estándares para esta quinta edición?

El proceso de desarrollo de los estándares de JCI es una colaboración entre JCI, organizaciones acreditadas y expertos en calidad y seguridad. Esta nueva edición tiene en cuenta desarrollos en la ciencia de la mejora de la calidad y la seguridad del paciente además de las experiencias de las organizaciones que utilizaron la 5ª edición de estándares para hospitales para mejorar la seguridad y la calidad de la atención en sus organizaciones.

El proceso de elaboración incluyó lo siguiente:

- Grupos focales con líderes de organizaciones acreditadas (JCI) y otros expertos en atención sanitaria. Estos grupos focales se realizaron en 16 países, en distintas regiones del mundo.
- Una revisión de la literatura para buscar prácticas y procesos actuales basados en la evidencia, y fuentes de autoridad para directrices industriales, para apoyar los nuevos estándares y los que se han revisado.
- Aportaciones de expertos y otras personas con conocimientos específico y relevante del contenido, incluyendo a los evaluadores y consultores de JCI.
- Discusión y orientación sobre el desarrollo y revisión de los estándares con el *Standards Advisory Panel*, un comité internacional de 13 miembros formado por expertos con extensa

experiencia en diversos campos de la atención sanitaria.

- Una revisión de campo on-line del borrador de la 6ª edición de los estándares enviado a todos los hospitales acreditados y al personal sobre el terreno de JCI y promovido a través de las redes sociales y de la web de JCI.

¿Cómo están organizados los estándares?

Los estándares están organizados alrededor de funciones importantes comunes a todas las organizaciones sanitarias. Este enfoque es actualmente el más utilizado en el mundo y ha sido validado mediante estudios científicos, pruebas y aplicación.

Estos estándares están agrupados en tres grandes áreas: aquellos relacionados con la provisión de atención al paciente; aquellos relacionados con procurar una organización segura, efectiva y bien gestionada; y, solo para los hospitales docentes, aquellos relacionados con los programas de educación de profesionales médicos y de investigación con sujetos humanos. Los estándares son de aplicación a toda la organización así como también a cada departamento, unidad o servicio dentro de la misma. El proceso de evaluación recaba información sobre el cumplimiento de los estándares por toda la organización y la decisión de proporcionar la acreditación está basada en el nivel global de cumplimiento de la organización.

¿Qué son los estándares del hospital docente? ¿se aplican a mi organización?

Los estándares del hospital docente (AMC, *Academic Medical Center*) se desarrollaron y publicaron por primera vez en 2012 para reconocer el recurso único que representan dichos centros en la formación de profesionales sanitarios y la investigación con seres humanos en su comunidad y en su país. Esta sección de los estándares contiene dos capítulos: Educación de profesionales médicos (MPE) y Programas de investigación con sujetos humanos (HSR). A menos que se incluyan deliberadamente en el marco de la calidad, las actividades de educación e investigación a menudo pasan desapercibidas en la monitorización y mejora de la calidad de la atención a los pacientes. Para abordar esta preocupación, los estándares de estos dos capítulos presentan un marco para incluir la educación y la investigación médica en las actividades de calidad y seguridad del paciente de los hospitales docentes.

Muchas organizaciones sanitarias pueden considerar que son hospitales docentes. Sin embargo, solo aquellas organizaciones que entren en la definición de JCI necesitan cumplir con los estándares de la sección AMC del manual. Las organizaciones que soliciten la acreditación como hospital docente deben cumplir cada uno de los tres criterios siguientes:

1. El hospital solicitante está integrado de manera organizativa o administrativa con una facultad de medicina.
2. El hospital solicitante es la sede principal para la educación tanto de los *estudiantes de medicina* (estudiantes de grado) como de los posgraduados que se están formando en una especialidad médica (*residentes*), de la facultad de medicina citada en el punto 1.
3. En el momento de la solicitud, el hospital solicitante se encuentra realizando investigación médica con la aprobación y supervisión de una junta de revisión institucional o un comité de ética de la investigación.

Todos los hospitales que satisfagan los criterios de elegibilidad deben cumplir los requisitos de estos dos capítulos (además del resto de los requisitos que se detallan en este manual) para ser *acreditados* por JCI.

Las organizaciones que tengan dudas respecto de su elegibilidad para la acreditación como Hospital docente deben comunicarse con la Oficina Central de Acreditación de JCI en jciaccreditation@jcrinc.com.

¿Están disponibles los estándares para su uso por parte de la comunidad internacional?

Sí. Estos estándares se encuentran disponibles para su uso por parte de organizaciones sanitarias a título individual y por agencias públicas que busquen mejorar la calidad de la atención del paciente.

Para ayudar a dichas organizaciones, JCI proporciona un documento que incluye el listado de estándares (pero no las declaraciones de intención y los elementos de medida) que se puede descargar gratis desde el sitio web de JCI. La traducción y el uso de los estándares publicados por JCI requiere autorización por escrito.

Cuando existen leyes nacionales o locales relacionadas con un estándar, ¿qué es lo que rige?

Cuando un mismo concepto es abordado por los estándares JCI y por la legislación o normativa de una autoridad nacional o local, JCI exige que la organización se rija por el que establezca el requisito más alto o más estricto. **Por ejemplo**, JCI requiere que las organizaciones utilicen dos identificadores del paciente en una variedad de procesos. Si el estándar nacional del hospital requiere el uso de tres identificadores, el hospital deberá en consecuencia utilizar tres identificadores para cumplir con el estándar nacional, que es más estricto que el de JCI. Sin embargo, si ese mismo estándar nacional permite utilizar el número de cama como identificador - una práctica que JCI prohíbe explícitamente- a la organización no se le permite hacerlo. En este caso, la organización necesitaría utilizar tres identificadores (el estándar nacional más estricto) y no se le permitiría que el número de cama fuese ninguno de ellos (el requisito más estricto de JCI).

¿Cómo debo usar este manual de estándares?

Este manual de estándares internacionales se puede usar para conseguir lo siguiente:

- Guiar la gestión eficiente y efectiva de una organización sanitaria
- Guiar la organización y prestación de servicios de atención del paciente, y los esfuerzos para mejorar la calidad y eficiencia de dichos servicios
- Revisar las funciones importantes de una organización sanitaria
- Tomar conciencia de aquellos estándares que todas las organizaciones deben cumplir para poder ser acreditadas por JCI
- Revisar las expectativas de cumplimiento de los estándares y los requisitos adicionales que se encuentran en su intención asociada
- Tomar conciencia de las políticas y procedimientos de acreditación, y del proceso de acreditación
- Familiarizarse con la terminología que se usa en este manual.

Los requisitos de JCI por categoría se describen en detalle a continuación. Las políticas y procedimientos de JCI también se resumen en este manual. Tenga en cuenta que no encontrará una lista completa de las políticas o todos los detalles de cada una de ellas. Las políticas vigentes de JCI se encuentran publicadas en el sitio web público de JCI, www.jointcommissioninternational.org.

Categorías de requisitos de JCI

Los requisitos de JCI se describen en estas categorías:

- Requisitos de participación en la acreditación (APR, *Accreditation Participation Requirements*)
- Estándares
- Intenciones
- Elementos medibles (EM)

Requisitos de participación en la acreditación (APR)

El capítulo APR está compuesto por requisitos específicos para la participación en el *proceso de acreditación* y para mantener la adjudicación de la acreditación. Los hospitales deben cumplir con los requisitos de esta sección en todo momento durante el proceso de acreditación. Sin embargo, los APR no se califican como los estándares durante la evaluación *in situ*; se considera que los hospitales cumplen o no cumplen con el APR. Si un hospital no cumple con un APR determinado, se solicitará al hospital que lo cumpla, o se encontrará en riesgo de perder la acreditación.

Estándares

Los *estándares* de JCI definen las expectativas de desempeño, estructuras o funciones que deben existir para que un hospital sea acreditado por JCI. Los estándares de JCI se evalúan durante la evaluación in situ.

Intenciones

La *intención* de un estándar ayuda a explicar el significado completo del estándar. La intención describe el objetivo y la base del estándar, proporciona una explicación de cómo el estándar encaja en el programa general, establece los parámetros para el(los) requisito(s), y por otra parte “presenta una visión global” de los requisitos y objetivos. Los puntos que se enumeran en la intención se consideran aconsejables y sirven como explicaciones útiles de las prácticas que podrían satisfacer el estándar. Los listados que aparecen numerados o con letras en la intención incluyen elementos *exigidos* que deben estar implantados para cumplir con el estándar.

Elementos medibles (EM)

Los elementos medibles (EM) de un estándar indican lo que se revisa y puntúa durante el proceso de evaluación in situ. Los EM de cada estándar identifican los requisitos para el pleno cumplimiento con el estándar. El propósito de los EM es clarificar los estándares y ayudar a que la organización comprenda completamente los requisitos, educar a la dirección, a los jefes de departamento/servicio, a los profesionales sanitarios y al personal sobre los estándares, y guiar a la organización en la preparación de la acreditación.

Otras secciones incluidas en este manual

- Requisitos generales de elegibilidad
- Resumen de los cambios en el manual
- Resumen de las políticas de acreditación clave
- Glosario
- Índice

¿Cuáles son las novedades de esta 6ª edición del manual?

Hay muchos cambios en esta 6ª edición del manual del hospital. Se recomienda realizar una revisión exhaustiva del mismo. Esta 6ª edición del manual de hospital incluye un resumen de los cambios del manual inmediatamente antes del capítulo APR. Este resumen identifica nuevos estándares, nuevos elementos medibles, una explicación de los cambios, además del texto que ha sido editado a partir de la 5ª edición para proporcionar mayor claridad y ejemplos adicionales. Otras modificaciones al manual de hospitales incluyen:

- Referencias actualizadas y adicionales basadas en la evidencia para apoyar los estándares nuevos y revisados. Con esta característica JCI sigue proporcionando soporte a sus estándares citando evidencia importante que ayuda al cumplimiento. En el texto de la intención se citan referencias de varios tipos -desde investigación clínica a recomendaciones prácticas- y se incluyen en un listado al final del capítulo correspondiente al estándar.
- Modificaciones en el capítulo APR.
- Un icono © añadido tras el texto de algunos estándares, como alguno de los nuevos de la 6ª edición. Como en la 5ª edición, algunos estándares requieren que el hospital tenga una *política*, procedimiento u otro tipo de documento escrito para procesos específicos. Esos estándares están indicados con un icono © tras el texto del estándar. Todas las políticas, procedimientos y programas escritos se puntuarán conjuntamente en MOI.8 y MOI.8.1.
- Más ejemplos añadidos a la intención de muchos estándares para ilustrar mejor las expectativas de cumplimiento. Para hacer los ejemplos más patentes para el usuario, el término **por ejemplo** se imprime en negrita.
- Definiciones de términos clave utilizados a través del manual se han creado o actualizado, y el texto que incluye dichos términos se ha reevaluado y revisado para garantizar que la terminología es correcta y clara. Muchos términos se definen en las intenciones; busca por estos términos clave en cursiva (**por ejemplo, equipo directivo**). Todos los términos clave vienen definidos en el glosario al final de esta edición.
- Panorámica general de los capítulos y listados de los estándares han vuelto a esta edición y

se presentan al principio de cada capítulo.

¿Con qué frecuencia se actualizan los estándares?

La información y experiencia relacionada con estos estándares se recopilará de forma permanente. Si un estándar ya no refleja la práctica asistencial vigente, la tecnología normalmente disponible, las prácticas de gestión de calidad y demás, será revisado o eliminado. Lo habitual es que los estándares se revisen y publiquen aproximadamente cada tres años.

¿Qué significa la fecha “de entrada en vigor” en la portada de esta 6ª edición del manual de los estándares?

La fecha “de entrada en vigor” que se encuentra en la portada significa una de dos cosas:

1. Para los hospitales ya acreditados bajo la 5ª edición de los estándares, esta es la fecha en la que se deben encontrar en pleno cumplimiento de los estándares de la 6ª edición. Los estándares se publican al menos seis meses antes de la fecha de entrada en vigor para que las organizaciones tengan tiempo de estar en pleno cumplimiento con los estándares revisados en el momento en que estén en vigencia.
2. Para los hospitales que desean acreditarse por primera vez, la fecha de entrada en vigor indica la fecha a partir de la cual todas las evaluaciones y *decisiones de acreditación* estarán basadas en los estándares de la 6ª edición. Cualquier evaluación y decisión de acreditación realizada antes de la fecha de entrada en vigor estará basada en los estándares de la 5ª edición.



Requisitos generales de elegibilidad

Cualquier hospital puede solicitar la acreditación de Joint Commission International (JCI) si cumple con todos los criterios siguientes:

- El hospital está ubicado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El hospital está actualmente funcionando como un proveedor de atención sanitaria en el país, está autorizado para proporcionar atención y tratamiento como hospital (cuando sea necesario) y, como mínimo, realiza lo siguiente:
 - Presta un rango completo de servicios clínicos de *atención aguda* -diagnóstico, curativo y de rehabilitación.
 - En el caso de un hospital monográfico (de especialidad), proporciona un conjunto de servicios definidos, como por ejemplo de pediatría, oftalmología, odontología y de psiquiatría, entre otros.
 - Para todo tipo de hospitales, presta servicios que están disponibles los 365 días del año; garantiza que todos los servicios directos de atención al paciente funcionen 24 horas al día, 7 días a la semana; y proporciona servicios complementarios y de apoyo esenciales según se necesiten para necesidades de los pacientes que surjan, urgentes y/o de emergencia 24 horas al día, 7 días a la semana (tales como pruebas de diagnóstico, laboratorio y quirófano, según el tipo de hospital de atención aguda).
- El hospital provee servicios abordados en la edición actual de los estándares de acreditación para hospitales de JCI.
- El hospital asume, o está dispuesto a asumir la responsabilidad de mejorar la calidad de su atención y servicios.
- El hospital está abierto y *completamente operativo*, y el volumen de pacientes que ingresan y que reciben el alta permite la evaluación completa de la implementación y el cumplimiento sostenido de todos los estándares de acreditación para hospitales de JCI actualmente en vigor.
- El hospital cumple con las condiciones descritas en la actual sección APR.

Los hospitales docentes solicitantes debe cumplir con cada uno de los criterios mencionados arriba además de los tres criterios siguientes:

1. El hospital solicitante está integrado de manera organizativa o administrativa con una facultad de medicina.
2. El hospital solicitante es la sede principal para la educación tanto de los *estudiantes de medicina* (estudiantes de grado) como de los posgraduados que se están formando en una especialidad médica (*residentes*), de la facultad de medicina citada en el punto 1.
3. En el momento de la solicitud, el hospital solicitante se encuentra realizando *investigación médica* con la aprobación y supervisión de una junta de revisión institucional o un comité de ética de la investigación.

Definiciones

Estar completamente operativo

- El hospital identifica con exactitud lo siguiente en su solicitud electrónica (E-App) en el momento de la solicitud:

- Todos los servicios clínicos que se proporcionan actualmente para pacientes hospitalizados y ambulatorios. (Aquellos servicios clínicos que están planificados, pero comenzarán más tarde, por lo tanto, no están identificados en la solicitud electrónica, requieren una evaluación de ampliación distinta para evaluar dichos servicios).
- Las estadísticas de utilización de los servicios clínicos que muestran niveles consistentes de actividad y los tipos de servicios proporcionados durante al menos cuatro meses o más antes de la presentación de la solicitud electrónica.
- Todos los servicios clínicos, unidades y departamentos para pacientes hospitalizados y ambulatorios identificados en la solicitud electrónica se encuentran disponibles para una evaluación completa frente a todos los estándares para hospitales relevantes de JCI en vigor, congruentes con el proceso de evaluación normal de JCI para el tamaño y tipo de organización (consulte, por ejemplo, la actual edición de la guía del proceso de evaluación de hospitales de JCI), tales como
 - actividades de trazadores de pacientes, que incluyen *trazadores del sistema* y de pacientes individuales,
 - revisión de historias clínicas abiertas y cerradas,
 - observación directa de los procesos de atención de los pacientes,
 - entrevistas a pacientes, y
 - entrevistas con estudiantes/residentes.

Contacte con JCI Accreditation antes de presentar una solicitud electrónica para contrastar los criterios y confirmar si el hospital cumple con los criterios anteriores para “estar completamente operativo” al menos cuatro meses antes de la presentación de su solicitud electrónica para su evaluación inicial. JCI podría solicitar documentación de las estadísticas de utilización del hospital antes de aceptar la solicitud electrónica o de realizar una evaluación in situ. Además, JCI no comenzará una evaluación in situ, podría interrumpir una evaluación in situ o cancelar una evaluación programada si determina que el hospital no se encuentra “totalmente operativo”.

Sede principal

Sede principal significa que el hospital proporciona la mayoría de los programas de especialidades médicas para posgraduados médicos (**por ejemplo**, residentes o internos) y no solo una especialidad, como en un hospital monográfico (**por ejemplo**, un hospital oftalmológico, dental u ortopédico).

Investigación médica

La investigación médica que se realiza en el hospital docente representa diversas áreas o especialidades médicas dentro de la institución e incluye investigación básica, clínica y de servicios de salud. Dicha investigación puede incluir ensayos clínicos, intervenciones terapéuticas, desarrollo de nuevas tecnologías médicas, e investigación de resultados, entre otras. Los hospitales que realizan primordialmente investigación sin sujetos humanos y/o investigación exenta de revisión por una junta de revisión institucional o comité de ética de la investigación, como por ejemplo estudios de revisión de historias clínicas, estudios de caso, e investigación que utiliza datos/especímenes sin información individual identificable, no cumplen el criterio 3 de los hospitales docentes.

Nota: Si a su razonable discreción, JCI determina que el hospital solicitante no cumple con los criterios de elegibilidad publicados para el programa de acreditación de hospitales docentes, JCI no aceptará la solicitud o no procesará la misma para la acreditación del hospital y notificará al mismo su decisión.



Resumen de los cambios en el manual

La tabla siguiente resume los cambios clave de los estándares en la 6ª edición de los *Estándares de acreditación de hospitales de la Joint Commission International*. Algunos de los estándares que aparecen en la tabla presentan cambios en los requisitos (comparados con sus versiones de la 5ª edición), algunos estándares son nuevos y muchos estándares no tienen nuevos requisitos pero se han revisado con el objetivo de clarificar expectativas, combinar requisitos similares y/o proporcionar ejemplos adicionales en las intenciones.

La tabla incluye el número actual del estándar en la 6ª edición además de su número de la 5ª edición. En algunos casos, el número ha cambiado (**por ejemplo**, se puede haber movido el estándar a una nueva ubicación en la 6ª edición o se han combinado dos estándares en uno). Además se incluye una descripción de los cambios, y si el estándar tiene nuevos elementos medibles o es un estándar nuevo, aparece una marca de verificación en una de las dos últimas columnas.

Los cambios de esta 6ª edición de los estándares de hospitales fueron influidos y orientados por varias fuentes, incluyendo

- sugerencias de las organizaciones acreditadas por JCI, evaluadores y consultores de JCI, y el *JCI Standards Advisory Panel* para las cuestiones de seguridad del paciente y calidad de la atención que no eran abordadas en la 5ª edición;
- comunicación con las organizaciones acreditadas por JCI, evaluadores y consultores de JCI, y personal de JCI en lo relativo a la necesidad de clarificación de los requisitos y expectativas para estándares específicos; y
- la evolución de las prácticas asistenciales y el entorno cambiante de la atención sanitaria.

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|--|----------------|----------|
| IPSG.1 | IPSG.1 | <ul style="list-style-type: none">• Añade texto a la intención para clarificar que los dos identificadores usados en los servicios ambulatorios pueden ser distintos de los usados con los pacientes ingresados• Combina los requisitos de EM 2 y EM 3 de la 5ª edición en EM 2 (6ª edición)• Cambia EM 3 para identificar claramente el requisito a los hospitales para garantizar la identificación correcta de pacientes en circunstancias especiales | | |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|--|----------------|----------|
| IPSG.2 a IPSG.2.2 | IPSG.2 a IPSG.2.2 | <ul style="list-style-type: none"> Clarifica en IPSG.2.2, EM 2 que formularios, herramientas o métodos estandarizados se utilizan para apoyar el proceso de transferencia Añade texto a IPSG.2.2 EM 3 para especificar que los datos de <i>eventos adversos</i> se monitorizan y utilizan para identificar mejoras en las comunicaciones de transferencia | | |
| IPSG.3 y IPSG.3.1 | IPSG.3 y IPSG.3.1 | <ul style="list-style-type: none"> Revisa el lenguaje en la intención para clarificar la definición de medicamento de alto riesgo Revisa los EM en IPSG.3 para separar los requisitos de los medicamentos de alto riesgo de los de isoapariencia o nombre similar, a fin de clarificar | | |
| IPSG.4 y IPSG.4.1 | IPSG.4 y IPSG.4.1 | <ul style="list-style-type: none"> En IPSG.4 se mueve EM 3 (5ª ed) a EM 1 y se añade <i>hemoderivados y dispositivos implantables</i> como ítems a verificar durante el proceso de verificación preoperatoria Clarifica el requisito de IPSG.4.1 EM 1 de que la realización de la pausa prequirúrgica se debe registrar e incluye una referencia cruzada a MOI.11.1 además de texto en la intención para clarificar la expectativa de que el registro incluya la fecha y la hora Introduce un nuevo requisito en IPSG.4.1 EM 2 para un proceso de verificación postquirúrgica después de los procedimientos quirúrgicos o invasivos Mueve los requisitos de IPSG.4.1 EM 2 (5ª ed) a un listado con letras a) a c) en la intención, que son los componentes del proceso de pausa prequirúrgica y que ahora se piden en IPSG.4.1 EM 1 Revisa la intención y proporciona ejemplos adicionales para mayor claridad; añade texto a la intención declarando que una "X" no es una marca ideal para el sitio quirúrgico/invasivo | | ✓ |
| IPSG.6 y IPSG.6.1 | IPSG.6 | <ul style="list-style-type: none"> Separa IPSG (5ª ed) en dos estándares (IPSG.6 y IPSG.6.1) para abordar por | ✓ | |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|----------|
| | | <p>separado a pacientes ingresados y ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a IPSPG.6 EM 1 para aclarar que las herramientas/métodos de evaluación del riesgo de caídas deben ser apropiados para los pacientes que se aplican • Añade a IPSPG.6 EM 3 el requisito de que se registren las intervenciones de riesgo de caídas • Mueve el requisito de evaluar el riesgo de caídas de los pacientes ambulatorios de IPSPG.6 EM 1 (5ª ed) a IPSPG.6.1 EM 1 y modifica el lenguaje para exigir el cribado de los pacientes ambulatorios por riesgo de caídas; añade texto para aclarar que las herramientas/métodos deben ser apropiados para los pacientes que se aplican • Elimina el requisito de evaluación y reevaluación continua de pacientes ambulatorios de IPSPG.6 EM 2 (5ª ed) • Mueve el requisito de implementar intervenciones para pacientes ambulatorios en riesgo de caídas desde IPSPG.6 EM 2 (5ª ed) a IPSPG.6.1 EM 2 y modifica el requisito para que las intervenciones se implementen basándose en los resultados del cribado; añade requisito de que el cribado y las intervenciones se registren • Revisa la intención y proporciona más ejemplos para clarificar | | |
| ACC.1 | ACC.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevo EM 3 que requiere que el hospital aborde las necesidades de transferencia, derivación o ayuda para obtener otras fuentes de atención cuando la misión y los recursos del hospital no cubren las necesidades del paciente; reenumera los EM en consecuencia | | ✓ |
| ACC.1.1 | ACC.1.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevo EM1 y texto a la intención sobre la necesidad de incluir la detección temprana de signos y síntomas de enfermedades transmisibles en el proceso de triaje • Clarifica que se utiliza un proceso de triaje reconocido en los escenarios de atención ambulatoria | | ✓ |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|--|----------------|----------|
| | | urgente/inmediata además de en el servicio de urgencias | | |
| ACC.2.2 | ACC.2.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade EM1 y texto al estándar y la intención sobre la necesidad de educar y orientar al paciente y la familia sobre la planta de hospitalización cuando el paciente ingresa | | ✓ |
| ACC.2.2.1 | ACC.2.2.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade un icono de política al estándar • Revisa el lenguaje en la intención para clarificar los requisitos • Elimina EM3 (5ª ed), pues el requisito queda cubierto en EM2 (6ª ed) • Separa el requisito de establecer un tiempo límite para los pacientes a la espera de camas de hospitalización en EM3 (6ª ed), que era antes parte de EM2(5ª ed) | | |
| ACC.2.3 y ACC.2.3.1 | ACC.2.3 y ACC.2.3.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en estándar, intención y EM para clarificar | | |
| ACC.4 | ACC.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Mueve requisitos de ACC.6 EM1 y 2 (5ª ed) a ACC.4 EM5 y 6 (6ª ed) • Añade texto a la intención desde ACC.6 (5ª ed) para clarificar las expectativas • Revisa el lenguaje en EM 3 para clarificar el requisito | | |
| ACC.4.3.1 | ACC.4.3.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevo EM 1 y renumera en consecuencia • Añade lenguaje a EM 2 para clarificar el requisito | | ✓ |
| ACC.4.4 | ACC.4.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en la intención y en los EM 2 y 3 para clarificar | | |
| ACC.6 | ACC.6 | <ul style="list-style-type: none"> • Mueve los requisitos de EM 1 y 2 (5ª ed) a ACC.4 EM 5 y 6 (6ª ed) • Añade nuevo EM3 que requiere que el personal que proporciona cuidados durante el transporte tenga cualificación de acuerdo con el tipo de paciente • Renumeración EM en consecuencia | | ✓ |
| PFR.1.1 | PFR.1.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade lenguaje a EM 1 para clarificar | | |
| PFR.1.2 | PFR.1.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevo EM 1 y texto al estándar y a la intención sobre prestar atención | | ✓ |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|--|----------------|----------|
| | | respetuosa y considerada con la dignidad y la autoestima: renumera EM | | |
| PFR.2 | PFR. 2 y PFR.2.1 | <ul style="list-style-type: none"> Combina PFR.2 y PFR.2.1 (5ª ed) por estar relacionados los requisitos | | |
| PFR.2.1 | PFR.2.2 | <ul style="list-style-type: none"> Renumerar PFR.2.2 (5ª ed) | | |
| PFR.2.2 | PFR.2.3 | <ul style="list-style-type: none"> Renumerar PFR.2.3 (5ª ed); no hay PFR.2.3 en la 6ª ed | | |
| PFR.4 | PFR.4 | <ul style="list-style-type: none"> Añade EM 1 para reflejar el mismo lenguaje que el estándar y clarificar expectativas; se renumeran EM Combina los requisitos de EM3 (5ª ed) con EM2 (6ª ed) | | ✓ |
| PFR.5 | PFR.5 | <ul style="list-style-type: none"> Añade texto a la intención y EM3 y añade un nuevo EM4 sobre información que debe comunicarse se use o no un consentimiento general | | ✓ |
| PFR.5.1 | PFR.5.1 | <ul style="list-style-type: none"> Combina requisitos de EM2 (5ª) con EM1 (6ª) Añade nuevo EM2 sobre informar a los pacientes sobre el procedimiento de CI Mueve EM6 desde PFR.5.2 (5ª) a ME6 de PFR.5.1 (6ª) | | ✓ |
| PFR.5.2 | PFR.5.2 | <ul style="list-style-type: none"> Mueve EM6 desde PFR.5.2 (5ª) a ME6 de PFR.5.1 (6ª) | | |
| PFR.5.3 | PFR.5.3 | <ul style="list-style-type: none"> Añade lenguaje al estándar, intención y EM para clarificar cuando los pacientes son informados de los elementos de la intención en relación con un tratamiento o procedimiento propuesto Añade nuevo EM1 (6ª) para clarificar que los pacientes son informados de los elementos de la intención cuando se requiere CI para el tratamiento o procedimiento propuesto Renumerar EM | | ✓ |
| AOP.1 | AOP.1 | <ul style="list-style-type: none"> Añade texto a la intención para aclarar que se realiza una evaluación completa cuando un paciente se registra o ingresa en el hospital bien <i>en persona o por medios virtuales</i> | | |
| AOP.1.1 | AOP.1.1 | <ul style="list-style-type: none"> Añade nuevo EM4 para aclarar el requisito de que los pacientes reciben | | ✓ |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|----------|
| | | <p>una evaluación inicial espiritual/cultural según corresponda</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renumerar los EM | | |
| AOP.1.2.1 | AOP.1.2.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Clarifica en EM3 la necesidad de <i>al menos</i> una breve nota y diagnóstico preoperatorio en pacientes de emergencia que necesitan cirugía urgente | | |
| AOP.1.3 | AOP.1.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención y a EM3 para clarificar expectativas sobre la historia y los exámenes físicos que tienen menos o más de 30 días | | |
| AOP.1.3.1 | AOP.1.3.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade <i>médica</i> a <i>evaluación</i> para aclarar que el estándar se refiere a la <i>evaluación preoperatoria médica</i> • Revisa el lenguaje del estándar, intención y EM2 para clarificar que las necesidades sociales, económicas y alta forman parte de la evaluación y elimina el requisito de evaluar necesidades espirituales/culturales | | |
| AOP.1.4 | AOP.1.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención y a EM1 y 2 para aclarar que los criterios de cribado se implementan de manera consistente en todo el hospital donde se necesitan | | |
| AOP.1.5 | AOP.1.5 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a EM1 para aclarar | | |
| AOP.1.6 | AOP.1.6 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en estándar e intención para aclarar • Añade nuevo EM4 para aclarar que se realizan evaluaciones individualizadas médicas y de enfermería y se registran | | ✓ |
| AOP.1.7 | AOP.1.7 | <ul style="list-style-type: none"> • Cambia el listado de requisitos con letras de la intención a puntos y divide el listado en 1) síntomas, condiciones y necesidades de atención sanitaria y 2) necesidades espirituales, psicosociales y de servicios de apoyo • Modifica EM1 y requiere evaluación y reevaluación de síntomas, condiciones y necesidades de atención sanitaria de los pacientes al final de la vida • Añade EM2 para abordar la evaluación y reevaluación de las necesidades espirituales, psicosociales y de servicios de apoyo de los pacientes al final de la vida y de sus familias, según | | ✓ |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|----------|
| | | corresponda, y de acuerdo con sus necesidades y preferencias culturales | | |
| AOP.1.8 | AOP.1.8 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade icono de política al estándar • Reestructura los EM combinando 1 y 2 (5ª ed) en EM1 (6ª) • Mueve EM3 (5ª) a EM2 (6ª) • Añade EM3 para aclarar los requisitos | | ✓ |
| AOP.5.1.1 | Nuevo estándar | <ul style="list-style-type: none"> • Mueve el requisito de supervisión de las pruebas a pie de cama (POCT) desde AOP.5.1 (5ª ed) a este nuevo estándar; especifica la supervisión del programa en EM1 • Incluye requisitos de cualificación, formación y competencia del personal en EM2 • Incluye requisitos de comunicar resultados anormales en EM3 • Incluye requisitos de control de calidad en EM4 • Incluye requisito de incluir POCT en las actividades de mejora de la calidad en EM5 | ✓ | |
| AOP.5.3.1 | AOP.5.3.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto al estándar y la intención para clarificar requisitos sobre infecciones globales | | |
| AOP.5.6 | AOP.5.6 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa lenguaje en estándar, intención y EM 2 y 4 para aclarar requisitos | | |
| AOP.5.7 | AOP.5.7 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevo EM5 para reflejar lo que dice el estándar sobre eliminación de especímenes; renumera EM | | ✓ |
| AOP.5.11 | AOP.5.11 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade icono de política al estándar • Añade <i>cribado de sangre</i> a la lista con letras de la intención y de EM2 | | |
| AOP.6 | AOP.6 | Revisa lenguaje en EM para aclarar requisitos | | |
| AOP.6.3 | AOP.6.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención para aclarar la necesidad del uso seguro del diagnóstico por imagen • Añade texto a EM1 para requerir un programa de seguridad radiológica integral que incluya tanto a pacientes como a personal | | ✓ |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|--|----------------|----------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevo EM2 que requiere educación sobre dosificación correcta en los servicios de imagen • Añade nuevo EM3 que requiere la adopción e implementación de protocolos que aborden la dosificación máxima para cada tipo de estudio • Mueve EM2 (5ª) a EM6 (6ª) • Renumerar los EM | | ✓ |
| AOP.6.6 | AOP.6.6 | <ul style="list-style-type: none"> • Combina EM1 y 2 (5ª) en EM1 (6ª) y renumera los EM • Revisa lenguaje en estándar, intención y EM para aclarar | | |
| AOP.6.7 | AOP.6.7 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa lenguaje en estándar, intención y EM4 para aclarar | | |
| AOP.6.8 | AOP.6.8 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto en estándar, intención y EM para aclarar que las fuentes externas de servicios de diagnóstico son contratadas | | |
| COP.2.1 | COP.2.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa lenguaje en intención y EM6 para aclarar que el plan de atención es evidente en la HC a través del registro de los profesionales clínicos | | |
| COP.2.2 | COP.2.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención para aclarar los requisitos para el uso seguro de órdenes por mensajes de texto, si se usan en el hospital • Añade texto a EM1 para requerir un proceso sobre cómo pueden recibirse las órdenes • Añade nuevo EM5 identificando los requisitos para los hospitales que permiten órdenes en mensaje de texto • Añade nuevo EM6 que exige a los hospitales que permiten órdenes en mensaje de texto que recojan datos y monitoricen los proceso de comunicación para la clarificación de órdenes por SMS • Renumerar EM | | ✓ ✓ |
| COP.2.3 | COP.2.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa lenguaje en estándar, y EM1 para aclarar | | |
| COP.4 | COP.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Reorganiza y añade texto a la intención para aclarar | | ✓ |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|----------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevo EM6 para clarificar requisito | | |
| COP.7 | COP.7 y COP.7.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Combina COP.7 y COP.7.1 (5ª ed), pues los requisitos estaban interrelacionados | | |
| COP.8.1 | COP.8.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevo EM1 que requiere infraestructura para el programa de trasplante • Revisa lenguaje en EM2 para aclarar | | ✓ |
| COP.8.2 | COP.8.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa lenguaje en la intención y EM3 para aclarar | | |
| COP.8.4 | COP.8.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa lenguaje en EM1 para aclarar • Añade nuevo EM2 relacionado con el registro de la idoneidad psicológica y social; renumera EM | | ✓ |
| COP.8.5 | COP.8.5 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa lenguaje en EM4 y 5 para aclarar | | |
| COP.8.6 | COP.8.6 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto al estándar y EM1, 3 y 4 para clarificar los requisitos de documentación | | |
| COP.8.7 | COP.8.7 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención y EM 4 relacionado con la evaluación psicológica para clarificar los requisitos | | |
| COP.9 | COP.9 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto al estándar para clarificar las expectativas • Añade nuevo EM1 sobre el cumplimiento de la legislación; renumera EM | | ✓ |
| COP.9.2 | COP.9.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade lenguaje en EM5 para aclarar | | |
| ASC.1 | ASC.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa lenguaje en la intención y EM1 y 5 para aclarar | | |
| ASC.3 | ASC.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa lenguaje en la intención y EM3 y 4 para aclarar requisitos • Añade en la intención una definición de sedación en procedimientos | | |
| ASC.3.1 | ASC.3.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Incluye ejemplos en la intención sobre el tipo de personas que podrían realizar la monitorización continua del paciente durante la sedación en procedimientos siempre que estén cualificados y sean competentes en los elementos que aparecen en el listado de la intención | | |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|---|
| ASC.5.1 | ASC.5.1 | <ul style="list-style-type: none"> Revisa lenguaje en el estándar y EM2 para aclarar | | |
| ASC.7.2 | ASC.7.2 | <ul style="list-style-type: none"> Elimina la letra g) (5ª ed) de la intención, pues el requisito está cubierto en ASC.7.4 (6ª) | | |
| ASC.7.4 | ASC.7.4 | <ul style="list-style-type: none"> Añade nueva letra e) a la intención sobre la comunicación de fallos en los dispositivos implantables a las agencias reguladoras Añade nuevo EM3, antes letra g) (5ª ed) de la intención, que requiere un proceso de trazabilidad de los dispositivos implantables Añade nuevo EM4, que requiere un proceso para el seguimiento de los pacientes en el caso de retirada de dispositivos por el fabricantes Elimina el requisito de incluir los dispositivos implantables en las prioridades de monitorización del servicio (ME3, 5ª ed), debido a las actuales exigencias de trazabilidad y seguimiento Revisa completamente la intención, incluyendo ejemplos y definiendo <i>dispositivos médicos implantables</i> | | <p style="text-align: center;">✓</p> <p style="text-align: center;">✓</p> |
| MMU.1 | MMU.1 | <ul style="list-style-type: none"> Reorganiza y añade texto a la intención para aclarar Revisa EM1 y 4 para aclarar | | |
| MMU.1.1 | Nuevo estándar | <ul style="list-style-type: none"> Introduce un nuevo estándar que identifica que las organizaciones deben contar con un programa de optimización del uso de antibióticos Los EM1 a 5 incluyen requisitos de <ul style="list-style-type: none"> que todo el personal, el paciente y la familia participen en el programa que esté basado en la evidencia científica incluya el uso correcto de la profilaxis antibiótica supervisión del programa monitorización de la efectividad del programa | ✓ | |
| MMU.2.1 | MMU.2.1 | <ul style="list-style-type: none"> Revisa el lenguaje en la intención y EM 4 y 5 para aclarar | | |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|----------|
| MMU.3 | MMU.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto en la intención y EM 1 y 4 para aclarar que las ambulancias, cuando corresponda, se incluyen en los requisitos de almacenamiento seguro y correcto de los medicamentos | | |
| MMU.3.1 | MMU.3.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto en el estándar y la intención requiriendo etiquetado y control correctos de los medicamentos y productos nutricionales que requieren especial consideración • Proporciona ejemplos de productos incluidos en los requisitos • Añade texto a EM1 a 4 identificando los requisitos del proceso de correcto etiquetado y control | | |
| MMU.3.2 | MMU.3.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en el estándar, la intención y EM 2 para aclarar que los medicamentos de emergencia se almacenan de manera uniforme para facilitar el acceso rápido al medicamento correcto | | |
| MMU.3.3 | MMU.3.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención y a EM2 para clarificar los requisitos para medicamentos caducados y fuera de fecha | | |
| MMU.4 | MMU.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a EM 4 para aclarar | | |
| MMU.4.1 | MMU.4.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en la intención y EM 1 para aclarar los requisitos | | |
| MMU.5 | MMU.5 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en la intención y EM1 y 3 para aclarar | | |
| MMU.5.1 | MMU.5.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención y a EM2 para clarificar quien puede realizar una revisión de idoneidad • Añade nuevo EM4 y texto a la intención identificando los elementos cruciales de una revisión de idoneidad, cuándo puede hacerse una revisión de dichos elementos cruciales, y el periodo de tiempo para realizar después una revisión completa • Elimina EM3 (5ª ed), que requería un proceso para contactar con el prescriptor de un medicamento cuando surgían dudas; requisito cubierto en MMU.4.1, EM 2 | | ✓ |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|--|----------------|----------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Añade lenguaje a EM6 aclarando que tanto los materiales de referencia impresos como los programas informáticos para verificar los medicamentos deben estar actualizados y al día. | | |
| MMU.5.2 | MMU.5.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención aclarando qué se entiende por medicamentos dispensados en el formato más listo para administrar posible • Proporciona ejemplos de situaciones en las que este formato es crucial • Añade texto a EM1 identificando que la dispensación y la distribución cumplen la legislación • Añade texto a EM2 que aborda el uso del formato más listo para administrar que esté disponible • Añade un nuevo EM3 que requiere un sistema para apoyar la dispensación exacta y oportuna y requiere el registro de las prácticas de dispensación • Añade texto a EM4 (antes EM2, 5ª ed) que requiere el uso de dos identificadores del paciente para etiquetar los medicamentos que se preparan pero no se administran de inmediato | | ✓ |
| MMU.6.1 | MMU.6.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevo EM4 y renumera los EM | | ✓ |
| PFE.3 | PFE.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en el estándar para aclarar • Añade nuevo EM1 y renumera EM | | ✓ |
| QPS.5 | QPS.5 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención para aclarar | | |
| QPS.6 | QPS.6 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade un ejemplo a la intención para aclarar que una tercera parte independiente para la validación de datos puede ser una empresa externa contratada por el hospital | | |
| QPS.7 | QPS.7 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevo EM3 requiriendo que el ACR realizado por el hospital identifique los orígenes del evento que puedan conducir a mejoras y/o acciones para evitar el riesgo de recurrencia del evento centinela; renumera los EM | | ✓ |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|--|
| QPS.8 | QPS.8 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención para aclarar • Añade nuevo EM1 relativo al desarrollo e implementación de procesos para recogida y análisis de datos • Combina los requisitos de EM2 a 7 (5ª ed) en EM3 (6ª) • Añade nuevo EM4 relativo al uso de análisis para la mejora • Añade nuevo AM5 relativo a la comunicación de resultados al gobierno | | <p style="text-align: center;">✓</p> <p style="text-align: center;">✓</p> <p style="text-align: center;">✓</p> |
| QPS.9 | QPS.9 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención para aclarar que los cuasi incidentes no solo se producen en el caso de medicamentos | | |
| QPS.11 | QPS.11 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención que amplía el programa de gestión de riesgos para incluir cinco categorías de riesgos que pueden tener impacto en los hospitales y clarifica la necesidad de desarrollar un programa de gestión de riesgos. • Añade nuevo EM2 que requiere a los líderes que identifiquen y prioricen los riesgos potenciales; renumera EM | | ✓ |
| PCI.2 | PCI.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje de la intención y EM1 para aclarar • Añade nuevo EM3 que requiere que todas las áreas del hospital se incluyan en el programa de prevención y control de la infección • Mueve los requisitos de PCI.5.1 EM2 (5ª ed) a PCI.2 EM4 (6ª); elimina el estándar PCI.5.1 (5ª) porque los requisitos ya están cubiertos en PCI.2 (6ª) | | ✓ |
| PCI.3 | PCI.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje de la intención y EM2 para aclarar • Mueve el requisito de gestión de lencería y ropa de cama desde PCI.7.1 (5ª ed) a EM3 (6ª) para un mejor ajuste | | |
| PCI.5 | PCI.5 y PCI.7 | <ul style="list-style-type: none"> • Combina PCI.5 y PCI.7 (5ª ed) en PCI.5 (6ª) para racionalizar y clarificar los requisitos | | |
| PCI.7 | PCI.7.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevos requisitos al estándar y EM relativos a la desinfección y | | |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|--|----------------|----------------------------|
| | | <p>correcto almacenaje del equipamiento médico y quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Añade nuevo EM2 sobre el uso de guías de práctica profesional relativas a la desinfección de alto y bajo nivel • Añade nuevo EM3 que requiere que el personal reciba orientación, capacitación y se competente • Mueve el requisito de gestionar los suministros caducados desde PCI.7.1.1 (5ª) a EM6 para un mejor ajuste • Añade texto a la intención definiendo los términos limpieza, desinfección y esterilización y añade ejemplos específicos • Añade nuevo EM5 sobre almacenaje correcto | | <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> |
| PCI.7.1 | PCI.7.1.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Renombra el estándar PCI.7.1.1 (5ª ed) a PCI.7.1; no hay PCI.7.1.1 en la 6ª ed • Revisa estándar, intención y EM para clarificar los requisitos | | |
| PCI.7.4 | PCI.7.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención para aclarar | | |
| PCI.8 y PCI.8.1 | PCI.8 y PCI.8.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Separa PCI.8, EM3 (5ª ed) en PCI.8, EM3 y 4 (6ª ed); revisa el lenguaje de PCI.8, EM4 (6ª ed) para aclarar • Mueve PCI.8, EM4 (5ª ed) a PCI.8, EM5 (6ª ed) • Renombra los EM • Revisa el lenguaje en la intención para aclarar | | |
| PCI.8.2 | Nuevo estándar | <ul style="list-style-type: none"> • Introduce un nuevo estándar relativo a la respuesta de los hospitales ante la presentación de enfermedades transmisibles globales • Identifica en la intención y requiere en EM1 que se incluyan cinco áreas en el programa • En EM2 requiere la necesidad de identificar los primeros puntos de contacto/entrada y dirigir la educación a esas áreas • Identifica en EM3 el requisito de probar el programa anualmente (mueve la parte sobre epidemias desde la intención y EM1 de FMS.6 de la 5ª ed) | ✓ | |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|--|----------------|----------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Requiere sesiones de análisis y seguimiento de las pruebas en EM4 y 5 | | |
| PCI.9 | PCI.9 | <ul style="list-style-type: none"> Añade texto a la intención y EM2 y 4 relativo al uso correcto de los equipos de protección personal y al manejo de jabón líquido | | |
| PCI.11 | PCI.11 | <ul style="list-style-type: none"> Revisa el lenguaje en la intención y EM para clarificar los requisitos Combina el contenido de EM para racionalizar los requisitos, reduciendo el número de cinco (5ª ed) a cuatro (6ª); cambia el orden de los EM por claridad | | |
| GLD.1 | GLD.1 | <ul style="list-style-type: none"> Revisa EM2 para ajustar el lenguaje con el del estándar Elimina EM3 (5ª ed), que requería la descripción y los criterios de evaluación de la entidad de gobierno Mueve EM5 (5ª) a EM3 (6ª) Añade texto a la intención para clarificar cómo actuar cuando la entidad de gobierno no responde a las comunicaciones del hospital sobre el programa de calidad y seguridad Revisa el lenguaje del estándar, intención y EM por consistencia en el uso del término <i>entidad de gobierno</i> para referirse al gobierno del hospital | | |
| GLD.1.1 | GLD.1.1 | <ul style="list-style-type: none"> Añade texto a EM 5 sobre la documentación de la evaluación del director ejecutivo Revisa el lenguaje del estándar, intención y EM por consistencia en el uso del término <i>entidad de gobierno</i> para referirse al gobierno del hospital | | |
| GLD.1.2 | GLD.1.2 | <ul style="list-style-type: none"> Añade texto a la intención para clarificar cómo actuar cuando la entidad de gobierno no responde a las comunicaciones del hospital sobre el programa de calidad y seguridad Revisa el lenguaje del estándar, intención y EM por consistencia en el uso del término <i>entidad de gobierno</i> para referirse al gobierno del hospital | | |
| GLD.4.1 | GLD.4.1 | <ul style="list-style-type: none"> Revisa el lenguaje de la intención y EM1 y 2 para dar consistencia a cuándo | | |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|----------|
| | | hay que informar a la entidad de gobierno, que es <i>al menos trimestralmente</i> | | |
| GLD.5 | GLD.5 | <ul style="list-style-type: none"> Revisa el lenguaje del estándar, intención y EM para clarificar que el director ejecutivo y el equipo directivo son responsables de los requisitos del estándar | | |
| GLD.6.2 | GLD.6.2 | <ul style="list-style-type: none"> Añade texto al estándar, la intención y los EM2 y 3 para aclarar el tema de privilegios Añade nuevo EM4 que requiere que el personal que acompañe a profesionales independientes que tenga sus credenciales verificadas en la fuente que las emitió según los estándares SQE; renumera EM | | ✓ |
| GLD.7 | GLD.7 | <ul style="list-style-type: none"> Añade nuevo texto a la intención clarificando que el equipo directivo es responsable de la supervisión de las tecnologías de la información Elimina EM1 (5ª ed) porque duplicaba EM2 (5ª); mueve EM2 (5ª) a EM1 (6ª) Añade nuevo EM4 para la dirección, apoyo y supervisión de las tecnologías de la información por parte del equipo directivo Renumera los EM | | ✓ |
| GLD.7.1 | GLD.7.1 | <ul style="list-style-type: none"> Revisa el texto de EM1 que requiere que los hospitales delineen los eslabones de las cadenas de suministros de mayor riesgo Revisa el lenguaje en EM2 que requiere que los hospitales identifiquen puntos significativos de riesgo en los eslabones de las cadenas de suministro Elimina EM4 (5ª) que exigía a los hospitales la trazabilidad de suministros cruciales para evitar el desvío o la sustitución Añade nuevo EM4 que requiere un proceso de seguimiento retrospectivo de aquellos suministros inestables, contaminados, defectuosos o falsificados Añade nuevo EM5 que requiere notificar al fabricante/distribuidor cuando se identifican productos | | ✓ ✓ |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|----------|
| | | <p>inestables, contaminados, defectuosos o falsificados</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisa el estándar y la intención para aclarar y describe los suministros <i>en mayor riesgo</i> | | |
| GLD.11.1 | GLD.11.1 | <ul style="list-style-type: none"> Revisa el lenguaje en el estándar, intención y EM para aclarar cuándo son apropiadas las medidas para la revisión del desempeño del personal | | |
| GLD.15 | GLD.15 | <ul style="list-style-type: none"> Añade texto a la intención para aclarar el requisito de ingreso de los pacientes que participan en protocolos de investigación Añade nuevo EM5 relativo a los criterios de ingreso, cuando corresponda, de los pacientes que participan en protocolos de investigación | | ✓ |
| FMS.1 | FMS.1 | <ul style="list-style-type: none"> Añade nuevo texto al estándar y la intención que clarifica la necesidad de cumplir con los códigos de edificación y contra incendios además de la legislación y los requisitos de inspección Añade texto a EM1 y 2 para incluir en los requisitos los códigos de edificación y contra incendios | | |
| FMS.4.2.1 | Nuevo estándar | <ul style="list-style-type: none"> Introduce un nuevo estándar identificando la necesidad de una evaluación de riesgos pre-construcción (complementaria pero diferente de PCI.7.5 -una evaluación de control del riesgo de infección) Identifica los requisitos de la evaluación como a) hasta h) en la intención y EM1 Exige al hospital emprender acciones basándose en la evaluación en EM2 Exige que el hospital garantice el cumplimiento del contratista en EM3 | ✓ | |
| FMS.5 y FMS.5.1 | FMS.5 y FMS.5.1 | <ul style="list-style-type: none"> Revisa el lenguaje del estándar de FMS.5 y de la intención, aclarando que el alcance del estándar es materiales y residuos peligrosos Revisa el lenguaje de FMS.5.1 EM4 para aclarar los requisitos de | | |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|--|----------------|------------|
| | | eliminación segura y correcta de materiales y residuos peligrosos | | |
| FMS.6 | FMS.6 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención y EM3 relativo a determinar la integridad estructural de los entornos asistenciales y cómo se comportarían ante un desastre | | |
| FMS.7 | FMS.7 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención y un requisito en EM2 relativo a la necesidad de una evaluación continua del cumplimiento con el código contra incendios • Añade texto a la intención para identificar los componentes mínimos de la evaluación de riesgo de incendio | | |
| FMS.9.2 y FMS.9.2.1 | FMS.9.2 y FMS.9.2.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención para incluir un ejemplo de una prueba aceptable de los generadores de emergencia | | |
| FMS.9.3 | FMS.9.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a EM1 requiriendo el análisis del agua potable y el registro de los análisis • Añade nuevo EM2 requiriendo el análisis del agua no potable al menos cada seis meses o más frecuentemente según la normativa local, las condiciones de la fuente de agua y problemas previos de calidad del agua; se registran los análisis • Añade texto a EM3 sobre tipos específicos de análisis y periodicidad para el análisis del agua utilizada en diálisis • Añade nuevo EM4 sobre implementación de medidas y monitorización de su efectividad, para prevenir la contaminación y el crecimiento de bacterias en el agua • Renumerar los EM | | ✓ ✓ |
| FMS.10 | FMS.10 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto al estándar, intención y EM1 para aclarar la necesidad de incluir el programa de seguridad en la recolección y análisis de datos | | |
| FMS.11 hasta FMS.11.2 | FMS.11 hasta FMS.11.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Elimina el requisito de FMS.11 EM2 (5ª ed) de formar a los visitantes sobre el programa de seguridad contra incendios | | |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|--|----------------|---|
| SQE.3 | SQE.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a EM 2 para aclarar que el nuevo personal clínico puede evaluarse antes o en el momento de comenzar sus responsabilidades laborales | | |
| SQE.4 | SQE.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a EM 2 para aclarar que el nuevo personal no clínico puede evaluarse antes o en el momento de comenzar sus responsabilidades laborales | | |
| SQE.5 | SQE.5 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención y EM para aclarar los contenidos requeridos del expediente de personal • Añade el requisito en EM1 de que los expedientes personales sean confidenciales • Combina EM4 y EM2 de la 5ª ed como EM2 (6ª ed) • Añade nuevo EM4 que exige registrar la orientación además de la formación en el puesto de trabajo de EM6 (5ª ed) • Añade nuevo EM6 que requiere documentar la información sobre salud | | <p style="text-align: center;">✓</p> <p style="text-align: center;">✓</p> |
| SQE.8.2 | SQE.8.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Introduce un cambio en el estándar que aborda la salud física y mental del personal y condiciones laborales seguras • El programa de salud y seguridad en el trabajo incluye nuevos requisitos (en la intención y EM2) relativos a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reconocimiento médico inicial ○ Control de exposiciones perjudiciales ○ Educación, capacitación e intervenciones para la manipulación segura de los pacientes ○ Educación, capacitación e intervenciones para el personal que puede ser segunda víctima de eventos adversos o centinela ○ Tratamiento para afecciones comunes relacionadas con el trabajo | | ✓ |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|----------|
| SQE.8.2.1 | Nuevo estándar | <ul style="list-style-type: none"> • Crea un nuevo estándar para abordar la vacunación del personal y el desarrollo de estrategias para minimizar la exposición de los pacientes a infecciones relacionadas con la atención sanitaria, anteriormente un requisito de SQE.8.2, EM2 (5ª) • Introduce el concepto de que el hospital es responsable de identificar estrategias que reduzcan el riesgo de exposición de los pacientes a enfermedades infecciosas del personal no vacunado | ✓ | |
| SQE.9 a SQE.9.2 | SQE.9 a SQE.9.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención y EM2 de SQE.9.2 para aclarar los requisitos sobre los médicos cuya verificación de la fuente primaria se retrasa | | |
| SQE.11 | SQE.11 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en la intención a efectos de clarificación | | |
| SQE.13 | SQE.13 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en la intención y EM1, 2 y 3 para clarificar los requisitos de verificación en fuente primaria | | |
| SQE.15 | SQE.15 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en la intención y EM1, 2 y 3 para clarificar los requisitos de verificación en fuente primaria | | |
| MOI.2 | MOI.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención para aclarar la necesidad de mantener la integridad de los datos durante las interrupciones planificadas o imprevistas • Añade texto a EM5 para aclarar que se emprenden acciones cuando se viola la confidencialidad, seguridad o integridad de los datos | | |
| MOI.4 | MOI.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Combina EM1 y 2 (5ª ed) en un EM1 revisado • Elimina EM3 (5ª), que requería usar definiciones estandarizadas • Revisa EM 2, 3 y 4 por claridad • Añade texto a EM3 para aclarar que cada abreviatura tenga un solo significado • Añade nuevo EM5 prohibiendo el uso de abreviaturas en los documentos de CI, instrucciones al alta, informes de alta, y otros documentos que reciben | | ✓ |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|----------|
| | | <p>los pacientes y familias sobre la atención del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combina requisitos de monitorización del uso uniforme de códigos, símbolos y definiciones en EM6 y aclara que se emprenden acciones de mejora cuando se necesiten • Añade texto y ejemplos al estándar y la intención | | |
| MOI.6 | MOI.7 | <ul style="list-style-type: none"> • Renumeración MOI.7 (5ª ed) | | |
| MOI.7 | MOI.8 | <ul style="list-style-type: none"> • Renumeración MOI.8 (5ª ed) | | |
| MOI.8 | MOI.9 | <ul style="list-style-type: none"> • Renumeración MOI.9 (5ª ed) • Revisa el lenguaje de la intención • Añade texto de la intención de MOI.9.1 (5ª) a MOI.8 (6ª) • Añade nuevo EM3 relativo a la trazabilidad de las nuevas o revisadas políticas y procedimientos; renumera EM | | ✓ |
| MOI.8.1 | MOI.9.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Mueve texto de la intención de MOI.9.1 (5ª ed) a MOI.8.1 (6ª ed) • Renumeración MOI.9.1 (5ª ed) | | |
| MOI.9 | MOI.10 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en el estándar, intención y EM • Renumeración MOI.10 (5ª ed) | | |
| MOI.9.1 | MOI.10.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Renumeración MOI.10.1 (5ª ed) | | |
| MOI.10 | MOI.10.1.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Renumeración MOI.10.1.1 (5ª ed) | | |
| MOI.11.1.1 | Nuevo estándar | <ul style="list-style-type: none"> • Introduce un nuevo estándar para abordar la práctica del copia-pegar en las organizaciones que utilizan historia clínica electrónica • EM1 requiere el uso correcto de copia-pegar • EM2 requiere educación y capacitación sobre copia-pegar • EM3 requiere monitorizar el cumplimiento con las directrices e implementar medidas correctivas • EM4 requiere un proceso para garantizar la exactitud de las historias clínicas electrónicas | ✓ | |
| MOI.12 | MOI.12 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el texto de la intención y EM1 para definir mejor el requisito de una | | |

| Número del estándar en la 6ª edición | Número anterior del estándar en la 5ª edición | Descripción de los cambios | Nuevo estándar | Nuevo EM |
|--------------------------------------|---|---|----------------|----------|
| | | muestra representativa de historias clínicas | | |
| MOI.13 | MOI.6 | <ul style="list-style-type: none"> • Renumeración MOI.6 (5ª ed) | | |
| MOI.14 | Nuevo estándar | <ul style="list-style-type: none"> • Introduce un nuevo estándar que requiere desarrollar, mantener y probar un programa de respuesta a interrupciones planificadas o imprevistas de los sistemas de datos • EM1 requiere probar el programa al menos anualmente • EM2 requiere que el hospital identifique el probable impacto de la interrupción • EM3 requiere el desarrollo de estrategias de continuidad • EM4 requiere tácticas de recuperación de datos y copia de seguridad continua • EM5 requiere la formación del personal ante interrupciones | ✓ | |
| MPE.4 | MPE.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención y a EM1 para aclarar los requisitos sobre supervisión | | |
| MPE.5 | MPE.5 | <ul style="list-style-type: none"> • Añade texto a la intención para aclarar que la documentación sobre la matrícula del estudiante puede ser limitada dependiendo del nivel de formación | | |
| MPE.7 | MPE.7 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en EM2 para aclarar el requisito de los médicos residentes que trabajan fuera de su programa de capacitación | | |
| HRP.2 | HRP.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en la intención para ajustarlo con los criterios de elegibilidad de los hospitales docentes en lo que respecta a la realización de investigación médica en la organización | | |
| HRP.4 | HRP.4 | <ul style="list-style-type: none"> • Revisa el lenguaje en EM4 que exige al liderazgo garantizar que se identifica la investigación exenta | | |

Sección I: Requisitos de participación en la acreditación



Requisitos de participación en la acreditación (APR)

Panorama general

Esta sección contiene los requisitos específicos para la participación en el proceso de acreditación de Joint Commission International (JCI) y para mantener una acreditación ya alcanzada.

Para un hospital que solicita la acreditación por primera vez, el cumplimiento con muchos de los APR se determina durante la evaluación inicial. Para los hospitales que ya cuentan con la acreditación, el cumplimiento con los APR se evalúa a lo largo del ciclo de acreditación, a través de evaluaciones in situ, el plan de mejora estratégica (SIP, *Strategic Improvement Plan*) y actualizaciones periódicas de los datos e información específicos de los hospitales.

Las organizaciones o bien cumplen o no cumplen con los APR. Cuando un hospital no cumple con determinados APR, se le podría pedir que presente un SIP, o el incumplimiento podría poner al hospital "en riesgo de denegación de la acreditación". Sin embargo, la negativa a permitir la realización de actividades de evaluación in situ podría causar la pérdida o la *denegación de la acreditación*. La manera de evaluar los requisitos y las consecuencias del incumplimiento se indican en cada APR.

Tenga en cuenta que los APR no se puntúan de la misma manera que los capítulos de los estándares, y su evaluación no influye directamente en el resultado de una *evaluación de acreditación*.

Para obtener la versión más actualizada de los requisitos de participación en la acreditación acceda a los APR en <http://www.jointcommissioninternational.org/hospital-accreditation-participation-requirements/>.

Requisito: APR.1

El hospital cumple con todos los requisitos de presentaciones puntuales de datos e información a Joint Commission International (JCI).

Lógica de APR.1

Existen muchos puntos en el proceso de acreditación en los cuales se solicitan datos e información. Algunos **ejemplos** incluyen la realización de la solicitud electrónica (E-App), actualizaciones anuales en E-App, presentación de un plan estratégico de mejora (SIP), cualquier modificación en el liderazgo ejecutivo del hospital tal como una modificación de propietarios, solicitudes de información de la Oficina de monitorización de la calidad y la seguridad (*Office of Quality and Safety Monitoring*), solicitudes del Programa de acreditación de JCI de verificación de informes realizados por una autoridad reguladora o de otro tipo, o una notificación puntual con la intención de apelar una decisión de acreditación. Las políticas y procedimientos de acreditación relevantes informan al hospital acerca de los datos y/o información requeridos y el período estimado para su presentación.

Evaluación de APR.1

La evaluación se lleva cabo durante el ciclo completo de la acreditación en relación con las

presentaciones solicitadas.

Consecuencias del incumplimiento con APR.1

Si el hospital no puede cumplir con los requisitos para la presentación puntual de datos e información ante JCI, el hospital será considerado “en riesgo de denegación de la acreditación” y puede que deba someterse a una evaluación focalizada. La incapacidad de resolver este problema de manera oportuna o en el momento de la evaluación focalizada puede resultar en la denegación de la acreditación. Estas consecuencias están relacionadas solo con el cumplimiento del requisito mismo y no con el contenido de las presentaciones del hospital ante JCI. **Por ejemplo**, si la información aportada en la solicitud electrónica de un hospital provoca una planificación inadecuada de la duración de la evaluación y resulta necesario realizar una evaluación más extensa, el hospital incurrirá en los costes adicionales de la evaluación. Además, si existe evidencia de que el hospital falsificó u ocultó información, o intencionalmente eliminó información presentada ante JCI, el requisito de APR.2 y sus consecuencias serán aplicadas.

Requisito: APR.2

El hospital le proporciona a JCI información precisa y completa a lo largo de las fases del proceso de acreditación.

Lógica de APR.2

JCI solicita que cada hospital que solicite o haya alcanzado la acreditación se comprometa en el proceso de acreditación con honestidad, integridad y transparencia. Este tipo de compromiso en el proceso de acreditación es evidente al proporcionar información completa y precisa durante todas las fases del ciclo de 3 años del proceso de acreditación.

Los hospitales proporcionan información a JCI de alguna de las siguientes maneras:

- Verbalmente
- Observación directa de, o en una entrevista o cualquier otro tipo de comunicación con un empleado de JCI
- Documentos electrónicos o impresos por medio de terceros, tales como los medios de comunicación o un informe gubernamental

A efectos de este requisito, la *falsificación* de información está definida como la fabricación parcial o total de cualquier información que proporciona un solicitante o una organización acreditada a JCI. La falsificación puede incluir reformulación, reformateo o eliminación del contenido de documentos o la presentación de información, informes, datos u otros materiales falsos.

Evaluación de APR.2

La evaluación de este APR comienza durante el proceso de solicitud de la acreditación y se extiende mientras el centro está acreditado o está en proceso de alcanzar la acreditación de JCI.

Consecuencias del incumplimiento con APR.2

Si JCI está razonablemente convencido de que el hospital presentó información inexacta o falsificada ante JCI, o presentó información inexacta o falsificada ante los evaluadores, el hospital será considerado “en riesgo de denegación de la acreditación”, y deberá someterse a una evaluación focalizada. La incapacidad de resolver este problema de manera oportuna o en el momento de la evaluación focalizada puede resultar en la denegación de la acreditación.

Requisito: APR.3

El hospital informa a JCI en un plazo de 15 días acerca de cualquier modificación en el perfil (base

de datos electrónica) o información proporcionada del hospital por medio de la solicitud electrónica antes y entre las evaluaciones.

Lógica de APR.3

JCI recopila información fundamental relacionada con el perfil del hospital en su solicitud electrónica para comprender la propiedad, licencia y volumen de servicios proporcionados a pacientes, así como también tipos de centros de atención, entre otros factores. Si se modifica alguno de estos factores, JCI debe determinar si la modificación realizada altera el alcance de la evaluación inicial programada o el alcance de la acreditación vigente.

Por lo tanto, el hospital notifica a JCI dentro de los 30 días de la fecha efectiva del cambio en los siguientes casos:

- Un cambio en la propiedad o el nombre del hospital
- La revocación o restricción de las licencias o los permisos de operación, cualquier limitación o cierre de los servicios de atención a los pacientes, cualquier sanción a los profesionales o al resto del personal u otras acciones de conformidad con las leyes y los reglamentos abordados por las autoridades de salud correspondientes
- Reforma o modificaciones en el uso de los edificios de atención al paciente, construcción de nuevos edificios de atención al paciente o ampliación de los mismos, o la ocupación de edificios en nuevas ubicaciones de la comunidad, para expandir el tipo y el volumen de los servicios de atención al paciente en al menos un 25 % sobre de lo que indica el perfil del hospital o si no fue incluido como una ubicación de atención a pacientes en la solicitud electrónica, o si no fue incluido en el alcance de la evaluación de acreditación anterior.
- La ampliación intencional de la capacidad del hospital para proporcionar servicios en la ausencia de instalaciones nuevas, renovadas o ampliadas en un 25 % o más, calculado de acuerdo al volumen de pacientes, alcance de los servicios u otras medidas relevantes.
- La adición o eliminación de uno o más tipos de servicios sanitarios, tal como la adición de una unidad de diálisis o la suspensión de la atención de trauma.
- La fusión, consolidación o adquisición por parte del hospital de una sede, servicio o programa no acreditado para el cual existen estándares aplicables de JCI.

La acreditación JCI no se extiende de forma automática a los nuevos servicios e instalaciones. En función de los cambios, JCI puede solicitar información o documentos adicionales; **por ejemplo**, políticas, planes de planta, planes contra incendios, credenciales del nuevo personal para un nuevo servicio, etc. Cuando JCI no es capaz de evaluar completamente los cambios con la nueva documentación o información aportada podría ser necesaria una evaluación de nuevo para la totalidad o una parte del hospital o, por primera vez, en el caso de centros o servicios nuevos.

Evaluación de APR.3

La evaluación de este APR comienza durante el proceso de solicitud electrónica y se mantiene mientras el hospital siga acreditado o solicitando la acreditación de JCI. Las modificaciones comunicadas podrían evaluarse fuera del lugar o en una evaluación focalizada.

Consecuencias del incumplimiento con APR.3

Si el hospital no le proporciona información a JCI dentro de los 30 días de la fecha efectiva de cualquier modificación, el hospital se encontrará "en riesgo de denegación de la acreditación", y por lo tanto, se llevará a cabo una evaluación focalizada.

Requisito: APR.4

El hospital permite evaluaciones in situ de estándares y sobre el cumplimiento de políticas, verificación de preocupaciones relacionadas con la calidad y la seguridad, informes, o sanciones de autoridades reguladoras a discreción de JCI.

Lógica de APR.4

Obtener la acreditación de JCI implica para el público, agencias gubernamentales y fuentes de pago,

entre otros, que el hospital cumple con los estándares de JCI y las políticas de acreditación en todo momento. Por lo tanto, es importante que JCI tenga el derecho de acceder a la totalidad o a alguna parte del hospital de manera programada o no programada para confirmar el cumplimiento de las políticas de acreditación y estándares y/o evaluar cuestiones relacionadas con la calidad y la seguridad de los pacientes en cualquier momento durante todas las fases de la acreditación. Los evaluadores siempre presentarán una carta oficial de presentación y al menos alguna otra forma de identificación como representante de JCI cuando la visita no esté anunciada.

Evaluación de APR.4

La evaluación de este requisito es continua durante cualquier fase de la acreditación.

Consecuencias del incumplimiento con APR.4

JCI retirará la acreditación de un hospital que rechaza o limita el acceso del personal autorizado de JCI para realizar una evaluación in situ.

Requisito: APR.5

El hospital permite a JCI que solicite (al hospital o agencia externa) y revise una copia original y autenticada de los resultados e informes de las evaluaciones externas realizadas por entidades reconocidas públicamente.

Lógica de APR.5

Para poder realizar una evaluación de acreditación exhaustiva, JCI recopila información sobre muchos aspectos de las operaciones del hospital. Las entidades externas aparte de JCI evalúan áreas relacionadas con la seguridad y la calidad -**por ejemplo**, inspecciones de seguridad contra incendios, inspecciones de las condiciones de trabajo del personal, y evaluación de incidentes de seguridad o quejas sobre la calidad por parte de las autoridades locales. Estas evaluaciones complementan las revisiones de acreditación, pero pueden tener un enfoque o énfasis distinto. Estas evaluaciones pueden proporcionar información que JCI necesita para tomar decisiones sobre la acreditación.

Evaluación de APR.5

Cuando así se le solicite, el hospital proporcionará a JCI todos los registros, informes y recomendaciones oficiales de agencias externas, tales como entidades de licencias, evaluación, revisión, gubernamentales o de planificación. JCI también podría solicitar dichos informes directamente a la agencia externa. Los informes pueden ser solicitados durante cualquier fase de la acreditación, que incluye el transcurso de una evaluación de acreditación o como parte de la evaluación de un problema o incidente relacionado con la calidad.

Consecuencias del incumplimiento con APR.5

Cuando el hospital no puede proporcionar un informe oficial que se solicita durante la evaluación in situ, los estándares relevantes serán calificados fuera de conformidad, y el hospital podría tener que someterse a una evaluación de seguimiento para revisar el informe y los estándares relevantes. Cuando el hospital no puede proporcionar un informe solicitado durante otras fases de la acreditación, podría requerirse una evaluación focalizada.

Requisito: APR.6

Actualmente no está en vigor.

Requisito: APR.7

El hospital selecciona y utiliza medidas/indicadores como parte de su sistema de medición de la mejora de la calidad.

Lógica de APR.7

La recolección, análisis y utilización de datos son importantes para cualquier sistema de mejora de la calidad y están en el núcleo del proceso de acreditación de JCI. Muchos estándares de JCI especifican que la organización debe recoger datos como parte de su sistema de mejora de la calidad (por ejemplo, GLD.11, GLD.11.2, entre otros). Para cumplir estos estándares, el equipo directivo de la organización selecciona medidas/indicadores bien definidos y basados en la evidencia que sean aplicables a la población de pacientes y a los servicios del hospital. La organización analiza los datos de medición, y los datos se utilizan para informar e impulsar las actividades de mejora de la calidad en la organización.

Las organizaciones son libres de elegir cualesquiera medidas/indicadores bien definidos y basados en la evidencia y los enfoques de medición que aborden los procesos y resultados para los que los datos guiarán la mejora en la prestación de atención al paciente. Son aceptables las medidas/indicadores desarrollados por:

- la dirección y el equipo de calidad de la organización;
- una autoridad sanitaria municipal, regional o nacional; y/o
- autoridades de calidad sanitaria reconocidas internacionalmente, como la *Joint Commission International*, el *Institute for Healthcare Improvement*, o la *Agency for Healthcare Research and Quality* con sede en los Estados Unidos.

Los indicadores de la JCI se presentan a través de su Biblioteca internacional de medidas, cuyos detalles están en JCI Direct Connect, la extranet de los clientes de JCI. Esta biblioteca de medidas de JCI proporciona especificaciones uniformes y precisas para la recolección de datos estandarizados que permiten la comparación dentro de un hospital y con otros hospitales a lo largo del tiempo. Se invita, pero no se obliga, a las organizaciones, a utilizar la biblioteca de medidas para cumplir con APR.7. La organización puede adaptar o modificar las medidas de la biblioteca para cubrir sus necesidades específicas; sin embargo, si las organizaciones deciden publicitar que utilizan las medidas de la biblioteca, se les exige seguir todas las especificaciones de la biblioteca, sin desviación, tal como se encuentran en JCI Direct Connect. Más información sobre la biblioteca está disponible en la página sobre *Continuous Compliance* de JCI Direct Connect, incluyendo directrices y herramientas relativas a la recolección y agregación de medidas y datos.

Evaluación de APR.7

La selección y uso de medidas de calidad se evalúa a lo largo de todas las fases de la acreditación, principalmente durante el proceso de evaluación in situ.

Consecuencias del incumplimiento con APR.7

Cuando el hospital no cumpla con este requisito se le exigirá un plan estratégico de mejora (SIP).

Requisito: APR.8

El hospital representa de manera precisa su estado de acreditación y los programas y servicios a los que aplica la acreditación de JCI. Solo los hospitales con acreditación JCI vigente pueden exhibir el sello dorado.

Lógica de APR.8

El sitio web, la publicidad y promoción del hospital, y otra información que se encuentre disponible para el público reflejan de manera precisa el alcance de los programas y servicios acreditados por JCI.

El hospital no se compromete con ningún anuncio falso o engañoso sobre su estado de acreditación.

Evaluación de APR.8

El cumplimiento de este requisito se evalúa a lo largo de todas las fases de acreditación del hospital.

Consecuencias del incumplimiento con APR.8

No retirar o corregir la información que no sea precisa, colocará a la organización "en riesgo de denegación de la acreditación" y se llevará a cabo una evaluación focalizada.

Requisito: APR.9

Cualquier miembro del personal del hospital (clínico o administrativo) puede informar a JCI acerca de problemas o cuestiones sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención sin represalias por parte del hospital.

Para respaldar esta cultura de seguridad, el hospital debe comunicar al personal que dichos informes están permitidos. Además, el hospital debe dejar claro al personal que ninguna medida disciplinaria formal (**por ejemplo**, descensos de categoría, reasignaciones, o cambios en las condiciones u horarios de trabajo) o sanciones informales (**por ejemplo**, acoso, aislamiento o abuso) serán usadas como amenazas o empleadas como represalia por informar a JCI acerca de preocupaciones.

Lógica de APR.9

Para crear un ambiente de comunicación "seguro", el hospital informa a su personal de que las preocupaciones acerca de la seguridad y calidad de la atención al paciente proporcionada en el hospital pueden ser comunicadas a JCI. El hospital también informa a su personal que no se emplearán medidas disciplinarias o sanciones cuando un miembro del personal informe a JCI acerca de preocupaciones de seguridad o de calidad de la atención.

Evaluación de APR.9

La evaluación de este requisito se realiza a lo largo de todas las fases de la acreditación e incluye, pero no está limitada a, la información de las actividades in situ y fuera del mismo o de la investigación de reclamaciones presentadas a JCI.

Consecuencias del incumplimiento con APR.9

Los informes confirmados de represalias para el personal que informó a JCI sobre algún tema relacionado con la calidad y seguridad del paciente, colocará al hospital "en riesgo de denegación de la acreditación" y se llevará a cabo una evaluación focalizada.

Requisito: APR.10

Los servicios de traducción e interpretación organizados por el hospital para una evaluación de acreditación, así como cualquier actividad relacionada, son proporcionados por traductores e intérpretes profesionales cualificados sin relación alguna con el hospital.

Los traductores e intérpretes profesionales cualificados proporcionan al hospital y a JCI documentación de su experiencia en traducción e interpretación. La documentación puede incluir, sin que tenga que limitarse a, lo siguiente:

- Evidencia de educación avanzada en inglés y en el idioma del hospital
- Evidencia de experiencia en traducción e interpretación, preferiblemente en el campo de la medicina
- Evidencia de empleo como traductor e intérprete profesional, preferiblemente a tiempo completo
- Evidencia de formación continua en traducción e interpretación, preferiblemente en el campo de la medicina
- Formar parte de alguna asociación profesional de traducción e interpretación
- Resultados de pruebas de aptitud en traducción e interpretación, cuando sea de aplicación

- Certificaciones de traducción e interpretación, cuando sea de aplicación
- Otras credenciales relevantes de traducción e interpretación

Lógica de APR.10

La integridad del proceso de evaluación in situ, así como también la integridad del resultado, depende de que el evaluador obtenga una comprensión imparcial y precisa de sus conversaciones con el personal, y de que el personal del hospital se comunique de forma efectiva en su idioma con el inspector. Para garantizar que este intercambio sea preciso e imparcial, la traducción e interpretación será proporcionada por individuos cualificados para proporcionar dichos servicios, con evidencia de experiencia en servicios de traducción y/o interpretación de atención sanitaria. Los individuos que proporcionen servicios de traducción e interpretación no deben ser empleados actuales o anteriores del hospital, o tener conflictos de interés, tales como miembros de familia inmediata o empleados de un hospital afiliado. Los individuos que proporcionan servicios de traducción e interpretación no deben haber actuado como consultores para el hospital en relación a la acreditación o preparación para la acreditación, con la posible excepción de ayuda para traducir los documentos que JCI solicita en inglés o para proporcionar servicios de traducción e interpretación en una evaluación anterior.

Evaluación de APR.10

El hospital presentará los currículos de los traductores seleccionados como muy tarde ocho (8) semanas antes del comienzo de cualquier evaluación de JCI in situ. El personal de JCI Accreditation recibirá una declaración firmada de conflicto de intereses de cada traductor. Para evaluaciones no programadas, el evaluador y/o miembro del personal de JCI Accreditation evaluará las credenciales de los traductores.

Consecuencias del incumplimiento con APR.10

Si se concluye que los traductores no están cualificados debido a la falta de experiencia profesional y/u otra capacitación, o no se ha proporcionado una declaración firmada de conflicto de intereses, la evaluación se interrumpirá hasta que se encuentre un sustituto adecuado. El hospital es responsable de cualquier coste adicional relacionado con la demora, incluyendo la reprogramación de los miembros del equipo de la evaluación cuando sea necesario.

Requisito: APR.11

El hospital informa al público al que sirve sobre cómo contactar con la gerencia del hospital y con JCI para comunicar preocupaciones sobre la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Los métodos de información pueden incluir, pero no están limitados a, la distribución de información acerca de JCI, incluyendo información de contacto en material publicado como por ejemplo folletos y/o publicando esta información en el sitio web del hospital.

Se proporciona el siguiente enlace para comunicar a JCI cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y la calidad asistencial: <https://www.jointcommissioninternational.org/contact-us/report-a-quality-and-safety-issue/>

Los hospitales en proceso de acreditación inicial deberían estar preparados para comentar cómo tienen previsto cumplir con este APR una vez acreditados.

Lógica de APR.11

Los estándares de JCI para hospitales requieren que los mismos cuenten con un mecanismo para recibir y responder ante reclamaciones, conflictos y otras preocupaciones sobre la seguridad y calidad de la atención al paciente de manera oportuna. El hospital debe informar al público al que se dirige sobre cómo acceder a este proceso. (*Ver también PFR.3*)

El hospital también necesita informar al público sobre cómo informar a JCI sobre estas preocupaciones de seguridad y calidad asistencial, en particular cuando el proceso del hospital no haya sido efectivo para resolver la cuestión.

Evaluación de APR.11

Los evaluadores revisarán la forma en la que el hospital cumple con este requisito durante el proceso de evaluación in situ.

Consecuencias del incumplimiento con APR.11

Se solicitará un SIP en caso de que se concluya que un hospital no cumple con este requisito.

Requisito: APR.12

El hospital proporciona atención al paciente en un ambiente que no plantea riesgos de amenaza directa a la seguridad del paciente, la salud pública o la seguridad del personal.

Lógica de APR.12

Los pacientes, el personal y el público confían en que los hospitales sean lugares seguros y de bajo riesgo. Por eso mismo, los hospitales deben mantener esa confianza con revisiones de vigilancia continua y supervisión de las prácticas de seguridad.

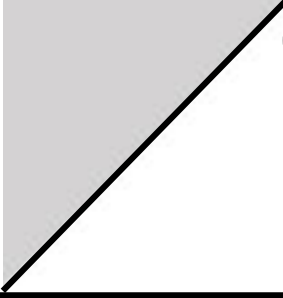
Evaluación de APR.12

La evaluación se realiza principalmente durante el proceso de evaluación in situ, y también por medio de otros informes o reclamaciones del hospital, y/o sanciones por parte de autoridades reguladoras durante todas las fases de la acreditación.

Consecuencias del incumplimiento con APR.12

Las amenazas inmediatas que se descubran in situ durante una evaluación interrumpen la misma hasta que la amenaza se resuelva o hasta que el hospital, el equipo de evaluación, y el personal de JCI Accreditation puedan mediar en el asunto. Hasta que el problema se resuelva, el hospital estará "en riesgo de denegación de la acreditación" y se llevará a cabo una evaluación focalizada.

Sección II: Estándares Centrados en el paciente



Objetivos internacionales para la seguridad del paciente (IPSG)

Panorama general

Este capítulo aborda los objetivos internacionales para la seguridad del paciente (IPSG), cuya implementación se exige desde el 1 de enero de 2011 en todas las organizaciones acreditadas por la Joint Commission International (JCI) utilizando los estándares internacionales para hospitales.

El propósito de los IPSG es promover mejoras específicas en la seguridad de los pacientes. Ponen de relieve áreas problemáticas de la atención sanitaria y describen soluciones basadas en la evidencia o en el consenso de expertos. Teniendo en cuenta que la existencia de un diseño sólido del sistema es algo inherente a toda atención sanitaria segura y de alta calidad, los objetivos generalmente se centran, en la medida de lo posible, en soluciones a nivel de sistema.

Los objetivos internacionales se estructuran de la misma manera que los demás estándares, incluyendo el enunciado del estándar (el objetivo de seguridad), la exposición de la intención, y elementos medibles. Los objetivos se califican de manera similar a los otros estándares como "cumplido", "parcialmente cumplido", o "no cumplido". Las reglas de decisión de acreditación consideran el cumplimiento de los IPSG como una regla de decisión aparte.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono © después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

Objetivo 1: identificar correctamente a los pacientes

IPSG.1 El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la precisión de la identificación de los pacientes. ©

Objetivo 2: mejorar la comunicación efectiva

IPSG.2 El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la efectividad de la comunicación verbal y/o telefónica entre los profesionales sanitarios. ©

IPSG.2.1 El hospital desarrolla e implementa un proceso para informar acerca de resultados críticos de pruebas diagnósticas. ©

IPSG.2.2 El hospital desarrolla e implementa un proceso para el traspaso de comunicación. ©

Objetivo 3: mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

IPSG.3 El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. ④

IPSG.3.1 El hospital desarrolla e implementa un proceso para manejar de manera segura los electrolitos concentrados. ④

Objetivo 4: garantizar una cirugía segura

IPSG.4 El hospital desarrolla e implementa un proceso para realizar la verificación prequirúrgica y el marcado del sitio quirúrgico o del lugar del procedimiento invasivo. ④

IPSG.4.1 El hospital desarrolla e implementa un proceso para realizar la pausa que se realiza inmediatamente antes del comienzo del procedimiento quirúrgico o invasivo y para la confirmación que tiene lugar después del procedimiento. ④

Objetivo 5: minimizar el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria

IPSG.5 El hospital adopta e implementa recomendaciones sobre higiene de manos basadas en la evidencia para minimizar el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria. ④

Objetivo 6: minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas

IPSG.6 El hospital desarrolla e implementa un proceso para minimizar el riesgo de daño por caídas a los pacientes ingresados. ④

IPSG.6.1 El hospital desarrolla e implementa un proceso para minimizar el riesgo de daño por caídas a los pacientes ambulatorios. ④

Objetivos, estándares, intenciones y elementos medibles

Objetivo 1: identificar correctamente a los pacientes

Estándar IPSG.1

El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la precisión de la identificación de los pacientes. ④

Intención de IPSG.1

Los errores de paciente incorrecto ocurren prácticamente en todos los aspectos del diagnóstico y el tratamiento¹. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados, no plenamente despiertos, en estado comatoso, pueden cambiar de cama, habitación o ubicación dentro del hospital, pueden tener discapacidades sensoriales, pueden no recordar su identidad, o pueden estar sujetos a otras situaciones que podrían ocasionar errores en la identificación correcta. La intención de este objetivo es doble: primero, el de identificar de manera fiable al individuo como la persona para quien el servicio o el tratamiento está dirigido, segundo; hacer coincidir el servicio o tratamiento con el individuo. (*Ver también* MMU.4.1).

El proceso de identificación que se usa en todo el hospital requiere al menos dos maneras con las que identificar al paciente, como por ejemplo el nombre del paciente, el número de identificación, la fecha de nacimiento, un brazalete con código de barras u otras maneras. (*Ver también* MOI.9, EM

2 Y MOI.9.1, EM 1). No puede utilizarse el número de habitación o la ubicación del paciente para su identificación. El *proceso* de utilización de dos identificadores distintos para el paciente es uniforme en todo el hospital. Sin embargo, los dos identificadores utilizados con los pacientes ingresados pueden ser distintos de los que se usan con pacientes ambulatorios. **Por ejemplo**, con todos los pacientes ingresados podría utilizarse el nombre del paciente y el número de identificación o el número de historia clínica, y con todos los pacientes ambulatorios (en urgencias, atención ambulatoria u otros servicios para pacientes externos) se podría usar el nombre del paciente y la fecha de nacimiento.

Hay circunstancias especiales en las que el hospital puede necesitar desarrollar un proceso específico para la identificación del paciente; **por ejemplo**, cuando llega un paciente en estado comatoso o confuso/desorientado sin ningún tipo de identificador, en el caso de recién nacidos para los que los padres no han elegido todavía un nombre, y otras situaciones. El proceso debe tener en cuenta las necesidades singulares de los pacientes y el personal utilizarlo para identificar a los pacientes y prevenir errores en estas circunstancias especiales.²

Se necesitan dos identificadores distintos para cualquier circunstancia que implique intervenciones de pacientes. **Por ejemplo**, los pacientes deben ser identificados antes de proporcionar tratamientos (tales como administrarles medicamentos, sangre o productos sanguíneos; servirles una bandeja de dieta restringida; o proporcionar radioterapia); realizar procedimientos (tales como la colocación de una vía intravenosa o hemodiálisis) y antes de cualquier procedimiento diagnóstico (tales como la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos, o la realización de cateterismos cardíacos o procedimientos de radiología diagnóstica).

Elementos medibles de IPSG.1

1. Los pacientes son identificados por medio de dos identificadores de paciente, que no incluyen ni el uso del número de habitación ni la ubicación del paciente en el hospital. (*Ver también* MMU.5.2, ME 4 y MOI:9, ME 2).
2. Los pacientes son identificados antes de realizar procedimientos diagnósticos, de proporcionar tratamientos y de llevar a cabo otros procedimientos (*Ver también* IPSG.4.1; AOP.5.7, ME 2; MMU.5.2, ME 4; y MMU.6.1).
3. El hospital garantiza la correcta identificación de los pacientes que se encuentran en circunstancias especiales, como por ejemplo pacientes comatosos o recién nacidos a los que no se les ha puesto nombre de manera inmediata. (*Ver también* COP.3).
- 4.

Objetivo 2: mejorar la comunicación efectiva

Estándar IPSG.2

El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la efectividad de la comunicación oral y/o telefónica entre los profesionales sanitarios. ©

Estándar IPSG.2.1

El hospital desarrolla e implementa un proceso para informar acerca de resultados críticos de pruebas diagnósticas. ©

Estándar IPSG.2.2

El hospital desarrolla e implementa un proceso para el traspaso de comunicación. ©

Intención de IPSG.2 hasta IPSG.2.2

La comunicación eficaz, que debe ser oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por el receptor, minimiza los errores y mejora la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las órdenes verbales o telefónicas de atención al paciente, la comunicación oral o telefónica de resultados críticos de pruebas diagnósticas y la comunicación

durante las transferencias son circunstancias asistenciales que se pueden ver afectadas de forma severa por una comunicación deficiente.

Las prescripciones que se dan de forma verbal o telefónica, si las leyes y reglamentos locales las permiten, son algunas de las formas de comunicación más propensas a errores. Los distintos acentos, dialectos y pronunciaci3nes pueden dificultar la comprensi3n de la prescripci3n por parte del receptor. **Por ejemplo**, nombres de medicamentos y n3meros parecidos, como por ejemplo eritromicina y azitromicina, o tres y trece,¹ pueden afectar la precisi3n de la prescripci3n. El ruido de fondo, las interrupciones y los nombres de medicamentos o la terminolog3a desconocidos con frecuencia agravan el problema. Una vez recibida, la prescripci3n verbal se debe transcribir para que sea una orden escrita, lo que agrega complejidad y riesgo al proceso. (*Ver tambi3n* COP.2.2 y MMU.4 EM 1).

La notificaci3n de resultados cr3ticos de pruebas diagn3sticas es tambi3n una cuesti3n de seguridad de los pacientes. Las pruebas diagn3sticas incluyen, pero no solamente: an3lisis de laboratorio, ex3menes radiol3gicos, pruebas de medicina nuclear, procedimientos por ultrasonido, estudios de resonancia magn3tica y pruebas diagn3sticas card3acas. Esto incluye resultados cr3ticos de cualquier prueba diagn3stica realizada junto a la cama, como por ejemplo an3lisis a pie de cama, radiograf3as port3tiles, ultrasonidos a pie de cama o ecocardiogramas transesof3gicos. Los resultados que se encuentran muy alejados del rango normal pueden indicar una situaci3n de alto riesgo o potencialmente fatal. La existencia de un sistema formal de notificaci3n que identifica claramente la manera de comunicar a los profesionales sanitarios los resultados cr3ticos de las pruebas diagn3sticas y la forma en la que la informaci3n se debe registrar disminuye los riesgos para los pacientes.³⁻⁵ (*Ver tambi3n* AOP.5.4).

Las *transferencias* de pacientes (y *traspasos* de informaci3n) dentro del hospital pueden producirse:

- entre profesionales sanitarios (**por ejemplo**, entre m3dico y m3dico, entre m3dico y enfermera, entre enfermera y enfermera, etc.);
- entre distintos niveles de atenci3n del mismo hospital (**por ejemplo**, cuando el paciente es trasladado desde una unidad de cuidados intensivos a una unidad m3dica, o desde el servicio de urgencias al quir3fano);
- desde las plantas de hospitalizaci3n a las unidades de diagn3stico u otros servicios de tratamiento, como por ejemplo radiolog3a o fisioterapia; y
- entre profesionales y pacientes/familiares, como en el proceso de alta. (*Ver tambi3n* ACC.4.1).

Las rupturas de la comunicaci3n pueden producirse durante cualquier transferencia de la atenci3n al paciente y ocasionar *eventos adversos*.⁶⁻⁸ Las interrupciones y otras distracciones en las actividades de las unidades pueden impedir la transmisi3n clara de informaci3n importante sobre el paciente. La estandarizaci3n de los contenidos fundamentales de la comunicaci3n entre el paciente, su familia, el cuidador y los profesionales sanitarios puede mejorar de manera significativa los resultados relacionados con las transferencias de la atenci3n de los pacientes.⁹⁻¹⁴ (*Ver tambi3n* ACC.3).

Un proceso de transferencia consistente y completo se apoya en la utilizaci3n de formularios, instrumentos o m3todos estandarizados. El contenido de la informaci3n as3 como el formulario, instrumento o m3todo utilizados se estandarizan seg3n el tipo de traspaso. El proceso de transferencia puede ser diferente para los distintos tipos que se realizan en el hospital. Por ejemplo, el traspaso de un paciente desde urgencias a hospitalizaci3n puede requerir un proceso o un contenido distinto que las transferencias al quir3fano o a la unidad de cuidados intensivos; en todo caso, los procesos se deben estandarizar para el correspondiente tipo de transferencia. Si se utilizan formularios o instrumentos para el traspaso de informaci3n, no es necesario que formen parte de la historia cl3nica del paciente. Tampoco es preciso incluir en la historia cl3nica la informaci3n detallada que se comunic3; no obstante, al hospital le puede interesar que quede constancia de que se produjo el proceso de transferencia. **Por ejemplo**, el profesional sanitario dejar3a registrado que complet3 la transferencia del paciente y a qui3n traspas3 la atenci3n, y despu3s firmar, incluyendo fecha y hora del registro. (*Ver tambi3n* MOL.11.1, EM 1, 2 y 3).

¹ Nota del traductor: fifteen/fifty en el original

Una práctica segura para la comunicación efectiva incluye lo siguiente:

- Limitar la comunicación verbal de órdenes de prescripción o de medicación a situaciones urgentes en las cuales la comunicación escrita o electrónica no es factible. **Por ejemplo**, las órdenes verbales pueden ser rechazadas si el prescriptor y el historial del paciente se encuentran disponibles. Las órdenes verbales se pueden restringir a situaciones en las cuales es difícil o imposible su impresión o transmisión electrónica, como por ejemplo durante un procedimiento aséptico.
- Elaborar directrices para solicitar y recibir resultados de pruebas durante una emergencia, la identificación y definiciones de las pruebas y los resultados considerados críticos, quién informa a quién de los resultados críticos de dichos análisis, y monitorizar su cumplimiento.
- Que el receptor de la información anote (o registre electrónicamente) la orden completa o el resultado de la prueba; que lea en voz alta dicha orden o resultado; y que el emisor confirme que lo que se ha escrito y leído es preciso. Pueden buscarse alternativas adecuadas para cuando no sea posible realizar el proceso de lectura, como por ejemplo en quirófano y en situaciones de emergencia en el área de urgencias o en la unidad de cuidados intensivos. (*Ver también* COP.2.2; MMU.4).
- Durante las transferencias de la atención del paciente utilizar unos contenidos estandarizados y básicos para la comunicación entre el paciente, la familia, el profesional sanitario y otros posibles implicados en la atención.
- Utilizar métodos, formularios o instrumentos estandarizados para facilitar que las transferencias sean consistentes y completas.

Elementos medibles de IPST.2

1. El receptor debe registrar y leer nuevamente la orden verbal completa, y la persona que realizó la orden debe confirmarla. (*Ver también* MMU.4.1).
2. El receptor debe registrar y leer nuevamente la orden telefónica completa, y la persona que realizó la orden debe confirmarla. (*Ver también* MMU.4.1).
3. El receptor debe registrar y leer nuevamente el resultado completo de la prueba diagnóstica, y el individuo que proporcionó dicho resultado debe confirmarlo.

Elementos medibles de IPST.2.1

1. El hospital ha definido los valores críticos para cada tipo de prueba diagnóstica.
2. El hospital ha determinado quién notifica y a quién los resultados críticos de pruebas diagnósticas.
3. El hospital ha establecido qué información se debe registrar en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de IPST.2.2

1. Durante los procesos de transferencia de pacientes los profesionales intercambian la información básica de manera estandarizada.
2. El proceso de transferencia se apoya en formularios, instrumentos o métodos estandarizados para que sea completo y consistente.
3. Se monitoriza la información sobre los eventos adversos que sean consecuencia de la comunicación durante las transferencias, y se utiliza para identificar cómo mejorar dichos procesos de transferencia y estas mejoras se implementan.

Objetivo 3: mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Estándar IPSG.3

El hospital desarrolla e implementa un proceso para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Ⓟ

Estándar IPSG.3.1

El hospital desarrolla e implementa un proceso para manejar de manera segura los electrolitos concentrados. Ⓟ

Intención de IPSG.3 y IPSG.3.1

Si los medicamentos son parte del plan de tratamiento del paciente, una gestión adecuada es de suma importancia para garantizar la seguridad del paciente. Cualquier medicamento, incluso aquellos que se pueden adquirir sin receta, si no se usa de forma adecuada puede ser perjudicial. Los medicamentos de alto riesgo provocan daño con más frecuencia, y el daño que producen es probable que sea más grave cuando se suministran por error. Esto puede aumentar el sufrimiento del paciente y potencialmente ocasionar costes adicionales asociados a la atención de dichos pacientes. Los *medicamentos de alto riesgo* son aquellos que están relacionados con un elevado porcentaje de errores y/o de eventos centinela, así como aquellas sustancias que conllevan un mayor riesgo de abuso o de otros efectos adversos. Son **ejemplos** de medicamentos de alto riesgo los medicamentos en investigación, los medicamentos controlados, los medicamentos con un estrecho rango terapéutico, la quimioterapia, los anticoagulantes, los psicofármacos y los medicamentos con apariencia o nombre similar.²

Muchos nombres de medicamentos suenan como o se parecen a los de otros medicamentos. Confundir los nombres es una causa común de errores relacionados con la medicación en todo el mundo. Aspectos que ayudan a la confusión son:

- el desconocimiento de los nombres de medicamentos;
- que se trate de productos muy recientes;
- envoltorios o etiquetados parecidos;
- usos clínicos similares; y
- recetas ilegibles o malos entendidos durante la emisión de prescripciones verbales.

Ejemplos de listas de medicamentos de alto riesgo se encuentran disponibles en organizaciones como el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para realizar una gestión segura, el hospital debe elaborar su propia lista (o listas) de medicamentos de alto riesgo basándose en sus propios patrones de utilización de medicamentos y en sus datos internos sobre incidentes de seguridad sin daño, errores de medicación y eventos centinela. (*Ver también* MMU.7 y QPS.7). La lista debe incluir medicamentos identificados como de alto riesgo de resultados adversos. La información procedente de la literatura y/o del Ministerio de Sanidad también podría resultar útil para ayudar a identificar los medicamentos que deberían ser incluidos. Estos medicamentos deben almacenarse de forma que se minimice la probabilidad de administración incorrecta o, en el caso ideal, que se proporcionen instrucciones acerca del uso adecuado del medicamento. Las estrategias para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo se pueden personalizar para el riesgo específico de cada medicamento y deben tener en cuenta los procesos de prescripción, preparación, administración y monitorización, además del almacenamiento seguro.

Los medicamentos con riesgo de confundirse por apariencia o nombre similar, por el etiquetado, envoltorio o nombre del producto, pueden dar lugar a errores de medicación potencialmente perjudiciales. Los hospitales deben instaurar estrategias de gestión de riesgos para minimizar los

² Look-alike/sound-alike medications (LASA)

eventos adversos con este tipo de medicamentos y aumentar la seguridad de los pacientes. (Ver también MMU.4.1).

Un tema que se cita con frecuencia en relación con la seguridad de los medicamentos es la administración incorrecta o involuntaria de electrolitos concentrados (**por ejemplo**, cloruro potásico [igual o superior a una concentración de 2 mEq/ml], fosfato de potasio [igual o superior a una concentración de 3 mmol/ml], cloruro de sodio [superior a una concentración de 0,9%] y sulfato de magnesio [igual o superior a una concentración del 50%]). La manera más eficaz de reducir o eliminar estos incidentes es desarrollar proceso para la gestión de los electrolitos concentrados que incluya su eliminación de las unidades de atención al paciente para llevarlos a la farmacia. (Ver también MMU.3). El hospital identifica las áreas en las cuales los electrolitos concentrados son clínicamente necesarios según determina la práctica y evidencia profesional, como por ejemplo la unidad de cuidados intensivos o el quirófano de cirugía cardíaca, e identifica la forma correcta de etiquetado y la forma de almacenamiento en dichas áreas de forma que su acceso restringido evite una administración inadecuada.

Elementos medibles de IPSG.3

1. El hospital identifica por escrito su lista de medicamentos de alto riesgo y desarrolla e implementa un proceso para su manejo y gestión.
2. El hospital tiene un listado de medicamentos de apariencia o nombre similar y desarrolla e implementa un proceso para su manejo y gestión.
3. Los procesos de manejo y gestión de medicamentos de alto riesgo y de medicamentos de apariencia o nombre similar son uniformes en todo el hospital.

Elementos medibles de IPSG.3.1

1. El hospital tiene un proceso que evita la administración involuntaria de electrolitos concentrados.
2. Los electrolitos concentrados están presentes solo en las unidades de atención al paciente en las que se identifican como clínicamente necesarios. (Ver también MMU.5.2, EM 2).
3. Los electrolitos concentrados que se almacenan en unidades de atención al paciente están claramente etiquetados y almacenados de manera que su acceso esté restringido y se promueva su uso seguro.

Objetivo 4: garantizar una cirugía segura

Estándar IPSG.4

El hospital desarrolla e implementa un proceso para realizar la verificación pre-quirúrgica y el marcado del sitio quirúrgico o del lugar del procedimiento invasivo. ©

Estándar IPSG.4.1

El hospital desarrolla e implementa un proceso para realizar la pausa que se realiza inmediatamente antes del comienzo del procedimiento quirúrgico o invasivo y para la confirmación que tiene lugar después del procedimiento. ©

Intención de IPSG.4 y IPSG.4.1

Los eventos centinelas y los daños graves a los pacientes provocados por errores de sitio, paciente o procedimiento quirúrgico suponen una preocupación permanente para los hospitales. Estos errores pueden ser consecuencia de una comunicación ineficaz o inadecuada entre los miembros del equipo que realiza el *procedimiento quirúrgico o invasivo*, de la falta de procedimientos para verificar la zona del procedimiento, y de la falta de implicación del paciente en el marcado del sitio quirúrgico. Además, la evaluación insuficiente del paciente, la revisión inadecuada de la historia clínica, una cultura que no respalda la comunicación abierta entre los miembros del equipo, los problemas relacionados con la escritura ilegible, y el uso de abreviaturas son los factores contribuyentes más frecuentes.

Se consideran procedimientos quirúrgicos e invasivos todos los procedimientos que implican una

incisión o una perforación, lo que incluye, sin limitarse a, los procedimientos quirúrgicos abiertos, la aspiración percutánea, determinadas inyecciones, biopsias, procedimientos diagnósticos percutáneos cardíacos y vasculares, laparoscopias y endoscopias.

Las organizaciones deben identificar todas las áreas del hospital donde se llevan a cabo cirugías y procedimientos invasivos, **por ejemplo**, el laboratorio de hemodinámica, el servicio de radiología intervencionista, el área de endoscopia y similares. El enfoque que utilice el hospital para garantizar una cirugía segura se aplicará a todas las áreas del hospital en las cuales se realicen procedimientos quirúrgicos e invasivos.

El protocolo de la Joint Commission para prevenir la cirugía en sitio, paciente o con procedimiento erróneo (Protocolo Universal, *Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*TM) en parte se basa en el principio de utilizar múltiples estrategias para conseguir el objetivo de identificar siempre al paciente, el sitio y el procedimiento correctos.²⁵ Los elementos esenciales del Protocolo Universal son:

- el proceso de verificación preoperatoria;
- el marcado del sitio quirúrgico; y
- una pausa pre-quirúrgica (*time-out*) que se realiza inmediatamente antes del comienzo del procedimiento.

Proceso de verificación preoperatoria

La verificación preoperatoria es un proceso continuo de recogida y confirmación de información. El objetivo del proceso de verificación preoperatoria es:

- verificar al paciente, procedimiento y sitio correctos;
- garantizar que todos los documentos, imágenes y estudios relevantes se encuentren disponibles, correctamente etiquetados y expuestos; y
- verificar que todos los componentes sanguíneos necesarios, el equipo médico y/o los implantes especiales estén presentes. (*Ver también* ASC.7.4).

Existen distintos elementos del proceso de verificación preoperatoria que se pueden realizar antes de que el paciente llegue al área preoperatoria, como por ejemplo garantizar que los documentos, las imágenes, los resultados de analíticas y la documentación administrativa estén correctamente etiquetados y coincidan con los identificadores del paciente. De hecho, esperar hasta la pausa pre-quirúrgica para realizar el proceso de verificación preoperatoria puede demorar innecesariamente el procedimiento si la documentación o las imágenes no están etiquetadas y disponibles cuando la cirugía esté a punto de comenzar. Es probable que las distintas partes de la verificación preoperatoria se realicen más de una vez y en más de un lugar. **Por ejemplo**, el consentimiento para la cirugía se puede obtener en la consulta del cirujano y luego la verificación puede llevarse a cabo en el área de espera preoperatoria.

Marcado del sitio quirúrgico

El marcado del sitio quirúrgico o del procedimiento invasivo cuenta con el paciente y se realiza con una marca reconocible e inequívoca. Lo ideal es que no se utilice una "X" como marca, ya que puede interpretarse como "aquí no" o "lugar equivocado" y potencialmente conducir a errores en la atención al paciente. La marca debe ser consistente en todo el hospital. El sitio quirúrgico se marca en todos los casos que impliquen lateralidad, estructuras múltiples (dedos de la mano, dedos del pie, lesiones) o niveles múltiples (columna vertebral).

El marcado del sitio quirúrgico o del procedimiento invasivo debe ser realizado por la persona que llevará a cabo el procedimiento. Esta persona realizará el procedimiento quirúrgico o invasivo completo y permanecerá con el paciente durante todo el procedimiento. En el caso de procedimientos quirúrgicos, lo normal es que sea el *cirujano responsable* quien se encargue de llevar a cabo la intervención y, por lo tanto, es quien debe realizar el marcado. En el caso de procedimientos invasivos no quirúrgicos, puede ser un médico quien realice el procedimiento y puede tener lugar en un área del hospital fuera del quirófano.

Hay algunas circunstancias en las que un *residente* puede realizar el marcado del sitio -en aquellos casos en los que sea el residente quien realiza el procedimiento completo, con una mínima o

ninguna supervisión por parte del cirujano o médico responsable. En estos casos será el residente quien marque el sitio quirúrgico. Cuando el residente actúe como ayudante del cirujano o médico responsable, será este último, y no el residente, quien deberá realizar el marcado.

El marcado del sitio puede realizarse en cualquier momento antes de que comience el procedimiento quirúrgico o invasivo, siempre que el paciente participe activamente si es posible y que la marca sea visible después de que el paciente se prepare y se cubra. **Ejemplos** de situaciones en las que la participación del paciente puede no ser posible son los pacientes incapaces de tomar decisiones sobre su atención, los niños y los pacientes que requieren una intervención de urgencia.

Pausa pre-quirúrgica (*time-out*)

La pausa pre-quirúrgica se realiza inmediatamente antes de comenzar el procedimiento con todos los miembros del equipo presentes. Durante la pausa pre-quirúrgica el equipo se pone de acuerdo en los siguientes elementos:

- a) Que la identidad del paciente es correcta
- b) Que el procedimiento a realizar es el correcto
- c) Que el sitio del procedimiento quirúrgico o invasivo es el correcto

La pausa pre-quirúrgica permite la aclaración de cualquier pregunta pendiente o confusión. La pausa pre-quirúrgica se lleva a cabo en el lugar en el cual se realizará el procedimiento e involucra a todo el equipo de manera activa. El paciente no debe participar en la pausa pre-quirúrgica. Una vez realizada la pausa pre-quirúrgica, ningún miembro del equipo sale de la sala. La realización de la pausa pre-quirúrgica debe quedar registrada, incluyendo la fecha y la hora. El hospital determina si se necesita alguna otra documentación adicional.

Verificación post-quirúrgica (*sign-out*)

El listado de verificación quirúrgica de la OMS incluye un proceso final de verificación que se realiza antes de que el paciente abandone la sala donde se ha realizado el procedimiento.²⁸ Un miembro del equipo, generalmente una enfermera, confirma verbalmente los siguientes elementos:

- d) Nombre del procedimiento que se registró/escribió
- e) Realización del recuento del instrumental, gasas, compresas y objetos punzantes (según sea de aplicación)
- f) Etiquetado de muestras (si hay muestras, se lee en voz alta lo que pone en la etiqueta, incluyendo el nombre del paciente) (*Ver también* IPSTG.1, EM 2 y AOP.5.7, EM 2)
- g) Cualquier problema con los equipos que haya que resolver (en su caso)

Elementos medibles de IPSTG.4

1. El hospital implementa un proceso de verificación preoperatoria utilizando un listado de comprobación u otro proceso para registrar, antes del procedimiento quirúrgico o invasivo: que el consentimiento informado es el adecuado para el procedimiento; que se identificaron el paciente, procedimiento y sitio correctos; y que todos los documentos, componentes sanguíneos, equipamiento médico y dispositivos implantables necesarios se encuentran disponibles, son los correctos y funcionan correctamente.
2. El hospital usa una marca inequívoca y reconocible al instante para la identificación del sitio de la cirugía o del procedimiento invasivo que es consistente en todo el hospital.
3. El marcado del sitio es realizado por la persona que lleva a cabo el procedimiento quirúrgico o invasivo e involucra al paciente en el proceso de marcado.

Elementos medibles de IPSTG.4.1

1. El equipo completo participa de manera activa en un proceso de pausa pre-quirúrgica, que incluye los elementos a) hasta c) de la intención, en la sala en la que se va a realizar el procedimiento quirúrgico o invasivo, inmediatamente antes de comenzar dicho procedimiento. La realización de la pausa pre-quirúrgica se registra. (*Ver también* MOI.11.1).
2. Antes de que el paciente abandone la sala en la que se realizó el procedimiento quirúrgico o

invasivo, se lleva a cabo un proceso de verificación post-quirúrgica, que incluye al menos los elementos d) hasta g) de la intención.

3. Cuando se realizan procedimientos quirúrgicos o invasivos, incluyendo procedimientos médicos y odontológicos fuera de quirófano, el hospital utiliza procesos uniformes para garantizar una cirugía segura.

Objetivo 5: minimizar el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria

Estándar IP5G.5

El hospital adopta e implementa recomendaciones sobre higiene de manos basadas en la evidencia para minimizar el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria. ④

Intención de IP5G.5

La prevención y el control de las infecciones suponen un desafío en la mayoría de los entornos sanitarios, y las tasas crecientes de infecciones asociadas a la atención sanitaria son una preocupación importante para los pacientes y los profesionales sanitarios. Las infecciones comunes a todos los entornos sanitarios incluyen las infecciones del tracto urinario relacionadas con catéteres, las infecciones sanguíneas y la neumonía (con frecuencia relacionada con la ventilación mecánica).

Una higiene de manos correcta es de suma importancia para eliminar estas y otras infecciones. Recomendaciones para el lavado de manos basadas en la evidencia se encuentran disponibles en la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros norteamericanos para el control y prevención de enfermedades (US CDC) y otras organizaciones nacionales e internacionales.^{29,30} (Ver también GLD.11.2).

El hospital adopta e implementa las recomendaciones para la higiene de manos basadas en la evidencia que están en vigor. Las recomendaciones para la higiene de las manos se exponen en las zonas más adecuadas, y se instruye al personal en los procedimientos correctos de lavado y desinfección de manos. El jabón, los desinfectantes y las toallas u otros medios de secado se ubican en aquellas áreas en las que se requieren procedimientos de lavado y desinfección de manos. (Ver también PCI.9).

Elementos medibles de IP5G.5

1. El hospital ha adoptado las recomendaciones sobre higiene de manos basadas en la evidencia que se encuentran en vigor.
2. El hospital implementa un programa de higiene de manos en todo el centro.
3. Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se utilizan en todo el hospital de acuerdo con las recomendaciones de higiene de las manos.

Objetivo 6: minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas

Estándar IP6G.6

El hospital desarrolla e implementa un proceso para minimizar el riesgo de daño por caídas a los pacientes ingresados. ④

Estándar IP6G.6.1

El hospital desarrolla e implementa un proceso para minimizar el riesgo de daño por caídas a los pacientes ambulatorios. ④

Intención de IPSG.6 y IPSG.6.1

Muchas lesiones de pacientes ingresados y en tratamiento ambulatorio en el hospital son ocasionadas por caídas. El riesgo de caídas está relacionado con el paciente, la situación y/o la ubicación. Los riesgos del paciente pueden incluir su historial de caídas, el uso de medicamentos, el consumo de alcohol, problemas de movilidad o equilibrio, deficiencia visual, estado mental alterado u otros. Los pacientes evaluados inicialmente como de bajo riesgo de caídas pueden de repente pasar a ser de alto riesgo. Los motivos pueden incluir, pero no están limitados a, la cirugía y/o anestesia, los cambios repentinos en la condición clínica y el ajuste de los medicamentos. Muchos pacientes requieren una reevaluación durante su hospitalización. (*Ver también* AOP.1.4).

Los criterios de riesgo de caídas identifican los tipos de pacientes que se considera que tienen alto riesgo de caídas. Estos criterios y todas las intervenciones realizadas se registran en la historia clínica, ya que proporcionan la evidencia para apoyar la categoría de riesgo de caída del paciente. El hospital tiene la responsabilidad de identificar dentro de su población aquellos tipos de pacientes que pueden tener un alto riesgo de caídas. El registro de los criterios facilita la continuidad de la atención entre los distintos profesionales sanitarios que se ocupan del paciente. (*Ver también* ACC.3).

Por ejemplo, a menos que se complete la documentación correspondiente, un profesional sanitario que se haga cargo de un paciente después de que este abandone el quirófano puede no saber si el paciente, que tiene un alto riesgo de caídas, fue evaluado adecuadamente y si se le aplicó alguna intervención.

En el contexto de la población atendida, de los servicios proporcionados y de sus instalaciones, el hospital debe evaluar las caídas de los pacientes y tomar medidas para reducir ese riesgo y minimizar el riesgo de lesiones en caso de que se produzca una caída. El hospital insta un programa de reducción de caídas basado en unas políticas y/o procedimientos apropiados. Un programa de reducción de caídas debe incluir la evaluación del riesgo y la reevaluación periódica de una determinada población de pacientes y/o del entorno en el que se proporcionan la atención y los servicios (como por ejemplo las que se realizan durante las rondas periódicas de seguridad). Se implementan medidas e intervenciones para reducir el riesgo de caídas de aquellos pacientes, situaciones y localizaciones identificadas como de riesgo.³¹⁻³³

Hay determinadas situaciones que pueden plantear un riesgo de caídas. **Un ejemplo** de una situación potencial de riesgo es el paciente que llega al área de consultas externas desde un centro sanitario de larga estancia en ambulancia para someterse a un examen radiológico. El paciente puede estar en riesgo de caídas al ser trasladado desde la ambulancia a la camilla, o al cambiar la posición cuando esté acostado en la camilla.

Determinadas ubicaciones pueden presentar un mayor riesgo de caídas por el servicio proporcionado. **Por ejemplo**, un departamento de fisioterapia (para pacientes hospitalizados o ambulatorios) tiene muchos tipos de equipos especializados para uso de los pacientes que podrían aumentar el riesgo de caídas, como por ejemplo barras paralelas, escaleras para rehabilitación y aparatos para ejercicios.

Debe evaluarse el riesgo de caídas en todos los pacientes ingresados utilizando instrumentos y/o métodos apropiados para la/s población/es específica/s del hospital.^{34,35} **Por ejemplo**, los pacientes pediátricos necesitan una escala pediátrica de evaluación de caídas y, por tanto, un instrumento que se haya desarrollado para población adulta no determinará correctamente su riesgo de caídas.

En los servicios ambulatorios a los pacientes se les debe realizar un cribado para detectar el riesgo de caídas; sin embargo, solo hay que realizar el cribado a aquellos pacientes cuya condición clínica, situación, diagnóstico y/o ubicación los señala como de posible riesgo.^{36,37} Si a partir del cribado se determina que hay riesgo de caídas, se deben implementar medidas y/o intervenciones para minimizar el riesgo para esos pacientes.

El cribado normalmente implica la realización de una evaluación sencilla del paciente para determinar si muestra algún riesgo de caídas. Generalmente se utilizan instrumentos de cribado que incluyen preguntas o ítems que se usan para identificar el riesgo de caídas de los pacientes. **Por ejemplo**, las preguntas pueden requerir una respuesta simple de Sí/No, o bien se asigna una

puntuación a cada ítem basándose en las respuestas del paciente.

El hospital determina qué pacientes ambulatorios se someten a cribado. Para identificarlos pueden tenerse en cuenta los riesgos determinados por la situación o la ubicación además de las características y la condición clínica del paciente. Posibles **ejemplos** serían todos los pacientes ambulatorios del departamento de rehabilitación, todos los pacientes procedentes de centros socio-sanitarios que lleguen en ambulancia para someterse a procedimientos ambulatorios, pacientes citados para cirugía ambulatoria que requieran sedación o anestesia, pacientes con problemas de equilibrio o de movilidad, pacientes con déficits visuales, pacientes pediátricos menores de dos años, etc.

Elementos medibles de IPSG.6

1. El hospital implementa un proceso para evaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes ingresados y utiliza instrumentos/métodos de evaluación apropiados para los pacientes a los que atiende.
2. El hospital implementa un proceso para la reevaluación de los pacientes ingresados que pueden tener riesgo de caídas por un cambio en su condición clínica o de los que constan como de riesgo en base a los criterios registrados.
3. Se implementan medidas para minimizar el riesgo de caídas en aquellos pacientes, situaciones y ubicaciones del hospital considerados de riesgo. Las intervenciones a los pacientes se registran.

Elementos medibles de IPSG.6.1

1. El hospital implementa un proceso de cribado para aquellos pacientes ambulatorios cuya condición clínica, diagnóstico, situación o ubicación puede ponerlos en riesgo de caídas y utiliza instrumentos/métodos de cribado apropiados para la población atendida.
2. Cuando a partir del cribado se detecta un riesgo de caídas, se ponen en marcha medidas y/o intervenciones para minimizar el riesgo de aquellos pacientes identificados como de riesgo, y se registran el cribado y las intervenciones.
3. Se implementan medidas y/o intervenciones para minimizar el riesgo de caídas en aquellas situaciones y ubicaciones del área ambulatoria consideradas de riesgo.

Referencias

1. ECRI Institute. ECRI Institute PSO Deep Dive. Patient identification: Executive summary. Aug 2016. Accessed Nov 11, 2016. <https://www.ecri.org/Pages/Patient-Identification-Deep-Dive.aspx>.
2. The Joint Commission. Temporary names put newborns at risk. Jt Quick Safety. 2015 Oct;17:1–2. Accessed Nov 11, 2016. https://www.jointcommission.org/assets/1/23/Quick_Safety_Issue_17_Oct_2015_10_20_15.pdf.
3. Mosallam R, Ibrahim SZ. Critical value reporting at Egyptian laboratories. J Patient Saf. Epub 2015 Jun 12.
4. Roy CL, et al. An initiative to improve the management of clinically significant test results in a large health care network. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2013 Nov;39(11):517–527.
5. Yang D, Zhou Y, Yang C. Analysis of laboratory repeat critical values at a large tertiary teaching hospital in China. PLoS One. 2013;8(3):e59518.
6. Andersen HB, et al. Development and validation of a taxonomy of adverse handover events in hospital settings. Cogn Technol Work. 2015 Feb;17(1):79–87.
7. Smaggus A, Weirnerman AS. Handover: The fragile lines of communication. Canadian Journal of General Internal Medicine. 2015;10(4):15–19.
8. Smith CJ, et al. Interunit handoffs from emergency department to inpatient care: A cross-sectional survey of physicians at a university medical center. J Hosp Med. 2015 Nov;10(11):711–717.

9. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Strategy 3: Nurse bedside shift report. In *Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety*. Rockville, MD: AHRQ, 2013. Accessed Nov 9, 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy3/index.html>.
10. Craig R, et al. Strengthening handover communication in pediatric cardiac intensive care. *Paediatr Anaesth*. 2012 Apr;22(4):393–399.
11. Drachler H, et al. The Handover Toolbox: A knowledge exchange and training platform for improving patient care. *BMJ Qual Saf*. 2012 Dec;21 Suppl 1:i114–120.
12. Johnson M, Jefferies D, Nicholls D. Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *J Clin Nurs*. 2012 Feb;21(3–4):331–343.
13. Segall N, et al. Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesth Analg*. 2012 Jul;115(1):102–115.
14. Starmer AJ, et al. Rates of medical errors and preventable adverse events among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle. *JAMA*. 2013 Dec 4;310(21):2262–2270.
15. Institute for Safe Medication Practices. Medication Safety Tools and Resources. 2016. Accessed Nov 13, 2016. <https://www.ismp.org/tools/>.
16. Khoo AL, et al. A multicenter, multidisciplinary, high-alert medication collaborative to improve patient safety: The Singapore experience. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2013 May;39(5):205–212.
17. Shaw KN, et al.; Pediatric Emergency Care Applied Research Network. Reported medication events in a paediatric emergency research network: Sharing to improve patient safety. *Emerg Med J*. Epub 2012 Oct 31.
18. Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Network. Patient Safety Primer: Medication Errors. 2015. (Updated: Mar 2015.) Accessed Nov 14, 2016. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/23/medication-errors>.
19. Ching JM, et al. Using Lean to improve medication administration safety: In search of the “perfect dose.” *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2013 May;39(5):195–204.
20. DeHenau C, et al. Tallman lettering as a strategy for differentiation in look-alike, sound-alike drug names: The role of familiarity in differentiating drug doppelgangers. *Appl Ergon*. 2016;52:77–84.
21. Institute for Healthcare Improvement (IHI). *How-to Guide: Prevent Harm from High-Alert Medications*. Cambridge, MA: IHI, 2012. Accessed Nov 14, 2016. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventHarmfromHighAlertMedications.aspx>.
22. Irwin A, et al. The effect of proximity, tall man lettering, and time pressure on accurate visual perception of drug names. *Hum Factors*. 2013 Apr;55(2):253–266.
23. Or CK, Wang H. A comparison of the effects of different typographical methods on the recognizability of printed drug names. *Drug Saf*. 2014 May;37(5):351–359.
24. Ostini R, et al. Quality use of medicines—Medication safety issues in naming; look-alike, sound-alike medicine names. *Int J Pharm Pract*. 2012 Dec;20(6):349–357.
25. The Joint Commission. National Patient Safety Goals Effective January 1, 2016: Hospital Accreditation Program. 2016. Accessed November 12, 2016. https://www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_HAP.pdf
26. American College of Obstetricians and Gynecologists. Patient safety in the surgical environment. Committee Opinion No. 464. *Obstet Gynecol*. 2010 Sep (Reaffirmed 2014);116:786–790.
27. Chablotz C, et al. Performance of correct procedure at correct body site: Correct site surgery. *Guide to Surgical Site Marking High 5s*. 2012 Oct:1–24.
28. World Health Organization. Surgical Safety Checklist 2008. Accessed Nov 14, 2016. http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf?ua=1.
29. Centers for Disease Control and Prevention. Hand Hygiene in Healthcare Settings. 2016. Accessed Nov 14, 2016. <https://www.cdc.gov/handhygiene/>.
30. World Health Organization. Clean Care Is Safer Care. The Evidence for Clean Hands. (Updated: Apr 28, 2016.) Accessed Nov 14, 2016. http://www.who.int/gpsc/country_work/en/.

31. Agency for Healthcare Research and Quality. Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. Accessed Nov 14, 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/index.html>.
32. Boushon B, et al. How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2014. Accessed November 25, 2016. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/TCABHowToGuideReducingPatientInjuriesfromFalls.aspx>
33. Miale-Lye IM, et al. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: A systematic review. *Ann Intern Med*. 2013 Mar 5;158(5 Pt 2):390–396.
34. Heafner L, et al. Development of a tool to assess risk for falls in women in hospital obstetric units. *Nurs Womens Health*. 2013 Apr–May;17(2):98–107.
35. Lee J, Geller AI, Strasser DC. Analytical review: Focus on fall screening assessments. *PM R*. 2013 Jul;5(7):609–621.
36. Fielding SJ, McKay M, Hyrkas K. Testing the reliability of the Fall Risk Screening Tool in an elderly ambulatory population. *J Nurs Manag*. 2013 Nov;21(8):1008–1015.
37. Wu TY, et al. Risk factors for single and recurrent falls: A prospective study of falls in community dwelling seniors without cognitive impairment. *Prev Med*. 2013 Nov;57(5):511–517.



Acceso y continuidad de la atención (ACC)

Panorama general

Las organizaciones sanitarias intentan conseguir una manera más completa e integrada de proporcionar la atención. Para ello se necesita un alto grado de colaboración y de comunicación entre los profesionales sanitarios. Los hospitales deben considerar la atención que proporcionan como parte de un sistema integrado de servicios, profesionales sanitarios y niveles asistenciales, que constituyen un sistema *continuo de cuidados*. El objetivo es combinar adecuadamente las necesidades de atención del paciente con los servicios disponibles, coordinar los servicios que se proporcionan al paciente dentro de la organización y después planificar el alta y el seguimiento. La consecuencia son unos mejores resultados en la atención al paciente y una utilización más eficiente de los recursos disponibles.

La información es fundamental para tomar decisiones correctas sobre:

- qué necesidades del paciente pueden ser atendidas por la organización sanitaria;
- la priorización de aquellos pacientes que presenten necesidades inmediatas o urgentes;
- el flujo eficiente de los servicios al paciente;
- el acceso a servicios intensivos o especializados;
- la coordinación y la continuidad de la atención;
- la derivación, la transferencia o el alta del paciente a su domicilio o a otro dispositivo sanitario; y
- el transporte seguro del paciente.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono © después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

Criterios para la admisión en el hospital

ACC.1 Los pacientes que podrían ser ingresados en el hospital o que desean servicios ambulatorios se analizan con unos criterios para identificar si sus necesidades de atención coinciden con la misión y los recursos del hospital. ©

ACC.1.1 Los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas tienen prioridad para la evaluación y el tratamiento.

- ACC.1.2** El hospital tiene en cuenta las necesidades clínicas de los pacientes e informa a los mismos si existen periodos de espera o demoras para acceder a servicios de diagnóstico y/o tratamiento. ②

Admisión al hospital

- ACC.2** El hospital cuenta con un proceso para la hospitalización de pacientes y para el registro de pacientes ambulatorios. ②
- ACC.2.1** Las necesidades de servicios preventivos, paliativos, curativos y de rehabilitación se priorizan en función del estado del paciente en el momento del ingreso en el hospital.
- ACC.2.2** Al ingreso los pacientes y las familias reciben formación y orientación sobre la unidad de hospitalización, información acerca de la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier posible coste por la atención.
- ACC.2.2.1** El hospital desarrolla un proceso para gestionar el flujo de pacientes en todo el hospital. ②
- ACC.2.3** El ingreso en unidades que proporcionan servicios de cuidados intensivos o especializados viene determinada por criterios establecidos. ②
- ACC.2.3.1** El alta de unidades que proporcionan servicios de cuidados intensivos o especializados viene determinada por criterios establecidos. ②

Continuidad de la atención

- ACC.3** El hospital diseña y lleva a cabo procesos que permiten la continuidad de los servicios de atención al paciente en el hospital y la coordinación entre los profesionales sanitarios. ②
- ACC.3.1** Durante todas las fases de atención al paciente hospitalizado, hay una persona cualificada identificada como responsable de la atención del paciente. ②
- ACC.3.2** La información relacionada con la atención del paciente es transferida con el paciente.

Alta, derivación y seguimiento

- ACC.4** Existe un proceso para la derivación o el alta de los pacientes que está basado en el estado de salud del paciente y en su necesidad de continuidad de cuidados o servicios. ②
- ACC.4.1** La educación y la formación del paciente y la familia están relacionadas con las necesidades de atención continuada del paciente.
- ACC.4.2** El hospital colabora con los profesionales sanitarios y con las agencias externas para garantizar que las derivaciones se realicen de manera oportuna.
- ACC.4.3** Para todos los pacientes ingresados se prepara un informe de alta completo.
- ACC.4.3.1** La educación del paciente y las instrucciones de seguimiento se proporcionan en una forma y en un idioma que el paciente pueda entender.
- ACC.4.3.2** Las historias clínicas de los pacientes ingresados contienen una copia del informe de alta. ②
- ACC.4.4** Las historias clínicas de los pacientes ambulatorios que requieren cuidados complejos o tienen un diagnóstico complejo contienen los perfiles de la

atención médica y se ponen a disposición de los profesionales sanitarios que brindan atención a dichos pacientes. ©

ACC.4.5 El hospital tiene un proceso para la gestión y el seguimiento de los pacientes que informen al personal del centro de su intención de marcharse contra el criterio médico.

ACC.4.5.1 El hospital tiene un proceso para la gestión de los pacientes que abandonan el hospital contra el criterio médico y sin informar al personal del centro.

Transferencia de pacientes

ACC.5 Los pacientes son transferidos a otras organizaciones basándose en su estado, la necesidad de satisfacer sus necesidades de atención continuada y la capacidad de la organización que los recibe de satisfacer esas necesidades.

ACC.5.1 El hospital desde el cual se deriva al paciente desarrolla un proceso de transferencia para garantizar que el paciente sea transferido de manera segura.

ACC.5.2 La organización receptora recibe un resumen escrito de la condición clínica del paciente y de las intervenciones realizadas en el hospital desde el cual fue derivado.

ACC.5.3 El proceso de transferencia se registra en la historia clínica del paciente. ©

Transporte

ACC.6 Los servicios de transporte del hospital cumplen con la legislación y normativa que les sea de aplicación y con las exigencias de un transporte seguro y de calidad. ©

Estándares, intenciones y elementos medibles

Criterios para la admisión en el hospital

Estándar ACC.1

Los pacientes que podrían ser ingresados en el hospital o que desean servicios ambulatorios se analizan con unos criterios para identificar si sus necesidades de atención coinciden con la misión y los recursos del hospital. ©

Intención de ACC.1

Para hacer coincidir las necesidades del paciente con la misión y recursos del hospital es necesario obtener información acerca de las necesidades y estado del paciente por medio de un sistema de cribado, que generalmente se realiza en el punto de primer contacto. El cribado puede realizarse por medio de criterios de triaje, evaluación visual, un examen físico, o a través de los resultados de evaluaciones físicas, psicológicas, pruebas de laboratorio o de imágenes de diagnóstico realizadas con anterioridad. El cribado puede realizarse en la organización que deriva al paciente, durante el traslado de emergencia o cuando el paciente llega al hospital. Es importante que las decisiones de tratar, transferir o derivar se realicen después de contar con los resultados de este proceso. Solo se ingresan en el hospital o se registran para recibir atención ambulatoria aquellos pacientes para los que el hospital tiene la capacidad de proporcionar los servicios clínicos necesarios, de acuerdo con su misión. Pueden exigirse determinados métodos de cribado o pruebas diagnósticas para todos los pacientes que se ingresen o bien el hospital podría identificar determinadas pruebas para poblaciones específicas de pacientes. **Por ejemplo**, a todos los pacientes con una diarrea activa se les debe realizar una detección de *Clostridium difficile*, o determinados tipos de pacientes requieren detección de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina, como por ejemplo todos los pacientes

que vienen de centros de larga estancia. El hospital determina aquellas pruebas de detección y evaluaciones específicas que hay que realizar antes del ingreso o del registro. Cuando el hospital no tiene la capacidad clínica para proporcionar los servicios necesarios, el paciente es transferido, derivado o se le ayuda a identificar aquellos proveedores de servicios que puedan atender sus necesidades (*Ver también AOP.1*).

Elementos medibles de ACC.1

1. De acuerdo con los resultados del cribado, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión y los recursos del hospital. (*Ver también GLD.3.1, EM 1*)
2. Se aceptan pacientes solo si el hospital puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado para la atención de pacientes ingresados y ambulatorios.
3. Si las necesidades del paciente no coinciden con la misión y los recursos del hospital, este transferirá, derivará o ayudará al paciente a identificar y/o obtener los proveedores de servicios de atención adecuados. (*Ver también ACC.5, EM1*).
4. Existe un proceso para proporcionar los resultados de las pruebas diagnósticas a los responsables de determinar si el paciente ha de ser admitido, transferido o derivado.
5. Se identifican aquellas pruebas de cribado o evaluaciones específicas que el hospital exige antes del ingreso o del registro.
6. No se admiten, transfieren o derivan pacientes antes de contar con los resultados de los análisis solicitados para tomar estas decisiones.

Estándar ACC.1.1

Los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas tienen prioridad para la evaluación y el tratamiento.

Intención de ACC.1.1

Ya sea en el servicio de urgencias o en un servicio ambulatorio de atención urgente o inmediata, los pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas se identifican con un proceso de triaje aceptado. Debe incluirse en el proceso de triaje la detección precoz de signos y síntomas de enfermedades transmisibles.¹⁻³ Una vez identificados como pacientes con necesidades de emergencia, urgentes o inmediatas, deben evaluarse y recibir atención tan rápidamente como sea necesario. Aquellos pacientes que sean identificados como potenciales portadores de enfermedades transmisibles deben ser segregados y/o aislados según lo que se necesite. (*Ver también PCI.8, EM 2*). Estos pacientes pueden ser evaluados por un médico u otro profesional cualificado antes que otros pacientes, deben recibir servicios de diagnóstico lo más rápidamente posible, y comenzar un tratamiento que responda a sus necesidades.

El proceso de triaje puede incluir criterios de base fisiológica cuando sea posible y adecuado. El hospital capacita al personal para que pueda determinar qué pacientes necesitan atención inmediata y cómo se prioriza su atención. Cuando el hospital no es capaz de responder a las necesidades de un paciente en situación de *emergencia* y el paciente necesita ser transferido a un mayor nivel de atención, el hospital que transfiere debe proporcionar un tratamiento antes del traslado para estabilizar al paciente en la medida de sus capacidades y dejarlo registrado.

Elementos medibles de ACC.1.1

1. Para priorizar a aquellos pacientes con necesidades inmediatas, el hospital utiliza un proceso de triaje aceptado que incluye la detección precoz de las enfermedades transmisibles.
2. El personal está capacitado para usar los criterios.
3. Se prioriza a los pacientes según la urgencia de sus necesidades.
4. Antes de ser trasladados, los pacientes en situación de emergencia se evalúan y estabilizan en la medida de la capacidad del hospital. (*Ver también COP.1*).

5. El tratamiento de estabilización que se proporciona antes del traslado se documenta en un registro que se mantiene en el hospital que transfiere al paciente. (*Ver también* MOI.10).

Estándar ACC.1.2

El hospital tiene en cuenta las necesidades clínicas de los pacientes e informa a los mismos si existen periodos de espera o demoras para acceder a servicios de diagnóstico y/o tratamiento. ©

Intención de ACC.1.2

Se informa a los pacientes cuando se sabe que existen importantes demoras en el diagnóstico y/o en el tratamiento o cuando la obtención de la atención programada requiere su inclusión en una lista de espera. Se informa a los pacientes sobre los motivos relacionados con la demora y acerca de las posibles alternativas. Este requisito afecta a los servicios de hospitalización, atención ambulatoria y/o servicios diagnósticos; no se refiere a esperas menores o habituales en la prestación de servicios ambulatorios o de hospitalización, como por ejemplo cuando un médico se retrasa o cuando las urgencias están muy concurridas y la sala de espera está llena. (*Ver también* ACC.2.2.1). Para algunos servicios, como por ejemplo oncología o trasplantes, las demoras pueden estar gestionadas mediante normas nacionales para dichos servicios, por lo que estos casos se consideran distintos a los retrasos en otros servicios como los diagnósticos.

Elementos medibles de ACC.1.2

1. Se informa a los pacientes hospitalizados y ambulatorios acerca de las demoras en la atención y/o tratamiento.
2. Se informa a los pacientes acerca de los motivos de la demora y se les proporciona información sobre alternativas posibles coherentes con sus necesidades clínicas.
3. La información se registra en la historia clínica del paciente.

Admisión al hospital

Estándar ACC.2

El hospital cuenta con un proceso para la hospitalización de pacientes y para el registro de pacientes ambulatorios. ©

Intención de ACC.2

El proceso de ingreso de pacientes en el hospital y de registro de pacientes ambulatorios para recibir servicios está estandarizado (*Ver también* ACC.2.2). El personal está familiarizado con y respeta el proceso estandarizado.

El proceso aborda:

- el registro en el caso de servicios ambulatorios o el ingreso para servicios de hospitalización;
- el ingreso directo desde el servicio de urgencias a una unidad de hospitalización; y
- el proceso para pacientes que permanecen en observación.

Elementos medibles de ACC.2

1. El proceso de registro de pacientes ambulatorios está estandarizado.
2. El proceso de ingreso de pacientes hospitalizados está estandarizado.
3. Existe un proceso para el ingreso de pacientes de urgencia a las unidades de hospitalización.
4. Existe un proceso para los pacientes que permanecen en observación.
5. El personal está familiarizado con y respeta todos los procesos de admisión y registro.

Estándar ACC.2.1

Las necesidades de servicios preventivos, paliativos, curativos y de rehabilitación se priorizan en función del estado del paciente en el momento del ingreso en el hospital.

Intención de ACC.2.1

Cuando se considera que el paciente debe ser ingresado en el hospital, la evaluación de cribado ayuda al personal a identificar y priorizar los *servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos* que necesita el paciente, y a seleccionar la unidad o servicio más adecuado para responder a sus necesidades más urgentes o prioritarias.

Elementos medibles de ACC.2.1

1. El cribado ayuda al personal a identificar las necesidades de los pacientes.
2. La unidad o servicio seleccionado para responder a estas necesidades se basa en los hallazgos del cribado.
3. Se priorizan las necesidades de los pacientes que están relacionadas con servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos.

Estándar ACC.2.2

Al ingreso, los pacientes y las familias reciben formación y orientación sobre la unidad de hospitalización, información acerca de la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier posible coste por la atención.

Intención de ACC.2.2

Durante el proceso de admisión, los pacientes y sus familias reciben información suficiente para tomar decisiones informadas. (*Ver también ACC.2*). Se proporciona información acerca de la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier coste esperado para el paciente o la familia por la atención, cuando no es una fuente pública o privada la que se hace cargo del mismo. Si existen limitaciones financieras relacionadas con el coste de la atención, el hospital busca vías de superar dichas limitaciones. La información puede proporcionarse de forma escrita o verbalmente, debiendo dejarse constancia en la historia del paciente.

La seguridad del paciente es un aspecto importante de la atención. Facilitar orientación sobre el entorno y sobre el equipamiento relacionados con la asistencia y con los servicios que se proporcionarán al paciente durante su ingreso es un componente esencial de dicha seguridad.

Elementos medibles de ACC.2.2

1. Al realizarse el ingreso, el paciente y la familia reciben formación y orientación sobre la unidad de hospitalización. (*Ver también COP.3.1, EM 4*).
2. El paciente y la familia reciben información sobre la atención propuesta. (*Ver también PFR.2, EM2*).
3. El paciente y la familia reciben información sobre los resultados esperados de la atención.
4. El paciente y la familia reciben información sobre cualquier coste esperado relativo a la atención propuesta.

Estándar ACC.2.2.1

El hospital desarrolla un proceso para gestionar el flujo de pacientes en todo el hospital. ©

Intención de ACC.2.2.1

Gestionar el flujo de pacientes en el hospital es esencial para prevenir la saturación del servicio de urgencias (SU) y la permanencia de los pacientes en el SU y en otras áreas de estancia temporal del hospital mientras esperan que queden libres camas de hospitalización. La permanencia en áreas temporales y la saturación del SU socavan la oportunidad de la atención y, en última instancia, la seguridad del paciente.⁴⁻⁸ La gestión efectiva de los procesos que a lo largo del sistema facilitan el

flujo de pacientes (como la admisión, la evaluación y tratamiento, la transferencia de pacientes, los cambios de turno, y el alta) puede minimizar las demoras en la prestación de la asistencia.⁹⁻²⁰ El proceso de flujo de pacientes aborda los siguientes aspectos:

- a) La disponibilidad de camas para pacientes hospitalizados
- b) La planificación de las instalaciones para la asignación de espacio, suministros básicos, equipamiento, tecnología médica y el abastecimiento necesarios para atender a los pacientes ubicados en zonas de hospitalización temporal
- c) Planificar la dotación de personal necesaria para atender a los pacientes ubicados en estas zonas de hospitalización temporal o que están emplazados en el SU o en otras áreas de estancia temporal
- d) El flujo de pacientes por todas las áreas en las que reciben de atención, tratamiento y servicios (como las unidades de hospitalización, el laboratorio, los quirófanos, telemetría, radiología y la unidad de recuperación postanestésica)
- e) La eficiencia de los servicios no clínicos que proporcionan soporte a la atención y al tratamiento (como el servicio de limpieza y el transporte)
- f) La prestación del mismo nivel de atención a los pacientes que se encuentran en una ubicación temporal que el que se brinda a los pacientes que ya han sido ingresados en una unidad de hospitalización (Ver también COP.1, EM1)
- g) El acceso a servicios de apoyo para los pacientes en ubicación temporal (como trabajo social, apoyo religioso o espiritual y servicios similares)

La monitorización y la mejora de estos procesos son estrategias útiles para reducir los problemas generados por el flujo de pacientes. El personal de los diferentes servicios y áreas de trabajo del hospital -unidades de hospitalización, SU, personal médico, enfermería, personal administrativo, de gestión de las instalaciones, de gestión de riesgos- pueden contribuir de manera significativa a entender y resolver los problemas generados por el flujo de pacientes. La medición y el establecimiento de objetivos ayudan a detectar el impacto en las unidades, a identificar ciclos y tendencias a lo largo del tiempo y a fomentar la aceptación de responsabilidades en todos los niveles de la organización.

La permanencia en el SU solo debe utilizarse como una solución temporal a la sobrecarga hospitalaria. Los planes del hospital deben determinar el periodo de tiempo transcurrido el cual los pacientes han de ser transferidos a su unidad correspondiente de hospitalización desde el SU u otras áreas de estancia temporal. Lo que se pretende con estos planteamientos es orientar a los hospitales a que proporcionen una ubicación segura, una dotación de personal suficiente y apropiada para la atención que se necesite, que realicen una evaluación y re-evaluación de los pacientes que permanecen en espera de ser transferidos a la unidad que les corresponde, y les brinden atención (dentro de sus posibilidades). (Ver también ACC.1.2)

Elementos medibles de ACC.2.2.1

1. El hospital desarrolla e implementa un proceso que facilita el flujo de pacientes en todo el hospital que aborda al menos los puntos a) hasta g) de la intención. (Ver también GLD.3.1, EM1).
2. El hospital planifica y brinda atención a pacientes que necesitan el ingreso y permanecen en el SU y en otras áreas de estancia temporal del hospital.
3. El hospital determina e implementa un límite de tiempo para los pacientes que permanecen a la espera de camas de hospitalización.
4. Las personas que gestionan los procesos de flujo de pacientes revisan la efectividad para identificar e implementar mejoras en el proceso.

Estándar ACC.2.3

El ingreso en unidades que proporcionan servicios de cuidados intensivos o especializados viene

determinada por criterios establecidos. ⑩

Estándar ACC.2.3.1

El alta de unidades que proporcionan servicios de cuidados intensivos o especializados viene determinada por criterios establecidos. ⑩

Intención de ACC.2.3 y ACC.2.3.1

Las unidades o servicios que brindan cuidados intensivos o especializados (**por ejemplo**, una unidad de cuidados intensivos posquirúrgicos, las unidades de quemados o las unidades de trasplante de órganos y tejidos) son costosas y generalmente tienen recursos limitados de espacio y personal. Por lo tanto, los hospitales pueden restringir el ingreso en estos servicios y unidades especializadas (**por ejemplo**, el ingreso en la unidad de cuidados intensivos puede estar reservado exclusivamente para los pacientes con una condición médica reversible y no estar permitido para los pacientes en situación terminal).

En tales casos, el hospital tiene que establecer sus criterios para determinar qué pacientes requieren el nivel de atención que se brinda en dichas unidades y servicios especializados.

Para garantizar la consistencia, los criterios deben incluir parámetros de priorización y parámetros diagnósticos y/u objetivos, incluyendo criterios de tipo fisiológico cuando sea posible. En el caso de hospitales con servicio de psiquiatría, el ingreso en una unidad cerrada puede incluir criterios de agravamiento de la enfermedad que pueden o no incluir criterios de tipo fisiológico. En el desarrollo de los criterios participan personas del servicio de urgencias, de las unidades de cuidados intensivos o de los servicios especializados. Los criterios se utilizan para determinar el ingreso directo a la unidad por ejemplo, desde el departamento de emergencia. Los criterios utilizan para determinar el ingreso directo en el servicio o unidad; **por ejemplo**, directamente desde urgencias. También se utilizan para disponer el ingreso al servicio o unidad tanto desde dentro como desde fuera del hospital (como en el caso de un paciente transferido desde otro hospital).

Los pacientes ingresados en una unidad o servicio especializado requieren seguimiento y reevaluación para identificar cambios en su condición por los que dejen de requerir servicios especializados. **Por ejemplo**, cuando el estado fisiológico del paciente se ha estabilizado y no necesita monitorización ni tratamiento intensivos, o cuando el estado del paciente se ha deteriorado hasta el punto de no necesitar atención ni servicios especializados, el paciente puede ser dado de alta de la unidad especializada o trasladado a una unidad con un nivel de atención más bajo (como, por ejemplo, una unidad médica o quirúrgica, un centro para enfermos terminales o una unidad de cuidados paliativos). Los criterios utilizados para la transferencia desde una unidad especializada a un nivel de atención inferior deben ser los mismos criterios que se utilizan para el ingreso de pacientes en el siguiente nivel de atención. **Por ejemplo**, cuando la condición del paciente se ha deteriorado hasta el punto que el tratamiento intensivo no se considera útil, el ingreso del paciente en un centro para enfermos terminales o en una unidad de cuidados paliativos tiene que realizarse de acuerdo con los criterios de ingreso en esos servicios.

Elementos medibles de ACC.2.3

1. El hospital ha establecido criterios para el ingreso y/o transferencia a unidades de cuidados intensivos o servicios especializados para dar respuesta a necesidades específicas del paciente. (Ver también ACC.3 EM 4 y GLD.10, EM 2)
2. Los criterios utilizan parámetros de priorización y parámetros diagnósticos y/u objetivos, que incluyen criterios de tipo fisiológico cuando sea posible.
3. Los profesionales de las unidades de cuidados intensivos o especializados participan en la elaboración de los criterios.
4. Se capacita al personal para aplicar los criterios.
5. Las historias clínicas de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos o servicios especializados contienen evidencias de que cumplen los criterios de ingreso en dichos servicios. (Ver también ACC.3, EM 5)

Elementos medibles de ACC.2.3.1

1. El hospital ha establecido criterios de alta y/o transferencia desde cuidados intensivos y servicios o unidades especializadas a niveles diferentes de atención. (Ver también ACC.3, EM 4 y GLD.10 EM 2)
2. Los criterios utilizados para el alta o la transferencia deben incluir los criterios empleados para el ingreso en el siguiente nivel de atención.
3. Los profesionales de las unidades de cuidados intensivos o especializados participan en la elaboración de los criterios.
4. Se capacita al personal para aplicar los criterios.
5. Las historias clínicas de los pacientes que son transferidos o dados de alta de las unidades de cuidados intensivos o servicios especializados contienen evidencias de que ya no cumplen con los criterios requeridos para recibir la atención de estos servicios. (Ver también ACC.3, EM 5)

Continuidad de la atención

Estándar ACC.3

El hospital diseña y lleva a cabo procesos que permiten la continuidad de los servicios de atención al paciente en el hospital y la coordinación entre los profesionales sanitarios. ©

Intención de ACC.3

A lo largo de la estancia del paciente en el hospital desde el ingreso hasta el alta o transferencia, varios departamentos y servicios y muchos profesionales sanitarios distintos pueden participar en su atención. Durante todas las fases de atención las necesidades de los pacientes se abordan con los recursos propios y, en caso necesario, de fuera del hospital. La continuidad mejora cuando todos los profesionales que atienden al paciente tienen la información necesaria para la toma de decisiones a partir de las experiencias médicas anteriores hasta las actuales, y, cuando varios profesionales sanitarios están implicados en la toma de decisiones sobre la atención al paciente, acuerdan la atención y los servicios que se deben brindar.

La historia clínica del paciente es una fuente primaria de información del proceso de atención y del progreso del paciente y, por lo tanto, es una herramienta de comunicación esencial. Para que esta información sea útil y para contribuir a la continuidad de la atención del paciente, es necesario que esté disponible durante la atención del paciente hospitalizado, las visitas ambulatorias, y en cualquier otro momento en que sea requerida, y además se debe mantener actualizada. Todos los profesionales sanitarios que estén a cargo del paciente deben tener a su disposición las anotaciones médicas, de enfermería y de atención al paciente que necesiten. (Ver también IPSG.6; IPSG.6.1; AOP.2; COP.2; y MOI.11.1.1)

Para que la atención al paciente parezca no tener fisuras, el hospital debe diseñar e implementar procesos para la continuidad y coordinación de la atención entre los médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios

- a) en los servicios de urgencia y en la admisión de los pacientes hospitalizados;
- b) en los servicios de diagnóstico y de tratamiento;
- c) en los servicios quirúrgicos y de tratamiento no quirúrgico;
- d) en los programas de atención ambulatoria; y
- e) en otras organizaciones y otros lugares de atención.

Los líderes de los departamentos y servicios trabajan de manera conjunta para diseñar e implementar los procesos de coordinación y continuidad de la atención. Estos procesos pueden apoyarse en el uso de herramientas como, por ejemplo, guías, vías clínicas, planes de atención, formularios de derivación de pacientes a otro médico, listas de verificación, etc. El hospital identifica a personas responsables de la coordinación de los servicios. Estas personas pueden

coordinar toda la atención al paciente (**por ejemplo**, entre departamentos) o pueden estar a cargo de coordinar la atención de pacientes individuales (**por ejemplo**, gestores de casos) Esta coordinación de la atención es efectiva si se utilizan criterios establecidos o políticas que determinen si las transferencias dentro del hospital son apropiadas. (Ver también IPSG.2.2; COP.8.3; COP.9.3, EM 2; ASC.7.2; y MOI.1)

Elementos medibles de ACC.3

1. Los líderes de los departamentos y servicios diseñan e implementan procesos que contribuyen a la continuidad y coordinación de la atención, que incluyen por lo menos los puntos a) hasta e) de la intención. (Ver también ACC.4.4; GLD.9; y GLD.10, EM 2)
2. La(s) historia(s) clínica(s) del paciente está(n) disponible(s) para aquellos profesionales autorizados que la(s) necesiten para la atención del paciente. (Ver también AOP.1.1; ASC.7.2, EM 3; MMU.4, EM 4; y MMU.5.1, EM 5)
3. La(s) historia(s) clínica(s) del paciente está(n) actualizada(s) para asegurar la comunicación de la información más reciente. (Ver también COP.2.3, EM 3; ASC.7.2, EM 3; MMU.4 EM 4; MMU.5.1, EM 5)
4. Los procesos de continuidad y coordinación de atención se apoyan en el uso de herramientas, como planes de atención, guías, etc. (Ver también ACC.2.3, EM 1; ACC.2.3.1, EM 1; ACC.3; y ASC.7.2, EM 1)
5. La continuidad y coordinación son evidentes a través de todas las fases de la atención al paciente. (Ver también ACC.2.3, EM 5 y ACC.2.3.1, EM 5)

Estándar ACC.3.1

Durante todas las fases de atención al paciente hospitalizado, hay una persona cualificada identificada como responsable de la atención del paciente. ©

Intención de ACC.3.1

Para mantener la continuidad de la atención durante la estancia del paciente en el hospital, se identifica claramente a la persona que tiene total responsabilidad en la coordinación y continuidad de la atención del paciente o de una fase particular de su atención. Esta persona puede ser un médico o cualquier otro profesional cualificado. La persona responsable aparece identificada en la historia clínica del paciente. Una única persona que brinde supervisión de la atención durante la estancia completa en el hospital mejorará la continuidad, la coordinación, la satisfacción del paciente, la calidad y, potencialmente, los resultados. Por lo tanto, esta situación es la deseable para algunos pacientes complejos u otros casos que el hospital determine. Esta persona necesitaría colaborar y comunicarse con los otros profesionales sanitarios. Además, la política del hospital identifica el proceso para la transferencia de responsabilidad desde la persona responsable a otra persona durante las vacaciones, días festivos y otros períodos. La política identifica a aquellos especialistas, médicos de guardia, médicos interinos, u otros que asumen esa responsabilidad y la manera de asumirla y dejar documentada su participación o cobertura.

Cuando un paciente pasa de una fase de atención a otra (**por ejemplo**, de la fase quirúrgica a rehabilitación), la persona responsable de la atención del paciente puede cambiar o la misma persona puede continuar supervisando todo el proceso de atención del paciente.

Elementos medibles de ACC.3.1

1. La(s) persona(s) responsable(s) de la coordinación de la atención del paciente está(n) identificada(s) en la historia clínica del paciente y está(n) disponible(s) en todas las fases de la atención del paciente hospitalizado.
2. La(s) persona(s) está(n) capacitada(s) para asumir la responsabilidad de la atención del paciente.
3. Existe un proceso para transferir la responsabilidad de la coordinación de la atención de una persona a otra.

4. El proceso identifica cómo estas personas asumen responsabilidad transferida y la manera de documentar su participación o cobertura.

Estándar ACC.3.2

La información relacionada con la atención del paciente es transferida con el paciente.

Intención de ACC.3.2

Los pacientes pueden ser transferidos dentro del hospital desde un servicio o unidad de hospitalización a otro servicio o unidad de hospitalización diferente en el transcurso de la atención y el tratamiento. Cuando el equipo de atención cambia como resultado de la transferencia, la continuidad de la atención del paciente requiere que la información esencial relacionada con el paciente se transfiera junto con el paciente. Así la medicación y otros tratamientos pueden continuar de manera ininterrumpida, y el estado del paciente se puede monitorizar. Para garantizar que cada equipo asistencial reciba la información necesaria para brindar la atención, se transfiere(n) la(s) historia(s) clínica(s) del paciente o bien la información de la historia clínica se resume durante el traspaso y se proporciona al equipo que recibe al paciente. Dicho resumen incluye el motivo de ingreso, hallazgos significativos, diagnóstico, procedimientos realizados, medicación y otros tratamientos, y la situación del paciente en el momento de la transferencia.

Elementos medibles de ACC.3.2

1. La historia clínica del paciente o un resumen de la información sobre la atención al paciente se transfieren junto con el paciente al otro servicio o unidad en el hospital.
2. El resumen contiene el motivo de ingreso.
3. El resumen contiene los hallazgos más significativos.
4. El resumen contiene cualquier diagnóstico realizado.
5. El resumen contiene todos los procedimientos realizados, los medicamentos administrados y otros tratamientos.
6. El resumen contiene la situación del paciente en el momento de la transferencia.

Alta, derivación y seguimiento

Estándar ACC.4

Existe un proceso para la derivación o el alta de los pacientes que está basado en el estado de salud del paciente y en su necesidad de continuidad de cuidados o servicios. ④

Intención de ACC.4

La derivación o el alta de un paciente a un médico fuera del hospital, a otro lugar de atención, a su domicilio, o con su familia se basan en el estado de salud del paciente y en la necesidad de continuar con la atención o los servicios. El médico del paciente o la persona responsable de su atención tiene que determinar si se encuentra listo para ser dado de alta basándose en las políticas y los criterios relevantes o teniendo en cuenta las indicaciones de derivación y alta establecidas por el hospital. Los criterios también se deben utilizar para indicar cuándo un paciente está listo para el alta. Por necesidad de continuidad de la atención puede entenderse la derivación a un médico especialista, a un fisioterapeuta, o incluso necesidades de atención preventiva coordinadas en casa por la familia. Se requiere un proceso organizado para asegurar que cualquier necesidad de continuidad en la atención se satisfaga a través de los profesionales sanitarios u organizaciones externas adecuados. El proceso también incluye, cuando se requiera, la derivación de pacientes a proveedores de atención fuera de la región. Cuando sea preciso, el hospital debe comenzar a planificar las necesidades de continuidad tan pronto como sea posible en el proceso de atención. La familia participa en el proceso de planificación de alta según lo indiquen el paciente y sus necesidades. Existe un proceso para orientar aquellas situaciones en las que se permite que los

pacientes dejen el hospital por un período de tiempo (como, por ejemplo, un "permiso" de fin de semana).

El proceso de derivación y/o alta de los pacientes del hospital incluye tener en cuenta sus necesidades de transporte y garantizar su traslado a casa o al siguiente dispositivo de atención de manera segura. En particular, es necesario considerar las necesidades de transporte de aquellos pacientes que necesitan asistencia. **Por ejemplo**, los pacientes que vienen de centros de larga estancia o centros de rehabilitación para recibir servicios ambulatorios o evaluación en el servicio de urgencias pueden llegar en ambulancia o en cualquier otro vehículo sanitario. Una vez que se haya completado el servicio, el paciente puede necesitar asistencia con el transporte de regreso a su casa u otro centro. En otras situaciones, los pacientes pueden haber llegado por sí mismos al hospital para un procedimiento que les impide volver solos a casa (como por ejemplo una cirugía ocular, un procedimiento que requiera sedación, u otros). Es responsabilidad del hospital evaluar las necesidades de transporte de los pacientes y garantizar un transporte seguro a aquellos pacientes que necesitan asistencia. Dependiendo de la política del hospital y de las leyes y normativa de la región, el coste del transporte puede ser o no responsabilidad del hospital. El tipo de transporte variará y puede ser vía ambulancia o cualquier otro vehículo que el hospital posea o contrate; o bien puede ser la familia quien se encargue a través de una vía externa o ser la propia familia y/o amigos quienes le brinden el transporte. (Ver también ACC.6) El hospital debe asegurarse de que el transporte sea apropiado para las necesidades y el estado del paciente.

Elementos medibles de ACC.4

1. Los pacientes son derivados y/o dados de alta teniendo en cuenta su estado de salud y sus necesidades de continuidad de la atención.
2. El alta del paciente se determina aplicando criterios relevantes o indicaciones que garantizan la seguridad del paciente.
3. La planificación de la derivación y/o alta se inicia al comienzo del proceso de atención. (Ver también AOP.1.8, EM 1)
4. Existe un proceso que permite a los pacientes dejar el hospital durante el proceso de atención con un pase aprobado (permiso de salida) por un período de tiempo definido.
5. El proceso de derivación y/o alta del paciente incluye una evaluación de las necesidades de transporte de aquellos pacientes que pueden requerir asistencia.
6. El transporte que se proporciona o que se gestiona es apropiado para las necesidades y el estado del pacientes. (Ver también ACC.5.1, EM 1)

Estándar ACC.4.1

La educación y la formación del paciente y la familia están relacionadas con las necesidades de atención continuada del paciente.

Intención de ACC.4.1

De manera regular, el hospital proporciona educación en áreas que conllevan alto riesgo a los pacientes. La educación posibilita el regreso a niveles funcionales previos y el mantenimiento de una salud óptima. (Ver también IPSG.2.2; ACC.4.5, EM 3; y PFE.1, EM 1)

El hospital utiliza materiales y procesos estandarizados para educar a los pacientes al menos en los siguientes temas:

- Seguridad y uso efectivo de todos los medicamentos que toma el paciente (no solo la medicación de alta), incluidos los posibles efectos secundarios de la medicación.
- Uso seguro y efectivo de la tecnología médica
- Interacciones potenciales entre los medicamentos prescritos y otros medicamentos (incluidos los que se venden sin receta) y los alimentos
- Dieta y nutrición
- Gestión del dolor

- Técnicas de rehabilitación

Elementos medibles de ACC.4.1

1. Se brinda educación a los pacientes y sus familias acerca de la seguridad y el uso efectivo de todos los medicamentos, los posibles efectos secundarios de la medicación y la prevención de posibles interacciones con ciertos alimentos y/o medicamentos vendidos sin receta.
2. Se brinda educación a los pacientes y sus familias sobre el uso seguro y efectivo de la tecnología médica.
3. Se brinda educación a los pacientes y sus familias sobre la dieta y nutrición adecuadas.
4. Se brinda educación a los pacientes y sus familias sobre la gestión del dolor.
5. Se brinda educación a los pacientes y sus familias sobre técnicas de rehabilitación.

Estándar ACC.4.2

El hospital colabora con los profesionales sanitarios y con las agencias externas para garantizar que las derivaciones se realicen de manera oportuna.

Intención de ACC.4.2

Conseguir una oportuna derivación al médico, la organización, o la agencia que mejor pueda satisfacer las necesidades de continuidad en la atención del paciente supone planificación. El hospital debe familiarizarse con los profesionales sanitarios de su comunidad para entender los tipos de pacientes que tratan y los servicios que ofrecen y para establecer relaciones formales e informales con los mismos. Cuando los pacientes provienen de una comunidad diferente, el hospital trata de derivarlos a una persona cualificada o a una organización ubicada en la comunidad de origen del paciente.

Los pacientes pueden también necesitar servicios de apoyo y servicios médicos cuando se les dé el alta. **Por ejemplo**, los pacientes pueden necesitar apoyo social, nutricional, financiero, psicológico o de otro tipo cuando se les da el alta. La disponibilidad y uso real de estos servicios de apoyo puede, en gran medida, determinar la necesidad de mantener la atención médica. El proceso de planificación de alta incluye el tipo de servicio de apoyo necesario y la disponibilidad de dicho servicio.

Elementos medibles de ACC.4.2

1. El proceso de planificación del alta incluye la necesidad tanto de servicios de apoyo como de servicios médicos posteriores.
2. Los pacientes son derivados fuera del hospital a personas específicas y proveedores de servicios en la comunidad de origen del paciente siempre y cuando sea posible.
3. Se realizan derivaciones para servicios de apoyo.

Estándar ACC.4.3

Para todos los pacientes ingresados se prepara un informe de alta completo.

Intención de ACC.4.3

El informe de alta brinda una perspectiva general de la estancia del paciente dentro del hospital. (*Ver también* MOI.4, EM 5). El informe puede ser utilizado por el médico responsable de realizar el seguimiento. El informe incluye la siguiente información:

- Motivo de ingreso, diagnóstico, y comorbilidades
- Hallazgos significativos de tipo físico y de otro tipo
- Diagnóstico y procedimientos terapéuticos realizados
- Medicación administrada durante la hospitalización, incluyendo los efectos residuales

potenciales tras la suspensión de la medicación y toda la medicación que se debe tomar en casa.

- El estado/condición del paciente en el momento del alta (**por ejemplo** “la situación mejoró”, “sin cambios”, etc.)
- Instrucciones de seguimiento

Elementos medibles de ACC.4.3

1. El informe de alta contiene el motivo de ingreso, diagnóstico y comorbilidades.
2. El informe de alta contiene los hallazgos significativos de tipo físico y de otro tipo.
3. El informe de alta contiene los diagnósticos y los procedimientos terapéuticos realizados.
4. El informe de alta contiene la medicación más significativa, incluyendo todos los medicamentos del alta.
5. El informe de alta contiene el estado/condición del paciente en el momento del alta.
6. El informe de alta contiene las instrucciones de seguimiento.

Estándar ACC.4.3.1

La educación del paciente y las instrucciones de seguimiento se proporcionan en una forma y en un idioma que el paciente pueda entender.

Intención de ACC.4.3.1

Para los pacientes que no fueran derivados o transferidos directamente a otro profesional sanitario, las instrucciones claras de dónde y cómo mantener la continuidad de la atención son fundamentales para garantizar resultados de atención óptimos y que se cubren todas las necesidades de atención. Las instrucciones incluyen el nombre y la ubicación de los lugares para continuar con la atención, las posteriores visitas al hospital para seguimiento y cuándo se debe obtener atención urgente. Las familias participan en el proceso cuando la condición de un paciente o sus capacidades le impiden entender las instrucciones de seguimiento. Las familias también participan cuando cumplen un rol en el proceso de atención posterior. El hospital proporciona las instrucciones al paciente y, cuando es necesario, a su familia, de una manera sencilla y comprensible. Las instrucciones se proporcionan en un lenguaje que el paciente comprenda. Las instrucciones se brindan por escrito o en otro formato comprensible para el paciente cuando este no sea capaz de entender instrucciones escritas.

Elementos medibles de ACC.4.3.1

1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en un lenguaje que el paciente comprenda. (*Ver también* MOI.4, EM 5)
2. Las instrucciones de seguimiento se brindan por escrito, verbalmente y/o en otro formato que el paciente entienda.
3. Las instrucciones incluyen las posteriores visitas para atención de seguimiento.
4. Las instrucciones incluyen cuándo obtener atención urgente.

Estándar ACC.4.3.2

Las historias clínicas de los pacientes ingresados contienen una copia del informe de alta. ©

Intención de ACC.4.3.2

En el momento del alta se prepara un informe con el resumen de la atención recibida por el paciente. Cualquier profesional cualificado puede compilar la información del informe de alta, por ejemplo el médico del paciente, un residente o un administrativo.

Se entrega una copia del informe de alta al médico que será responsable de la atención posterior o de seguimiento del paciente. Se entrega una copia al paciente cuando así lo establece el hospital o

la práctica común de acuerdo con las leyes y la cultura. En los casos en que se desconoce quién se encargará de la atención de seguimiento del paciente, como por ejemplo, en el caso de pacientes procedentes de una región o país diferente, se entrega una copia del informe de alta al paciente. La copia del informe de alta se conserva en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de ACC.4.3.2

1. El informe de alta es preparado por una persona capacitada para ello. (*Ver también* MOI.4, EM 5)
2. Se facilita una copia del informe de alta al médico responsable de la atención posterior o del seguimiento del paciente.
3. Se facilita una copia del informe de alta al paciente en los casos en que la información con respecto al médico responsable de la atención posterior o de seguimiento del paciente sea desconocida.
4. Se conserva una copia del informe de alta completado en la historia clínica del paciente durante un periodo de tiempo determinado por el hospital.

Estándar ACC.4.4

Las historias clínicas de los pacientes ambulatorios que requieren cuidados complejos o tienen un diagnóstico complejo contienen los perfiles de la atención médica y se ponen a disposición de los profesionales sanitarios que brindan atención a dichos pacientes. ©

Intención de ACC.4.4

Cuando el hospital proporciona atención y tratamiento de manera continuada a pacientes ambulatorios con diagnóstico complejo y/o que necesitan atención compleja (**por ejemplo**, pacientes atendidos varias veces por múltiples problemas o tratamientos, en diferentes consultas y/o similares), puede haber un número de diagnósticos y medicación acumulados, una historia clínica en evolución y hallazgos de exámenes físicos. Es importante que cualquier profesional sanitario en cualquier lugar en que se preste atención a ese paciente ambulatorio tenga acceso a la información sobre la atención que se le está proporcionando. (*Ver también* ACC.3, EM 1) La información se puede incluir en un perfil del paciente o en algún tipo de resumen breve. El objetivo del perfil es que la información crítica esté disponible de manera rápida y sencilla para los profesionales sanitarios, especialmente cuando hay múltiples prestadores de servicios ambulatorios. Se requiere la elaboración del perfil tanto si el servicio ambulatorio utiliza historias en papel como electrónicas.

El proceso para brindar esta información a los profesionales sanitarios incluye:

- identificar los tipos de pacientes que reciben atención compleja y/o con diagnóstico complejo (por ejemplo pacientes con varias comorbilidades que son atendidos en la consulta de cardiología, o pacientes con insuficiencia renal terminal);
- identificar la información necesaria por parte de los clínicos que tratan a esos pacientes;
- determinar qué proceso será utilizado para garantizar que la información médica necesaria para los clínicos está disponible en un formato fácil de recuperar y de examinar; y
- evaluar el proceso para verificar que la información y la implementación cubren las necesidades de los clínicos y mejoran la calidad y la seguridad de los servicios clínicos ambulatorios.

Elementos medibles de ACC.4.4

1. El hospital identifica los tipos de pacientes ambulatorios que reciben atención compleja y/o con diagnósticos complejos que necesitan un perfil del paciente ambulatorio.
2. Los clínicos que tratan a esos pacientes identifican la información que debe incluirse en el perfil del paciente ambulatorio.

3. El hospital utiliza un proceso que garantiza que el perfil del paciente ambulatorio esté disponible en un formato fácil de recuperar y de examinar.
4. El proceso es evaluado para comprobar si cubre las necesidades de los clínicos y si mejora la calidad y la seguridad de las consultas ambulatorias.

Estándar ACC.4.5

El hospital tiene un proceso para la gestión y el seguimiento de los pacientes que informen al personal del centro de su intención de marcharse contra el criterio médico.

Estándar ACC.4.5.1

El hospital tiene un proceso para la gestión de los pacientes que abandonan el hospital contra el criterio médico y sin informar al personal del centro.

Intención de ACC.4.5 y ACC.4.5.1

Cuando un paciente decide dejar el hospital después de haberse realizado un examen y haberse recomendado un plan de tratamiento, ya sea un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, se le identifica como “salida contra el criterio médico”. Los pacientes hospitalizados y los pacientes ambulatorios (incluidos los pacientes del servicio de urgencias) tienen el derecho de rechazar el tratamiento médico y/o dejar el hospital contra el criterio médico. Sin embargo, estos pacientes pueden estar en riesgo de tener un tratamiento no adecuado, lo que puede dar lugar a un daño permanente o la muerte. Cuando un paciente hospitalizado o ambulatorio capacitado solicita dejar el hospital sin la aprobación médica, el médico que le está brindando el plan de tratamiento o quien él designe le debe explicar los riesgos antes del alta voluntaria. Además, se deben seguir los procedimientos de alta normales, si el paciente lo permite. Si el paciente tiene un médico de familia que no ha participado, pero es conocido por el hospital, se le debe informar de la decisión del paciente. Se debe hacer todo lo posible para identificar la razón por la cual el paciente elige irse del hospital actuando en contra de la recomendación médica. Los hospitales necesitan entender estas razones para poder comunicarse mejor con los pacientes y/o familias e identificar mejoras potenciales del proceso.

Cuando un paciente deja el hospital contra el criterio médico y sin informar al personal, o un paciente ambulatorio que recibe un tratamiento complejo o un tratamiento del que depende su vida -como hemodiálisis, quimioterapia o radioterapia- no regresa para continuar con el tratamiento, el hospital debe esforzarse en contactar con el paciente e informarle de los riesgos potenciales. Si el paciente tiene un médico de familia conocido por el hospital, se le debe informar para reducir el riesgo de daño.

El hospital diseña este proceso en coherencia con la legislación y normativa pertinentes. Cuando sea de aplicación, el hospital notifica los casos de enfermedades infecciosas y brinda información a las autoridades sanitarias locales y nacionales acerca de pacientes que puedan provocar daño a sí mismos o a otras personas.

Elementos medibles de ACC.4.5

1. Existe un proceso para gestionar los casos de pacientes hospitalizados o ambulatorios que informan al personal que se marchan contra el criterio médico.
2. El proceso incluye informar al paciente de los riesgos médicos de un tratamiento inadecuado.
3. El paciente debería ser dado de alta de acuerdo con el proceso de alta del hospital. (*Ver también ACC.4.1*)
4. Si se conoce al médico de familia de un paciente que se marcha contra el criterio médico y dicho médico no ha participado en el proceso, se le informa.
5. El hospital tiene un proceso para intentar identificar las razones por las cuales los pacientes se marchan contra el criterio médico.
6. El proceso es coherente con la legislación y la normativa aplicables, incluyendo la obligación de notificar los casos de enfermedades infecciosas y los casos en los que los pacientes pueden

ser una amenaza para sí mismos o para los demás. (*Ver también* PCI.3 EM 3 y GLD.2 EM 5)

Elementos medibles de ACC.4.5.1

1. Existe un proceso para gestionar los casos de pacientes hospitalizados o ambulatorios que se marchan del hospital contra el criterio médico y sin informar al personal.
2. Existe un proceso para la gestión de pacientes ambulatorios que reciben tratamiento complejo que no regresan para realizarlo.
3. Si se conoce al médico de familia y dicho médico no ha participado en el proceso, se le informa.
4. El proceso es coherente con la legislación y la normativa aplicables, incluyendo la obligación de notificar los casos de enfermedades infecciosas y los casos en los que los pacientes pueden ser una amenaza para sí mismos o para los demás. (*Ver también* PCI.3 EM 3 y GLD.2 EM 5)

Transferencia de pacientes

Estándar ACC.5

Los pacientes son transferidos a otras organizaciones basándose en su estado, la necesidad de satisfacer sus necesidades de atención continuada y la capacidad de la organización que los recibe de satisfacer esas necesidades.

Intención de ACC.5

La transferencia de un paciente a una organización externa se basa en el estado del paciente y en la necesidad de servicios de atención continuada. La transferencia puede darse en respuesta a la necesidad de un paciente de consulta y tratamiento especializados, servicios de urgencia, o servicios menos intensivos, como por ejemplo atención sub-aguda o rehabilitación a largo plazo. Los criterios ayudan a identificar cuándo es necesaria una transferencia para garantizar que se cubran las necesidades del paciente.

Cuando se transfiere un paciente a otra organización, el hospital debe determinar si la organización receptora proporciona servicios que cubren las necesidades del paciente y si tiene capacidad de acogerlo. Esta determinación generalmente se toma con bastante antelación y la voluntad de recibir pacientes y las condiciones de transferencia se plasman en acuerdos de asociación o contratos formales o informales. Esta previsión garantiza la continuidad de la atención y que se cubrirán las necesidades de atención del paciente. Las transferencias a otros proveedores de tratamiento especializado o de servicios pueden tener lugar sin que existan acuerdos formales o informales.

Elementos medibles de ACC.5

1. Las transferencias de pacientes se basan en criterios desarrollados por el hospital para abordar las necesidades de atención continuada del paciente. (*Ver también* ACC.1, EM 3)
2. El hospital determina si la organización receptora puede cubrir las necesidades del paciente que se va a transferir.
3. Se establecen acuerdos formales o informales con las organizaciones receptoras cuando los pacientes son transferidos frecuentemente a la(s) misma(s) organización(es).

Estándar ACC.5.1

El hospital desde el cual se deriva al paciente desarrolla un proceso de transferencia para garantizar que el paciente sea transferido de manera segura.

Intención de ACC.5.1

La transferencia directa de un paciente a otra organización sanitaria puede ser un proceso breve si el paciente está consciente y puede hablar, o puede implicar movilizar a un paciente en coma que necesite cuidados de enfermería o supervisión médica continuos. En cualquiera de los casos, el

paciente requiere monitorización y puede necesitar equipamiento médico especializado, pero la cualificación de la persona que monitoriza al paciente y el tipo de tecnología médica que se necesita son notablemente diferentes. Por lo tanto, la condición y el estado del paciente determinan las cualificaciones del miembro del personal que monitoriza al paciente y el tipo de equipamiento médico necesario durante la transferencia.

Se requiere un proceso consistente para garantizar que la transferencia de pacientes de una organización a otra se hace de forma segura. Un proceso de estas características se encarga de

- cómo y cuándo se transfiere la responsabilidad entre los profesionales sanitarios y los diferentes ámbitos;
- los criterios que determinan cuándo la transferencia es necesaria para satisfacer las necesidades del paciente;
- quién es responsable del paciente durante la transferencia;
- qué medicación, suministros y tecnología médica se requieren durante la transferencia;
- un mecanismo de seguimiento que proporcione información sobre la condición del paciente durante la transferencia y a la llegada a la organización de recepción; y
- qué se hace cuando no es posible la transferencia a otro proveedor de atención.

El hospital evalúa la calidad y seguridad del proceso de transferencia para garantizar que los pacientes hayan sido transferidos con personal cualificado y con el equipamiento médico apropiado para la condición del paciente.

Elementos medibles de ACC.5.1

1. El hospital desarrolla un proceso de transferencia que aborda cómo y cuando se traspasa la responsabilidad de la continuidad de la atención a otro profesional o a otro ámbito sanitario. (*Ver también* ACC.4, EM 6)
2. El proceso de transferencia identifica quién es el responsable de la monitorización del paciente durante la transferencia y qué cualificaciones debe tener el personal según el tipo de paciente que se va a transferir. (*Ver también* ACC.6 EM 3)
3. El proceso de transferencia identifica la medicación, los suministros y el equipamiento médico necesarios durante el transporte.
4. El proceso de transferencia incluye un mecanismo de seguimiento que proporciona información sobre la condición del paciente al llegar a la organización receptora.
5. El proceso de transferencia aborda aquellas situaciones en las cuales la transferencia no es posible.
6. Existe un procedimiento para evaluar la calidad y seguridad del proceso de transferencia.

Estándar ACC.5.2

La organización receptora recibe un resumen escrito de la condición clínica del paciente y de las intervenciones realizadas en el hospital desde el cual fue derivado.

Intención de ACC.5.2

Para asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente se transfiere con él. A la organización receptora se le entrega, junto con el paciente, una copia del informe de alta u otro resumen clínico escrito. El resumen incluye la condición o estado clínico del paciente, los procedimientos y otras intervenciones realizadas y las necesidades de atención continuada del paciente.

Elementos medibles de ACC.5.2

1. En la transferencia del paciente se incluye un documento resumen clínico del paciente. (*Ver también* MOI.4, EM 5)

2. El resumen clínico incluye el estado del paciente.
 3. El resumen clínico incluye los procedimientos y otras intervenciones realizadas.
 4. El resumen clínico incluye las necesidades de atención continuada del paciente.
-

Estándar ACC.5.3

El proceso de transferencia se registra en la historia clínica del paciente. ⑩

Intención de ACC.5.3

La historia clínica de cada paciente que es transferido a otra organización sanitaria contiene un registro de la transferencia. El registro incluye el nombre de la organización y el nombre de la persona que ha acordado recibir al paciente, la/s razón/es de la transferencia, y cualquier otra condición especial para la transferencia (como cuando exista espacio disponible en la organización receptora, o el estado del paciente). Además, se toma nota de si la situación o el estado del paciente cambió durante el proceso (**por ejemplo**, si el paciente muere o requiere maniobras de resucitación). Se incluye en la historia clínica cualquier otra documentación requerida por la política del hospital (**por ejemplo**, la firma de la enfermera o el facultativo que lo recibe, el nombre de la persona que lo ha monitorizado durante el transporte). (*Ver también* MOI.9.1, EM 4)

Elementos medibles de ACC.5.3

1. Las historias clínicas de los pacientes transferidos tienen registrado el nombre de la organización sanitaria receptora y el nombre de la persona que ha acordado recibir al paciente.
2. Las historias clínicas de los pacientes transferidos contienen la documentación u otras anotaciones exigidas por la política de transferencia del hospital.
3. Las historias clínicas de los pacientes transferidos tienen registrada/s la/s razón/es de la transferencia.
4. Las historias clínicas de los pacientes transferidos recogen cualquier condición especial relacionada con la transferencia.

Transporte

Estándar ACC.6

Los servicios de transporte del hospital cumplen con la legislación y normativa que les sea de aplicación y con las exigencias de un transporte seguro y de calidad. ⑩

Intención de ACC.6

El proceso de derivación, transferencia o alta de pacientes del hospital debe incluir la consideración de las necesidades de transporte de los pacientes. El tipo de transporte variará y puede ser en ambulancia o en otros vehículos propiedad de o contratados por el hospital, o bien a través de otro medio indicado por la familia. (*Ver también* ACC.4). El transporte dependerá de la condición y estado del paciente. El hospital ha de garantizar que el personal encargado de monitorizar o proporcionar atención al paciente durante el transporte tenga la cualificación necesaria para el tipo de paciente que se transfiere.

Cuando los vehículos de transporte son propiedad del hospital, deben cumplir toda la legislación y la normativa relativas a su funcionamiento, estado y mantenimiento. El hospital identifica las situaciones de transporte que tienen riesgo de infección e implementa estrategias para reducir dicho riesgo. (*Ver también* PCI.5; PCI.7, EM 5 y EM 6; PCI.7.1; PCI.7.2; PCI.7.3; PCI.8, EM 1; y PCI.9) Las drogas, la medicación, y otros suministros necesarios dentro del vehículo se basan en el tipo de paciente a ser transportado. **Por ejemplo**, el traslado de pacientes geriátricos a sus casas después de visitas ambulatorias es muy distinto al traslado de un paciente con una enfermedad contagiosa o un quemado a otro hospital.

Si el hospital contrata servicios de transporte, tiene que asegurarse de que el contratista cumpla con

estándares similares para la seguridad del paciente y del vehículo. Cuando los servicios de transporte son proporcionados por el Ministerio de Sanidad, una aseguradora, o cualquier otra entidad que no esté bajo el control o la supervisión del hospital, notificar las cuestiones de calidad y seguridad a la organización responsable proporciona una información valiosa que puede contribuir a tomar decisiones de calidad relacionadas con el transporte de pacientes.

En todos los casos, el hospital evalúa la calidad y seguridad de los servicios de transporte. Esto incluye la recepción, evaluación y respuesta a reclamaciones relacionadas con el transporte proporcionado u organizado.

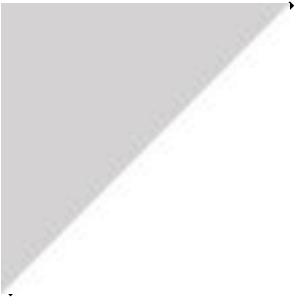
Elementos medibles de ACC.6

1. Los vehículos de transporte que son propiedad del hospital cumplen la legislación y normativa pertinentes relativas a su funcionamiento, estado y mantenimiento.
2. Los servicios de transporte, incluidos los servicios contratados, satisfacen los requerimientos de calidad y seguridad del transporte del hospital.
3. El personal encargado de monitorizar o proporcionar atención al paciente durante el transporte posee la cualificación necesaria para el tipo de paciente que se transfiere. (*Ver también* ACC.5.1, EM 2)
4. Todos los vehículos utilizados para el transporte, sean contratados o propiedad del hospital, cumplen con el programa de control de la infección y cuentan con el equipamiento médico, los suministros y la medicación adecuados para satisfacer las necesidades de los pacientes que se transportan. (*Ver también* MMU.3 y GLD.6, EM 1)
5. Se ha puesto en marcha un procedimiento para monitorizar la calidad y la seguridad del transporte que se proporciona o que se organiza por el hospital, incluyendo un procedimiento de reclamaciones.

Referencias

1. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Global Health Risk Framework: Resilient and Sustainable Health Systems to Respond to Global Infectious Disease Outbreaks: Workshop Summary. Washington, DC: National Academies Press, 2016.
2. World Health Organization (WHO). Infection Prevention and Control of Epidemic- and Pandemic-Prone Acute Respiratory Infections in Health Care: WHO Guidelines. Geneva: WHO, 2014. Accessed Nov 16, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112656/1/9789241507134_eng.pdf?ua=1.
3. World Health Organization. Global Infectious Disease Surveillance. Fact Sheet 200. Accessed Nov 13, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs200/en/>.
4. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: A systematic review. *J Nurs Scholarsh*. 2014 Mar;46(2):106–115.
5. Cesta T. Managing length of stay using patient flow—Part 1. *Hosp Case Manag*. 2013 Feb;21(2):19–22.
6. Cesta T. Managing length of stay using patient flow—Part 2. *Hosp Case Manag*. 2013 Mar;21(3):35–38.
7. Di Somma S, et al. Overcrowding in emergency department: An international issue. *Intern Emerg Med*. 2015 Mar;10(2):171–175.
8. ED boarding creates patient safety issues, increases risk of mortality. *Hosp Case Manag*. 2013 Mar;21(3):29–31.
9. Amato-Vealey EJ, Fountain P, Coppola D. Perfecting patient flow in the surgical setting. *AORN J*. 2012 Jul;96(1):46–57.
10. Hitchcock R. Speeding up the ED care process. Three hospital organizations mitigate overcrowding by improving patient flow, processes and documentation. *Health Manag Technol*. 2012 Dec;33(12):6–8.
11. Johnson M, Capasso V. Improving patient flow through the emergency department. *J Healthc Manag*. 2012 Jul–Aug;57(4):236–243.
12. Love RA, et al. The effectiveness of a provider in triage in the emergency department: A quality improvement initiative to improve patient flow. *Adv Emerg Nurs J*. 2012 Jan–Mar;34(1):65–74.

13. Ortega B, et al. Standardizing admission and discharge processes to improve patient flow: A cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012 Jun 28;12:180.
14. Popovich MA, et al. Improving stable patient flow through the emergency department by utilizing evidence-based practice: One hospital's journey. *J Emerg Nurs*. 2012 Sep;38(5):474–478.
15. Sayah A, et al. Minimizing ED waiting times and improving patient flow and experiences of care. *Emerg Med Int*. Epub 2014 Apr 14.
16. Wong R, et al. Building hospital management capacity to improve patient flow for cardiac catheterization at a cardiovascular hospital in Egypt. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012 Apr;38(4):147–153.
17. Agency for Healthcare Research and Quality. Improving Patient Flow and Reducing Emergency Department Crowding: A Guide for Hospitals. McHugh M, et al. Sep 2012. (Reviewed: Oct 2014.) Accessed Nov 15, 2016. <http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/ptflow/index.html>.
18. Emeny R, Vincent C. Improved patient pathways can prevent overcrowding. *Emerg Nurse*. 2013 Mar;20(10):20–24.
19. Four-hour rule saves lives. *Aust Nurs J*. 2012 Mar;19(8):14.
20. Barrett L, Ford S, Ward-Smith P. A bed management strategy for overcrowding in the emergency department. *Nurs Econ*. 2012 Mar–Apr;30(2):82–85, 11



Derechos del paciente y la familia (PFR)

Panorama general

Cada paciente y cada familia son únicos, con sus propias necesidades, fortalezas, valores y creencias. Las organizaciones sanitarias se afanan en establecer una comunicación con los pacientes abierta y basada en la confianza, así como en entender y proteger los valores culturales, psicosociales y espirituales de todos los pacientes.

Los resultados de la atención al paciente pueden mejorarse cuando los pacientes y, en su caso, las familias y/o aquellos que toman decisiones en su nombre, están bien informados y participan en la toma de decisiones y en los procesos de atención de una manera que se ajusta a sus expectativas culturales.

Para promover los derechos del paciente y la *atención centrada en el paciente*, las organizaciones comienzan por definir esos derechos y por dar participación a los pacientes y sus familias en la toma de decisiones sobre la atención al paciente. Los pacientes necesitan estar bien informados sobre sus derechos y sobre cómo ejercerlos. A los equipos multidisciplinares se les enseña a comprender y a respetar las creencias y valores de los pacientes y a proporcionar una atención considerada y respetuosa que promueva y proteja la dignidad y la autoestima de los pacientes.

Este capítulo aborda los procesos para

- identificar, proteger y promover los derechos de los pacientes;
- informar a los pacientes de sus derechos;
- hacer participar a la familia, cuando sea adecuado, en las decisiones sobre la atención al paciente;
- obtener el consentimiento informado; y
- educar al personal sobre los derechos de los pacientes.

La manera en que estos procesos se llevan a cabo en una organización dependen de la legislación y normativa nacionales y de aquellas convenciones, tratados o acuerdos sobre derechos humanos suscritos por su país.

Estos procesos tienen que ver con cómo una organización proporciona atención sanitaria de una manera equitativa, considerando la estructura del sistema de provisión de servicios sanitarios y los mecanismos de financiación de la atención sanitaria del país.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono © después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

- PFR.1** El hospital es responsable de proporcionar procesos que favorecen los derechos de los pacientes y sus familias durante la atención. ②
- PFR.1.1** El hospital busca la manera de reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales, etc. para el acceso y la prestación de servicios.
- PFR.1.2** El hospital brinda una atención que protege la dignidad del paciente, que es respetuosa con sus valores personales y creencias, y que responde a las solicitudes relacionadas con la observancia espiritual y religiosa.
- PFR.1.3** Se respetan los derechos del paciente a la privacidad y a la confidencialidad de la atención y la información. ②
- PFR.1.4** El hospital toma medidas para proteger las pertenencias de los pacientes frente al robo o la pérdida.
- PFR.1.5** Se protege a los pacientes de posibles agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo se identifican y se protegen de vulnerabilidades adicionales.
- PFR.2** Se informa a los pacientes sobre todos los aspectos de su atención y tratamiento médicos y participan en todas las decisiones relacionadas con su atención y tratamiento. ②
- PFR.2.1** El hospital informa a los pacientes y a las familias acerca de sus derechos y responsabilidades de rechazar o suspender el tratamiento, retirar servicios de resucitación y abstenerse de o retirar tratamientos de soporte vital. ②
- PFR.2.2** El hospital protege el derecho del paciente a la evaluación y manejo del dolor y a la atención respetuosa y compasiva al final de la vida.
- PFR.3** El hospital informa a los pacientes y sus familias acerca de sus procedimientos para recibir y actuar ante reclamaciones, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del paciente y sobre el derecho del paciente a participar en estos procesos. ②
- PFR.4** Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos y responsabilidades en una manera y con un lenguaje que puedan entender.

Consentimiento general

- PFR.5** El consentimiento general para el tratamiento es claro en su alcance y sus límites, tanto si se obtiene cuando el paciente es ingresado en el hospital o cuando se registra por primera vez como paciente ambulatorio. ②

Consentimiento informado

- PFR.5.1** El consentimiento informado se obtiene a través de un proceso definido por el hospital y se realiza por personal formado, en una manera y con un lenguaje que el paciente pueda entender. ②
- PFR.5.2** El consentimiento informado es obtenido antes de la cirugía, anestesia, sedación en procedimientos, uso de sangre o productos sanguíneos y cualquier otro tratamiento o procedimiento de riesgo. ②
- PFR.5.3** Los pacientes y sus familias reciben información adecuada acerca de la situación del paciente, el/los tratamiento/s propuesto/s y los profesionales sanitarios, para que puedan dar su consentimiento y tomar decisiones sobre la atención.
- PFR.5.4** El hospital establece un proceso, dentro del contexto de la legislación y cultura existentes, para los casos en que otras personas puedan otorgar el consentimiento.

Donación de órganos y tejidos

PFR.6 El hospital informa a los pacientes y sus familias acerca de cómo elegir donar órganos y otros tejidos.

PFR.6.1 El hospital supervisa el proceso de extracción de órganos y tejidos. ⑥

Estándares, intenciones y elementos medibles

Estándar PFR.1

El hospital es responsable de proporcionar procesos que favorecen los derechos de los pacientes y sus familias durante la atención. ⑥

Intención de PFR.1

Los miembros del equipo directivo del hospital son los principales responsables del trato que el hospital brinda a sus pacientes. Por lo tanto, los directivos necesitan conocer y entender los derechos del paciente y su familia y las responsabilidades del hospital tal como se las identifica en la legislación y normativa. Los directivos entonces proporcionan directrices a los líderes de departamentos/servicios para que garanticen que todo el personal del hospital asuma la responsabilidad de proteger estos derechos. Para proteger de manera efectiva y avanzar en los derechos del paciente, los directivos se afanan e intentan entender sus responsabilidades en relación con la comunidad a la que el hospital presta servicio.

El hospital respeta los derechos de los pacientes, y en algunas circunstancias los derechos de la familia de los pacientes, a determinar qué información relacionada con su proceso de atención se podrá proporcionar a la familia o a otras personas y en qué circunstancias. **Por ejemplo**, el paciente puede no desear que se comparta el diagnóstico con su familia, o bien la familia puede no querer que el paciente conozca su diagnóstico.

Los derechos del paciente y la familia son elementos fundamentales de todos los contactos entre el hospital, su personal, y los pacientes y sus familias. Por lo tanto, se elaboran e implementan políticas y procedimientos para garantizar que todos los miembros del personal sean conscientes de y respondan a las cuestiones sobre los derechos del paciente y su familia cuando interactúen y atiendan a los pacientes en todo el hospital. El hospital utiliza un proceso colaborativo y participativo para desarrollar las políticas y los procedimientos e incluye a los pacientes y sus familias en el proceso. (Ver también COP.9)

Elementos medibles de PFR.1

1. El equipo directivo del hospital trabaja para proteger y potenciar los derechos del paciente y su familia.
2. El equipo directivo del hospital interpreta los derechos del paciente y su familia tal como se identifican en la legislación y normativa y en relación con las prácticas culturales de la comunidad o de los pacientes individuales atendidos.
3. El hospital respeta el derecho de los pacientes, y en algunas circunstancias el derecho de la familia del paciente, a tener la prerrogativa de determinar qué información relacionada con su proceso de atención se podrá proporcionar a la familia o a otras personas y en qué circunstancias
4. Todo el personal es conocedor de los derechos de los pacientes y puede explicar sus responsabilidades en lo referente a la protección de los mismos.

Estándar PFR.1.1

El hospital busca la manera de reducir las barreras físicas, lingüísticas, culturales, etc. para el acceso y la prestación de servicios.

Intención de PFR.1.1

Los hospitales a menudo prestan servicios a comunidades con una población diversa. Los pacientes pueden ser ancianos, tener discapacidades, hablar diferentes idiomas o dialectos, ser culturalmente diversos, o presentar cualquier otra barrera que haga que el proceso de acceso y obtención de atención sea dificultoso. El hospital ha identificado esas barreras y ha implementado procedimientos para eliminarlas o reducirlas para aquellos pacientes que acuden en busca de atención. El hospital también realiza acciones para reducir el impacto de estas barreras en la provisión de los servicios. (*Ver también* COP.1, PFE.2.1, y GLD.12)

Elementos medibles de PFR.1.1

1. Los líderes de departamentos/servicios y el personal del hospital identifican las barreras más comunes en su población de pacientes para el acceso y la obtención de atención.
2. Los líderes de departamentos/servicios desarrollan e implementan un proceso para superar o limitar las barreras para los pacientes que buscan atención.
3. Los líderes de departamentos/servicios desarrollan e implementan un proceso para limitar el impacto de las barreras en la prestación de servicios.

Estándar PFR.1.2

El hospital brinda una atención que protege la dignidad del paciente, que es respetuosa con sus valores personales y creencias, y que responde a las solicitudes relacionadas con la observancia espiritual y religiosa.

Intención de PFR.1.2

Una de las necesidades humanas más importantes es el deseo de respeto y dignidad. Con frecuencia los pacientes experimentan sentimientos de pérdida debido a su mayor dependencia en situaciones como necesitar ayuda para alimentarse, moverse, y para la higiene personal. El paciente tiene derecho a una atención respetuosa y considerada en todo momento, en cualquier circunstancia, y que reconozca su valor personal y su propia dignidad.^{1,2}

Cada paciente trae su propio conjunto de valores y creencias al proceso de atención. Algunos valores y creencias son compartidos mayoritariamente por todos los pacientes y son frecuentemente de origen cultural y religioso. Otros valores y creencias son propios del paciente. Se fomenta que todos los pacientes expresen sus creencias de manera respetuosa hacia las creencias de los demás.

Los valores y creencias fuertemente arraigadas pueden conformar el proceso y cómo el paciente responde a la atención. Por tanto, todo el personal intenta entender la atención y los servicios que presta dentro del contexto de los valores y creencias del paciente. (*Ver también* COP.7)

Cuando un paciente o familia desea hablar con alguien relacionado con sus necesidades religiosas o espirituales, o sigue alguna costumbre religiosa o espiritual, el hospital tiene un proceso para responder a esta petición. El proceso puede ser llevado a cabo a través de personal religioso del propio centro, de fuentes locales o de fuentes indicadas por la familia. El proceso de dar respuesta puede ser más complejo; **por ejemplo**, cuando el hospital o el país no "reconoce" de manera oficial y/o no tiene fuentes relacionadas con una confesión religiosa o creencia que se solicite.

Elementos medibles de PFR.1.2

1. El personal presta una atención respetuosa y que toma en consideración la dignidad y autoestima del paciente.
2. Se identifican los valores y creencias de los pacientes. (*Ver también* PFE.3, EM 1)
3. El personal brinda una atención que es respetuosa con los valores y las creencias del paciente.
4. El hospital da respuesta tanto a las solicitudes normales de apoyo religioso o espiritual como a las complejas.

Estándar PFR.1.3

Se respetan los derechos del paciente a la privacidad y a la confidencialidad de la atención y la información. ©

Intención de PFR.1.3

La privacidad del paciente es importante, particularmente durante las entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos/tratamientos, y transporte. Los pacientes pueden desear privacidad frente al personal, otros pacientes e incluso frente a los miembros de su familia. Además, los pacientes pueden desear no ser fotografiados, grabados, o participar en entrevistas de evaluación para la acreditación. Aunque haya estrategias comunes para proporcionar privacidad a todos los pacientes, los pacientes a nivel individual pueden tener expectativas y necesidades de privacidad diferentes o adicionales según la situación, y estas expectativas y necesidades pueden cambiar con el tiempo. Por lo tanto, mientras prestan atención y servicios a los pacientes, los miembros del personal se interesan por las necesidades y expectativas de privacidad relacionadas con la atención o servicio. Esta comunicación entre un miembro del personal y su paciente cimienta la confianza y la comunicación abierta y no necesita ser documentada.

La información médica y sanitaria, cuando se recoge y documenta, es importante para entender al paciente y sus necesidades y para proporcionar atención y servicios a lo largo del tiempo. Esta información puede estar en papel o en formato electrónico o en papel o en una combinación de ambas. El hospital respeta esta información como confidencial y ha implementado políticas y procedimientos que protegen dicha información de la pérdida o mal uso. Las políticas y procedimientos reflejan la información que puede compartirse según lo contemple la legislación y la normativa.

El personal respeta la privacidad y la *confidencialidad* del paciente no colocando información confidencial en la puerta de la habitación del paciente o en el control de enfermería y evitando mantener conversaciones relacionadas con el paciente en lugares públicos. El personal está al tanto de la normativa y legislación que regulan la confidencialidad de la información e informa al paciente sobre cómo el hospital respeta su privacidad y la confidencialidad de la información. Los pacientes también son informados de cuándo y bajo qué circunstancias la información puede ser compartida y cómo se obtendrá su permiso.

El hospital tiene una política que indica si los pacientes tienen acceso a su información sanitaria y el proceso para obtener dicho acceso cuando está autorizado.

Elementos medibles de PFR.1.3

1. Los miembros del personal identifican las expectativas y las necesidades de privacidad del paciente durante la atención y el tratamiento.
2. La necesidad de privacidad expresada por el paciente se respeta en todas las entrevistas clínicas, exámenes, procedimientos/tratamientos, y transporte.
3. La confidencialidad de la información del paciente se mantiene de acuerdo con la normativa y las leyes. (*Ver también* MOI.2 y MOI.6)
4. Se pide a los pacientes su permiso para compartir aquella información en los casos no previstos por la normativa y las leyes.

Estándar PFR.1.4

El hospital toma medidas para proteger las pertenencias de los pacientes frente al robo o la pérdida.

Intención de PFR.1.4

El hospital comunica a los pacientes y sus familias su responsabilidad, si existiera, sobre las pertenencias del paciente. Cuando el hospital asume la responsabilidad sobre alguna o todas las pertenencias personales del paciente, existe un proceso para inventariarlas y para garantizar que no se perderán o serán robadas. Este proceso tiene en cuenta las pertenencias de los pacientes de urgencias, los pacientes quirúrgicos del mismo día, los pacientes hospitalizados, aquellos pacientes

que no puedan tener una solución alternativa para la protección de sus pertenencias y aquellos incapaces de tomar decisiones con respecto a sus bienes o pertenencias. (*Ver también* FMS.4.1)

Elementos medibles de PFR.1.4

1. El hospital ha determinado su nivel de responsabilidad sobre las pertenencias de los pacientes.
2. Los pacientes reciben información acerca de la responsabilidad del hospital de proteger sus pertenencias personales.
3. Las pertenencias de los pacientes se mantienen en un lugar seguro cuando el hospital asume la responsabilidad o cuando el paciente no se encuentra en condiciones de asumirla.

Estándar PFR.1.5

Se protege a los pacientes de posibles agresiones físicas, y las poblaciones de riesgo se identifican y se protegen de vulnerabilidades adicionales.

Intención de PFR.1.5

El hospital es responsable de proteger a los pacientes frente a agresiones físicas de visitantes, de otros pacientes y del personal. Esta responsabilidad es particularmente relevante en el caso de bebés y niños, ancianos, y otras personas que no puedan protegerse o pedir ayuda por sí mismas. El hospital trata de prevenir agresiones a través de procesos como por ejemplo investigar a las personas que están en el centro sin identificación, monitorizar áreas remotas o aisladas, y responder rápidamente a las que se piensen que puedan ser peligrosas.

Cada hospital identifica los grupos de pacientes en riesgo (como por ejemplo niños, personas discapacitadas, ancianos) y establece procesos para proteger los derechos de aquellas personas que se encuentren en estos grupos. Los grupos de pacientes vulnerables y la responsabilidad del hospital pueden estar determinados por la normativa y la legislación. Los miembros del personal entienden cuáles son sus responsabilidades en estos procesos. Se protege a los niños, las personas con discapacidad, los ancianos, y a otras poblaciones identificadas como de riesgo. También se incluye a los pacientes en coma y a las personas con discapacidad mental o emocional. Dicha protección se extiende a otras áreas de la seguridad más allá de la agresión física, como por ejemplo abuso, negligencia, negación a prestarles atención, o provisión de asistencia en caso de incendio. (*Ver también* FMS.4.1 y FMS.7)

Elementos medibles de PFR.1.5

1. El hospital desarrolla e implementa un proceso de protección de agresiones a todos los pacientes.
2. Se identifican aquellas poblaciones vulnerables expuestas a riesgos adicionales.
3. El hospital desarrolla e implementa un proceso para extender la protección de las poblaciones vulnerables a otras áreas de seguridad.
4. Se monitorizan las áreas remotas o aisladas del centro.
5. Los miembros del personal entienden cuáles son sus responsabilidades en estos procesos de protección.

Estándar PFR.2

Se informa a los pacientes sobre todos los aspectos de su atención y tratamiento médicos y participan en todas las decisiones relacionadas con su atención y tratamiento. ©

Intención de PFR.2

Los pacientes y sus familias participan en el proceso de atención tomando decisiones y haciendo preguntas acerca de la atención, pidiendo una segunda opinión, e incluso rechazando procedimientos de diagnóstico y tratamientos. (*Ver también* COP.7 EM 5) Para que los pacientes y

las familias puedan participar en las decisiones sobre la atención deben tener la información básica acerca del estado médico que se encontró durante la evaluación, incluido cualquier diagnóstico confirmado y la atención y el tratamiento propuestos.^{2,3} Durante el proceso de atención los pacientes también tienen el derecho a ser informados acerca de los resultados de la atención y del tratamiento planificados. Además, es importante que sean informados acerca de cualquier resultado no anticipado de la atención y del tratamiento, como por ejemplo eventos no previstos durante la cirugía o con la medicación prescrita u otros tratamientos. Los pacientes y las familias comprenden que tienen derecho a esta información y quién es responsable de brindársela. Los pacientes deben tener claro quién les proporcionará la información acerca de su estado médico, atención, tratamiento, resultados, eventos no anticipados, etc. (*Ver también* COP.8.5; PFE.1; y PFE.2)

Los pacientes y las familias comprenden el tipo de decisiones que tienen que tomarse sobre la atención y cómo participar en esas decisiones. Aunque algunos pacientes no deseen conocer de manera personal un diagnóstico confirmado o participar en las decisiones relativas a su atención, se les da la oportunidad de hacerlo y pueden optar por participar a través de un miembro de la familia, amigo, o un sustituto que tome las decisiones por ellos.⁴

Cuando un paciente pide una segunda opinión, se espera que el hospital no prohíba, evite o dificulte esta búsqueda del paciente. Todo lo contrario, se espera que el hospital facilite la segunda opinión brindándole al paciente información acerca de su situación, como por ejemplo el resultado de los exámenes, diagnóstico, recomendaciones de tratamiento, etc. El hospital no debe retener esta información si el paciente la solicita para una segunda opinión. No se espera que el hospital brinde y pague por una segunda opinión cuando es requerida por el paciente. Las políticas abordan el derecho del paciente a buscar una segunda opinión sin temor a comprometer su atención dentro o fuera del hospital.

El hospital apoya y promueve la participación del paciente y su familia en todos los aspectos de la atención. Todos los miembros del personal reciben formación sobre las políticas y procedimientos y sobre su papel a la hora de apoyar los derechos del paciente y su familia de participar en el proceso de atención.

Elementos medibles de PFR.2

1. El hospital apoya y promueve la participación del paciente y su familia en el proceso de atención. (*Ver también* AOP.1.8, EM3 y MMU.6.1, EM4)
2. La participación en el proceso de atención incluye informar a los pacientes acerca de su estado médico, de cualquier diagnóstico confirmado, y de la atención y tratamiento/s planificados. (*Ver también* ACC.2.2 EM2 y MMU.6.1, EM4)
3. Se informa a los pacientes acerca de los resultados esperados de la atención y del tratamiento, así como de cualquier resultado inesperado. (*Ver también* ACC.2.3, EM3)
4. El hospital facilita la solicitud de un paciente de buscar una segunda opinión sin temor a comprometer su atención dentro o fuera del hospital.
5. Se informa a los pacientes y las familias acerca de su derecho a participar hasta donde lo deseen en las decisiones sobre la atención.
6. Se forma a los miembros del personal acerca de las políticas y procedimientos y de su papel a la hora de apoyar la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.

Estándar PFR.2.1

El hospital informa a los pacientes y a las familias acerca de sus derechos y responsabilidades de rechazar o suspender el tratamiento, retirar servicios de resucitación y abstenerse de o retirar tratamientos de soporte vital.

®

Intención de PFR.2.1

Los pacientes, o aquellos que toman las decisiones por ellos, pueden decidir no proseguir la atención o tratamiento planificados o suspender la atención o tratamiento tras ser iniciado. Algunas de las decisiones más difíciles relacionadas con rechazar o retirar la atención tienen que ver con

detener los servicios de resucitación o renunciar o retirar el tratamiento de soporte vital. Estas decisiones son difíciles no solo para los pacientes y sus familias, sino también para los profesionales sanitarios y para el hospital. Ningún procedimiento puede anticipar todas las situaciones en las que esas decisiones tienen que tomarse. Por esta razón, es importante que el hospital desarrolle un marco para la toma de este tipo de decisiones difíciles. El marco

- ayuda al hospital a posicionarse sobre estas cuestiones;
- garantiza que la posición del hospital esté de acuerdo con las costumbres religiosas y culturales de su comunidad y con cualquier requerimiento legal o normativo, especialmente cuando los requisitos legales sobre la resucitación no están de acuerdo con los deseos del paciente;
- aborda situaciones en las que estas decisiones se modifican durante la atención;
- y orienta a los profesionales sanitarios en cuestiones éticas y legales a la hora de llevar a cabo los deseos de los pacientes.

Para garantizar que el proceso de toma de decisiones relativo al cumplimiento de los deseos del paciente se aplica de manera consistente, el hospital elabora políticas y procedimientos mediante un proceso que incluye muchos profesionales y puntos de vista. Las políticas y los procedimientos identifican líneas de responsabilidad e imputabilidad y la manera en que el proceso se registra en la historia clínica del paciente.

El hospital informa a los pacientes y sus familias acerca de su derecho a tomar estas decisiones, de los resultados potenciales de estas decisiones, y de las responsabilidades del hospital relacionadas con tales decisiones. Se informa a los pacientes y sus familias acerca de cualquier atención y tratamiento alternativos.

Elementos medibles de PFR.2.1

1. El hospital se ha posicionado acerca de la denegación de los servicios de resucitación y sobre la renuncia o retirada de los tratamientos de soporte vital.
2. La posición del hospital se ajusta a las costumbres religiosas y culturales de su comunidad y con cualquier requerimiento legal o normativo.
3. El hospital informa a los pacientes y sus familias acerca de su derecho a rechazar o suspender el tratamiento y de las responsabilidades del hospital relativas a dichas decisiones.
4. El hospital informa a los pacientes acerca de las consecuencias de sus decisiones.
5. El hospital informa a sus pacientes acerca de la disponibilidad de atención y tratamiento alternativos.
6. El hospital orienta a los profesionales sanitarios sobre las consideraciones éticas y legales a la hora de llevar a cabo los deseos del paciente en lo relativo a las alternativas de tratamiento.

Estándar PFR.2.2

El hospital protege el derecho del paciente a la evaluación y manejo del dolor y a la atención respetuosa y compasiva al final de la vida.

Intención de PFR.2.2

El dolor es un componente frecuente de la experiencia del paciente, y el dolor continuo tiene efectos físicos y psicológicos adversos. La respuesta al dolor de cada paciente con frecuencia se enmarca en el contexto de las costumbres de la sociedad y de las tradiciones culturales y religiosas. Por lo tanto, debe alentarse y apoyar a los pacientes para que manifiesten su dolor.

Los pacientes terminales tienen necesidades únicas que también pueden verse influidas por las tradiciones culturales y religiosas. La preocupación por la comodidad y dignidad del paciente debe orientar todos los aspectos de la atención durante las últimas etapas de la vida. Para lograr esto, todos los miembros del personal deben ser conscientes de las necesidades únicas del paciente al final de su vida. Estas necesidades incluyen el tratamiento de los *síntomas primarios* y *secundarios*; el manejo del dolor; la respuesta a las preocupaciones psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y

culturales del paciente y su familia; y la participación en la toma de decisiones sobre la atención.

Los procesos de atención del hospital reconocen y reflejan el derecho de todos los pacientes a la evaluación y manejo del dolor y a la evaluación y manejo de las necesidades únicas del paciente al final de su vida. (*Ver también* COP.6 y COP.7, EM 3)

Elementos medibles de PFR.2.2

1. El hospital respeta y apoya el derecho del paciente a la evaluación y manejo del dolor.
2. El hospital respeta y apoya el derecho del paciente a la evaluación y manejo de las necesidades del paciente terminal.
3. El personal del hospital comprende las influencias personales, culturales y sociales en las experiencias del paciente con el dolor.
4. El personal del hospital comprende las influencias personales, culturales y sociales en las experiencias del paciente con la muerte y el morir.

Estándar PFR.3

El hospital informa a los pacientes y sus familias acerca de sus procedimientos para recibir y actuar ante reclamaciones, conflictos y diferencias de opinión acerca de la atención del paciente y sobre el derecho del paciente a participar en estos procesos. ®

Intención de PFR.3

Los pacientes tienen el derecho a presentar una queja acerca de su atención y a que estas quejas se revisen y, cuando sea posible, se resuelvan. Además, las decisiones relacionadas con la atención algunas veces presentan preguntas, conflictos u otros dilemas para el hospital y el paciente, la familia u otras personas que tomen decisiones. Estos dilemas pueden surgir de cuestiones sobre el acceso, tratamiento o alta. Pueden ser particularmente difíciles de resolver cuando las cuestiones incluyen, **por ejemplo**, la negación de servicios de resucitación o la renuncia o la retirada del tratamiento de soporte vital.

El hospital ha establecido procesos para buscar soluciones a dichos dilemas y quejas. (*Ver también* APR.11) El hospital identifica en las políticas y procedimientos a aquellos que deben tenerse en cuenta en dichos procesos y cómo participan el paciente y la familia. (*Ver también* SQE.11)

Elementos medibles de PFR.3

1. Se informa a los pacientes acerca del proceso para manifestar quejas, conflictos y diferencias de opinión.
2. El hospital investiga las quejas, conflictos y diferencias de opinión.
3. Se resuelven las quejas, conflictos y diferencias de opinión que surgen durante el proceso de atención.
4. Los pacientes y sus familias participan en el proceso de resolución.

Estándar PFR.4

Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos y responsabilidades en una manera y con un lenguaje que puedan entender.

Intención de PFR.4

El ingreso en hospitalización o el registro como paciente ambulatorio en un hospital puede ser intimidatorio y confuso para los pacientes, dificultándoles ejercer sus derechos y entender sus responsabilidades en el proceso de atención. Por tanto, el hospital prepara un escrito con el listado de derechos y responsabilidades del paciente y su familia que se entrega a los pacientes cuando ingresan o cuando se registran como pacientes ambulatorios en el hospital y está disponible en cada visita o a lo largo de su estancia. **Por ejemplo**, el listado puede estar publicado por el centro.

Este listado debe adaptarse a la edad, la comprensión y el idioma del paciente. Cuando la comunicación escrita no es efectiva o apropiada, se informa al paciente y la familia acerca de sus derechos y responsabilidades en un idioma y de una manera que puedan entender.

Elementos medibles de PFR.4

1. Se proporciona información a cada paciente acerca de sus derechos y responsabilidades en un idioma que pueda comprender.
2. La información sobre los derechos y responsabilidades del paciente se proporciona por escrito o en otro formato que el paciente comprenda.
3. El listado de derechos y responsabilidades del paciente está publicado o disponible de alguna manera por parte del personal en todo momento.

Consentimiento general

Estándar PFR.5

El consentimiento general para el tratamiento es claro en su alcance y sus límites, tanto si se obtiene cuando el paciente es ingresado en el hospital o cuando se registra por primera vez como paciente ambulatorio. ©

Intención de PFR.5

Muchos hospitales obtienen un consentimiento general para el tratamiento (más que confiar en un consentimiento implícito) cuando el paciente ingresa en el hospital o cuando se registra por primera vez como paciente ambulatorio. Cuando se obtiene un consentimiento general, se informa a los pacientes acerca del alcance de dicho consentimiento, por ejemplo qué pruebas y tratamientos están incluidos. El hospital define cómo documentar el consentimiento en la historia clínica del paciente.

Se solicite o no un consentimiento general, se proporciona información a todos los pacientes acerca de aquellas pruebas y tratamientos para los que se necesitará un consentimiento informado por separado. Además todos los pacientes reciben información sobre la posibilidad de que algunos estudiantes o profesionales en formación participen en los procesos de atención, como estudiantes de enfermería, fisioterapia, u otros y estudiantes y residentes de medicina.

Elementos medibles de PFR.5

1. Los pacientes y sus familias son informados del alcance del consentimiento general, cuando este es utilizado por el hospital.
2. El hospital ha definido cómo documentar el consentimiento general, cuando este se utiliza, en la historia clínica del paciente.
3. Se utilice o no un consentimiento general, todos los pacientes y sus familias son informados acerca de cuáles son las pruebas y tratamientos que requieren consentimiento informado. (*Ver también* PFR.5.1)
4. Se utilice o no un consentimiento general, todos los pacientes reciben información relativa a la posibilidad de que estudiantes y profesionales en formación participen en los procesos de atención.

Consentimiento informado

Estándar PFR.5.1

El consentimiento informado se obtiene a través de un proceso definido por el hospital y se realiza por personal formado, en una manera y con un lenguaje que el paciente pueda entender. ©

Intención de PFR.5.1

El consentimiento informado es una de las principales vías por las que el paciente participa en la toma de decisiones sobre su atención. Para dar su consentimiento, un paciente tiene que conocer aquellos factores relativos a la atención planificada que se necesitan para tomar una decisión informada. El consentimiento informado se puede solicitar en diversos momentos del proceso de atención. **Por ejemplo**, se puede solicitar cuando el paciente ingresa en el hospital y antes de ciertos procedimientos o tratamientos de alto riesgo. El proceso de consentimiento está claramente definido por el hospital en políticas y procedimientos. (Ver también GLD.17, EM 4) Las leyes y la normativa relevantes se incorporan en las políticas y procedimientos.

Los pacientes y sus familias son informados acerca de qué pruebas, procedimientos y tratamientos requieren consentimiento y de cómo otorgarlo (**por ejemplo**, de manera verbal, firmando un formulario de consentimiento, o por cualquier otro medio). El personal proporciona educación a pacientes y familias como parte del proceso de obtención del consentimiento informado para el tratamiento (**por ejemplo**, para cirugía y anestesia).

Los pacientes y sus familias entienden quién puede, además del paciente, otorgar el consentimiento. Se forma a determinados miembros del personal para informar a los pacientes y para obtener y documentar el consentimiento del paciente. (Ver también PFR.5, EM 3 y GLD.18)

Elementos medibles de PFR.5.1

1. El hospital desarrolla e implementa un proceso de consentimiento informado claramente definido y forma a determinados miembros del personal en dicho proceso.
2. Se informa a los pacientes sobre el proceso de consentimiento informado y de cuándo se requiere el consentimiento informado.
3. Se educa a los pacientes sobre el proceso de otorgar el consentimiento informado en una manera y con un idioma que el paciente pueda entender. (Ver también MOI.4, EM5)
4. Los pacientes otorgan el consentimiento informado siguiendo el proceso.
5. El consentimiento informado se documenta de manera uniforme.
6. La identidad de la persona que proporciona la información al paciente y su familia es registrada en la historia clínica del paciente.

Estándar PFR.5.2

El consentimiento informado es obtenido antes de la cirugía, anestesia, sedación en procedimientos, uso de sangre o productos sanguíneos y cualquier otro tratamiento o procedimiento de riesgo. ©

Intención de PFR.5.2

Cuando la atención planificada incluye procedimientos quirúrgicos o invasivos, anestesia, sedación moderada, uso de sangre y productos con sangre, u otros tratamientos o procedimientos de alto riesgo, se obtiene un consentimiento separado (Ver también COP.3, ASC.3, ASC.3.3, ASC.5.1, y ASC.7.1). Este proceso de consentimiento proporciona la información identificada en PFR.5.3 y documenta la identidad de la persona que brinda la información. (Ver también COP.8.5 y COP.9.1)

No todos los tratamientos y procedimientos requieren un consentimiento separado específico. Cada hospital identifica aquellos procedimientos o tratamientos de alto riesgo para los que se requiere consentimiento. (Ver también COP.3 y GLD.7) El hospital tiene una lista de estos procedimientos y tratamientos y forma a su personal para garantizar que el proceso de obtención del consentimiento es consistente. La lista es desarrollada de manera colaborativa por aquellos médicos y otros profesionales que administran los tratamientos o realizan los procedimientos. La lista incluye los procedimientos y tratamientos que se proporcionan tanto a pacientes hospitalizados como a pacientes ambulatorios.

Elementos medibles de PFR.5.2

1. Se obtiene el consentimiento antes de procedimientos quirúrgicos o invasivos.

2. Se obtiene el consentimiento antes de la anestesia o sedación en procedimientos.
3. Se obtiene el consentimiento antes del uso de sangre o hemoderivados. (*Ver también* COP.3.3)
4. El hospital tiene una lista con aquellos procedimientos y tratamientos adicionales que requieran un consentimiento separado.
5. Se obtiene el consentimiento antes de los procedimientos o tratamientos de alto riesgo adicionales.

Estándar PFR.5.3

Los pacientes y sus familias reciben información adecuada acerca de la situación del paciente, el/los tratamiento/s propuesto/s y los profesionales sanitarios, para que puedan dar su consentimiento y tomar decisiones sobre la atención.

Intención de PFR.5.3

Cuando se requiere el consentimiento informado para algún tratamiento o procedimiento, se incluyen en el proceso los siguientes elementos y se le explican al paciente antes de obtener el consentimiento:

- a) la condición del paciente;
- b) el/los tratamiento/s o procedimiento/s propuesto/s;
- c) el nombre de la persona que proporciona el tratamiento;
- d) los beneficios e inconvenientes potenciales;
- e) alternativas posibles;
- f) la probabilidad de éxito;
- g) posibles problemas relacionados con la recuperación;
- h) resultados posibles por no realizar el tratamiento. (*Ver también* PFR.5.2)

Cuando no se requiere consentimiento informado, los miembros del personal explican claramente al paciente y la familia el tratamiento o procedimiento que se propone. La información que se proporciona incluye los elementos de a) hasta h) si son relevantes para la condición del paciente y para el tratamiento previsto.

Los miembros del personal también comunican al paciente el nombre del facultativo u otro profesional que sea el responsable principal de la atención del paciente o que esté autorizado a realizar el procedimiento o tratamiento del paciente. Es frecuente que los pacientes tengan preguntas acerca de la experiencia de su médico principal, su antigüedad en el hospital, etc. El hospital debe tener un proceso para responder cuando los pacientes requieren información adicional acerca del médico responsable de su atención.

Elementos medibles de PFR.5.3

1. Cuando se requiere el consentimiento informado para el tratamiento o procedimiento, se informa a los pacientes de los elementos desde a) hasta h) de la intención como parte del proceso de consentimiento informado. (*Ver también* PFE.2)
2. Cuando no se requiere el consentimiento informado, se informa a los pacientes de los elementos desde a) hasta h) de la intención en la medida en que sean relevantes para su condición y para el tratamiento o procedimiento previsto. (*Ver también* ASC.3.3, EM1; ASC.5.1, EM 1; y ASC.7.1, EMs 1 y 2)
3. Los pacientes conocen la identidad del médico o del profesional responsable de su atención.
4. El hospital desarrolla e implementa un proceso para responder a la solicitud de información adicional por parte del paciente acerca del médico o del profesional responsable de su atención.

Estándar PFR.5.4

El hospital establece un proceso, dentro del contexto de la legislación y cultura existentes, para los casos en que otras personas puedan otorgar el consentimiento.

Intención de PFR.5.4

El consentimiento informado a veces requiere que otra persona (distinta del paciente o además del paciente) participe en decisiones sobre la atención del paciente. Esto se da específicamente cuando el paciente no tiene la capacidad física o mental para tomar decisiones sobre la atención, cuando la cultura o la costumbre requiere que otros tomen las decisiones relativas a la atención, o cuando el paciente es un niño. Cuando el paciente no puede tomar decisiones acerca de su atención, se identifica a una persona sustituta que toma las decisiones por él. Cuando es alguien distinto al paciente quien otorga el consentimiento, esa persona queda registrada en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de PFR.5.4

1. El hospital desarrolla e implementa un proceso que se aplica cuando el consentimiento informado es otorgado por otras personas.
2. El proceso respeta la ley, la cultura y la costumbre.
3. Las personas distintas del paciente que brinden el consentimiento quedan registradas en la historia clínica del paciente.

Donación de órganos y tejidos

Estándar PFR.6

El hospital informa a los pacientes y sus familias acerca de cómo elegir donar órganos y otros tejidos.

Estándar PFR.6.1

El hospital supervisa el proceso de extracción de órganos y tejidos. ⑥

Intención de PFR.6 y PFR 6.1

La escasez de órganos disponibles para trasplante ha llevado a que muchos países desarrollen procedimientos y sistemas para incrementar ese suministro. En algunos países, las leyes determinan que todas las personas son donantes salvo que hayan especificado lo contrario (lo que se considera consentimiento implícito). En otros países, para la donación de órganos se requiere un consentimiento explícito. El hospital es responsable de definir un proceso de obtención y registro del consentimiento para la donación de células, tejidos y órganos en relación con los estándares éticos internacionales y con la manera en que la obtención se organiza en su país. El hospital tiene la responsabilidad de garantizar que se llevan a cabo los controles adecuados para prevenir que los pacientes se sientan presionados a donar.

El hospital apoya la opción de los pacientes y familiares de donar órganos y otros tejidos para investigación o trasplante. Se informa a los pacientes y a sus familias acerca del proceso de donación y de la manera en que la obtención de órganos está organizada en la comunidad, región o nación (como, por ejemplo, una red o agencia nacional o regional de obtención de órganos).

La escasez de órganos para trasplante ha dado lugar a prácticas cuestionables de obtención y trasplante de órganos. La práctica de inducir a personas o grupos vulnerables (como personas analfabetas o sin recursos, inmigrantes indocumentados, presos y refugiados políticos o económicos) para que se conviertan en donantes vivos, el tráfico de órganos (la compra y venta de órganos a través del mercado negro), la extracción de órganos sin consentimiento de presos ejecutados o pacientes muertos y el turismo de trasplante son incompatibles con la garantía de la seguridad del donante y del receptor.

La supervisión del proceso de obtención de órganos y tejidos incluye una definición del proceso

de donación que sea conforme a las leyes y reglamentaciones vigentes, que respete los valores religiosos y culturales de la comunidad, que garantice las prácticas éticas y que identifique los requisitos para el consentimiento. El personal del hospital está formado para un proceso de donación que apoye las opciones del paciente y su familia. El personal del hospital está también al tanto de los problemas e inquietudes relativos a la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes. El hospital coopera con otros hospitales y agencias en la comunidad responsables de todos o de una parte del proceso de extracción, almacenamiento, transporte o trasplante. (*Ver también COP.9*)

Elementos medibles de PFR.6

1. El hospital apoya las decisiones del paciente y la familia sobre donar órganos y otros tejidos.
2. El hospital informa acerca del proceso de donación a los pacientes y sus familias.
3. El hospital informa al paciente y su familia sobre cómo se organiza la extracción de órganos.
4. El hospital garantiza que existan los controles adecuados para impedir que los pacientes se sientan presionados a donar.

Elementos medibles de PFR.6.1

1. El hospital define los procesos de donación de órganos y tejidos y se asegura de que el proceso esté en conformidad con las leyes y regulaciones de la región y con sus valores religiosos y culturales.
2. El hospital identifica los requisitos del consentimiento y desarrolla un proceso de consentimiento en consonancia con ellos.
3. El personal del hospital está al tanto de los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.
4. El hospital coopera con los hospitales y agencias relevantes de la comunidad para respetar e implementar las decisiones de donar.

Referencias

1. Henry LM, et al. Respect and dignity: A conceptual model for patients in the intensive care unit. *Narrat Inq Bioeth.* 2015;5(1A):5A–14A.
2. van Gennip IE, et al. The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *Int J Nurs Stud.* 2013 Aug;50(8):1080–1089.
3. Kuo DZ, et al. Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J.* 2012 Feb;16(2):297–305.
4. Vahdat S, et al. Patient involvement in health care decision making: A review. *Iran Red Crescent Med J.* 2014 Jan;16(1): e12454.



Evaluación de los pacientes (AOP)

Panorama general


El objetivo de la evaluación es determinar la atención, el tratamiento y los servicios que cubrirán las necesidades iniciales y permanentes del paciente. Un proceso de evaluación del paciente efectivo resulta en decisiones sobre las necesidades de tratamiento del paciente para una atención urgente, electiva o planificada, incluso cuando la condición del paciente cambie. La evaluación del paciente es un proceso continuo y dinámico que tiene lugar en muchos entornos, servicios y consultas de hospitalización y ambulatorios. La evaluación del paciente consta de tres procesos principales:

1. Recoger información y datos sobre el estado físico, psicológico y social del paciente, y el historial de salud
2. Analizar los datos y la información, incluyendo los resultados de las pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imagen, para identificar las necesidades de atención sanitaria del paciente
3. Desarrollar un plan de atención para cubrir las necesidades del paciente identificadas

Las necesidades del paciente deben ser reevaluadas en el curso de la atención, tratamiento y servicios. La reevaluación es clave para comprender cómo responde el paciente a la atención, tratamiento y servicios proporcionados y es esencial para determinar si las decisiones de atención son apropiadas y efectivas.


Las actividades de evaluación pueden variar según los entornos, según sea definido por los líderes del hospital. La información recogida durante el primer contacto del paciente puede indicar que se necesitan más datos o una evaluación más intensiva. Como mínimo, la necesidad de una evaluación más a fondo viene determinada por la atención, tratamiento y servicios deseados y por la condición que presenta el paciente.

La evaluación del paciente es apropiada cuando tiene en cuenta la condición, edad, necesidades de salud, y las demandas o preferencias del paciente. Estos procesos se llevan a cabo de manera más efectiva cuando los diferentes profesionales sanitarios responsables del paciente trabajan conjuntamente.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono  después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

AOP.1 Se identifican las necesidades sanitarias de todos los pacientes atendidos por el hospital mediante un proceso de evaluación definido por el hospital. 

- AOP.1.1** La evaluación inicial de cada paciente incluye un examen físico y un historial de salud, además de una evaluación de factores psicológicos, culturales/espirituales (según proceda), sociales y económicos.
- AOP.1.2** Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican a partir de las evaluaciones iniciales, las cuales se completan y registran en la historia clínica dentro de las primeras 24 horas posteriores al ingreso en el hospital, o antes según lo indique el estado del paciente. ©
- AOP.1.2.1** Las evaluaciones iniciales, médica y de enfermería, realizadas a los pacientes de urgencias, se basan en su estado y en sus necesidades. ©
- AOP.1.3** El hospital tiene un proceso para aceptar las evaluaciones médicas iniciales realizadas en el consultorio privado de un médico o en otro entorno ambulatorio antes del ingreso del paciente o de la realización de un procedimiento ambulatorio.
- AOP.1.3.1** La evaluación preoperatoria se registra antes de la anestesia o del tratamiento quirúrgico e incluye las necesidades médicas, físicas, psicológicas, sociales, económicas del paciente y sus necesidades al alta.
- AOP.1.4** Se realiza un cribado para valorar el estado nutricional, las necesidades funcionales y cualquier otra necesidad especial que puedan tener los pacientes, y se los deriva para una evaluación y un tratamiento en profundidad cuando sea necesario.
- AOP.1.5** Todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios son sometidos a un cribado del dolor y son evaluados cuando exista dolor presente.
- AOP.1.6** El hospital realiza evaluaciones iniciales individualizadas para las poblaciones especiales a las que presta atención sanitaria. ©
- AOP.1.7** Los pacientes terminales y sus familias son evaluados y reevaluados de acuerdo con sus necesidades individuales.
- AOP.1.8** La evaluación inicial incluye la determinación de la necesidad de planificación del alta. ©

AOP.2 Se reevalúa a todos los pacientes a intervalos determinados en función de su estado y tratamiento, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta. ©

AOP.3 Las evaluaciones y reevaluaciones son realizadas por personal cualificado. ©

AOP.4 Los médicos, el personal de enfermería y las demás personas y servicios responsables de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes y priorizar las necesidades de atención del paciente más urgentes/importantes.

Servicios de laboratorio

AOP.5 Los servicios de laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes. Todos estos servicios cumplen con los estándares, reglamentación y legislación locales y nacionales.

AOP.5.1 Una(s) persona(s) cualificada(s) es/son responsable(s) de la gestión del servicio de laboratorio clínico o del servicio de patología. ©

AOP.5.1.1 Una persona cualificada es responsable de la vigilancia y supervisión del programa de análisis a pie de cama. ©

AOP.5.2 Todo el personal del laboratorio cuenta con la formación, capacitación, certificación y experiencia requeridas para administrar y realizar las pruebas e interpretar los resultados.

AOP.5.3 Hay implantado un programa de seguridad del laboratorio, que se sigue y se registra, y se mantiene además el cumplimiento de los programas de control de infecciones y de gestión de las instalaciones. ②

AOP.5.3.1 El laboratorio utiliza un proceso coordinado para reducir los riesgos de infección como resultado de la exposición a enfermedades infecciosas y a materiales y desechos de riesgo biológico. ②

AOP.5.4 Los resultados de laboratorio se encuentran disponibles en un intervalo de tiempo adecuado, según lo establecido por el hospital. ②

AOP.5.5 Todo el equipamiento utilizado para realizar las pruebas de laboratorio se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad y se mantienen unos registros adecuados de estas actividades. ②

AOP.5.6 Los reactivos y demás suministros esenciales se encuentran disponibles y todos los reactivos se evalúan para garantizar la precisión y exactitud de los resultados. ②

AOP.5.7 Los procedimientos para recoger, identificar, manipular, transportar de forma segura y desechar las muestras están establecidos e implementados. ②

AOP.5.8 Para interpretar e informar los resultados del laboratorio clínico se utilizan estándares y rangos establecidos.

AOP.5.9 Los procedimientos de control de calidad de los servicios de laboratorio están implantados, se siguen y se registran. ②

AOP.5.9.1 Existe un proceso para comprobar la competencia de los servicios de laboratorio. ②

AOP.5.10 Los laboratorios externos/contratados utilizados por el hospital cuentan con autorización, acreditación o certificación otorgadas por autoridades reconocidas.

AOP.5.10.1 El hospital identifica medidas para monitorizar la calidad de los servicios prestados por el laboratorio externo/contratado.

Banco de sangre y/o servicios de transfusión

AOP.5.11 Una persona cualificada es responsable del banco de sangre y/o los servicios de transfusión y garantiza que los servicios cumplan con la legislación y reglamentación vigentes y los estándares de buena práctica reconocidos. ②

Servicios de radiología y diagnóstico por imagen

AOP.6 Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen están disponibles para atender las necesidades de los pacientes. Todos estos servicios cumplen con los estándares, la reglamentación y la legislación locales y nacionales que les son de aplicación.

AOP.6.1 Una(s) persona(s) cualificada(s) es/son responsable(s) de la gestión de los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen. ②

AOP.6.2 Los estudios de diagnóstico por imagen, la interpretación de los resultados y el informe de los mismos están a cargo de personas cualificadas y con la debida experiencia.

AOP.6.3 Se han implantado directrices de seguridad radiológica para el personal y los pacientes, que se siguen y registran, y se cumple con los programas de control de infecciones y de gestión de las instalaciones. ②

- AOP.6.4** Los resultados de los estudios de radiología y de diagnóstico por imagen se encuentran disponibles en un intervalo de tiempo adecuado, según lo establecido por el hospital. ©
- AOP.6.5** Todo el equipamiento utilizado para realizar los estudios de radiología y diagnóstico por imagen se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad y se mantienen unos registros adecuados de estas actividades. ©
- AOP.6.6** Si el hospital utiliza película para rayos X, esta y otros suministros se encuentran disponibles.
- AOP.6.7** Hay procedimientos de control de calidad implantados, que se siguen, validan y registran. ©
- AOP.6.8** El hospital revisa regularmente los resultados del control de calidad de todos los proveedores externos de servicios de diagnóstico contratados.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Estándar AOP.1

Se identifican las necesidades sanitarias de todos los pacientes atendidos por el hospital mediante un proceso de evaluación definido por el hospital. ©

Intención de AOP.1

Un proceso efectivo de evaluación del paciente da como resultado decisiones sobre las necesidades de tratamiento inmediato y continuo del paciente en caso de atención planificada, opcional o de emergencia, aun cuando cambie la situación del paciente. La evaluación del paciente es un proceso continuo y dinámico que tiene lugar en muchos ámbitos, departamentos o consultas tanto de hospitalización como ambulatorios. La evaluación del paciente consiste en tres procesos principales:

- a) Reunir la información y los datos acerca del estado físico, psicológico y social del paciente, y además, su historial de salud.
- b) Analizar los datos y la información, incluyendo los resultados de las pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imágenes, para identificar las necesidades de atención sanitaria del paciente.
- c) Desarrollar un plan de atención que dé respuesta a las necesidades del paciente identificadas.

Cuando un paciente ha sido registrado o admitido al hospital para recibir atención o tratamiento ambulatorio o que requiere de su hospitalización, ya sea en persona o por medios virtuales, es necesario realizar una evaluación completa relacionada con las razones por las que el paciente solicita atención sanitaria. La información específica que el hospital requiere en esta etapa, y los procedimientos para obtener dicha información, dependen de las necesidades del paciente y del ámbito en el que se esté prestando la atención (**por ejemplo**, atención ambulatoria u hospitalización). Las políticas y procedimientos del hospital definen cómo funciona este proceso y qué información debe ser recogida y documentada. (*Ver también ACC.1*)

Para evaluar las necesidades del paciente de forma consistente, el hospital define en sus políticas, el contenido mínimo de las evaluaciones que deben ser realizadas por los médicos, el personal de enfermería y otros profesionales sanitarios. Cada disciplina realiza evaluaciones dentro de su ámbito de práctica, autorización, leyes y reglamentaciones vigentes, o *certificación*. Las evaluaciones son realizadas solo por personas cualificadas. Todos los formularios de evaluación usados para realizar las evaluaciones son consistentes con esta política. El hospital define las actividades de evaluación tanto para pacientes ambulatorios como para pacientes hospitalizados. El hospital define los

elementos comunes a todas las evaluaciones y define las diferencias, cuando están permitidas, en el ámbito de las evaluaciones médicas generales y de las especialidades. La evaluación definida en la política puede ser completada en diferentes momentos y por más de una persona cualificada. Todo el contenido debe estar disponible cuando se inicia el tratamiento. (*Ver también* AOP.1.2 y AOP.1.2.1)

Elementos medibles de AOP.1

1. El contenido mínimo de las evaluaciones de los pacientes hospitalizados se define para cada disciplina clínica que realiza evaluaciones y especifica los elementos requeridos de la historia y el examen físico. (*Ver también* ASC.3.2, EM 1 y ASC.4, EM 1)
 2. El contenido mínimo de las evaluaciones de los pacientes ambulatorios se define para cada disciplina clínica que realiza evaluaciones y especifica los elementos requeridos de la historia y el examen físico. (*Ver también* ASC.3.2, EM 1 y ASC.4, EM 1)
 3. Solo realizan evaluaciones las personas cualificadas y facultadas mediante autorización, leyes y reglamentaciones vigentes o certificación. (*Ver también* SQE.10, EM 3)
 4. El hospital define qué información de las evaluaciones debe quedar documentada. (*Ver también* MMU.4, EM 5)
-

Estándar AOP.1.1

La evaluación inicial de cada paciente incluye un examen físico y un historial de salud, además de una evaluación de factores psicológicos, culturales/espirituales (según proceda), sociales y económicos.

Intención de AOP.1.1

La evaluación inicial de un paciente, sea un paciente ambulatorio u hospitalizado, resulta fundamental para identificar sus necesidades y comenzar con el proceso de atención. La evaluación inicial brinda información útil para

- comprender el tipo de atención que el paciente está buscando;
- seleccionar el mejor ámbito de atención para el paciente;
- determinar un diagnóstico inicial; y
- entender la respuesta del paciente a la atención sanitaria recibida anteriormente.

Para brindar esta información, la evaluación inicial incluye una evaluación del estado médico del paciente mediante un examen físico y su historial de salud. La evaluación psicológica determina el estado emocional del paciente (**por ejemplo**, si se encuentra deprimido, temeroso o agresivo y pudiera autoinflingirse algún daño o hacer daño a los demás). La reunión de datos acerca de la situación social de los pacientes no pretende “clasificarlos”. Más bien, los contextos social, cultural, espiritual, familiar y económico son factores importantes que pueden influir en la respuesta de un paciente al tratamiento o a la enfermedad. Las familias pueden colaborar muchísimo en estas áreas de la evaluación y en la comprensión de los deseos y preferencias del paciente durante el proceso de evaluación. Los factores económicos se incluyen como parte de la evaluación social o bien se evalúan por separado cuando el paciente y su familia sean responsables de sufragar la totalidad o una parte del coste de la atención sanitaria durante la hospitalización o tras el alta. En la evaluación de un paciente pueden participar muchas personas capacitadas distintas. Los factores más importantes son que las evaluaciones estén completas y disponibles para quienes prestan atención al paciente. (*Ver también* ACC.3, EM 2)

La evaluación del paciente resulta mucho más provechosa cuando tiene en cuenta el estado del paciente, su edad, sus necesidades sanitarias, así como también sus peticiones o preferencias. Estos procesos se realizan con mayor efectividad cuando los diferentes profesionales sanitarios a cargo del paciente trabajan conjuntamente. (*Ver también* COP.8 y MOI.9.1, EM 2)

Elementos medibles de AOP.1.1

1. Todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios son sometidos a una evaluación inicial que

incluye un historial de salud y un examen físico consistentes con los requisitos definidos en la política del hospital. (Ver también MMU.4, EM 5)

2. A cada paciente se le realiza una evaluación psicológica inicial en función de sus necesidades. (Ver también COP.8.7 y COP.9.2)
 3. A cada paciente se le realiza una evaluación social y económica inicial en función de sus necesidades. (Ver también COP.8.5)
 4. A cada paciente se le realiza una evaluación espiritual/cultural (según proceda) inicial en función de sus necesidades.
 5. La evaluación inicial da como resultado un diagnóstico inicial.
-

Estándar AOP.1.2

Las necesidades médicas y de enfermería del paciente se identifican a partir de las evaluaciones iniciales, las cuales se completan y registran en la historia clínica dentro de las primeras 24 horas posteriores al ingreso en el hospital, o antes según lo indique el estado del paciente. ©

Estándar AOP.1.2.1

Las evaluaciones iniciales, médica y de enfermería, realizadas a los pacientes de urgencias, se basan en su estado y en sus necesidades. ©

Intención de AOP.1.2 y AOP 1.2.1

El resultado primario de las evaluaciones iniciales del paciente permite comprender sus necesidades médicas y de enfermería para que puedan comenzar la atención y el tratamiento. Para lograr esto, el hospital determina el contenido mínimo de la evaluación médica, de enfermería y demás evaluaciones (ver también AOP.1), el espacio de tiempo para completar las evaluaciones y los requisitos para documentar las evaluaciones (ver también AOP.1.3). Si bien la evaluación médica y la de enfermería son fundamentales para comenzar la atención, podría haber otras evaluaciones adicionales practicadas por otros profesionales sanitarios, incluyendo las evaluaciones especiales (ver también AOP.1.4 and AOP.1.5) y las evaluaciones personalizadas (ver también AOP.1.6). Estas evaluaciones deben integrarse e identificarse las necesidades de atención más urgentes (ver también AOP.4).

Dentro de las 24 horas tras el ingreso las evaluaciones médicas y de enfermería iniciales se completan y se encuentran disponibles para ser usadas por todos los profesionales que prestan atención al paciente. Cuando el estado del paciente así lo indica, la evaluación inicial médica y/o de enfermería se realiza y está disponible antes. Por tanto, los pacientes de urgencias son evaluados de inmediato, y la política puede definir que determinados grupos de pacientes sean evaluado antes de las 24 horas.

En una emergencia, las evaluaciones médicas y de enfermería iniciales pueden limitarse a las necesidades y condición aparente del paciente. También, cuando no hay tiempo para registrar el historial y el examen físico completos de un paciente de urgencias que necesita cirugía, se registran una breve nota y el diagnóstico preoperatorio antes de realizar la cirugía. (Ver también MOI.9.1, EM 3)

Elementos medibles de AOP.1.2

1. La evaluación médica inicial, incluido el historial de salud, el examen físico y otras evaluaciones requeridas por la situación del paciente, se realizan y se registran dentro de las 24 horas tras el ingreso o en menos tiempo, según lo requiera el estado del paciente.
2. La evaluación médica inicial da por resultado una lista de diagnósticos médicos específicos que incluye afecciones primarias y asociadas que requieren tratamiento y monitorización.
3. La evaluación de enfermería inicial se realiza y se registra dentro de las 24 horas tras el ingreso o en menos tiempo, según lo requiera el estado del paciente.
4. La evaluación de enfermería inicial da por resultado una lista de necesidades de enfermería

específicas o condiciones que requieren cuidados, intervenciones o monitorización de enfermería.

Elementos medibles de AOP.1.2.1

1. La evaluación médica de los pacientes de urgencias se basa en sus necesidades y en su estado y se registra en la historia clínica del paciente.
2. La evaluación de enfermería de los pacientes de urgencias se basa en sus necesidades y en su estado y se registra en la historia clínica del paciente.
3. Antes de que se realice la intervención quirúrgica en los pacientes que necesitan cirugía urgente, se realiza un diagnóstico preoperatorio y se redacta una breve nota a modo de constancia. (*Ver también ASC.7*)

Estándar AOP.1.3

El hospital tiene un proceso para aceptar las evaluaciones médicas iniciales realizadas en el consultorio privado de un médico o en otro entorno ambulatorio antes del ingreso del paciente o de la realización de un procedimiento ambulatorio.

Intención de AOP.1.3

Cuando la evaluación médica inicial se lleva a cabo en la consulta privada de un médico o en otro entorno ambulatorio antes de la hospitalización del paciente o de la realización de un procedimiento ambulatorio como cirugía de alta en el mismo día, dicha evaluación debe haberse realizado dentro de los 30 días previos. Si en el momento del ingreso o de la realización del procedimiento ambulatorio la evaluación médica tiene más de 30 días, se debe actualizar el historial y repetir el examen físico. En el caso de evaluaciones médicas realizadas y documentadas dentro de los 30 días o menos previos al ingreso o a la realización de un procedimiento ambulatorio, debe registrarse en la historia clínica en el momento de la admisión cualquier cambio significativo en el estado del paciente desde la evaluación o, en su caso, "ningún cambio". Esta actualización y/o repetición de la evaluación puede ser realizada por cualquier persona cualificada. (*Ver también AOP.1.2 y AOP.1.2.1 con respecto al espacio de tiempo y los requisitos de registro para las evaluaciones iniciales realizadas en el hospital*).

Cuando una evaluación se completa total o parcialmente fuera del hospital (**por ejemplo**, en la consulta de un cirujano especialista), los hallazgos se revisan y/o verifican en el momento del ingreso o antes del procedimiento ambulatorio, según proceda teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre la evaluación externa y la admisión, la naturaleza crítica de los hallazgos, la complejidad del paciente, y la atención y el tratamiento previstos (**por ejemplo**, la revisión confirma la claridad del diagnóstico y de todo procedimiento o tratamiento planificado, la presencia de radiografías necesarias en la cirugía, cualquier cambio en el estado del paciente (como el control de la glucosa en sangre) e identifica todo análisis crítico de laboratorio que deba repetirse). (*Ver también AOP.4*)

Elementos medibles de AOP.1.3

1. Las evaluaciones médicas iniciales realizadas antes del ingreso o antes de la realización de un procedimiento ambulatorio en el hospital no exceden los 30 días de antigüedad.
2. Para evaluaciones que no exceden los 30 días de antigüedad, todo cambio significativo en el estado del paciente producido tras de la evaluación o el "no cambio" es registrado en la historia clínica del paciente en el momento de su ingreso en hospitalización o antes de la realización de un procedimiento ambulatorio.
3. Si en el momento del ingreso o antes de la realización del procedimiento ambulatorio la evaluación médica excede los 30 días, es necesario repetir el examen físico y actualizar el historial.
4. Los hallazgos de todas las evaluaciones realizadas fuera del hospital son revisados y/o verificados en el momento del ingreso.

Estándar AOP.1.3.1

La evaluación preoperatoria se registra antes de la anestesia o del tratamiento quirúrgico e incluye las necesidades médicas, físicas, psicológicas, sociales, económicas del paciente y sus necesidades al alta.

Intención de AOP.1.3.1

La *evaluación preoperatoria* es una evaluación de riesgos clínicos que evalúa la salud de un paciente para determinar si es seguro someterlo a un procedimiento de anestesia y cirugía.

La evaluación preoperatoria inicial incluye las necesidades médicas, físicas, psicológicas, sociales y económicas del paciente antes de la cirugía. Además, un valioso componente de la evaluación preoperatoria es la determinación de cualquier necesidad potencial de atención tras el alta. (*Ver también ASC.7*)

Los resultados de la evaluación médica y de todas las pruebas diagnósticas, junto con las necesidades potenciales del paciente tras el alta, se registran en la historia clínica del paciente antes de la anestesia o la cirugía.

Elementos medibles de AOP.1.3.1

1. Los pacientes para quienes hay una cirugía programada se someten a una evaluación preoperatoria.
2. La evaluación preoperatoria incluye las necesidades médicas, físicas, psicológicas, sociales y económicas del paciente y sus necesidades tras el alta.
3. La evaluación preoperatoria de los pacientes quirúrgicos se registra en su historia clínica antes de la cirugía.

Estándar AOP.1.4

Se realiza un cribado para valorar el estado nutricional, las necesidades funcionales y cualquier otra necesidad especial que puedan tener los pacientes, y se los deriva para una evaluación y un tratamiento en profundidad cuando sea necesario.

Intención de AOP.1.4

La información recogida en la evaluación inicial médica y/o de enfermería, mediante la aplicación de criterios de cribaje, puede indicar que el paciente necesita una evaluación más exhaustiva o más profunda de su estado nutricional o de su estado funcional, incluyendo una evaluación de riesgo de caídas (*ver también IPSG.6*). Puede ser necesaria una evaluación más profunda para identificar a aquellos pacientes con necesidad de *intervenciones nutricionales* y a aquellos con necesidad de servicios de rehabilitación u otros servicios relacionados con su capacidad de funcionar de manera independiente o según su máximo potencial.

La forma más efectiva de identificar pacientes con necesidades nutricionales o funcionales es mediante criterios de cribaje. El cribado generalmente implica la realización de una evaluación avanzada muy sencilla de un paciente, con el fin de determinar si presenta un riesgo que indique la necesidad de una evaluación más en profundidad. **Por ejemplo**, el formulario de evaluación inicial de enfermería puede contener criterios básicos para un cribado nutricional, como cinco o seis preguntas sencillas con una puntuación numérica relativa a la disminución reciente en la ingesta de comida, la pérdida de peso durante los últimos tres meses, la movilidad, etc. La puntuación total del paciente identificará a un paciente en riesgo nutricional que necesita una evaluación nutricional más en profundidad.

En cada caso, los criterios de cribaje son elaborados por personas cualificadas capaces de evaluar con mayor profundidad al paciente y, de ser preciso, proporcionar cualquier tratamiento que sea necesario. **Por ejemplo**, los criterios de cribaje para riesgo nutricional pueden ser elaborados por

enfermeras que aplicarán los criterios, dietistas que suministrarán la intervención alimenticia recomendada y nutricionistas capaces de integrar las necesidades nutricionales con las demás necesidades del paciente. (*Ver también* COP.4 y COP.5) Los criterios de cribado se implementan de manera consistente donde se necesiten en todo el hospital.

La información recogida en las evaluaciones iniciales médica y de enfermería también pueden identificar la necesidad de realizar otras evaluaciones, como dental, visual, auditiva, etc. (*Ver también* AOP.1.2 y AOP.1.2.1) El hospital deriva al paciente para que se le realicen otras evaluaciones dentro del hospital cuando estas están disponibles, o bien para que se le realicen en los servicios comunitarios tras el alta.

Elementos medibles de AOP.1.4

1. Personal cualificado elabora los criterios de cribado para identificar a los pacientes que requieren una evaluación nutricional exhaustiva y los criterios se implementan de manera consistente en todas las zonas del hospital en que se necesiten.
2. Los pacientes en riesgo nutricional se someten a una evaluación nutricional.
3. Personal cualificado elabora los criterios de cribado para identificar a los pacientes que requieren una evaluación funcional exhaustiva y los criterios se implementan de manera consistente en todas las zonas del hospital en que se necesiten.
4. Los pacientes que necesitan una evaluación funcional son derivados para que se les realice dicha evaluación.
5. Cuando se identifica la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, los pacientes son derivados dentro o fuera del hospital.
6. Las evaluaciones especializadas realizadas dentro del hospital se completan y se registran en la historia clínica del paciente.

Estándar AOP.1.5

Todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios son sometidos a un cribado del dolor y son evaluados cuando exista dolor presente.

Intención de AOP.1.5

Durante la evaluación inicial y durante cualquier reevaluación, se utiliza un proceso de cribado para identificar a los pacientes que sufren dolor. **Ejemplos** de preguntas que pueden hacerse en un cribado:

- ¿Siente dolor en este momento?
- ¿El dolor le impide dormir por la noche?
- ¿El dolor le impide participar en ciertas actividades?
- ¿Siente dolor todos los días?

Las respuestas afirmativas a preguntas como estas indican la necesidad de una evaluación más exhaustiva del dolor del paciente. Cuando el dolor se identifica en el entorno ambulatorio, el paciente puede ser evaluado más exhaustivamente y ser tratado en el hospital, o bien se puede derivar para una evaluación y un tratamiento más exhaustivos. El alcance del tratamiento se basa en el entorno de atención y en los servicios prestados. (*Ver también* COP.6)

Cuando el paciente se encuentra hospitalizado, se lleva a cabo una evaluación más exhaustiva en cuanto se identifica el dolor. Esta evaluación se adecúa a la edad del paciente y mide la intensidad y las características del dolor, como el carácter, la frecuencia, la ubicación y la duración. Otra información puede incluir la historia de dolor, lo que hace que el dolor se alivie o se acentúe, cuáles son los objetivos del paciente de alivio del dolor, etc. Esta evaluación se registra de forma tal que facilite la reevaluación y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por el hospital y las necesidades del paciente. (*Ver también* AOP.1.2 y AOP.1.2.1)

Elementos medibles de AOP.1.5

1. Los pacientes son sometidos a un cribado de dolor que queda registrado.
2. Cuando se identifica dolor a partir del cribado inicial, se realiza una evaluación exhaustiva del dolor del paciente.
3. La evaluación se registra de forma tal que facilite la reevaluación y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por el hospital y las necesidades del paciente.

Estándar AOP.1.6

El hospital realiza evaluaciones iniciales individualizadas para las poblaciones especiales a las que presta atención sanitaria. ©

Intención de AOP.1.6

La evaluación inicial de ciertos tipos de pacientes o de ciertas poblaciones hace necesario modificar el proceso de evaluación. Dicha modificación se basa en las características o necesidades singulares de cada población de pacientes. Cada hospital identifica estas poblaciones y grupos especiales de pacientes y modifica el proceso de evaluación para adaptarlo a sus necesidades específicas. En particular se llevan a cabo evaluaciones médicas y de enfermería personalizadas, cuando el hospital presta servicios a uno o más de los grupos de pacientes o poblaciones con necesidades especiales que se enumeran a continuación:

- Niños
- Adolescentes
- Ancianos frágiles
- Pacientes con enfermedades terminales o que se encuentran próximos a la muerte
- Pacientes con dolor intenso o crónico
- Mujeres de parto
- Mujeres en la fase final del embarazo
- Pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos
- Pacientes con presunta dependencia de las drogas y/o el alcohol
- Víctimas de abuso o abandono
- Pacientes con enfermedades infecciosas o contagiosas
- Pacientes en quimioterapia o radioterapia
- Pacientes cuyos sistemas inmunológicos se encuentran afectados

La evaluación de pacientes con presunta dependencia de las drogas y/o del alcohol y la evaluación de las víctimas de abuso o abandono son determinadas por la cultura de la población de pacientes. Estas evaluaciones no pretenden ser un proceso proactivo de detección de casos. En realidad, la evaluación de estos pacientes más bien responde a sus necesidades y a su estado, de un modo confidencial y culturalmente aceptable. El proceso de evaluación se modifica para que resulte coherente con las leyes y reglamentaciones locales y con los estándares profesionales relacionadas con dichas poblaciones y situaciones, e involucra a la familia siempre que resulte adecuado o necesario. (*Ver también* AOP.1.2 y AOP.1.2.1)

Elementos medibles de AOP.1.6

1. El hospital identifica, por escrito, a los grupos de pacientes y poblaciones especiales a los que atiende para los que se hace necesario modificar la evaluación.
2. El proceso de evaluación de las poblaciones de pacientes con necesidades especiales se modifica para reflejar sus necesidades.
3. El proceso de evaluación modificado es coherente con las leyes y reglamentaciones locales e incorpora estándares profesionales relacionados con tales poblaciones.
4. Se realizan y documentan evaluaciones médicas y de enfermería individualizadas.

Estándar AOP.1.7

Los pacientes terminales y sus familias son evaluados y reevaluados de acuerdo con sus necesidades individuales.

Intención de AOP.1.7

Cuando un paciente se encuentra en el final de su vida, las evaluaciones y reevaluaciones tienen que ser personalizadas a fin de atender las necesidades de los pacientes y de las familias. Las evaluaciones y reevaluaciones deberían valorar al paciente en función de sus síntomas y situaciones y según sus necesidades. Tales síntomas, situaciones y necesidades de atención incluyen:

- síntomas como náuseas y disnea;
- factores que alivian o agravan los síntomas físicos;
- el manejo de los síntomas actuales y la respuesta del paciente; y
- la necesidad de un entorno asistencial o nivel de cuidados alternativo.

Puede también realizarse a los pacientes y a las familias una evaluación y reevaluación, si procede, de sus necesidades espirituales, psicosociales y de servicios de apoyo, según resulte apropiado y de acuerdo con sus necesidades individuales y preferencias culturales. Entre los elementos a considerar se incluyen los siguientes:

- La orientación espiritual del paciente y de su familia y, según corresponda, toda forma de participación en un grupo religioso
- Las inquietudes o necesidades espirituales del paciente y de la familia, como la desesperación, el sufrimiento, la culpa o el perdón
- El estado psicosocial del paciente y de la familia, por ejemplo, las relaciones familiares, la adecuación del entorno domiciliario si la atención sanitaria se prestara allí, los mecanismos de afrontamiento, y las reacciones del paciente y de la familia ante la enfermedad
- La necesidad de servicios de apoyo o de respiro para el paciente, su familia u otros cuidadores
- Los factores de riesgo de los que se quedan, por ejemplo, los mecanismos de afrontamiento familiar y el potencial de reacciones patológicas de duelo

Elementos medibles de AOP.1.7

1. A los pacientes que se encuentran en la etapa final de su vida se les evalúan y reevalúan los síntomas, situaciones y necesidades de atención de acuerdo con las necesidades que se hayan identificado. (*Ver también* AOP.2 EM 2 y COP.7, EM 2)
2. A los pacientes que se encuentran en la etapa final de su vida y a sus familias se les evalúan y reevalúan, en su caso, las necesidades espirituales, psicosociales y de servicios de apoyo, de acuerdo con sus necesidades individuales y sus preferencias culturales.
3. Los hallazgos de la evaluación se registran en la historia clínica del paciente. (*Ver también* MOI.9.1, EM 3)

Estándar AOP.1.8

La evaluación inicial incluye la determinación de la necesidad de planificación del alta. ©

Intención de AOP.1.8

La continuidad de la atención requiere una preparación especial y ciertas consideraciones para muchos pacientes, especialmente en lo relativo a la planificación del alta. El proceso de desarrollo de un plan para el alta comienza pronto durante el proceso de evaluación. La evaluación inicial puede contribuir a identificar a aquellos pacientes para los que la planificación del alta es crítica debido, entre otros factores, a su edad, falta de movilidad, necesidades de continuidad asistencial o ayuda con las actividades de la vida diaria. Como los trámites para el alta pueden requerir algo de tiempo, los procesos de evaluación y planificación se inician tan pronto como sea posible tras el ingreso del paciente.

La planificación del alta incluye cualquier tipo de educación especial que el paciente pueda necesitar en relación con la continuidad de la atención fuera del hospital. (*Ver también* PFE.2) **Por ejemplo**, una persona que acaba de ser diagnosticada como paciente de diabetes Tipo 1 necesitará educación relacionada con la dieta y la alimentación, así como también instrucción respecto de la administración de inyecciones de insulina. Un paciente ingresado por un infarto agudo de miocardio puede necesitar rehabilitación cardíaca tras el alta, así como también instrucción respecto de la alimentación. Las altas exitosas dependen de una planificación efectiva.

Elementos medibles de AOP.1.8

1. La planificación del alta comienza en una fase temprana del proceso de evaluación para identificar a aquellos pacientes para los que dicha planificación resulta crítica. (*Ver también* ACC.4, EM 3)
2. La planificación del alta incluye la identificación de necesidades especiales y el desarrollo e implementación de un plan para atender dichas necesidades.
3. Los pacientes, las familias en su caso, y el personal implicado en la atención del paciente, participan en el proceso de planificación del alta. (*Ver también* PFR.2, EM 1)

Estándar AOP.2

Se reevalúa a todos los pacientes a intervalos determinados en función de su estado y tratamiento, para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuación del tratamiento o el alta.

Ⓢ

Intención de AOP.2

La reevaluación del paciente por parte de todos los profesionales sanitarios es fundamental para comprender si las decisiones relativas a su atención son adecuadas y efectivas. Los pacientes son sometidos a reevaluaciones durante el proceso de atención, a intervalos determinados en función de sus necesidades y del plan de atención, o según lo definido en las políticas y procedimientos del hospital. Los resultados de estas reevaluaciones se registran en la historia clínica del paciente para información y uso de todas las personas que están a cargo de su atención.

La reevaluación realizada por un médico es parte integral de la atención permanente del paciente. Los pacientes que se encuentran en la fase aguda de su atención son evaluados por un médico al menos una vez al día, incluidos los fines de semana, y cuando se produzca un cambio significativo en su estado.

Las reevaluaciones se realizan y los resultados se registran en la historia clínica del paciente:

- a intervalos regulares durante la atención (**por ejemplo**, el personal de enfermería registra periódicamente los signos vitales, la evaluación del dolor, y los sonidos del pulmón y del corazón, según sea necesario en función del estado del paciente);
- diariamente, por parte de un médico en el caso de pacientes que se encuentran en la fase aguda de su atención;
- en respuesta a un cambio significativo en el estado del paciente; (*Ver también* COP.3.1)
- si el diagnóstico del paciente ha cambiado y las necesidades de atención hacen necesario que se revise su planificación; y
- para determinar si los medicamentos y los otros tratamientos han dado resultado y si el paciente puede ser derivado o dado de alta.

Algunos pacientes que no se encuentran en la fase aguda de su atención pueden no necesitar evaluaciones diarias de los médicos; **por ejemplo**, un paciente psiquiátrico estable que es sometido a sesiones de terapia de grupo, o un paciente que ya ha pasado la etapa de atención aguda de su enfermedad o de su cirugía y que solamente está recibiendo tratamiento de rehabilitación. El hospital identifica, por escrito, a los pacientes que no necesitan evaluaciones diarias.

Elementos medibles de AOP.2

1. Los pacientes son reevaluados para determinar su respuesta al tratamiento y al plan para la

- continuación del tratamiento y/o el alta. (*Ver también* COP.5, EM 3; ASC.6.1, EM 3; y MMU.7, EM 1)
2. Se reevalúa a los pacientes a intervalos determinados en función de su estado y cuando se haya producido un cambio significativo en su estado, en su plan de atención o en sus necesidades individuales. (*Ver también* AOP.1.7., EM 1)
 3. Durante la fase aguda de su atención y tratamiento, los pacientes son reevaluados al menos una vez al día por un médico, incluidos los fines de semana.
 4. Para los pacientes que no están en la fase aguda de la atención, el hospital define, por escrito, las circunstancias y los tipos de pacientes y/o poblaciones de pacientes a los que el médico podrá evaluar con una frecuencia menor a la diaria, e identifica el intervalo mínimo de reevaluación para dichos pacientes.
 5. Las reevaluaciones se registran en la historia clínica del paciente.
-

Estándar AOP.3

Las evaluaciones y reevaluaciones son realizadas por personal cualificado. ©

Intención de AOP.3

La evaluación y reevaluación de los pacientes son procesos críticos que requieren de una formación, capacitación, conocimiento y destrezas especiales. Por consiguiente, se identifica quiénes son las personas capacitadas para llevar a cabo cada tipo de evaluación y se definen sus responsabilidades por escrito. En particular, se identifican claramente las personas calificadas para llevar a cabo las evaluaciones de urgencia o las evaluaciones de necesidades de enfermería. Cada disciplina realiza las evaluaciones dentro de su ámbito de práctica, autorización, leyes y reglamentaciones vigentes, o certificación.

Elementos medibles de AOP.3

1. Las personas calificadas para llevar a cabo las evaluaciones y reevaluaciones de los pacientes están identificadas y sus responsabilidades definidas por escrito. (*Ver también* SQE.1.1, EM 2 y SOE.10, EM 3)
 2. Solo realizan evaluaciones de los pacientes las personas facultadas a través de autorización, leyes y reglamentaciones vigentes o certificación.
 3. Las evaluaciones de urgencia son realizadas por personas calificadas para ello.
 4. Las evaluaciones de enfermería son realizadas por personas calificadas para ello.
-

Estándar AOP.4

Los médicos, el personal de enfermería y las demás personas y servicios responsables de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes y priorizar las necesidades de atención del paciente más urgentes/importantes.

Intención de AOP.4

Un paciente puede someterse a muchos tipos de evaluaciones realizadas por diferentes departamentos y servicios dentro y fuera del hospital. Como resultado, puede haber una variedad de información, resultados de pruebas y otros datos en la historia clínica del paciente (*ver también* AOP.1.3). Un paciente obtendrá el máximo beneficio cuando el personal responsable de su atención trabaje en equipo para analizar los hallazgos de la evaluación y combine esta información para configurar un panorama integral de su estado. A partir de este trabajo conjunto, se identifican las necesidades del paciente, se establece su orden de prioridad y se toman decisiones respecto de la atención. La integración de los hallazgos en este momento del proceso facilitará la coordinación de la atención. (*Ver también* AOP.1.2 y AOP.1.2.1, y COP.2)

Cuando las necesidades del paciente no son complejas, el proceso de trabajo conjunto es sencillo e

informal. En el caso de pacientes con necesidades complejas o poco claras, puede ser necesario realizar reuniones formales del equipo de tratamiento, sesiones de caso y rondas clínicas. El paciente, su familia y otras personas que puedan tomar decisiones en nombre del paciente se incluyen en el proceso cuando sea necesario.

Elementos medibles de AOP.4

1. Se analizan e integran los datos e información de la evaluación del paciente.
2. Participan en el proceso todas las personas responsables de la atención del paciente.
3. Las necesidades de los pacientes se priorizan en función de los resultados de la evaluación.

Servicios de laboratorio

Estándar AOP.5

Los servicios de laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes. Todos estos servicios cumplen con los estándares, reglamentación y legislación locales y nacionales.

Intención de AOP.5

El hospital cuenta con un sistema para proporcionar los servicios de laboratorio, incluidos los servicios de *patología clínica*, requeridos según la población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los profesionales sanitarios. Los servicios de laboratorio se organizan y se proporcionan de acuerdo con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales que les sean de aplicación.

Los servicios de laboratorio, incluidos aquellos necesarios en urgencias, pueden proporcionarse dentro del hospital, a través de un contrato con otra organización, o de ambas maneras. Los servicios de laboratorio se encuentran disponibles fuera del horario habitual de atención para casos de urgencia. Además, cuando sea necesario el hospital puede identificar y contactar a expertos en áreas de diagnóstico especializadas, como parasitología, virología o toxicología.

Los proveedores externos son fácilmente accesibles para el paciente. El hospital selecciona los proveedores externos basándose en las recomendaciones de quien dirige el laboratorio o de otras personas responsables de servicios de laboratorio. Los proveedores externos de servicios de laboratorio cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes y cuentan con un registro aceptable de servicios prestados de forma puntual y precisa. Se informa a los pacientes cuando el médico que hace la derivación es el propietario de un servicio de laboratorio externo.

Elementos medibles de AOP.5

1. Los servicios de laboratorio cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales correspondientes. (*Ver también* GLD.2, EM 5)
2. Existen servicios de laboratorio disponibles para satisfacer las necesidades relacionadas con la misión del hospital y su población de pacientes, las necesidades sanitarias de la comunidad y las necesidades de urgencia, incluso fuera del horario habitual de atención.
3. Es posible contactar a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando se necesita.
4. Los proveedores externos se seleccionan en función de sus registros de servicios aceptables y de su cumplimiento con las leyes y reglamentaciones vigentes.
5. Se informa a los pacientes acerca de cualquier tipo de relación entre el médico que hace la derivación y los proveedores externos de servicios de laboratorio. (*Ver también* GLD.12.1, EM 1)

Estándar AOP.5.1

Una(s) persona(s) cualificada(s) es/son responsable(s) de la gestión del servicio de laboratorio clínico o del servicio de patología. ©

Intención de AOP.5.1

Los servicios de laboratorio clínico son dirigidos por una persona cualificada, cuyos conocimientos, formación y experiencia son comprobables y consistentes con la legislación y reglamentaciones correspondientes. Esta persona asume la responsabilidad profesional de las instalaciones del laboratorio y los servicios que allí se prestan, así como también de las pruebas realizadas fuera del laboratorio, como por ejemplo los análisis realizados a pie de cama del paciente (*point-of-care testing*). La supervisión de los servicios fuera del laboratorio implica garantizar que en todo el hospital se utilizan las mismas políticas y prácticas de manera consistente, por ejemplo, en lo relativo a la capacitación y a la gestión de los suministros, entre otros aspectos. No incluye la supervisión diaria de estas actividades. La supervisión diaria sigue siendo responsabilidad de los líderes del departamento o de la unidad en la que se realiza la prueba.

Cuando esta persona proporciona opinión médica o consulta clínica, debe ser un médico, preferentemente un patólogo. Los servicios de laboratorio de especialidad y subespecialidad son dirigidos por personas con adecuada cualificación para ello. Las responsabilidades del líder del laboratorio incluyen

- desarrollar, implementar y mantener políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- mantener cualquier programa de control de calidad necesario;
- la recomendación de proveedores externos de servicios de laboratorio; y
- la monitorización y revisión de todos los servicios de laboratorio.

Elementos medibles de AOP.5.1

1. El laboratorio clínico y otros servicios de laboratorio dentro del hospital son dirigidos y supervisados por una o más personas cualificadas. (*Ver también* GLD.9.6, EM 1)
2. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades de desarrollo, implementación y mantenimiento de políticas y procedimientos.
3. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades de supervisión administrativa.
4. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades de mantenimiento de programas de control de calidad.
5. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades de recomendar servicios de laboratorio externos/contratados. (*Ver también* GLD.6, EM 4; GLD.6.1, EM 3)
6. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades de monitorizar y revisar todos los servicios de laboratorio que se presten dentro y fuera del laboratorio.

Estándar AOP.5.1.1

Una persona cualificada es responsable de la vigilancia y supervisión del programa de análisis a pie de cama. ©

Intención de AOP.5.1.1

Según el Colegio de Patólogos de América, se denominan pruebas diagnósticas/análisis a pie de cama (POCT, *point-of-care testing*) aquellas "pruebas diseñadas para utilizarse junto a o en el lugar en el que se encuentra el paciente, que no requieren un espacio permanente destinado a ellas, y que se realizan fuera de las instalaciones propias de los laboratorios clínicos."

Cuando el hospital realiza POCT como parte de sus servicios, la persona responsable de la gestión

de los servicios de laboratorio u otra designada por ella, se encarga de su supervisión y vigilancia, independientemente de dónde se lleven a cabo dichos servicios de análisis a pie de cama. El hospital debe tener un abordaje de las POCT claramente definido y bien estructurado para garantizar que se realizan de manera segura y correcta y que los resultados producidos son precisos y fiables.¹⁻³

Un programa de POCT incluye una completa planificación con los líderes que deciden utilizar POCT en sus servicios/unidades. La planificación incluye: la selección de las pruebas que se van a realizar, la identificación del personal que las llevará a cabo, y un protocolo para informar de los resultados anormales, incluyendo el procedimiento para comunicar resultados críticos. El personal que realice POCT necesita formación para cada una de las pruebas que se realice, junto con una evaluación de competencia para garantizar que los resultados sean precisos.

Es necesario realizar, registrar y evaluar controles de calidad dentro de especificaciones definidas, generalmente recomendadas por el fabricante, de manera diaria y también entre nuevos lotes de kits de análisis. La muestra para el control de calidad puede venir incluida dentro del kit de análisis o puede que deba adquirirse al fabricante o al distribuidor autorizado. Todo el personal que realice POCT cumple los procedimientos definidos de control de calidad y comprende qué acciones debe tomar cuando la muestra de control se sale del rango.

Un programa de POCT debería monitorizarse y evaluarse para garantizar que responde a las necesidades de sus destinatarios (profesionales clínicos, personal de análisis y pacientes). Esto puede conseguirse mediante el desarrollo y seguimiento de indicadores de mejora de la calidad, a través de encuestas a pacientes y/o revisando los resultados de los controles de calidad y pruebas de competencia, así como los informes de utilización.

Elementos medibles de AOP.5.1.1

1. La persona responsable de la gestión de los servicios de laboratorio, o alguien designado por ella, se encarga de la supervisión y vigilancia del programa de POCT. (*Ver también* GLD.9, EM 1)
2. El personal que realiza POCT posee la cualificación y la capacitación necesarias y es competente en la realización de POCT. (*Ver también* SQE.4, EM 1)
3. El programa de POCT incluye un proceso definido para informar de resultados anormales de las pruebas, incluyendo la comunicación de resultados críticos. (*Ver también* IPSG.2.1)
4. El programa de POCT incluye la realización, registro y evaluación de controles de calidad. (*Ver también* AOP.5.9)
5. El programa de POCT se monitoriza y evalúa y está incluido dentro de las actividades de mejora de la calidad. (*Ver también* AOP.5.9)

Estándar AOP.5.2

Todo el personal del laboratorio cuenta con la formación, capacitación, certificación y experiencia requeridas para administrar y realizar las pruebas e interpretar los resultados.

Intención de AOP.5.2

El hospital identifica la formación, capacitación, cualificación y experiencia del personal del laboratorio que realiza e interpreta las pruebas de laboratorio, de quienes se encuentran autorizados a realizar análisis a pie de cama de los pacientes (POCT), y de quienes dirigen o supervisan al personal que realiza las pruebas. El personal de supervisión y el personal técnico reciben orientación para realizar su tarea. El personal técnico recibe órdenes de trabajo coherentes con su capacitación y experiencia. Además, el laboratorio implementa un programa de asignación de recursos humanos que permite que las pruebas se realicen sin demora y que garantiza que haya personal de laboratorio disponible durante todas las horas de funcionamiento y para atender las urgencias.

Elementos medibles de AOP.5.2

1. Todo el personal de laboratorio cuenta con las credenciales necesarias para administrar,

realizar e interpretar pruebas. (*Ver también* SQE.4, EM 1)

2. Está implementado un programa de asignación de recursos humanos que permite al personal realizar pruebas sin demora y que haya personal de laboratorio disponible durante todas las horas de funcionamiento y para atender las urgencias. (*Ver también* SQE.6, EM 2)
 3. Se identifica al personal de supervisión del laboratorio, que cuenta con la cualificación y experiencia adecuadas. (*Ver también* SQE.4, EM 1)
-

Estándar AOP.5.3

Hay implantado un programa de seguridad del laboratorio, que se sigue y se registra, y se mantiene además el cumplimiento de los programas de control de infecciones y de gestión de las instalaciones. ©

Intención de AOP.5.3

El laboratorio cuenta con un programa de seguridad en funcionamiento con el nivel requerido por los riesgos y peligros que se enfrentan en el laboratorio. El programa establece prácticas de seguridad y medidas de prevención (**por ejemplo**, áreas de lavado de ojos, kits para derrames, etc.) para el personal del laboratorio, demás personal y pacientes cuando se encuentren presentes. El programa de laboratorio se coordina con los programas de gestión de las instalaciones y de control de infecciones.

El programa de gestión de la seguridad del laboratorio incluye

- el cumplimiento de los estándares que abordan los programas de gestión de las instalaciones y de control de infecciones;
- el cumplimiento con las leyes y reglamentaciones locales y regionales;
- la disponibilidad de dispositivos de seguridad adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros que se enfrentan;
- la orientación a todo el personal del laboratorio sobre procedimientos y prácticas de seguridad; (*Ver también* SQE.8.2) y
- la formación en el puesto de trabajo sobre nuevos procedimientos y sobre materiales peligrosos recientemente adquiridos o reconocidos. (*Ver también* FMS.4.1, EM 1 y FMS.5)

Elementos medibles de AOP.5.3

1. Existe un programa de seguridad de laboratorio que aborda los riesgos potenciales de seguridad dentro del laboratorio y en otras áreas fuera de este en las que se prestan servicios de laboratorio. (*Ver también* FMS.4, EM 1)
 2. El programa forma parte de los programas de gestión de las instalaciones y de control de la infección del hospital, y reporta a la estructura de seguridad del hospital al menos una vez al año y siempre que ocurra algún incidente de seguridad. (*Ver también* PCI.5, EM 3 y 4)
 3. Los riesgos de seguridad identificados se abordan mediante procesos o dispositivos específicos para reducir los riesgos de seguridad. (*Ver también* FMS.5, EM 3)
 4. El personal del laboratorio recibe orientación sobre los procedimientos y prácticas de seguridad y recibe formación y capacitación permanente sobre las nuevas prácticas y procedimientos. (*Ver también* FMS.11, EM 1; GLD.9, EM 4; y SQE.8, EM 3 y 4)
-

Estándar AOP.5.3.1

El laboratorio utiliza un proceso coordinado para reducir los riesgos de infección como resultado de la exposición a enfermedades infecciosas y materiales y desechos de riesgo biológico. ©

Intención de AOP.5.3.1

Existen políticas, procedimientos y prácticas implementadas para reducir el peligro de exposición a materiales de riesgo biológico. Las infecciones adquiridas en el laboratorio se notifican internamente y, cuando proceda, a los organismos de salud pública. Las siguientes prácticas y peligros de

bioseguridad se abordan en procedimientos escritos, y se cumple con los requisitos de los procedimientos correspondientes:

- a) Se controla la exposición a aerosoles y rociadores (**por ejemplo**, al mezclar, someter a ultrasonidos, centrifugar y cuando se flamean asas).
- b) Se usan batas y uniformes de laboratorio para proteger la ropa de calle e impedir la contaminación.
- c) Se usan cabinas de bioseguridad cuando es necesario.
- d) Existen reglas para determinar cómo manejar la exposición en el laboratorio a agentes infecciosos, los cortes accidentales, las lesiones con agujas, la ingesta accidental y el contacto de agentes potencialmente infecciosos con las membranas mucosas. Estas reglas incluyen procedimientos de descontaminación, a quién contactar para tratamientos de emergencia, y la ubicación y el uso del equipo de seguridad.
- e) Existen procedimientos escritos que definen la manipulación, transporte y recolección segura de todas las muestras. El procedimiento incluye la prohibición de comer, beber, fumar, aplicarse productos cosméticos, manipular lentes de contacto y pipetear con la boca dentro de las áreas técnicas del laboratorio.
- f) Cuando resulte relevante para su trabajo, el personal recibe capacitación sobre medidas de precaución, modos de transmisión y prevención de agentes patógenos vehiculados por la sangre.
- g) El laboratorio también cuenta con un procedimiento para controlar la exposición a enfermedades infecciosas como Ébola, MERS, tuberculosis, Zika y otras. (*Ver también* PCI.8.2)

Cuando se identifican problemas relacionados con la práctica, o cuando se producen accidentes, se toman medidas correctivas, que son además registradas y revisadas.⁴⁻⁸ (*Ver también* PCI.7.2)

Elementos medibles de AOP.5.3.1

1. El laboratorio ha definido un proceso para reducir los riesgos de infección. (*Ver también* PCI.5, EM 2, 3 y 4)
2. Las infecciones adquiridas en el laboratorio se notifican tal como se establece en la política, y en cumplimiento de las leyes y reglamentaciones vigentes. (*Ver también* PCI.3, EM 3)
3. El laboratorio sigue reglas de bioseguridad para las prácticas relevantes abordadas en los puntos a) hasta g) incluidos en la intención. (*Ver también* PCI.5, EM 2, 3 y 4)
4. Cuando se identifican problemas con la práctica o se producen accidentes, se toman medidas correctivas que son además registradas y revisadas.

Estándar AOP.5.4

Los resultados de laboratorio se encuentran disponibles en un intervalo de tiempo adecuado, según lo establecido por el hospital. ©

Intención de AOP.5.4

El hospital define el periodo de tiempo para informar de los resultados de las pruebas de laboratorio. Los resultados se comunican dentro de un periodo de tiempo determinado en función de las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico. Se incluyen las necesidades de análisis urgentes y de fuera del horario hábil y durante los fines de semana. Los resultados de las pruebas urgentes, como las del servicio de urgencias, los quirófanos y las unidades de cuidados intensivos, reciben especial atención en cuanto a los procesos de medición de la calidad. Además, cuando los servicios de laboratorio se prestan a través de un contrato con una organización externa, los informes también se presentan a tiempo, tal como lo establecen la política del hospital o el contrato. (*Ver también* IPSG.2.1)

Elementos medibles de AOP.5.4

1. El hospital ha establecido los plazos esperados para el informe de resultados.
2. Se mide si los informes de resultados de las pruebas urgentes/de emergencia están disponibles

a tiempo.

3. Los resultados de laboratorio se informan dentro de un lapso de tiempo acorde con las necesidades del paciente. (*Ver también* ASC.7, EM 1)
-

Estándar AOP.5.5

Todo el equipamiento utilizado para realizar las pruebas de laboratorio se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad y se mantienen unos registros adecuados de estas actividades. ⑥

Intención de AOP.5.5

El personal del laboratorio trabaja para asegurar que todo el equipamiento, incluidos los dispositivos médicos usados para las pruebas a pie de cama, funcionen a niveles aceptables y de manera tal que resulten seguros para el/los operador(es). El laboratorio desarrolla e implementa un programa para gestionar el equipamiento y la tecnología médica que permite

- seleccionar y adquirir equipamiento de laboratorio y tecnología médica;
- identificar y realizar un inventario del equipamiento de laboratorio y la tecnología médica;
- evaluar el uso del equipamiento de laboratorio mediante inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento;
- monitorizar y actuar en consecuencia ante avisos de peligro del equipamiento de laboratorio dica, retirada de los equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes que deban informarse, problemas y fallos; y
- mantener registros del programa de gestión.

Las pruebas, el mantenimiento y la frecuencia de calibración están relacionados con el uso que el laboratorio haga de su equipamiento y de su historia de servicio registrada. (*Ver también* FMS.8 y FMS.8.1)

Elementos medibles de AOP.5.5

1. El laboratorio desarrolla, implementa y mantiene registrado un programa para la gestión del equipamiento de laboratorio.
 2. El programa identifica cómo se selecciona y adquiere el equipamiento de laboratorio.
 3. Existe un inventario registrado de todo el equipamiento de laboratorio.
 4. El equipamiento de laboratorio se inspecciona y se somete a prueba cuando es nuevo y, posteriormente, en función de la antigüedad, el uso, las recomendaciones de los fabricantes. Las inspecciones quedan registradas.
 5. El equipamiento de laboratorio se calibra y mantiene de acuerdo con las recomendaciones de los fabricantes. La calibración y el mantenimiento quedan registrados.
 6. El hospital tiene en marcha un sistema para monitorizar y actuar ante avisos de peligro, retirada del mercado por decisión del fabricante, incidentes que deban notificarse, problemas y fallos del equipamiento de laboratorio. (*Ver también* FMS.8.1, EM 1)
-

Estándar AOP.5.6

Los reactivos y demás suministros esenciales se encuentran disponibles y todos los reactivos se evalúan para garantizar la precisión y exactitud de los resultados. ⑥

Intención de AOP.5.6

El hospital ha identificado aquellos reactivos y suministros necesarios para proporcionar servicios de laboratorio a sus pacientes. Existe un proceso para ordenar o garantizar dichos reactivos y suministros esenciales.

Todos los reactivos se almacenan y se dispensan siguiendo las instrucciones del fabricante o del embalaje. Todos los reactivos se evalúan de acuerdo con directrices escritas. Existen instrucciones escritas que garantizan el etiquetado completo y preciso de reactivos y soluciones. (*Ver también* AOP.5.9 y FMS.5)

Elementos medibles de AOP.5.6

1. Los reactivos y suministros esenciales están identificados. (*Ver también* FMS.5, EM 1)
2. Los reactivos y suministros esenciales se encuentran disponibles, y existe un proceso que se implementa cuando no hay disponibilidad de reactivos esenciales.
3. Todos los reactivos se almacenan y se dispensan de acuerdo con las instrucciones de los fabricantes o del embalaje. (*Ver también* FMS.5, EM 2)
4. El laboratorio tiene directrices escritas que respeta para la evaluación de todos los reactivos con el fin de garantizar la precisión y exactitud de los resultados. (*Ver también* AOP.5.9, EM 4)
5. Todos los reactivos y soluciones están etiquetados en forma completa y precisa. (*Ver también* FMS.5, EM 4)

Estándar AOP.5.7

Los procedimientos para recoger, identificar, manipular, transportar de forma segura y desechar las muestras están establecidos e implementados. ©

Intención de AOP.5.7

Se establecen e implementan procedimientos para

- solicitar pruebas de laboratorio;
- recoger e identificar las muestras;
- transportar, almacenar y conservar las muestras; y
- recibir, registrar y hacer seguimiento de las muestras.

Estos procedimientos se cumplen en el caso de muestras enviadas a servicios de laboratorio externos/contratados para realizar análisis.

Elementos medibles de AOP.5.7

1. Se establecen e implementan procedimientos para la solicitud de pruebas de laboratorio.
2. Se establecen e implementan procedimientos para la recolección e identificación de muestras. (*Ver también* IPSP.1, EM 4 y IPSP.4.1)
3. Se establecen e implementan procedimientos para el transporte, almacenamiento y conservación de las muestras.
4. Se establecen e implementan procedimientos para la recepción y seguimiento de las muestras.
5. Se establecen e implementan procedimientos para la eliminación de las muestras. (*Ver también* FMS.5.1 EM 4)
6. Se siguen estos procedimientos cuando se recurre a servicios de laboratorio externos/contratados.

Estándar AOP.5.8

Para interpretar e informar los resultados del laboratorio clínico se utilizan estándares y rangos establecidos.

Intención de AOP.5.8

El laboratorio establece intervalos de referencia o rangos “normales” para cada prueba realizada. El rango se incluye en la historia clínica, ya sea como parte del informe o incluyendo un listado actual de tales valores aprobado por el responsable del laboratorio. Cuando la prueba se deriva a un servicio de laboratorio externo se proporcionan los rangos. Los rangos de referencia son adecuados a la geografía y a la realidad demográfica del hospital y se revisan y actualizan cuando cambian los métodos.

Elementos medibles de AOP.5.8

1. El laboratorio ha establecido rangos de referencia para cada prueba realizada.
2. El rango se incluye en la historia clínica en el momento en que se informan los resultados de la prueba.
3. Los rangos se proporcionan cuando las pruebas se derivan a servicios de laboratorio externos/contratados.
4. Los rangos son adecuados a la geografía y a la realidad demográfica del hospital.
5. Los rangos se revisan y actualizan cuando es necesario.

Estándar AOP.5.9

Los procedimientos de control de calidad de los servicios de laboratorio están implantados, se siguen y se registran. ©

Estándar AOP.5.9.1

Existe un proceso para comprobar la competencia de los servicios de laboratorio. ©

Intención de AOP.5.9 y AOP.5.9.1

Es esencial contar con sistemas de control de calidad bien diseñados para brindar servicios de laboratorio clínico y patológico de excelencia. (*Ver también* AOP.5.1.1, EM 4 y 5) Los procedimientos de control de calidad incluyen

- la validación de los métodos de prueba empleados para asegurar la exactitud, la precisión y el rango que se debe informar;
- la vigilancia diaria de los resultados por parte de personal cualificado del laboratorio;
- testar los reactivos;
- una rápida medida correctiva ante la identificación de una deficiencia; y
- la documentación de resultados y medidas correctivas.

Las pruebas de competencia determinan cómo se comparan los resultados de un laboratorio individual con los de otros laboratorios que emplean las mismas metodologías. Estas pruebas permiten identificar problemas de desempeño que no se reconocen mediante mecanismos internos. En consecuencia, el laboratorio participa en un programa aprobado de pruebas de competencia, siempre que este se encuentre disponible. En forma alternativa, cuando no hay programas aprobados disponibles, el laboratorio intercambia muestras con un laboratorio de otra organización, a fin de realizar pruebas de comparación entre pares. El laboratorio lleva un registro acumulativo de la participación en un proceso de pruebas de competencia. Las pruebas de competencia, o un método alternativo, se aplican en todos los programas de laboratorio de especialidades, cuando están disponibles. (*Ver también* GLD.11)

Elementos medibles de AOP.5.9

1. El hospital establece e implementa un programa de control de calidad para el laboratorio clínico.
2. El programa incluye la validación de los métodos de análisis.
3. El programa incluye la vigilancia diaria y el registro de los resultados de las pruebas.

4. El programa incluye testar los reactivos. (*Ver también* AOP.5.6, EM 4)
5. El programa incluye la rápida corrección y el registro de deficiencias.

Elementos medibles de AOP.5.9.1

1. El laboratorio participa en un programa de pruebas de competencia, o en un programa alternativo, al que somete los servicios y pruebas del laboratorio de todas las especialidades. (*Ver también* AOP.5.10, EM 3)
2. Los resultados de las pruebas de competencia del laboratorio satisfacen los criterios de rendimiento satisfactorio para cada especialidad, subespecialidad, analito o prueba, de acuerdo con lo establecido por las leyes y reglamentaciones vigentes.
3. El laboratorio mantiene los registros de su participación en un programa de pruebas de competencia.

Estándar AOP.5.10

Los laboratorios externos/contratados utilizados por el hospital cuentan con autorización, acreditación o certificación otorgadas por autoridades reconocidas.

Estándar AOP.5.10.1

El hospital identifica medidas para monitorizar la calidad de los servicios prestados por el laboratorio externo/contratado.

Intención de AOP.5.10 y AOP.5.10.1

Cuando el hospital recurre a los servicios de un laboratorio externo/contratado -ya sea para determinadas pruebas o para prestar todos los servicios de laboratorio- se requiere la siguiente información:

- a) Una copia de la autorización otorgada por una autoridad reconocida
- b) Una copia del certificado o carta de acreditación o certificación de un programa de acreditación o certificación de laboratorios reconocido³
- c) Documentación que demuestre que el laboratorio contratado participa en un programa de pruebas de competencia externo.

Además, el hospital identifica medidas para controlar la calidad de los servicios prestados por todos los laboratorios externos/contratados—**por ejemplo**, el tiempo de entrega de los resultados de las pruebas, la comunicación de resultados críticos y los problemas con las muestras, como por ejemplo, rechazo de las muestras o ausencia de identificadores. Personal cualificado revisa y actúa ante los resultados de la monitorización de la calidad. (*Ver también* GLD.6.1)

Elementos medibles de AOP.5.10

1. El hospital conserva una copia de la autorización, otorgada por una autoridad reconocida, de todos los laboratorios externos/contratados a los que recurre.
2. El hospital conserva una copia del certificado o la carta de acreditación o certificación otorgada por un programa de acreditación o certificación de laboratorios reconocido, de todos los laboratorios externos/contratados a los que recurre.
3. El hospital conserva documentación que acredita que todos los laboratorios externos/contratados a los que recurre participan de un programa externo de pruebas de competencia. (*Ver también* AOP.5.9.1, EM 1)

Elementos medibles de AOP.5.10.1

³ Un programa de acreditación o certificación de laboratorios *reconocido* es aquel que ha sido revisado y respaldado por una asociación profesional de laboratorios o un organismo gubernamental o privado.

1. La frecuencia y el tipo de datos relativos al desempeño esperado de los laboratorios externos/contratados son determinados por el hospital. (*Ver también* GLD.6.1, EM 1)
2. La persona cualificada responsable del laboratorio u otra persona cualificada designada revisa los datos de desempeño esperado de los laboratorios externos/contratados. (*Ver también* GLD.6, EM 4)
3. La persona responsable o la persona cualificada designada actúa en función de los resultados.
4. Se proporciona al liderazgo del hospital un informe anual de los datos de los laboratorios externos/contratados para facilitar la gestión y renovación de los contratos. (*Ver también* GLD.6.1, EM 2)

Banco de sangre y/o servicios de transfusión

Estándar AOP.5.11

Una persona cualificada es responsable del banco de sangre y/o los servicios de transfusión y garantiza que los servicios cumplan con la legislación y reglamentación vigentes y los estándares de buena práctica reconocidos. ⑥

Intención de AOP.5.11

El banco de sangre y/o los servicios de transfusión, cuando son proporcionados por el hospital, están bajo la dirección de una persona cualificada, cuyos conocimientos, formación y experiencia son comprobables y cumplen las leyes y reglamentaciones correspondientes. Esta persona asume la responsabilidad profesional de todos los aspectos de los servicios del banco de sangre que se proporcionan en el hospital. La supervisión de los servicios incluye el establecimiento, la implementación y el registro de los procesos para

- a) la selección de los donantes de sangre;
- b) el cribaje de la sangre para descartar enfermedades;
- c) la extracción de la sangre;
- d) el almacenamiento de la sangre;
- e) las pruebas de compatibilidad; y
- f) la distribución de la sangre;

Se establecen, implementan y se mantienen registros de los procesos de control de calidad para todos los servicios del banco de sangre a fin de garantizar la seguridad del banco de sangre y de los servicios de transfusión. La donación de sangre y los servicios de transfusión se rigen por las leyes y reglamentaciones vigentes y por los estándares de buena práctica reconocidos.^{6,9-13}

Elementos medibles de AOP.5.11

1. Una persona cualificada es responsable del banco de sangre y/o de los servicios de transfusión. (*Ver también* COP.3.3, EM 1 y GLD.9, EM 1)
2. El banco de sangre ha establecido, implementado y mantiene registros de los procesos para los puntos a) hasta f) mencionados en la intención. (*Ver también* COP.3.3, EM 2)
3. Se aplican medidas de control de calidad en todos los servicios de transfusión y del banco de sangre, las cuales se encuentran establecidas, implementadas y registradas.
4. El banco de sangre y los servicios de transfusión cumplen con todas las leyes y reglamentaciones vigentes y con los estándares de buena práctica reconocidos.

Servicios de radiología y diagnóstico por imagen

Estándar AOP.6

Los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen están disponibles para atender las necesidades de los pacientes. Todos estos servicios cumplen con los estándares, la reglamentación y la legislación locales y nacionales que les son de aplicación.

Intención de AOP.6

El hospital cuenta con un sistema para proporcionar los servicios de radiología y diagnóstico por imagen requeridos por su población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los profesionales sanitarios. Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen cumplen con todos los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales que les son de aplicación.

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, incluidos los que son necesarios en caso de urgencia, pueden prestarse dentro del hospital, en otra organización en virtud de un contrato, o de ambas maneras. Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen se encuentran disponibles fuera del horario habitual de atención para casos de urgencia. Además, el hospital puede identificar y contactar a expertos en áreas especializadas de diagnóstico, como radiofísica, oncología radioterápica, o medicina nuclear, en caso de ser necesario. El hospital mantiene un listado de estos expertos.

El acceso a proveedores externos es conveniente para el paciente, y los informes se reciben de manera oportuna para facilitar la continuidad de la atención. El hospital selecciona los proveedores externos a partir de las recomendaciones de la persona responsable de los servicios de radiología y diagnóstico por imagen. Los proveedores externos de servicios de radiología y diagnóstico por imagen cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes y cuentan con un registro aceptable de servicios prestados de forma precisa y a tiempo. Se informa a los pacientes cuando alguno de los proveedores externos de los servicios de radiología y diagnóstico por imagen es propiedad del médico que realiza la derivación.

Elementos medibles de AOP.6

1. Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales que les son de aplicación. (*Ver también* GLD.2, EM 5)
2. Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen se encuentran disponibles para satisfacer las necesidades relacionadas con la misión del hospital y su población de pacientes, las necesidades sanitarias de la comunidad y las necesidades urgentes, incluso fuera del horario habitual de atención.
3. El hospital mantiene una relación de expertos en áreas especializadas de diagnóstico y garantiza que esté accesible para el personal que la necesite.
4. Los proveedores de servicios externos se seleccionan en función de las recomendaciones del responsable de los servicios de radiología y diagnóstico por imagen y tienen un registro aceptable de rendimiento y cumplimiento con las leyes y reglamentaciones vigentes.
5. Se informa a los pacientes acerca de cualquier tipo de relación entre el médico que hace la derivación y los proveedores externos de servicios de radiología y/o diagnóstico por imagen. (*Ver también* GLD.12.1, EM 1)

Estándar AOP.6.1

Una(s) persona(s) cualificada(s) es/son responsable(s) de la gestión de los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen. ®

Intención de AOP.6.1

Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen, cuando son prestados en cualquier lugar del hospital, son dirigidos por una persona cualificada, cuyos conocimientos, formación y experiencia son comprobables, cumpliendo las leyes y reglamentaciones correspondientes. Esta persona asume

la responsabilidad profesional de las instalaciones y la prestación de los servicios de radiología y diagnóstico por imagen. Cuando esta persona proporciona opinión médica o consulta clínica, se trata de un médico, preferentemente un radiólogo. Cuando se realiza radioterapia o se prestan otros servicios especiales, estos se encuentran supervisados por personas adecuadamente cualificadas.

Las responsabilidades del líder de radiología y diagnóstico por imagen incluyen

- desarrollar, implementar y mantener políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- mantener cualquier programa de control de calidad necesario;
- la recomendación de proveedores externos para los servicios de radiología y diagnóstico por imagen; y
- la monitorización y revisión de todos los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

Elementos medibles de AOP.6.1

1. Los servicios de radiología y diagnóstico por imagen se encuentran bajo la dirección de una o más personas cualificadas. (*Ver también* GLD.9, EM 1)
2. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades de desarrollo, implementación y mantenimiento de políticas y procedimientos.
3. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades de supervisión administrativa.
4. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades del mantenimiento de programas de control de calidad.
5. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades relativas a la recomendación de proveedores externos de servicios de radiología y diagnóstico por imagen. (*Ver también* GLD.6, EM 4)
6. Se definen y se llevan a cabo las responsabilidades relativas a la monitorización y revisión de todos los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.

Estándar AOP.6.2

Los estudios de diagnóstico por imagen, la interpretación de los resultados y el informe de los mismos están a cargo de personas cualificadas y con la debida experiencia.

Intención de AOP.6.2

El hospital identifica qué miembros del personal de radiología y diagnóstico por imagen realizan estudios de diagnóstico e imágenes, quiénes están autorizados para realizar pruebas a pie de cama del paciente (POCT), quiénes están cualificados para interpretar los resultados o verificarlos e informarlos, y quiénes dirigen o supervisan estos procesos. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, la experiencia y las destrezas apropiadas y adecuadas y se encuentran orientados a la realización de su tarea. El personal técnico recibe órdenes de trabajo coherentes con su capacitación y experiencia. Además, hay una cantidad suficiente de personal para realizar, interpretar e informar estudios sin demora y para proporcionar el personal necesario durante todas las horas de funcionamiento y para las urgencias.

Elementos medibles de AOP.6.2

1. Se identifica a las personas que realizan estudios de diagnóstico e imágenes o dirigen o supervisan los estudios. (*Ver también* SQE.4, EM 1)
2. Profesionales debidamente cualificados y experimentados realizan los estudios de diagnóstico e imágenes. (*Ver también* SQE.4, EM 1)
3. Profesionales debidamente cualificados y experimentados interpretan los resultados de los estudios. (*Ver también* SQE.10, EM 3)
4. Personal debidamente cualificado verifica e informa los resultados de los estudios. (*Ver también* SQE.10, EM 3)

5. Existe suficiente personal para atender las necesidades de los pacientes. (*Ver también* GLD.9, EM 2 y SQE.6, EM 2)
6. El personal de supervisión tiene la cualificación y la experiencia apropiadas. (*Ver también* SQE.4, EM 1)

Estándar AOP.6.3

Se han implantado directrices de seguridad radiológica para el personal y los pacientes, que se siguen y registran, y se cumple con los programas de control de infecciones y de gestión de las instalaciones. ©

Intención de AOP.6.3

El diagnóstico por imagen es un tipo de prueba que salva vidas y que es ampliamente utilizada en los hospitales. Sin embargo, la exposición a la radiación puede plantear riesgos potenciales de daño a largo plazo, dependiendo de la dosis de radiación utilizada y del número de pruebas realizadas a una única persona. A mayor dosis, mayor riesgo de daño a largo plazo, y las dosis repetidas tienen un efecto acumulativo que también puede presentar mayores riesgos. Los profesionales sanitarios deberían ser precavidos cuando ordenan imágenes diagnósticas y sopesar la necesidad médica de exposición a la radiación con los riesgos. Debería evitarse toda exposición a la radiación que sea innecesaria. Los procedimientos de diagnóstico más comúnmente asociados a dosis de radiación evitable son la tomografía computarizada, la medicina nuclear y la fluoroscopia.

El hospital cuenta con un programa de seguridad radiológica activo que incluye todos los componentes de los servicios de radiología y de diagnóstico por imagen, incluido el laboratorio de de cateterismo cardíaco y oncología radioterápica. El programa de seguridad radiológica refleja los riesgos y peligros que se enfrentan. El programa se ocupa de las prácticas de seguridad y de las medidas de prevención para el personal de radiología y diagnóstico por imagen, demás personal y pacientes¹⁷⁻¹⁸. El programa se encuentra coordinado con el programa de gestión de seguridad del hospital.

El programa de gestión de seguridad radiológica incluye

- el cumplimiento de los estándares y las leyes y reglamentaciones vigentes;
- el cumplimiento de los estándares que abordan los programas de gestión de las instalaciones y de control de infecciones;
- la disponibilidad de dispositivos de seguridad adecuados para las prácticas y los peligros que se enfrentan;
- la orientación a todo el personal de radiología y diagnóstico por imagen en lo que se refiere a procedimientos y prácticas de seguridad; y
- la educación en el puesto de trabajo sobre nuevos procedimientos y materiales peligrosos recientemente adquiridos o reconocidos.

Elementos medibles de AOP.6.3

1. Existe un programa completo de seguridad radiológica activo para pacientes y personal, que aborda los riesgos potenciales de seguridad que se enfrentan dentro o fuera del departamento. (*Ver también* FMS.4, EM 1)
2. El programa de seguridad incluye formación sobre dosificación de la radiación en los servicios de imagen.
3. Se adoptan e implementan protocolos que identifican cuál debe ser la dosis máxima de radiación para cada tipo de estudio.
4. Los riesgos de seguridad identificados debidos a la radiación son abordados mediante procesos o dispositivos específicos que reducen tales riesgos de seguridad tanto para el personal como para los pacientes (como por ejemplo, delantales de plomo, dosímetros, etc.). (*Ver también* FMS.5, EM 3)

5. El personal de radiología y diagnóstico por imagen cuenta con orientación acerca de los procedimientos y prácticas de seguridad y recibe formación y capacitación permanente sobre nuevos procedimientos y equipamiento. (*Ver también* FMS.11.1, EM 1; GLD.9, EM 4; y SQE.8, EM 3 y 4)
6. El programa de seguridad forma parte de los programas de gestión de las instalaciones y de control de infecciones del hospital, y reporta a la estructura de seguridad del hospital al menos una vez al año y siempre que ocurra algún incidente de seguridad. (*Ver también* FMS.3)

Estándar AOP.6.4

Los resultados de los estudios de radiología y de diagnóstico por imagen se encuentran disponibles en un intervalo de tiempo adecuado, según lo establecido por el hospital. ©

Intención de AOP.6.4

El hospital determina el lapso de tiempo para informar los resultados de los estudios radiológicos y de diagnóstico por imagen. Los resultados se informan en un periodo de tiempo determinado en función de las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico. Se incluyen las necesidades de pruebas urgentes y de pruebas fuera del horario hábil y durante los fines de semana. Los resultados de estudios radiológicos y de diagnóstico por imágenes urgentes, como los requeridos por el departamento de urgencias, los quirófanos y las unidades de cuidados intensivos, reciben especial atención en cuanto a los procesos de medición de la calidad. Los estudios de radiología y diagnóstico por imágenes realizados por terceros contratados se informan de acuerdo con la política del hospital o los requisitos del contrato.

Elementos medibles de AOP.6.4

1. El hospital ha establecido los plazos de tiempo esperados para el informe de resultados.
2. Se mide el intervalo de tiempo en que se proporciona el informe de los resultados de los estudios urgentes/de emergencia.
3. Los resultados de los estudios de radiología y diagnóstico por imágenes se informan dentro de un lapso de tiempo acorde con las necesidades del paciente. (*Ver también* ASC.7, EM 1)

Estándar AOP.6.5

Todo el equipamiento utilizado para realizar los estudios de radiología y diagnóstico por imagen se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad y se mantienen unos registros adecuados de estas actividades. ©

Intención de AOP.6.5

El personal de radiología y diagnóstico por imágenes trabaja para garantizar que todo el equipamiento funcione a niveles aceptables y de manera segura para el o los operadores. El departamento de radiología y diagnóstico por imágenes desarrolla e implementa un programa para gestionar el equipamiento que permite

- seleccionar y adquirir equipamiento médico;
- identificar e inventariar el equipamiento médico;
- evaluar el uso del equipamiento mediante inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento;
- monitorizar y actuar en consecuencia ante avisos de peligro del equipamiento, retirada de los equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes que deban notificarse, problemas y fallos; y
- mantener un registro del programa de administración.

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipamiento y de los registros de su historia de servicio. (*Ver también* AOP.6.6)

Elementos medibles de AOP.6.5

1. El departamento de radiología y diagnóstico por imagen desarrolla, implementa y registra un programa para administrar el equipamiento. (*Ver también* FMS.8, EM 1)
2. El programa identifica cómo se selecciona y adquiere el equipamiento de radiología.
3. Existe un inventario registrado de todo el equipamiento de radiología. (*Ver también* FMS.8, EM 2)
4. El equipamiento de radiología se inspecciona y se somete a prueba cuando es nuevo y en función de la antigüedad, el uso y las recomendaciones de los fabricantes. (*Ver también* FMS.8, EM 3)
5. El equipamiento de radiología se calibra y se mantiene de acuerdo con las recomendaciones de los fabricantes. (*Ver también* FMS.8, EM 3)
6. El hospital tiene en marcha un sistema para monitorizar y actuar ante avisos de peligro, retirada del mercado por decisión del fabricante, incidentes que deban notificarse, problemas y fallos del equipamiento de radiología. (*Ver también* FMS.8.1, EM 1)

Estándar AOP.6.6

Si el hospital utiliza película para rayos X, esta y otros suministros se encuentran disponibles.

Intención de AOP.6.6

Cuando se utiliza película para rayos X, el hospital identifica la película, los reactivos y los suministros necesarios para proporcionar a sus pacientes los servicios de radiología y diagnóstico por imagen. Hay un proceso efectivo para ordenar o garantizar la provisión esencial de película, reactivos y demás suministros necesarios. Todos los suministros se almacenan y se dispensan de acuerdo con procedimientos definidos que tienen en cuenta las recomendaciones de los fabricantes. La evaluación periódica de los reactivos siguiendo las recomendaciones de los fabricantes garantiza la exactitud y la precisión de los resultados. (*Ver también* AOP.6.5; AOP.6.8; y FMS.5.1)

Elementos medibles de AOP.6.6

1. La película para rayos X, los reactivos y demás suministros, cuando se utilizan en el hospital, se identifican y se encuentran disponibles.
2. Todos los suministros se almacenan y se dispensan según las directrices. (*Ver también* FMS.5, EM 2)
3. Todos los suministros se evalúan siguiendo las recomendaciones del fabricante sobre precisión y resultados. (*Ver también* AOP.6.7, EM 4)
4. Todos los suministros se encuentran etiquetados en forma exacta y completa. (*Ver también* FMS.5, EM 4)

Estándar AOP.6.7

Hay procedimientos de control de calidad implantados, que se siguen, validan y registran. ®

Intención de AOP.6.7

Los sistemas de control de calidad rigurosos resultan esenciales para prestar servicios de radiología y diagnóstico por imagen de excelencia. (*Ver también* GLD.11) Los procedimientos de control de calidad incluyen

- la validación de los métodos de prueba empleados para asegurar la exactitud y la precisión;
- la vigilancia diaria de los resultados de las imágenes por parte de personal de radiología cualificado;

- rápidas medidas correctivas ante la identificación de una deficiencia;
- testaje de los reactivos y las soluciones cuando se utilizan; y
- la documentación de resultados y medidas correctivas.

Elementos medibles de AOP.6.7

1. El hospital establece e implementa un programa de control de calidad para los servicios de radiología y diagnóstico por imagen.
2. El control de calidad incluye la validación de los métodos de prueba.
3. El control de calidad incluye la vigilancia diaria y el registro de los resultados de las imágenes.
4. El control de calidad incluye el testaje de los reactivos y las soluciones cuando se utilicen y el registro de los resultados de las pruebas. (*Ver también* AOP.6.6, EM 3)
5. El control de calidad incluye la rápida corrección y el registro cuando se identifica una deficiencia.

Estándar AOP.6.8

El hospital revisa regularmente los resultados del control de calidad de todos los proveedores externos de servicios de diagnóstico contratados.

Intención de AOP.6.8

Cuando el hospital contrata proveedores externos de servicios de radiología y diagnóstico por imagen, recibe y revisa regularmente los resultados de los controles de calidad de estos proveedores contratados. Los resultados de los controles de calidad son revisados por personas calificadas. Cuando es difícil obtener un control de calidad de un servicio de diagnóstico por imagen externo, el líder del departamento o del servicio desarrolla un sistema alternativo de supervisión de la calidad. (*Ver también* AOP.6.6)

Elementos medibles de AOP.6.8

1. El hospital determina la frecuencia y el tipo de datos de control de calidad de los proveedores externos contratados. (*Ver también* GLD.6.1, EM 1)
2. La persona calificada responsable del control de calidad de radiología o otra persona calificada designada a tal efecto revisa los resultados del control de calidad del proveedor externo contratado. (*Ver también* GLD.6, EM 4)
3. La persona responsable o quien esté designado para realizar la revisión pone en marcha actuaciones en función de los resultados del control de calidad. (*Ver también* GLD.6, EM 4)
4. Se presenta un informe anual de los datos del control de calidad de los proveedores externos al liderazgo del hospital para facilitar la gestión de los contratos y sus renovaciones. (*Ver también* GLD.6.1, EM 2)

Referencias

1. Brown IA. Managing point-of-care testing—Manual versus automated tests and processes. *Point of Care*. 2013;12(2):64–66.
2. Larsson A, Greig-Pylypczuk R, Huisman A. The state of point-of-care testing: A European perspective. *Ups J Med Sci*. 2015 Mar;120(1):1–10.
3. Petersen JR, Mann PA. A university health system's ups and downs managing point-of-care testing across 17 years. *Point of Care*. 2015;14(4):118–120.
4. De Giusti M, et al. Occupational biological risk knowledge and perception: Results from a large survey in Rome, Italy. *Ann Ist Super Sanita*. 2012;48(2):138–145.

5. Rim KT, Lim CH. Biologically hazardous agents at work and efforts to protect workers' health: A review of recent reports. *Saf Health Work*. 2014 Jun;5(2):43–52.
6. The Joint Commission. 2013 *Environment of Care Essentials for Health Care*. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources, 2013.
7. World Health Organization. Health-Care Waste. Fact Sheet 253. (Updated: Nov 2015.) Accessed November 15, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/en/>.
8. World Health Organization. Safe management of Wastes from Health-Care Activities, 2nd ed. 2014. Accessed Nov 16, 2016. http://www.searo.who.int/srilanka/documents/safe_management_of_wastes_from_health_care_activities.pdf.
9. Blasi B, et al. Red blood cell storage and cell morphology. *Transfus Med*. 2012 Apr;22(2):90–96.
10. Heddle NM, et al. The effect of blood storage duration on in-hospital mortality: A randomized controlled pilot feasibility trial. *Transfusion*. 2012 Jun;52(6):1203–1212.
10. Maskens C, et al. Hospital-based transfusion error tracking from 2005 to 2010: Identifying the key errors threatening patient transfusion safety. *Transfusion*. Epub 2013 May 14.
11. World Health Organization. Blood Transfusion Safety. Accessed Nov 17, 2013. <http://www.who.int/bloodsafety/en/index.html>.
12. World Health Organization. Blood Safety and Availability. Accessed Nov 17, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/>.
13. Al-Abdulsalam A, Brindhavan A. Occupational radiation exposure among the staff of departments of nuclear medicine and diagnostic radiology in Kuwait. *Med Princ Pract*. 2014;23:129–133.
14. ECRI Institute. Top 10 Health Technology Hazards for 2015. Nov 2014. Accessed Nov 15, 2016. <https://www.ecri.org/Pages/2015-Hazards.aspx>.
15. Salama KF, et al. Assessment of occupational radiation exposure among medical staff in health-care facilities in the Eastern Province, Kingdom of Saudi Arabia. *Indian J Occup Environ Med*. 2016 Jan–Apr;20(1):21–25.
16. Kiah J, Stueve D. The importance of radiation safety for healthcare workers as well as patients. *Cath Lab Digest*. 2012;20(1).
17. The Joint Commission. Diagnostic Imaging Requirements Aug 10, 2015. Accessed Nov 15, 2016. https://www.jointcommission.org/diagnostic_imaging_standards/.



Atención de los pacientes (COP)

Panorama general

La responsabilidad más importante de una organización sanitaria y de su personal es proporcionar a todos sus pacientes una atención y unos servicios seguros y efectivos. Para esto se necesita colaboración, comunicación efectiva y procesos estandarizados que garanticen que la planificación, la coordinación y la implementación de la atención prestan apoyo y responden a las necesidades y objetivos únicos de cada paciente.

La atención puede ser preventiva, paliativa, curativa o rehabilitadora y puede incluir anestesia, cirugía, medicación, terapias de apoyo o una combinación de estas y se sustenta en la evaluación y reevaluación de cada paciente. Se debe prestar una consideración adicional a las áreas de atención de alto riesgo (resucitación, transfusión, trasplante de órganos y tejidos...) y la atención a las poblaciones de alto riesgo o con necesidades especiales.

Son muchas las disciplinas y el personal de apoyo que intervienen en la atención del paciente. La función de todas las personas implicadas debe estar clara y venir determinada mediante: autorización; credenciales; certificación; leyes y regulaciones; experiencia, conocimiento y habilidades específicas de una persona; y las políticas o descripciones de puesto de trabajo de la organización. Algunos cuidados podrán ser realizados por el propio paciente, su familia u otros cuidadores formados.

La prestación de servicios y atención debe estar coordinada e integrada por todas las personas que se ocupan del paciente. Trabajando conjuntamente con el paciente y la familia estas personas garantizan que:

- la atención se planifique, basándose en la evaluación, para abordar las necesidades únicas de cada paciente;
- cada paciente reciba la atención planificada;
- se monitorice la respuesta del paciente; y
- la atención planificada se modifique cuando sea necesario en función de la respuesta del paciente.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono © después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

Prestación de atención para todos los pacientes

COP.1 Se presta una atención sanitaria uniforme a todos los pacientes y se cumple con las leyes

y reglamentaciones vigentes. ②

COP.2 Existe un proceso para integrar y coordinar la atención que se le brinda a cada paciente.

COP.2.1 Para cada paciente se desarrolla y documenta un plan individualizado de atención.

COP.2.2 El hospital desarrolla e implementa un proceso uniforme para la prescripción de órdenes para los pacientes. ②

COP.2.3 Los procedimientos clínicos y diagnósticos y los tratamientos se llevan a cabo y se documentan según lo ordenado y los resultados obtenidos se registran en la historia clínica del paciente.

Atención a los pacientes de alto riesgo y prestación de servicios de alto riesgo

COP.3 La atención a los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de alto riesgo está guiada por directrices de práctica profesional, leyes y regulaciones. ②

Reconocimiento de cambios en el estado del paciente

COP.3.1 El personal sanitario se encuentra capacitado para reconocer y reaccionar frente a los cambios que se produzcan en el estado del paciente.

Servicios de resucitación

COP.3.2 Los servicios de resucitación están disponibles en todo el hospital.

COP.3.3 Se establecen e implementan las directrices y los procedimientos clínicos necesarios para la manipulación, uso y administración de sangre y hemoderivados. ②

Alimentación y terapia nutricional

COP.4 Se encuentra disponible una variedad de opciones de alimentos, apropiados para la situación nutricional del paciente y coherente con su atención médica.

COP.5 Los pacientes con riesgo nutricional reciben terapia nutricional.

Manejo del dolor

COP.6 Los pacientes reciben ayuda para manejar el dolor en forma efectiva. ②

Atención al final de la vida

COP.7 El hospital proporciona al paciente que se encuentra al final de la vida una atención que aborda las necesidades del paciente y la familia y optimiza la comodidad y la dignidad del paciente.

Hospitales que prestan servicios de trasplante de órganos y tejidos

COP.8 El liderazgo del hospital facilita recursos para llevar a cabo el programa de trasplante de órganos y tejidos.

COP.8.1 Un líder cualificado del programa de trasplantes es responsable del programa de trasplantes.

COP.8.2 El programa de trasplantes incluye un equipo multidisciplinar integrado por personas con experiencia en los programas relevantes de trasplante de órganos específicos.

COP.8.3 Existe un mecanismo de coordinación designado para todas las actividades relacionadas con los trasplantes en el que participan médicos, personal de enfermería y otros profesionales sanitarios.

COP.8.4 Para elegir a los candidatos para los trasplantes, el programa de

trasplantes emplea criterios de elegibilidad clínica específicos para el órgano que se trasplanta, así como criterios de idoneidad psicológica y social.

COP.8.5 El programa de trasplantes obtiene del candidato al trasplante el consentimiento informado específico para el trasplante del órgano. ©

COP.8.6 El programa de trasplantes cuenta con protocolos, guías de práctica clínica o procedimientos documentados para la recuperación y la recepción de órganos con el fin de garantizar la compatibilidad, seguridad, eficacia, y calidad de las células, tejidos y órganos humanos destinados a trasplantes. ©

COP.8.7 La atención que se presta a los pacientes de trasplantes está guiada por planes individualizados.

Programas de trasplante que utilizan órganos de donante vivo

COP.9 Los programas de trasplante que se realizan con donantes vivos cumplen la legislación y normativa local y regional y protegen los derechos de los donantes reales o potenciales.

COP.9.1 Los programas de trasplante que realizan trasplantes de donantes vivos obtienen consentimientos informados específicos para la donación de órganos de los posibles donantes vivos. ©

COP.9.2 Los programas de trasplante que realizan trasplantes de donantes vivos emplean criterios de selección clínicos y psicológicos para determinar la aptitud de los potenciales donantes vivos.

COP.9.3 La atención que se presta a los donantes vivos está guiada por planes individualizados.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Prestación de atención para todos los pacientes

Estándar COP.1

Se presta una atención sanitaria uniforme a todos los pacientes y se cumple con las leyes y reglamentaciones vigentes. ©

Intención de COP.1

Los pacientes con los mismos problemas de salud y las mismas necesidades de atención tienen derecho a recibir la misma calidad de atención en todo el hospital. Hacer realidad el principio de "un único nivel de calidad de atención" requiere que los líderes de los departamentos/servicios planifiquen y coordinen la atención que se le presta al paciente. En particular, los servicios prestados a poblaciones de pacientes similares en múltiples departamentos o entornos se rigen por políticas y procedimientos que dan lugar a una atención uniforme. Además, los líderes de los departamentos/servicios garantizan que el mismo nivel de atención esté disponible todos los días de la semana y en todos los turnos. Esas políticas y procedimientos respetan las leyes y reglamentaciones vigentes que dan forma al proceso de atención sanitaria y que se desarrollan mejor de manera colaborativa. La atención uniforme del paciente se refleja en lo siguiente:

- a) el acceso y la adecuación de la atención y el tratamiento no dependen de la capacidad del paciente de pagar por ello ni de dónde provenga el pago.

- b) el acceso a un tratamiento y atención apropiados a cargo de profesionales sanitarios cualificados no depende del día de la semana ni de la hora del día.
- c) La gravedad del estado del paciente determina los recursos asignados para atender sus necesidades. *(Ver también ACC.1.1, EM 4)*
- d) El nivel de atención brindada a los pacientes (**por ejemplo**, la aplicación de anestesia) es el mismo en todo el hospital.
- e) Los pacientes con las mismas necesidades de cuidados de enfermería reciben niveles comparables de cuidados de de enfermería en todo el hospital.

La atención uniforme de los pacientes genera un uso eficiente de los recursos y permite la evaluación de resultados de una atención similar en todo el hospital. *(Ver también PFR.1.1 y GLD.12)*

Elementos medibles de COP.1

1. Los líderes de los departamentos/servicios del hospital trabajan en forma conjunta para brindar procesos de atención uniformes.
2. La prestación de atención uniforme refleja las leyes y reglamentaciones locales y regionales vigentes.
3. La atención uniforme que se presta cumple con los requisitos a) hasta e) mencionados en la intención.

Estándar COP.2

Existe un proceso para integrar y coordinar la atención que se le brinda a cada paciente.

Intención de COP.2

El proceso de atención al paciente es dinámico. Implica la participación de muchos profesionales sanitarios y puede involucrar múltiples ámbitos, departamentos y servicios. *(Ver también COP.9.3)* Integrar y coordinar las actividades de la atención al paciente son metas que dan por resultado procesos eficientes de atención, un uso más efectivo de los recursos humanos y de otro tipo, y la probabilidad de mejores resultados para el paciente. En consecuencia, los líderes de departamentos/servicios usan herramientas y técnicas para integrar y coordinar mejor la atención del paciente (**por ejemplo**, atención en equipo, rondas multidepartamentales, formas combinadas de planificación de la atención, historia clínica integrada, gestores de caso). *(Ver también ACC.3)*

La historia clínica del paciente facilita y refleja la integración y la coordinación de su atención. En particular, cada profesional sanitario registra observaciones y tratamientos en la historia clínica del paciente. Además, los resultados o conclusiones obtenidos en las reuniones colaborativas del equipo de atención al paciente o en discusiones similares acerca de los pacientes son registradas en su historia clínica. *(Ver también AOP.4)*

Elementos medibles de COP.2

1. La planificación de la atención se encuentra integrada y coordinada entre los diferentes ámbitos, departamentos y servicios.
2. La prestación de la atención se encuentra integrada y coordinada entre los diferentes ámbitos, departamentos y servicios.
3. Los resultados o conclusiones de todas las reuniones del equipo de atención al paciente u otras discusiones colaborativas son documentadas en la historia clínica del paciente.

Estándar COP.2.1

Para cada paciente se desarrolla y documenta un plan individualizado de atención.

Intención de COP.2.1

El plan de atención describe la atención y el tratamiento que se brindarán a un paciente individual. El plan de atención identifica un conjunto de acciones que el equipo clínico implementará para solucionar o sustentar el diagnóstico identificado por medio de la evaluación. El objetivo general de un plan de atención es lograr óptimos resultados clínicos. (*Ver también* COP.3; COP.8.7; y COP.9.3)

El proceso de planificación es colaborativo y emplea los datos obtenidos a partir de la evaluación inicial y de las reevaluaciones periódicas realizadas por médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios para identificar y priorizar los tratamientos, procedimientos, cuidados de enfermería y otras formas de atención para cubrir las necesidades del paciente.¹⁻³ El paciente y su familia también participan en el proceso de planificación junto con el equipo clínico.³⁻⁵ El plan de atención es desarrollado dentro de las 24 horas tras el ingreso. En función de la reevaluación del paciente realizada por los profesionales sanitarios a cargo de su atención, el plan de atención se actualiza según sea necesario para reflejar la evolución del paciente. El plan de atención resulta evidente a través de las anotaciones de los profesionales sanitarios en la historia clínica del paciente.

El plan de atención diseñado para un paciente debe estar relacionado con sus necesidades identificadas. Esas necesidades pueden cambiar como resultado de la mejora clínica o de nueva información procedente de una reevaluación de rutina (**por ejemplo**, resultados anormales de radiología o de laboratorio), o evidenciarse por un cambio repentino en el estado del paciente (**por ejemplo**, pérdida del conocimiento). El plan de atención se revisa en función de estos cambios y se registra en la historia clínica a modo de notas incorporadas al plan inicial, o bien los cambios pueden dar por resultado un nuevo plan de atención.

Una manera de elaborar planes de atención es identificar y establecer objetivos medibles. Los objetivos medibles pueden ser seleccionados por el *médico responsable* en colaboración con la enfermera y con otros profesionales sanitarios. Los objetivos medibles son metas observables y alcanzables relacionadas con la atención del paciente y con los resultados clínicos esperados. Deben ser realistas, específicos para el paciente y basados en periodos de tiempo para ofrecer así un medio que permita medir el progreso y los resultados relacionados con el plan de atención. **Ejemplos** de objetivos realistas y medibles son los siguientes:

- El paciente recobrará y mantendrá un gasto cardíaco adecuado evidenciado por una frecuencia cardíaca, un ritmo cardíaco y una presión arterial dentro de los límites normales.
- El paciente demostrará que puede inyectarse la insulina a sí mismo en forma adecuada antes del alta.
- El paciente será capaz de caminar desde su cama hasta la sala de visitas usando un andador estándar, soportando tanto peso como pueda tolerar en la pierna afectada.

Nota: Es preferible un plan de atención integrado, simple, que identifique los objetivos medibles esperados por cada profesional sanitario. Es una buena práctica que el plan de atención refleje metas medibles, objetivas e individualizadas para facilitar la reevaluación y la revisión del mismo. (*Ver también* PFE.4)

Elementos medibles de COP.2.1

1. La atención de cada paciente es planificada por el médico responsable, la enfermera y otros profesionales sanitarios dentro de las 24 horas de su ingreso como paciente hospitalizado.
2. El plan de atención es individualizado y se basa en los datos de la evaluación inicial del paciente y en sus necesidades identificadas. (*Ver también* ASC.7.3, EM 3)
3. El plan de atención es actualizado o modificado y revisado por el equipo multidisciplinar en función de la reevaluación del paciente realizada por los profesionales sanitarios.
4. El plan de atención inicial y todas las modificaciones que se le hagan se registran en la historia clínica del paciente.
5. El plan de atención de cada paciente es revisado cuando se elabora por primera vez y cuando es modificado por el equipo multidisciplinar teniendo en cuenta los cambios que se produzcan en la condición del paciente y se registra en la historia clínica del paciente. (*Ver también* ASC.7.3, EM 4)
6. La atención planificada es brindada a cada paciente y es evidente en su historia clínica a través

de las anotaciones por parte del profesional a cargo de brindar la atención. (*Ver también* COP.2.3; ASC.3.2, EM 1; ASC.5; y MOI.9.1, EM 4)

Estándar COP.2.2

El hospital desarrolla e implementa un proceso uniforme para la prescripción de órdenes para los pacientes. ⑥

Intención de COP.2.2

Muchas actividades relacionadas con la atención del paciente exigen que un profesional capacitado prescriba una orden para esa actividad, que debe ser registrada en la historia clínica del paciente. Estas actividades pueden incluir, **por ejemplo**, órdenes para análisis de laboratorio, administración de medicación, cuidados de enfermería específicos, terapia nutricional, fisioterapia, y similares. Las actividades de atención del paciente que requieren órdenes son prescritas por profesionales cualificados para ello. Estas órdenes deben ser de fácil acceso si se las debe implementar en forma oportuna. Ubicar las órdenes dentro de un formulario común o en un lugar uniforme dentro de la historia clínica del paciente facilita su ejecución. Las órdenes registradas ayudan al personal a comprender los requerimientos específicos de una orden, cuándo se la debe llevar a cabo y quién la debe ejecutar. (*Ver también* MMU.4.1) Las órdenes pueden escribirse en un formulario de órdenes que luego se transfiere periódicamente a la historia clínica del paciente o en el momento en que se da el alta, o bien, mediante un sistema de prescripción electrónica, en aquellos hospitales que usan historias clínicas electrónicas de los pacientes.

Cada hospital decide

- qué órdenes deben ser escritas/registradas y no realizarse por vía telefónica, verbal o mensaje de texto (en el caso de que estén permitidas las órdenes por vía telefónica, verbal o mensaje de texto) **Por ejemplo**, pueden limitarse las órdenes telefónicas a situaciones de emergencia cuando no hay un médico presente, las órdenes verbales pueden limitarse a situaciones en las que el médico está realizando un procedimiento estéril, y las órdenes mediante mensaje de texto pueden reservarse exclusivamente para pruebas diagnósticas;
- qué órdenes de diagnóstico por imágenes y análisis de laboratorio deben incluir una justificación/indicación clínica;
- cualquier tipo de excepción en ámbitos especializados, como los servicios de urgencia o las unidades de cuidados intensivos; (*Ver también* MMU.4.1, EM 3)
- quién está autorizado a prescribir órdenes; (*Ver también* MMU.4.2 y MOI.11) y
- dónde deben ubicarse las órdenes dentro de la historia clínica del paciente, incluyendo aquellas que se reciban vía mensajes de texto. (*Ver también* MMU.4, EM 1, MMU.4.3 y MOI.9)

A medida que ha evolucionado la tecnología, muchos profesionales han comenzado a utilizar su dispositivos móviles personales para enviar al hospital órdenes de texto para la atención, tratamiento o servicios a los pacientes. Las plataformas de mensajería de texto actuales pueden ofrecer la funcionalidad de abordar anteriores preocupaciones relativas a la precisión, puntualidad, documentación, confidencialidad, seguridad de la información y seguridad del paciente.⁶

Si un hospital decide permitir que se envíen órdenes a través de mensajes de texto, el hospital garantiza que se implemente una plataforma de mensajería de texto segura y que incluya lo siguiente⁷:

- a) Proceso(s) seguro(s) de acceso
- b) Mensajería encriptada
- c) Uso prohibido de mensajería de texto no segura (**por ejemplo**, mensajes de texto por SMS)
- d) Confirmación de entrega y de lectura
- e) Sello de fecha y hora
- f) Periodos de tiempo de retención de mensajes personalizados
- g) Un proceso para la autenticación por parte del médico prescriptor

Además, el hospital recoge información para monitorizar el proceso de comunicación para solicitar

aclaraciones cuando surgen preguntas sobre la orden enviada por mensaje de texto. Se espera que los hospitales que permiten órdenes por mensajes de texto cumplan los estándares de gestión y uso del medicamento MMU.4 y MMU.4.1, que abordan los elementos necesarios de una orden de medicación completa y las acciones a llevar a cabo cuando las órdenes son incompletas o no están claras.

Elementos medibles de COP.2.2

1. El hospital desarrolla e implementa un proceso uniforme para prescribir órdenes para los pacientes escritas o documentadas que incluye la identificación de aquellas órdenes que pueden recibirse verbalmente, vía telefónica o vía mensaje de texto. (*Ver también* MOI.9, EM 3)
2. Las órdenes para diagnóstico por imágenes o pruebas de laboratorio incluyen una justificación/indicación clínica cuando esto es necesario para su interpretación. (*Ver también* MOI.9.1, EM 3)
3. Las órdenes son prescritas únicamente por quienes están cualificados para hacerlo. (*Ver también* MMU.4.2, EM 1 y MOI.11, EM 2)
4. Las órdenes se encuentran en una localización uniforme dentro de las historias clínicas. (*Ver también* MMU.4.3, EM 3 y MOI.9, EM 3)
5. Cuando los hospitales permiten que se transmitan las órdenes a través de mensajes de texto, el hospital garantiza que el proceso se realiza a través de una plataforma de mensajería de texto segura y que cumple con los elementos a) hasta g) de la intención. (*Ver también* MOI.2, EM 1 y MOI.11.1)
6. Cuando los hospitales permiten que se transmitan las órdenes a través de mensajes de texto, el hospital recoge información para monitorizar el proceso de comunicación para solicitar aclaraciones cuando surgen preguntas.

Estándar COP.2.3

Los procedimientos clínicos y diagnósticos y los tratamientos se llevan a cabo y se documentan según lo ordenado y los resultados obtenidos se registran en la historia clínica del paciente.

Intención de COP.2.3

Los procedimientos y tratamientos clínicos y diagnósticos realizados, así como también los resultados obtenidos se registran en la historia clínica del paciente. (*Ver también* MOI.9.1) **Ejemplos** de estos procedimientos y tratamientos pueden ser endoscopías, cateterismo cardíaco, radioterapia, exámenes por tomografía computarizada (TC), y otros procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos y no invasivos. La información acerca de quién solicitó el procedimiento o el tratamiento y el motivo del procedimiento o tratamiento figuran en la documentación. (*Ver también* COP.2.1, EM 6, y ASC.7.2)

Elementos medibles de COP.2.3

1. Los procedimientos y tratamientos se realizan según lo prescrito y se registran en la historia clínica del paciente. (*Ver también* MMU.4.3, EM 1 y MMU.6.1, EM 6)
2. La persona que solicitó el procedimiento o tratamiento, así como el motivo por el que se solicitó es registrada en la historia clínica del paciente. (*Ver también* MOI.9.1, EM 4 y MOI.11.1, EM 1)
3. Los resultados de los procedimientos y tratamientos realizados son registrados en la historia clínica del paciente. (*Ver también* ACC.3, EM 3)

Atención a los pacientes de alto riesgo y prestación

de servicios de alto riesgo

Estándar COP.3

La atención a los pacientes de alto riesgo y la prestación de servicios de alto riesgo está guiada por directrices de práctica profesional, leyes y regulaciones. ©

Intención de COP.3

Los hospitales brindan atención a pacientes con una variedad de necesidades de atención sanitaria. Se considera que algunos pacientes son de alto riesgo debido a su edad, su condición, o la naturaleza crítica de sus necesidades. Los niños y los ancianos son generalmente incluidos en este grupo, ya que con frecuencia no pueden hablar por sus propios medios, no comprenden el proceso de atención y no pueden participar en las decisiones relativas a su atención. Análogamente, el paciente que se encuentra asustado, confuso, en estado de coma o en situación de emergencia no es capaz de comprender el proceso de atención cuando las necesidades de atención deben proporcionarse de manera rápida y eficiente.

Los hospitales también brindan una variedad de servicios, algunos de los cuales se consideran de alto riesgo debido a la compleja tecnología médica necesaria para tratar una afección que pone en riesgo la vida (pacientes en diálisis), la naturaleza del tratamiento (pacientes en tratamiento de soporte vital), el daño potencial para el paciente (inmovilización) o los efectos tóxicos de ciertas medicaciones de alto riesgo (**por ejemplo**, la quimioterapia). (*Ver también* PFR.5.2)

La atención a los pacientes de alto riesgo se apoya en la utilización de herramientas como guías de práctica, procedimientos, planes de atención, vías clínicas y similares. (*Ver también* COP.2.1) Estas herramientas son importantes para que el personal comprenda y responda de manera rigurosa, competente y uniforme. El liderazgo del hospital es responsable de

- identificar a los pacientes y los servicios que se consideran de alto riesgo en el hospital;
- utilizar un proceso colaborativo para desarrollar instrumentos escritos que orienten la atención uniforme; y
- capacitar al personal en la implementación de dichos instrumentos.

Los instrumentos escritos deben hacerse a la medida de cada población de pacientes de riesgo o de cada servicio de alto riesgo para que resulten apropiados y efectivos para reducir el riesgo respectivo. Reviste particular importancia que el procedimiento identifique

- cómo tendrá lugar la planificación, incluyendo la identificación de las diferencias entre las poblaciones adultas y pediátricas, u otras consideraciones especiales;
- la documentación requerida por el equipo de atención médica para trabajar y comunicar en forma efectiva;
- las consideraciones de consentimiento especial, si fuera necesario;
- los requisitos de monitorización del paciente, incluyendo el uso correcto de alarmas⁸⁻¹¹;
- las cualificaciones o competencias especiales del personal que participa en el proceso de atención; y
- la disponibilidad y el uso de tecnología médica especializada.

Cuando se atiende a cualquiera de los pacientes de alto riesgo o se prestan cualquiera de los servicios de alto riesgo que se enumeran a continuación, el hospital establece e implementa directrices y procedimientos para los servicios prestados y los pacientes atendidos. (*Ver también* IPSC.1, EM 3; COP.8.6, EM 1; COP.9.2, EM 1; COP.9.3, EM 1; PCI.8; y PCI.8.1) Los servicios de alto riesgo están destinados a

- a) pacientes de urgencia;
- b) pacientes en estado de coma;
- c) pacientes con soporte vital;
- d) atención de pacientes con enfermedades transmisibles;
- e) atención de pacientes inmunodeprimidos;
- f) atención de pacientes que estén recibiendo diálisis;

- g) atención de pacientes inmovilizados;
- h) atención de pacientes que estén recibiendo quimioterapia; y
- i) atención de poblaciones de pacientes vulnerables, incluidos los ancianos frágiles, los niños dependientes, y los pacientes en riesgo de abuso y/o negligencia; y
- j) atención de pacientes con riesgo de suicidio.²

Se incluyen otros pacientes y servicios cuando están representados dentro de la población de pacientes del hospital y de los servicios que este ofrece.

El liderazgo del hospital también identifica riesgos adicionales como resultado de cualquier procedimiento o del plan de atención (**por ejemplo**, la necesidad de prevenir trombosis venosa profunda,¹³ úlceras por presión,^{14,15} e infecciones asociadas con la ventilación mecánica en pacientes que se encuentran en soporte vital¹⁶; lesión circulatoria y neurológica en pacientes inmovilizados¹⁷; exposición a patógenos transmitidos por la sangre en pacientes en tratamiento de diálisis; infecciones de vía central; y caídas). (*Ver también* IPSTG.6) Cuando se presentan, es necesario abordar y prevenir estos riesgos formando al personal y desarrollando las políticas, directrices y procedimientos más apropiados. (*Ver también* PFR.5.2) El hospital utiliza la información de las mediciones para evaluar los servicios prestados a los pacientes de alto riesgo e integra esa información en su programa general de mejora de la calidad.

Elementos medibles de COP.3

1. El liderazgo del hospital ha identificado los pacientes y servicios de alto riesgo, incluyendo al menos los elementos a) hasta j) de la intención cuando se proporcionen o encuentren en el hospital.
2. El liderazgo establece e implementa políticas, procedimientos, y/o métodos de atención para aquellos servicios de alto riesgo que se prestan en el hospital. (*Ver también* MOI.8.1, EM 3)
3. El personal ha sido capacitado y utiliza los instrumentos escritos para la atención de estos pacientes y servicios de alto riesgo.
4. El liderazgo del hospital identifica otros riesgos que pueden afectar a los pacientes y servicios de alto riesgo e implementa medidas para reducir y/o evitar riesgos adicionales.
5. Se realiza el seguimiento del desarrollo de los riesgos adquiridos en el hospital y se incluye en el programa de mejora de la calidad del hospital.

Reconocimiento de cambios en el estado del paciente

Estándar COP.3.1

El personal sanitario se encuentra capacitado para reconocer y reaccionar frente a los cambios que se produzcan en el estado del paciente.

Intención de COP.3.1

El personal que no trabaja en áreas críticas de la atención sanitaria puede carecer de conocimiento y capacitación adecuados para evaluar y monitorizar a los pacientes con enfermedades críticas. Sin embargo, un número significativo de pacientes que se encuentran fuera de las áreas críticas experimentan eventos críticos cuando están hospitalizados. Con frecuencia, un paciente mostrará señales de alerta tempranas (**por ejemplo**, empeorarán sus signos vitales o se presentarán leves modificaciones en el estado neurológico) muy poco tiempo antes de producirse un deterioro clínico significativo, que desembocará en un evento de mayor gravedad. (*Ver también* AOP.2) La literatura identifica criterios fisiológicos que pueden resultar útiles para el personal a la hora de detectar en forma temprana a los pacientes cuyo estado de salud se está deteriorando.¹⁸⁻²¹ La mayoría de los pacientes que experimentan un paro cardiopulmonar o respiratorio demuestran un deterioro clínico antes de la parada. Cuando el personal puede identificar a estos pacientes de forma temprana y solicitar atención adicional de profesionales especialmente capacitados, los resultados clínicos

mejoran.

Todo el personal clínico necesita educación y capacitación para alcanzar el conocimiento y las competencias para reconocer e intervenir cuando las evaluaciones de los pacientes muestran signos fisiológicos que están fuera de lo normal, lo que indica un potencial deterioro del paciente.²²⁻²⁴ La respuesta temprana a los cambios en la condición de un paciente es de crítica importancia para potencialmente evitar un mayor deterioro. Los hospitales que desarrollan un abordaje sistemático para reconocer e intervenir rápidamente con los pacientes cuya condición presenta signos de deterioro progresivo pueden reducir el índice de paradas cardiorrespiratorias y la mortalidad del paciente. (*Ver también* SQE.3)

Elementos medibles de COP.3.1

1. El hospital desarrolla e implementa un proceso sistemático para que el personal pueda reconocer y actuar cuando la condición de un paciente muestra signos de deterioro.
2. El hospital desarrolla e implementa criterios documentados que describen signos de alerta temprana que muestran un cambio o un deterioro en la condición del paciente y que indican cuándo buscar más ayuda.
3. En función de los criterios de alerta temprana del hospital, el personal busca asistencia adicional cuando la condición del paciente se deteriora.
4. El hospital informa al paciente y a su familia de cómo buscar asistencia cuando la condición del paciente se deteriora. (*Ver también* ACC.2.2, EM 1)

Servicios de Resucitación

Estándar COP.3.2

Los servicios de resucitación están disponibles en todo el hospital.

Intención de COP.3.2

Los *servicios de resucitación* se pueden definir como intervenciones clínicas para la atención sanitaria de emergencia de pacientes que experimentan un evento crítico que pone en riesgo su vida, por ejemplo, una parada respiratoria o cardíaca. Cuando se produce una parada cardíaca o respiratoria, el inicio inmediato de masaje cardíaco del pecho o del soporte respiratorio puede significar la diferencia entre la vida y la muerte o, al menos, contribuir a evitar un daño cerebral potencialmente grave.

La resucitación exitosa de pacientes con parada cardiorrespiratoria depende de intervenciones de importancia crítica, como la desfibrilación y la implementación precisa de soporte vital avanzado.²⁵⁻²⁷ Estos servicios deben estar disponibles para todos los pacientes, las 24 horas del día, todos los días. Para poder realizar estas intervenciones críticas es esencial que la tecnología médica estandarizada, la medicación necesaria para la resucitación y el personal debidamente capacitado para realizar la resucitación se encuentren rápidamente disponibles. El soporte vital básico debe implementarse inmediatamente ante el reconocimiento de la parada cardíaca o respiratoria, y debe existir un proceso para proporcionar soporte vital avanzado en menos de 5 minutos. Dicho proceso podría incluir revisiones de las resucitaciones realizadas a los pacientes hospitalizados así como también formación con simulacros de respuesta frente a paro cardíaco. Los servicios de resucitación disponibles en el hospital, incluyendo la tecnología médica y el personal adecuadamente capacitado, deben estar basados en la evidencia clínica y en la población atendida (**por ejemplo**, si el hospital tiene una población pediátrica, debe contar con tecnología médica para resucitación pediátrica). (*Ver también* ASC.3, EM 4; SQE.8.1; GLD.9, EM 2; y FMS.8)

Nota: *todas las áreas del hospital* significa todas las áreas en las que se prestan tratamiento y servicios, incluyendo las áreas de tratamiento y diagnóstico que se encuentren en edificios independientes dentro del complejo del hospital.

Elementos medibles de COP.3.2

1. Los servicios de resucitación están disponibles para todos los pacientes las 24 horas del día, todos los días, en todas las áreas del hospital.
2. El equipamiento de resucitación y la medicación necesaria para soporte vital básico y avanzado se encuentran estandarizadas y están disponibles para ser utilizadas de acuerdo con las necesidades de la población atendida. (*Ver también* ASC.3, EM3)
3. En todas las áreas del hospital, el soporte vital básico se implementa inmediatamente cuando se reconocen signos de parada cardíaca o respiratoria, y el soporte vital avanzado se implementa en menos de 5 minutos.

Estándar COP.3.3

Se establecen e implementan las directrices y los procedimientos clínicos necesarios para la manipulación, uso y administración de sangre y hemoderivados. ©

Intención de COP.3.3

La sangre debe administrarse de acuerdo con los estándares de práctica y de forma consistente, a fin de garantizar la seguridad del receptor. Por lo tanto, las directrices y los procedimientos clínicos describen el proceso para

- a) el consentimiento del paciente por la administración; (*Ver también* PFR.5.2, EM 3)
- b) la obtención de la sangre del banco de sangre o del área de almacenamiento de la sangre;
- c) la identificación del paciente;
- d) la administración de la sangre;
- e) la monitorización del paciente; e
- f) la identificación y respuesta a los signos de reacción potencial a la transfusión.

Una persona con formación, conocimiento y experiencia para supervisar la administración de la sangre y de los hemoderivados garantiza que se definan e implementen los procesos, procedimientos y las directrices clínicas para las transfusiones.²⁸⁻³³ (*Ver también* QPS.8)

Elementos medibles de COP.3.3

1. Una persona con formación, conocimiento y experiencia supervisa la administración de la sangre y de los hemoderivados. (*Ver también* AOP.5.11, EM 1)
2. Se establecen e implementan las directrices y los procedimientos clínicos necesarios para la manipulación, uso y administración de sangre y hemoderivados. (*Ver también* AOP.5.11, EM 2)
3. Las directrices y los procedimientos clínicos guían el proceso para los puntos a) hasta f) mencionados en la intención del estándar.

Alimentación y Terapia Nutricional

Estándar COP.4

Se encuentra disponible una variedad de opciones de alimentos, apropiados para la situación nutricional del paciente y coherente con su atención médica.

Intención de COP.4

Una alimentación y nutrición adecuadas son importantes para el bienestar y la recuperación de los pacientes. Las opciones de alimentos tienen en cuenta la edad del paciente, sus preferencias culturales y dietéticas, y el plan de atención, el cual puede incluir necesidades dietéticas específicas tales como bajo nivel de colesterol, dieta para la diabetes y dieta líquida, dependiendo del diagnóstico del paciente. En función de las necesidades del paciente evaluadas y del plan de atención, el médico del paciente u otro profesional cualificado prescribe los alimentos u otros nutrientes para el paciente. (*Ver también* AOP.1.4)

El paciente participa en la planificación y selección de los alimentos. Cuando sea posible, se ofrece a los pacientes una variedad de opciones de alimentos coherentes con su estado nutricional. La familia del paciente puede, siempre que sea adecuado, aportar alimentos de acuerdo con sus tradiciones y prácticas culturales, religiosas o de otro tipo, siempre que resulten compatibles con el diagnóstico del paciente. Cuando la familia del paciente u otras personas proporcionan alimentos al paciente, se los educa con respecto a qué alimentos están contraindicados según las necesidades y el plan de atención del paciente, y se les brinda también información sobre cualquier medicación que pueda interactuar con la alimentación. Los alimentos proporcionados por la familia u otras personas se almacenan en condiciones adecuadas para evitar la contaminación.

Elementos medibles de COP.4

1. Se encuentra normalmente disponible una variedad de opciones de alimentos o de nutrición, coherente con la situación del paciente, su atención y sus necesidades.
2. Antes de recibir los alimentos, todos los pacientes hospitalizados tienen órdenes de alimentación en sus historias clínicas.
3. La orden se basa en la situación nutricional y las necesidades del paciente.
4. La distribución de la alimentación se realiza en forma oportuna y se atiende a las solicitudes especiales.
5. Cuando las familias aportan los alimentos, se las educa acerca de las limitaciones de la dieta de los pacientes.
6. Los alimentos proporcionados por la familia u otras personas se almacenan de manera adecuada para evitar la contaminación.

Estándar COP.5

Los pacientes con riesgo nutricional reciben terapia nutricional.

Intención de COP.5

En la evaluación inicial, se realiza un cribado para identificar aquellos pacientes que puedan encontrarse en una situación de riesgo nutricional. (*Ver también* AOP.1.4) A estos pacientes se los deriva a un nutricionista para una evaluación más exhaustiva. Cuando se determina que un paciente se encuentra en riesgo nutricional, se desarrolla y lleva a cabo un plan de terapia nutricional. El progreso del paciente se monitoriza y se registra en su historia clínica. Los médicos, las enfermeras, el servicio de dietética y, cuando sea apropiado, la familia del paciente, trabajan conjuntamente para planificar y brindar la terapia nutricional.

Elementos medibles de COP.5

1. Los pacientes cuya evaluación determina que se encuentran en riesgo nutricional reciben terapia nutricional.
2. Se implementa un proceso colaborativo para planificar, realizar y monitorizar la terapia nutricional.
3. La respuesta del paciente a la terapia nutricional es monitorizada y registrada en su historia clínica. (Ver *también* AOP.2, EM 1)

Gestión del dolor

Estándar COP.6

Los pacientes reciben ayuda para manejar el dolor en forma efectiva. ⑥

Intención de COP.6

El dolor puede ser una parte común de la experiencia del paciente y puede estar relacionado con la afección o la enfermedad por la que el paciente está siendo tratado. El dolor también puede ser un elemento esperable de ciertos tratamientos, procedimientos o exámenes. Como parte de la planificación de la atención, se informa a los pacientes acerca de la probabilidad de tener dolor cuando este es un efecto anticipado de ciertos tratamientos y procedimientos o exámenes, y se les mencionan las opciones disponibles para manejar el dolor. Cualquiera sea su origen, el dolor que no se puede aliviar tiene efectos físicos y psicológicos adversos. Por eso, los pacientes que sufren dolor tienen derecho a una evaluación y manejo apropiados del dolor. (Ver *también* PFR.2.2 y AOP.1.5)

En función del alcance de los servicios que presta, el hospital tiene procesos para evaluar y manejar adecuadamente el dolor, entre los cuales se incluyen las siguientes acciones:

- identificar a los pacientes con dolor durante la evaluación inicial y las reevaluaciones;
- brindar información a los pacientes acerca del dolor que puede ser un resultado esperado de tratamientos, procedimientos o exámenes;
- brindar opciones para el manejo del dolor, independientemente de su origen, de acuerdo con las directrices o protocolos y teniendo en cuenta los objetivos del paciente para dicho manejo; (Ver *también* COP.7)
- comunicar y educar a los pacientes y a sus familias acerca del dolor y del manejo de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas; y
- educar a los profesionales sanitarios acerca de la evaluación y el manejo del dolor.

Elementos medibles de COP.6

1. En función del alcance de los servicios que presta, el hospital cuenta con procesos para identificar a los pacientes con dolor.
2. Cuando el dolor es un resultado esperado de tratamientos, procedimientos o exámenes planificados, se informa a los pacientes acerca de la probabilidad del dolor y de las opciones disponibles para manejarlo.
3. Los pacientes que padecen dolor reciben atención de acuerdo con las directrices de manejo del dolor y de acuerdo con los objetivos del paciente sobre el manejo del dolor.
4. En función del alcance de los servicios que presta, el hospital cuenta con procesos para comunicar a los pacientes y a sus familias cuestiones relativas al dolor y para educarlos acerca de cómo tratar con esta problemática.
5. En función del alcance de los servicios que presta, el hospital cuenta con procesos para educar al personal en cuestiones relativas al dolor.

Atención al final de la vida

Los pacientes que se acercan al final de su vida requieren una atención que se centre en sus necesidades únicas. Los pacientes terminales pueden experimentar síntomas relacionados con el proceso de la enfermedad o los tratamientos curativos o pueden necesitar ayuda para afrontar las cuestiones psicosociales, espirituales y culturales relacionadas con la muerte y el morir. Puede que sus familiares y cuidadores necesiten un descanso de la tarea de cuidar a un familiar o un ser querido que padece una enfermedad terminal, o puede que necesiten ayuda para sobrellevar la pena y la pérdida.

El objetivo del hospital con respecto a la prestación de atención al final de la vida tiene en cuenta los ámbitos en los que se prestan la atención o el servicio (por ejemplo, un centro para enfermos terminales o una unidad de cuidados paliativos), el tipo de servicios prestados y la población de pacientes asistida. El hospital desarrolla procesos para gestionar la atención al final de la vida. Estos procesos

- garantizan que los síntomas serán evaluados y manejados debidamente;
- garantizan que los pacientes que padecen enfermedades terminales serán tratados con dignidad y respeto;
- evalúan a los pacientes con tanta frecuencia como sea necesario para identificar los síntomas;
- planifican enfoques preventivos y terapéuticos para manejar los síntomas; y
- educan a los pacientes y al personal acerca del manejo de los síntomas.

Estándar COP.7

El hospital proporciona al paciente que se encuentra al final de la vida una atención que aborda las necesidades del paciente y la familia y optimiza la comodidad y la dignidad del paciente.

Intención de COP.7

Los pacientes que se encuentran en el final de su vida tienen necesidades únicas de recibir una atención según lo indicado por su evaluación que sea respetuosa y compasiva. (*Ver también AOP.1.7*) Para conseguirlo, todo el personal es consciente de las necesidades singulares de los pacientes terminales. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente debería guiar todos los aspectos de la atención durante las etapas finales de la vida. La atención al final de la vida que brinda el hospital incluye

- las intervenciones para el manejo del dolor; (*Ver también COP.6*)
- la prestación del tratamiento adecuado para todo síntoma, conforme a los deseos del paciente y de su familia;
- el abordar de manera sensible temas como la autopsia y la donación de órganos;
- el respeto de los valores, la religión y las preferencias culturales del paciente;
- la participación del paciente y de su familia en todos los aspectos de la atención; y
- la respuesta a las inquietudes psicosociales, emocionales, espirituales y culturales del paciente y de su familia.

Para conseguir estos objetivos, se educa a todo el personal sobre las necesidades únicas de los pacientes y de sus familias cuando llega el final de la vida. (*Ver también PFR.1.2 y SQE.3*)

Elementos medibles de COP.7

1. Se educa al personal sobre las necesidades únicas de los pacientes y de sus familias cuando llega el final de la vida.
2. La atención al final de la vida aborda los síntomas, estados y necesidades de atención sanitaria del paciente terminal de acuerdo con su evaluación. (*Ver también AOP.1.7, EM 1*)
3. La atención al final de la vida aborda el dolor del paciente terminal. (*Ver también PFR.2.2*)
4. La atención al final de la vida aborda las necesidades psicosociales, emocionales, culturales y

espirituales del paciente y su familia en lo relativo al fallecimiento y el duelo, en la medida que sea adecuado. (*Ver también* AOP.1.7, EM 2)

5. El paciente y la familia participan en las decisiones sobre la atención. (*Ver también* PFR.2)

Hospitales que prestan servicios de trasplante de órganos y tejidos

Nota: Los siguientes estándares abordan las responsabilidades del hospital con respecto al trasplante, donación y obtención de órganos y tejidos.

El trasplante de órganos es a menudo un procedimiento que salva vidas, y los trasplantes de órganos y tejidos son, en algunos casos, la única opción de tratamiento para una amplia gama de enfermedades. Los recientes avances en materia de trasplantes han dado lugar a una mayor tasa de éxito en los órganos y tejidos trasplantados.^{34,35} Sin embargo, los trasplantes no están exentos de riesgos. La transmisión de infecciones del donante al receptor es una preocupación relativa a la seguridad sumamente comprobada.³⁶⁻⁴⁰

Entre las enfermedades que se ha comprobado que pueden transmitirse tras el trasplante por los donantes infectados se encuentran, por nombrar solo algunas, VIH, hepatitis B y C, y la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.^{37,38} Los receptores pueden también contraer infecciones bacterianas o micosis por contaminación durante el transporte, el almacenamiento o la manipulación.^{38,39}

El compromiso del liderazgo del hospital de generar una cultura conducente a la donación de órganos y tejidos puede tener un impacto significativo en el éxito general de los esfuerzos del hospital por obtener órganos y tejidos. Estos estándares abordan las responsabilidades de todo el hospital, en todos los niveles de la organización, con respecto a la donación y obtención de órganos y tejidos.⁴⁰ Esto incluye a cualquier persona que haya sido definida como médicamente apta para la donación por parte de la organización encargada de obtener el órgano. Si el hospital cuenta con los recursos necesarios para realizar la recuperación de órganos y tejidos tras la muerte cardíaca, los donantes a corazón parado se incluyen en sistema de obtención de órganos.

Estándar COP.8

El liderazgo del hospital facilita recursos para llevar a cabo el programa de trasplante de órganos y tejidos.

Intención de COP.8

El programa de trasplante de órganos y tejidos requiere de personal con formación y capacitación especializada además de otros recursos para brindar una atención segura y de alta calidad. (*Ver también* SQE.3, EM 1) La formación y la capacitación del personal deben ser específicas para las responsabilidades y exigencias del trasplante de órganos y tejidos. Otros recursos esenciales incluyen los suministros, las habitaciones para los pacientes con la ventilación requerida para el tipo de procedimiento de trasplante (**por ejemplo**, ventilación de presión positiva), la medicación necesaria para el tipo de procedimiento de trasplante, las pruebas de laboratorio para garantizar que los tejidos u órganos no se encuentren contaminados, y otros recursos que sean identificados por el líder del programa. Además, los recursos relacionados con los sistemas de gestión de la información son necesarios para apoyar la recogida de datos relativos a los riesgos, los resultados y otra información que pueda contribuir a la calidad del programa de trasplante. (*Ver también* GLD.7; y GLD.9, EM 2)

Elementos medibles de COP.8

1. Hay personal capacitado disponible para proporcionar una atención segura de alta calidad dentro del programa de trasplante de órganos y tejidos.
2. El liderazgo del hospital asigna recursos para el programa de trasplante de órganos y tejidos. (*Ver también* GLD.1.1, EM 3)
3. Se utilizan sistemas de gestión de la información para dar soporte a la calidad del programa de trasplante de órganos y tejidos. (*Ver también* MOI.1)

Estándar COP.8.1

Un líder cualificado del programa de trasplantes es responsable del programa de trasplantes.

Intención de COP.8.1

La responsabilidad de un hospital que ofrece servicios de trasplante de órganos y tejidos es brindar atención segura y de alta calidad a los donantes y a los receptores.⁴¹ En el núcleo de esta responsabilidad está contar con una infraestructura que permita realizar todas las actividades del programa de trasplantes. Un elemento clave de la infraestructura es una(s) persona(s) responsable(s) de supervisar el programa de trasplante de órganos y tejidos. Trabajando con dedicación total o parcial, esta(s) persona(s) debe(n) ejercer la supervisión como parte de las responsabilidades que le(s) sean asignadas o de la descripción de su puesto de trabajo. Esta(s) persona(s) se encuentra(n) cualificada(s) para gestionar trasplantes como resultado de su formación, capacitación, experiencia, autorización y/o certificación. La cualificación requerida depende de las actividades que se lleven a cabo.

Elementos medibles de COP.8.1

1. El programa de trasplantes cuenta con una infraestructura capaz de proporcionar soporte a todos los aspectos de las actividades del programa.
2. Una o más personas está(n) cualificada(s) para supervisar el alcance y la complejidad del programa de trasplante de órganos y tejidos. (*Ver también* GLD.9, EM 1)
3. La(s) persona(s) cumple(n) con las responsabilidades de supervisión del programa tal como las define el programa de trasplantes.

Estándar COP.8.2

El programa de trasplantes incluye un equipo multidisciplinar integrado por personas con experiencia en los programas relevantes de trasplante de órganos específicos.

Intención de COP.8.2

El éxito de un programa de trasplante y los resultados positivos tanto en los pacientes trasplantados como en los donantes vivos dependen de un equipo de profesionales sanitarios que tengan conocimiento clínico y experiencia en trasplante de órganos específicos. Las necesidades de cuidados, psicológicas, farmacológicas y nutricionales tanto del receptor de un órgano como del donante vivo son únicas. En función del tipo de trasplante, un equipo multidisciplinar está integrado por personal de

- medicina;
- enfermería;
- nutrición;
- farmacología;
- control de la infección;

- servicios sociales; servicios psicológicos; y
- servicios de rehabilitación.

Este equipo debe tener las competencias, capacitación y experiencia suficientes para ofrecer atención y servicios tanto a receptores de trasplantes como a donantes vivos.

Elementos medibles de COP.8.2

1. El programa de trasplante recoge por escrito la composición del equipo de trasplante específico de órganos y tejidos.
2. El programa de trasplante recoge por escrito las responsabilidades de los miembros del equipo.
3. En función de los servicios que presta, el equipo de trasplante incluye personas con experiencia en medicina, enfermería, nutrición, farmacología, control de la infección, servicios sociales, servicios psicológicos, servicios de rehabilitación y coordinación del trasplante. (*Ver también* GLD.9, EM 3)
4. El programa de trasplantes evalúa la titulación y certificación, capacitación y experiencia de los miembros del equipo en el momento en que cada uno de ellos se tiene en cuenta para formar parte del equipo.

Estándar COP.8.3

Existe un mecanismo de coordinación designado para todas las actividades relacionadas con los trasplantes en el que participan médicos, personal de enfermería y otros profesionales sanitarios.

Intención de COP.8.3

Los servicios de trasplantes implican riesgos únicos y críticos para los receptores de los órganos y tejidos y, en caso de donantes vivos, también para el donante. Un componente importante para garantizar una atención médica segura y de alta calidad en todas las fases del proceso, tanto para el donante como para el receptor, es identificar a una persona que tenga responsabilidad general respecto de la coordinación y la continuidad de la atención del donante y del receptor. Esta persona puede ser un médico, una enfermera o cualquier otro profesional sanitario cualificado. (*Ver también* ACC.3)

Elementos medibles de COP.8.3

1. La persona responsable de la coordinación de la atención del donante vivo y del receptor está identificada y se encuentra disponible durante todas las fases de la atención del trasplante.
2. El coordinador clínico del trasplante facilita la continuidad de la atención de los pacientes de trasplantes (candidatos y receptores) durante las fases de pretrasplante, trasplante y alta del trasplante.
3. El coordinador clínico del trasplante facilita la continuidad de la atención de los donantes vivos durante las fases de evaluación, donación y alta de la donación.
4. La coordinación de actividades de trasplante de órganos/tejidos se comunica a todo el personal que participa en las actividades del programa de trasplantes.

Estándar COP.8.4

Para elegir a los candidatos para los trasplantes, el programa de trasplantes emplea criterios de elegibilidad clínica específicos para el órgano que se trasplanta, así como criterios de idoneidad psicológica y social.

Intención de COP.8.4

Hay múltiples aspectos que deben tenerse en consideración al tomar una decisión con respecto a la

asignación de los órganos a los posibles receptores. Se pueden tener en cuenta cuestiones como la necesidad inminente que un paciente tiene de ser trasplantado, el beneficio que puede obtener el paciente a partir del trasplante, la existencia de tratamientos alternativos disponibles, la expectativa de mejora en la calidad de vida del paciente, y la cantidad de recursos requeridos para que el tratamiento tenga éxito.

Dado que los tejidos y órganos humanos disponibles para realizar trasplantes son limitados, se desarrollan criterios de selección del receptor. Los criterios para seleccionar al receptor de un trasplante facilitan identificar al paciente más apropiado y limitan el riesgo potencial de sesgos en la selección. Por lo tanto, los criterios de acceso a los órganos y tejidos se definen en forma transparente, sobre la base de una evaluación objetiva de las necesidades médicas.

Por otra parte, existen criterios específicos para cada órgano que deben tenerse en cuenta en el momento de decidir la asignación de un órgano en particular. **Por ejemplo**, la viabilidad del órgano fuera del cuerpo varía de un órgano a otro. En consecuencia, se debe tener en cuenta el lapso de tiempo que puede demorar un órgano en llegar al receptor.

Elementos medibles de COP.8.4

1. El programa de trasplantes pone por escrito los criterios clínicos de selección del candidato a trasplante específicos para cada órgano.
2. El programa de trasplantes pone por escrito los criterios de aptitud psicológica y social del candidato a trasplante.
3. Los resultados de la evaluación médica se incluyen en la determinación de aptitud para el trasplante.
4. El programa de trasplante registra la confirmación de la compatibilidad del órgano en la historia clínica del candidato al trasplante.

Estándar COP.8.5

El programa de trasplantes obtiene del candidato al trasplante el consentimiento informado específico para el trasplante del órgano. ②

Intención de COP.8.5

Para dar su consentimiento, un paciente tiene que estar informado acerca de aquellos factores relacionados con la atención planeada que se necesita para tomar una decisión informada. Los factores que pueden afectar el éxito del injerto o la salud del candidato como receptor, incluyen, entre otras cuestiones,

- a) la historia del donante;
- b) el estado en que se encuentra(n) el/los órgano(s) usado(s);
- c) la edad del/de los órgano(s); y
- d) el riesgo potencial de contraer enfermedad(es) infecciosa(s) si la enfermedad no se puede detectar en un donante infectado.

Pueden existir además factores psicológicos, éticos, financieros, y de otro tipo que son únicos para el paciente de un trasplante, a diferencia de otros pacientes, tales como la necesidad de fármacos inmunosupresores y la tasa de supervivencia prevista. (*Ver también* AOP.1.1) El paciente necesita recibir información de todas las cuestiones especiales como parte del proceso de consentimiento. El programa de trasplantes también cumple con la política sobre consentimiento informado del hospital, así como con las leyes y reglamentaciones regionales y locales. (*Ver también* PFR.5.2)

Elementos medibles de COP.8.5

1. El programa de trasplantes cumple la política del hospital cuando se trata de obtener el consentimiento informado de los candidatos a los trasplantes.

2. Además de la información brindada a cualquier paciente quirúrgico como parte del proceso de consentimiento informado, el programa de trasplantes informa al posible candidato al trasplante acerca de los potenciales riesgos psicosociales.
3. Además de la información brindada a cualquier paciente quirúrgico como parte del proceso de consentimiento informado, el programa de trasplantes informa al posible candidato al trasplante acerca de los factores de riesgo relacionados con el donante del órgano que podrían afectar al éxito del injerto o la salud del candidato como receptor, incluidas entre otras, las consideraciones a) hasta d) que se mencionan en la intención.
4. Además de la información brindada a cualquier paciente quirúrgico como parte del proceso de consentimiento informado, el programa de trasplantes informa al posible candidato al trasplante acerca de tasa observada y esperada de supervivencia post trasplante a un año del centro; o de la tasa de supervivencia a un año que aparece en la literatura cuando el programa de trasplantes lleva en funcionamiento menos de 18 meses.
5. Además de la información brindada a cualquier paciente quirúrgico como parte del proceso de consentimiento informado, el programa de trasplantes informa al posible candidato al trasplante acerca de las tasas potenciales de rechazo, de los fármacos inmunosupresores y de los posibles costes asociados.
6. Además de la información brindada a cualquier paciente quirúrgico como parte del proceso de consentimiento informado, el programa de trasplantes informa al posible candidato al trasplante acerca de tratamientos alternativos.

Estándar COP.8.6

El programa de trasplantes cuenta con protocolos, guías de práctica clínica o procedimientos documentados para la recuperación y la recepción de órganos con el fin de garantizar la compatibilidad, seguridad, eficacia, y calidad de las células, tejidos y órganos humanos destinados a trasplantes. ©

Intención de COP.8.6

Para reducir el riesgo de rechazo de órganos, el cirujano a cargo del trasplante debe asegurar la compatibilidad del/de los órgano(s) con el receptor. Las pruebas de compatibilidad más frecuentemente utilizadas incluyen la tipificación sanguínea, la reacción cruzada y la tipificación de tejidos. El cirujano a cargo del trasplante garantiza que la prueba de compatibilidad se produzca antes de la recuperación del órgano y de que se realice el trasplante.

La transmisión de enfermedades infecciosas y tumores malignos es un riesgo potencial para los receptores de tejidos u órganos donados. En consecuencia, se debe garantizar el nivel de seguridad, eficacia y calidad de las células, tejidos y órganos destinados a trasplantes. La evaluación de los donantes de órganos y tejidos puede identificar aquellos donantes que presentan un riesgo mayor de infecciones con un patógeno potencialmente nocivo. El cribaje de la historia clínica y la realización de pruebas al donante con el fin de detectar enfermedades contagiosas puede reducir significativamente la incidencia de la transmisión de enfermedades del donante. El cribaje de los donantes debe incluir la evaluación de la historia clínica, de las conductas de riesgo y un examen físico. Las pruebas realizadas al donante deben incluir las pruebas de VIH, hepatitis B, hepatitis C y otras pruebas recomendadas.⁴²⁻⁴⁴

Para realizar cualquier trasplante de material humano, se debe garantizar la trazabilidad para el tiempo de vida esperado del donante y del receptor. Los medios de codificación internacionalmente acordados para identificar los tejidos y células utilizados en trasplantes son fundamentales para una completa trazabilidad. (*Ver también* GLD.11.2)

Elementos medibles de COP.8.6

1. El equipo de trasplante sigue protocolos escritos para la recuperación de órganos, los cuales incluyen la revisión de los datos del donante, el grupo sanguíneo del receptor y otros datos vitales para asegurar la compatibilidad antes de que se produzca la recuperación del órgano.

2. El cirujano a cargo del trasplante es responsable de confirmar por escrito la aptitud médica de los órganos del donante para ser trasplantados al receptor.
3. Cuando un órgano llega al centro de trasplantes, el cirujano que realizará el trasplante y al menos otro profesional sanitario certificado dentro del centro de trasplantes verifican que el grupo sanguíneo del donante y otros datos vitales sean compatibles con el receptor antes de realizar el trasplante.
4. El cirujano a cargo del trasplante es responsable de confirmar que se hayan completado la evaluación del donante y las pruebas para detectar enfermedades infecciosas y tumores malignos antes de que se realicen la recuperación y el trasplante del órgano.
5. Cuando un órgano llega al centro de trasplante, el cirujano a cargo del trasplante y al menos otro profesional sanitario certificado en el centro de trasplante verifican que la evaluación y las pruebas del órgano del donante no muestren ninguna señal de enfermedad y que el estado del órgano sea apto para el trasplante.

Estándar COP.8.7

La atención que se presta a los pacientes de trasplantes está guiada por planes individualizados.

Intención de COP.8.7

La atención del paciente que recibe un trasplante de órgano o de tejido varía según el tipo de órgano o tejido trasplantado. La historia de salud del paciente tiene un impacto decisivo en su recuperación. Se realizará una evaluación psicológica por parte de un psiquiatra, psicólogo o trabajador social con experiencia en trasplantes para determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente y para detectar si existe alguna enfermedad psiquiátrica. (*Ver también* AOP.1.1, EM 2) Se desarrollan planes de atención individualizados para orientar la atención prestada a los pacientes de trasplantes. (*Ver también* AOP.1.2 y COP.2.1)

Elementos medibles de COP.8.7

1. El programa de trasplantes cuenta con directrices de práctica clínica recogidas por escrito que son específicas para cada órgano y que se refieren a las fases de pretrasplante, trasplante y alta.
2. Cada paciente de trasplante se encuentra bajo la atención de un equipo multidisciplinar coordinado por el médico principal a cargo del trasplante del paciente durante las fases de pretrasplante, trasplante y alta.
3. Los candidatos a trasplantes son evaluados para valorar la pertinencia de otras terapias médicas y quirúrgicas que pueden producir tasas de supervivencia a corto y largo plazo comparables al trasplante.
4. Los candidatos a trasplantes reciben una evaluación psicológica por parte de un psiquiatra, psicólogo o trabajador social con experiencia en trasplantes para determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente y para detectar si existe alguna enfermedad psiquiátrica.
5. El programa de trasplantes actualiza de manera continua la información clínica en la historia clínica del paciente de trasplante.

Programas de trasplantes que usan órganos de donantes vivos

Estándar COP.9

Los programas de trasplante que se realizan con donantes vivos cumplen la legislación y normativa local y regional y protegen los derechos de los donantes reales o potenciales.

Intención de COP.9

La creciente demanda de órganos y el número limitado de órganos disponibles de donantes fallecidos ha llevado a potenciar los esfuerzos para promover la donación de órganos de donantes vivos. No existen estándares universales para la selección de candidatos aptos para la donación, para el consentimiento informado y para la atención sanitaria tras la donación. Los donantes vivos afrontan decisiones complejas y se encuentran ante el riesgo potencial de sufrir complicaciones de por vida, y no deberían sentirse coaccionados o presionados para realizar la donación de órganos.

Para ayudarles en la toma de decisiones y garantizar que los derechos de los donantes vivos sean protegidos, se debe designar a una persona con conocimientos acerca de donación de órganos de donante vivo, trasplantes, ética médica y consentimiento informado. (*Ver también* PFR.1 y PFR.6)

Elementos medibles de COP.9

1. Los programas de trasplante que realizan trasplantes de donante vivo cumplen la legislación y normativa local y regional.
2. El donante vivo de órganos tiene derecho a tomar su decisión con respecto a la donación en un ámbito libre de presiones y coacciones. (*Ver también* GLD.2, EM 5)
3. Para defender los derechos del donante vivo, se designa a una persona con conocimientos acerca de la donación de órganos de donante vivo, trasplantes, ética médica y consentimiento informado.
4. La persona designada para defender los derechos del donante vivo no participa en las actividades habituales relacionadas con los trasplantes.
5. La persona designada para defender los derechos del donante vivo informa, apoya y respeta al donante vivo durante el proceso de toma de decisiones de manera culturalmente apropiada.

Estándar COP.9.1

Los programas de trasplante que realizan trasplantes de donantes vivos obtienen consentimientos informados específicos para la donación de órganos de los posibles donantes vivos. ⑥

Intención de COP.9.1

El posible donante necesita comprender en profundidad todos los aspectos del proceso de donación, en particular, los riesgos y beneficios asociados con ser un donante vivo. Muchos donantes vivos ceden sus órganos a un miembro de su familia o a una persona conocida; sin embargo, algunos donantes vivos no ejercen ninguna influencia con respecto al destino del órgano que donan. Un aspecto muy importante al obtener el consentimiento informado es asegurarse de que el posible donante está dispuesto a donar y que no ha sido coaccionado ni se le ha ofrecido una compensación por hacerlo, y que comprenda que puede negarse a realizar la donación en cualquier momento. (*Ver también* PFR.5.2, EM 2)

Elementos medibles de COP.9.1

1. El consentimiento informado del donante vivo es obtenido por personal capacitado y está en un lenguaje que el potencial donante vivo puede comprender.
2. Además de la información brindada a cualquier paciente quirúrgico como parte del proceso de consentimiento informado, el programa de trasplantes informa al posible donante vivo acerca de los riesgos psicológicos potenciales de la donación.
3. Además de la información brindada a cualquier paciente quirúrgico como parte del proceso de consentimiento informado, el programa de trasplantes informa al posible donante vivo acerca de las complicaciones y riesgos potenciales asociados a la donación de órganos en vivo.
4. Además de la información brindada a cualquier paciente quirúrgico como parte del proceso de consentimiento informado, el programa de trasplantes informa al posible donante vivo acerca de los potenciales problemas de salud que podría sufrir en el futuro.
5. El programa de trasplantes informa al posible donante vivo acerca de los tratamientos

alternativos para el candidato al trasplante.

6. El programa de trasplantes informa al posible donante vivo acerca del derecho del donante de salirse del proceso de donación en cualquier momento.

Estándar COP.9.2

Los programas de trasplante que realizan trasplantes de donantes vivos emplean criterios de selección clínicos y psicológicos para determinar la aptitud de los potenciales donantes vivos.

Intención de COP.9.2

Los donantes de órganos deben ser evaluados para verificar su aptitud física y psicológica para donar órganos. La evaluación médica determina la capacidad física del donante para donar e identifica todos los riesgos para la salud que pueda sufrir el donante de forma inmediata y en el futuro. La evaluación psicológica será realizada por un psiquiatra, un psicólogo o un trabajador social con experiencia en trasplantes para determinar la capacidad de toma de decisiones, detectar cualquier enfermedad psiquiátrica y evaluar cualquier potencial coerción. También debe evaluarse su capacidad de comprender el proceso de donación y sus resultados potenciales, incluyendo los posibles resultados adversos. (*Ver también* AOP.1.1, EM 2)

Elementos medibles de COP.9.2

1. El programa de trasplantes recoge por escrito los criterios de selección de donantes vivos específicos para cada órgano.
2. Los criterios de selección de donantes vivos del programa de trasplantes son coherentes con la legislación y la normativa y con los principios de la ética médica. (*Ver también* GLD.2, EM 5 y GLD.12)
3. En la determinación de aptitud para la donación se incluyen los resultados de una evaluación médica relacionada con la salud física del donante vivo.
4. En la determinación de aptitud para la donación se incluyen los resultados de pruebas médicas que detectan enfermedades infecciosas o tumores malignos.
5. En la determinación de aptitud para la donación se incluyen los resultados de la evaluación psicológica realizada por un psiquiatra, psicólogo o trabajador social con experiencia en trasplantes.
6. El programa de trasplantes registra la confirmación de la compatibilidad del órgano en la historia clínica del donante vivo.

Estándar COP.9.3

La atención que se presta a los donantes vivos está guiada por planes individualizados.

Intención de COP.9.3

Además de las necesidades generales de atención sanitaria comunes a todos los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, el donante vivo tiene unas necesidades singulares de tratamiento y de atención sanitaria que requieren consideración específica. Se desarrollan e implementan planes individualizados de atención para todos los donantes vivos. (*Ver también* COP.2.1)

Elementos medibles de COP.9.3

1. Los programas de trasplantes que realizan trasplantes de donantes vivos utilizan directrices escritas para la atención al donante vivo. Estas directrices definen la atención sanitaria que se presta al donante durante las fases de evaluación, donación y alta. (*Ver también* COP.3 y GLD.11.2)
2. Los programas de trasplantes que realizan trasplantes de donantes vivos prestan atención


multidisciplinar a través de un equipo coordinado por un médico que se encarga de tratar a cada donante durante las fases de evaluación, donación y alta. (*Ver también* ACC.3 y COP.2)

3. El candidato a donante vivo recibe apoyo psicológico permanente tras la donación.

Referencias

1. Ballantyne H. Developing nursing care plans. *Nurs Stand*. 2016 Feb 24;30(26):51–57.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. Care Coordination. Jul 2016. Accessed Nov 11, 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/index.html>
3. Ganz DA, et al. *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.
4. Ulin K, et al. Person-centered Care—An approach that improves the discharge process. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016 Apr;15(3):e19–26.
5. Kuo DZ, et al. Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J*. 2012 Feb;16(2):297–305.
6. Greene AH. HIPAA compliance for clinician texting. *J AHIMA*. 2012 Apr;83(4):34–36.
7. The Joint Commission. Update: Texting orders. *Jt Comm Perspect*. 2016 May;36(5):15.
8. Bridi AC, Louro TQ, da Silva RC. Clinical alarms in intensive care: Implications of alarm fatigue for the safety of patients. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 Nov–Dec;22(6):1034–1040.
9. AAMI Foundation. Clinical Alarm Management Compendium. 2015. Accessed Nov 11, 2016. http://s3.amazonaws.com/rdcms-aami/files/production/public/FileDownloads/Foundation/Reports/Alarm_Compndium_2015.pdf.
10. ECRI Institute. Top 10 Health Technology Hazards for 2016. Nov 2015. Accessed Nov 13, 2016. <https://www.ecri.org/Pages/2016-Hazards.aspx>.
11. ECRI Institute. Top 10 Health Technology Hazards for 2015. Nov 2014. Accessed Nov 13, 2016. <https://www.ecri.org/Pages/2015-Hazards.aspx>.
12. Bolster C, et al. Suicide assessment and nurses: What does the evidence show? *Online J Issues Nurs*. 2015 Jan 31;201(1):2.
13. Pai M, Douketis JD. Prevention of venous thromboembolic disease in acutely ill hospitalized medical adults. *UpToDate*. Epub 2016.
14. National Pressure Ulcer Advisory Panel. New 2014 Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. 2014 Accessed Nov 11, 2016. <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/>.
15. Qaseem A, et al. Risk assessment and prevention of pressure ulcers: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2015 Mar 3;162(5):359–369.
16. Barbier F, et al. Hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: recent advances in epidemiology and management. *Curr Opin Pulm Med*. 2013 May;19(3):216–228.
17. Springer G. When and how to use restraints. *Am Nurs Today*. 2015 Jan;10(1):26–27.
18. Bonnell S, Macauley K, Nolan S. Management and handoff of a deteriorating patient from primary to acute care settings: A nursing academic and acute care collaborative case. *Simul Healthc*. 2013 Jun;8(3):180–182.
19. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS). May 13, 2015. Accessed Nov 13, 2016. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news>.
20. Subbe CP, Welch JR. Failure to rescue: Using rapid response systems to improve care of the deteriorating patient in hospital. *AVMA Medical & Legal Journal*. 2013;19(1):6–11. Accessed Nov 13, 2016. <http://cri.sagepub.com/content/19/1/6.full.pdf+html>.
21. Winters BD, et al. Rapid-response systems as a patient safety strategy: A systematic review. *Ann Intern Med*. 2013 Mar 5;158(5 Pt 2):417–425.
22. McDonnell A, et al. A before and after study assessing the impact of a new model for recognizing and responding to early signs of deterioration in an acute hospital. *J Adv Nurs*. 2013 Jan;69(1):41–52.

23. Liaw SY, et al. Strengthening the afferent limb of rapid response systems: An educational intervention using web-based learning for early recognition and responding to deteriorating patients. *BMJ Qual Saf.* 2016 Jun;25(6):448–456.
24. Maharaj R, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care.* 2015;19(254):1–15.
25. Nolan J, editor. Section 7: Resuscitation. In Colvin JR, Peden CJ, editors: *Raising the Standard: A Compendium of Audit Recipes for Continuous Quality Improvement in Anaesthesia*, 3rd ed. London: Royal College of Anaesthetists, 2012, 187–203. Accessed Nov 13, 2016. <http://www.rcoa.ac.uk/ARB2012>.
26. Link MS, et al. Part 7: Adult advanced cardiovascular life support 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation.* 2015 Nov 3;132 (18 Suppl 2):S444–464.
27. Pozner CN. Advanced cardiac life support (ACLS) in adults. *UpToDate.* Epub 2016.
28. US Food and Drug Administration. Vaccines, Blood & Biologics: Blood & Blood Products. (Updated: Mar 10, 2014.) Accessed Nov 13 2016. <http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/BloodBloodProducts/default.htm>.
29. Kurup R, et al. A study on blood product usage and wastage at the public hospital, Guyana. *BMC Res Notes.* 2016 Jun 13;9(307):1–6.
30. Follea G. Patient blood management. *Transfus Clin Biol.* Epub 2016 Sep 14.
31. Goodnough TL, Shah N. The next chapter in patient blood management: Real-time clinical decision support. *Am J Clin Pathol.* 2014 Dec;142(6):741–747.
32. Bruun MT, et al. Patient blood management in Europe: Surveys on top indications for red blood cell use and patient blood management organization and activities in seven European university hospitals. *Vox Sang.* Epub 2016 Aug 10.
33. Hervig T, Kaada S, Seghatchian, J. Storage and handling of blood components—Perspectives. *Transfus Apher Sci.* 2014 Oct;51(2):103–106.
34. Strong, DM. Tissue transplants—What’s happened over the years? *International Trends in Immunity.* 2013 Jan;1(1):16–21.
35. World Health Organization. Transplantation: Outcomes of Organ Transplantation. Accessed Nov 13, 2016. http://www.who.int/transplantation/gkt/statistics/kidney_outcomes/en/index.html.
36. Greenwald MA, Kuehert, MJ, Fishman JA. Infectious disease transmission during organ and tissue transplantation. *Emerg Infect Dis.* 2012 Aug;18(8):e1. Accessed Nov 13, 2016. http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/18/8/12-0277_article.
37. Ha YE, Peck KR. Infection prevention in transplant recipients. *Korean J Med.* 2013 Feb;84(2):168–178. Korean.
38. Ison MG, Holl JL, Ladner D. Preventable errors in organ transplantation: An emerging patient safety issue? *Am J Transplant.* 2012 Sep;12(9):2307–2312.
39. Costa SF, et al. Evaluation of bacterial infections in organ transplantation. *Clinics (Sao Paulo).* 2012;67(3):289–291.
40. Joint Commission Resources. Tracer methodology 101: Transplant safety tracer: Standardized procedures to acquire, receive, store, and issue tissue. *Joint Commission: The Source.* 2013 Apr;11(4):10–12.
41. Morales Pedraza J. Chapter 2: Ethical policy, principles, codes and other regulations in force in the field of tissue banking in a select group of countries. In *Ethical Policy and Principles in Tissue Banking, International Experience and Implementation*. Switzerland: Springer International Publishing, 2016, 49–94.
42. Fishman JA, Grossi PA. Donor-derived infection—The challenge for transplant safety. *Nat Rev Nephrol.* 2014 Nov;10(11):663–672.
43. Kaul DR. Donor-derived infection: Epidemiology and outcomes. *Curr Infect Dis Rep.* 2012 Dec;14(6):676–682.
44. Fishman JA, Greenwald MA, Grossi PA. Transmission of infection with human allografts: Essential considerations in donor screening. *Clin Infect Dis.* 2012 Sep;55(5):720–727.



Anestesia y atención quirúrgica (ASC)

Panorama general

La *anestesia* quirúrgica, la sedación de procedimientos y las intervenciones quirúrgicas son procesos habituales y complejos de una organización sanitaria. Requieren la evaluación completa e integral del paciente, su monitorización continua, y el paso, determinado por criterios, a atención continuada, rehabilitación y eventual derivación y alta.

La anestesia y la sedación de procedimientos normalmente se conciben como un continuo que va desde la mínima sedación hasta la anestesia completa. Como la respuesta del paciente puede cambiar a lo largo de ese continuo, la utilización de la anestesia y la sedación de procedimientos deberían organizarse de manera integrada. Por tanto este capítulo aborda aquella anestesia y sedación de procedimientos en las que se ponen en riesgo los reflejos de protección que el paciente necesita para el mantenimiento de la función de la vía aérea y de la ventilación. Este capítulo no aborda el uso de la sedación como ansiolítico o la que se necesita en la UCI para la tolerancia al ventilador.

Como la cirugía conlleva un elevado nivel de riesgo, debe planificarse y llevarse a cabo con cuidado. La información sobre el procedimiento quirúrgico y la atención tras la cirugía se planifican basándose en la evaluación del paciente, y se registran por escrito. A la cirugía que incluye la implantación de un dispositivo debe dársele especial consideración, incluyendo la notificación del malfuncionamiento de los dispositivos así como un proceso para el seguimiento de los pacientes en caso de retirada del mercado.

Nota: los estándares de anestesia y cirugía son aplicables en cualquier entorno en el que se utilice la anestesia y/o la sedación de procedimientos y donde se realicen procedimientos quirúrgicos o invasivos que requieran consentimiento (*ver también* PFR.5.2). Tales entornos incluyen el bloque quirúrgico, las unidades de cirugía ambulatoria u hospitales de día, la endoscopia, la radiología intervencionista, las clínicas dentales u otras clínicas ambulatorias, las áreas de cuidados intensivos o cualquier otro.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono © después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

Organización y gestión

ASC.1 Se dispone de servicios de sedación y anestesia para satisfacer las necesidades de los pacientes y tales servicios cumplen con los estándares profesionales, así como con los estándares, leyes y reglamentos locales y nacionales.

ASC.2 Una o varias personas cualificadas tienen la responsabilidad de gestionar los servicios de

sedación y anestesia.

Atención con sedación

ASC.3 La administración de sedación está estandarizada en todo el hospital. ③

ASC.3.1 Los profesionales sanitarios responsables de la sedación de procedimientos y las personas responsables de monitorizar a los pacientes que reciben sedación se encuentran capacitados. ③

ASC.3.2 La sedación de procedimientos se administra y monitoriza de acuerdo con directrices de práctica profesional. ③

ASC.3.3 Los riesgos, los beneficios y las alternativas relacionados con la sedación de procedimientos se hablan con el paciente, sus familiares o quienes toman decisiones en su nombre.

Atención anestésica

ASC.4 Un profesional cualificado realiza una evaluación previa a la anestesia y una evaluación previa a la inducción.

ASC.5 Se planifica y registra por escrito la atención anestésica de cada paciente y se deja constancia de la anestesia y la técnica utilizadas en la historia clínica del paciente.

ASC.5.1 Los riesgos, los beneficios y las alternativas relacionados con la anestesia y con el control del dolor posoperatorio se hablan con el paciente y/o quienes toman decisiones en su nombre.

ASC.6 Se monitoriza el estado fisiológico de cada paciente durante la anestesia y la cirugía, de acuerdo con las directrices de práctica profesional y se deja constancia en la historia clínica del paciente. ③

ASC.6.1 El estado posterior a la anestesia de cada paciente se monitoriza y registra; el alta al paciente del área de recuperación lo da una persona cualificada o bien se utilizan criterios establecidos. ③

Atención quirúrgica

ASC.7 La atención quirúrgica de cada paciente se planifica y registra por escrito de acuerdo con los resultados de la evaluación.

ASC.7.1 Los riesgos, los beneficios y las alternativas se hablan con el paciente y su familia o con quienes toman decisiones en su nombre.

ASC.7.2 La información acerca del procedimiento quirúrgico se anota en la historia clínica del paciente para facilitar la atención continuada.

ASC.7.3 La atención del paciente después de la cirugía se planifica y se recoge por escrito.

ASC.7.4 La atención quirúrgica que incluye la implantación de un dispositivo médico se planifica teniendo especial consideración con la manera en que los procesos y procedimientos estándar deben modificarse. ③

Estándares, intenciones y elementos medibles

Organización y gestión

Estándar ASC.1

Se dispone de servicios de sedación y anestesia para satisfacer las necesidades de los pacientes y tales servicios cumplen con los estándares profesionales, así como con los estándares, leyes y reglamentos locales y nacionales.

Intención de ASC.1

A la sedación y anestesia se las ve comúnmente como un continuo que va desde una sedación mínima a la anestesia total. La respuesta de un paciente puede deslizarse a lo largo de ese continuo, durante el cual se encuentran en riesgo los reflejos de la vía aérea que protegen al paciente. La sedación y la anestesia son procesos complejos que deben integrarse en la planificación de la atención al paciente. La sedación y la anestesia requieren una evaluación completa e integral del paciente, una continua monitorización del mismo y unos criterios objetivos de recuperación.

El hospital cuenta con un sistema para proporcionar los servicios de sedación y anestesia que se requieren según su población de pacientes, los servicios clínicos que ofrece y las necesidades de los profesionales sanitarios. Los servicios de sedación y anestesia se proporcionan siguiendo los estándares de práctica profesional y cumplen con la legislación y normativa local y nacional correspondientes. Los servicios de sedación y anestesia están disponibles para situaciones de urgencia después del horario normal de funcionamiento.

Los servicios de sedación y anestesia (incluidos los servicios de urgencia) pueden proporcionarse directamente por el hospital, mediante contrato con un proveedor externa (**por ejemplo**, con un anesiólogo individual o con un grupo de anesiólogos), o bien de ambas maneras. Cualquier uso de proveedores externos de servicios de anestesia se basa en la recomendación del jefe de los servicios de sedación y anestesia. Los proveedores externos cumplen con la legislación y normativa correspondientes y cuentan con registros aceptables de calidad y seguridad de los pacientes, según se establezca en su contrato de servicios. (*Ver también* GLD.6 y GLD.6.1)

Elementos medibles de ASC.1

1. Los servicios de sedación y anestesia cumplen con los estándares de práctica profesional y con la legislación y normativa locales y nacionales que les son de aplicación.
2. Los servicios de sedación y anestesia se encuentran disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes.
3. Los servicios de sedación y anestesia están disponibles para situaciones de urgencia después del horario normal de funcionamiento.
4. Los proveedores externos de sedación y anestesia se seleccionan basándose en las recomendaciones del jefe de los servicios de sedación y anestesia, en unos registros aceptables de desempeño y en el cumplimiento con la legislación y normativa que les sean de aplicación.
5. Existe un contrato en vigor cuando se utilizan servicios externos de sedación y anestesia.

Estándar ASC.2

Una o varias personas cualificadas tienen la responsabilidad de gestionar los servicios de sedación y anestesia.

Intención de ASC.2

Los servicios de sedación y anestesia se encuentran bajo la dirección de una o más personas que están cualificadas mediante capacitación, conocimientos especializados y experiencia documentados, y están en consonancia con las leyes y los reglamentos correspondientes. La o las personas asume(n) la responsabilidad profesional de los servicios de anestesia proporcionados. Las responsabilidades incluyen

- desarrollar, implementar y mantener políticas y procedimientos;
- proporcionar supervisión administrativa;
- mantener cualquier programa de control de calidad que sea necesario;
- recomendar proveedores externos de servicios de sedación y anestesia; y

- monitorizar y revisar todos los servicios de sedación y anestesia.

Elementos medibles de ASC.2

1. Los servicios de sedación y anestesia son uniformes en todo el hospital.
2. Los servicios de sedación y anestesia se encuentran bajo la dirección de una o más personas cualificadas. (*Ver también* GLD.9, EM 1)
3. Las responsabilidades para recomendar proveedores externos de servicios de sedación y anestesia se definen y llevan a cabo.
4. Las responsabilidades para monitorizar y revisar todos los servicios de sedación y anestesia se definen y llevan a cabo. (*Ver también* GLD.8, EM 1)

Atención con sedación

Estándar ASC.3

La administración de sedación está estandarizada en todo el hospital. ③

Intención de ASC.3

Se define la *sedación de procedimientos* como "... una técnica que administra agentes sedantes o disociativos con o sin analgésicos para inducir un estado alterado de conciencia que permita al paciente tolerar procedimientos dolorosos o incómodos mientras mantiene una adecuada función cardiorrespiratoria."¹ (p. 178) Independientemente de la medicación, dosis, o vía de administración, cuando un medicamento se utiliza con el objetivo de alterar el estado cognitivo del paciente para facilitar un procedimiento específico, se considera sedación de procedimiento. La sedación de procedimientos a menudo se realiza en muchas áreas del hospital fuera del quirófano. Debido a que la sedación de procedimientos, como la anestesia, plantea riesgos potenciales significativos para los pacientes, su administración debe ser uniforme en todo el hospital. La cualificación del personal que participa en el procedimiento, la tecnología médica, los suministros y la monitorización deben ser los mismos donde quiera que se proporcione la sedación en el hospital. En consecuencia, los hospitales deben desarrollar guías específicas sobre cómo y cuándo se puede usar sedación de procedimientos.

La estandarización de la sedación de procedimientos está respaldada por políticas y procedimientos, e identifica

- a) las áreas del hospital en donde puede realizarse la sedación de procedimientos;
- b) las cualificaciones o destrezas especiales del personal implicado en el proceso de sedación de procedimientos; (*Ver también* SQE.3)
- c) las diferencias entre poblaciones pediátricas, de adultos y geriátricas u otras consideraciones especiales;
- d) la disponibilidad y uso inmediatos de tecnología médica especializada, apropiada para la edad e historia del paciente; y
- e) el proceso de consentimiento informado tanto para el procedimiento como para el uso de sedación. (*Ver también* PFR.5.2)

Durante la sedación de procedimiento deben estar disponibles de manera inmediata una persona capacitada en soporte vital avanzado así como equipamiento médico y suministros de emergencia apropiados para la edad e historia del paciente y para el tipo de procedimiento que se esté realizando.²

Elementos medibles de ASC.3

1. La administración de sedación está estandarizada en todo el hospital.
2. La estandarización de la sedación de procedimientos incluye identificar y abordar como

- mínimo los elementos a) hasta e) de la intención.
3. Se cuenta con equipamiento médico y suministros de emergencia disponibles de inmediato y personalizados según el tipo de sedación que se esté realizando, la edad y la condición médica del paciente. (*Ver también* COP.3.2, EM 2)
 4. Un individuo con capacitación en soporte vital avanzado apropiado para la edad e historia del paciente debe estar disponible de inmediato cuando se esté realizando sedación de procedimiento. (*Ver también* COP.3.2)
-

Estándar ASC.3.1

Los profesionales sanitarios responsables de la sedación de procedimientos y las personas responsables de monitorizar a los pacientes que reciben sedación se encuentran capacitados. ⑥

Intención de ASC.3.1

La cualificación del médico, dentista u otra persona responsable del paciente que recibe sedación de procedimiento es importante. Comprender los métodos de sedación de procedimiento en relación con el paciente y con el tipo de procedimiento realizado hace que mejore la tolerancia del paciente a un procedimiento incómodo o doloroso, y disminuye el riesgo de complicaciones. Las complicaciones relacionadas con la sedación de procedimiento incluyen principalmente depresión cardíaca o respiratoria. En consecuencia, es esencial la certificación en soporte vital básico, como mínimo. Además, el conocimiento de la farmacología de los agentes de sedación utilizados, así como de los agentes de reversión, disminuye el riesgo de resultados adversos. Como tal, la persona responsable de la sedación de procedimiento debe ser competente en

- a) las técnicas y diversos modos de sedación;
- b) la farmacología de los medicamentos sedantes y el uso de agentes de reversión;
- c) los requerimientos de monitorización; y
- d) la respuesta ante complicaciones. (*Ver también* SQE.10)

El profesional sanitario que realiza el procedimiento no debería ser el responsable de monitorizar de manera continua al paciente. Una persona distinta y cualificada, como un anestesiólogo o una enfermera capacitada y competente, debería asumir la responsabilidad de realizar la monitorización ininterrumpida de los parámetros fisiológicos del paciente y de proporcionar asistencia en las medidas de soporte o resucitación. La persona responsable de proporcionar la monitorización debe ser competente en

- e) requerimientos de monitorización;
- f) respuesta ante complicaciones;
- g) uso de agentes de reversión; y
- h) criterios de recuperación.

Elementos medibles de ASC.3.1

1. Los profesionales sanitarios responsables de proporcionar sedación de procedimiento son competentes, como mínimo, en los elementos a) hasta d) de la intención. (*Ver también* SQE.3, EM 1 y SQE.10, EM 3)
 2. La persona responsable de la monitorización del paciente durante la sedación de procedimiento es competente, como mínimo, en los elementos e) hasta h) de la intención. (*Ver también* SQE.3, EM 1)
 3. Las competencias para sedación de procedimientos de todo el personal implicado en la sedación están documentadas en los archivos de personal. (*Ver también* SQE.5, EM 4)
-

Estándar ASC.3.2

La sedación de procedimientos se administra y monitoriza de acuerdo con directrices de práctica profesional. ③

Intención de ASC.3.2

Los grados de sedación se producen en un continuo desde sedación suave a profunda, y un paciente puede avanzar de un grado a otro. Muchos factores influyen en la respuesta del paciente a la sedación y pueden afectar el grado de sedación de un paciente. Los factores incluyen los medicamentos que se administran, la vía y la dosis, la edad del paciente (pediátrico, adulto, geriátrico) y la historia médica del paciente. **Por ejemplo**, factores como un historial de disfunción de órganos importantes, medicamentos actuales que pueden interactuar con los sedantes, alergias a medicamentos, respuesta adversa anterior a anestesia o sedación y abuso de sustancias pueden cada uno tener un impacto en la respuesta del paciente a la sedación de procedimiento. Si el estado físico del paciente está en una situación alto riesgo, hay que tener en cuenta las necesidades clínicas adicionales del paciente y la idoneidad de la sedación de procedimiento.

La evaluación pre-sedación ayuda a identificar cualquier factor que pueda causar algún impacto en la respuesta del paciente a la sedación de procedimiento y también ayuda a identificar qué hallazgos de la monitorización, durante y después del procedimiento, pueden ser significativos. El profesional sanitario responsable y cualificado realiza una evaluación del paciente previa a la sedación para

- a) identificar cualquier problema de las vías respiratorias que pueda influir en el tipo de sedación que se utilice;
- b) evaluar los pacientes en riesgo en cuanto a si la sedación de procedimiento es adecuada;
- c) planificar el tipo y nivel de sedación que necesitará el paciente según el procedimiento que se está realizando;
- d) administrar la sedación de manera segura; e
- e) interpretar los hallazgos a partir de la monitorización del paciente durante la sedación de procedimiento y la recuperación.

Tanto el alcance como el contenido de esta evaluación se basan en directrices profesionales y están definidos en la política del hospital.

Los pacientes a quienes se les practica sedación de procedimiento requieren la monitorización de su nivel de conciencia, del estado del ventilador y la oxigenación, así como de variables hemodinámicas con una frecuencia según con el tipo y la cantidad del medicamento administrado, la duración del procedimiento y el tipo y situación del paciente. Son consideraciones importantes durante el procedimiento de sedación la capacidad del paciente de mantener reflejos de protección; una vía respiratoria continua evidente; y la capacidad de responder a la estimulación física o las órdenes verbales. Una persona cualificada es responsable de proporcionar la monitorización ininterrumpida de los parámetros fisiológicos del paciente y la asistencia en medidas de soporte o de resucitación, hasta que el paciente esté recuperado de manera segura.

Una vez haya concluido el procedimiento, los pacientes pueden seguir teniendo riesgo de complicaciones debido a demoras en la absorción total del sedante, depresión respiratoria y/o falta de estimulación derivada del procedimiento. Los pacientes siguen necesitando monitorización hasta que hayan prácticamente alcanzado su nivel básico de conciencia y los parámetros hemodinámicos. Los criterios objetivos ayudan a identificar a los pacientes que se han recuperado o que están listos para darles el alta. (*Ver también* QPS.8)

Elementos medibles de ASC.3.2

1. Existe una evaluación previa a la sedación, realizada y recogida por escrito, que incluye como mínimo los elementos a) hasta e) para evaluar el riesgo y la idoneidad de la sedación de procedimiento para el paciente. (*Ver también* AOP.1, EM 1 y 2; y COP.2.1, EM 6)
2. Una persona cualificada monitoriza al paciente durante el período de sedación y registra la monitorización.

3. Se usan y recogen por escrito los criterios establecidos para la recuperación y el alta de la sedación de procedimiento.

Estándar ASC.3.3

Los riesgos, los beneficios y las alternativas relacionados con la sedación de procedimientos se hablan con el paciente, sus familiares o quienes toman decisiones en su nombre.

Intención de ASC.3.3

El proceso de planificación de la sedación de procedimiento incluye educar al paciente, a su familia o a quien toma decisiones en su nombre sobre los riesgos, los beneficios y las alternativas relacionados con la sedación de procedimiento. Este intercambio se produce como parte del proceso de obtención del consentimiento para la sedación de procedimiento, según se requiere en PFR.5.2. Esta educación la imparte una persona cualificada.

Elementos medibles de ASC.3.3

1. El paciente, la familia y/o quienes toman las decisiones en su nombre han recibido educación sobre los riesgos, los beneficios y las alternativas de la sedación de procedimiento. (*Ver también* PFR.5.3, EM 2)
2. El paciente, la familia y/o quienes toman las decisiones en su nombre reciben educación acerca de la analgesia posterior al procedimiento.
3. Una persona cualificada imparte y deja constancia de la educación.

Atención anestésica

Estándar ASC.4

Un profesional cualificado realiza una evaluación previa a la anestesia y una evaluación previa a la inducción.

Intención de ASC.4

Debido a que la anestesia conlleva un alto riesgo, su administración se planifica cuidadosamente. La evaluación preanestésica del paciente sirve de base para dicha planificación, para identificar qué hallazgos derivados de la monitorización durante la anestesia y la recuperación pueden ser significativos y para el uso de analgesia posoperatoria. La evaluación previa a la anestesia ofrece la información que se necesita para

- identificar cualquier problema de las vías respiratorias;
- seleccionar la anestesia y planificar la atención anestésica;
- administrar de forma segura un anestésico de acuerdo con la evaluación del paciente, los riesgos identificados y el tipo de procedimiento;
- interpretar los hallazgos a partir de la monitorización del paciente durante la anestesia y la recuperación; y
- proporcionar información para el uso de analgesia tras la cirugía.

Un anestesiólogo u otro profesional cualificado realiza la evaluación previa a la anestesia. La evaluación previa a la anestesia puede realizarse algún tiempo antes de la admisión o antes del procedimiento quirúrgico, o bien, breves momentos antes del procedimiento quirúrgico, como en los pacientes de urgencia y las pacientes de obstetricia. (*Ver también* AOP.1.3) La evaluación previa a la inducción es independiente de la evaluación previa a la anestesia, ya que se centra en la estabilidad fisiológica y en la preparación del paciente para la anestesia, y tiene lugar inmediatamente antes de la inducción anestésica. Cuando la anestesia debe proporcionarse de forma urgente, la evaluación previa a la anestesia y la evaluación previa a la inducción pueden realizarse inmediatamente una detrás de la otra, o simultáneamente, pero se reflejan por escrito de forma independiente. (*Ver también* ASC.6)

Elementos medibles de ASC.4

1. A cada paciente se le realiza una evaluación previa a la anestesia. (*Ver también* AOP.1, EM 1 y 2)
2. Inmediatamente antes de la inducción de la anestesia se realiza una evaluación independiente para reevaluar a los pacientes.
3. Ambas evaluaciones las realiza(n) una persona(s) cualificada(s) para ello y se deja constancia en la historia clínica del paciente.

Estándar ASC.5

Se planifica y registra por escrito la atención anestésica de cada paciente y se deja constancia de la anestesia y la técnica utilizadas en la historia clínica del paciente.

Intención de ASC.5

La atención anestésica se planifica cuidadosamente y se documenta en el registro de anestesia. El plan incluye información proveniente de otras evaluaciones del paciente e identifica la anestesia a utilizar, el método de administración, otros medicamentos y fluidos, los procedimientos de monitorización y la atención posterior a la anestesia que se prevee. El agente anestésico, la dosis (cuando corresponda) y la técnica anestésica se anotan en el registro de anestesia del paciente. (*Ver también* COP.2.1, EM 6; QPS.8; y MOI.9.1, EM 4)

Elementos medibles de ASC.5

1. La atención anestésica de cada paciente se planifica y se anota en la historia clínica del paciente.
2. El agente anestésico, la dosis (cuando corresponda) y la técnica anestésica se documentan en el registro de anestesia del paciente.
3. El anesthesiólogo y/o la enfermera de anestesia y los asistentes de anestesia quedan identificados en el registro de anestesia del paciente. (*Ver también* MOI.11.1, EM 1)

Estándar ASC.5.1

Los riesgos, los beneficios y las alternativas relacionados con la anestesia y con el control del dolor posoperatorio se hablan con el paciente y/o quienes toman decisiones en su nombre.

Intención de ASC.5.1

El proceso de planificación de la anestesia incluye educar al paciente, a su familia o a quien toma decisiones en su nombre sobre los riesgos, los beneficios y las alternativas relacionados con la anestesia planificada y la analgesia posoperatoria. Este intercambio de información forma parte del proceso para obtener consentimiento para la anestesia, según se requiere en PFR.5.2. De esta educación se encarga un anesthesiólogo o una persona cualificada.

Elementos medibles de ASC.5.1

1. El paciente, la familia y/o quienes toman las decisiones en su nombre reciben educación sobre los riesgos, los beneficios y las alternativas de la anestesia. (*Ver también* PFR.5.3, EM 2)
2. El paciente, la familia y/o quienes toman las decisiones en su nombre reciben educación sobre el manejo del dolor posoperatorio.
3. El anesthesiólogo u otra persona cualificada imparte y deja constancia de la educación. (*Ver también* PFE.4, EM 2)

Estándar ASC.6

Se monitoriza el estado fisiológico de cada paciente durante la anestesia y la cirugía, de acuerdo con

las directrices de práctica profesional y se deja constancia en la historia clínica del paciente. ⑥

Intención de ASC.6

La monitorización fisiológica proporciona información fiable acerca del estado del paciente durante la anestesia (general, espinal, regional y local) y el período de recuperación. Los resultados de la monitorización desencadenan decisiones intraoperatorias así como decisiones posoperatorias clave, tales como regresar a cirugía, traspaso a otro nivel de atención o dar el alta. La información de la monitorización guía la atención médica y de enfermería; asimismo, identifica la necesidad de servicios de diagnóstico y de otro tipo. Los hallazgos de la monitorización se introducen en la historia clínica del paciente.

Los métodos de monitorización dependen del estado del paciente previo a la anestesia, de la anestesia elegida y de la complejidad del procedimiento quirúrgico o de otro tipo que se realiza durante la anestesia. En todos los casos, sin embargo, la monitorización general durante la anestesia y la cirugía es congruente con la práctica profesional y viene definida en la política del hospital. Se deja constancia de los resultados de la monitorización en la historia clínica del paciente. (*Ver también* ASC.4)

Elementos medibles de ASC.6

1. La frecuencia y el tipo de monitorización durante la anestesia y la cirugía se basan en el estado del paciente previo a la anestesia, la anestesia utilizada y el procedimiento quirúrgico realizado.
2. La monitorización del estado fisiológico del paciente es congruente con la práctica profesional. (*Ver también* GLD.7, EM 3)
3. Se deja constancia de los resultados de la monitorización en la historia clínica del paciente.

Estándar ASC.6.1

El estado posterior a la anestesia de cada paciente se monitoriza y registra; el alta al paciente del área de recuperación lo da una persona cualificada o bien se utilizan criterios establecidos. ⑥

Intención de ASC.6.1

La monitorización durante el período de anestesia es la base de la monitorización durante el período de recuperación posanestésica. La recogida y el análisis de datos sobre el estado del paciente de manera continua y sistemática durante la recuperación sirven para la toma de decisiones acerca del traslado del paciente a otros entornos y servicios menos intensivos. El registro de los datos de monitorización proporciona la documentación para respaldar la finalización de la monitorización de recuperación o las decisiones para dar el alta. Cuando al paciente se le transfiere directamente del quirófano a una unidad de recepción, la monitorización y la documentación son las mismas que se requerirían en la sala de recuperación.

El alta de las áreas de recuperación posanestésica o la finalización de la monitorización de recuperación se realiza de una de las siguientes maneras alternativas:

- a) Al paciente le da el alta (o finaliza la monitorización de recuperación) un anestesiólogo cualificado u otra persona autorizada por la persona(s) responsable de gestionar los servicios de anestesia.
- b) Al paciente le da el alta (o finaliza la monitorización de recuperación) una enfermera o una persona análogamente cualificada, de acuerdo con los criterios posanestésicos establecidos por el liderazgo del hospital, y la historia clínica del paciente contiene evidencia de que se cumplieron los criterios.
- c) Al paciente se le deriva a una unidad capaz de proporcionar la atención posanestésica o post sedación de determinados pacientes, como por ejemplo una unidad de cuidados intensivos cardiovascular o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgica, entre otras.

Tanto la hora de llegada al área de recuperación como la del alta de la misma (o la hora en que comienza la recuperación y la hora de finalización de la monitorización de la recuperación) se

registran en la historia clínica del paciente.

Elementos medibles de ASC.6.1

1. A los pacientes se les monitoriza durante el período de recuperación posanestésica.
2. Los hallazgos de la monitorización se incluyen en la historia clínica del paciente.
3. A los pacientes se les da el alta de la unidad posanestésica (o se finaliza la monitorización de recuperación) de acuerdo con las alternativas descritas en los elementos a) hasta c) de la intención. (*Ver también* AOP.2, EM 1)
4. La hora en que se inicia la recuperación y la hora en que la fase de recuperación está completa se registran en la historia clínica del paciente.

Atención quirúrgica

Estándar ASC.7

La atención quirúrgica de cada paciente se planifica y registra por escrito de acuerdo con los resultados de la evaluación.

Intención de ASC.7

Debido a que la cirugía conlleva un alto nivel de riesgo, su uso se planifica cuidadosamente. La evaluación(es) del paciente constituye la base para seleccionar el procedimiento quirúrgico apropiado y para identificar qué hallazgos generados durante la monitorización pueden ser significativos. La evaluación(es) ofrece información necesaria para

- seleccionar el procedimiento apropiado y el momento óptimo;
- realizar los procedimientos de manera segura; e
- interpretar los hallazgos generados durante la monitorización del paciente.

La selección del procedimiento depende de la historia, el estado físico y los datos de diagnóstico del paciente, así como de los riesgos y beneficios del procedimiento para el paciente. Para la selección del procedimiento se tiene en cuenta la información de la evaluación en el momento de la admisión, las pruebas diagnósticas y otras fuentes disponibles. El proceso de evaluación se lleva a cabo en un plazo abreviado cuando un paciente necesita cirugía urgente. (*Ver también* AOP.1.3.1)

En la historia clínica del paciente se deja constancia de la atención quirúrgica planificada, incluyendo un diagnóstico preoperatorio. El solo nombre del procedimiento quirúrgico no se considera un diagnóstico. (*Ver también* AOP.1.3.1)

Elementos medibles de ASC.7

1. Antes de realizar el procedimiento, el médico responsable incluye en la historia clínica del paciente la información de evaluación utilizada para desarrollar y respaldar el procedimiento invasivo planificado. (*Ver también* AOP.5.4, EM 3 y AOP.6.4, EM 3)
2. La atención quirúrgica de cada paciente se planifica basándose en la información de la evaluación.
3. Antes del procedimiento se incluyen en la historia clínica del paciente un diagnóstico preoperatorio y el procedimiento planificado. (*Ver también* MOI.9.1, EM 2 y 3)

Estándar ASC.7.1

Los riesgos, los beneficios y las alternativas se hablan con el paciente y su familia o con quienes toman decisiones en su nombre.

Intención de ASC.7.1

Los pacientes y sus familias o quienes toman las decisiones en su nombre reciben la información

adecuada para participar en las decisiones sobre la atención y para proporcionar el consentimiento informado requerido en PFR.5.2. La información incluye

- los riesgos del procedimiento planificado;
- los beneficios del procedimiento planificado;
- las potenciales complicaciones; y
- las alternativas quirúrgicas y no quirúrgicas disponibles para tratar al paciente.

Además, cuando existe la posibilidad de que se necesite sangre o hemoderivados, se informa sobre los riesgos y alternativas. El cirujano del paciente u otra persona cualificada se encarga de proporcionar esta información.

Elementos medibles de ASC.7.1

1. El paciente, la familia o quienes toman las decisiones en su nombre han recibido educación sobre los riesgos, los beneficios, las potenciales complicaciones y las alternativas relacionadas con el procedimiento quirúrgico planificado. (*Ver también* PFR.5.3, EM 2)
2. La educación incluye la necesidad de utilizar sangre y hemoderivados, así como sus riesgos, beneficios y alternativas. (*Ver también* PFR.5.3, EM 2)
3. El cirujano del paciente u otra persona cualificada imparte la educación y deja constancia de ella. (*Ver también* PFE.4, EM 2)

Estándar ASC.7.2

La información acerca del procedimiento quirúrgico se anota en la historia clínica del paciente para facilitar la atención continuada.

Intención de ASC.7.2

La atención posterior a la cirugía de un paciente depende de los eventos y hallazgos del procedimiento quirúrgico. El aspecto más importante es que todas las acciones y resultados esenciales para la situación del paciente se introduzcan en su historia clínica. Esta información podría presentarse en forma de plantilla—ya sea impresa o en formato electrónico—, o bien como un informe operatorio, tal como una nota escrita del desarrollo de la cirugía. Para apoyar la continuidad de la atención de apoyo posterior a la cirugía, la información acerca de la cirugía se registra en la historia clínica del paciente inmediatamente después de la cirugía, antes de transferir al paciente desde el área quirúrgica o de recuperación posanestésica. La información documentada acerca de la cirugía incluye, como mínimo

- a) el diagnóstico posoperatorio;
- b) el nombre del cirujano y de los asistentes;
- c) los procedimientos realizados y la descripción de cada hallazgo de los procedimientos;
- d) las complicaciones perioperatorias;
- e) las muestras quirúrgicas enviadas para analizar;
- f) la cantidad de sangre perdida y cantidad de sangre transfundida; y
- g) la fecha, hora y firma del médico responsable.

Parte de la información puede estar contenida en otras anotaciones de la historia clínica. **Por ejemplo**, la cantidad de sangre perdida y la sangre transfundida pueden anotarse en el registro de anestesia, o la información acerca de los dispositivos implantables puede mostrarse mediante un adhesivo preimpreso del fabricante. (*Ver también* ASC.7.4)

"Inmediatamente después de la cirugía" se define como "al concluir la cirugía, antes de que al paciente se lo transfiera al siguiente nivel de atención". Esta definición garantiza que la información pertinente esté disponible para la siguiente persona encargada de brindar atención. Si el cirujano acompaña al paciente desde el quirófano hasta la siguiente unidad o área de atención, la nota operatoria, la plantilla o la nota del desarrollo se pueden escribir en dicha unidad o área de atención.

(Ver también ACC.3 y COP.2.3)

Elementos medibles de ASC.7.2

1. Los informes quirúrgicos, plantillas o las notas sobre el desarrollo de la cirugía incluyen, como mínimo, los elementos a) hasta g) de la intención. (Ver también ACC.3, EM 4)
2. El hospital identifica la información que puede registrarse habitualmente en otras áreas específicas de la historia clínica. (Ver también MOI.9, EM 3)
3. El informe quirúrgico, la plantilla o la nota sobre el desarrollo de la cirugía se encuentran disponibles inmediatamente después de la cirugía, antes de que el paciente sea transferido al siguiente nivel de atención. (Ver también ACC.3, EM 2 y 3)

Estándar ASC.7.3

La atención del paciente después de la cirugía se planifica y se recoge por escrito.

Intención de ASC.7.3

Las necesidades de atención posquirúrgica médica y de enfermería difieren según el procedimiento quirúrgico realizado y el historial médico del paciente. Además, algunos pacientes pueden requerir atención de otros servicios, tales como fisioterapia o rehabilitación. En consecuencia, es necesario planificar dicha atención, incluyendo el nivel de atención, el entorno de la misma, la monitorización o el tratamiento de seguimiento y la necesidad de medicación u otro tratamiento y servicios.

La planificación de la atención posquirúrgica puede comenzar antes de la cirugía basándose en las necesidades evaluadas y situación del paciente, así como en el tipo de cirugía a realizar. El plan de atención posquirúrgica también incluye las necesidades posoperatorias inmediatas del paciente. La atención planificada se introduce en la historia clínica del paciente en un plazo de 24 horas y se verifica por el servicio responsable, con el fin de garantizar la continuidad de los servicios durante el período de recuperación o rehabilitación.

Las necesidades posquirúrgicas pueden cambiar como resultado de la mejora clínica o de nueva información procedente de una reevaluación normal, o bien evidenciarse por un cambio repentino en la condición del paciente. El plan de atención posquirúrgica se modifica en función de estos cambios y se deja constancia en la historia clínica como notas al plan inicial o como un plan de atención modificado o nuevo. (Ver también COP.2.1)

Elementos medibles de ASC.7.3

1. La atención posquirúrgica proporcionada por médicos, enfermeras y otros profesionales se ocupa de las necesidades posquirúrgicas inmediatas del paciente.
2. El o los planes posquirúrgicos de continuación se introducen en la historia clínica del paciente en un plazo de 24 horas por parte del cirujano responsable o se verifican mediante una firma conjunta del cirujano responsable en el plan introducido por el delegado del cirujano.
3. El plan de atención posquirúrgica de continuación incluye la atención médica, de enfermería y de otro tipo en función de las necesidades del paciente.
4. Cuando venga indicado por un cambio en las necesidades del paciente, el plan de atención posquirúrgica se actualiza o modifica en función de la reevaluación del paciente por parte de los profesionales sanitarios. (Ver también COP.2.1, EM 5)

Estándar ASC.7.4

La atención quirúrgica que incluye la implantación de un dispositivo médico se planifica teniendo especial consideración con la manera en que los procesos y procedimientos estándar deben modificarse. ©

Intención de ASC.7.4

Muchos procedimientos quirúrgicos incluyen la implantación de un dispositivo médico. Un *dispositivo médico implantable* puede definirse como un dispositivo que se coloca de manera permanente en una cavidad del cuerpo que se forma de manera natural o por vía quirúrgica para ayudar, restaurar o reemplazar de manera continua una función o estructura del cuerpo durante toda la vida útil del dispositivo.³⁻⁴

Un dispositivo médico implantable puede ser una prótesis (por ejemplo, de cadera), un estent, un desfibrilador automático implantable, un marcapasos, unas lentes intraoculares y una bomba de infusión, entre otros **ejemplos**.

Los procedimientos quirúrgicos que incluyen la implantación permanente de dispositivos médicos requieren modificar la atención quirúrgica habitual para considerar factores especiales, tales como

- a) la selección del dispositivo de acuerdo con los conocimientos científicos y la investigación disponibles;
- b) garantizar que los implantes estén presentes en el quirófano; (*Ver también* IPSC.4)
- c) las cualificaciones y la capacitación de cualquier personal técnico externo que se necesite durante el procedimiento de la implantación (**por ejemplo**, el representante de la casa fabricante que se puede necesitar para que calibre el dispositivo);
- d) el proceso de notificación de eventos adversos relacionados con dispositivos;
- e) la notificación del mal funcionamiento de los dispositivos implantables a las agencias reguladoras;
- f) consideraciones específicas sobre control de infecciones;
- g) todas las instrucciones especiales al alta para el paciente.⁵⁻⁸

Estas consideraciones especiales se pueden incorporar en directrices, protocolos, políticas quirúrgicas u otros documentos, con el fin de orientar al equipo quirúrgico y facilitar la consistencia de los procesos y resultados. (*Ver también* SQE.10)

La capacidad de mantener la trazabilidad de los dispositivos médicos implantables es esencial para identificar el origen de las infecciones de sitio quirúrgico e identificar a aquellos pacientes que puedan haber recibido implantes no estériles. Además el proceso de trazabilidad permite al hospital evaluar la fiabilidad del proceso de esterilización. En consecuencia, el hospital tiene un proceso para poder mantener la trazabilidad de los dispositivos médicos.⁹ (*Ver también* ASC.7.2 y GLD.7.1)

En caso de retirada por parte del fabricante de un dispositivo médico implantable, el hospital informa a y realiza un seguimiento de aquellos pacientes que recibieron el dispositivo.^{10,11} El hospital elabora e implementa un proceso para contactar con los pacientes y realizar su seguimiento, incluyendo a aquellos que puedan estar fuera del país. El hospital determina el periodo de tiempo para ponerse en contacto con ellos (**por ejemplo**, en las primeras 24 horas de la notificación de la retirada oficial en el caso de un dispositivo imprescindible para la vida). Este margen de tiempo puede ser mayor para dispositivos que no sean imprescindibles para la vida.

Elementos medibles de ASC.7.4

1. Los servicios quirúrgicos del hospital definen los tipos de dispositivos implantables que se incluyen dentro de su cartera de servicios.
2. Las políticas y prácticas incluyen los elementos a) hasta g) de la intención.
3. El hospital tiene un proceso para mantener la trazabilidad de los dispositivos médicos implantables. (*Ver también* FMS.8.1, EM 1)
4. El hospital desarrolla e implementa un proceso para contactar con y realizar el seguimiento de los pacientes en un periodo de tiempo definido tras recibir la notificación de la retirada de un dispositivo médico implantable.

Referencias

1. Godwin SA, et al. Clinical policy: Procedural sedation and analgesia in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2005 Feb;45(2):177-196.
2. Medscape. Pediatric Sedation. Chang WW. (Updated: Jun 27, 2016.) Accessed Nov 11, 2016. <http://emedicine.medscape.com/article/804045-overview#a1>.
3. US Food and Drug Administration. Medical Device Tracking Requirements. Definitions. 21 C.F.R. § 821.3. 2016. Accessed Nov 10, 2016. <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcr/CFRSearch.cfm?fr=821.3>.
4. US Food and Drug Administration. *Implants and Prosthetics*. 2015 Jun. Accessed November 22, 2016. <http://www.fda.gov/MedicalDevices/ProductsandMedicalProcedures/ImplantsandProsthetics/>.
5. Casal RF, et al. Detecting medical device complications: Lessons from an indwelling pleural catheter clinic. *Am J Med Qual*. 2013 Jan-Feb;28(1):69-75.
6. Federico F. The leader's role in medical device safety. *Healthc Exec*. 2013 May-Jun;28(3):82-85.
7. Tarakji KG, et al. Cardiac implantable electronic device infection in patients at risk. *Arrhythm Electrophysiol Rev*. 2016 May;5(1):65-71.
8. Paxton EW, et al. Kaiser Permanente implant registries benefit patient safety, quality improvement, costeffectiveness. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2013 Jun;39(6):246-252.
9. Durand L, et al. OHP-034 Traceability of implantable medical devices (IMDS) in hospital: Industrial codification systems still insufficient. *Eur J Hosp Pharm*. 2015;22(1 Suppl):A1-A222.
10. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Information Statement. Implant Device Recalls. Revised Feb 2016. Accessed Nov 16, 2016. <http://www.aaos.org/uploadedFiles/1019%20Implant%20Device%20Recalls%204.pdf>
11. Gliklich RE, Dreyer NA, Leavy MB, editors. Registries for medical devices. In *Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide*, vol. 2, 3rd ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014, 199-214. Accessed Nov 14, 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK208640/>



Manejo y uso de medicamentos (MMU)

Panorama general

Los medicamentos constituyen un componente fundamental de la atención que se presta a los pacientes y se utilizan para el tratamiento diagnóstico, sintomático, preventivo, curativo y paliativo y para el manejo de enfermedades y dolencias. Para favorecer una gestión óptima de los medicamentos, un sistema de medicamentos debe incluir procesos que sustenten el uso seguro y efectivo de la medicación. El uso seguro y efectivo de los medicamentos implica el esfuerzo multidisciplinar y coordinado de unos profesionales sanitarios que aplican los principios del diseño, implementación y mejora de procesos a todos los aspectos del proceso de gestión de la medicación, que incluye: la selección, adquisición, almacenamiento, orden/prescripción, transcripción, distribución, preparación, dispensación, administración, registro y monitorización de las terapias medicamentosas. Aunque los roles de los profesionales sanitarios en el manejo de medicamentos varían enormemente de un país a otro, los procesos sólidos de gestión del medicamento para la seguridad del paciente son universales, y deben apoyarse en la evidencia y científica y en orientaciones para los prescriptores, como por ejemplo el desarrollo de un programa de optimización del uso de antimicrobianos y la utilización de guías de práctica sobre medicamentos aceptadas.

Nota: se define *medicamento* como cualquier medicamento que se prescribe; medicamentos de muestra; remedios de herbolario; vitaminas; nutracéuticos; fármacos que se venden sin receta; vacunas; agentes diagnósticos o de contraste que se utilizan o administran a las personas para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades u otras dolencias anómalas; medicamentos radiactivos; tratamientos de terapia respiratoria; nutrición parenteral; hemoderivados; y soluciones intravenosas (simples, con electrolitos y/o fármacos), así como soluciones utilizadas/administradas al paciente por el equipo quirúrgico durante procedimientos quirúrgicos o invasivos.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono [Ⓢ] después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

Organización y gestión

MMU.1 El uso de medicamentos en el hospital está organizado para satisfacer las necesidades de los pacientes, cumple con la legislación y normativa que le es de aplicación y se encuentra bajo la dirección y la supervisión de un farmacéutico autorizado u otro profesional cualificado. [Ⓢ]

MMU.1.1 El hospital desarrolla e implementa un programa para el uso prudente de los antibióticos basado en los principios de la optimización del uso de antimicrobianos. ②

Selección y adquisición

MMU.2 Los medicamentos que se prescriben o de los que se emiten órdenes están en existencias y existe un proceso para los medicamentos que no están en existencias o no están normalmente disponibles en el hospital o para cuando la farmacia del hospital se encuentra cerrada. ②

MMU.2.1 Existe un método para supervisar la lista de medicamentos del hospital y el uso de los mismos.

Almacenamiento

MMU.3 Los medicamentos se almacenan de forma adecuada y segura. ②

MMU.3.1 Existe un proceso para la gestión de medicamentos y productos de nutrición que requieren un manejo especial. ②

MMU.3.2 Los medicamentos de emergencia se encuentran disponibles, almacenados de manera uniforme, monitorizados y seguros cuando se almacenan fuera de la farmacia. ②

MMU.3.3 El hospital cuenta con un sistema de retirada de medicamentos. ②

Órdenes y transcripción

MMU.4 La prescripción, la emisión de órdenes y la transcripción se guían por políticas y procedimientos. ②

MMU.4.1 El hospital define los elementos de una orden o prescripción completa. ②

MMU.4.2 El hospital identifica a aquellos profesionales cualificados a quienes se les permite prescribir u ordenar medicamentos.

MMU.4.3 Los medicamentos prescritos y administrados se anotan en la historia clínica del paciente.

Preparación y dispensación

MMU.5 Los medicamentos se preparan y dispensan en un entorno seguro y limpio.

MMU.5.1 Las prescripciones u órdenes de medicamentos se revisan en cuanto a su idoneidad. ②

MMU.5.2 Se usa un sistema para dispensar medicamentos de manera segura en la dosis correcta, al paciente correcto, en el momento correcto.

Administración

MMU.6 El hospital identifica a las personas cualificadas que están autorizadas para administrar medicamentos.

MMU.6.1 La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que el medicamento es el correcto basándose en la prescripción u orden de medicamentos.

MMU.6.2 Hay políticas y procedimientos que rigen los medicamentos que se llevan al hospital para que el paciente mismo se los administre o en calidad de muestras. ②

Monitorización

MMU.7 Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes. ②

MMU.7.1 El hospital establece e implementa un proceso para notificar y actuar ante errores de medicación e incidentes de seguridad que no llegaron al paciente (near misses). ②

Estándares, intenciones y elementos medibles

Organización y administración

Estándar MMU.1

El uso de medicamentos en el hospital está organizado para satisfacer las necesidades de los pacientes, cumple con la legislación y normativa que le es de aplicación y se encuentra bajo la dirección y la supervisión de un farmacéutico autorizado u otro profesional cualificado. ②

Intención de MMU.1

Los medicamentos, como recurso importante en la atención de pacientes, se deben organizar de manera eficaz y eficiente. Un sistema seguro de gestión de los medicamentos aborda los procesos del medicamento en una organización, que en muchas organizaciones incluyen los siguientes (según sea de aplicación):

- a) Planificación
- b) Selección y adquisición
- c) Almacenamiento
- d) Prescripción
- e) Preparación y dispensación
- f) Administración
- g) Monitorización
- h) Evaluación

La gestión de los medicamentos no solo es responsabilidad del servicio de farmacia, sino también de los directivos y de los profesionales sanitarios. La forma en que se comparte la responsabilidad depende de la estructura y dotación de personal del hospital. En aquellos casos en que no haya una farmacia, los medicamentos deben manejarse en cada unidad clínica de acuerdo con la política del hospital. En otros casos, en los que haya una gran farmacia central, esta puede organizar y controlar los medicamentos en todo el hospital. La gestión efectiva de los medicamentos incluye todas las áreas del hospital: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios y unidades especializadas.

Como quiera que se organicen los medicamentos dentro del hospital, una persona cualificada supervisa directamente las actividades de la farmacia o del servicio farmacéutico. La persona cuenta con capacitación y, si se requiere, con la autorización o certificación apropiada. La legislación y la normativa que sean de aplicación se incorporan a la estructura de la organización y al funcionamiento del sistema de gestión de medicamentos que se utiliza en el hospital.

Para garantizar la eficiencia y eficacia del manejo y del uso de los medicamentos, el hospital lleva a cabo una revisión de los sistemas por lo menos una vez al año. La revisión anual identifica qué tal está funcionando el sistema recogiendo toda la información y experiencia relacionada con la gestión del medicamento incluyendo los puntos a) hasta h) indicados más arriba. La revisión permite a los hospitales comprender la necesidad y la prioridad de mejoras continuas del sistema en calidad y seguridad del uso de medicamentos.

Elementos medibles de MMU.1

1. Un documento escrito abordando los elementos a) hasta h) de la intención según sean de aplicación, identifica de qué forma se organiza y gestiona el uso de medicamentos en todo el hospital. (Ver también MMU.2.1, EM 1)

2. Todos los entornos, servicios y personas que gestionan procesos de medicamentos se incluyen en la estructura organizacional. (*Ver también* MMU.2.1, EM 2)
3. Un farmacéutico autorizado u otra persona cualificada supervisa directamente las actividades de la farmacia o del servicio farmacéutico. (*Ver también* GLD.9, EM 1)
4. Hay por lo menos una revisión documentada del sistema de gestión de medicamentos, que aborda los elementos a) hasta h) de la intención según sean de aplicación, dentro de los 12 meses anteriores.
5. La farmacia o el servicio farmacéutico y el uso de medicamentos cumplen con la legislación y normativa que les son aplicables.
6. Hay fuentes apropiadas de información sobre medicamentos fácilmente disponibles para las personas involucradas en el uso de medicamentos. (*Ver también* QPS.3)

Estándar MMU.1.1

El hospital desarrolla e implementa un programa para el uso prudente de los antibióticos basado en los principios de la optimización del uso de antimicrobianos. ©

Intención de MMU.1.1

La sobreutilización y el uso inadecuado de los antibióticos han dado lugar al crecimiento de "super-microbios" que son cada vez más resistentes a los antibióticos disponibles. Según los *Centers for Disease Control and Prevention* de Estados Unidos (CDC), las bacterias resistentes causan 23.000 muertes y 2 millones de enfermedades cada año.¹ El *Institute for Healthcare Improvement* comunicó que 25.000 personas mueren cada año en Europa por la resistencia antimicrobiana, y dicha resistencia está creciendo en Oriente medio, África y Asia.²⁻⁴ Hay estimaciones de que más de 700.000 muertes al año en el mundo se deben a la resistencia a los antibióticos.⁵

Además de la resistencia y del crecimiento de super-microbios, a menudo se producen efectos secundarios y/o complicaciones del tratamiento antibiótico, incluyendo la adquisición de *Clostridium difficile*, daño al riñón o al hígado, pérdida de audición, anemia hemolítica y otras complicaciones similares. El uso apropiado de los antibióticos es importante para la prevención de complicaciones innecesarias debidas a un uso inadecuado de los mismos.

Los profesionales sanitarios contribuyen al desarrollo de resistencias antimicrobianas en distintas maneras. **Por ejemplo**, manteniendo los antibióticos cuando ya no hacen falta, utilizando un antibiótico de amplio espectro cuando no se necesita o manteniendo un antibiótico de amplio espectro de manera innecesaria tras haber recibido los resultados de sensibilidad, utilizando el antibiótico equivocado o prescribiendo la dosis errónea, o manteniendo la profilaxis antibiótica más tiempo de lo recomendado.

Con el fin de reducir el desarrollo y la difusión de bacterias resistentes y de producir mejores resultados en los pacientes, los hospitales deben implementar medidas para garantizar un uso óptimo de los antibióticos. (*Ver también* PCI.6 y PCI.6.1) La implementación de un programa de optimización del uso de antibióticos ayudará a los hospitales a alcanzar la meta de proporcionar a los pacientes que necesitan un tratamiento antibiótico: el antibiótico correcto, en el momento correcto, a la dosis correcta y con la duración correcta.⁶

Un programa de optimización del uso de antibióticos puede incluir los siguientes elementos: patrones de seguimiento de prescripción y resistencia antibiótica; información al personal de manera regular sobre la utilización de antibióticos y las resistencias; y educar al personal sobre el uso óptimo de antibióticos. Es imprescindible que el programa cuente con el apoyo de la dirección del hospital, lo que supone el compromiso de la dirección en proporcionar recursos humanos, económicos y basados en la evidencia, y tecnologías de la información para garantizar un programa efectivo. Además de a los profesionales de prevención y control de la infección, en el programa de optimización del uso de los antibióticos participan médicos, enfermeras, farmacéuticos, personal en formación, pacientes, familias y otros.⁷

Un importante elemento para que el programa tenga éxito es realizar un seguimiento de su efectividad. Pueden ser **ejemplos** de identificación de la efectividad la evidencia de un descenso en el uso inadecuado de antibióticos y de organismos multirresistentes, pruebas documentales de que los prescriptores están siguiendo las directrices de práctica aceptadas, y un uso óptimo apropiado de la profilaxis antibiótica. El seguimiento exitoso de la efectividad del programa requiere de un mecanismo de supervisión. La supervisión puede estar a cargo de una persona, un grupo de trabajo pequeño, un comité de coordinación, un equipo especial, o algún otro mecanismo.

Elementos medibles de MMU.1.1

1. El hospital desarrolla e implementa un programa de optimización del uso de antibióticos en el que participan profesionales de prevención y control de la infección, médicos, enfermeras, farmacéuticos, personal en formación, pacientes, familias y otros. (*Ver también* PCI.2, EM 2 y 3)
2. El programa se basa en la evidencia científica, guías de práctica aceptadas y la legislación y normativa local. (*Ver también* QPS.3 y GLD.2, EM 5)
3. El programa incluye directrices para el uso óptimo de la terapia antibiótica para el tratamiento de las infecciones, incluyendo el uso adecuado de la terapia de profilaxis antibiótica. (*Ver también* GLD.11.2)
4. Existe un mecanismo para supervisar el programa de optimización del uso del antibiótico. (*Ver también* MMU.2.1, EM 1)
5. Se monitoriza la efectividad del programa de optimización del uso del antibiótico.

Selección y adquisición

Estándar MMU.2

Los medicamentos que se prescriben o de los que se emiten órdenes están en existencias y existe un proceso para los medicamentos que no están en existencias o no están normalmente disponibles en el hospital o para cuando la farmacia del hospital se encuentra cerrada. ©

Intención de MMU.2

Cada hospital debe decidir qué medicamentos poner a disposición para órdenes y prescripción por parte de los profesionales sanitarios. Esta decisión se basa en la misión del hospital, las necesidades de los pacientes y los tipos de servicios proporcionados. El hospital elabora una lista (que a menudo se conoce como una guía farmacoterapéutica) de todos los medicamentos que tiene en existencias o que están fácilmente disponibles de fuentes externas. En algunos casos, la legislación y la normativa pueden determinar los medicamentos de la lista o la fuente de tales medicamentos. La selección de medicamentos se realiza mediante un proceso colaborativo que tiene en cuenta las necesidades y seguridad del paciente así como los aspectos económicos. Ocasionalmente se producen roturas de stock de medicamentos debido a retrasos en la entrega, escasez nacional u otros motivos que no se prevén mediante un control normal del inventario. Existe un proceso para notificar a los prescriptores dicha escasez y los sustitutos sugeridos.

A veces se necesitan medicamentos que no están en existencias o no están fácilmente disponibles para el hospital. Existe un proceso para aprobar y adquirir tales medicamentos. También hay ocasiones en que se necesitan medicamentos durante la noche o cuando la farmacia está cerrada. Es necesario que cada hospital tenga un plan para este tipo de circunstancias y eduque al personal sobre los procedimientos a seguir en caso de que ocurran.

Elementos medibles de MMU.2

1. Existe una lista de los medicamentos abastecidos en el hospital o que son fácilmente disponibles de fuentes externas.
2. El proceso utilizado para elaborar la lista (a menos que vaya determinada por un reglamento o una autoridad fuera del hospital) incluye la representación de todos los que prescriben y

gestionan medicamentos en el hospital.

3. Existe un proceso para la obtención de medicamentos durante la noche o cuando la farmacia esté cerrada. (*Ver también* MMU.3.2, EM 1)

Estándar MMU.2.1

Existe un método para supervisar la lista de medicamentos del hospital y el uso de los mismos.

Intención de MMU.2.1

El hospital cuenta con un método, tal como la designación de un comité, para mantener y monitorizar la lista de medicamentos, así como para monitorizar el uso de medicamentos en el hospital; **por ejemplo**, monitorizar el uso de antibióticos. Entre las personas que participan en la supervisión de la lista se incluye a profesionales sanitarios implicados en los procesos de prescripción, dispensación, administración y monitorización de los medicamentos. Las decisiones de agregar o retirar medicamentos de la lista se rigen por criterios que incluyen la indicación de uso, efectividad, riesgos y costes.

Existe un proceso o mecanismo para monitorizar la respuesta de los pacientes a medicamentos recién agregados. **Por ejemplo**, cuando se toma la decisión de añadir un nuevo tipo de medicamento o una nueva clase de fármacos a la lista, existe un proceso para recoger, agregar y monitorizar datos relativos a la idoneidad de la indicación, la forma en que se prescribe el fármaco (dosificación o vía, **por ejemplo**), y cualquier evento adverso no anticipado o situaciones asociadas al nuevo fármaco durante el período de introducción. La lista se revisa como mínimo cada año basándose en la información que emerge sobre seguridad y eficacia y la información sobre utilización y eventos adversos.

Elementos medibles de MMU.2.1

- Existe un método para supervisar el uso de los medicamentos en el hospital. (*Ver también* MMU.1, EM 1 y MMU.1.1, EM 4)
 - Los profesionales sanitarios que participan en los procesos de prescripción, dispensación, administración y monitorización del paciente están implicados en la evaluación y el mantenimiento de la lista de medicamentos. (*Ver también* MMU.1, EM 2)
4. Las decisiones de añadir o eliminar medicamentos de la lista se rigen por criterios.
 5. Cuando los medicamentos se han añadido recientemente a la lista, existe un proceso o mecanismo para recoger, agregar y monitorizar datos sobre cómo se utiliza el fármaco y sobre cualquier evento adverso no previsto.
 6. La lista se revisa como mínimo cada año basándose en la información de seguridad y efectividad.

Almacenamiento

Estándar MMU.3

Los medicamentos se almacenan de forma adecuada y segura. ©

Intención de MMU.3

Se pueden almacenar medicamentos dentro de un área de almacenamiento, en una farmacia o un servicio farmacéutico, o bien en las unidades de atención a pacientes en las farmacias de la unidad o en el control de enfermería de la unidad clínica. El estándar MMU.1 proporciona el mecanismo de supervisión para todas las ubicaciones en que se almacenan medicamentos. En todas las ubicaciones donde se almacenen medicamentos, es obvio lo siguiente:

- Los medicamentos se almacenan en condiciones adecuadas para la estabilidad del

producto, incluyendo los medicamentos almacenados en las unidades individuales de atención de los pacientes y en las ambulancias (según sea de aplicación). (*Ver también ACC.6, EM 4*)

- Se da cuenta de manera precisa de las sustancias controladas de acuerdo con la legislación y normativa que sean aplicables.
- Los medicamentos y productos químicos utilizados para preparar medicamentos están etiquetados con información exacta del contenido, fechas de caducidad y advertencias.
- Los electrolitos concentrados no se almacenan en unidades de atención, a menos que sea clínicamente necesario, y cuando se almacenen en dichas unidades existen mecanismos de salvaguardia para evitar una administración accidental (calificado en IPSG.3.1).
- Todas las áreas de almacenamiento de medicamentos, incluidas las áreas de almacenamiento de medicamentos en las unidades de atención a pacientes y en ambulancias (según sea de aplicación), se inspeccionan con regularidad de acuerdo con la política del hospital, con el fin de garantizar que los medicamentos estén almacenados correctamente. (*Ver también ACC.6, EM 4*)
- Los medicamentos están protegidos frente a pérdida o robo en todo el hospital.

Elementos medibles de MMU.3

1. Los medicamentos se almacenan en condiciones adecuadas para la estabilidad del producto, incluyendo los medicamentos almacenados en las unidades individuales de atención de los pacientes y en las ambulancias (según sea de aplicación).
2. Se da cuenta de manera precisa de las sustancias controladas de acuerdo con la legislación y normativa aplicables. (*Ver también MMU.1, EM 5*)
3. Los medicamentos y productos químicos utilizados para preparar medicamentos están etiquetados con información exacta del contenido, fechas de caducidad y advertencias. (*Ver también FMS.5, EM 4*)
4. Todas las áreas de almacenamiento de medicamentos, incluidas las áreas de almacenamiento de medicamentos en las unidades de atención a pacientes y en las ambulancias (según sea de aplicación), se inspeccionan con regularidad, con el fin de garantizar que los medicamentos estén almacenados correctamente.
5. Los medicamentos están protegidos frente a pérdida o robo en todo el hospital. (*Ver también FMS.4.1, EM 3*)

Estándar MMU.3.1

Existe un proceso para la gestión de medicamentos y productos de nutrición que requieren un manejo especial. ©

Intención de MMU.3.1

Existen algunos tipos de medicamentos y productos de nutrición que requieren procesos especiales de etiquetado, almacenamiento y control de uso. **Por ejemplo**, los medicamentos radioactivos suponen un riesgo de seguridad, los medicamentos que trae el paciente suponen un reto de cara a la identificación y almacenaje, y existen potenciales oportunidades de abuso o uso indebido con los medicamentos de muestra y los medicamentos de emergencia). Ciertos productos de nutrición, como la leche materna, pueden presentar retos para su adecuado etiquetado y almacenaje.

La documentación escrita del medicamento o del producto de nutrición incluye:

- a) el acuse de recibo;
- b) la identificación;
- c) el etiquetado;
- d) el almacenamiento; y
- e) el control y la distribución. (*Ver también FMS.4.1*)

Elementos medibles de MMU.3.1

1. El hospital establece e implementa un proceso que incluye los elementos a) hasta e) de la intención, para los productos de nutrición.
 2. El hospital establece e implementa un proceso que incluye los elementos a) hasta e) de la intención, para los medicamentos radioactivos, con fines de investigación y similares. (*Ver también* FMS.5, EM 2 y 4)
 3. El hospital establece e implementa un proceso que incluye los elementos a) hasta e) de la intención, para los medicamentos de muestra. (*Ver también* MMU.6.2, EM 3)
 4. El hospital establece e implementa un proceso que incluye los elementos a) hasta e) de la intención, para los medicamentos que trae el paciente. (*Ver también* MMU.6.2, EM 2)
-

Estándar MMU.3.2

Los medicamentos de emergencia se encuentran disponibles, almacenados de manera uniforme, monitorizados y seguros cuando se almacenan fuera de la farmacia. ©

Intención de MMU.3.2

Cuando ocurren emergencias de los pacientes, es crítico tener un acceso rápido a medicamentos de emergencia apropiados. Cada hospital planifica la ubicación de los medicamentos de emergencia y los medicamentos que se deben suministrar en esos lugares. **Por ejemplo**, en los quirófanos se encuentran agentes para revertir la anestesia. Para ello pueden utilizarse armarios de emergencia, carros, bolsas o cajas. Los medicamentos de emergencia se almacenan de manera uniforme para facilitar el acceso rápido al medicamento adecuado. **Por ejemplo**, en todos los carros de parada del hospital, los medicamentos de emergencia están en el mismo cajón y los medicamentos se colocan de la misma manera en el cajón de cada carro. Esto es especialmente importante para el personal que puede necesitar acceder a una medicación de emergencia de un carro que no suelen utilizar. El almacenamiento de los medicamentos de los carros de emergencia pediátrica es distinto que el de los carros para adultos; no obstante, los medicamentos se almacenan de manera uniforme en cada tipo de carro.

Para garantizar el acceso a medicamentos de emergencia cuando se necesiten, el hospital establece un procedimiento o proceso para evitar el abuso, robo o pérdida de los medicamentos. El proceso garantiza que se reemplacen los medicamentos cuando se hayan utilizado, estropeado o estén caducados. El hospital comprende el equilibrio entre acceso fácil y protección para las ubicaciones en donde se almacenan los medicamentos de emergencia. **Por ejemplo**, si el acceso a los medicamentos de emergencia requiere que sea una persona(s) concreta de la unidad quien pueda abrir el carro, y esta persona(s) no está disponible, los medicamentos pueden que estén protegidos, pero no están accesibles. (*Ver también* FMS.4.1)

Elementos medibles de MMU.3.2

1. Los medicamentos de emergencia se encuentran disponibles en las unidades donde se necesitarán o son fácilmente accesibles dentro del hospital para satisfacer las necesidades de emergencia. (*Ver también* MMU.2, EM 3)
 2. El hospital establece e implementa un proceso sobre la forma en que los medicamentos de emergencia se almacenan de manera uniforme, se mantienen y se protegen frente a pérdida o robo.
 3. Los medicamentos de emergencia se monitorizan y reemplazan de manera oportuna después de su uso o cuando caducan o están estropeados.
-

Estándar MMU.3.3

El hospital cuenta con un sistema de retirada de medicamentos. ©

Intención de MMU.3.3

El hospital tiene un proceso para identificar, recuperar y devolver o destruir de manera segura y correcta los medicamentos que retire el fabricante o proveedor. Existe una política o procedimiento que aborda cualquier uso o destrucción de medicamentos que se sabe que están caducados u obsoletos. Un medicamento caducado es aquel que ha pasado la fecha de caducidad que figura en el envase original del fabricante. Una medicación obsoleta es aquella que está abierta y se mantiene segura y efectiva para su utilización durante un periodo de tiempo corto tras ser abierta (vida útil). Estos medicamentos obsoletos deberían marcarse con una fecha de caducidad basada en cuándo se abrieron para que el personal conozca la fecha final de utilización.

Elementos medibles de MMU.3.3

1. Existe un sistema de recuperación de medicamentos implantado.
2. El hospital establece e implementa un proceso para el uso de medicamentos caducados no abiertos y medicamentos obsoletos.
3. El hospital establece e implementa un proceso para la destrucción de medicamentos de los que se conoce que están caducados u obsoletos.

Órdenes y transcripción

Estándar MMU.4

La prescripción, la emisión de órdenes y la transcripción se guían por políticas y procedimientos. ©

Intención de MMU.4

La prescripción, la emisión de órdenes y la transcripción seguras se rigen por políticas y procedimientos del hospital. El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo colabora para desarrollar y monitorizar las políticas y los procedimientos. Al personal correspondiente se lo capacita en prácticas correctas de prescripción, emisión de órdenes y transcripción. Puesto que las prescripciones o las órdenes de medicamentos que sean ilegibles ponen en riesgo la seguridad de los pacientes y pueden retrasar los tratamientos, el hospital establece acciones para reducir los problemas de legibilidad. En la historia clínica del paciente se incluye un listado de todos los medicamentos en vigor y está a disposición de la farmacia, de las enfermeras y de los médicos. El hospital establece un proceso para comparar la lista de medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso con las órdenes iniciales.

Elementos medibles de MMU.4

1. El hospital establece e implementa un proceso para la prescripción, emisión de órdenes y transcripción seguras de medicamentos en el hospital. (*Ver también* IPSP.2 y COP.2.2)
2. El hospital establece e implementa un proceso para gestionar las prescripciones y órdenes ilegibles, incluyendo medidas para evitar que siga ocurriendo. (*Ver también* MOI.12, EM 3)
3. Al personal se lo capacita en procesos correctos de prescripción, emisión de órdenes y transcripción.
4. Las historias clínicas de los pacientes contienen una lista de los medicamentos que se tomaban antes del ingreso o del registro como paciente ambulatorio, y esta información se pone a disposición de los profesionales sanitarios del paciente y de la farmacia según se necesite. (*Ver también* ACC.3, EM 2 y 3)
5. Las órdenes iniciales de medicación se comparan con la lista de medicamentos que se tomaban antes de la admisión, de acuerdo con el proceso establecido por el hospital. (*Ver también* AOP.1, EM 4 y AOP.1.1, EM 1)

Estándar MMU.4.1

El hospital define los elementos de una orden o prescripción completa. ©

Intención de MMU.4.1

Para reducir la variación y mejorar la seguridad del paciente, el hospital define los elementos requeridos de una orden o prescripción completa. Los elementos que se abordan incluyen, como mínimo, lo siguiente, cuando sea de aplicación para la orden:

- a) Los datos necesarios para identificar de forma precisa al paciente.⁸ (*Ver también* IPSPG.1)
- b) Los elementos esenciales de todas las órdenes o prescripciones.
- c) Cuándo son aceptables o necesarios los nombres genéricos o de marca.
- d) Si y cuándo se requieren indicaciones de uso en las órdenes de medicación, incluyendo las órdenes PRN (pro re nata o “según sea necesario”).
- e) Los tipos de órdenes que se basan en el peso o se ajustan de otra manera, tales como las órdenes para niños, ancianos frágiles y otras poblaciones similares.
- f) Ritmo de administración cuando la orden es de infusiones intravenosas.
- g) Otras órdenes especiales como las que incluyen titulación, rango o reducción gradual del tratamiento.

Existen procesos implantados para gestionar

- las órdenes de medicamentos que estén incompletas, sean ilegibles o no estén claras;
- las precauciones cuando se emitan órdenes de medicamentos con isoapariencia con nombres similares (*Ver también* IPSPG.3);
- tipos especiales de órdenes, tales como de emergencia, permanentes o de parada automática, así como cualquier elemento específico para tales órdenes; y
- órdenes verbales, telefónicas o por mensaje de texto de medicamentos y el proceso para verificar tales órdenes (calificado en IPSPG.2, EM 1 y 2).

En consecuencia, este estándar fija expectativas para órdenes de medicamentos al nivel de todo el hospital. Los procesos se reflejan en órdenes completas introducidas en la historia clínica del paciente, la farmacia o unidad de dispensación que recibe la información necesaria para la dispensación, así como la administración del medicamento según una orden completa. (*Ver también* COP.2.2 y MOI.9)

Elementos medibles de MMU.4.1

1. Los elementos requeridos para una orden o prescripción completa de medicamentos incluyen por lo menos los elementos a) hasta g) identificados en la intención según sean de aplicación a la orden.
2. El hospital desarrolla e implementa un proceso para gestionar las órdenes de medicación que estén incompletas, sean ilegibles o no estén claras. (*Ver también* MOI.12, EM 3)
3. El hospital desarrolla e implementa un proceso para gestionar tipos especiales de órdenes, como las de emergencia, permanentes o de parada automática, así como todos los elementos específicos de tales órdenes. (*Ver también* COP.2.2)
4. El hospital desarrolla e implementa un proceso para monitorizar la integridad y exactitud de las órdenes y prescripciones de medicamentos.

Estándar MMU.4.2

El hospital identifica a aquellos profesionales cualificados a quienes se les permite prescribir u ordenar medicamentos.

Intención de MMU.4.2

La selección de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento y experiencia específicos. Cada hospital es responsable de identificar a las personas que poseen el conocimiento y la experiencia requeridos y a quienes una autorización, certificación, legislación o normativa les permite prescribir u ordenar medicamentos. Un hospital puede poner límites a la prescripción o emisión de órdenes por parte de una persona, como en el caso de las sustancias controladas, los agentes de quimioterapia o los medicamentos radioactivos o de investigación. El servicio de

farmacia u otros servicios que dispensen medicamentos conocen a las personas autorizadas para prescribir y ordenar medicamentos. El hospital identifica a aquellas otras personas a quienes se les permite prescribir o emitir órdenes de medicamentos en situaciones de emergencia. (*Ver también* COP.2.2, SQE.10 y MOI.11)

Elementos medibles de MMU.4.2

1. Solo prescriben u ordenan medicamentos las personas autorizadas por el hospital y por la legislación, normativa o permiso pertinentes. (*Ver también* COP.2.2, EM 4 y MOI.11, EM 2)
2. El hospital establece e implementa un proceso para poner límites, cuando sea apropiado, a la práctica de las personas sobre prescripción o emisión de órdenes. (*Ver también* SQE.12, EM 1)
3. El servicio de farmacia u otros que dispensen medicamentos conocen a las personas autorizadas para prescribir y ordenar medicamentos. (*Ver también* SQE.10, EM 3)

Estándar MMU.4.3

Los medicamentos prescritos y administrados se anotan en la historia clínica del paciente.

Intención de MMU.4.3

La historia clínica de cada paciente que recibe medicamentos contiene una lista de los medicamentos prescritos u ordenados para el paciente y la dosificación y las horas en que se administró el medicamento. Se incluyen los medicamentos administrados “según sea necesario”. Si esta información se registra por separado en un formulario de medicamento, el formulario se introduce en la historia clínica del paciente en el momento del alta o del traslado.

Elementos medibles de MMU.4.3

1. Los medicamentos prescritos u ordenados se registran para cada paciente. (*Ver también* COP.2.3, EM 1)
2. La administración de medicamentos se registra para cada dosis.
3. La información sobre los medicamentos se guarda en la historia clínica del paciente o se introduce en la misma en el momento del alta o del traslado. (*Ver también* COP.2.2, EM 5)

Preparación y dispensación

Estándar MMU.5

Los medicamentos se preparan y dispensan en un entorno seguro y limpio.

Intención de MMU.5

La farmacia o el servicio farmacéutico y otros con la capacitación y experiencia adecuadas preparan y dispensan los medicamentos en un entorno limpio y seguro que cumpla con la legislación, la normativa y los estándares de práctica profesional. El hospital identifica los estándares de práctica para un entorno de preparación y dispensación limpio y seguro.⁹⁻¹¹ Por ejemplo, los estándares de práctica pueden incluir cómo deben limpiarse las áreas de preparación y cuándo debería ponerse mascarilla o se debería utilizar una cabina de flujo laminar en la preparación de un medicamento. Los medicamentos almacenados y dispensados en áreas fuera de la farmacia (**por ejemplo**, unidades de atención a pacientes) cumplen las mismas medidas de seguridad y limpieza. El personal que prepara los productos estériles compuestos (tales como inyecciones intravenosas y epidurales) o prepara medicación utilizando viales multidosis, está formado en los principios de la preparación de medicamentos y en técnica aséptica. De manera similar, las cabinas de flujo laminar se encuentran disponibles y se usan cuando lo indiquen las prácticas profesionales (**por ejemplo**, con medicamentos citotóxicos).

Elementos medibles de MMU.5

1. Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas limpias, despejadas, seguras y funcionalmente separadas con equipamiento médico y suministros apropiados. (*Ver también* PCI.5, EM 3 y 4)
2. La preparación y dispensación de medicamentos cumple la legislación, la normativa y los estándares de práctica profesionales. (*Ver también* MMU.1, EM 5)
3. El personal que prepara productos estériles o medicación utilizando viales multidosis está formado en los principios de la preparación de medicamentos y en técnicas de asepsia. (*Ver también* MMU.5, EM 3 y 4)

Estándar MMU.5.1

Las prescripciones u órdenes de medicamentos se revisan en cuanto a su idoneidad. ©

Intención de MMU.5.1

Una buena gestión del medicamento incluye dos revisiones de cada prescripción u orden:

- La idoneidad del medicamento para el paciente y sus necesidades clínicas, que se realiza cuando el medicamento se prescribe u ordena.
- La verificación en el momento de la administración de que el medicamento es exactamente lo que se ordenó o prescribió (*ver* MMU.6.1, EM 1)

La primera revisión se realiza por parte de alguien distinto al profesional prescriptor, como un farmacéutico autorizado, u otro profesional autorizado, como una enfermera o un médico, competente en los conocimientos necesarios para realizar una revisión de idoneidad completa. Cada prescripción u orden que se realice por primera vez se revisa en cuanto a su idoneidad, lo que incluye los elementos a) hasta g) indicados más adelante. Se debe realizar una nueva revisión de la idoneidad cuando cambien la dosificación u algún otro factor de idoneidad de los indicados más adelante; **por ejemplo**, cuando se recetan nuevos medicamentos y la duplicidad terapéutica puede representar un problema. El hospital define qué información específica del paciente se necesita para la revisión de idoneidad de la orden o de la prescripción.

La revisión de idoneidad la llevan a cabo aquellas personas competentes para realizarla en virtud de su educación y capacitación en el proceso de revisión, como se especifica vía privilegios en el caso de profesionales independientes y de competencia demostrada para las enfermeras u otros profesionales. Esta persona puede ser el farmacéutico durante el horario de funcionamiento de la farmacia. El proceso de realización de una revisión de idoneidad (la primera revisión) de una orden o prescripción antes de la dispensación incluye la evaluación, por parte de un profesional capacitado, de

- a) la idoneidad del fármaco, dosis, frecuencia y vía de administración;
- b) la duplicidad terapéutica;
- c) las alergias o sensibilidades reales o potenciales;
- d) las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos;
- e) la variación de los criterios del hospital para su uso;
- f) el peso del paciente y otra información fisiológica; y
- g) otras contraindicaciones.

Las revisiones de idoneidad deben realizarse aun cuando las circunstancias no sean las ideales. **Por ejemplo**, si la farmacia central o la farmacia de una unidad no se encuentra abierta, y el fármaco se dispensará de las existencias en la unidad de enfermería, la revisión de idoneidad puede realizarse conjuntamente con la revisión previa a la administración (de verificación), cuando la misma persona que prescribe va a administrar el medicamento y monitorizar al paciente.

Cuando la persona que prescribe no está disponible para administrar la medicación y monitorizar al paciente, los elementos cruciales de la revisión de idoneidad pueden llevarse a cabo por otras personas capacitadas para administrar la primera dosis de medicación. El proceso completo de revisión de la idoneidad deberá realizarse por parte de un farmacéutico u otro profesional autorizado, como una enfermera o un médico, competente en el conocimiento necesario para una revisión de idoneidad completa antes de la administración de las dosis posteriores. Los elementos

cruciales de una revisión de idoneidad son al menos los siguientes:

- h) alergias
- i) interacciones letales medicamento/medicamento
- j) dosis calculada según el peso
- k) organo toxicidad potencial (**por ejemplo**, administración de diuréticos bajos en potasio en pacientes con fallo renal)

La revisión de los elementos cruciales puede ser realizada por otras personas autorizadas y capacitadas durante las horas en las que la farmacia no está disponible. Estas personas poseen una capacitación documentada para revisar los elementos cruciales de la revisión de idoneidad y se apoyarán en materiales de referencia, programas de ordenador y otros recursos. Por tanto, cuando un médico emita la orden de un nuevo medicamento para un paciente durante la noche, la persona capacitada anotará y leerá en voz alta la orden y después realizará una revisión de idoneidad de los elementos cruciales. En las 24 horas siguientes deberá realizarse una segunda revisión por parte de un farmacéutico u otro profesional autorizado, como una enfermera o un médico competentes en el conocimiento requerido para realizar una revisión de idoneidad completa.

Es posible que existan circunstancias en que la revisión completa de idoneidad no resulte práctica, como en una emergencia o cuando el médico que emite la orden está presente para ordenar, administrar y monitorizar al paciente (**por ejemplo**, el quirófano o el servicio de urgencia) o con medio de contraste oral, rectal o inyectable en radiología intervencionista o diagnóstico por imagen, donde el medicamento forma parte del procedimiento.

Para facilitar la revisión, existe un registro (perfil) para todos los medicamentos administrados a un paciente, salvo medicamentos de emergencia y los que se administran como parte de un procedimiento. Este registro puede mantenerse en la farmacia y/o permanecer en línea para su revisión cuando la farmacia está cerrada. Esta información es esencial para la revisión de idoneidad.

Cuando se utilizan programas informáticos para realizar una revisión cruzada de interacciones de un fármaco con otro y de alergias a los fármacos, los programas están vigentes y actualizados de acuerdo con las recomendaciones del fabricante. Además, cuando se usan materiales impresos, se utilizan las versiones más actuales de los mismos.

Elementos medibles de MMU.5.1

1. El hospital define la información específica del paciente necesaria para un proceso de revisión eficaz, y la fuente o disponibilidad de esta información se encuentra siempre a mano cuando la farmacia está abierta o cerrada.
2. Aparte de las excepciones identificadas en la intención, la idoneidad de cada orden o prescripción es revisada por un profesional autorizado, competente en los conocimientos necesarios para realizar una revisión de idoneidad completa, antes de la dispensación y administración, e incluye los elementos a) hasta g) de la intención.
3. A las personas a quienes se les permite realizar la revisión de idoneidad se les considera competentes para hacerlo y se les proporcionan recursos de apoyo al proceso de revisión. (*Ver también* SQE.14, EM 1)
4. Cuando el profesional autorizado designado no está disponible para realizar la revisión de idoneidad completa, una persona capacitada lleva a cabo una revisión de los elementos cruciales h) a k) de la intención para administrar la primera dosis, y el profesional autorizado designado realiza una revisión de idoneidad completa dentro de un periodo de 24 horas. (*Ver también* SQE.5 EM 4; SQE.10, EM 3; SQE.14, EM 1; y SQE.16, EM 1)
5. La revisión se facilita por medio de un registro (perfil) para todos los pacientes que reciben medicamentos, y este registro se encuentra disponible en todo momento cuando la farmacia está abierta o cerrada. (*Ver también* ACC.3, EM 3 y 4)
6. Cuando se utilizan programas informáticos y materiales de referencia impresos para realizar revisiones cruzadas de las posibles interacciones entre fármacos y de alergias, están vigentes y actualizados. (*Ver también* QPS.3)

Estándar MMU.5.2

Se usa un sistema para dispensar medicamentos de manera segura en la dosis correcta, al paciente correcto, en el momento correcto.

Intención de MMU.5.2

El uso de medicamentos se ha hecho cada vez más complejo, y los errores de medicación suponen una gran causa de daño evitable al paciente. Un sistema uniforme de dispensación y distribución de los medicamentos puede contribuir a reducir el riesgo de errores de medicación. El hospital dispensa medicamentos en la forma más cercana posible al "listos para administrar", con el fin de minimizar las oportunidades de error durante la distribución y la administración. La cuestión del "listo para administrar" se convierte en crucial durante las situaciones de emergencia en las que la administración inmediata del fármaco puede salvar la vida. **Por ejemplo**, durante la resucitación. La farmacia central y otros puntos de distribución de medicamentos del hospital usan el mismo sistema. El sistema favorece la dispensación precisa y a tiempo de los medicamentos.

Cuando quien prepara los medicamentos es alguien distinto de la persona que los va a administrar, aumenta el riesgo de que se produzca un error de medicación. Por tanto, cuando se retira un medicamento de su recipiente original o se prepara y dispensa en un formato/envase diferente -y no se administra de inmediato- el medicamento debe etiquetarse con su nombre, la dosis/concentración, la fecha de la preparación, la fecha de caducidad y dos identificadores del paciente. Cuando los medicamentos se preparan para su utilización durante un procedimiento quirúrgico en el quirófano y los restos no usados se eliminan de inmediato tras dicho procedimiento, puede prescindirse del nombre del paciente y de la fecha de caducidad.

Elementos medibles de MMU.5.2

1. Existe un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos en el hospital que cumple con la legislación y normativa local y regional. (*Ver también* GLD.2, EM 5)
2. Se dispensan los medicamentos de la manera más "lista para administrar" posible. (*Ver también* IPSG.3.1, EM 2 y MMU.6.1)
3. El sistema favorece la dispensación precisa y a tiempo y que se registren por escrito las prácticas de dispensación.
4. Después de la preparación, los medicamentos que no se administren de inmediato se etiquetan con el nombre del medicamento, la dosis/concentración, la fecha de preparación, la fecha de caducidad y dos identificadores del paciente. (*Ver también* IPSG.1, EM 2)

Administración

Estándar MMU.6

El hospital identifica a las personas cualificadas que están autorizadas para administrar medicamentos.

Intención de MMU.6

La administración de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento y experiencia específicos. Cada hospital es responsable de identificar a aquellas personas con el conocimiento y la experiencia requeridos y a quienes también por una autorización o certificación, legislación o normativa, se les permite administrar medicamentos. Un hospital puede poner límites a la administración de determinados medicamentos por parte de una persona, como en el caso de sustancias controladas o medicamentos radioactivos y de investigación. En situaciones de emergencia, el hospital identifica a otras personas a quienes se les permita administrar medicamentos. (*Ver también* SQE.10)

Elementos medibles de MMU.6

1. El hospital identifica a las personas que están autorizadas para administrar medicamentos por medio de la descripción del puesto de trabajo o del proceso de asignación de privilegios. (*Ver también* SQE.3, EM 1 y SQE.10, EM 3)
2. Solo administran medicamentos aquellas personas autorizadas por el hospital o por la legislación, normativa o autorización pertinente. (*Ver también* SQE.10, EM 3; SQE.14, EM 1; y SQE.16, EM 1)
3. Existe un proceso para poner límites, cuando se considere apropiado, a la administración de medicamentos por parte de ciertas personas. (*Ver también* SQE.12, EM 3; SQE.14, EM 2; y SQE.16, EM 2)

Estándar MMU.6.1

La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que el medicamento es el correcto basándose en la prescripción u orden de medicamentos.

Intención de MMU.6.1

La administración segura de medicamentos incluye la verificación de

- a) el medicamento con la prescripción o la orden (*Ver también* MMU.5.1);
- b) la hora y frecuencia de administración con la prescripción o la orden;
- c) la dosificación con la prescripción o la orden;
- d) la vía de administración con la prescripción o la orden; y
- e) la identidad del paciente (calificado en IPSG.1, EM 2).

El hospital define el proceso de verificación a utilizarse en la administración de medicamentos. Cuando el medicamento se prepara y se dispensa en la unidad de atención a pacientes, entonces el proceso de revisión de idoneidad descrito en MMU.5.1 también debe realizarlo una persona cualificada. (*Ver también* MMU.5.2, EM 2)

Elementos medibles de MMU.6.1

1. Los medicamentos se verifican con la prescripción o la orden. (*Ver también* MMU.5.1)
2. La dosificación del medicamento se verifica con la prescripción o la orden.
3. La vía de administración se verifica con la prescripción o la orden.
4. Se informa a los pacientes de los medicamentos que van a recibir y tienen la oportunidad de hacer preguntas. (*Ver también* PFR.2, EM 1 y 2)
5. Los medicamentos se administran en el momento oportuno.
6. Los medicamentos se administran según se han prescrito y se anotan en la historia clínica del paciente. (*Ver también* COP.2.3, EM 1)

Estándar MMU.6.2

Hay políticas y procedimientos que rigen los medicamentos que se llevan al hospital para que el paciente mismo se los administre o en calidad de muestras. ⑥

Intención de MMU.6.2

La supervisión del uso de medicamentos en un hospital requiere entender la procedencia y los usos de los medicamentos que no se dispensan en la farmacia del hospital, tales como los medicamentos que traen el paciente o los familiares, o las muestras de medicamentos. El médico del paciente sabe qué medicamentos traen al hospital el paciente o sus familiares y se anotan en la historia clínica del paciente. El médico del paciente sabe si se produce una autoadministración de medicamentos -ya sea los que se traigan al hospital o los que se prescriban u ordenen dentro del hospital- y se anota en la historia clínica del paciente. En el caso de las muestras de medicamentos, el hospital controla su disponibilidad y

cuenta con un proceso sobre cómo se manejan, se usan y para que quede recogido por escrito.

Elementos medibles de MMU.6.2

1. El hospital establece e implementa un proceso para regular la autoadministración de medicamentos por parte del paciente.
2. El hospital establece e implementa un proceso para regular el manejo, el uso y el registro de cualquier medicamento que se traiga al hospital para o por el paciente. (*Ver también* MMU.3.1, EM 4)
3. El hospital establece e implementa un proceso para regular la disponibilidad, el manejo, el uso y el registro de las muestras de medicamentos. (*Ver también* MMU.3.1, EM 3)

Monitorización

Estándar MMU.7

Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes. ③

Intención de MMU.7

Los pacientes, sus médicos, las enfermeras y otros profesionales sanitarios trabajan conjuntamente para monitorizar a los pacientes con medicación. Los objetivos de la monitorización son evaluar el efecto del medicamento sobre los síntomas o enfermedad del paciente, además del recuento sanguíneo, la función renal, la función hepática y otra monitorización con medicamentos escogidos, así como evaluar los posibles efectos adversos. De acuerdo con la monitorización, la dosificación o el tipo de medicamento se puede ajustar cuando sea necesario. Es apropiado monitorizar estrechamente la respuesta del paciente a la/s primera/s dosis de un medicamento nuevo para él. Tal monitorización pretende identificar la respuesta terapéutica prevista, así como las respuestas alérgicas, las interacciones no previstas de un fármaco con otro, o un cambio en el equilibrio del paciente que incremente el riesgo de caídas, entre otros.

La monitorización de los efectos de los medicamentos incluye la observación y el registro de cualquier efecto adverso. El hospital cuenta con una política que identifica todos los efectos adversos que se registran y los que se deben comunicar. El hospital establece un mecanismo para comunicar efectos adversos cuando se estime necesario y el plazo para hacerlo.

Elementos medibles de MMU.7

1. Se monitorizan los efectos de los medicamentos en los pacientes. (*Ver también* AOP.2, EM 1)
2. Se monitorizan y registran los efectos adversos de los medicamentos en los pacientes.
3. El hospital tiene un proceso para registrar, en la historia clínica del paciente, los efectos adversos relacionados con el uso de medicamentos y para comunicar los efectos adversos al hospital. (*Ver también* QPS.8)
4. Los efectos adversos se registran en la historia clínica del paciente según se indica.
5. Los efectos adversos se comunican en el plazo requerido según se indica en el proceso.

Estándar MMU.7.1

El hospital establece e implementa un proceso para notificar y actuar ante errores de medicación e incidentes de seguridad que no llegaron al paciente (*near misses*). ③

Intención de MMU.7.1

El hospital cuenta con un proceso para identificar y comunicar errores de medicación e incidentes de seguridad sin daño. El proceso incluye definir *error de medicación* e *incidente de seguridad que no llegó al paciente* (*near miss*), emplear un formato estandarizado para la notificación, así como educar al personal en el proceso y en la importancia de notificar. Las definiciones y procesos se elaboran mediante un proceso


colaborativ en el que participan todos los implicados en los diferentes pasos de la gestión del medicamento. El proceso de notificación forma parte del programa de calidad y seguridad del paciente del hospital. Las notificaciones las reciben una o más personas que son las responsables de emprender acciones. El programa se centra en evitar los errores de medicación mediante la comprensión de los tipos de errores que ocurren en el hospital y en otras organizaciones, y de por qué se producen incidentes de seguridad sin daño. (*Ver también* IPSTG.3) Para prevenir errores en el futuro se realizan mejoras en los procesos de medicación y formación del personal. La farmacia participa en dicha formación del personal.

Elementos medibles de MMU.7.1

1. El hospital establece una definición de error de medicación y de incidente de seguridad sin daño. (*Ver también* QPS.9, EM 1)
2. El hospital establece e implementa un proceso para notificar y actuar sobre los errores de medicación y los incidentes de seguridad sin daño. (*Ver también* QPS.8 y QPS.9, EM 2)
3. Se identifica a las personas responsables de actuar ante las notificaciones.
4. El hospital utiliza la información de las notificaciones de errores de medicación y de incidentes de seguridad sin daño para mejorar los procesos del uso de medicamentos. (*Ver también* QPS.9, EM 4)

Referencias

1. US Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic Resistance Threats in the United States, 2013. (Updated: Jul 17, 2015.) Accessed Sep 8, 2016. <http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/>.
2. Habibzadeh F. Use and misuse of antibiotics in the Middle East. *Lancet*. 2013 Nov;382:1. Accessed Sep 8, 2016. http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/global-health/middle-east/Nov13_MiddleEastEd.pdf?elsca1=220713&elsca2=MIDDLEEADTED&elsca3=segment.
3. Ndiokubwayo JB, et al. WHO, Regional Office for Africa. Antimicrobial resistance in the African Region: Issues, challenges and actions proposed. *African Health Monitor*. 2013 Mar. Accessed Sep 8, 2016. <https://www.who.int/en/ahm/issue/16/reports/antimicrobial-resistance-african-region-issues-challenges-and-actions-proposed>.
4. World Health Organization. Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance. Annual Report 2014. 2015. Accessed Sep 8, 2016. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/diseaseprevention/antimicrobial-resistance/publications/2015/central-asian-and-eastern-european-surveillance-of-antimicrobial-resistance.-annual-report-2014>.
5. Review on Antimicrobial Resistance. Antimicrobial Resistance: Tackling a Crisis for the Health and Wealth of Nations. 2014. Accessed Sep 8, 2016. https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf.
6. National Quality Forum. National Quality Partners Playbook: Antibiotic Stewardship in Acute Care. A Practical Playbook. May 2016. Accessed Nov 11, 2016. http://www.qualityforum.org/Publications/2016/05/National_Quality_Partners_Playbook_Antibiotic_Stewardship_in_Acute_Care.aspx.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Programs. 2016. Accessed Nov 11, 2016. <http://www.cdc.gov/getsmart/healthcare/implementation/core-elements.html>.
8. The Joint Commission. Temporary names put newborns at risk. *Quick Safety*. 2015 Oct;17:1-2.
9. Dolan S, et al. APIC position paper: Safe injection, infusion, and medication vial practices in health care. *Am J Infect Control*. Epub 2016 May 13.
10. Institute for Safe Medication Practices. ISMP Guidelines for Safe Preparation of Compounded Sterile Preparations. 2013. (Revised: 2016.) Accessed Nov 11, 2016. <http://www.ismp.org/Tools/guidelines/IVSummit/IVCGuidelines.pdf>.
11. The Joint Commission. Preventing infection from the misuse of vials. *Sentinel Event Alert*. 2014 Jun;52:1-6. Accessed Nov 13, 2016. https://www.jointcommission.org/sea_issue_52/.
12. Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Network. Patient Safety Primer: Medication Errors. (Updated: Mar 15, 2016.). Accessed Nov 13, 2016. <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=23>.



Educación de los pacientes y las familias (PFE)

Panorama general

La educación del paciente y su familia contribuye a que los pacientes entiendan mejor, participen y tomen decisiones bien informadas sobre su atención. Muchos miembros distintos del personal de la organización colaboran en el proceso de educar a los pacientes y las familias. La educación se produce cuando el paciente interactúa con su profesional sanitario en el equipo multidisciplinar. La educación del paciente empieza cuando el paciente entra en las instalaciones sanitarias y continúa durante todo el proceso de hospitalización, a menudo hasta después del alta. Los médicos y las enfermeras pueden iniciar el proceso, mientras que otros imparten educación cuando proporcionan servicios específicos, como rehabilitación o terapia de nutrición, o preparan al paciente para el alta y la continuidad de cuidados. Porque son muchos los miembros del personal que educan a pacientes y familiares, es importante que coordinen sus actividades y se centren en lo que los pacientes necesitan aprender. Es fundamental que se comparta esta información entre el equipo multidisciplinar para que cada miembro de este sea consciente de qué educación se ha proporcionado, qué educación necesita un refuerzo continuo y qué educación debe todavía darse.

La educación efectiva comienza, por tanto, con una evaluación de las necesidades educativas del paciente y la familia. Esta evaluación determina no solo lo que la unidad paciente/familia necesita aprender, sino la mejor manera de generar el aprendizaje. El aprendizaje es más efectivo cuando se ocupa de las preferencias de aprendizaje, los valores religiosos y culturales y las habilidades de lecto-escritura de la persona. Al aprendizaje también le afecta el momento del proceso de atención en que se produce.

La educación incluye el conocimiento que necesita el equipo multidisciplinar durante el proceso de atención y que transfiere al paciente, pero también el conocimiento que se necesita cuando el paciente es dado de alta a casa o a otro dispositivo de atención. Por tanto, la educación puede incluir información sobre los recursos comunitarios para la posterior atención y seguimiento necesarios y sobre cómo acceder a los servicios de emergencia si se necesitan. La educación efectiva del paciente y su familia necesita estar disponible en varios formatos para cubrir las necesidades educativas de la población de pacientes.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

PFE.1 El hospital proporciona una educación que favorece la participación del paciente y su familia en las decisiones y en los procesos de atención.

PFE.2 Las necesidades educativas de cada paciente se evalúan y registran en su historia clínica.

PFE.2.1 Se evalúa la capacidad del paciente y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje.

PFE.3 Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de su familia, y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para que se produzca el aprendizaje.

PFE.4 Los profesionales sanitarios que brindan atención al paciente colaboran para proporcionar educación.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Estándar PFE.1

El hospital proporciona una educación que favorece la participación del paciente y su familia en las decisiones y en los procesos de atención.

Intención de PFE.1

Los hospitales educan a pacientes y las familias para que cuenten con el conocimiento y las destrezas para participar en los procesos y en las decisiones de atención al paciente. (*Ver también* PFR.2) Cada hospital inserta la educación en los procesos de atención en función de su misión, los servicios proporcionados y la población de pacientes atendidos. La educación se planifica para garantizar que a cada paciente se le ofrezca la educación que necesita. El hospital elige la forma en que organiza sus recursos educativos de manera eficiente y eficaz. De este modo, el hospital puede optar por nombrar a un coordinador de educación o a un comité de educación, crear un servicio de educación o simplemente trabajar con todo el personal para proporcionar educación de manera coordinada.

Elementos medibles de PFE.1

1. El hospital planifica la educación de manera congruente con su misión, sus servicios y su población de pacientes. (*Ver también* ACC.4.1)
2. Existe una estructura o mecanismo establecidos para la educación en todo el hospital.
3. La estructura y los recursos educativos se organizan de manera efectiva.

Estándar PFE.2

Las necesidades educativas de cada paciente se evalúan y registran en su historia clínica.

Intención de PFE.2

La educación se centra en el conocimiento específico y las destrezas que necesitarán el paciente y su familia para tomar decisiones sobre la atención, participar en la misma y continuarla en casa. Esto contrasta con el flujo general de información entre el personal y el paciente, que es de tipo informativo, pero no de índole educativa.

Para comprender las necesidades educativas de cada paciente y su familia, existe un proceso de evaluación que identifica los tipos de cirugías, otros procedimientos invasivos y tratamientos planificados, las necesidades de enfermería que van ligadas y las necesidades de atención continuada después del alta. Esta evaluación permite que las personas encargadas del cuidado del paciente planifiquen e impartan la educación que se necesite.

El personal del hospital proporciona educación a los pacientes y sus familias para respaldar las decisiones durante el proceso de atención. (*Ver también* PFR.2) La educación proporcionada como parte del proceso de obtención del consentimiento informado para un tratamiento (**por ejemplo**, para cirugía y anestesia) se registra en la historia clínica del paciente. (*Ver también* PFR.5.3, EM 1) Además, cuando un paciente o familiar participa directamente en los cuidados (**por ejemplo**, cambiando vendajes, alimentando al paciente, administrando medicamentos y tratamientos), necesitan recibir educación al respecto.

Una vez identificadas las necesidades educativas, se registran en la historia clínica del paciente. Esto ayuda a que todos los encargados de la atención del paciente participen en el proceso de educación. Cada hospital decide dónde y en qué formato se recoge en la historia clínica del paciente la evaluación educativa, la planificación y la entrega de información.

Elementos medibles de PFE.2

1. Se evalúan las necesidades educativas del paciente y de la familia.
2. Los hallazgos de la evaluación de necesidades educativas quedan registrados en la historia clínica del paciente.
3. Todo el personal registra la educación del paciente de manera uniforme. (*Ver también* MOI.9, EM 3)

Estándar PFE.2.1

Se evalúa la capacidad del paciente y de la familia para aprender y su disposición al aprendizaje.

Intención de PFE.2.1

Se identifican las fortalezas y deficiencias de conocimiento y destrezas y se usan para planificar la educación. Existen muchas variables del paciente que determinan si el paciente y la familia tienen disponibilidad y capacidad de aprender. (*Ver también* PFR.1.1) En consecuencia, para planificar la educación, el hospital debe evaluar

- el nivel de alfabetización del paciente y de la familia, lo que incluye su alfabetización en salud, nivel educativo e idioma;
- barreras emocionales y motivaciones; y
- limitaciones físicas y cognitivas.

Elementos medibles de PFE.2.1

1. Se evalúa el nivel de alfabetización del paciente, lo que incluye su alfabetización en salud, nivel educativo e idioma.
2. Se evalúan las barreras emocionales y motivaciones del paciente.
3. Se evalúan las limitaciones físicas y cognitivas del paciente.
4. Los hallazgos de la evaluación se utilizan para planificar la educación.

Estándar PFE.3

Los métodos de educación tienen en cuenta los valores y preferencias del paciente y de su familia, y permiten la interacción suficiente entre el paciente, la familia y el personal para que se produzca el aprendizaje.

Intención de PFE.3

El aprendizaje se produce cuando se presta atención a los métodos utilizados para educar a pacientes y familiares. Comprender a los pacientes y a las familias ayuda al hospital a seleccionar educadores y métodos educativos congruentes con los valores y las preferencias de los pacientes y las familias, además de identificar los roles de las familias y el método de instrucción. A los pacientes y sus familias se les exhorta a participar en el proceso de atención para que se expresen y planteen preguntas al personal, con el fin de garantizar una correcta comprensión y la participación prevista. El personal reconoce la importante función que desempeñan los pacientes en proporcionar una atención segura y de alta calidad. La oportunidad de interacción entre el personal, el paciente y su familia permite recibir comentarios para garantizar que la información se comprenda, sea útil y utilizable. El hospital decide cuándo y cómo se refuerza la educación verbal con materiales escritos para mejorar la comprensión y proporcionar una futura referencia educativa.

Elementos medibles de PFE.3

1. El proceso educativo tiene en cuenta los valores y preferencia de aprendizaje del paciente y su familia. (*Ver también* PFR.1.2, EM 2)
2. Existe un proceso para verificar que los pacientes y las familias reciben y comprenden la

educación que se proporciona.

3. Aquellos que proporcionan la educación exhortan a los pacientes y sus familias a plantear preguntas y a expresarse como participantes activos.
4. La información verbal se refuerza con material escrito relacionado con las necesidades del paciente y en congruencia con las preferencias de aprendizaje del paciente y la familia.

Estándar PFE.4

Los profesionales sanitarios que brindan atención al paciente colaboran para proporcionar educación.

Intención de PFE.4

Cuando los profesionales sanitarios comprenden la contribución de cada uno en la educación del paciente, pueden colaborar con más eficiencia. A su vez, la colaboración ayuda a garantizar que la información que reciben los pacientes y las familias sea integral, congruente y lo más efectiva posible. La colaboración se basa en las necesidades del paciente y, en consecuencia, puede que no siempre sea necesaria. Tener conocimiento del tema específico, disponer de tiempo adecuado y ser capaz de comunicarse de forma eficaz son consideraciones importantes para una educación efectiva. (*Ver también* COP.2.1)

Elementos medibles de PFE.4

1. La educación del paciente y su familia se proporciona de manera colaborativa cuando así se indique.
2. Las personas que imparten educación poseen los conocimientos en el tema específico para hacerlo. (*Ver también* ASC.5.1, EM 3 y ASC.7.1, EM3)
3. Las personas que imparten educación disponen del tiempo adecuado para hacerlo.
4. Las personas que imparten educación cuentan con las destrezas de comunicación para hacerlo.

Sección III: Estándares de gestión de la organización sanitaria



Mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes (QPS)

Panorama general

Es esencial que las organizaciones posean una estructura de apoyo a la mejora continua de la calidad y a la seguridad del paciente. Este capítulo describe una aproximación comprensiva a la mejora de la calidad y a la seguridad del paciente que afecta a todos los aspectos del funcionamiento de la organización. Esta aproximación incluye:

- la aportación y la participación del nivel de departamento/servicio en el programa de mejora de la calidad y de seguridad del paciente;
- la utilización de datos objetivos y validados para medir qué tal funcionan los procesos;
- utilizar los datos y los puntos de referencia de manera efectiva para orientar el programa;
- e
- implementar y mantener en el tiempo cambios que den lugar a mejoras.

Tanto el programa de mejora de la calidad como el de seguridad del paciente

- son impulsados por el equipo directivo de la organización;
- pretenden cambiar la cultura de una organización;
- identifican y reducen la variación de manera proactiva;
- utilizan datos para centrarse en las cuestiones prioritarias; y
- intentan obtener mostrar mejoras sostenibles.

La calidad y la seguridad se enraízan en el trabajo diario de todo el personal en el centro. Mientras el personal clínico evalúa las necesidades de los pacientes y les brinda atención, este capítulo puede ayudarles a entender cómo realizar mejoras reales que ayuden a los pacientes y disminuyan los riesgos. De manera similar, el personal no clínico puede aplicar los estándares a su trabajo diario para entender cómo hacer más eficientes los procesos, utilizar los recursos más inteligentemente y reducir los riesgos físicos.

Estos estándares de acreditación internacional abordan todo el espectro de actividades de una organización sanitaria, incluyendo la estructura necesaria para mejorar dichas actividades y reducir los riesgos relacionados con la variación en los procesos.

Por tanto, el planteamiento que se presenta en estos estándares es adecuado para una amplia variedad tanto de programas estructurados como de aproximaciones menos formales a la mejora de la calidad y a la seguridad del paciente. Este planteamiento puede también incorporar programas tradicionales de medición, como los relacionados con los incidentes inesperados (gestión del riesgo) y la utilización de recursos (gestión de la utilización).

Con el tiempo, las organizaciones que sigan este planteamiento

- generarán un mayor respaldo del equipo directivo para que el programa abarque toda la organización;
- capacitarán e implicarán a más personal;
- establecerán prioridades más claras de lo que hay que medir;
- basarán las decisiones en datos de medida; y
- realizarán mejoras basándose en la comparación con otras organizaciones, a nivel nacional e internacional.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono [Ⓟ] después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

Gestión de las actividades de calidad y seguridad del paciente

QPS.1 Una persona cualificada lidera la implementación del programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes y gestiona las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y de seguridad del paciente en el hospital. [Ⓟ]

Selección de medidas y recolección de datos

QPS.2 El personal del programa de calidad y seguridad del paciente da soporte al proceso de selección de medidas en todo el hospital y coordina e integra las actividades de medición en todo el hospital.

QPS.3 El programa de calidad y seguridad de los pacientes utiliza información científica y de otro tipo para apoyar la atención de los pacientes, la educación de los profesionales sanitarios, la investigación clínica y la gestión.

Análisis y validación de los datos de medida

QPS.4 El programa de calidad y seguridad del paciente incluye la agregación y el análisis de datos para apoyar la atención de los pacientes, la gestión del hospital y el programa de gestión de calidad y la participación en bases de datos externas.

QPS.4.1 Personas con experiencia, habilidades y conocimientos apropiados sistemáticamente agregan y analizan los datos en el hospital.

QPS.5 El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación al año del impacto de las mejoras prioritarias a nivel de todo el hospital en el coste y la eficiencia.

QPS.6 El hospital usa un proceso externo para validar los datos. [Ⓟ]

QPS.7 El hospital usa un proceso definido para la identificación y gestión de los eventos centinela. [Ⓟ]

QPS.8 Los datos siempre se analizan cuando se producen tendencias no deseables y variaciones evidentes de los mismos. [Ⓟ]

QPS.9 La organización usa un proceso definido para la identificación y el análisis de los incidentes de seguridad que no llegaron al paciente (*near miss*).

Obtención y mantenimiento de la mejora

QPS.10 Se logra y mantiene la mejora en calidad y seguridad.

QPS.11 Se utiliza un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir de manera proactiva los eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el personal. ⑩

Estándares, intenciones y elementos medibles

Nota: en todos los estándares QPS, "líderes/jefes/directivos" se refiere a los individuos y "liderazgo/equipo directivo" se refiere al grupo colectivo. Las responsabilidades se describen a nivel individual o colectivo. (*Ver también* el capítulo GLD para conocer otros requisitos relacionados).

Gestión de las actividades de calidad y seguridad del paciente

El programa global de calidad y seguridad del paciente de un hospital lo aprueba el ente de gobierno (*ver* GLD.2), siendo el equipo directivo el que define la estructura y asigna los recursos necesarios para implementar el programa (*ver* GLD.4). El equipo directivo también identifica las prioridades de medida y mejora a nivel global del hospital (*ver* GLD.5), siendo los jefes de departamento/servicio quienes identifican las prioridades de medida y mejora dentro de sus departamentos/servicios (*ver* GLD.11 y GLD.11.1).

Los estándares de este capítulo QPS identifican la estructura, liderazgo y actividades para dar apoyo a la recolección de datos, el análisis de datos, y la *mejora de la calidad* de las prioridades identificadas - a nivel de hospital, así como específicas de departamento/servicio. Esto incluye la recogida y análisis de, y la respuesta a eventos centinela, eventos adversos e incidentes de seguridad que no llegaron al paciente a nivel de todo el hospital. Los estándares también describen el papel central de la coordinación de todas las iniciativas de mejora de la calidad y de seguridad del paciente en el hospital, así como de proporcionar orientación y dirección para la formación del personal y la comunicación de la información sobre calidad y seguridad del paciente. Los estándares no identifican una estructura organizativa, como por ejemplo un departamento, puesto que es potestad de cada hospital el determinarlo.

Estándar QPS.1

Una persona cualificada lidera la implementación del programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes y gestiona las actividades necesarias para llevar a cabo un programa efectivo de mejora continua de la calidad y de seguridad del paciente en el hospital. ⑩

Intención de QPS.1

La mejora continua de la calidad y de la seguridad del paciente en un hospital necesita un programa bien implementado. Mientras el ente de gobierno aprueba el programa y el equipo directivo proporciona los recursos para implementarlo, en el día a día se precisa un liderazgo y gestión capaz para llevar a cabo el programa y hacer de la mejora continua una parte del tejido de cómo el hospital cumple su misión y sus prioridades estratégicas. (*Ver también* GLD.4)

Una o más personas cualificadas se aseguran de que el programa se ponga en funcionamiento. Para esto es necesario contar con conocimientos y experiencia en muchas facetas de la recolección, la validación y el análisis de *datos* y en la implementación de mejoras sostenibles. La(s) persona(s) a cargo de la supervisión del programa de calidad también seleccionan el personal del programa de calidad con las capacidades necesarias para el programa. A veces, algunas de las personas clave de la calidad pueden ubicarse en un departamento o servicio del hospital. Estas personas deben recibir apoyo con información y asistencia. El personal del programa de calidad también entiende cómo coger las prioridades de todo el hospital y las de los departamentos o servicios y convertirlas en un programa general coordinado. El personal del programa de calidad coordina y organiza medidas similares en toda la organización y proporciona apoyo con las actividades de medición relacionadas con las prioridades del hospital.

La capacitación y la comunicación también son esenciales. El personal del programa de calidad ayuda a dar soporte para la recolección de datos en todo el hospital al proporcionar asistencia en las cuestionres relativas a la recolección de datos, por ejemplo, diseñando formatos para recoger los datos, identificando qué datos deben recopilarse y cómo validar los datos. El personal de todo el hospital puede necesitar ayuda para la validación y el análisis de datos, la implementación de las mejoras y para evaluar el mantenimiento de las mismas. Por lo tanto, el personal del programa de calidad participa constantemente en la capacitación y comunicación sobre cuestiones de calidad y seguridad del paciente por todo el hospital.¹⁻⁴ (*Ver también* GLD.9)

Elementos medibles de QPS.1

1. Se selecciona a una persona(s) con experiencia en los métodos y procesos de mejora para liderar la implementación del programa de calidad y seguridad del paciente del hospital.
2. La(s) persona(s) que supervisa el programa de calidad selecciona personal cualificado para el programa y les proporciona apoyo, y da soporte al personal que tiene responsabilidades de calidad y seguridad del paciente en todo el hospital. (*Ver también* SQE.1, EM 2)
3. El programa de calidad proporciona apoyo y coordinación a los jefes de departamento/servicio con las medidas similares a lo largo del hospital y con las prioridades de mejora del hospital. (*Ver también* GLD.11)
4. El programa de calidad implementa un programa de formación para todo el personal, que es congruente con el papel de cada persona en el programa de mejora de la calidad y de seguridad del paciente. (*Ver también* SQE.14.1, EM 1 y SQE.16.1, EM 1)
5. El programa de calidad es responsable de comunicar regularmente las cuestiones de calidad a todo el personal. (*Ver también* GLD.4.1, EM 3)

Selección de medidas y recolección de datos

Estándar QPS.2

El personal del programa de calidad y seguridad del paciente da soporte al proceso de selección de medidas en todo el hospital y coordina e integra las actividades de medición en todo el hospital.

Intención de QPS.2

La selección de medidas es una responsabilidad del liderazgo. GLD.5 describe cómo el equipo directivo decide las áreas prioritarias de medición de todo el hospital, y GLD.11 y GLD.11.1 describen el proceso de selección de medidas de cada departamento/servicio. Todos los departamentos y servicios, clínicos y de gestión, seleccionan las medidas relacionadas con sus prioridades. Se puede prever que en los grandes hospitales existe la oportunidad de seleccionar medidas similares en más de un departamento. **Por ejemplo**, los departamentos/servicios de farmacia, control de infecciones y enfermedades infecciosas pueden cada uno establecer prioridades para reducir el uso de antibióticos en el hospital. El programa de calidad y seguridad del paciente descrito en estos estándares QPS desempeña un papel importante en ayudar a estos departamentos/servicios a acordar el método de medición y facilita la recolección de datos de las medidas seleccionadas. El programa de calidad y seguridad del paciente también debe integrar todas las actividades de medición del hospital, incluyendo la medición de la cultura de seguridad y los sistemas de notificación de eventos adversos. Esta integración de todos los sistemas de medición permite obtener soluciones y mejoras integradas.³⁻⁵ (*Ver también* GLD.4)

Elementos medibles de QPS.2

1. El programa de calidad y seguridad del paciente apoya la selección de medidas en todo el hospital, a nivel general del hospital y a nivel de departamentos o servicios del hospital.
2. El programa de calidad y seguridad de los pacientes coordina e integra las actividades de medición en todo el hospital.
3. El programa de calidad y seguridad de los pacientes integra los sistemas de notificación de

eventos, las mediciones de cultura de seguridad y otras para facilitar soluciones y mejoras integradas.

4. El programa de calidad y seguridad de los pacientes da seguimiento al avance en la recolección de datos de medición planificada para las prioridades seleccionadas.

Estándar QPS.3

El programa de calidad y seguridad de los pacientes utiliza información científica y de otro tipo para apoyar la atención de los pacientes, la educación de los profesionales sanitarios, la investigación clínica y la gestión.

Intención de QPS.3

Los profesionales sanitarios, investigadores, educadores y gerentes a menudo necesitan información para cumplir con sus responsabilidades. Dicha información puede incluir literatura científica y administrativa, guías de práctica clínica, hallazgos de investigación y metodologías educativas. Los materiales de internet, los materiales impresos en una biblioteca, las fuentes de búsqueda en línea y los materiales personales son fuentes valiosas para obtener información actualizada. (*Ver también* MMU.1, EM 6; MMU.5.1, EM 6; PCI.3, EM 1; GLD.7; GLD.11.2; y FMS.5.1, EM 3)

Elementos medibles de QPS.3

1. Se da soporte a la atención de los pacientes con información actualizada, científica y de otro tipo.
2. Se da soporte a la educación clínica con información actualizada, científica y de otro tipo.
3. Se da soporte a la investigación con información actualizada, científica y de otro tipo.
4. Se da soporte a la gestión con información actualizada, científica y de otro tipo.
5. La información se proporciona en un plazo que satisface las expectativas del usuario.

Análisis y validación de los datos de medida

Estándar QPS.4

El programa de calidad y seguridad del paciente incluye la agregación y el análisis de datos para apoyar la atención de los pacientes, la gestión del hospital y el programa de gestión de calidad y la participación en bases de datos externas.

Intención de QPS.4

El programa de calidad y seguridad del paciente recoge y analiza datos agregados para dar soporte a la atención de los pacientes y a la gestión del hospital. Los datos agregados proporcionan un perfil del hospital en el transcurso del tiempo y permiten la comparación del desempeño del hospital con otras organizaciones, especialmente en el caso de las medidas seleccionadas por el equipo directivo para todo el hospital. Por tanto, los datos agregados son una parte importante de las actividades de mejora del desempeño del hospital. En particular, los datos agregados de gestión de riesgos, gestión de suministros básicos, prevención y control de infecciones y revisión de la utilización pueden ayudar al hospital a entender su desempeño actual y a identificar oportunidades de mejora. Las bases de datos externas también son valiosas para la monitorización continua de la práctica profesional, como se describe en SQE.11.

Al participar en bases de datos externas, un hospital puede comparar sus datos con los de otros hospitales similares a nivel local, nacional e internacional. La comparación es una herramienta eficaz para identificar oportunidades de mejora y para documentar el nivel de desempeño del hospital. Las redes sanitarias y las personas que adquieren o pagan atención sanitaria a menudo piden dicha información. Las bases de datos externas varían ampliamente, desde las bases de datos de seguros, hasta las bases de datos que mantienen las sociedades profesionales. Los hospitales pueden tener el

requisito, por legislación o normativa, de contribuir a algunas bases de datos externas. En todos los casos se mantiene la seguridad y confidencialidad de los datos y de la información.

Elementos medibles de QPS.4

1. El programa de calidad y seguridad de los pacientes tiene un proceso de agregación de datos.
 2. Los datos e información agregados apoyan la atención de los pacientes, la gestión del hospital, la revisión de la práctica profesional y el programa general de calidad y seguridad del paciente. (*Ver también* SQE.11, EM 2 y MOI.5, EM 1 y 4)
 3. Los datos e información agregados se proporcionan a entidades externas al hospital cuando lo requiere la legislación o normativa.
 4. Existe un proceso para contribuir a y aprender de las bases de datos externas con fines de comparación. (*Ver también* PCI.6 y PCI.6.1)
 5. Cuando se contribuye a o se utilizan bases de datos externas se mantienen la seguridad y la confidencialidad. (*Ver también* MOI.2)
-

Estándar QPS.4.1

Personas con experiencia, habilidades y conocimientos apropiados sistemáticamente agregan y analizan los datos en el hospital.

Intención de QPS.4.1

Para alcanzar conclusiones y tomar decisiones, los datos deben agregarse, analizarse y transformarse en información útil. En el análisis de datos participan personas que entienden la gestión de la información, tienen habilidades en métodos de agregación y saben cómo usar las diferentes herramientas estadísticas. Los resultados del análisis de datos deben ser comunicados a las personas responsables del proceso o resultado que se está midiendo y que pueden emprender acciones a partir de los resultados. Estas personas pueden ser del área clínica, administrativa, o una combinación de ambas. Por tanto, el análisis de datos proporciona retroalimentación continua de la información de la gestión de calidad para ayudar a dichas personas a tomar decisiones y mejorar los procesos clínicos y administrativos de manera continua.

Entender las técnicas estadísticas resulta útil para el análisis de datos, especialmente para interpretar la variación y para determinar dónde es necesaria la mejora. Los diagramas de comportamiento, los cuadros de control, los histogramas y los diagramas de Pareto son ejemplos de herramientas estadísticas útiles para la comprensión de las tendencias y variaciones en la atención sanitaria.

El programa de calidad participa en la determinación de la frecuencia con que se agregan y analizan los datos. La frecuencia de este proceso depende de la actividad o área que se mide y de la frecuencia de medición. **Por ejemplo**, los datos de control de calidad en el laboratorio clínico se pueden analizar semanalmente para cumplir con normativa local y los datos de caídas de los pacientes se pueden analizar mensualmente si las caídas ocurren con poca frecuencia. Por tanto, la agregación de datos en diferentes momentos permite al hospital evaluar la estabilidad de un proceso en particular o la capacidad de predecir un particular resultado en relación con las expectativas.

El objetivo del análisis de datos es ser capaz de comparar un hospital de cuatro maneras:

- 1) Consigo mismo a lo largo del tiempo, por ejemplo, de mes en mes o de un año a otro
- 2) Con organizaciones similares, por ejemplo, a través de bases de datos de referencia
- 3) Con estándares, como los establecidos por las entidades profesionales y de acreditación o por la legislación o normativa
- 4) Con prácticas reconocidas deseables identificadas por la literatura como las mejores prácticas o directrices

Estas comparaciones ayudan al hospital a entender la fuente y naturaleza de los cambios no

deseables y a focalizar los esfuerzos de mejora. (Ver también GLD.5)

Elementos medibles de QPS.4.1

1. Los datos se agregan, analizan y transforman en información útil para identificar las oportunidades de mejora. (Ver también PCI.6, EM 2)
2. Participan en el proceso personas con adecuada experiencia clínica o administrativa, habilidades y conocimientos.
3. En el proceso de análisis, cuando sea adecuado, se usan herramientas y técnicas estadísticas.
4. La frecuencia del análisis de datos es apropiada para el proceso o resultado en estudio. (Ver también QPS.8)
5. Los resultados del análisis se comunican a las personas responsables de tomar medidas al respecto. (Ver también GLD.1.2, EM 2)
6. El análisis de datos da soporte a las comparaciones internas en el tiempo, incluyendo las comparaciones con bases de datos de organizaciones similares, con las mejores prácticas y con fuentes profesionales científicas objetivas. (Ver también PCI.6.1, EM 2)

Estándar QPS.5

El proceso de análisis de datos incluye por lo menos una determinación al año del impacto de las mejoras prioritarias a nivel de todo el hospital en el coste y la eficiencia.

Intención de QPS.5

El programa de calidad y seguridad de los pacientes incluye un análisis del impacto de las mejoras prioritarias apoyadas por el equipo directivo (ver GLD.5, EM 4). **Por ejemplo**, existe evidencia que apoya que la utilización de las guías de práctica clínica para estandarizar la atención tiene un impacto significativo en la eficiencia de la atención y en la reducción de la estancia, lo que en última instancia reduce costes. El personal del programa de calidad y seguridad del paciente desarrolla instrumentos para evaluar la utilización de recursos para el proceso existente y después reevalúa la utilización de recursos para el proceso mejorado. Los recursos pueden ser humanos (**por ejemplo**, tiempo dedicado a cada paso de un proceso) o pueden implicar el uso de la tecnología u otros recursos. El análisis proporcionará información útil sobre qué mejoras afectan a la eficiencia y, por lo tanto, al coste.⁶⁻⁸

Elementos medibles de QPS.5

1. Se recogen datos sobre la cantidad y tipo de uso de los recursos antes y después de la mejora en al menos un proyecto de mejora prioritaria a nivel de hospital cada año.
2. El personal del programa de calidad y seguridad del paciente trabaja con otras unidades, tales como recursos humanos, tecnologías de la información y finanzas para decidir qué datos deben recogerse.
3. Los resultados del análisis se utilizan para refinar el proceso y se comunican al equipo directivo a través del mecanismo de coordinación de la calidad.

Estándar QPS.6

El hospital usa un proceso externo para validar los datos. ③

Intención de QPS.6

Un programa de mejora de la calidad solo tiene la validez que tengan los datos recogidos. Si los datos son defectuosos, los esfuerzos de mejora de la calidad no serán efectivos. La fiabilidad y la validez de las mediciones, por lo tanto, están en la base de todas las mejoras. Para garantizar que se han recogido datos correctos y útiles, se debe establecer un proceso interno o externo de validación de datos. La validación de datos es sobre todo importante cuando

- a) se implementa una nueva medida (en particular, las medidas clínicas que tienen el propósito de ayudar al hospital a evaluar y mejorar un proceso o resultado clínico importante);
- b) se publicarán los datos en el sitio web del hospital o por otro medio;
- c) se ha realizado un cambio en una medida existente, como un cambio en las herramientas de recolección de datos, el proceso de abstracción de datos o quien lo realiza;
- d) los datos resultantes de una medida existente han cambiado de una manera inexplicable;
- e) ha cambiado la fuente de datos, por ejemplo, cuando parte de la historia clínica del paciente se ha convertido a un formato electrónico y por lo tanto la fuente de datos ahora está tanto en versión electrónica como impresa; o
- f) cambia el sujeto de la recolección de datos, por ejemplo por cambios en la media de edad de los pacientes, comorbilidades, alteraciones en el protocolo de investigación, implementación de nuevas directrices de práctica o introducción de nuevas tecnologías y metodologías de tratamiento.

La validación de datos es una herramienta importante para entender la calidad de los datos y establecer el nivel de confianza en los datos que pueden tener quienes toman las decisiones. La validación de datos es uno de los pasos del proceso de establecer prioridades de medición, seleccionar los aspectos a medir, extraer o recolectar los datos, analizar los datos y usar los hallazgos para la mejora.⁹⁻¹¹

Cuando un hospital publica datos de resultados clínicos, seguridad del paciente u otras áreas, o los hace públicos de alguna otra forma, como la web del hospital, el hospital tiene la obligación ética de proporcionar al público una información precisa. El equipo directivo del hospital es responsable de garantizar que los datos son válidos. La fiabilidad y validez de la medición y la calidad de los datos se pueden establecer mediante el proceso interno de validación de datos del hospital o como alternativa, pueden ser evaluados por un tercero independiente, como una empresa externa contratada por el hospital. (*Ver también* GLD.6)

Elementos medibles de QPS.6

1. La validación de datos se usa en el programa de calidad como un componente del proceso de mejora seleccionado por el equipo directivo.
2. Los datos se validan cuando se cumple cualquiera de las condiciones a) a f) de la intención.
3. Se usa una metodología establecida para la validación de datos.
4. El equipo directivo del hospital asume la responsabilidad de la validez de los datos de calidad y de resultados que se hacen públicos. (*Ver también* GLD.3.1, ME 3)

Estándar QPS.7

El hospital usa un proceso definido para la identificación y gestión de los eventos centinela. [Ⓟ]

Intención de QPS.7

Un *evento centinela* es un incidente imprevisto que supone la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves. La lesión física grave específicamente incluye la pérdida de un miembro o una función. Dichos eventos se denominan *centinela* porque indican la necesidad de una investigación y respuesta inmediata. Cada hospital establece una definición operativa de evento centinela que incluye, al menos

- a) una muerte imprevista, incluyendo, pero sin limitarse a,
 - muerte no relacionada con el curso natural de la enfermedad o afección subyacente del paciente (**por ejemplo**, muerte por una infección posoperatoria o embolia pulmonar adquirida en el hospital);
 - muerte de un bebé a término; y
 - suicidio;
- b) pérdida permanente de una función principal no relacionada con el curso natural o afección subyacente del paciente;

- c) cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto, o al paciente equivocado;
- d) transmisión de una enfermedad o afección crónica o fatal como resultado de la transfusión de sangre o hemoderivados o del trasplante de órganos o tejidos contaminados;
- e) robo de un bebé o entrega de un bebé a los padres equivocados; y
- f) violación, violencia en el lugar de trabajo como un asalto (que provoque la muerte o la pérdida permanente de una función corporal) o el asesinato (homicidio intencional) de un paciente, un miembro del personal, un profesional sanitario, un estudiante de medicina, un profesional en prácticas, un visitante o un proveedor en las instalaciones del hospital. (*Ver también* SQE.8.2)

La definición de evento centinela de un hospital incluye los puntos a) a f) anteriores y puede incluir otros eventos, si lo requiere la legislación o normativa o si el hospital considera apropiado agregarlos a su lista de eventos centinela. Todos los eventos que cumplen con la definición de evento centinela deben ser evaluados mediante un análisis de causa raíz fiable. Los detalles precisos del evento son esenciales para realizar un análisis de causa raíz fiable, y por lo tanto, el análisis de causa raíz se debe realizar tan pronto como sea posible. El análisis y el plan de acción se deben completar en un plazo de 45 días después de la ocurrencia del evento o del conocimiento de la ocurrencia del mismo. El objetivo de realizar un análisis de causa raíz es que el hospital pueda comprender mejor el origen del evento. Cuando el análisis de causa raíz revela que las mejoras en los sistemas pueden prevenir o reducir el riesgo de ocurrencia de dichos eventos centinela, el hospital rediseña los procesos y toma las medidas apropiadas para hacerlo.¹²⁻¹⁴ (*Ver también* IPSC.3)

Es importante tener en cuenta que los términos *evento centinela* y *error médico* no son sinónimos. No todos los errores ocasionan eventos centinela ni todos los eventos centinela ocurren debido a un error. La identificación de un incidente como evento centinela no es indicador de responsabilidad legal. (*Ver también* QPS.11 y GLD.4.1, EM 2)

Elementos medibles de QPS.7

1. El equipo directivo del hospital ha establecido una definición de evento centinela que incluye por lo menos los puntos a) a f) de la intención.
2. El hospital completa un análisis de causa raíz de todos los eventos centinela y en un plazo establecido por el equipo directivo del hospital que no excede los 45 días a partir de la fecha del evento o de cuando se tuvo conocimiento del evento.
3. El análisis de causa raíz identifica los orígenes del evento que pueden conducir a mejoras y/o acciones para evitar o reducir el riesgo de que el evento centinela vuelva a producirse.
4. El equipo directivo del hospital toma medidas a partir de los resultados del análisis de causa raíz.

Estándar QPS.8

Los datos siempre se analizan cuando se producen tendencias no deseables y variaciones evidentes de los mismos. ③

Intención de QPS.8

El hospital recoge datos sobre diversas y diferentes áreas de los servicios de atención al paciente de manera periódica. Para ello deben existir mecanismos fiables de comunicación de resultados para garantizar servicios de calidad. Aquellos que plantean riesgos a la seguridad del paciente se identifican y monitorizan. La recogida de datos debería ser suficiente para detectar tendencias y patrones y variará dependiendo de la frecuencia del servicio y/o del riesgo para los pacientes. (*Ver también* MMU.7.1; QPS.4.1, EM 4; QPS.11)

Se realiza la recogida y análisis de datos al menos en los siguientes casos:

- a) Todas las reacciones de transfusión confirmadas, si es aplicable al hospital (*Ver también* COP.3.3)

- b) Todos los eventos adversos graves por medicamentos, si es aplicable y según lo defina el hospital (*Ver también* MMU.7, EM 3)
- c) Todos los errores de medicación significativos, si es aplicable y según lo defina el hospital (*Ver también* MMU.7.1, EM 2)
- d) Todas las discrepancias importantes entre los diagnósticos pre- y post-operatorios; por ejemplo, un diagnóstico preoperatorio de obstrucción intestinal y un diagnóstico posoperatorio de rotura de un aneurisma de aorta abdominal
- e) Eventos adversos o patrones de eventos adversos durante la sedación de procedimiento independientemente del lugar de administración (*Ver también* ASC.3.2 y ASC.5)
- f) Eventos adversos o patrones de eventos adversos durante la anestesia independientemente del lugar de administración
- g) Otros eventos adversos; **por ejemplo**, infecciones relacionadas con la atención sanitaria y brotes de enfermedades infecciosas (*Ver también* PCI.7.1, EM 6)

Elementos medibles de QPS.8

1. Se desarrollan e implementan procesos de recolección de datos para garantizar que la recogida, análisis y comunicación de datos sean precisos.
2. Se realiza un análisis de datos intenso cuando se producen niveles, patrones o tendencias adversos.
3. Se realiza la recogida y análisis de datos de los elementos a) hasta g) de la intención.
4. Los resultados de los análisis se utilizan para implementar acciones para mejorar la calidad y la seguridad del servicio, tratamiento o función. (*Ver también* PCI.10, EM 3)

Los datos de resultado se comunican al ente de gobierno como parte del programa de mejora de la calidad y la seguridad del paciente. (*Ver también* GLD.4.1, EM 1)

Estándar QPS.9

La organización usa un proceso definido para la identificación y el análisis de los incidentes de seguridad que no llegaron al paciente ("cuasi incidente" o *near miss*).

Intención de QPS.9

En un intento por aprender de manera proactiva dónde pueden ser vulnerables los sistemas a la ocurrencia real de eventos adversos, el hospital recoge datos e información de esos eventos identificados como incidentes de seguridad que no llegaron al paciente y los evalúa en un esfuerzo por evitar su ocurrencia real. En primer lugar, el hospital establece una definición de incidente de seguridad que no llegó al paciente y los tipos de eventos que se deben notificar. El concepto de "cuasi incidente" no solo se aplica a los errores de medicación potenciales. En segundo lugar, se establece un mecanismo de notificación, y finalmente hay un proceso para agregar y analizar los datos para aprender dónde los cambios de proceso proactivos pueden reducir o eliminar el evento o "cuasi incidente" relacionado. (*Ver también* MMU.7.1 y QPS.11)

Elementos medibles de QPS.9

1. El hospital establece una definición de incidente de seguridad que no llegó al paciente. (*Ver también* MMU.7.1, EM 1)
2. El hospital define el tipo de eventos que deben notificarse.
3. El hospital establece el proceso para la notificación de incidentes de seguridad que no llegaron al paciente. (*Ver también* MMU.7.1, EM 2)
4. Se analizan los datos y se toman medidas para reducir los incidentes de seguridad que no llegan al paciente. (*Ver también* MMU.7.1, EM 4)

Obtención y mantenimiento de la mejora

Estándar QPS.10

Se logra y mantiene la mejora en calidad y seguridad.

Intención de QPS.10

La información procedente del análisis de datos se utiliza para identificar mejoras potenciales o reducir (o evitar) eventos adversos. Los datos de las mediciones de rutina, así como los datos de las evaluaciones intensivas, contribuyen a esta comprensión de dónde se debe planificar una mejora y qué prioridad se debe dar a la mejora. En particular, las mejoras se planifican para las áreas de prioridad de recolección de datos identificadas por el equipo directivo del hospital.

Después de planificar una mejora, se recogen datos durante un período de prueba para demostrar que el cambio planificado realmente fue una mejora. Para garantizar que se mantendrá la mejora, se recogen datos para realizar un análisis continuo. Los cambios efectivos se incorporan al procedimiento operativo estándar y se proporciona educación al personal si es necesaria. El hospital documenta las mejoras que se logran y mantienen como parte de su programa de gestión y mejora de la calidad. (*Ver también* GLD.11, EM 4)

Elementos medibles de QPS.10

1. Se planifican, prueban e implementan las mejoras en la calidad y la seguridad de los pacientes.
2. Los datos están disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y se mantienen. (*Ver también* GLD.11, EM 3)
3. En las políticas se realizan los cambios necesarios para planificar, llevar a cabo y mantener las mejoras.
4. Se documentan las mejoras exitosas.

Estándar QPS.11

Se utiliza un programa continuo de gestión de riesgos para identificar y reducir de manera proactiva los eventos adversos inesperados y otros riesgos de seguridad para los pacientes y el personal. ④

Intención de QPS.11

Hay varias categorías de riesgos que pueden tener impacto en los hospitales. Estas categorías de riesgos incluyen:

- los estratégicos (aquellos asociados con objetivos de la organización);
- los operativos (planes desarrollados para conseguir los objetivos de la organización);
- los financieros (activos de salvaguardia)
- los de conformidad (cumplimiento de legislación y normativa)
- los de reputación (la imagen percibida por el público)

Los hospitales necesitan adoptar un enfoque proactivo para la gestión de riesgos que incluya el desarrollo de estrategias de mitigación del riesgo, siendo el objetivo reducir o eliminar el impacto potencialmente dañino de los riesgos conocidos o posibles.¹⁵⁻¹⁷ Una manera de hacerlo es mediante un programa formalizado de gestión de riesgos cuyos componentes esenciales incluyan

- a) identificación de riesgos;
- b) priorización de riesgos;
- c) notificación de riesgos;
- d) gestión de riesgos, para incluir el análisis de riesgos (*Ver también* MMU.7, QPS.7, QPS.8 y QPS.9); y
- e) gestión de reclamaciones relacionadas.

Un elemento importante de la gestión de riesgos es el análisis de riesgos, como un proceso para evaluar los incidentes de seguridad que no llegaron al paciente y otros procesos de alto riesgo en

los cuales un fallo podría ocasionar un evento centinela. Existen muchos instrumentos que pueden proporcionar un análisis proactivo de las consecuencias de un evento que podría ocurrir en procesos críticos de alto riesgo. **Por ejemplo**, el análisis modal de fallos y sus efectos (AMFE) y el análisis de vulnerabilidad y riesgo (HVA) son dos herramientas frecuentes.

Para usar estas u otras herramientas similares de manera efectiva, el equipo directivo del hospital necesita entender los riesgos potenciales asociados a cada una de las categorías y priorizar los riesgos que podrían tener el mayor impacto en la seguridad de los pacientes y del personal además de sobre la calidad y seguridad de la atención del paciente. Esta información debería utilizarse para priorizar la asignación de recursos para analizar las áreas de mayores riesgos y emprender acciones para rediseñar el proceso o acciones similares para reducir el riesgo en el proceso. Este proceso de reducción del riesgo se lleva a cabo y se documenta por lo menos una vez al año.


Elementos medibles de QPS.11

1. El marco de gestión de riesgos del hospital incluye los puntos a) a e) de la intención.
2. El equipo directivo identifica y prioriza los riesgos potenciales asociados al menos con las funciones estratégicas, financieras y operativas del hospital.
3. Por lo menos anualmente se realiza un ejercicio proactivo de reducción de riesgos en uno de los procesos de riesgo prioritarios.
4. Los procesos de alto riesgo se rediseñan a partir del análisis de los resultados de la prueba.

Referencias

1. Leonard M, et al., editors. *The Essential Guide for Patient Safety Officers*, 2nd ed. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources, 2013.
2. Pilz S, et al. [Quality Manager 2.0 in hospitals: A practical guidance for executive managers, medical directors, senior consultants, nurse managers and practicing quality managers.] *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2013;107(2):170–178. German.
3. Shabot MM, et al. Memorial Hermann: High reliability from board to bedside. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2013 Jun;39(6):253–257.
4. Tsai TC, et al. Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics. *Health Aff (Millwood).* 2015 Aug;34(8):1304–1311.
5. Secanell M, et al. Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): Overview of a study of hospital quality management in seven countries. *Int J Qual Health Care.* 2014 Apr;26 Suppl 1:5–15.
6. Cleven A, et al. Healthcare quality innovation and performance through process orientation: Evidence from general hospitals in Switzerland. *Technol Forecast Soc Change.* 2016 Jul:1–10.
7. Slight SP, et al. The return on investment of implementing a continuous monitoring system in general medical-surgical units. *Crit Care Med.* 2014 Aug;42(8):1862–1868.
8. Swensen SJ, et al. The business case for healthcare quality improvement. *J Patient Saf.* 2013 Mar;9(1):44–52.
9. Bronnert J, et al. Data quality management model (updated). *J AHIMA.* 2012 Jul;83(7):62–71.
10. Kahn MG, et al. A pragmatic framework for single-site and multisite data quality assessment in electronic health record-based clinical research. *Med Care.* 2012 Jul;50 Suppl:S21–29.
11. Oh JY, et al. Statewide validation of hospital-reported central line-associated bloodstream infections: Oregon, 2009. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2012 May;33(5):439–445.
12. Charles R, et al. How to perform a root cause analysis for workup and future prevention of medical errors: A review. *Patient Saf Surg.* 2016 Sep 21;10:20.
13. National Patient Safety Foundation. (NPSF). *RCA2: Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm.* Boston: NPSF, 2016.
14. van Galen LS, et al. Delayed recognition of deterioration of patients in general wards is mostly caused by human related monitoring failures: A root cause analysis of unplanned ICU admissions. *PLoS One.* 2016 Aug 18;11(8):e0161393.
15. iSixSigma. FEMA: Preventing a Failure Before Any Harm Is Done. Smith DL. Accessed November 16, 2016. <https://www.isixsigma.com/tools-templates/fmea/fmea-preventing-failure-any-harm-done/>.
16. Streimelweger B, Wac K, Seiringer W. Human-factorbased risk management in the healthcare to improve patient safety. *Int J E-Health and Med Commun (IJEHMC).* 2016. Accessed Nov 16, 2016. <http://www.igi-global.com/article/human-factor-based-risk-management-in-the-healthcare-to-improve-patient-safety/161696>.

17. Carroll RL, et al. *Enterprise Risk Management: A framework for success*. Chicago, IL: American Society for Healthcare Risk Management, 2014. Accessed November 25, 2016. <http://www.ashrm.org/resources/patient-safety-portal/pdfs/ERM-White-Paper-8-29-14-FINAL.pdf>.



Prevención y control de infecciones (PCI)

Panorama general

El objetivo del programa de prevención y control de la infección de una organización es identificar y reducir o eliminar los riesgos de adquisición y transmisión de infecciones entre los pacientes, el personal, los profesionales sanitarios, los contratistas, los voluntarios, los estudiantes, los visitantes y la comunidad. Además, un componente esencial del programa de prevención y control de la infección es la puesta en marcha a nivel de hospital de iniciativas relacionadas con prácticas y/o preocupaciones asistenciales en desarrollo, como un programa de optimización del uso de antibióticos y un programa para responder ante enfermedades transmisibles globales.

Los riesgos de infección y las actividades del programa serán diferentes en cada organización, dependiendo de las actividades y servicios clínicos, la población de pacientes atendida, la ubicación geográfica, el volumen de pacientes y la cantidad de personal de la organización. Las prioridades del programa deberían reflejar los riesgos identificados en la organización, los desarrollos a nivel global y de la comunidad y la complejidad de los servicios que se prestan.

Los programas de prevención y control de la infección efectivos tienen en común contar con líderes identificados, personal bien capacitado, métodos para identificar y abordar de manera proactiva los riesgos de infección en personas y en el entorno, políticas y procedimientos adecuados, educación del personal y coordinación por toda la organización.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono ⓘ después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

Responsabilidades

- PCI.1** Una o más personas supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones. Esta(s) persona(s) están cualificadas en las prácticas de prevención y control de infecciones mediante educación, capacitación, experiencia o certificación.
- PCI.2** Se ha establecido un mecanismo de coordinación de todas las actividades de prevención y control de infecciones en el que participan médicos, personal de enfermería y otros profesionales, en función del tamaño y la complejidad del hospital.

Recursos

- PCI.3** El programa de prevención y control de infecciones se basa en el conocimiento científico actual, en las guías de práctica aceptadas, en la legislación y normativa que le son de aplicación y en los estándares de higiene y limpieza.

PCI.4 La dirección del hospital proporciona recursos para mantener el programa de prevención y control de infecciones.

Objetivos del programa de control de infecciones

PCI.5 El hospital diseña e implementa un programa integral de control de infecciones que identifica los procedimientos y procesos asociados al riesgo de infección e implementa estrategias para reducir el riesgo de infección. ④

PCI.6 El hospital utiliza un enfoque basado en riesgos para establecer el foco del programa de prevención y reducción de infecciones relacionadas con la atención sanitaria. ④

PCI.6.1 El hospital monitoriza los riesgos de infección, las tasas de infección y las tendencias de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria para reducir los riesgos de las mismas.

Equipos, dispositivos y suministros médicos

PCI.7 El hospital reduce el riesgo de infecciones relacionadas con equipos, dispositivos y suministros médicos/quirúrgicos garantizando una limpieza, desinfección, esterilización y almacenamiento adecuados; e implementa un proceso para gestionar los suministros caducados. ④

PCI.7.1 El hospital identifica e implementa un proceso para gestionar la reutilización de dispositivos de un solo uso que sea compatible con la legislación y normativa regional y local. ④

Residuos infecciosos

PCI.7.2 El hospital reduce el riesgo de infecciones mediante la eliminación adecuada de residuos.

PCI.7.3 El hospital implementa prácticas para el manejo y eliminación segura de objetos punzantes y agujas. ④

Servicios de alimentos

PCI.7.4 El hospital reduce el riesgo de infecciones relacionadas con el funcionamiento de los servicios de alimentos.

Riesgos de construcción

PCI.7.5 El hospital reduce el riesgo de infección en las instalaciones relacionado con los controles mecánicos y de ingeniería y durante las obras de demolición, construcción y renovación.

Transmisión de infecciones

PCI.8 El hospital proporciona precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen de las enfermedades transmisibles a pacientes, visitantes y personal y protege a los pacientes inmunodeprimidos de adquirir infecciones a las que son particularmente propensos. ④

PCI.8.1 El hospital elabora e implementa un proceso para gestionar un flujo repentino de pacientes con infecciones transmitidas por vía aérea y para cuando no hay disponibles habitaciones con presión negativa. ④

PCI.8.2 El hospital elabora, implementa y pone a prueba un programa de preparación ante emergencias para responder a la presentación de enfermedades transmisibles globales. ④

PCI.9 Hay guantes, mascarillas, protectores oculares, otro equipo de protección, jabón y desinfectantes disponibles y se usan correctamente cuando se necesitan. ④

Mejora de la calidad y educación sobre el programa

PCI.10 El proceso de prevención y control de la infección se integra con el programa general para la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes del hospital, a través de medidas que son epidemiológicamente importantes para el hospital.

PCI.11 El hospital proporciona educación sobre las prácticas de prevención y control de infecciones al personal, a los médicos, a los pacientes, a las familias y a otros cuidadores cuando esté indicado por su participación en la atención. ⑥

Estándares, intenciones y elementos medibles

Responsabilidades

Estándar PCI.1

Una o más personas supervisan todas las actividades de prevención y control de infecciones. Esta(s) persona(s) están cualificadas en las prácticas de prevención y control de infecciones mediante educación, capacitación, experiencia o certificación.

Intención de PCI.1

La meta del programa de prevención y control de infecciones del hospital es identificar y reducir el riesgo de que los pacientes, el personal, los profesionales de atención de salud, contratistas, voluntarios, estudiantes y visitantes adquieran y transmitan infecciones entre sí.

Los riesgos de infección y las actividades del programa pueden ser diferentes en los hospitales, dependiendo de las actividades y servicios clínicos del hospital, la población de pacientes que se atienden, la ubicación geográfica, el volumen de pacientes y el número de empleados. Por consiguiente, la supervisión del programa de prevención y control de infecciones depende del tamaño del hospital, la complejidad de las actividades y del nivel de riesgos, así como del alcance del programa. Una o más personas, a tiempo completo o tiempo parcial, realiza esta supervisión como parte de sus responsabilidades asignadas o de la descripción de puesto. Su cualificación(es) depende de las actividades que realizará y puede obtenerse mediante

- educación;
- capacitación;
- experiencia; y
- certificación o autorización.

Elementos medibles de PCI.1

1. Una o más personas supervisan el programa de prevención y control de infecciones. (*Ver también* GLD.9 EM 1)
2. La(s) persona(s) está cualificada para el tamaño del hospital, la complejidad de las actividades y el nivel de riesgo, así como el alcance del programa.
3. La(s) persona(s) cumple con las responsabilidad de supervisar el programa según lo designado o descrito en la descripción del puesto. (*Ver también* SQE.3, EM 2)

Estándar PCI.2

Se ha establecido un mecanismo de coordinación de todas las actividades de prevención y control de infecciones en el que participan médicos, personal de enfermería y otros profesionales, en función del tamaño y la complejidad del hospital.

Intención de PCI.2

Las actividades de prevención y control de la infección llegan a todas las partes del hospital e

involucran a personas de múltiples departamentos y servicios (**por ejemplo**, servicios clínicos, mantenimiento de las instalaciones, servicios de alimentación [catering], servicios de limpieza, laboratorio, farmacia y servicios de esterilización). Además, los hospitales se encuentran expuestos al riesgo de infecciones que pueden entrar al centro a través de pacientes, familiares, personal, voluntarios, visitantes, comerciales, entidades independientes, y otras personas. Por tanto, todas aquellas áreas del hospital en las que se encuentren estas personas deben incluirse en el programa de vigilancia, prevención y control de la infección.

Existe un mecanismo establecido para coordinar el programa completo. Dicho mecanismo puede ser un pequeño grupo de trabajo, un comité de coordinación, un cuerpo especial, o algún otro mecanismo. Las responsabilidades incluyen, **por ejemplo**, establecer criterios para definir infecciones relacionadas con la atención sanitaria, definir métodos de recolección de datos (vigilancia), diseñar estrategias para abordar los riesgos de la prevención y el control de infecciones y los procesos de comunicación. La coordinación implica la comunicación con todas las partes del hospital para garantizar que el programa es continuo y proactivo.

Cualquiera que sea el mecanismo elegido por el hospital para coordinar el programa de prevención y control de infecciones, los médicos y el personal de enfermería están representados y comprometidos en las actividades con los profesionales de prevención y control de infecciones. Se pueden incluir otros profesionales según el tamaño del hospital y la complejidad de los servicios (**por ejemplo**, epidemiólogo, experto en recolección de datos, estadístico, gestor de la central de esterilización, microbiólogo, farmacéutico, servicios de limpieza, servicios medioambientales o de instalaciones, supervisor de quirófano).

Elementos medibles de PCI.2

1. Existe un mecanismo establecido para la coordinación del programa de prevención y control de infecciones en el que participan profesionales de control y prevención de la infección. (*Ver también* MMU.1.1)
2. En la coordinación de las actividades de prevención y control de infecciones participan médicos, personal de enfermería y otros profesionales en función del tamaño y la complejidad del hospital. (*Ver también* MMU.1.1)
3. En el programa de prevención y control de la infección están incluidas todas las áreas del hospital. (*Ver también* PCI.5, EM 1 y 2)
4. En el programa de prevención y control de la infección están incluidas todas las áreas de personal del hospital. (*Ver también* PCI.5, EM 1 y 2 y SQE.8.2.1, EM 3)

Recursos

Estándar PCI.3

El programa de prevención y control de infecciones se basa en el conocimiento científico actual, en las guías de práctica aceptadas, en la legislación y normativa que le son de aplicación y en los estándares de higiene y limpieza.

Intención de PCI.3

La información es esencial para un programa de prevención y control de infecciones. Se requiere información científica actual para comprender e implementar actividades efectivas de vigilancia y control y puede provenir de muchas fuentes nacionales e internacionales; **por ejemplo**, los *Centers for Disease Control and Prevention* de Estados Unidos (US CDC), la Organización mundial de la salud (OMS), el *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), las agencias regionales de protección de la salud pública y otras organizaciones similares pueden ser una fuente importante de prácticas y guías basadas en la evidencia.^{1,2} Además, el programa de prevención y control de la infección identifica estándares procedentes de agencias reconocidas de control de la infección relacionados con la limpieza y desinfección ambiental y de las superficies, lavandería y ropa de cama en los hospitales.³⁻⁶

Las guías de práctica clínica y los paquetes de medidas *-care bundles-* (como los desarrollados por el IHI), proporcionan información sobre prácticas preventivas e infecciones relacionadas con los servicios clínicos y de apoyo. La legislación y la normativa correspondiente definen los elementos básicos del programa, la respuesta a los brotes de enfermedades infecciosas y cualquier requisito de notificación.

Elementos medibles de PCI.3

1. El programa de prevención y control de infecciones está basado en el conocimiento científico actual, las guías de práctica clínica aceptadas y la legislación y normativa locales. (*Ver también* QPS.3 y GLD.2, EM 5)
2. El programa de prevención y control de infecciones identifica estándares de programas reconocidos de control de la infección para abordar la limpieza y desinfección ambiental.
3. El programa de prevención y control de infecciones identifica estándares de programas reconocidos de control de la infección para abordar el cuidado de la ropa blanca y de cama.
4. Los resultados del programa de prevención y control de infecciones se notifican a las agencias de salud pública según se solicite. (*Ver también* ACC.4.5, EM 6; AOP.5.3.1, EM 2; y GLD.2, EM 6)
5. El hospital emprende las acciones oportunas a partir de los informes de las agencias relevantes de salud pública. (*Ver también* GLD.2, EM 6)

Estándar PCI.4

La dirección del hospital proporciona recursos para mantener el programa de prevención y control de infecciones.

Intención de PCI.4

El programa de prevención y control de infecciones requiere que el personal cumpla con las metas del programa y las necesidades del hospital. El personal se determina según el tamaño del hospital, la complejidad de las actividades y el nivel de riesgo, así como el alcance del programa. El nivel del personal lo aprueba el equipo directivo del hospital. Además, el programa de prevención y control de infecciones requiere recursos para brindar educación a todo el personal y para comprar suministros como líquidos para manos con alcohol para la higiene de las manos. El equipo directivo del hospital garantiza que el programa tenga los recursos adecuados para que el programa se lleve a cabo de forma efectiva.

Los sistemas de gestión de la información son recursos importantes para el apoyo del control de riesgos, tasas y tendencias en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Las funciones de gestión de la información apoyan el análisis e interpretación de los datos y la presentación de los resultados obtenidos. Además, la información y datos del programa de prevención y control de infecciones se manejan junto con el programa de manejo y mejora de la calidad del hospital.

Elementos medibles de PCI.4

1. El programa de prevención y control de infecciones cuenta con personal dependiendo del tamaño del hospital, la complejidad de las actividades y del nivel de riesgos, así como del alcance del programa. (*Ver también* SQE.6, EM 1 y 2)
2. El equipo directivo del hospital coloca y aprueba el personal y los recursos que requiere el programa de prevención y control de infecciones. (*Ver también* GLD.1.1, EM 3)
3. Los sistemas de gestión de la información dan apoyo al programa de prevención y control de infecciones. (*Ver también* MOI.1.)

Objetivos del programa de control de infecciones

Estándar PCI.5

El hospital diseña e implementa un programa integral de control de infecciones que identifica los procedimientos y procesos asociados al riesgo de infección e implementa estrategias para reducir el riesgo de infección. ③

Intención de PCI.5

Los hospitales evalúan y atienden a los pacientes utilizando múltiples procesos simples y complejos, cada uno asociado a un cierto nivel de riesgo de infección a los pacientes y al personal. Es importante que un hospital mida y revise esos procesos e implemente las necesarias políticas, procedimientos, educación y las actividades basadas en la evidencia que se diseñen para reducir el riesgo de infección. (*Ver también* ACC.6)

Un programa de prevención y control de infecciones debe ser integral, abarcando tanto la atención del paciente como la salud del personal. El programa identifica y aborda las cuestiones sobre la infección que son epidemiológicamente importantes para el hospital. Además, el programa requiere una variedad de estrategias que atraviesan todos los niveles del hospital, dependiendo del tamaño del mismo, su ubicación geográfica, los servicios y los pacientes. El programa incluye la higiene de manos, los sistemas para identificar infecciones y para investigar brotes de enfermedades infecciosas, la implementación de un programa de vacunación para el personal y los pacientes, y la supervisión para mejorar el uso seguro de los antimicrobianos. La evaluación periódica del riesgo y el establecimiento de objetivos de reducción de riesgos son los elementos que guían el programa. (*Ver también* AOP.5.3)

Elementos medibles de PCI.5

1. Existe un programa integral, que atraviesa todos los niveles del hospital, para reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención sanitaria en los pacientes. (*Ver también* PCI.2, EM 3 y 4)
2. Existe un programa integral, que atraviesa todos los niveles del hospital, para reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención sanitaria en el personal del hospital. (*Ver también* AOP.5.3.1, EM 1 y 3; PCI.2, EM 3 y 4; SQE.8.2; y SQE.8.2.1)
3. El hospital ha identificado aquellos procesos asociados a riesgos de infección. (*Ver también* AOP.5.3, EM 2; AOP.5.3.1, EM 1 y 3; MMU.5, EM 1 y 3)
4. El hospital ha implementado estrategias, educación y actividades basadas en la evidencia para reducir el riesgo de infección en esos procesos. (*Ver también* AOP.5.3, EM 2; AOP.5.3.1, EM 1 y 3; MMU.5, EM 1 y 3; y PCI.7, EM 1)
5. El hospital identifica qué riesgos requieren políticas y/o procedimientos, educación del personal, cambios en la práctica y otras actividades para mantener la reducción del riesgo.

Estándar PCI.6

El hospital utiliza un enfoque basado en riesgos para establecer el foco del programa de prevención y reducción de infecciones relacionadas con la atención sanitaria. ③

Estándar PCI.6.1

El hospital monitoriza los riesgos de infección, las tasas de infección y las tendencias de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria para reducir los riesgos de las mismas.

Intención de PCI.6 y PCI.6.1

Cada hospital deberá identificar aquellas infecciones epidemiológicamente importantes, los sitios de infección y los dispositivos, procedimientos y prácticas asociadas que centrarán los esfuerzos

para prevenir y reducir el riesgo y la incidencia de infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Un enfoque basado en riesgos ayuda a los hospitales a identificar aquellas prácticas e infecciones en los que deberían centrar sus programas. Un enfoque basado en riesgos usa la vigilancia como un componente importante para recoger y analizar datos que guíen la evaluación del riesgo.

Los hospitales recogen y evalúan datos de las siguientes infecciones y lugares relevantes:

- a) Las vías respiratorias, como los procedimientos y equipos asociados con la intubación, ventilación mecánica, traqueotomía y demás.
- b) El tracto urinario, tal como procedimientos invasivos y tecnología médica asociada con el uso de sondas urinarias permanentes, sistemas de drenaje urinario, su cuidado y demás.
- c) Aparatos intravasculares invasivos, como la inserción y el cuidado de catéteres venosos centrales, vías venosas periféricas y demás
- d) Heridas quirúrgicas, como su cuidado y tipo de vendaje y procedimientos asépticos asociados
- e) Enfermedades y organismos epidemiológicamente importantes, organismos resistentes a varios medicamentos, infecciones altamente virulentas (*Ver también* PCI.10, EM 2 y SQE.8.2.1, EM 1)
- f) Las infecciones emergentes y recurrentes en la comunidad (*Ver también* SQE.8.2.1, EM 1)

Además, aplicar el conocimiento científico relacionado con el control de infecciones mediante estrategias como el uso de guías de práctica clínica (*ver también* GLD.11.2), programas de optimización del uso de antibióticos (*ver también* MMU.1.1), programas para reducir las infecciones comunitarias y hospitalarias e iniciativas para reducir el uso innecesario de dispositivos invasivos pueden reducir significativamente las tasas de infección. El proceso de prevención y control de infecciones está diseñado para disminuir el riesgo de infección en pacientes, personal y otras personas. Para alcanzar esta meta, el hospital debe identificar y detectar de forma proactiva los riesgos, las tasas y las tendencias de las infecciones relacionadas con la atención médica. El hospital usa la información de las mediciones para mejorar las actividades de prevención y control de infecciones y para reducir los índices de infecciones relacionadas con la atención sanitaria a los mínimos niveles posibles. Un hospital puede usar mejor los datos y la información de las mediciones al entender los índices y tendencias de otros hospitales similares y contribuir con datos para las bases de datos relacionados con infecciones. (*Ver también* QPS.4, EM 4 y GLD.5)

Elementos medibles de PCI.6

1. El hospital ha establecido el enfoque del programa mediante la recogida de datos relacionada con los puntos a) a f) de la intención.
2. Los datos recogidos en los puntos a) a f) se analizan para identificar las prioridades en la reducción de tasas de infección. (*Ver también* QPS.4.1, EM 6)
3. Se implementan estrategias de control de infecciones para reducir las tasas de infección para las prioridades identificadas.

Elementos medibles de PCI.6.1

1. Se monitorizan los riesgos, las tasas y las tendencias de infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
2. Los procesos se rediseñan según el riesgo, la tasa y la tendencia de los datos y de la información. (*Ver también* QPS.4.1, EM 6)
3. El hospital evalúa los riesgos de control de infecciones por lo menos una vez al año y toma acciones para enfocar o reenfocar el programa de prevención y control de infecciones.

Equipos, dispositivos y suministros médicos

Estándar PCI.7

El hospital reduce el riesgo de infecciones relacionadas con equipos, dispositivos y suministros

médicos/quirúrgicos garantizando una limpieza, desinfección, esterilización y almacenamiento adecuados; e implementa un proceso para gestionar los suministros caducados. ⑥

Intención de PCI.7

Los procedimientos que implican contacto con equipos, dispositivos y suministros médicos/quirúrgicos pueden ser una fuente importante de patógenos que conduzcan a una infección. El fallo en la adecuada limpieza, desinfección o esterilización, y el uso o almacenamiento inadecuados de equipos, dispositivos y suministros, no solo pone en riesgo a los pacientes, sino que también lleva consigo un riesgo de transmisión de infecciones persona a persona. Es crucial que el personal sanitario siga las prácticas estándar para limpiar, desinfectar y esterilizar. El riesgo de infección se minimiza con unos procesos correctos de *limpieza, desinfección, y esterilización*.^{7,8}

Los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) definen la limpieza como: "... la eliminación de material extraño (por ej. tierra y material orgánico) de los objetos..." Los CDC continúan diciendo que [la limpieza] "se realiza normalmente utilizando agua con detergentes o productos enzimáticos. Es necesaria una limpieza a fondo antes de la desinfección de alto nivel y de la esterilización, porque los materiales orgánicos e inorgánicos que permanecen en las superficies de los instrumentos interfieren con la efectividad de estos procesos."

La desinfección de los equipos y dispositivos médicos abarca tanto las técnicas de bajo como de alto nivel. La desinfección de bajo nivel se utiliza para instrumentos como fonendoscopios, glucómetros y otros equipos no invasivos. La desinfección de bajo nivel es también adecuada para artículos como teclados de ordenador, teléfonos y mandos de televisor. (*Ver también* PCI.9, EM 3) La desinfección de alto nivel se utiliza si la esterilización no es posible, como en el caso de endoscopios y laringoscopios flexibles.

La esterilización de los suministros médicos/quirúrgicos y de otros dispositivos y equipos invasivos incluye varios métodos diferentes, y existen ventajas e inconvenientes para cada uno de ellos. El tipo de esterilización utilizada depende de la situación en que tenga lugar la esterilización y de lo que se esté esterilizando. **Por ejemplo**, el calor húmedo en forma de vapor saturado bajo presión es el método más utilizado y el más fiable. Sin embargo, la esterilización con vapor solo puede utilizarse con artículos resistentes al calor y a la humedad. La esterilización a baja temperatura se utiliza más habitualmente para esterilizar dispositivos y suministros médicos que son sensibles a la temperatura y a la humedad. La esterilización de ciclo corto -o *flash*- (también denominada esterilización con vapor para uso inmediato) se utiliza en situaciones en las que no hay tiempo suficiente para esterilizar un artículo usando el método de vapor saturado bajo presión. Los hospitales siguen guías profesionales de práctica para las técnicas de esterilización que mejor se ajusten al tipo de situaciones de esterilización y a los dispositivos y suministros que se esterilizan. (*Ver también* PCI.8, EM 5)

La limpieza, la desinfección y la esterilización pueden llevarse a cabo en un área centralizada de esterilización o, con una correcta supervisión, en otras áreas del hospital, como puede ser una clínica de gastroenterología o de endoscopia.^{6,9-11} Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización mantienen los mismos estándares dondequiera que se realicen en el hospital. (*Ver también* ACC.6) Es crucial que el personal siga las prácticas estándar para minimizar los riesgos de infección. El personal que procesa equipos, dispositivos y suministros médicos/quirúrgicos recibe orientación y formación, es competente en las prácticas de limpieza, desinfección y esterilización y recibe adecuada supervisión.

Con el fin de evitar la *contaminación*, los artículos limpios y estériles se almacenan de manera apropiada en áreas de almacenamiento establecidas que están limpias y secas y protegidas del polvo, la humedad y las temperaturas extremas. Lo ideal es que los artículos estériles se almacenen separados de los artículos limpios, y que las zonas de almacenamiento estéril sean de acceso limitado. Algunos artículos desinfectados requieren condiciones específicas de secado y almacenamiento para garantizar una desinfección completa y a fondo. **Por ejemplo**, tras la desinfección, los endoscopios deben poder colgarse libremente sin entrar en contacto con el suelo con el fin de evitar la acumulación de fluido en el extremo.

La mayoría de los materiales médicos (fluidos IV, catéteres, suturas, y otros materiales médicos) llevan impresa una fecha de caducidad. Cuando dicha fecha ha pasado, el fabricante no garantiza la esterilidad, seguridad o estabilidad del producto. Algunos materiales contienen una nota

indicando que los contenidos permanecen estériles siempre que el envase se mantenga intacto. El proceso establecido para garantizar el manejo adecuado de los suministros caducados se identifica en una política.

Nota: En el caso de equipos, dispositivos y suministros médicos/quirúrgicos que se utilicen con pacientes en aislamiento como parte de la implementación de medidas de prevención de la transmisión, se necesitan una limpieza y desinfección adicionales.

Elementos medibles de PCI.7

1. El hospital sigue aquellas directrices profesionales de práctica para las técnicas de esterilización que mejor se ajustan al tipo de situaciones de esterilización y al tipo de dispositivos y suministros que se esterilizan. (*Ver también* PCI.5, EM 3 y 4)
2. El hospital sigue aquellas directrices profesionales de práctica para la desinfección de bajo y alto nivel que mejor se ajustan al tipo de dispositivos y equipo que se desinfecta. (*Ver también* GLD.7, EM 3)
3. El personal que procesa equipos, dispositivos y suministros médicos/quirúrgicos recibe orientación y formación, es competente en las prácticas de limpieza, desinfección y esterilización y recibe adecuada supervisión. (*Ver también* GLD.4, EM 1)
4. Los métodos para la limpieza, desinfección y esterilización médica/quirúrgica se coordinan y se aplican de manera uniforme en todo el hospital.
5. Los suministros limpios y estériles se almacenan de manera adecuada en zonas de almacenamiento establecidas que están limpias y secas y protegidas del polvo, la humedad y las temperaturas extremas. (*Ver también* ACC.6)
6. El hospital implementa un proceso compatible con la legislación y normativa locales y con los estándares profesionales que identifica el proceso de manejo de los suministros caducados. (*Ver también* ACC.6; GLD.2 EM 5; y GLD.7, EM 3)

Estándar PCI.7.1

El hospital identifica e implementa un proceso para gestionar la reutilización de dispositivos de un solo uso que sea compatible con la legislación y normativa regional y local. ⑥

Intención de PCI.7.1

Ciertos dispositivos de un solo uso pueden reutilizarse en circunstancias específicas.^{7,12,13} Existen dos riesgos asociados con la reutilización de dispositivos de un solo uso: el potencial de un riesgo aumentado de infección y el riesgo de que el desempeño del dispositivo sea inadecuado o inaceptable después de su reproceso. Cuando se reutilizan dispositivos de un solo uso, hay una política hospitalaria que regula dicha reutilización. (*Ver también* ACC.6) La política es compatible con la legislación y la normativa nacionales y con los estándares profesionales e incluye la identificación de

- a) dispositivos de un solo uso y materiales que pueden ser reutilizados;
- b) un proceso para identificar cuándo un dispositivo de un solo uso ya no es seguro o adecuado para ser reutilizado;
- c) el proceso de limpieza para cada dispositivo que empieza inmediatamente después del uso y sigue un protocolo claro;
- d) la identificación de los pacientes con quienes se han usado los dispositivos médicos reutilizables; y
- e) una evaluación proactiva de la seguridad de reutilizar artículos de un solo uso.

El hospital recopila y analiza datos sobre eventos adversos relacionados con dispositivos y materiales reutilizados para identificar riesgos e implementa acciones para reducir los riesgos y mejorar los procesos.

Elementos medibles de PCI.7.1

1. El hospital identifica los dispositivos de un solo uso y materiales que pueden ser reutilizados.

2. Existe un un proceso para identificar cuándo un dispositivo de un solo uso ya no es seguro o adecuado para ser reutilizado.
3. El hospital tiene un protocolo claro para la limpieza, desinfección y esterilización, según lo apropiado en cada caso, de cada dispositivo de un solo uso reutilizable.
4. El proceso de limpieza para cada dispositivo se sigue según el protocolo.
5. El hospital identifica los pacientes con quienes se han usado dispositivos médicos reutilizables.
6. Cuando se producen eventos adversos como resultado de la reutilización de dispositivos de un solo uso, se monitoriza a los pacientes que utilizan estos dispositivos y se realiza un análisis cuyos resultados se usan para identificar e implementar mejoras. (*Ver también* QPS.8)

Residuos infecciosos

Estándar PCI.7.2

El hospital reduce el riesgo de infecciones mediante la eliminación adecuada de residuos.

Intención de PCI.7.2

Los hospitales producen una cantidad considerable de residuos todos los días. Con frecuencia los desechos son o pueden ser infecciosos. Por tanto, la eliminación adecuada de desechos contribuye a la reducción del riesgo de infección en el hospital.¹⁴ (*Ver también* ACC.6). Esto incluye la eliminación de fluidos corporales y materiales contaminados con fluidos corporales, la eliminación de sangre y componentes de la sangre y, eliminación de desechos del depósito de cadáveres y área de autopsias, cuando las hay. (*Ver también* AOP.5.3.1)

Elementos medibles de PCI.7.2

1. La eliminación de residuos infecciosos y fluidos corporales se gestiona para minimizar el riesgo de transmisión de infecciones. (*Ver también* FMS.5.1, EM 4)
2. La manipulación y eliminación de sangre y de hemoderivados se gestiona para minimizar el riesgo de transmisión de infecciones.
3. Las operaciones del depósito de cadáveres y área de autopsias se gestionan para minimizar el riesgo de transmisión de infecciones.

Estándar PCI.7.3

El hospital implementa prácticas para el manejo y eliminación segura de objetos punzantes y agujas. [Ⓟ]

Intención de PCI.7.3

Uno de los peligros de las lesiones con agujas es la posible transmisión de enfermedades que se transmiten por la sangre. El manejo incorrecto y la eliminación inapropiada de agujas y objetos punzantes presentan un gran reto de seguridad para el personal. Las prácticas de trabajo influyen en el riesgo de lesión y exposición potencial a la enfermedad. El identificar e implementar prácticas basadas en la evidencia para reducir el riesgo de lesión de objetos punzantes asegura que la exposición a dichas lesiones sea mínima. El hospital necesita dar al personal educación relacionada con el manejo y administración segura de los objetos punzantes y agujas.

La eliminación adecuada de agujas y objetos punzantes también reduce el riesgo de lesión y exposición. La eliminación adecuada incluye el uso de recipientes que puedan cerrarse, que no permitan punciones y a prueba de derrames en los lados y el fondo. Los recipientes deben estar fácilmente accesibles para el personal y no deben sobrellenarse.

La eliminación de agujas usadas, hojas de bisturí y otros objetos punzantes, cuando no se hace adecuadamente, puede presentar un riesgo a la salud del público en general y para aquellos que

trabajan en el manejo de desechos. La eliminación de recipientes con objetos punzantes en el océano, **por ejemplo**, puede presentar un riesgo para el público si los recipientes se abren. Los hospitales deben eliminar las agujas y objetos punzantes de forma segura o contratar organizaciones para asegurar la eliminación adecuada de recipientes de residuos médicos y que lo hacen de acuerdo a las leyes y regulaciones.

El hospital implementa una política que trata de forma adecuada todos los pasos del proceso, incluyendo la identificación del tipo y uso adecuado de los recipientes, la eliminación de recipientes y la vigilancia del proceso de eliminación. (*Ver también ACC.6*)

Elementos medibles de PCI.7.3

1. El hospital identifica e implementa prácticas para reducir el riesgo de lesión e infección debido al manejo y administración de agujas y objetos punzantes.
2. Las agujas y objetos punzantes se recogen en recipientes especiales, cerrados, a prueba de punciones y derrames y que no son reutilizados.
3. El hospital debe eliminar las agujas y objetos punzantes de forma segura o contratar con proveedores para asegurar la eliminación adecuada de recipientes de residuos médicos o como lo indican las leyes y normativas.

Servicios de alimentos

Estándar PCI.7.4

El hospital reduce el riesgo de infecciones relacionadas con el funcionamiento de los servicios de alimentos.

Intención de PCI.7.4

El almacenamiento y preparación inadecuada de alimentos pueden provocar enfermedades, como la intoxicación o la infección por alimentos. Las enfermedades por alimentos pueden ser particularmente peligrosas e incluso pueden amenazar la vida de pacientes hospitalizados cuyas condiciones de salud ya están comprometidas debido a una enfermedad, trastorno o lesión. El almacenamiento seguro de los alimentos puede incluir el seguimiento de principios como "primero dentro/primero fuera" (FIFO, *first in, first out*), que ayuda a garantizar que los alimentos se usen antes de su fecha de caducidad. Para evitar las enfermedades vehiculadas por la comida es esencial contar con un sistema efectivo de rotación de alimentos. El hospital debe ofrecer un suministro seguro y preciso de alimentos y productos nutricionales garantizando que la comida sea almacenada y preparada a temperaturas que eviten el riesgo de crecimiento bacteriano.

La contaminación cruzada, especialmente de alimentos crudos a alimentos cocinados, es otra fuente de infecciones por alimentos. La contaminación cruzada puede ser resultado de la contaminación en manos, mostradores, tablas de picar o paños usados para limpiar los mostradores o platos secos. Además, las superficies en las cuales se preparan los alimentos; los utensilios, pequeños electrodomésticos, ollas y sartenes usados para preparar los alimentos; y las bandejas, platos y utensilios usados para servir los alimentos pueden también suponer un riesgo de infección si no se limpian e higienizan adecuadamente.

Elementos medibles de PCI.7.4

1. El hospital almacena alimentos y productos nutricionales en unas condiciones de higiene, temperatura, luz, humedad, ventilación y seguridad que reduzcan el riesgo de infección.
2. El hospital prepara los alimentos y productos nutricionales con unas condiciones de higiene y temperatura adecuadas.
3. En la cocina se implementan medidas de higiene para evitar el riesgo de contaminación cruzada.

Riesgos de construcción

Estándar PCI.7.5

El hospital reduce el riesgo de infección en las instalaciones relacionado con los controles mecánicos y de ingeniería y durante las obras de demolición, construcción y renovación.

Intención de PCI.7.5

Los controles de ingeniería, como sistemas de ventilación de presión positiva, extractores biológicos en los laboratorios, termostatos en unidades de refrigeración y en calentadores de agua usados para esterilizar platos y equipos de cocina, son **ejemplos** del destacado aporte de los estándares ambientales y controles para la buena desinfección y reducción de riesgos de infección en el hospital.

La demolición, construcción o renovación en cualquier lugar dentro del hospital puede ser un riesgo grande en el control de infecciones. La exposición al polvo y residuos de construcción, al ruido, la vibración y otros peligros puede ser potencialmente peligrosa para la función pulmonar y para la seguridad del personal y los visitantes. El hospital usa criterios de riesgo para tratar el impacto de la renovación o nueva construcción en los requisitos de la calidad de aire, prevención y control de infecciones, requisitos de servicios, ruido, vibración y procedimientos de emergencia. (*Ver también* FMS.4, EM 3 y FMS.4.2.1)

Elementos medibles de PCI.7.5

1. Los controles de ingeniería se implementan para minimizar los riesgos de infección en el hospital.
2. El hospital tiene un programa desarrollado que usa criterios de riesgo para evaluar el impacto de las obras de renovación o nueva construcción e implementa el programa cuando se llevan a cabo obras de demolición, construcción o renovación.
3. Es posible evaluar y manejar el riesgo e impacto de una obra de demolición, renovación o construcción en la calidad del aire y en las actividades de prevención y control de infecciones. (*Ver también* FMS.4.2.1)

Transmisión de infecciones

Estándar PCI.8

El hospital proporciona precauciones de barrera y procedimientos de aislamiento que protegen de las enfermedades transmisibles a pacientes, visitantes y personal y protege a los pacientes inmunodeprimidos de adquirir infecciones a las que son particularmente propensos. ④

Estándar PCI.8.1

El hospital elabora e implementa un proceso para gestionar un flujo repentino de pacientes con infecciones transmitidas por vía aérea y para cuando no hay disponibles habitaciones con presión negativa. ④

Intención de PCI.8 y PCI.8.1

El hospital desarrolla políticas y procedimientos que establecen procedimientos de aislamiento y barrera para el hospital. Estas políticas y procedimientos dependen del método de transmisión de enfermedades y abordan a los pacientes individuales que pueden estar infectados así como el entorno físico.¹⁵ (*Ver también* COP.3)

Las precauciones de utilizar habitaciones de aislamiento frente a la infección por vía aérea son necesarias para prevenir la transmisión de agentes infecciosos que pueden permanecer suspendidos en el aire durante largos períodos de tiempo. La ubicación de elección para un paciente con una infección transmitida por vía aérea es una habitación con presión negativa. Cuando la estructura del edificio impide la construcción inmediata de una habitación con presión negativa, el hospital puede

habilitar un aislamiento con presión negativa temporal cuando se necesita un aislamiento frente a infecciones por vía aérea y no se dispone de habitaciones de aislamiento o son insuficientes. Esto puede ocurrir cuando se produce un brote de una enfermedad contagiosa por vía aérea con un gran número de pacientes transmisores. Los dos sistemas más efectivos para crear aislamientos con presión negativa temporales implican la utilización de sistemas de filtración de partículas de aire de alta eficiencia (HEPA) que o bien descargan aire hacia el exterior o bien lo descarga hacia el sistema de aire de retorno. La utilización de sistemas de aislamiento con presión negativa temporales sigue directrices válidas y debe cumplir todos los códigos de edificación y contra incendios.

El hospital tiene un programa para poder manejar a los pacientes con infecciones transmitidas por vía aérea durante cortos períodos de tiempo cuando no hay disponibles habitaciones con presión negativa, así como cuando hay un gran flujo de pacientes con infecciones contagiosas.

La correcta limpieza de la habitación mientras el paciente permanece en el hospital y la limpieza final de la habitación tras el alta del paciente se realizan de acuerdo con las directrices del control de infecciones.

Elementos medibles de PCI.8

1. Los pacientes con enfermedades contagiosas conocidas o con sospecha de las mismas se aíslan de acuerdo con las directrices recomendadas. (*Ver también ACC.6*)
2. Los pacientes con enfermedades transmisibles se separan de los pacientes y del personal en situación de mayor riesgo por estar inmunodeprimidos o por otras razones. (*Ver también ACC.1.1*)
3. Las habitaciones con presión negativa se monitorizan de manera rutinaria y están disponibles para los pacientes con infección que requieren aislamiento para infecciones transmitidas por vía aérea.
4. Cuando las habitaciones con presión negativa no están disponibles de forma inmediata, se pueden habilitar habitaciones con presión negativa temporales que sigan las directrices válidas y cumplan con los códigos de edificación y contra incendios.
5. La limpieza de las habitaciones infectadas durante la hospitalización del paciente y tras el alta sigue las directrices del control de infecciones. (*Ver también PCI.3, EM 2 y PCI.7*)

Elementos medibles de PCI.8.1

1. El hospital elabora e implementa un proceso para abordar el manejo de pacientes con infecciones transmitidas por vía aérea durante cortos períodos de tiempo cuando no hay disponibilidad de habitaciones con presión negativa. (*Ver también PCI.8.2*)
2. El hospital elabora e implementa un proceso para gestionar el flujo de pacientes con enfermedades contagiosas. (*Ver también PCI.8.2*)
3. El personal recibe educación sobre el manejo de pacientes con infecciones cuando hay un flujo repentino o cuando no hay habitaciones con presión negativa disponibles.

Estándar PCI.8.2

El hospital elabora, implementa y pone a prueba un programa de preparación ante emergencias para responder a la presentación de enfermedades transmisibles globales. ④

Intención de PCI.8.2

La globalización de la sociedad ha aumentado la posibilidad de que las enfermedades transmisibles se difundan rápidamente de un país a otro. Enfermedades infecciosas que antes eran endémicas de un área particular ahora se encuentran por todo el mundo. La OMS ha identificado la importancia de detectar de manera temprana los brotes de enfermedades infecciosas y de frenar la mortalidad, la difusión y el impacto potencial. Un elemento importante para detectar y limitar la difusión de la infección es la comunicación con agencias de las administraciones locales y regionales o con centros universitarios de excelencia que participan en actividades de vigilancia a nivel mundial para

monitorizar infecciones emergentes de manera global. Son **ejemplos** de organizaciones que participan en actividades de vigilancia el *Public Health Laboratory Service* del Reino Unido, los *Pasteur Institutes* franceses, la *Training in Epidemiology and Public Health Intervention Network* (TEPHINET) y los *Centers for Disease Control and Prevention* de Estados Unidos. Además, las organizaciones deben estar en contacto con el departamento de epidemiología de sus agencias locales de salud pública cuando estén disponibles.¹⁷

Es especialmente importante educar al personal sobre la detección temprana, incluyendo a aquel personal no clínico que tiene el primer contacto con los pacientes, como los administrativos de admisión. No basta con saber que una enfermedad infecciosa se está extendiendo. Si el personal no está capacitado para reconocer signos y síntomas y actuar de manera temprana, el alcance de la exposición y el riesgo de difusión de la infección aumentan de manera significativa. El reconocimiento temprano tiene especial importancia en el primer punto de entrada del paciente al hospital, como el servicio de urgencia o las consultas externas. (*Ver también* SQE.8.2.1)

Para responder de manera efectiva ante la presentación de enfermedades transmisibles globales, el hospital elabora un programa para el manejo de estas emergencias potenciales. El programa incluye procesos para

- a) la comunicación con organizaciones que participan en actividades de vigilancia a nivel mundial¹⁸;
- b) el desarrollo e implementación de estrategias de separación y aislamiento; (*Ver también* PCI.8, EM 4 y PCI.8.1, EM 1)
- c) formación, incluyendo la demostración, en el uso de equipos de protección personal apropiados para la enfermedad infecciosa;
- d) desarrollo e implementación de estrategias de comunicación; e
- e) identificación y asignación de roles y responsabilidades al personal. (*Ver también* AOP.5.3.1)

El programa se prueba una vez al año para garantizar la respuesta adecuada cuando se produzca un evento real. Si el hospital experimenta un evento real, activa su programa y después analiza cómo ha funcionado, esto equivale a una prueba anual. El análisis del funcionamiento tras una prueba o una situación real puede identificar procesos vulnerables que pueden necesitar una reevaluación.

Elementos medibles de PCI.8.2

1. Los directivos del hospital junto con la persona(s) responsable del programa de prevención y control de la infección elaboran e implementan un programa de preparación ante emergencias para responder ante enfermedades infecciosas globales que incluye al menos los elementos a) hasta e) de la intención. (*Ver también* FMS.6, EM 3)
2. El hospital identifica los primeros puntos de contacto/entrada del paciente en el sistema del hospital y focaliza la educación sobre reconocimiento temprano y acción inmediata. (*Ver también* ACC.1.1, EM 1)
3. El programa completo se prueba anualmente.
4. Al terminar cada prueba, se realiza un análisis de cómo ha funcionado. (*Ver también* FMS.6, EM 5)
5. Las acciones de seguimiento identificadas a partir de la prueba y el análisis se desarrollan y se implementan. (*Ver también* FMS.6, EM 6)

Estándar PCI.9

Hay guantes, mascarillas, protectores oculares, otro equipo de protección, jabón y desinfectantes disponibles y se usan correctamente cuando se necesitan. ©

Intención de PCI.9

La higiene de las manos (como el uso de antisépticos), las técnicas de barrera (como el uso de equipo de protección personal) y los desinfectantes son herramientas fundamentales para prevenir y controlar correctamente las infecciones y, por lo tanto, deben estar disponibles en cualquier lugar de atención en el que puedan necesitarse. El hospital identifica aquellas situaciones en las que se necesita equipo de protección personal, como mascarillas, protección ocular, batas o guantes y proporciona capacitación sobre su uso correcto. El jabón líquido, los antisépticos y las toallas u otros medios de secado se ubican en aquellas áreas en las que se requieren procedimientos de lavado y desinfección de manos. Es importante seguir directrices para garantizar que los dispensadores de jabón líquido se limpian a fondo y de manera correcta antes de rellenarse. El personal recibe capacitación sobre cómo realizar correctamente los procedimientos de lavado de manos, desinfección de manos y desinfección de superficies, así como sobre el uso correcto del equipo de protección personal. (*Ver también* IP5G.5 y ACC.6)

Elementos medibles de PCI.9

1. El hospital identifica las situaciones en las que se necesita equipo de protección personal y garantiza que esté disponible en cualquier lugar de atención en el que podría necesitarse. (*Ver también* FMS.5.1, EM 2)
2. El personal está capacitado y utiliza el equipo de protección personal de manera correcta en todas las situaciones identificadas. (*Ver también* FMS.5.1, EM 2)
3. Hay procedimientos de desinfección de superficies implementados en áreas y situaciones del hospital que se han identificado como de riesgo de transmisión de infecciones. (*Ver también* PCI.7)
4. El jabón líquido, los antisépticos y las toallas u otros medios de secado se ubican en las áreas en las que se requieren procedimientos de lavado y desinfección de manos. (*Ver también* IP5G.5, EM 3)

Mejora de la calidad y educación sobre el programa

Estándar PCI.10

El proceso de prevención y control de la infección se integra con el programa general para la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes del hospital, a través de medidas que son epidemiológicamente importantes para el hospital.

Intención de PCI.10

El hospital usa la información de las mediciones para mejorar las actividades de prevención y control de infecciones y para reducir los índices de infecciones relacionadas con la atención de salud a los mínimos niveles posibles. Un hospital puede usar mejor los datos y la información de las mediciones al entender los índices y tendencias de otros hospitales similares y proporcionar datos para las bases de datos relacionados con infecciones. Todos los departamentos y servicios del hospital tienen la obligación de participar en las prioridades pertinentes en todo el hospital para la medición y también para seleccionar las medidas para las prioridades específicas de los departamentos y servicios para el programa de prevención y control de infecciones.

Elementos medibles de PCI.10

1. Las actividades de prevención y control de infecciones se integran con el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes del hospital. (*Ver también* GLD.4 y GLD.11, EM 1)
2. Se recogen y analizan los datos de monitorización para las actividades de prevención y control de infecciones y se incluyen infecciones epidemiológicamente importantes. (*Ver también* PCI.6)
3. Los datos de monitorización se usan para evaluar y apoyar las mejoras del programa de prevención y control de infecciones. (*Ver también* QPS.8, EM 4)
4. Se documentan los datos de monitorización y trimestralmente se proporcionan análisis de datos y recomendaciones a la dirección. (*Ver también* GLD.4.1, EM 1)

Estándar PCI.11

El hospital proporciona educación sobre las prácticas de prevención y control de infecciones al personal, a los médicos, a los pacientes, a las familias y a otros cuidadores cuando esté indicado por su participación en la atención. ⑥

Intención de PCI.11

Para que un hospital tenga un programa efectivo de prevención y control de infecciones, debe educar sobre el programa a los miembros del personal cuando empiezan a trabajar en el hospital. Además, el personal recibe de manera continuada formación y capacitación relacionada con las tendencias emergentes sobre prevención y control de la infección. El programa de educación incluye al personal profesional, al personal de apoyo clínico y no clínico, a los pacientes y a las familias, e incluso a los comerciantes y a otros visitantes. Se recomienda a los pacientes y a las familias que participen en la implementación y el uso de las prácticas de prevención y control de infecciones en el hospital.

La educación se proporciona como parte del proceso de acogida a todo el nuevo personal y se actualiza de manera periódica, o por lo menos cuando se producen cambios en las políticas, los procedimientos y las prácticas que sirven de guía al programa de prevención y control de infecciones del hospital.

Elementos medibles de PCI.11

1. El hospital proporciona educación sobre prevención y control de infecciones a todo el personal y a otros profesionales cuando empiezan a trabajar en el hospital. (*Ver también* SQE.7)
2. Todo el personal recibe de manera continuada formación y capacitación relacionada con las tendencias emergentes sobre prevención y control de la infección. (*Ver también* SQE.8, EM 3)
3. El hospital proporciona educación sobre prevención y control de infecciones a los pacientes y a las familias.
4. Los hallazgos y las tendencias que se obtienen de las actividades de mejora de la calidad se comunican a todo el personal y se incluyen como parte de la educación del personal.

Referencias

1. US Centers for Disease Control and Prevention. Infection Control in Health Care Facilities. (Updated: Aug 4, 2016.) Accessed Nov 13, 2016. <http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/>.
2. World Health Organization. Infection Prevention and Control in Health Care. Accessed Nov 13, 2016. http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/en/index.html.
3. Carling PC, Huang SS. Improving healthcare environmental cleaning and disinfection: Current and evolving issues. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013 May;34(5):507–513.
4. Fijan S, Turk SS. Hospital textiles, are they a possible vehicle for healthcare-associated infections? *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Sep 14;9(9):3330–3343.
5. Ramphal L, et al. Improving hospital staff compliance with environmental cleaning behavior. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2014 Apr;27(2):88–91.
6. Weber DJ, Rutala WA. Understanding and preventing transmission of healthcare-associated pathogens due to the contaminated hospital environment. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013 May;34(5):449–452.
7. Rutala WA, Weber DJ. Disinfection, sterilization and antisepsis. An overview. *Am J Infect Control*. 2016 May 2;44(5 Suppl):e1–e6.
8. Schneider PM. New technologies and trends in sterilization and disinfection. *Am J Infect Control*. 2013 May;41(5 Suppl):S81–86.
9. Rutala WA, Weber DJ. Gastrointestinal endoscopes: A need to shift from disinfection to sterilization? *JAMA*. 2014 Oct 8;312(14):1405–1406.

10. Sabnis RB, Bhattu A, Vijaykumar M. Sterilization of endoscopic instruments. *Curr Opin Urol*. 2014 Mar;24(2):195–202.
11. Wei R, et al. Evaluation of detergents and contact time on biofilm removal from flexible endoscopes. *Am J Infect Control*. 2013 Sep;41(9):e89–92.
12. Humphries RM, McDonnell G. Superbugs on duodenoscopes: The challenge of cleaning and disinfection of reusable devices. *J Clin Microbiol*. 2015 Oct;53(10):3118–3125.
13. SGNA Practice Committee 2011-12. Reuse of single-use critical medical devices. *Gastroenterol Nurs*. 2015 Mar– Apr;38(2):135–136.
14. World Health Organization (WHO). Health-Care Waste. Fact Sheet 253. Nov 2015. Accessed Oct 12, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/en/>
15. El-Sharkawy MF, Noweir MEH. Indoor air quality levels in a university hospital in the Eastern Province of Saudi Arabia. *J Family Community Med*. 2014 Jan;21(1):39–47.
16. Asia Pacific Society of Infection Control. APSIC Guidelines for Environmental Cleaning and Decontamination. Accessed Nov 11, 2016. <http://apsic.info/documents/Environmental-Cleaning-APSIC-Guideline-14-Jan-2013.pdf>.
17. Nicholson A, Snair MR, Hermann J. *Global Health Risk Framework: Resilient and Sustainable Health Systems to Respond to Global Infectious Disease Outbreaks: Workshop Summary*. Washington, DC: National Academies Press, 2016.
18. World Health Organization (WHO). Global Infectious Disease Surveillance. Fact Sheet 200. Accessed Nov 13, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs200/en/>.



Órgano de gobierno, liderazgo y dirección (GLD)

Panorama general

Para proporcionar una atención excelente a los pacientes se necesita un liderazgo efectivo. El liderazgo efectivo empieza por conocer las diversas responsabilidades y autoridad de los individuos dentro de la organización y cómo estos individuos trabajan juntos. Aquellos que gobiernan, gestionan y lideran una organización poseen tanto autoridad como responsabilidad. De manera colectiva e individual, son responsables de cumplir las leyes y las normativas y de ocuparse de la responsabilidad del hospital hacia la población de pacientes a la que atiende.

Con el paso del tiempo, el liderazgo efectivo contribuye a superar las barreras percibidas y los problemas de comunicación entre los departamentos y servicios de la organización, y esta se vuelve más eficiente y efectiva. Los servicios se integran cada vez más. En particular, la integración de todas las actividades de gestión y mejora de la calidad a través de la organización da lugar a mejores resultados en los pacientes.

Nota: en todos los estándares GLD, el término *líderes* se utiliza para indicar que uno o más individuos son responsables de la expectativa(s) que se encuentra en el estándar. *Liderazgo* se utiliza para indicar que un grupo de líderes es responsable de manera colectiva de la expectativa(s) que se encuentra en el estándar.

Los estándares de este capítulo están agrupados de acuerdo con la siguiente jerarquía de liderazgo (como se ilustra en la figura de abajo):

Nivel I: Gobierno

El *gobierno* se refiere a la *entidad de gobierno* del hospital y puede tener muchas configuraciones. **Por ejemplo**, la entidad de gobierno puede estar formado por un grupo de personas (como una junta comunitaria), uno o más propietarios individuales, o en el caso de los hospitales públicos, el Ministerio de Sanidad. Cualquier persona o grupo responsable de los requisitos incluidos en GLD.1.1 se considera la entidad de gobierno del hospital. Otros estándares que incluyen requisitos y expectativas sobre la entidad de gobierno son GLD.1 y GLD.1.2.

Nivel II: Director ejecutivo o gerente

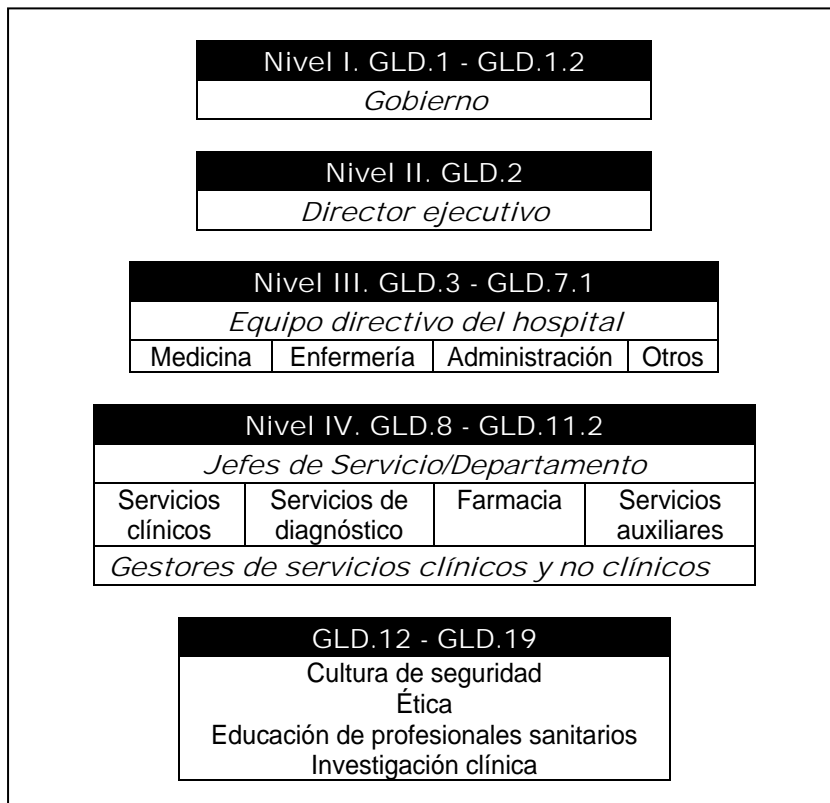
El más alto ejecutivo del hospital, comúnmente llamado *director ejecutivo* o gerente, es un cargo ocupado por una o más personas seleccionadas por la entidad de gobierno para administrar la organización en el día a día. Por lo general este cargo es ocupado por un médico, un administrador, o ambos conjuntamente. En los centros médicos académicos, el decano de la facultad de medicina puede estar en este nivel ejecutivo en el hospital. GLD.2 describe las responsabilidades y expectativas del director ejecutivo/gerente.

Nivel III: Equipo directivo del hospital


Los estándares asignan al *equipo directivo del hospital* una gama de responsabilidades con la intención de guiar de manera colaborativa al hospital en el cumplimiento de su misión. Con mucha frecuencia el equipo directivo del hospital está formado por un director médico que representa al personal médico del hospital, un director de enfermería que representa a todos los niveles de enfermería del hospital, administradores de alta gerencia y cualquier otra persona que seleccione el hospital, como un director de calidad o de recursos humanos. En los hospitales más grandes que tienen diferentes estructuras organizativas, como áreas, el equipo directivo del hospital puede incluir a los líderes de estas áreas. Cada hospital identifica al equipo directivo del hospital y los estándares GLD.3 a GLD.7.1 describen las responsabilidades de este grupo. Nota: GLD.8 describe las responsabilidades de los líderes de los servicios clínicos, sin embargo, pueden estar organizados de manera formal o informal. En los centros médicos académicos, quien dirige la educación médica y quien lidera la investigación clínica pueden formar parte del equipo directivo del hospital.

Nivel IV: Jefes de departamento/servicio

Para conseguir una provisión de servicios clínicos y una gestión de la organización diarias efectivas y eficientes, lo más frecuente es que los hospitales se dividan en subgrupos cohesionados tales como departamentos, servicios o unidades bajo la dirección de uno o varios *jefes de departamento/servicio*. Los estándares GLD.8 a GLD.11.2 describen las expectativas sobre estos jefes de departamento/servicio. Por lo general, los subgrupos consisten en servicios clínicos, como medicina, cirugía, obstetricia, pediatría y otros; uno o más subgrupos de enfermería; servicios o departamentos de diagnóstico, como radiología y laboratorio clínico; servicios de farmacia, tanto centralizados, como distribuidos por todo el hospital; y servicios auxiliares, como transporte, trabajo social, servicios financieros, compras, mantenimiento y recursos humanos, entre otros. La mayoría de los hospitales más grandes también tienen gestores dentro de estos subgrupos. **Por ejemplo**, enfermería puede tener una supervisora del funcionamiento de los quirófanos y otra para las consultas externas, el departamento de medicina puede tener jefes de cada unidad clínica para pacientes y la oficina comercial del hospital puede tener gestores de las diferentes funciones comerciales, tales como control de camas, facturación y adquisiciones, entre otras.




Finalmente, el capítulo de GLD contiene requisitos relacionados con todos los niveles descritos anteriormente. Estos requisitos se encuentran en GLD.12 a GLD.19 e incluyen la cultura de seguridad, ética, educación de profesionales médicos e investigación, cuando se lleven a cabo.


Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono  después del texto del estándar.


Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.


Gobierno del hospital

GLD.1 La estructura y la autoridad de la entidad de gobierno del hospital se describen en estatutos, políticas y procedimientos, o documentos similares. 

GLD.1.1 Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad de gobierno se describen en un documento(s) escrito. 


GLD.1.2 La entidad de gobierno aprueba el programa de calidad y seguridad de los pacientes del hospital y regularmente recibe informes del programa de calidad y seguridad de los pacientes y actúa en consecuencia. 


Responsabilidades del director ejecutivo(s)

GLD.2 Un director ejecutivo(s) es responsable del funcionamiento del hospital y del cumplimiento de las leyes y la normativa que le sean de aplicación. 

Responsabilidades del equipo directivo

GLD.3 El equipo directivo del hospital está identificado y es responsable colectivamente de definir la misión del hospital y de crear los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.

GLD.3.1 El equipo directivo del hospital identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los pacientes atendidos por el hospital. 

GLD.3.2 El equipo directivo del hospital garantiza la comunicación eficaz en todo el hospital. 

GLD.3.3 El equipo directivo del hospital garantiza que existan programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la formación continuada de todo el personal.

Equipo directivo del hospital en la calidad y la seguridad del paciente

GLD.4 El equipo directivo del hospital planifica, elabora e implementa un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.

GLD.4.1 El equipo directivo del hospital informa regularmente sobre la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes a la entidad de gobierno y al personal del hospital.

GLD.5 El gerente y el equipo directivo del hospital establecen prioridades respecto a los procesos de todo el hospital que se medirán, sobre qué actividades de mejora y seguridad de los pacientes se implementarán en todo el hospital y sobre cómo se medirá el éxito de estos esfuerzos en todo el hospital.

Equipo directivo del hospital en los contratos

GLD.6 El equipo directivo del hospital es responsable de la revisión, selección y monitorización de los contratos clínicos y no clínicos. ④

GLD.6.1 El equipo directivo del hospital garantiza que los contratos y otros acuerdos se incluyan como parte del programa de mejora de la calidad y la seguridad del paciente del hospital.

GLD.6.2 El equipo directivo del hospital garantiza que los facultativos independientes que no son empleados del hospital tengan las credenciales adecuadas y hayan recibido privilegios para los servicios prestados a los pacientes del hospital. ④

Equipo directivo del hospital en las decisiones sobre recursos

GLD.7 El equipo directivo del hospital toma decisiones relacionadas con la compra o el uso de recursos -humanos y técnicos- conociendo las implicaciones de esas decisiones en la calidad y la seguridad.

GLD.7.1 El equipo directivo del hospital busca y utiliza datos e información sobre la seguridad de la cadena de suministros para proteger a los pacientes y al personal de los productos inestables, contaminados, defectuosos y falsificados.

Organización y responsabilidades del personal clínico

GLD.8 Los líderes médicos, de enfermería y otros jefes de departamentos y servicios clínicos planifican e implementan una estructura del personal profesional para apoyar sus responsabilidades y autoridad. ④

Dirección de los departamentos y servicios del hospital

GLD.9 Una o más personas cualificadas dirigen cada departamento o servicio del hospital. ④

GLD.10 Cada jefe de departamento/servicio identifica por escrito los servicios a ser prestados por el departamento, e integra o coordina dichos servicios con los servicios de otros departamentos. ④

GLD.11 Los jefes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los pacientes participando en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al paciente específicas del departamento/servicio.

GLD.11.1 Las medidas seleccionadas por los jefes de departamento/servicio que pueden aplicarse para evaluar el desempeño de los médicos, enfermeras y demás profesionales que participan en los procesos de atención clínica, se utilizan en la evaluación del desempeño del personal.

GLD.11.2 Los jefes de departamento/servicio seleccionan e implementan guías de práctica clínica así como vías y/o protocolos clínicos relacionados, para orientar la atención clínica. ④

Ética clínica y de la organización

GLD.12 El equipo directivo del hospital establece un marco para la gestión ética que promueve una cultura de prácticas y toma de decisiones éticas para garantizar que la atención del paciente se proporcione dentro de normas comerciales, financieras, éticas y legales y proteja a los pacientes y sus derechos. ④

GLD.12.1 El marco del hospital para la gestión ética se ocupa de cuestiones operativas y comerciales, incluyendo la mercadotecnia, los ingresos, la derivación, el alta y la comunicación de la propiedad y de cualquier conflicto comercial y profesional que pueda no ser en el mejor interés de los pacientes. ④

GLD.12.2 El marco del hospital para la gestión ética se ocupa aborda las cuestiones

y la toma de decisiones éticas en la atención clínica. ③

GLD.13 El equipo directivo del hospital crea y apoya un programa de cultura de seguridad en todo el hospital. ③

GLD.13.1 El equipo directivo del hospital implementa, monitoriza y actúa para mejorar el programa para la cultura de seguridad en todo el hospital.

Educación de profesionales sanitarios

GLD.14 La educación de profesionales sanitarios, cuando se proporciona dentro del hospital, se guía por los parámetros educativos definidos por el programa académico patrocinador y por el equipo directivo del hospital.

Investigación con sujetos humanos

GLD.15 La investigación con sujetos humanos, cuando se realiza dentro del hospital, sigue las pautas establecidas por la legislación, la normativa y el equipo directivo del hospital. ③

GLD.16 Se informa a los pacientes y las familias sobre cómo tener acceso a la investigación clínica, estudios clínicos o ensayos clínicos con sujetos humanos. ③

GLD.17 Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo se protege a los pacientes que deciden participar en una investigación, estudio o ensayo clínico.

GLD.18 El consentimiento informado se obtiene antes de que un paciente participe en una investigación, un estudio o un ensayo clínico. ③

GLD.19 El hospital cuenta con un comité u otra forma de supervisar toda la investigación que se realiza en el hospital en la que participan sujetos humanos. ③

Estándares, intenciones y elementos medibles

Gobierno del hospital

Estándar GLD.1

La estructura y la autoridad de la entidad de gobierno del hospital se describen en estatutos, políticas y procedimientos, o documentos similares. ③

Intención de GLD.1

Hay una entidad de gobierno **-por ejemplo**, un grupo de personas (una junta directiva o una junta comunitaria), uno o varios propietarios individuales, o en el caso de muchos hospitales públicos, el Ministerio de Sanidad- que es responsable de supervisar el funcionamiento del hospital y de rendir cuentas por los servicios de atención sanitaria que proporciona el hospital. Esta entidad de gobierno es responsable de los requerimientos que se encuentran en GLD.1.1. La estructura y autoridad de esta entidad se describen en estatutos, políticas y procedimientos, o documentos similares que identifican cómo se deben llevar a cabo.

Hay una evaluación anual de la entidad de gobierno. La evaluación anual puede ser sencilla; **por ejemplo**, tres o cuatro preguntas relacionadas con si la entidad de gobierno está cumpliendo sus responsabilidades, como las descritas en GLD.1.1 -aprobar la misión, la estrategia y los *planes* operativos, el presupuesto, etc. Se puede desarrollar un cuestionario on-line o se pueden enviar las preguntas por correo electrónico o postal a los miembros de la entidad de gobierno.

Cuando el hospital es una de las muchas organizaciones que rinden cuentas a una entidad de gobierno, como en el caso de algunos Ministerios de Sanidad que actúan como entidad de gobierno, conseguir los resultados de la evaluación anual puede ser todo un reto. En estas circunstancias, el

hospital realiza un esfuerzo creíble para obtener la necesaria contribución y acciones de la entidad de gobierno. Un esfuerzo creíble se caracteriza por múltiples intentos utilizando métodos diferentes (**por ejemplo**, teléfono, correo electrónico y/o carta) con documentación de los intentos y resultado(s) de las comunicaciones. (*Ver también* GLD.1.2)

La entidad de gobierno del hospital se representa o muestra en un gráfico organizativo u otro documento que muestre las líneas de autoridad y responsabilidad.

Elementos medibles de GLD.1

1. La estructura de la entidad de gobierno del hospital se describe en un documento escrito en el que se identifica a las personas responsables del gobierno del hospital.
2. La autoridad de la entidad de gobierno del hospital se describe en estatutos, políticas y procedimientos, o documentos similares.
3. El documento(s) describe cuándo y cómo se puede delegar la autoridad de la entidad de gobierno y la del director ejecutivo.
4. Se realiza una evaluación anual de la entidad de gobierno y los resultados se documentan.

Estándar GLD.1.1

Las responsabilidades y la rendición de cuentas de las operaciones de la entidad de gobierno se describen en un documento(s) escrito. ©

Intención de GLD.1.1

Las responsabilidades y la rendición de cuentas de la entidad de gobierno se describen en un documento(s) escrito que identifica cómo se deben llevar a cabo. Para que el hospital tenga un liderazgo definido, funcione de manera eficiente y proporcione servicios sanitarios de alta calidad, la entidad de gobierno debe cumplir con sus responsabilidades. Estas responsabilidades están principalmente en el nivel de aprobación e incluyen

- aprobar y revisar periódicamente la *misión* del hospital y garantizar que el público conozca la misión del hospital;
- aprobar los diferentes planes estratégicos y operativos del hospital, así como las políticas y los procedimientos necesarios para el funcionamiento diario del hospital;
- aprobar la participación del hospital en los programas de educación de profesionales sanitarios y de investigación y la supervisión de la calidad de dichos programas; (*Ver también* GLD.14 y GLD.15)
- aprobar o proporcionar el *capital* para inversiones y el presupuesto(s) operativo y otros recursos necesarios para el funcionamiento del hospital y para cumplir con la misión y el plan estratégico del hospital y
- asignar o aprobar al director ejecutivo(s) del hospital, y organizar una evaluación anual del desempeño de esta persona(s), que queda documentada.

Elementos medibles de GLD.1.1

1. La entidad de gobierno aprueba, revisa periódicamente y hace pública la declaración de la misión del hospital.
2. La entidad de gobierno aprueba los planes estratégicos, los planes operativos, las políticas y los procedimientos del hospital.
3. La entidad de gobierno aprueba el capital para inversiones y el presupuesto(s) operativo y asigna otros recursos necesarios para cumplir con la misión del hospital. (*Ver también* COP.8, EM 2; PCI.4, EM 2; y FMS.4.2, EM 2)
4. La entidad de gobierno aprueba la participación del hospital en los programas de educación de profesionales sanitarios y de investigación y supervisa la calidad de dichos programas.
5. La entidad de gobierno asigna, y evalúa anualmente, al director ejecutivo(s) del hospital, y la

evaluación queda documentada.

Estándar GLD.1.2

La entidad de gobierno aprueba el programa de calidad y seguridad de los pacientes del hospital y regularmente recibe informes del programa de calidad y seguridad de los pacientes y actúa en consecuencia. ③

Intención de GLD.1.2

La entidad de gobierno aprueba o mantiene todos los programas y políticas del hospital y asigna los recursos para cumplir con la misión del hospital. Una responsabilidad importante es llevar a cabo todas las obligaciones de manera que se apoye la mejora continua de la calidad y la seguridad de los pacientes. Esta importante inversión en calidad requiere planificación, asignación de los recursos adecuados y monitorización de los avances. Por tanto, la entidad de gobierno aprueba el programa de calidad anualmente y recibe informes de calidad de manera regular. Los informes pueden ser globales o centrados específicamente en un servicio clínico, un grupo de pacientes o algún aspecto operativo. Por lo tanto, a lo largo de un período de tiempo, todos los aspectos del programa de calidad, incluyendo los eventos adversos y los eventos centinela, se presentan a la entidad de gobierno para su conocimiento y discusión. Cuando la discusión se traduce en acciones, como la asignación de recursos adicionales, estas acciones se registran en actas, que luego se vuelven a examinar en una futura reunión(es).

Conseguir que la entidad de gobierno revise y actúe sobre los informes del programa de calidad y seguridad del paciente puede ser todo un reto para algunos hospitales, particularmente para aquellos que constituyen una de las muchas organizaciones que rinden cuentas a una entidad de gobierno, como un Ministerio de Sanidad. Si la entidad de gobierno sigue sin responder, el hospital realiza un esfuerzo creíble para contactarla. Un esfuerzo creíble incluye contactar con la entidad de gobierno en múltiples ocasiones utilizando varios métodos y documentar los intentos/resultados de las comunicaciones. (*Ver también* GLD.1)

Elementos medibles de GLD.1.2

1. La entidad de gobierno aprueba anualmente el programa de calidad y seguridad de los pacientes del hospital.
2. La entidad de gobierno recibe al menos trimestralmente los informes del programa de calidad y seguridad de los pacientes, incluyendo informes sobre eventos adversos y eventos centinela, y actúa en consecuencia. (*Ver también* QPS.4.1, EM 5; FMS.3; y FMS.10, EM 3)
3. Las actas reflejan las acciones tomadas y cualquier seguimiento de las mismas.

Responsabilidades del director ejecutivo(s)

Estándar GLD.2

Un director ejecutivo(s) es responsable del funcionamiento del hospital y del cumplimiento de las leyes y la normativa que le sean de aplicación. ③

Intención de GLD.2

El liderazgo eficaz es esencial para que un hospital pueda funcionar eficientemente y cumplir con su misión. El liderazgo es lo que proporcionan las personas en conjunto e individualmente al hospital y lo puede llevar a cabo cualquier cantidad de personas.

El director ejecutivo es responsable de todas las operaciones diarias del hospital. Esto incluye la adquisición y el inventario de los suministros esenciales, el mantenimiento de las instalaciones físicas, la administración financiera, la gestión de la calidad y otras responsabilidades. La educación y la experiencia de las personas cumplen con los requisitos de la descripción del cargo. El director ejecutivo colabora con el equipo directivo del hospital en definir la misión del hospital y planificar

las políticas, los procedimientos y los servicios clínicos relacionados con esa misión. Una vez aprobadas por la entidad de gobierno, el director ejecutivo es responsable de implementar todas las políticas y garantizar el cumplimiento de todas las políticas por el personal del hospital. (*Ver también* el capítulo de QPS)

El director ejecutivo es responsable de que el hospital

- cumpla con la legislación y normativa aplicables;
- responda a cualquier comunicación de las entidades reguladoras y de inspección; y
- tenga procesos para administrar y controlar los recursos humanos y financieros, entre otros.

Elementos medibles de GLD.2

1. La formación y la experiencia del director(es) ejecutivo cumple con los requisitos de la descripción del puesto.
2. El director ejecutivo administra las operaciones diarias del hospital, incluyendo las responsabilidades indicadas en la descripción del puesto.
3. El director ejecutivo recomienda políticas, planes estratégicos y presupuestos a la entidad de gobierno.
4. El director ejecutivo garantiza el cumplimiento de las políticas aprobadas.
5. El director ejecutivo garantiza el cumplimiento de la legislación y normativa aplicables. (*Ver también* ACC.4.5 EM 6; ACC.4.5.1, EM 4; AOP.5, EM 1; AOP.6, EM 1; COP.9, EM 1; COP.9.2, EM 2; ASC.1, EM 4; MMU.1, EM 5; MMU.1.1, EM 2; MMU.5.2, EM 1; PCI.3, EM 1; PCI.7, EM 6; FMS.1, EM 1; FMS.4.2, EM 1, FMS.5, EM 5; SQE.9, EM 2; SQE.9.1, EM 1; SQE.14, EM 2; SQE.16, EM 2; MOI.2, EM 2)
6. El director ejecutivo responde a cualquier comunicación de las entidades reguladoras y de inspección. (*Ver también* PCI.3, EM 3 y 4; y FMS.1, EM 3)

Responsabilidades del equipo directivo del hospital

Estándar GLD.3

El equipo directivo del hospital está identificado y es responsable colectivamente de definir la misión del hospital y de crear los programas y las políticas que se necesitan para cumplir con la misión.

Intención de GLD.3

El equipo directivo del hospital proviene de varias fuentes. La entidad rectora nombra al director ejecutivo(s). El director ejecutivo puede nombrar a otros para el equipo directivo del hospital. El equipo directivo del hospital puede tener títulos formales, tales como Director médico o Director de enfermería, pueden ser jefes de los departamentos o servicios clínicos y no clínicos o pueden ser reconocidos informalmente por su antigüedad, estatus o contribución al hospital. Es importante que el equipo directivo del hospital se reconozca y se presente en el proceso de definición de la misión del hospital. Basándose en la misión, el equipo directivo del hospital trabaja de manera colectiva y colaborativa para desarrollar los programas, las políticas y los servicios que se necesitan para cumplir con la misión.¹ Cuando los propietarios o agencias externas al hospital establecen el marco de la misión y las políticas, el equipo directivo del hospital trabaja de manera colaborativa para llevar a cabo la misión y las políticas.

Elementos medibles de GLD.3

1. Los directores ejecutivos y el equipo directivo del hospital se identifican por título y nombre y sus responsabilidades colectivas se describen en documentos escritos.
2. El equipo directivo del hospital es responsable de definir la misión del hospital.

3. El equipo directivo es responsable de crear las políticas y los procedimientos necesarios para llevar a cabo la misión.
4. El equipo directivo del hospital garantiza el cumplimiento de las políticas y los procedimientos.

Estándar GLD.3.1

El equipo directivo del hospital identifica y planifica el tipo de servicios clínicos necesarios para satisfacer las necesidades de los pacientes atendidos por el hospital. ④

Intención de GLD.3.1

Los servicios de atención a los pacientes se planifican y diseñan para responder a las necesidades de la población de pacientes. La atención y los servicios a prestar se documentan y son coherentes con la misión del hospital. El equipo directivo del hospital determina con los jefes de los diferentes departamentos y servicios del hospital los servicios de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación, entre otros, que son esenciales para la población de pacientes. El equipo directivo del hospital también planifica con los jefes de los departamentos y servicios el alcance y la intensidad de los diferentes servicios que presta el hospital directa o indirectamente. Cuando es aplicable a la misión, el equipo directivo del hospital planifica y participa con la comunidad, los hospitales locales y otros para satisfacer las necesidades de atención de la salud de la comunidad. Los servicios planificados reflejan la dirección estratégica del hospital y la perspectiva de los pacientes a los que atiende el hospital.

La planificación de los servicios de atención a los pacientes también implica que el equipo directivo del hospital defina sus comunidades y poblaciones de pacientes, la identificación de las necesidades de la comunidad en cuanto a servicios y la planificación de la comunicación permanente con los principales grupos de interés de la comunidad. (*Ver también* PFR.1). Las comunicaciones pueden ser directas a los individuos o a través de los medios de comunicación públicos y agencias de la comunidad o de terceros. Los tipos de información comunicada incluyen

- información sobre los servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención; e
- información sobre la calidad de los servicios, que se proporciona al público y a las fuentes de derivación.

Elementos medibles de GLD.3.1

1. El equipo directivo del hospital determina y planifica con los jefes de departamentos/servicios el tipo de atención y servicios que presta el hospital, que son coherentes con la misión del hospital y las necesidades de los pacientes atendidos por el hospital. (*Ver también* ACC.1, EM 1 y ACC.2.2.1, EM 1)
2. El equipo directivo del hospital se comunica con los principales grupos de interés de su comunidad para facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de atención a los pacientes. (*Ver también* MOI.1, EM 3)
3. El equipo directivo del hospital proporciona a los grupos de interés los datos e información sobre la calidad de sus servicios. (*Ver también* QPS.6, EM 4)
4. El equipo directivo del hospital describe y documenta la atención y los servicios que se deben prestar.

Estándar GLD.3.2

El equipo directivo del hospital garantiza la comunicación eficaz en todo el hospital. ④

Intención de GLD.3.2

La comunicación eficaz dentro del hospital es responsabilidad del equipo directivo del hospital. Por lo tanto, el equipo directivo del hospital entiende la dinámica de comunicación entre los grupos de

profesionales; entre las unidades estructurales, tales como los departamentos; entre los grupos de profesionales y de no profesionales; entre los profesionales de la salud y la administración; entre los profesionales de la salud y las familias y entre los profesionales de la salud y las organizaciones externas, **por ejemplo**. El equipo directivo del hospital no solo establece los parámetros para la comunicación eficaz, sino también sirve de modelo para la comunicación eficaz de la misión, las estrategias y planes del hospital, así como de otra información pertinente. El equipo directivo del hospital presta atención a la exactitud y oportunidad de la información que se comparte y comunica en todo el hospital.

Para coordinar e integrar la atención a los pacientes, el equipo directivo del hospital desarrolla una cultura que hace énfasis en la colaboración y la comunicación. Se usan métodos formales (**por ejemplo**, los comités permanentes, equipos conjuntos) e informales (**por ejemplo**, boletines informativos y carteles) para promover la comunicación entre los servicios y los miembros individuales del personal. La coordinación de los servicios clínicos se origina de la comprensión de la misión y los servicios de cada departamento y de la colaboración para desarrollar políticas y procedimientos comunes.

Elementos medibles de GLD.3.2

1. El equipo directivo del hospital garantiza el establecimiento de procesos para comunicar oportunamente la información pertinente en todo el hospital. (*Ver también* MOI.1, EM 2)
2. El equipo directivo del hospital asegura la comunicación eficaz entre los departamentos/servicios clínicos y no clínicos y los miembros individuales del personal. (*Ver también* MOI.1, EM 1)
3. El equipo directivo del hospital comunica al personal la visión, la misión, los objetivos, las políticas y los planes del hospital.

Estándar GLD.3.3

El equipo directivo del hospital garantiza que existan programas uniformes para el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la formación continuada de todo el personal.

Intención de GLD.3.3

La capacidad de un hospital para atender a los pacientes está directamente relacionada con su capacidad de atraer y retener al personal cualificado y competente. El equipo directivo del hospital reconoce que la retención del personal, en lugar del reclutamiento, ofrece mayores beneficios a largo plazo. La retención se incrementa cuando el equipo directivo del hospital apoya el avance personal a través de la educación continua. Por lo tanto, el equipo directivo del hospital planifica y pone en práctica un programa uniforme y procesos relacionados de reclutamiento, retención, desarrollo y educación continua para cada categoría de personal. El programa de reclutamiento del hospital tiene en cuenta las guías publicadas, tales como las de la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Internacional de Enfermería y la Asociación Médica Mundial.

Elementos medibles de GLD.3.3

1. El hospital desarrolla y pone en práctica un proceso de reclutamiento de personal. (*Ver también* SQE.2, EM 1)
2. El hospital desarrolla y pone en práctica un proceso de retención de personal.
3. El hospital desarrolla y pone en práctica un proceso de desarrollo y formación continua del personal. (*Ver también* SQE.8, EM 2)
4. La planificación se realiza de manera colaborativa e incluye a todos los departamentos y servicios del hospital.

seguridad del paciente

Estándar GLD.4

El equipo directivo del hospital planifica, elabora e implementa un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.

Estándar GLD.4.1

El equipo directivo del hospital informa regularmente sobre la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes a la entidad de gobierno y al personal del hospital.

Intención de GLD.4 y GLD.4.1

El liderazgo y la planificación son esenciales para que un hospital pueda iniciar y mantener con éxito la mejora y reducir los riesgos de los pacientes y el personal. El liderazgo y la planificación empiezan con la entidad de gobierno del hospital, junto con aquellos que gestionan y dirigen diariamente las actividades clínicas y administrativas del hospital. Colectivamente, estas personas representan a los líderes de los departamentos y servicios del hospital. El equipo directivo del hospital es responsable de establecer y brindar apoyo continuo para el compromiso de la organización hacia la calidad. El equipo directivo del hospital desarrolla el programa de calidad y seguridad de los pacientes para su aprobación por la entidad de gobierno y a través de su visión y apoyo, da forma a la cultura de calidad del hospital.²⁻³ (*Ver también* QPS.1).

El equipo directivo del hospital selecciona los métodos que utiliza el hospital para medir, evaluar y mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes. Además, el equipo directivo del hospital determina la forma en que se dirigirá y administrará diariamente el programa, por ejemplo, mediante un departamento de calidad y garantiza que el programa tenga los recursos adecuados para ser efectivo.

El equipo directivo del hospital también implanta una estructura y un proceso para las actividades generales de monitorización y coordinación del programa en todo el hospital. Estas acciones garantizan la coordinación entre todos los departamentos y servicios para la medición y los esfuerzos de mejora. La coordinación se puede lograr a través de un consejo o comité de gestión de la calidad o alguna otra estructura. La coordinación promueve un enfoque de todo el sistema hacia las actividades de monitorización y mejora de la calidad mientras se reduce la duplicación de esfuerzos; **por ejemplo**, dos departamentos que miden independientemente procesos o resultados similares. (*Ver también* QPS.2 y PCI.10, EM 1).

El equipo directivo del hospital también es responsable de verificar que se preparen los informes de calidad, por lo menos trimestralmente, para la revisión y discusión por parte de la entidad de gobierno, y de que se lleven a cabo las acciones de la entidad de gobierno en relación con los informes del programa de calidad. Además, al menos trimestralmente, el informe de calidad a la entidad de gobierno incluye

- la cantidad y el tipo de eventos centinela y las causas raíz relacionadas;
- si se informó a los pacientes y las familias sobre el evento;
- las acciones tomadas para mejorar la seguridad en respuesta a los eventos y
- si se mantuvieron las mejoras.

La comunicación regular al personal de la información sobre el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes es esencial. Este flujo de comunicaciones sobre la calidad se realiza a través de canales eficaces, tales como boletines informativos, carteles, reuniones con el personal y procesos de recursos humanos. La información puede estar relacionada con proyectos de mejora nuevos o recién terminados, avance en el cumplimiento de los objetivos internacionales de seguridad del paciente, los resultados del análisis de eventos centinela y otros eventos adversos o programas recientes de investigación o comparativos, entre otros.

Elementos medibles de GLD.4

1. El equipo directivo del hospital participa en el desarrollo y la implementación de un programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes para todo el hospital.
2. El equipo directivo del hospital selecciona e implementa un proceso en todo el hospital para

medir, evaluar los datos, planificar el cambio y sostener las mejoras de calidad y seguridad de los pacientes y proporciona educación al personal sobre este proceso de mejora de la calidad.

3. El equipo directivo del hospital determina la forma en que se dirigirá y administrará el programa en el día a día y garantiza que el programa cuente con la tecnología adecuada y otros recursos adecuados para ser efectivo.
4. El equipo directivo del hospital implementa una estructura y un proceso para las actividades generales de monitorización y coordinación del programa de mejora de la calidad y seguridad de los pacientes.

Elementos medibles de GLD.4.1

1. El equipo directivo del hospital informa al menos trimestralmente a la entidad de gobierno sobre el programa de calidad y seguridad de los pacientes. (*Ver también* QPS.8, EM 5 y PCI.10 EM 4)
2. Los informes del equipo directivo del hospital a la entidad de gobierno incluyen, al menos trimestralmente, la cantidad y el tipo de eventos centinela y las causas raíz, si se informó a los pacientes y las familias sobre el evento centinela, las acciones emprendidas para mejorar la seguridad en respuesta a los eventos centinela y si se mantuvieron las mejoras. (*Ver también* QPS.7)
3. La información sobre el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes se comunica regularmente al personal, incluyendo el avance en el cumplimiento de los objetivos internacionales de seguridad del paciente. (*Ver también* QPS.5, EM 5)

Estándar GLD.5

El gerente y el equipo directivo del hospital establecen prioridades respecto a los procesos de todo el hospital que se medirán, sobre qué actividades de mejora y seguridad de los pacientes se implementarán en todo el hospital y sobre cómo se medirá el éxito de estos esfuerzos en todo el hospital.

Intención de GLD.5

Debido a las limitaciones de personal y recursos, no todos los procesos dentro de un hospital se pueden medir y mejorar al mismo tiempo. Por lo tanto, una de las principales responsabilidades del gerente y del equipo directivo del hospital es establecer las prioridades de medición y mejora en todo el hospital. Estos son los esfuerzos de medición y mejora que afectan o reflejan las actividades en varios departamentos y servicios. El gerente y el equipo directivo del hospital proporcionan el foco para las actividades de medición y mejora de la calidad del hospital, incluyendo la medición y las actividades relacionadas con el cumplimiento total de los objetivos internacionales de seguridad del paciente por parte del hospital. Las prioridades se pueden centrar en el logro de objetivos estratégicos; **por ejemplo**, convertirse en el centro de referencia líder a nivel regional para los pacientes con cáncer. Del mismo modo, el gerente y el equipo directivo del hospital pueden dar prioridad a proyectos que incrementen la eficiencia, reduzcan las tasas de reingreso, eliminen problemas de flujo de pacientes en el servicio de urgencias o creen un proceso de monitorización de la calidad de los servicios prestados por los contratistas. El gerente y el equipo directivo del hospital consideran las prioridades a nivel de sistema para extender el impacto de las mejoras ampliamente en todo el hospital; **por ejemplo**, la mejora del sistema de gestión de medicamentos del hospital. El proceso de establecimiento de prioridades incluye la consideración de los datos disponibles en los que los sistemas y procesos muestran la mayor variación en la implementación y los resultados. El gerente y el equipo directivo del hospital garantizan que, cuando estén presentes, los programas de investigación clínica y de educación médica estén incluidos entre las prioridades.

El gerente y el equipo directivo del hospital también evalúan el impacto de las mejoras. Son **ejemplos** la medición de la mejora en la eficiencia de un proceso clínico complejo y/o la identificación de reducciones en coste y uso de los recursos después de mejorar un proceso. La medición del impacto de una mejora apoya la comprensión de los costes relativos para invertir en calidad y los retornos humanos, financieros y otros rendimientos de esa inversión. El gerente y el

equipo directivo del hospital apoyan la creación de herramientas sencillas para cuantificar el uso de recursos del antiguo proceso y para la evaluación de uno nuevo. Entender tanto el impacto de una mejora en los resultados sobre el paciente y el coste relativo y la eficiencia resultante del proceso contribuye a mejorar el establecimiento de prioridades en el futuro, tanto a nivel de la organización, como a nivel de departamento o servicio. Cuando se combina esta información a nivel de todo el hospital, el gerente y el equipo directivo pueden entender mejor cómo asignar los recursos disponibles del programa de calidad y seguridad de los pacientes. (*Ver también* QPS.2, QPS.4.1, PCI.6, PCI.6.1 y GLD.11)

Elementos medibles de GLD.5

1. El gerente y el equipo directivo del hospital utilizan los datos disponibles para establecer prioridades colectivas para la medición y las actividades de mejora en todo el hospital y considerar posibles mejoras en el sistema. (*Ver también* FMS.3)
2. El gerente y el equipo directivo del hospital garantizan que, cuando están presentes, los programas de investigación clínica y de educación de los profesionales sanitarios estén incluidos entre las prioridades.
3. Las prioridades del gerente y el equipo directivo del hospital incluyen el cumplimiento total de los objetivos internacionales de seguridad del paciente.
4. El gerente y el equipo directivo del hospital evalúan el impacto sobre la eficiencia y el uso de recursos de las mejoras a nivel de todo el hospital y en los departamentos y servicios. (*Ver también* QPS.5)

Equipo directivo del hospital en los contratos

Estándar GLD.6

El equipo directivo del hospital es responsable de la revisión, selección y monitorización de los contratos clínicos y no clínicos. ©

Intención de GLD.6

A menudo los hospitales tienen la opción de proporcionar los servicios clínicos y administrativos directamente o coordinar esos servicios a través del traslado de un paciente a otro médico, consultas, acuerdos contractuales u otro tipo de acuerdo. Esos servicios pueden ser desde radiología y servicios de diagnóstico por imágenes hasta servicios de contabilidad financiera y servicios de limpieza, alimentación o ropa de cama. El equipo directivo del hospital describe, por escrito, la naturaleza y el alcance de los servicios prestados a través de acuerdos contractuales.

Cuando los contratos se relacionan con la dotación de profesionales sanitarios **-por ejemplo**, un contrato de enfermeras de cuidados intensivos-, los contratos estipulan que el personal profesional cumple con el requisito establecido por el hospital para el personal similar. (*Ver también* SQE.7, EM 2 and SQE.14, EM 5). **Por ejemplo**, las enfermeras de cuidados intensivos cumplen con el requisito de SQE.13, EM 6. En todos los casos, el equipo directivo del hospital es responsable de esos contratos y otros acuerdos para garantizar que los servicios satisfagan las necesidades de los pacientes y estén incluidos como parte de las actividades de gestión y mejora de la calidad del hospital. (*Ver también* QPS.6 and GLD.7.1) Los jefes de departamento/servicio participan en la revisión y selección de todos los contratos clínicos y no clínicos y son responsables de la monitorización de esos contratos. (*Ver también* ASC.1 y MOI.13)

Elementos medibles de GLD.6

1. El equipo directivo del hospital es responsable de que los contratos satisfagan las necesidades del paciente y de la administración. (*Ver también* ACC.6, EM 4)
2. El hospital cuenta con una descripción escrita de la naturaleza y el alcance de esos servicios que se prestarán a través de acuerdos contractuales.

3. Los contratos de profesionales sanitarios requieren una revisión de credenciales similar al proceso de revisión del hospital.
4. Los jefes de departamento/servicio comparten las responsabilidades de revisión, selección y monitorización de los contratos clínicos y no clínicos. (*Ver también* AOP.5.1, EM 5; AOP.5.10.2, EM 2; AOP.6.1, EM 5; and AOP.6.8, EM 2 y 3)
5. Cuando se vuelven a negociar o se cancelan los contratos, el hospital mantiene la continuidad de los servicios que ofrece a los pacientes.

Estándar GLD.6.1

El equipo directivo del hospital garantiza que los contratos y otros acuerdos se incluyan como parte del programa de mejora de la calidad y la seguridad del paciente del hospital.

Intención de GLD.6.1

La calidad y la seguridad de la atención al paciente requieren una evaluación de todos los servicios prestados por el hospital o a través de contratos. Por lo tanto, el hospital necesita recibir, analizar y actuar de acuerdo con la información de calidad de las fuentes externas. El contrato con la fuente de servicio externa incluye las expectativas de calidad y seguridad del paciente y los datos que se deben proporcionar al hospital, su frecuencia y su formato. Los jefes de departamento/servicio reciben y actúan de acuerdo con los informes de calidad de las agencias contratadas que se relacionan con el alcance de los servicios prestados dentro de su departamento/servicio y se aseguran de que los informes se integren al proceso de medición de la calidad del hospital (*Ver también* ASC.1 y MOI.13)

Elementos medibles de GLD.6.1

1. Todos los contratos establecen los datos de calidad que deben comunicarse al hospital, la frecuencia de la presentación de los informes y el mecanismo, y cómo debe responder el hospital cuando no se cumplen los requisitos o las expectativas de calidad. (*Ver también* AOP.5.10, EM 1 y AOP.6.8, EM 1)
2. Los datos de calidad presentados en conformidad con los contratos se integran en el programa de monitorización de la calidad del hospital. (*Ver también* AOP.5.10, EM 4 y AOP.6.8, EM 4)
3. Los líderes clínicos y administrativos pertinentes participan con el programa de mejora de la calidad en el análisis de la información sobre la calidad y la seguridad que presenten las entidades externas contratadas. (*Ver también* AOP.5.1, EM 5)

Estándar GLD.6.2

El equipo directivo del hospital garantiza que los facultativos independientes que no son empleados del hospital tengan las credenciales adecuadas y hayan recibido privilegios para los servicios prestados a los pacientes del hospital. ⑥

Intención de GLD.6.2

Los líderes clínicos pueden recomendar realizar contratos o concertar servicios de médicos, dentistas y otros profesionales independientes fuera del hospital (**por ejemplo**, servicios diagnósticos como patología o interpretaciones de electrocardiograma) o concertar que vengan al hospital a prestar los servicios (**por ejemplo**, contratar a un cardiólogo intervencionista para que venga una vez a la semana para realizar angiografía diagnóstica). En algunos casos, estas personas incluso pueden encontrarse fuera de la región o país en que se encuentra el hospital. Los servicios prestados pueden incluir la telemedicina o la telerradiología. Si los servicios prestados determinan la elección o el curso de la atención para el paciente, el profesional sanitario debe pasar por los procesos de *verificación de credenciales* y asignación de privilegios del hospital. (*Ver también* SQE.9 hasta SQE.10)

Elementos medibles de GLD.6.2

1. El equipo directivo del hospital determina aquellos servicios que serán prestados por profesionales independientes fuera del hospital. (*Ver también* SQE.10)
2. Todos los servicios de diagnóstico, consultivos y de tratamiento prestados por profesionales independientes fuera del hospital, tales como telemedicina, telerradiología y la interpretación de otros diagnósticos, como electrocardiograma (ECG), electroencefalograma (EEG), patología y similares, tienen verificadas las credenciales y asignados los privilegios por parte del hospital para prestar dichos servicios.
3. Los profesionales independientes que prestan servicios de atención al paciente en las instalaciones del hospital pero no son empleados ni miembros del personal clínico deben tener verificadas las credenciales, asignados los privilegios y ser evaluados de acuerdo con los requisitos de SQE.9 a SQE.12.
4. Cualquier personal de apoyo que acompañe a los profesionales independientes y preste atención y servicios en el hospital cumple con los requisitos de verificación en fuente primaria. (*Ver también* SQE.13, EM 6; SQE.15, EM 5)
5. La calidad de los servicios prestados por profesionales independientes fuera del hospital se monitoriza como parte del programa de mejora de la calidad del hospital. (*Ver también* AOP.5.10.1, EM 1)

Equipo directivo del hospital en las decisiones sobre recursos

Estándar GLD.7

El equipo directivo del hospital toma decisiones relacionadas con la compra o el uso de recursos - humanos y técnicos- conociendo las implicaciones de esas decisiones en la calidad y la seguridad.

Intención de GLD.7

El equipo directivo del hospital mejora la toma de decisiones cuando posee datos en los que basarlas. **Por ejemplo**, cuando el hospital necesita reemplazar o añadir bombas de infusión, la información sobre los requisitos de mantenimiento, las necesidades de capacitación o actualización del personal, la información sobre tasas previas de fallo e incidentes de seguridad de los pacientes, las preferencias del personal, cuestiones sobre alarmas y otros, darán lugar a decisiones que estén basadas más en criterios de calidad y seguridad del paciente que solo en el coste. Del mismo modo, cuando se toman decisiones sobre la reducción o la reasignación del personal de enfermería, deben tenerse en cuenta las implicaciones para la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes para informar la decisión. (*Ver también* SQE.6) El equipo directivo del hospital desarrolla un proceso para recopilar datos e información para tomar las decisiones clave sobre compras y recursos para garantizar que incluyen un componente de la debida diligencia en seguridad y calidad.⁴⁻⁶ (*Ver también* GLD.7.1)

Un componente de la recopilación de datos para la toma de decisiones sobre recursos es entender la tecnología médica requerida o recomendada, los suministros y los medicamentos necesarios para prestar un servicio. Las recomendaciones respecto a la tecnología médica, los suministros y los medicamentos pueden provenir de una agencia gubernamental, de organizaciones profesionales nacionales o internacionales o de otras fuentes de autoridad. (*Ver también* QPS.3)

La inversión en tecnologías de la información (TI) para la salud es un importante recurso para los hospitales. Las TI de salud comprenden una amplia variedad de tecnologías que incluyen métodos para documentar y compartir la información sobre los pacientes, como las historias clínicas electrónicas. Además, las TI de salud incluyen métodos para almacenar y analizar datos, para la comunicación de información entre los profesionales sanitarios para coordinar mejor la atención, y para recibir información para facilitar el diagnóstico de enfermedades y proporcionar una atención más segura. La implementación exitosa de los recursos de TI de salud requiere la dirección, el apoyo y la supervisión del equipo directivo del hospital. (*Ver también* MOI.13) Cuando las decisiones sobre este tipo de recursos las toma un tercero -por ejemplo, un ministerio de sanidad- el equipo directivo del hospital proporciona a este tercero datos e información sobre sus

experiencias y preferencias de cara a informar mejor las futuras elecciones de recursos.

Cuando un hospital utiliza lo que se identifica como equipos médicos y/o agentes farmacéuticos “experimentales” en los procedimientos de atención al paciente (es decir, equipo médico o agentes identificados como “experimentales”, ya sea a nivel nacional o internacional), existe un proceso para la revisión y aprobación de dicho uso. (Ver también GLD.19) Es esencial que dicha aprobación se produzca antes de su utilización para la atención del paciente. Se determina si es necesario el consentimiento específico del paciente. (Ver también PFR.5.2, COP.8 y SQE.11)

Elementos medibles de GLD.7

1. El equipo directivo del hospital usa datos e información sobre las implicaciones en la calidad y la seguridad de la elección de equipamiento médico.
2. El equipo directivo del hospital usa datos e información sobre las implicaciones en la calidad y la seguridad de las opciones de dotación de personal.
3. El equipo directivo del hospital utiliza las recomendaciones de las organizaciones profesionales y de otras fuentes de autoridad para tomar decisiones sobre recursos. (Ver también ASC.6, EM 2; PCI.3, EM 2; y PCI.7, EM 2 y 6)
4. El equipo directivo del hospital proporciona dirección, apoyo y supervisión de los recursos de tecnologías de la información.
5. El equipo directivo del hospital monitoriza los resultados de sus decisiones y utiliza los datos para evaluar y mejorar la calidad de sus decisiones de compra y asignación de recursos.

Estándar GLD.7.1

El equipo directivo del hospital busca y utiliza datos e información sobre la seguridad de la cadena de suministros para proteger a los pacientes y al personal de los productos inestables, contaminados, defectuosos y falsificados.

Intención de GLD.7.1

La gestión de la cadena de suministro es clave para garantizar la seguridad y la calidad de los suministros del hospital. La *cadena de suministro* incluye los pasos desde el origen hasta la entrega de los productos al hospital. La cantidad y variedad de suministros que utilizan los hospitales es amplia, por lo que puede que el hospital gestione muchas cadenas de suministro. Debido a las limitaciones de personal y recursos, no pueden monitorizarse y evaluarse al mismo tiempo todas las cadenas de suministro. Por lo tanto, los hospitales identifican aquellos medicamentos, suministros médicos y dispositivos médicos que tienen mayor riesgo de perder la estabilidad, contaminarse, estropearse o ser sustituidos por un producto falsificado o de imitación.⁷⁻¹²

Para aquellos productos de mayor riesgo el hospital identifica los pasos en las cadenas de suministro. Aunque puede que esta información no esté completa y resulte difícil unificar todas las piezas, el hospital decide, como mínimo, dónde residen los riesgos significativos. **Por ejemplo**, se puede utilizar un flujograma para ayudar a trazar cada paso, o punto, en la cadena de suministro de un producto. Los puntos del flujograma probablemente deberían incluir al fabricante, las instalaciones de almacenamiento, el vendedor, la empresa de transporte, etc. El hospital puede indicar aquellos puntos del flujograma que han identificado como un riesgo significativo. **Por ejemplo**, un hospital ha identificado la insulina como el medicamento de mayor riesgo para su organización, y desarrolla un flujograma que muestra cada paso de la cadena de suministro. El hospital identifica puntos como el fabricante de insulina, el vendedor, el almacenamiento y el transporte, y determina que se tienen en cuenta elementos importantes como el cumplimiento de la normativa por parte del fabricante, el control y monitorización de la temperatura en los almacenes, y la limitación de la distancia de viaje entre los puntos de la cadena. Sin embargo, mientras se está revisando la cadena de suministro en busca de riesgos potenciales, el hospital se entera de que el vendedor ha firmado recientemente un contrato con una empresa de transportes cuyos servicios han sido insatisfactorios, incluyendo entregas con retraso al hospital y una inconsistente documentación de la monitorización de la temperatura durante el viaje. Tras evaluar la situación el hospital puede identificar esto como un riesgo significativo en esa cadena de

suministro. El equipo directivo del hospital toma decisiones sobre los cambios en las cadenas de suministro y establece prioridades para las decisiones de compra basándose en su comprensión de los puntos de riesgo en las cadenas de suministro. (*Ver también* GLD.6 y GLD.7)

La gestión de la cadena de suministro no solo implica una evaluación prospectiva de los suministros que presentan alto riesgo, sino que también incluye la *monitorización retrospectiva* de los suministros después de haber entrado en el hospital.¹³ El hospital tiene un proceso para identificar aquellos medicamentos, suministros médicos y dispositivos médicos que son inestables, están contaminados, son defectuosos o están falsificados y sigue su rastro hacia atrás por el hospital para determinar la fuente o la causa del problema, si es posible. (*Ver también* ASC.7.4) Cuando sea de aplicación, el hospital notifica al fabricante y/o al distribuidor cuando se identifican productos inestables, contaminados, defectuosos o falsificados mediante un rastreo retrospectivo.

Cuando los suministros del hospital los compra, almacena y distribuye una autoridad gubernamental, el hospital participa en programas para detectar y comunicar la sospecha de suministros inestables, contaminados, defectuosos o falsificados y toma medidas para evitar un daño potencial a los pacientes. Aunque es posible que un hospital público pueda no conocer la integridad de cada proveedor de la cadena, puede enterarse de cómo se adquieren y gestionan los suministros por parte de la agencia gubernamental o no gubernamental.

Elementos medibles de GLD.7.1

1. El equipo directivo del hospital delinea los pasos de las cadenas de suministro para los productos definidos como de mayor riesgo.
2. El equipo directivo del hospital identifica todos los puntos de riesgo significativo en los pasos de las cadenas de suministro.
3. El equipo directivo del hospital toma decisiones sobre los recursos teniendo en cuenta su comprensión de los puntos de riesgo en las cadenas de suministro.
4. El equipo directivo del hospital tiene un proceso para realizar un rastreo retrospectivo de aquellos suministros que se ha encontrado que son inestables, están contaminados, son defectuosos o están falsificados.
5. El hospital avisa al fabricante y/o al distribuidor cuando se identifican suministros inestables, contaminados, defectuosos o falsificados.

Organización y responsabilidades del personal clínico

Estándar GLD.8

Los líderes médicos, de enfermería y otros jefes de departamentos y servicios clínicos planifican e implementan una estructura del personal profesional para apoyar sus responsabilidades y autoridad.
Ⓢ

Intención de GLD.8

Los responsables médicos, de enfermería y otros jefes de departamentos y servicio clínicos tienen responsabilidades especiales con los pacientes y el hospital. Estos jefes de departamento/servicio

- promueven la buena comunicación entre profesionales;
- planifican y desarrollan en conjunto las políticas; las directrices clínicas, los protocolos y las vías clínicas relacionadas así como otros documentos de guía para la prestación de los servicios clínicos; (*Ver también* GLD.11.2)
- procuran la práctica ética de sus profesiones; (*Ver también* GLD.12.1) y
- supervisan la calidad de la atención de los pacientes.

Los jefes de departamento/servicio del personal médico y de enfermería crean estructuras adecuadas para que el personal profesional lleve a cabo estas responsabilidades. Las estructuras y

los procesos o comités relacionados que se usan para llevar a cabo estas responsabilidades pueden ser un equipo único de profesionales compuesto de médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios o estructuras separadas de personal médico y de enfermería, **por ejemplo**. La estructura seleccionada puede estar muy organizada con comités, estatutos, reglas y reglamentos o puede tener una organización informal. En general, la estructura(s) seleccionada

- incluye todo el personal clínico pertinente;
- es congruente con la propiedad, la misión y la estructura del hospital;
- es adecuada para la complejidad del hospital y el volumen de personal profesional y
- es eficaz al llevar a cabo las responsabilidades mencionadas.

Elementos medibles de GLD.8

1. Hay una estructura(s) de personal profesional utilizada por los responsables médicos, de enfermería y otros jefes de departamento/servicio para llevar a cabo sus responsabilidades y autoridad. (*Ver también* ASC.2, EM 4 y SQE.1, EM 1)
2. La estructura(s) es apropiada para el tamaño y complejidad del hospital. (*Ver también* SQE.1, EM 1)
3. La estructura(s) de la organización y los procesos apoyan la cultura de seguridad y la comunicación profesional,
4. La estructura(s) de la organización y los procesos apoyan la planificación clínica y el desarrollo de políticas. (*Ver también* GLD.11.2)
5. La estructura(s) de la organización y los procesos apoyan la supervisión de las cuestiones de ética profesional.
6. La estructura(s) de la organización y los procesos apoyan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.

Dirección de los departamentos y servicios del hospital

Estándar GLD.9

Una o más personas cualificadas dirigen cada departamento o servicio del hospital. [®]

Intención de GLD.9

La atención clínica, los resultados del paciente y la administración general de un hospital son solo tan buenos como las actividades clínicas y administrativas de cada departamento o servicio individual. El buen desempeño de un departamento o servicio requiere de un liderazgo claro de una persona capacitada. En los departamentos o servicios más grandes puede haber varios líderes. En tal caso, las responsabilidades de cada cargo se definen por escrito.

Cada jefe de departamento/servicio se comunica sus requerimientos de recursos humanos y de otros recursos al equipo directivo del hospital. Esto ayuda a garantizar que hay disponibilidad adecuada de personal, espacio, tecnología médica, equipo y otros recursos para satisfacer en todo momento las necesidades de los pacientes.

Los jefes de departamento/servicio tienen en cuenta los servicios prestados y planificados por el departamento o servicio y los requisitos de educación, habilidades, conocimientos y experiencia requeridos para que el personal profesional del departamento preste los servicios. Los jefes de departamento/servicio desarrollan los criterios que reflejan esta toma en consideración y luego seleccionan al personal. Los jefes de departamento/servicio también pueden trabajar con recursos humanos o con otros departamentos para seleccionar el personal con base en sus recomendaciones.

Los jefes de departamento/servicio garantizan que todo el personal del departamento o servicio entienda sus responsabilidades y establecen la orientación y la capacitación de los nuevos

empleados. La orientación incluye la misión del hospital, la misión del departamento o servicio, el alcance de los servicios prestados y las políticas y procedimientos relacionados con la prestación de los servicios. **Por ejemplo**, todo el personal entiende los procedimientos de prevención y control de infecciones del hospital y del departamento o servicio. Cuando se implementan políticas o procedimientos nuevos o revisados, se capacita al personal. (*Ver también* ACC.3, EM 1; AOP.6.1; MMU.1; QPS.1 y PCI.1)

Elementos medibles de GLD.9

1. Cada departamento o servicio del hospital es dirigido por una persona con la capacitación, educación y experiencia acorde a los servicios prestados. (*Ver también* AOP.5.1, EM 1; AOP.5.1.1, EM 1; AOP.5.11, EM 1; AOP.6.1, EM 1; COP.8.1, EM 2; ASC.2, EM 2; MMU.1, EM 3; PCI.1, EM 1; y FMS.3, EM 1)
2. Los jefes de departamento/servicio hacen recomendaciones de espacio, tecnología médica, equipo, dotación de personal y otros recursos necesarios para el departamento o servicio y tienen un proceso establecido para responder a la escasez. (*Ver también* AOP.6.2, EM 5; COP.3.2; COP.8; FMS.3; SQE.6, EM 2; SQE.6.1, EM 2 y 3)
3. Los jefes de departamento/servicio recomiendan los criterios de selección del personal profesional del departamento o servicio y seleccionan o recomiendan a las personas que cumplen con esos criterios. (*Ver también* COP.8.2 EM 3 y SQE.6, EM 2)
4. Los jefes de departamento/servicio proporcionan a todo el personal orientación y capacitación sobre los deberes y responsabilidades del departamento o servicio al que está asignado. (*Ver también* AOP.5.3, EM 4; AOP.6.3, EM 5 y SQE.7, EM 1)

Estándar GLD.10

Cada jefe de departamento/servicio identifica por escrito los servicios a ser prestados por el departamento, e integra o coordina dichos servicios con los servicios de otros departamentos. ©

Intención de GLD.10

Los jefes de departamento/servicio colaboran para determinar el formato uniforme y el contenido de los documentos de planificación específicos del departamento. En general, los documentos preparados por cualquier departamento clínico definen sus objetivos e identifican los servicios actuales y planificados. Las políticas y los procedimientos del departamento reflejan los objetivos y los servicios del departamento, así como los conocimientos, habilidades y disponibilidad del personal requerido para evaluar y satisfacer las necesidades de atención de los pacientes. (*Ver también* ACC.3, EM 1)

Los servicios clínicos prestados a los pacientes son coordinados e integrados en cada departamento o servicio. **Por ejemplo**, existe una integración de los servicios médicos y de enfermería. Además, cada departamento o servicio coordina e integra sus servicios con los de otros departamentos y servicios. Se evita o elimina la duplicación innecesaria de servicios para conservar los recursos.

Elementos medibles de GLD.10

1. Los jefes de departamento/servicio han seleccionado y usan un formato uniforme para el contenido de los documentos de planificación.
2. Los documentos de los departamentos o servicios describen los servicios actuales y planificados que presta cada departamento o servicio. (*Ver también* ACC.2.3, EM 1; ACC.2.3.1, EM 1; and ACC.3, EM 1)
3. Los documentos del departamento o servicio sirven de guía para la prestación de los servicios identificados.
4. Los documentos del departamento o servicio indican los conocimientos y habilidades del personal que se necesitan para evaluar y satisfacer las necesidades de los pacientes.
5. Se realiza la coordinación o integración de los servicios dentro de los departamentos y servicios y con otros departamentos y servicios. (*Ver también* ACC.3)

Estándar GLD.11

Los jefes de departamento/servicio mejoran la calidad y la seguridad de los pacientes participando en las prioridades de mejora en todo el hospital y en la monitorización y mejora de la atención al paciente específicas del departamento/servicio.

Intención de GLD.11

Los jefes de departamento/servicio involucran a su personal en las actividades de mejora que reflejan las prioridades de todo el hospital (*ver* GLD.5) y abordan las actividades clínicas y no clínicas específicas del departamento o servicio. **Por ejemplo**, un departamento o servicio clínico participaría en el esfuerzo de todo el hospital para mejorar las comunicaciones de transferencia y también puede monitorizar y reducir la variación en un proceso interno, como la solicitud de las pruebas de diagnóstico para los pacientes con la misma afección. Del mismo modo, un departamento administrativo puede estar involucrado en proyectos de automatización para mejorar las comunicaciones de transferencia y también puede monitorizar y mejorar la exactitud de las facturas de los pacientes.

Los líderes de departamento/servicio de los departamentos o servicios clínicos también tienen en cuenta la biblioteca de indicadores de Joint Commission International (Joint Commission International Library of Measures) y/u otras medidas bien definidas, basadas en la evidencia según sean de aplicación para los servicios prestados por el departamento o servicio. (*Ver también* APR.7)

Por lo tanto, los jefes de departamento o servicio implementan la selección y la monitorización de medidas específicas del departamento o servicio que incluyen las siguientes:

- Aquellas prioridades de medición y mejora a nivel general del hospital establecidas por el equipo directivo del hospital que se relacionan con el departamento o servicio específico
- Las medidas relacionadas con las prioridades específicas de un departamento/servicio para reducir la variación, mejorar la seguridad de los procedimientos/tratamientos de alto riesgo, mejorar la satisfacción del paciente o mejorar la eficiencia

La selección de medidas se debe basar en las actividades y los procesos que necesitan mejorar en el departamento o servicio. Para cada medida se debe establecer un objetivo. Se espera que la medición inicial no alcance el objetivo; sin embargo, una vez se implementan las estrategias de mejora, los jefes de departamento/servicio deben esperar un avance hacia el objetivo. Cuando se ha alcanzado y mantenido el objetivo por lo menos durante cuatro períodos de medición, se selecciona una nueva medida.

El jefe de departamento o servicio es responsable de asegurar que las actividades de medición proporcionen la oportunidad de evaluar al personal así como los procesos de atención. Por lo tanto, la medición incluye, con el tiempo, todos los servicios que se proporcionan. Los datos e información resultantes son importantes para los esfuerzos de mejora del departamento o servicio, pero también son importantes para el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes del hospital. (*Ver también* QPS.1, EM 3; QPS.2)

Nota: algunos departamentos, como el de control de infecciones, gestión de las instalaciones, radiología, y el laboratorio clínico, tienen programas permanentes de monitorización y control de la calidad que se incluyen en las prioridades de medición y se describen en los estándares relacionados con esos servicios. (*Ver también* AOP.5.9, AOP.6.7)

Elementos medibles de GLD.11

1. Los jefes de departamento/servicio implementan las medidas de calidad de todo el hospital que se relacionan con los servicios prestados por su departamento o servicio, incluyendo cualquier servicio contratado del cual senn responsables. (*Ver también* PCI.10, EM 1 y FMS.10, EM 1)
2. Los jefes de departamento/servicio implementan medidas de calidad para reducir la variación y mejorar los procesos dentro del departamento o servicio, incluyendo la implementación de las medidas que se encuentran en la biblioteca de indicadores de Joint Commission International (Joint Commission International Library of Measures) u otras fuentes de medidas

clínicas bien definidas, basadas en la evidencia.

3. Los jefes de departamento/servicio seleccionan las medidas basándose en la necesidad de mejora y una vez se sostiene la mejora, seleccionan una nueva medida. (*Ver también* QPS.1, EM 3 y QPS.10, EM 2)
4. Las actividades de medición y mejora de la calidad del departamento o servicio se integran y son apoyadas por la estructura de la organización para la gestión y la mejora de la calidad. (*Ver también* QPS.10)

Estándar GLD.11.1

Las medidas seleccionadas por los jefes de departamento/servicio que pueden aplicarse para evaluar el desempeño de los médicos, enfermeras y demás profesionales que participan en los procesos de atención clínica, se utilizan en la evaluación del desempeño del personal.

Intención de GLD.11.1

Los líderes son responsables de garantizar la calidad de la atención y de los servicios que se prestan en su departamento/servicio. Las actividades de medición proporcionan la oportunidad de evaluar estos servicios. Los jefes de departamento/servicio participan en la designación, otorgamiento de privilegios, monitorización y evaluación continua y reasignación de los médicos dentro del departamento o servicio. Las actividades de medición de la calidad pueden ser importantes para garantizar que el jefe de departamento/servicio cuenta con información objetiva para respaldar estas actividades. Con el tiempo, la medición de calidad incluye todos los servicios prestados por el departamento o servicio e incluye los privilegios clínicos de todos los médicos. La sección “Resultados clínicos” de la intención de SQE.11 proporciona información adicional sobre el proceso de evaluación continua de los médicos. En algunos casos, las medidas estarán vinculadas con las guías de práctica clínica implementadas en el departamento o servicio (*Ver también* GLD.11.2). Cuando sea aplicable, se pueden utilizar los indicadores de la biblioteca de la Joint Commission International (*Joint Commission International Library of Measures*) para permitir el uso de medidas estandarizadas dentro del departamento o servicio. Del mismo modo, se necesitan datos para respaldar la evaluación de las enfermeras y otros profesionales sanitarios del departamento. Aunque estas personas tienen descripción del puesto de trabajo en lugar de privilegios clínicos, el jefe de departamento/servicio sigue siendo responsable de evaluar su trabajo. El estándar SQE.3 describe el proceso de evaluación para estas personas y las actividades de medición que se describen en este estándar apoyarán un proceso de evaluación objetiva. En muchos casos, las guías de práctica clínica implementadas en el departamento o servicio tendrán asociados vías y protocolos que apoyarán la recopilación de datos de medición para el personal de enfermería y otros profesionales sanitarios. (*Ver también* QPS.2 y SQE.10)

Elementos medibles de GLD.11.1

1. Cuando sea aplicable, los jefes de departamento/servicio incluyen resultados de las actividades de medición en la revisión permanente de la práctica profesional de los médicos del departamento/servicio. (*Ver también* SQE.11, EM 4)
2. Cuando sea aplicable, los jefes de departamento/servicio incluyen resultados de las actividades de medición que sean útiles en la evaluación del desempeño del personal de enfermería. (*Ver también* SQE.14.1, EM 2)
3. Cuando sea aplicable, los jefes de departamento/servicio incluyen resultados de las actividades de medición que sean útiles en la evaluación del desempeño de otros profesionales sanitarios. (*Ver también* SQE.16.1, EM 2)

Estándar GLD.11.2

Los jefes de departamento/servicio seleccionan e implementan guías de práctica clínica así como vías y/o protocolos clínicos relacionados, para orientar la atención clínica. ©

Intención de GLD.11.2

Los objetivos de los hospitales incluyen

- la estandarización de los procesos de atención clínica;
- la reducción de riesgos dentro de los procesos de atención, especialmente aquellos relacionados con los pasos de decisiones críticas;
- la prestación de atención clínica en una manera oportuna y eficaz usando eficientemente los recursos; y
- la prestación de manera constante de una atención de alta calidad utilizando prácticas *basadas en la evidencia*.

Los hospitales usan una gama de herramientas para alcanzar estos y otros objetivos. **Por ejemplo**, los profesionales sanitarios buscan desarrollar procesos de atención clínica y tomar decisiones de atención clínica basadas en la mejor evidencia científica disponible. Las *guías de práctica clínica* son herramientas útiles en este esfuerzo por entender y aplicar la mejor explicación científica a un diagnóstico o afección en particular. (*Ver también* QPS.3 y PCI.6.1) El hospital utiliza solo las guías de práctica clínica que han sido revisadas y aprobadas por fuentes autorizadas pertinentes; **por ejemplo**, una asociación o un consejo profesional o una organización internacional que cataloga las directrices aprobadas. Si las guías de práctica clínica fueron desarrolladas por el hospital, se someten a una fuente autorizada para su aprobación.

Con frecuencia, la implementación eficaz de una guía de práctica clínica requiere de la adaptación o el desarrollo de vías y protocolos de atención clínica. Las rutas y los protocolos son herramientas útiles para asegurar una secuencia efectiva, la integración y la coordinación de la atención y el uso eficiente de los recursos disponibles.

Las guías de práctica clínica y cualquier vía clínica y protocolo clínico pertinente a la población de pacientes y la misión del hospital se

- a) seleccionan entre aquellos aplicables a los servicios y pacientes del hospital (las guías nacionales obligatorias se incluyen en este proceso, si existe);
- b) evalúan en cuanto a su relevancia con las poblaciones de paciente identificadas;
- c) adaptan cuando es necesario para la tecnología, medicamentos y otros recursos del hospital o para las normas profesionales nacionales aceptadas;
- d) evalúan en cuanto a su evidencia científica y la aprobación de una fuente autorizada;
- e) las aprueba formalmente o adopta el hospital;
- f) implementan y se mide su aplicación sistemática y su efectividad;
- g) apoyan por personal capacitado para aplicar las guías o vías y
- h) actualizan periódicamente en función de los cambios en la evidencia y evaluación de los procesos y resultados.

Como muchas guías, protocolos y vías afectan a múltiples departamentos o servicios clínicos, se espera que los líderes cumplan al menos anualmente los siguientes aspectos:

- Los jefes de departamento/servicio determinan colectivamente por lo menos cinco áreas de prioridad de todo el hospital en las que centrarse **-por ejemplo**, el diagnóstico de un paciente, tal como un accidente cerebrovascular; un procedimiento, como un trasplante; una población como la geriátrica o una enfermedad como la diabetes, entre otros-, para los que las guías tendrían impacto en la calidad y la seguridad de la atención del paciente y reducirían la variación no deseada en los resultados. (*Ver también* APR.7 y GLD.11.1)
- Completar el proceso descrito en los puntos a) a h) para la guía relacionada con las áreas prioritarias identificadas.

Este proceso de selección colectiva no prohíbe que un departamento o servicio individual seleccione guías adicionales y cualesquiera vías o protocolos relacionados más específicos para los servicios prestados en ese departamento o servicio. (*Ver también* IPSG.5; COP.3.3, EM 3; COP.8.6; COP.9.3, EM 1; PCI.6; GLD.8, EM 4; y SQE.11)

Elementos medibles de GLD.11.2

1. Anualmente, los jefes del departamento/servicio determinan colectivamente al menos cinco áreas prioritarias de todo el hospital en las que deben centrar el uso de guías de práctica clínica.
2. Los jefes de departamento/servicio siguen el proceso descrito en los puntos a) a h) de la intención para seleccionar e implementar guías de práctica clínica.
3. Los jefes de departamento/servicio implementan las guías de práctica clínica y cualesquiera vías o protocolos clínicos relacionados con cada área prioritaria identificada como relevante para el departamento/servicio.
4. Los jefes de departamento/servicio demuestran cómo el uso de guías de práctica clínica, vías clínicas y/o los protocolos clínicos ha reducido la variación en los procesos y resultados.

Ética clínica y de la organización

Estándar GLD.12

El equipo directivo del hospital establece un marco para la gestión ética que promueve una cultura de prácticas y toma de decisiones éticas para garantizar que la atención del paciente se proporcione dentro de normas comerciales, financieras, éticas y legales y proteja a los pacientes y sus derechos.

Ⓟ

Estándar GLD.12.1

El marco del hospital para la gestión ética se ocupa de cuestiones operativas y comerciales, incluyendo la mercadotecnia, los ingresos, la derivación, el alta y la comunicación de la propiedad y de cualquier conflicto comercial y profesional que pueda no ser en el mejor interés de los pacientes.

Ⓟ

Estándar GLD.12.2

El marco del hospital para la gestión ética se ocupa aborda las cuestiones y la toma de decisiones éticas en la atención clínica. Ⓟ

Intención de GLD.12 a GLD.12.2

Los hospitales se enfrentan a muchos retos en la prestación de una atención médica segura y de alta calidad. Con los avances en la tecnología médica, las restricciones financieras y el aumento de las expectativas, los dilemas y controversias de ética son mucho más comunes. El equipo directivo del hospital tiene la responsabilidad profesional y legal de crear y promover un entorno y una cultura que operen dentro de un marco ético. El marco ético debe aplicarse por igual a los negocios del hospital y a las actividades clínicas. El equipo directivo del hospital debe demostrar conductas éticas y desarrollar directrices para el desempeño y la conducta de la organización. Las acciones del equipo directivo del hospital y las directrices del hospital para el comportamiento ético deben ser congruentes con la visión, la misión y las declaraciones de valores del hospital; las políticas de personal; los informes anuales y otros documentos.

El marco apoya a los profesionales sanitarios del hospital, a otros miembros del personal y a pacientes y familiares cuando se enfrentan a dilemas éticos en la atención al paciente, tales como desacuerdos entre profesionales y entre los pacientes y sus profesionales sanitarios con respecto a las decisiones de atención. Dicho apoyo está disponible e incluye recursos y capacitación ética para los profesionales sanitarios y demás miembros del personal. Además, las normas nacionales e internacionales relacionadas con los derechos humanos y la ética profesional deben ser tenidas en cuenta a la hora de crear un marco ético y los documentos rectores.

El hospital funciona dentro de este marco para

- comunicar la propiedad y los conflictos de intereses;
- describir honestamente sus servicios a los pacientes;
- proteger la confidencialidad de la información de los pacientes;
- proporcionar políticas claras de admisión, traslado y alta;
- facturar los servicios con exactitud y asegurarse de que los incentivos financieros y los convenios de pago no comprometan la atención de los pacientes;

- promover la transparencia en la presentación de informes de las medidas de desempeño organizacional y clínico;
- establecer un mecanismo mediante el cual profesionales sanitarios y otros miembros del personal puedan informar sobre errores clínicos y plantear problemas éticos con impunidad, incluyendo el comportamiento perturbador del personal en relación con aspectos clínicos y operativos;
- apoyar un ambiente que permita la libre discusión de las preocupaciones éticas sin temor a represalias;
- proporcionar una solución eficaz y oportuna a los conflictos éticos que puedan surgir;
- garantizar la no discriminación en las *prácticas de empleo* y la prestación de atención a los pacientes en el contexto de las normas culturales y reguladoras del país; y
- reducir las disparidades en el acceso a la atención médica y los resultados clínicos. (*Ver también* COP.1, PFR.1.1 y GLD.8)

Elementos medibles de GLD.12

1. El equipo directivo del hospital establece un marco para la gestión ética del hospital, que promueve una cultura de prácticas y decisiones éticas para garantizar la protección de los pacientes y sus derechos. (*Ver también* GLD.8)
2. El marco ético garantiza que la atención al paciente se proporcione dentro de las normas comerciales, financieras, éticas y legales.
3. El hospital garantiza la no discriminación en las prácticas de empleo y la prestación de atención a los pacientes en el contexto de las normas culturales y reguladoras del país.
4. El equipo directivo del hospital examina las normas éticas nacionales e internacionales para su incorporación en el desarrollo del marco del hospital para una conducta ética.

Elementos medibles de GLD.12.1

1. El hospital informa sobre su propiedad y cualquier conflicto de intereses. (*Ver también* AOP.5, EM 5 y AOP.6, EM 5)
2. El hospital describe honestamente sus servicios a los pacientes.
3. El hospital factura los servicios con exactitud y se asegura de que los incentivos financieros y los convenios de pago no comprometan la atención de los pacientes.

Elementos medibles de GLD.12.2

1. El marco del hospital para la gestión ética establece un mecanismo por el cual los profesionales sanitarios y otros miembros del personal puedan plantear problemas éticos sin temor a represalias.
2. El apoyo para identificar y abordar los problemas éticos está disponible e incluye recursos y capacitación en ética para los profesionales sanitarios y demás miembros del personal.
3. El hospital proporciona una solución eficaz y oportuna a los conflictos éticos que puedan surgir.

Estándar GLD.13

El equipo directivo del hospital crea y apoya un programa de cultura de seguridad en todo el hospital. [Ⓟ]

Estándar GLD.13.1

El equipo directivo del hospital implementa, monitoriza y actúa para mejorar el programa para la cultura de seguridad en todo el hospital.

Intención de GLD.13 y GLD.13.1

La *cultura de seguridad* se ha definido como “un entorno colaborativo en el que los clínicos cualificados se tratan unos a otros con respeto, los líderes dirigen un trabajo en equipo efectivo y promueven la seguridad psicológica, los equipos aprenden de los errores y de los incidentes que no llegaron al paciente, los que proporcionan cuidados son conscientes de las limitaciones inherentes del desempeño humano en sistemas complejos (reconocimiento del estrés), y existe un proceso de aprendizaje y orientación hacia la mejora visibles a través de sesiones de análisis (*debriefings*) ”.^{14,15}

La seguridad y la calidad se desarrollan en un ambiente que apoya el trabajo en equipo y el respeto a las demás personas, independientemente de su posición en el hospital. El equipo directivo del hospital demuestra su compromiso hacia la cultura de seguridad y establece expectativas para aquellos que trabajan en el hospital. Las conductas que no son coherentes con una cultura de seguridad o que intimidan a otros y afectan la moral o la rotación de personal pueden ser perjudiciales para la atención del paciente. Las principales características de un programa para la cultura de seguridad incluyen

- el reconocimiento de la naturaleza de alto riesgo de las actividades de un hospital y la determinación para lograr constantemente operaciones de seguras;
- un ambiente en el cual las personas pueden informar sobre los errores o incidentes sin temor a reprimendas o castigos;
- fomento de la colaboración en todos los rangos y disciplinas para buscar soluciones a los problemas de seguridad de los pacientes; y
- compromiso de de la organización a proveer recursos, tales como tiempo del personal, formación, un método seguro de notificación de problemas y similares, para tratar las cuestiones de seguridad.¹⁶⁻²³

La atención sanitaria continúa teniendo una cultura de culpa individual, que impide el avance de la cultura de seguridad. En algunos casos las personas no deberían ser culpadas por un error; **por ejemplo**, cuando existe una mala comunicación entre el paciente y el personal, cuando existe la necesidad de tomar una decisión rápida o cuando hay factores humanos como base a los fallos de diseño de un proceso de tratamiento. Sin embargo, algunos errores son el resultado de comportamiento imprudente y sí debe haber responsabilidad. Los **ejemplos** de conducta imprudente incluyen el incumplimiento de las directrices de higiene de las manos, no realizar una pausa pre-quirúrgica o no marcar el sitio de la cirugía. La cultura de seguridad incluye identificar y abordar los problemas relacionados con los sistemas que conducen a conductas no seguras. Al mismo tiempo, sin embargo, los hospitales deben mantener la responsabilidad de establecer una tolerancia cero de la conducta imprudente. La responsabilidad distingue entre un error humano (como una confusión), un comportamiento de riesgo (**por ejemplo** tomar atajos) y una conducta imprudente (como ignorar los pasos de seguridad requeridos).

El equipo directivo del hospital evalúa la cultura periódicamente mediante varios métodos, como encuestas, grupos focales, entrevistas con el personal y análisis de datos. El equipo directivo del hospital fomenta el trabajo en equipo y crea estructuras, procesos y programas que permiten que florezca esta cultura positiva. El equipo directivo del hospital debe tratar los comportamientos no deseables de las personas que trabajan en todos los niveles del hospital, incluyendo a la gerencia y al personal clínico y administrativo, facultativos independientes con licencia y miembros de la entidad de gobierno.

Elementos medibles de GLD.13

1. El equipo directivo del hospital establece y apoya una cultura de la organización que promueve la responsabilidad y la transparencia.
2. El equipo directivo del hospital desarrolla y documenta un código de conducta e identifica y corrige las conductas que no son aceptables.
3. El equipo directivo del hospital proporciona educación e información (como literatura y recomendaciones) relevante para la cultura de seguridad del hospital a todas las personas que trabajan en el hospital.
4. El equipo directivo del hospital define cómo se identifican y manejan los problemas relacionados con la cultura de seguridad en el hospital.

5. El equipo directivo del hospital proporciona recursos para promover y apoyar la cultura de seguridad dentro del hospital.

Elementos medibles de GLD.13.1

1. El equipo directivo del hospital proporciona un sistema sencillo, accesible y confidencial para notificar problemas relevantes para la cultura de seguridad en el hospital.
2. El equipo directivo del hospital garantiza que todas las notificaciones relacionadas con la cultura de seguridad del hospital se investiguen de manera oportuna.
3. El hospital identifica los problemas del sistema que conducen a los profesionales sanitarios a implicarse en conductas no seguras.
4. El equipo directivo del hospital usa medidas para evaluar y monitorizar la cultura de seguridad dentro del hospital e implementar las mejoras identificadas mediante la medición y la evaluación.
5. El equipo directivo del hospital implementa un proceso para prevenir las represalias contra las personas que denuncien problemas relacionados con la cultura de seguridad.

Educación de profesionales sanitarios

Nota: este estándar es aplicable a los hospitales que proporcionan educación a profesionales sanitarios pero no cumplen los criterios de elegibilidad para la acreditación como hospital docente.

Estándar GLD.14

La educación de profesionales sanitarios, cuando se proporciona dentro del hospital, se guía por los parámetros educativos definidos por el programa académico patrocinador y por el equipo directivo del hospital.

Intención de GLD.14

Con frecuencia los hospitales incorporan una función de enseñanza en su misión y son el entorno clínico para parte de la capacitación médica, de enfermería, de otros profesionales sanitarios y de otros estudiantes. **Por ejemplo**, los estudiantes y alumnos de medicina pueden pasar varios meses adquiriendo experiencia clínica en un hospital de la comunidad o un programa de enfermería puede tener su base en el hospital. Estos hospitales tienen un rol importante; sin embargo, no están considerados como hospitales docentes para los fines de estos estándares.

Cuando participa en estos tipos de programas de capacitación, el hospital

- proporciona un mecanismo de supervisión del programa;
- obtiene y acepta los parámetros del programa académico patrocinador;
- tiene un registro completo de todos los estudiantes y profesionales en formación dentro del hospital;
- tiene documentación de la situación de matrícula, licencias o certificaciones obtenidas y la clasificación académica de los estudiantes y profesionales en formación;
- entiende y proporciona el nivel requerido de supervisión para cada tipo y nivel de estudiante y profesional en formación; e
- integra a los estudiantes y profesionales en formación en los programas de orientación, calidad, seguridad de los pacientes, prevención y control de infecciones y otros programas. (*Ver también* GLD.1.1)

Elementos medibles de GLD.14

1. El hospital proporciona un mecanismo(s) de supervisión del programa(s) de capacitación.
2. El hospital obtiene y acepta los parámetros del programa académico patrocinador.
3. El hospital tiene un registro completo de todos los estudiantes y profesionales en formación

dentro del hospital.

4. El hospital tiene documentación de la situación de matrícula, licencias o certificaciones obtenidas y la clasificación académica de los estudiantes y alumnos.
5. El hospital entiende y proporciona el nivel requerido de supervisión para cada tipo y nivel de estudiante y profesional en formación.
6. El hospital integra a los estudiantes y profesionales en formación a los programas de orientación, calidad, seguridad de los pacientes, prevención y control de infecciones y otros programas. (*Ver también* SQE.7, EM 4)

Investigación con sujetos humanos

Nota: estos estándares son aplicables a los hospitales que realizan investigación con sujetos humanos pero no cumplen los criterios de elegibilidad para la acreditación como hospital docente.

Estándar GLD.15

La investigación con sujetos humanos, cuando se realiza dentro del hospital, sigue las pautas establecidas por la legislación, la normativa y el equipo directivo del hospital. ⑥

Intención de GLD.15

La investigación con sujetos humanos, sea a grande o a pequeña escala, es un empeño significativo y complejo para un hospital. El equipo directivo del hospital reconoce el nivel de compromiso necesario y la participación de personal que se requiere para avanzar en la investigación científica en el contexto de la protección de los pacientes, a quienes tienen el compromiso de diagnosticar y tratar. El compromiso del equipo directivo del hospital con la investigación con sujetos humanos no puede separarse de su compromiso con la atención de los pacientes—el compromiso se integra en todos los niveles. Por lo tanto, las consideraciones éticas, la buena comunicación, los líderes responsables, el cumplimiento de la normativa y los recursos financieros y no financieros son parte de este compromiso. Uno de esos recursos es el seguro de responsabilidad civil para compensar adecuadamente a los pacientes por los eventos adversos debidos al protocolo de investigación. El equipo directivo del hospital reconoce la obligación de proteger a los pacientes, sin importar quién sea el patrocinador de la investigación. (*Ver también* GLD.1.1)

Cuando la investigación del hospital requiere el ingreso en unidades especializadas, dicho ingreso se realiza mediante criterios establecidos o por un protocolo establecido. Las personas que participan en la investigación o en otros programas participan en el desarrollo de dichos criterios o protocolo. El ingreso en tales programas se registra en la historia clínica del paciente, incluyendo los criterios o las condiciones del protocolo bajo las cuales se ingresó al paciente.

Elementos medibles de GLD.15

1. El equipo directivo del hospital identifica a los funcionarios responsables de mantener el desarrollo y cumplimiento de todas las políticas y procedimientos de investigación con sujetos humanos.
2. El equipo directivo del hospital asume la responsabilidad de proteger a los pacientes sin importar quién sea el patrocinador de la investigación.
3. El equipo directivo del hospital reconoce y establece mecanismos para el cumplimiento de todos los requisitos profesionales y legislativos relacionados con la investigación.
4. El equipo directivo del hospital garantiza que haya un seguro de responsabilidad civil para compensar adecuadamente a los pacientes que participen en una investigación clínica y experimenten un evento adverso.
5. El hospital ha establecido criterios de entrada y/o transferencia para el ingreso en una unidad especializada por una investigación y/u otro programa especializado para responder a las necesidades del paciente.

Estándar GLD.16

Se informa a los pacientes y las familias sobre cómo tener acceso a la investigación clínica, estudios clínicos o ensayos clínicos con sujetos humanos. ④

Intención de GLD.16

Un hospital que realiza investigaciones clínicas, estudios clínicos o ensayos clínicos con sujetos humanos proporciona información a los pacientes y a las familias sobre cómo tener acceso a esas actividades cuando son pertinentes a las necesidades de tratamiento de los pacientes. Cuando se pide a los pacientes que participen, necesitan información en la que basar sus decisiones. Esa información incluye los

- los beneficios esperados;
- las molestias y riesgos potenciales;
- las alternativas que también les pueden ayudar; y
- los procedimientos que deben seguir.

A los pacientes se les informa que pueden negarse a participar o retirar su participación y que su negación o retirada no comprometerá su acceso a los servicios del hospital. El hospital tiene políticas y procedimientos para proporcionar esta información a los pacientes y familias.

Elementos medibles de GLD.16

1. Según proceda, se identifica a los pacientes y las familias y se les informa sobre cómo tener acceso a la investigación clínica, los estudios clínicos o los ensayos clínicos pertinentes a sus necesidades de tratamiento.
2. Los pacientes y las familias a quienes se pide que participen reciben información sobre los beneficios esperados.
3. Los pacientes y las familias a quienes se pide que participen reciben información sobre las molestias y los riesgos potenciales.
4. Los pacientes y las familias a quienes se pide que participen reciben información sobre las alternativas que también podrían ayudarles.
5. Los pacientes y las familias a quienes se pide que participen reciben información sobre los procedimientos que deben seguir.
6. A los pacientes y las familias se les garantiza que negarse a participar o retirarse de la participación no comprometerá su acceso a los servicios del hospital.

Estándar GLD.17

Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo se protege a los pacientes que deciden participar en una investigación, estudio o ensayo clínico.

Intención de GLD.17

Un hospital que realiza investigaciones clínicas, estudios clínicos o ensayos clínicos con sujetos humanos sabe que su primera responsabilidad es la salud y bienestar del paciente. Para ayudar con las decisiones sobre la participación en una investigación clínica, estudios clínicos o ensayos clínicos, el hospital informa a los pacientes y las familias sobre

- la investigación y la participación del paciente en la investigación;
- los riesgos y beneficios potenciales para el paciente;
- los derechos del paciente en relación con la retirada de su participación en la investigación;
- los derechos del paciente a la confidencialidad y seguridad de la información; y
- la obtención del consentimiento del paciente para participar en la investigación. (*Ver también GLD.18*)

Elementos medibles de GLD.17

1. Se informa a los pacientes y las familias sobre la investigación y los beneficios y riesgos potenciales para el paciente que decida participar.
2. Se informa a los pacientes y las familias sobre sus derechos relacionados con la retirada de la participación.
3. Se informa a los pacientes y las familias sobre sus derechos a la confidencialidad y seguridad de la información. (*Ver también* MOI.2)
4. Se informa a los pacientes y a las familias sobre el proceso del hospital para la obtención del consentimiento. (*Ver también* PFR.5.1)

Estándar GLD.18

El consentimiento informado se obtiene antes de que un paciente participe en una investigación, un estudio o un ensayo clínico. ③

Intención de GLD.18

Cuando los pacientes y las familias deciden participar en una investigación clínica, estudios clínicos o ensayos clínicos, debe obtenerse un consentimiento informado. La información que se proporcionó en el momento de tomar la decisión de participar sirve de base para el consentimiento informado (*ver también* PFR.5.1 y GLD. 17). La persona(s) que proporciona la información y obtiene el consentimiento se anota en el expediente del paciente.

Elementos medibles de GLD.18

1. Se obtiene el consentimiento informado cuando un paciente decide participar en una investigación clínica, un estudio clínico o un ensayo clínico.
2. La identidad de la persona(s) que proporciona la información y obtiene el consentimiento se anota en el expediente del paciente.
3. Se anota la fecha y se documenta el consentimiento en el formulario de consentimiento informado mediante la firma o el registro del consentimiento verbal.

Estándar GLD.19

El hospital cuenta con un comité u otra forma de supervisar toda la investigación que se realiza en el hospital en la que participan sujetos humanos. ③

Intención de GLD.19

Cuando el hospital lleva a cabo investigaciones, estudios o ensayos clínicos que involucran a sujetos humanos, se establece un comité u otro mecanismo, como una junta de revisión institucional (IRB, *Institutional Review Board*) específica del hospital o compartida para la supervisión de dichas actividades en el hospital. El hospital desarrolla una declaración de objetivos para las actividades de supervisión. Las actividades de supervisión incluyen el proceso de revisión de todos los protocolos de investigación, un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para los sujetos y los procesos relacionados con la confidencialidad y la seguridad de la información de la investigación. (*Ver también* GLD.7)

Elementos medibles de GLD.19

1. El hospital tiene un comité u otro mecanismo, como una junta de revisión institucional específica del hospital o compartida para la supervisión de toda la investigación en el hospital.
2. El hospital desarrolla una declaración clara de objetivos para las actividades de supervisión.
3. Las actividades de supervisión incluyen un proceso de revisión.
4. Las actividades de supervisión incluyen un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para

los sujetos.

5. Las actividades de supervisión incluyen procesos para proporcionar confidencialidad y seguridad a la información de la investigación.

Referencias

1. Hofmann PB, Yates GR. The one trait that consistently high-performing health systems and hospitals share: The importance of humility is significantly underappreciated by health care leaders. *H&HN*. 2015 Sep 21. Accessed Nov 16, 2016. <http://www.hhnmag.com/articles/6553-the-one-trait-that-consistently-high-performing-health-systems-and-hospitals-share>.
2. Chassin MR, Loeb JM. High-reliability health care: Getting there from here. *Milbank Q*. 2013 Sep;91(3):459–490.
3. Hofmann PB. The community's conscience: In addition to their fiduciary duties, trustees are responsible for their hospital's moral compass. *Trustee*. 2014 Sep;40–41.
4. Baba VV, HakemZadeh F. Toward a theory of evidence based decision making. *Management Decision*. 2012; 50(5):832–867.
5. Barends E, Rousseau DM, Briner RB. Evidence-Based Management: The Basic Principles. Amsterdam: CEBMa, 2014. Accessed Nov 16, 2016. <https://www.cebma.org/wp-content/uploads/Evidence-Based-Practice-The-Basic-Principles-vs-Dec-2015.pdf>.
6. Kovner AR. Evidence-based management: Implications for nonprofit organizations. *Nonprofit Manag Leadersh*. 2014 Spring;24(3):417–424.
7. Cold Chain Compliance. FDA & ICH: Regulations and Standards for Temperature-Controlled Supply Chains. Vaisala. 2012. Accessed Nov 15, 2016. http://www.vaisala.com/Vaisala%20Documents/Regulatory%20Compliance%20Information/Cold_Chain_FDA_ICHApplication-Note.pdf.
8. Felea M, Albastroi I. An introduction to supply chain risk management: Definitions and theories perspective. *Valahian Journal of Economic Studies*. 2013;4(3):57–64.
9. Gostin LO, Buckley GJ, Kelley PW. Stemming the global trade in falsified and substandard medicines. *JAMA*. 2013 Apr 24;309(16):1693–1694.
10. International Organization for Standardization. ISO 9001—What Does It Mean in the Supply Chain? 2016. Accessed Nov 10, 2016. http://www.iso.org/iso/publication_item.html?pid=PUB100304.
11. Kanyoma KE, et al. Sourcing strategy and supply chain risk management in the healthcare sector: A case study of Malawi's public healthcare delivery supply chain. *Journal of Management and Strategy*. 2013;4(3):16–26.
12. MIT Center for Transportation & Logistics. MIT Tool Will Help Companies Assess Weak Links in Supply Chains. Schectman J. Sep 16, 2013. Accessed Nov 15, 2016. <http://ctl.mit.edu/news/mit-tool-will-help-companies-assess-weak-links-supply-chains>.
13. GS1. *Global Traceability Standard for Healthcare*. Issue 1.2.0. Oct 2013. Accessed Nov 16, 2016. http://www.gs1.org/sites/default/files/docs/traceability/Global_Traceability_Standard_Healthc_are.pdf.
14. Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Network. Patient Safety Primer: Update on Safety Culture. Frankel A, Leonard M. Jul–Aug 2013. Accessed Dec 4, 2016. <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/144/update-on-safety-culture>.
15. Leonard M, et al. editors. *The Essential Guide for Patient Safety Officers*, 2nd ed. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources, 2013.
16. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Safety Primers: Safety Culture. Jul 2016. Accessed Nov 27, 2016. Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Network. Patient Safety Primer: Safety Culture. (Updated: Jul 2016.) Accessed Dec 4, 2016. <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>.
17. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *TeamSTEPPS®: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*. Rockville, MD: AHRQ, 2016. Accessed Nov 15, 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/index.html>.
18. Agency for Healthcare Research and Quality. International Use of the Surveys on Patient Safety Culture. Sep 2012. (Updated: Jun 2016.) Accessed Nov 27, 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/pscintusers.html>.
19. ECRI Institute. Top 10 Health Technology Hazards for 2016. Nov 2015. Accessed Nov 13, 2016. <https://www.ecri.org/Pages/2016-Hazards.aspx>.
20. Famolaro T, et al. *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Mar 2016. Accessed Nov 27, 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/hosp-reports.html>.
21. Thomas L, Galla C. Building a culture of safety through team training and engagement. *BMJ Qual Saf*. 2013 May;22(5):425–434.

22. Wagner C, et al. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care*. 2013 Jul;25(3):213–221.
23. Weaver SJ, et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. *Ann Intern Med*. 2013 Mar 5;158(5 Pt 2):369–374.

Administración y Seguridad de Instalaciones (FMS)

Panorama general

Las organizaciones sanitarias trabajan para proporcionar instalaciones seguras, funcionales y que proporcionen apoyo a los pacientes, familiares, personal y visitantes. Para alcanzar este objetivo se deben gestionar de manera efectiva las instalaciones físicas, el equipamiento médico o de otro tipo y las personas. En particular, la gestión debe esforzarse para

- reducir y controlar los peligros y los riesgos;
- evitar accidentes y lesiones; y
- mantener condiciones seguras.

La gestión efectiva incluye una **planificación, educación y monitorización** multidisciplinar de la siguiente manera:

- Los líderes planifican el espacio, el equipamiento y los recursos necesarios para dar soporte de manera segura y efectiva a los servicios clínicos que se proporcionan.
- Todo el personal recibe educación sobre las instalaciones, sobre cómo reducir los riesgos y sobre cómo monitorizar y notificar situaciones que plantean riesgo.
- Se utilizan criterios de desempeño para evaluar los sistemas importantes y para identificar las mejoras necesarias.

Se elaboran **programas por escrito** que incluyen las siguientes **seis áreas**, cuando correspondan a las instalaciones y a las actividades de la organización:

1. **Seguridad y protección**
 - Seguridad: el grado en que los edificios, áreas en construcción, suelos y equipamiento de la organización no planteen un peligro o un riesgo a los pacientes, personal o visitantes.
 - Protección: protección frente a **pérdida, destrucción, alteración o acceso o uso no autorizado**.
2. **Materiales peligrosos**: el **manejo, almacenamiento y utilización de materiales radiactivos y de otro tipo** está controlado y los **residuos peligrosos** se eliminan de manera segura.
3. **Gestión de emergencias**: se identifican los riesgos y la **respuesta ante epidemias, desastres y emergencias** se planifica y es efectiva, incluyendo la evaluación de la integridad estructural de los entornos de la atención de los pacientes.
4. **Seguridad contra incendios**: realización de una evaluación continua de riesgos para mejorar la protección de la propiedad y de los ocupantes frente al fuego y el humo.
5. **Equipos médicos**: los equipos se seleccionan, se mantienen y se utilizan de manera que se reduzcan los riesgos.
6. **Sistemas de suministros básicos**: la **electricidad, el agua** y otros sistemas de suministro se mantienen para minimizar los riesgos por fallos de funcionamiento.

Cuando la organización tiene **entidades no hospitalarias** dentro de las instalaciones de atención de los pacientes que se van a evaluar (como una cafetería o una tienda de regalos de un propietario independiente), la organización tiene la obligación de garantizar que estas **entidades independientes** cumplen con los siguientes **programas de gestión y seguridad de las instalaciones**:

- **Programas de seguridad y protección**

- Programas de materiales peligrosos
- Programas de gestión de emergencias
- Programas de seguridad ante incendios

Las leyes, normativas y las inspecciones de las autoridades locales determinan en gran medida el diseño, utilización y mantenimiento de una instalación. Todas las organizaciones, independientemente de su tamaño o recursos, deben cumplir con estos requisitos como parte de su responsabilidad hacia sus pacientes, familias, personal y visitantes.

Las organizaciones deben cumplir con las leyes y normativas, incluyendo los códigos de edificación y de incendios. Son conocedoras de los detalles de las instalaciones físicas que ocupan realizando inspecciones periódicas de las mismas. Recopilan datos de manera proactiva y llevan a cabo estrategias para reducir los riesgos y para mejorar el entorno asistencial.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono [Ⓟ] después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

Liderazgo y planificación

FMS.1 El hospital cumple con las leyes, normativas y códigos de edificación y de seguridad contra incendios pertinentes y con los requisitos de la inspección de las instalaciones.

FMS.2 El hospital desarrolla y mantiene uno o varios programas escritos que describen el proceso de gestión de riesgos para pacientes, familiares, visitantes y personal. [Ⓟ]

FMS.3 Una o más personas cualificadas supervisan la planificación y la implementación del programa de gestión de las instalaciones para reducir y controlar los riesgos en el entorno asistencial.

Seguridad y protección

FMS.4 El hospital planifica e implementa un programa para proporcionar instalaciones físicas seguras mediante inspección y planificación para reducir los riesgos. [Ⓟ]

FMS.4.1 El hospital planifica e implementa un programa para brindar un entorno protegido para pacientes, familiares, personal y visitantes. [Ⓟ]

FMS.4.2 El hospital planifica y presupuesta para la renovación o sustitución de sistemas, edificios o componentes clave, basándose en la inspección de las instalaciones y acatando las leyes y normativas.

FMS.4.2.1 Cuando se planeen obras de demolición, construcción o renovación, la organización realiza una evaluación de riesgos pre-construcción. [Ⓟ]

Materiales peligrosos

FMS.5 El hospital cuenta con un programa para el inventario, la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y residuos peligrosos. [Ⓟ]

FMS.5.1 El hospital cuenta con un programa para el control y la eliminación de materiales y residuos peligrosos. [Ⓟ]

Preparación ante desastres

FMS.6 El hospital desarrolla, mantiene y somete a prueba un programa de gestión para responder a emergencias y desastres naturales o de otro tipo que tengan el potencial de ocurrir dentro de su comunidad. ①

Seguridad contra incendios

FMS.7 El hospital establece e implementa un programa para la prevención, detección temprana, contención, reducción y evacuación segura del centro ante incendios y otras emergencias no relacionadas con incendios. ①

FMS.7.1 El hospital realiza pruebas regulares de su programa de seguridad contra incendios y humo, incluyendo cualquier dispositivo relacionado con la detección temprana y la contención, y documenta los resultados. ①

FMS.7.2 El programa de seguridad contra incendios incluye restringir el consumo de cigarrillos al personal y a los pacientes a aquellas áreas del centro donde no se atiende a pacientes específicamente designadas. ①

Equipos médicos

FMS.8 El hospital establece e implementa un programa para la inspección, realización de pruebas y mantenimiento de los equipos médicos, y para documentar los resultados. ①

FMS.8.1 El hospital cuenta con un sistema implementado para monitorizar y actuar ante avisos de peligro, retirada por el fabricante, incidentes notificables, problemas y fallos de los equipos médicos. ①

Suministros básicos

FMS.9 El hospital establece e implementa un programa para garantizar que todos los suministros básicos funcionen de manera efectiva y eficiente.

FMS.9.1 Los suministros básicos se inspeccionan, reciben mantenimiento y se mejoran.

FMS.9.2 El programa de suministros básicos garantiza que haya agua potable y fluido eléctrico en todo momento y establece e implementa fuentes alternativas de agua y electricidad durante la interrupción, contaminación o fallo del sistema.

FMS.9.2.1 El hospital prueba sus sistemas de emergencia de agua y fluido eléctrico y documenta los resultados.

FMS.9.3 Personas o autoridades designadas monitorizan la calidad de agua con regularidad.

Monitorización del programa de gestión y seguridad de las instalaciones

FMS.10 El hospital recoge y analiza datos de cada uno de los programas de gestión y seguridad de las instalaciones, para dar soporte a la planificación de la sustitución o actualización de los equipos médicos, tecnología y sistemas, así como para la reducción de riesgos en el entorno.

Educación del personal

FMS.11 El hospital brinda educa, capacita y somete a prueba a todo el personal en cuanto a su papel para proporcionar unas instalaciones asistenciales seguras y efectivas.

FMS.11.1 Los miembros del personal están capacitados y son conocedores de sus funciones en los programas del hospital de seguridad contra incendios, protección, materiales peligrosos y emergencias.

FMS.11.2 El personal está capacitado para manejar los equipos médicos y los

suministros básicos, así como para darles mantenimiento.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Liderazgo y planificación

Estándar FMS.1

El hospital cumple con las leyes, normativas y códigos de edificación y de seguridad contra incendios pertinentes y con los requisitos de la inspección de las instalaciones.

Intención de FMS.1

Las leyes, normativas e inspecciones por parte de las autoridades nacionales y locales determinan en gran medida la forma cómo se diseña, utiliza y mantiene un centro. Todos los hospitales, independientemente del tamaño y de los recursos, deben cumplir con estos requisitos como parte de sus responsabilidades hacia sus pacientes, familiares, personal y visitantes.¹ Tales requisitos pueden diferir según la antigüedad y la ubicación del centro, entre otros factores. **Por ejemplo**, muchos códigos de edificación de edificios y de seguridad contra incendios, tales como los sistemas de aspersores, son aplicables únicamente a nuevas construcciones. Los hospitales comienzan por cumplir las leyes y normativas.

El **equipo directivo del hospital** es responsable de

- conocer qué **leyes, normativas, códigos de edificación y de seguridad contra incendios y otros requisitos nacionales y locales son aplicables a las instalaciones del hospital**;
- implementar los requisitos aplicables o los requisitos alternativos aprobados; y
- **planificar y presupuestar** para las actualizaciones o sustituciones necesarias, según se identifiquen mediante datos de monitorización o para cumplir con los requisitos aplicables y proporcionar evidencia de avances en la implementación de las mejoras. (*Ver también* FMS.4.2, EM 1, 2 y 3)

Cuando se ha **emplazado al hospital por no cumplir los requisitos**, el equipo directivo del hospital asume la responsabilidad de realizar la **planificación oportuna y cumplir con los requisitos en el plazo prescrito**.

Elementos medibles de FMS.1

1. El equipo directivo del hospital y los responsables de la gestión de las instalaciones entienden las leyes, normativas, códigos de edificación y seguridad contra incendios y otros requisitos nacionales y locales que son de aplicación a las instalaciones del hospital. (*Ver también* GLD.2, EM 5)
2. El equipo directivo del hospital y los responsables de la gestión de las instalaciones implementan las leyes, normativas, códigos de edificación y seguridad contra incendios y otros requisitos nacionales y locales las leyes, normativas, códigos de edificación y seguridad contra incendios y otros requisitos nacionales y locales o las alternativas aprobadas.
3. El equipo directivo del hospital garantiza que el hospital cumpla con las condiciones impuestas por los informes sobre las instalaciones o por los emplazamientos que surjan de las inspecciones por parte de las autoridades nacionales o locales. (*Ver también* GLD.2, EM 6)

Estándar FMS.2

El hospital desarrolla y mantiene uno o varios programas escritos que describen el proceso de gestión de riesgos para pacientes, familiares, visitantes y personal. ©

Intención de FMS.2

Gestionar los riesgos dentro de un entorno en el que se atiende a los pacientes y trabaja el personal requiere planificación. El hospital desarrolla un programa maestro o programas individuales que incluyen lo siguiente:

a) Seguridad y protección

Seguridad: el grado en que los edificios, suelos y equipamiento no planteen un peligro o un riesgo a los pacientes, personal o visitantes.

Protección: protección frente a pérdida, destrucción, alteración o acceso o uso no autorizado.

b) Materiales peligrosos: el manejo, almacenamiento y utilización de materiales radiactivos y de otro tipo está controlado y los residuos peligrosos se eliminan de manera segura.

c) Gestión de emergencias: la respuesta ante epidemias, desastres y emergencias se planifica y es efectiva.

d) Seguridad contra incendios: protección de la propiedad y de los ocupantes frente al fuego y el humo.

e) Equipos médicos: los equipos se seleccionan, se mantienen y se utilizan de manera que se reduzcan los riesgos.

f) Sistemas de suministros básicos: la electricidad, el agua y otros sistemas de suministro se mantienen para minimizar los riesgos por fallos de funcionamiento.

Tales programas de gestión de las instalaciones están escritos y actualizados en cuando a que reflejan condiciones presentes o recientes dentro del entorno del hospital. Existe un proceso para su revisión y actualización. Cuando el hospital cuenta con entidades no hospitalarias dentro de las instalaciones de atención a pacientes sujetas a evaluación (tales como una cafetería o tienda de regalos de propietario independiente), el hospital tiene la obligación de garantizar que estas entidades independientes cumplan con los programas de gestión y seguridad de las instalaciones.

Elementos medibles de FMS.2

1. Existen programas escritos que abordan las áreas de riesgo indicadas en los ítems a) hasta f) de la intención.
2. Los programas están vigentes y totalmente implementados.
3. El hospital cuenta con un proceso para revisar y actualizar el o los programas, cuando se producen cambios en el entorno del hospital o, como mínimo, de forma anual.
4. Cuando hay entidades independientes presentes dentro de las instalaciones de atención a pacientes que se van a evaluar, el hospital garantiza que dichas entidades cumplan con todos los aspectos de los programas de gestión de las instalaciones identificados en los ítems a) hasta d) de la intención. (Ver también FMS.11, EM 2)

Estándar FMS.3

Una o más personas cualificadas supervisan la planificación y la implementación del programa de gestión de las instalaciones para reducir y controlar los riesgos en el entorno asistencial.

Intención de FMS.3

Los hospitales trabajan para proporcionar instalaciones seguras, funcionales y protectoras para pacientes, familiares, personal y visitantes. Para lograr este objetivo, se deben administrar de forma eficaz las instalaciones físicas, el equipamiento, la tecnología médica y los recursos humanos. En particular, la gerencia debe esforzarse por

- reducir y controlar los peligros y riesgos;
- evitar accidentes y lesiones; y
- mantener condiciones seguras.

Una administración efectiva incluye planificación multidisciplinar, educación y monitorización, de la manera siguiente:

- Los directivos del hospital planifican el espacio, el equipamiento médico, la tecnología y los recursos necesarios para apoyar de manera segura y efectiva los servicios clínicos prestados. (Ver también GLD.9, EM 2)
- Todo el personal recibe educación acerca las instalaciones, cómo reducir riesgos y cómo monitorizar y comunicar situaciones que representan un riesgo. (Ver también FMS.11, EM 1)
- Se usan criterios de desempeño para evaluar sistemas importantes e identificar mejoras que sean necesarias. (Ver también GLD.5, EM 1)

Los hospitales necesitan desarrollar un programa de gestión de riesgos de las instalaciones/entorno que aborde cómo gestionar riesgos del entorno por medio del desarrollo de planes de administración de las instalaciones y la provisión de espacio, equipamiento médico, tecnología y recursos. Una o más personas supervisan el programa. En un hospital pequeño, una persona puede estar asignada a tiempo parcial. En un hospital más grande, es posible que estén asignados varios ingenieros u otras personas especialmente capacitadas. Cualquiera que sea la asignación, todos los aspectos del programa deben administrarse eficazmente y de manera consistente y continua. La supervisión del programa incluye

- a) la planificación de todos los aspectos del programa, tal como desarrollo de planes y la provisión de recomendaciones en cuanto a espacio, equipamiento médico, tecnología y recursos; (Ver también FMS.4.2.1, EM 3)
- b) la implementación del programa;
- c) la educación del personal;
- d) pruebas y monitorización del programa;
- e) revisión y corrección periódica del programa; y
- f) proporcionar informes anuales a la entidad de gobierno sobre la efectividad del programa. (Ver también GLD.1.2, EM 2)

Dependiendo del tamaño y la complejidad del hospital, se puede formar un comité de riesgos de las instalaciones/del entorno al que se le puede dar la responsabilidad de supervisar el programa y su continuidad.

Elementos medibles de FMS.3

1. La supervisión y dirección del programa se asignan a una o más personas calificadas por experiencia y capacitación. (Ver también GLD.9, EM 1)
2. Se documenta la evidencia de la capacitación y la experiencia de la o las personas calificadas. (Ver también SQE.5, EM 4)
3. La o las personas planifican e implementan el programa, lo que incluye los elementos a) hasta f) de la intención.

Seguridad y protección

Estándar FMS.4

El hospital planifica e implementa un programa para proporcionar instalaciones físicas seguras mediante inspección y planificación para reducir los riesgos. [Ⓟ]

Estándar FMS.4.1

El hospital planifica e implementa un programa para proporcionar instalaciones físicas seguras

mediante inspección y planificación para reducir los riesgos. (P)

Estándar FMS.4.2

El hospital planifica y presupuesta para la renovación o sustitución de sistemas, edificios o componentes clave, basándose en la inspección de las instalaciones y acatando las leyes y normativas.

Intención de FMS.4 hasta el FMS.4.2

Los términos *seguridad* y *protección* se usan frecuentemente como sinónimos en muchos países; sin embargo, en este contexto se definen de forma distinta. *Seguridad* se refiere a garantizar que el edificio, los bienes, la tecnología médica e informática, el equipo y los sistemas no representan riesgo físico para los pacientes, familiares, personal ni visitantes. *Protección*, por otra parte, se refiere a proteger del daño los bienes de la organización así como a los pacientes, familiares, visitantes y personal. La prevención y la planificación son esenciales para crear un centro de atención que sea seguro y que brinde protección. La planificación eficaz requiere que el hospital sea consciente de todos los riesgos presentes en el centro. El objetivo es evitar accidentes y lesiones; mantener condiciones seguras y protegidas para los pacientes, familiares, personal y visitantes; así como reducir y controlar los peligros y riesgos. (Ver también FMS.11.1, EM 2)

Como parte del programa de seguridad, el hospital desarrolla e implementa una evaluación integral y proactiva de los riesgos, con el fin de identificar áreas en donde existe potencial de lesiones. Son ejemplos de riesgos de seguridad que representan potencial de lesiones o peligros los muebles con bordes filosos o rotos, rampas para ropa de cama que no cierran adecuadamente, ventanas rotas, fugas de agua en el falso techo, así como lugares en donde no haya puntos de escape en caso de incendio. Esta evaluación periódica se documenta y ayuda al hospital a diseñar y llevar a cabo mejoras y preparación de presupuestos para la modernización o reemplazo en las instalaciones a más largo plazo.

Además del programa de seguridad, el hospital debe contar con un programa de protección para garantizar que todos en el hospital estén protegidos contra daños personales y pérdida o daño de bienes. El personal, los proveedores y otros que identifique el personal, tales como voluntarios o trabajadores de los contratistas, se identifican con placas o distintivos (temporales o permanentes) u otra forma de identificación. Otros, como los familiares o visitantes en el hospital, pueden identificarse según la política del hospital y la legislación. Las áreas restringidas, tales como la sala cuna y el quirófano, deben estar protegidas y monitorizadas. Los niños, los ancianos y otros pacientes vulnerables que no pueden protegerse ni hacer señales para pedir ayuda deben estar protegidos del peligro. Además, es posible que las áreas remotas o aisladas del centro y los terrenos requieran el uso de cámaras de seguridad. (Ver también PFR.1.4 y PFR.1.5)

Elementos medibles de FMS.4

1. El hospital cuenta con un programa para ofrecer instalaciones físicas seguras. (Ver también AOP.5.3, EM 1 and AOP.6.3, EM 1)
2. El hospital cuenta con una inspección documentada, actual y precisa de sus instalaciones físicas.
3. Basándose en la inspección, el hospital desarrolla una gestión de riesgos proactiva integral para identificar las áreas en las que exista potencial de daño. (Ver también FMS.4.2.1, EM 2)

Elementos medibles de FMS.4.1

1. El hospital cuenta con un programa para proporcionar un ambiente protegido, que incluye la monitorización y protección de áreas identificadas como riesgos de protección. (Ver también AOP.5.3 y AOP.6.3)
2. El programa garantiza que todo el personal, trabajadores por contrato y proveedores estén identificados.
3. Todas las áreas de riesgo de protección y áreas restringidas están identificadas, registradas, monitorizadas y se mantienen protegidas. (Ver también MMU.3, EM 4; MMU.3.1; and MMU.3.2)

Elementos medibles de FMS.4.2

1. El hospital planifica y presupuesta para cumplir con las leyes, las normativas y otros requisitos que sean de aplicación. (Ver también GLD.2, EM 5 y FMS.1)
2. El hospital planifica y presupuesta para actualizar o reemplazar aquellos sistemas, edificios o componentes necesarios para el funcionamiento continuo de unas instalaciones seguras, protegidas y efectivas. (Ver también GLD.1.1, EM 3; FMS.1 y FMS.10, EM 2)
3. Los directivos del hospital aplican los recursos presupuestados para proporcionar unas instalaciones seguras y protegidas, de acuerdo con los planes aprobados. (Ver también FMS.1)

Estándar FMS.4.2.1

Cuando se planeen obras de demolición, construcción o renovación, la organización realiza una evaluación de riesgos pre-construcción. [Ⓟ]

Intención de FMS.4.2.1

La **planificación de nuevas obras** en un hospital genera impacto en todas las personas de la organización; sin embargo, son los pacientes quienes pueden sufrir el mayor impacto. **Por ejemplo**, el ruido y la vibración asociados a las obras pueden afectar a su nivel de comodidad, y el polvo y los olores de la construcción pueden alterar la calidad del aire (lo que puede suponer una amenaza para el estado respiratorio de un paciente).

Con el fin de evaluar los **riesgos asociados a un nuevo proyecto de construcción**, el hospital necesita reunir a todos los departamentos afectados por las obras, incluyendo a **representantes del diseño del proyecto, de la gestión del proyecto, seguridad/protección de las instalaciones, prevención de la infección, limpieza, ingeniería, servicios de información y departamentos y servicios clínicos.**²

Los riesgos para los pacientes, familiares, personal, visitantes, comerciales, trabajadores de contrata y entidades no pertenecientes al hospital variarán dependiendo del alcance de la actividad de construcción y de su impacto en la infraestructura y los suministros básicos. Además, la proximidad de la obra a las áreas donde se atienden pacientes tendrá un impacto en el alcance de los riesgos. **Por ejemplo**, si la construcción afecta a un nuevo edificio que se encuentra apartado del edificio donde actualmente se atiende a los pacientes, los riesgos a pacientes y visitantes serán probablemente mínimos.

Los riesgos se determinan mediante la realización de una evaluación de riesgos pre-construcción, también conocida como **PCRA (pre-construction risk assessment)**. La evaluación de riesgos se utiliza para determinar los riesgos de una manera integral y así elaborar planes que minimicen el impacto de las obras en la calidad y seguridad de la atención del paciente. Las áreas que es necesario incluir en la evaluación de riesgos pre-construcción son

- a) calidad del aire;
- b) control de la infección;
- c) suministros básicos;
- d) ruido;
- e) vibración;
- f) materiales peligrosos;
- g) servicios de emergencia, como la respuesta a códigos; y
- h) otros peligros que afectan a la atención, el tratamiento y los servicios.

Además, el hospital garantiza que el cumplimiento del contratista se monitorice, se haga cumplir y se documente.

Como parte de la evaluación de riesgos, el riesgo de infección del paciente por la construcción se evalúa mediante una evaluación del riesgo para el control de la infección, también conocida como **ICRA (infection control risk assessment)**. (Ver también PCI.7.5)

Elementos medibles de FMS.4.2.1

1. Cuando se planeen obras de demolición, construcción o renovación, el hospital realiza una evaluación de riesgos pre-construcción (PCRA) para al menos los elementos a) hasta h) de la

intención.

2. Basándose en su evaluación, el hospital toma medidas para minimizar los riesgos durante las obras de demolición, construcción y renovación. (Ver también FMS.4, EM 3)
3. El hospital garantiza que se monitoree, se haga cumplir y se documente el cumplimiento del contratista. (Ver también FMS.3)

Materiales peligrosos

Estándar FMS.5

El hospital cuenta con un programa para el inventario, la manipulación, el almacenamiento y el uso de materiales y residuos peligrosos. ④

Estándar FMS.5.1

El hospital cuenta con un programa para el control y la eliminación de materiales y residuos peligrosos. ④

Intención de FMS.5 y FMS.5.1

Se encuentra implementado un programa de materiales y residuos peligrosos que incluye la identificación y el control seguro de *materiales y residuos peligrosos* en todo el centro.³⁻⁶ (Ver también PCI.7.2) La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica los materiales y residuos peligrosos según las siguientes categorías:

- Infecciosos
- Patológicos y anatómicos
- De farmacia
- Químicos
- Metales pesados
- Recipientes presurizados
- Objetos punzantes
- Genotóxicos/citotóxicos
- Radioactivos

El hospital tiene en cuenta estas categorías identificadas por la OMS cuando elabora un inventario de los materiales y residuos peligrosos. El programa de materiales y residuos peligrosos comienza por realizar una búsqueda minuciosa por todas las áreas del centro en donde puede haber materiales y residuos peligrosos. La documentación de esta búsqueda debería incluir información acerca de la ubicación, tipo y cantidad de materiales y residuos peligrosos que se almacenan y debería actualizarse cuando se produzcan cambios en la ubicación, almacenamiento, tipo o cantidad de los materiales peligrosos.

El programa de materiales y residuos peligrosos incluye procesos para

- el inventario de materiales y residuos peligrosos, que incluye el material, la cantidad y la ubicación;
- la manipulación, almacenamiento y uso de materiales peligrosos;
- el equipo de protección y los procedimientos correctos durante el uso, derrames o exposición;
- el correcto etiquetado de materiales y residuos peligrosos;
- la notificación e investigación de derrames, exposiciones y otros incidentes;
- la eliminación correcta de los residuos peligrosos; y
- la documentación, incluyendo cualquier permiso, licencias u otros requisitos legales.

La información referente a los procedimientos para manipular o trabajar con materiales y residuos peligrosos de manera segura debe estar disponible de manera inmediata en todo momento e incluye información sobre los datos físicos del material (tales como su punto de ebullición, punto de

ignición y datos similares), su toxicidad, qué efectos puede tener el uso del material peligroso sobre la salud, la identificación de almacenamiento y eliminación correctos después del uso, el tipo de equipo de protección necesario durante el uso y los procedimientos para la manipulación de derrames, lo que incluye los primeros auxilios necesarios para cualquier tipo de exposición. Muchos fabricantes proporcionan esta información en forma de hojas de datos de seguridad (SDS, *safe data sheets*).⁸ (Ver también AOP.5.3, AOP.5.6, AOP.6.6, MMU.3 y MMU.3.1)

Elementos medibles de FMS.5

1. El hospital identifica el tipo, la ubicación y la cantidad de todos los materiales y residuos peligrosos y cuenta con un inventario completo y actual de todos esos materiales dentro del hospital. (Ver también AOP.5.6, EM 1)
2. El programa establece e implementa la manipulación, el almacenamiento y el uso seguro de los materiales y residuos peligrosos. (Ver también AOP.5.6, EM 3; AOP.6.6, EM 2; y MMU.3.1, EM 2)
3. El programa establece e implementa el correcto equipo de protección y los procedimientos que se requieren durante el uso. (Ver también AOP.5.3, EM 3 y AOP.6.3, EM 4)
4. El programa establece e implementa el etiquetado correcto de materiales y residuos peligrosos. (Ver también AOP.5.6, EM 5; AOP.6.6, EM 4; MMU.3; y MMU.3.1, EM 2)
5. El programa establece e implementa requisitos de documentación, incluyendo cualquier permiso, licencia u otros requisitos legales. (Ver también GLD.2, EM 5)

Elementos medibles de FMS.5.1

1. El programa establece e implementa un mecanismo de notificación e investigación ante derrames, exposiciones u otros incidentes. (Ver también FMS.11.1, EM 3)
2. El programa establece e implementa procedimientos para la gestión de derrames y exposiciones, incluyendo el uso del equipo de protección correcto. (Ver también PCI.9, EM 1 y 2 y FMS.11.1, EM 3)
3. La información sobre el material peligroso relacionado con la manipulación segura, los procedimientos de manejo de derrames y los procedimientos para la gestión de exposiciones se mantiene actualizada y disponible en todo momento. (Ver también QPS.3)
4. El hospital elimina los materiales y residuos peligrosos de manera segura o contrata con entidades que garanticen la eliminación correcta de los materiales y residuos peligrosos en lugares destinados a residuos peligrosos o como venga determinado por las leyes y normativas. (Ver también AOP.5.7, EM 5; PCI.7.2, EM 1; y PCI.7.3, EM 3)

Preparación ante desastres

Estándar FMS.6

El hospital desarrolla, mantiene y somete a prueba un programa de gestión para responder a emergencias y desastres naturales o de otro tipo que tengan el potencial de ocurrir dentro de su comunidad. [Ⓟ]

Intención de FMS.6

Las emergencias y desastres que se producen en la comunidad pueden afectar directamente al hospital, como el daño a áreas de atención a pacientes como resultado de un terremoto, un tsunami, o un ataque terrorista que impida que el personal acuda al trabajo. El desarrollo del programa debería comenzar por identificar los tipos de desastres que tienen probabilidad de ocurrir en la región donde se ubica el hospital y cuál sería el impacto que estos desastres tendrían en el hospital.⁹⁻

¹¹ Por ejemplo, un huracán o un tsunami tienen más probabilidad de ocurrir en áreas donde el océano queda cerca, pero es improbable que ocurran en países rodeados de tierra. Por otro lado, en cualquier hospital podrían potencialmente ocurrir daños a las instalaciones o víctimas masivas

como resultado de una guerra o de un ataque terrorista.

Un elemento importante a la hora de determinar el **impacto** de un desastre es determinar el **efecto que tendrá el mismo sobre la estructura** del entorno asistencial. Identificar **cómo responderá el edificio** ante un terremoto o una explosión constituye un aspecto importante para el desarrollo de planes de evacuación y para identificar las áreas prioritarias de mejora del edificio.

Tan importante como **identificar los tipos de desastres es identificar los efectos de un desastre**¹⁰ Esto ayuda a planificar las estrategias que se necesitan en caso de que ocurra un desastre. **Por ejemplo**, ¿cuál es la probabilidad de que un desastre natural, como un terremoto, afecte al suministro de agua y electricidad? ¿Podría un terremoto impedir que el personal respondiera al desastre, sea porque los caminos estén bloqueados o porque los miembros del personal o sus familiares también sean víctimas del suceso? En tales situaciones, las responsabilidades personales del personal pueden entrar en conflicto con las necesidades de respuesta del hospital ante una *emergencia*. Además, los hospitales necesitan identificar su papel dentro de la comunidad. **Por ejemplo**, ¿qué recursos se espera que proporcione el hospital a la comunidad en caso de que se produzca un desastre, y qué métodos de comunicación se usarán dentro de la comunidad? Para responder de forma efectiva, el hospital desarrolla un **programa para gestionar tales emergencias**.

El programa proporciona procesos para

- a) determinar el tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos;
- b) determinar la integridad estructural de los entornos asistenciales existentes y cómo se comportarían ante un desastre;
- c) determinar el papel del hospital en tales eventos;
- d) determinar estrategias de comunicación en caso de eventos;
- e) la gestión de recursos durante los eventos, incluidas las fuentes alternativas;
- f) la gestión de las actividades clínicas durante un evento, incluyendo **ubicaciones alternativas** para brindar atención;
- g) la **identificación y asignación de funciones y responsabilidades** del personal durante un evento; (*Ver también* FMS.11.1, EM 4) y
- h) la gestión de emergencias cuando las **responsabilidades personales del personal entran en conflicto con la responsabilidad del hospital de brindar atención a los pacientes**.

El programa de preparación ante desastres se somete a prueba mediante

- una **prueba anual del programa completo, internamente o como parte de una prueba en toda la comunidad**; o
- pruebas de los elementos críticos c) hasta h) del programa durante el año.

Si el hospital sufre un desastre real, activa su programa y analiza después de manera correcta qué tal ha funcionado, esta situación equivale a una prueba anual.

Elementos medibles de FMS.6

1. El hospital ha identificado los desastres internos y externos más importantes, como posibles emergencias de la comunidad y desastres naturales o de otro tipo que plantean riesgos significativos de ocurrir, tomando en consideración la ubicación geográfica del hospital.
2. El hospital identifica el probable impacto que tendrá cada tipo de desastre sobre todos los aspectos de la atención y los servicios. (*Ver también* MOI.14, EM 2 y 3)
3. El hospital establece e implementa un programa ante desastres que identifica su respuesta a probables desastres, incluyendo los ítems a) hasta h) de la intención.
4. Todo el programa, o por lo menos los elementos cruciales c) hasta h) del programa, se someten a prueba anualmente. (*Ver también* PCI.8.2, EM 4)
5. Al finalizar cada prueba se realiza un análisis de la misma.
6. Aquellas acciones de seguimiento identificadas a partir de la prueba y del análisis de la misma se desarrollan e implementan. (*Ver también* PCI.8.2, EM 6)

Seguridad contra incendios

Estándar FMS.7

El hospital establece e implementa un programa para la prevención, detección temprana, contención, reducción y evacuación segura del centro ante incendios y otras emergencias no relacionadas con incendios. ⑩

Estándar FMS.7.1

El hospital realiza pruebas regulares de su programa de seguridad contra incendios y humo, incluyendo cualquier dispositivo relacionado con la detección temprana y la contención, y documenta los resultados. ⑩

Intención de FMS.7 y FMS.7.1

Los hospitales deben vigilar la seguridad contra incendios ya que el fuego es un riesgo siempre presente en un hospital. Una forma efectiva de identificar y minimizar riesgos es la evaluación continua del cumplimiento del código de seguridad contra incendios.¹² Una evaluación de riesgos incluye lo siguiente:

- a) Las relaciones de presión en los quirófanos
- b) Las separaciones para el fuego
- c) Las separaciones para el humo
- d) Las áreas peligrosas (y los espacios sobre el techo de esas áreas), como los almacenes de ropa sucia, los almacenes de recogida de basura y las salas de almacenamiento de oxígeno.
- e) Las salidas de emergencia
- f) Los dispositivos de cocina que producen grasa
- g) Los conductos de evacuación de ropa sucia y basura
- h) Los sistemas y equipos de electricidad de emergencia
- i) Los gases medicinales y los componentes de los sistemas de vacío

Todo hospital necesita planificar cómo mantendrá seguros a sus ocupantes en caso de incendio o humo. Además, las emergencias que no guardan relación con incendios, como una fuga de gas tóxico, pueden representar una amenaza para los ocupantes. Un hospital establece un programa en particular para

- la prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como el almacenamiento y la manipulación seguros de materiales potencialmente inflamables, lo que incluye gases médicos inflamables y oxidantes, como el oxígeno y el óxido nítrico¹³;
- peligros relacionados con cualquier obra de construcción dentro de o contigua a edificios ocupados por pacientes;
- medios seguros y despejados de evacuación en caso de incendio;
- alerta temprana, sistemas de detección temprana, tales como detectores de humo, alarmas contra incendios y brigadas de incendios; y
- mecanismos de contención, tales como mangueras, supresores químicos o sistemas de aspersores.

Estas acciones, cuando se combinan, proporcionan a los pacientes, familiares, personal y visitantes el tiempo adecuado para abandonar las instalaciones de forma segura en caso de incendio o humo. Estas acciones son eficaces, sin importar la edad, tamaño o construcción del centro. **Por ejemplo**, un centro pequeño de una planta y construido en ladrillo usará diferentes métodos que un centro grande de varios pisos y construido en madera.¹⁴

El programa de seguridad contra incendios del hospital identifica

- la frecuencia con que se inspeccionan, prueban y mantienen los sistemas de protección y seguridad contra incendios, en congruencia con los requisitos;
- el programa para evacuar el centro de forma segura en caso de un incendio o de humo;
- el proceso para someter a prueba todas las partes del programa durante cada período de 12 meses;

- la educación necesaria del personal para proteger y evacuar pacientes de manera eficaz cuando se produce una emergencia; y
- la participación de los miembros del personal en al menos una prueba de seguridad contra incendios al año.

Una prueba del programa puede realizarse de diversas maneras. Por ejemplo, los hospitales pueden asignar a un “responsable de incendios” para cada unidad y hacer que evalúe al personal con un cuestionario aleatorio acerca de lo que harían si ocurriera un incendio en su unidad. Se pueden hacer preguntas específicas al personal, como “¿En dónde se ubica la válvula de desconexión del oxígeno? Si tuviera que desconectar la válvula de oxígeno, ¿cómo atendería a los pacientes que necesitan oxígeno? ¿En dónde se ubican los extintores en su unidad? ¿De qué manera comunica un incendio? ¿Cómo protege a los pacientes durante un incendio? Si es necesario que evacúe a los pacientes, ¿cuál es su proceso?” El personal debería ser capaz de responder correctamente a estas preguntas. Si no es así, debería quedar documentado y debería desarrollarse una estrategia de nueva capacitación. El “responsable de incendios” debería mantener un registro de los participantes. Los hospitales también pueden desarrollar una prueba escrita relacionada con la seguridad contra incendios para que la realice el personal como parte de las pruebas del programa. Todas las inspecciones, pruebas y mantenimiento quedan documentados. (Ver también PFR.1.5)

Elementos medibles de FMS.7

1. El hospital establece e implementa un programa para garantizar que todos los ocupantes de las instalaciones del hospital estén seguros contra incendios, humo u otras emergencias no relacionadas con incendios.
2. El programa incluye la evaluación del cumplimiento del código de seguridad contra incendios e incluye al menos los elementos a) hasta i) de la intención.
3. El hospital implementa estrategias para todas las deficiencias identificadas.
4. El programa incluye la detección temprana de fuego y humo.
5. El programa incluye la reducción del fuego y la contención del humo.
6. El programa incluye la evacuación segura del centro cuando se produzcan emergencias por incendio o por otras causas.

Elementos medibles de FMS.7.1

1. Todo el personal participa por lo menos en una prueba del programa de seguridad contra incendios y humo al año. (Ver también FMS.11–FMS.11.2)
2. El personal puede demostrar cómo llevar a los pacientes a un lugar seguro. (Ver también FMS.11.1, EM 1)
3. El equipo y los sistemas de detección y reducción de incendios se inspeccionan, prueban y mantienen de acuerdo con las recomendaciones de los fabricantes.
4. La inspección, las pruebas y el mantenimiento del equipo y de los sistemas quedan documentados.

Estándar FMS.7.2

El programa de seguridad contra incendios incluye restringir el consumo de cigarrillos al personal y a los pacientes a aquellas áreas del centro donde no se atiende a pacientes específicamente designadas. ©

Intención de FMS.7.2

El programa de seguridad contra incendios que aborda la restricción del consumo de cigarrillos

- se aplica a todos los pacientes, familiares, personal y visitantes; y
- elimina el consumo de cigarrillos en las instalaciones del hospital o reduce al mínimo el consumo de cigarrillos a áreas donde no se atiende a pacientes que se ventilan hacia el

exterior.

El programa de seguridad contra incendios que aborda la restricción del consumo de cigarrillos identifica cualquier excepción relacionada con los pacientes, como las razones médicas o psiquiátricas por las que a un paciente se le puede permitir fumar, así como aquellas personas a quienes se les permite otorgar esta excepción. Cuando se hace una excepción, el paciente fuma en un área designada donde no se realizan tratamientos y que está alejada de otros pacientes.

Elementos medibles de FMS.7.2

1. El programa de seguridad contra incendios aborda la eliminación o restricción del consumo de cigarrillos dentro de las instalaciones del hospital.
2. El programa se aplica a pacientes, familiares, visitantes y personal.
3. El programa identifica quién puede otorgar excepciones a los pacientes para consumir cigarrillos y cuándo son válidas tales excepciones.

Equipos médicos

Estándar FMS.8

El hospital establece e implementa un programa para la inspección, realización de pruebas y mantenimiento de los equipos médicos, y para documentar los resultados. ©

Intención de FMS.8

Para garantizar que la tecnología médica esté disponible para su utilización y funcione debidamente, el hospital realiza y documenta

- un inventario de los equipos médicos;
- inspecciones habituales los equipos médicos;
- pruebas de la tecnología médica, de acuerdo con su uso y requisitos de los fabricantes; y
- cumplimiento del mantenimiento preventivo.

Estos servicios son proporcionados por personas calificadas. La tecnología médica se inspecciona y somete a pruebas cuando es nueva y, posteriormente, de manera continua, de acuerdo con la antigüedad de la tecnología, su uso y las instrucciones del fabricante. Las inspecciones, los resultados de las pruebas y cualquier mantenimiento quedan documentados. Esto ayuda a garantizar la continuidad del proceso de mantenimiento y es útil cuando se realizan planificaciones de capital para reemplazar, actualizar y otros cambios en los equipos. (Ver también AOP.5.5, AOP.6.5 y COP.3.2)

Elementos medibles de FMS.8

1. El hospital establece e implementa un programa de equipamiento médico en todo el hospital. (Ver también AOP.6.5, ME 1)
2. Existe un inventario de todo el equipamiento médico. (Ver también AOP.6.5, EM 3)
3. La tecnología médica se inspecciona y somete a prueba cuando es nueva y, en lo sucesivo, de acuerdo con la edad, uso y recomendaciones del fabricante. (Ver también AOP.6.5, EM 4 y 5)
4. El programa de equipamiento médico incluye mantenimiento preventivo.
5. El personal que proporciona estos servicios está cualificado y capacitado para la prestación de los mismos. (Ver también FMS.11.2, EM 1 and 3)

Estándar FMS.8.1

El hospital cuenta con un sistema implementado para monitorizar y actuar ante avisos de peligro,

retirada por el fabricante, incidentes notificables, problemas y fallos de los equipos médicos. ④

Intención de FMS.8.1

El hospital cuenta con un sistema implementado para monitorizar y actuar ante avisos de peligro, retirada, incidentes notificables, problemas y fallos de los equipos médicos que envía el fabricante, proveedor o agencia reguladora. Algunos países exigen que se informe sobre cualquier equipo médico que haya estado implicado en algún fallecimiento, lesión o enfermedad grave. Los hospitales deben identificar y cumplir la legislación y normativa correspondientes a la comunicación de incidentes de equipos médicos. El programa de gestión del equipamiento médico aborda el uso de cualquier tecnología médica con un problema o fallo que se haya notificado o que sea el motivo de un aviso de peligro o que esté en proceso de retirada. (Ver también AOP.5.5 y AOP.6.5)

Elementos medibles de FMS.8.1

1. El hospital cuenta con un sistema implementado para la monitorización y actuación ante avisos de peligro, retirada por el fabricante, incidentes notificables, problemas y fallos de los equipos médicos. (Ver también AOP.5.6, EM 6; AOP.6.5, EM 6; y ASC.7.4, EM 3)
2. Cuando lo exijan las leyes y normativas, el hospital informa sobre cualquier fallecimiento, lesión o enfermedad grave que sean resultado de la tecnología médica.
3. El programa de gestión de equipamiento médico aborda el uso de cualquier tecnología médica con un problema o fallo que se haya notificado o que sea el motivo de un aviso de peligro o que esté en proceso de retirada.

Suministros básicos

Estándar FMS.9

El hospital establece e implementa un programa para garantizar que todos los suministros básicos funcionen de manera efectiva y eficiente.

Estándar FMS.9.1

Los suministros básicos se inspeccionan, reciben mantenimiento y se mejoran.

Intención de FMS.9 y FMS.9.1

Los *suministros básicos* se pueden definir como los sistemas y el equipo que apoyan los servicios esenciales que se prestan para una atención sanitaria segura. Tales sistemas incluyen la **distribución eléctrica, agua, ventilación y flujo de aire, gases médicos, fontanería, calefacción, residuos, así como los sistemas de comunicaciones y datos.** La función eficaz de los suministros básicos en todo el hospital crea el ambiente para la atención a pacientes. El funcionamiento seguro, efectivo y eficiente de los suministros básicos y otros sistemas clave en el hospital es esencial para la seguridad de pacientes, familiares, personal y visitantes, así como para satisfacer las necesidades de atención a pacientes. La atención de los pacientes, tanto de rutina como urgente, se proporciona en un hospital las **24 horas del día, todos los días de la semana.** En consecuencia, una fuente ininterrumpida de suministros básicos esenciales es crucial para cubrir las necesidades de atención a pacientes.

Un buen programa de gestión de suministros básicos garantiza la fiabilidad de dichos servicios y minimiza los riesgos potenciales. **Por ejemplo,** la contaminación por residuos en áreas de preparación de alimentos, la ventilación inadecuada en el laboratorio clínico, las bombonas de oxígeno que no se protegen cuando se almacenan,¹³ fugas en las conducciones de oxígeno y cables eléctricos deteriorados, representan peligros. Para evitar estos y otros peligros, el hospital cuenta con un proceso para inspeccionar de forma regular tales sistemas y realizar **mantenimiento preventivo y de rutina.** Durante las pruebas, se presta atención a los componentes críticos (**por ejemplo,** interruptores y relés) de los sistemas.

Los hospitales deben contar con un inventario completo de todos los componentes de los sistemas de suministros básicos e identificar qué componentes tienen el mayor impacto en el apoyo vital, el control de infecciones, el apoyo ambiental y la comunicación. El programa de gestión de suministros

básicos incluye estrategias para el mantenimiento de tales servicios, con el fin de garantizar que estos componentes de los sistemas clave, tales como la electricidad, agua, residuos, ventilación y gases médicos, reciban con regularidad inspecciones, mantenimiento y, cuando sea necesario, mejoras.

Elementos medibles de FMS.9

1. El hospital realiza inventarios de los componentes de su sistema de suministros básicos y realiza un mapa de la distribución de los mismos.
2. El hospital identifica, por escrito, las actividades de inspección y mantenimiento para todos los componentes operativos de los suministros básicos en el inventario.
3. El hospital identifica, por escrito, los intervalos para inspeccionar, someter a pruebas y dar mantenimiento a todos los componentes operativos de los suministros básicos en el inventario, de acuerdo con criterios tales como recomendaciones de los fabricantes, niveles de riesgo y experiencia del hospital.
4. El hospital marca los controles de los suministros básicos para facilitar desconexiones de emergencia parciales o completas.

Elementos medibles de FMS.9.1

1. Los suministros básicos y sus componentes se inspeccionan de acuerdo con criterios desarrollados por el hospital.
2. Los suministros básicos y sus componentes se someten a prueba de acuerdo con criterios del hospital.
3. Los suministros básicos y sus componentes reciben mantenimiento de acuerdo con criterios del hospital.
4. Los suministros básicos y sus componentes se mejoran cuando se estime necesario.

Estándar FMS.9.2

El programa de suministros básicos garantiza que haya agua potable y fluido eléctrico en todo momento y establece e implementa fuentes alternativas de agua y electricidad durante la interrupción, contaminación o fallo del sistema.

Estándar FMS.9.2.1

El hospital prueba sus sistemas de emergencia de agua y fluido eléctrico y documenta los resultados.

Intención de FMS.9.2 y FMS.9.2.1

En un hospital la atención de los pacientes, tanto de rutina como urgente, se proporciona las 24 horas del día, todos los días de la semana. Los hospitales tienen diferentes necesidades de suministros básicos en función de su misión, necesidades de los pacientes y recursos. Sin embargo, contar con una fuente ininterrumpida de agua limpia y fluido eléctrico es esencial para atender las necesidades de los pacientes. Independientemente del tipo de sistema y del nivel de sus recursos, un hospital necesita proteger a los pacientes y al personal en emergencias, tales como el fallo, interrupción o contaminación del sistema.

Se necesita un sistema de suministro eléctrico de emergencia para todos los hospitales que pretendan proporcionar un servicio continuo en condiciones de emergencia. Un sistema tal proporciona suficiente energía eléctrica para mantener las funciones esenciales durante los fallos de corriente. También reduce los riesgos asociados a dichos fallos. Las fuentes de alimentación de emergencia y de apoyo se someten a prueba bajo circunstancias planificadas que simulan los requerimientos reales de carga.¹⁵ Por ejemplo, para pruebas trimestrales, se requiere que la prueba dure 30 minutos y debería alcanzar el 30% de la carga de la placa. El periodo de 30 minutos no incluye el tiempo de precalentamiento o enfriamiento. Los hospitales pueden elegir otros métodos de prueba que cumplan los estándares de la industria.

Cuando sea necesario se realizan mejoras, como aumentar el servicio eléctrico en áreas con nuevo

equipamiento médico.

La **calidad del agua** puede cambiar repentinamente por muchas causas, algunas de las cuales ocurren fuera del hospital, como una interrupción en la línea de suministro al hospital. Cuando exista una interrupción en la fuente habitual de agua que se suministra a la organización, deben estar disponibles de inmediato suministros de emergencia de agua potable. Con el fin de prepararse para tales emergencias, el hospital

- **identifica el equipo, los sistemas y las ubicaciones que plantean un mayor riesgo a los pacientes y al personal (por ejemplo, identifica en qué puntos existe la necesidad de iluminación, refrigeración, soporte vital y agua limpia para la limpieza y esterilización de suministros);**
- **evalúa y minimiza los riesgos de fallo en los suministros básicos en estas áreas;**
- **planifica fuentes de emergencia de electricidad y agua limpia para estas áreas y necesidades;**
- **somete a prueba la disponibilidad y fiabilidad de las fuentes de emergencia de electricidad y agua;**
- **documenta los resultados de las pruebas;** y
- garantiza que las pruebas de fuentes alternativas de agua y electricidad se realicen por lo menos trimestralmente o con más frecuencia, si así lo requieren las leyes y normativas locales, las recomendaciones de los fabricantes o las condiciones de las fuentes de electricidad y agua. Las condiciones de las fuentes de electricidad y agua que pueden aumentar la frecuencia de la realización de pruebas incluyen
 - la reparación repetida del sistema de agua;
 - la contaminación frecuente de la fuente de agua;
 - redes eléctricas no fiables; y
 - cortes recurrentes e impredecibles del fluido eléctrico.

Cuando el sistema de emergencia de suministro eléctrico requiera una fuente de combustible, la cantidad de combustible almacenado en el sitio debería tener en cuenta previos cortes de corriente y cualquier problema de distribución que se prevea causado por escasez, condiciones climáticas, así como ubicaciones y condiciones geográficas. El hospital puede determinar la cantidad de combustible almacenado, a menos que una autoridad que tenga jurisdicción especifique la cantidad.

Elementos medibles de FMS.9.2

1. Hay agua potable disponible 24 horas al día, los siete días de la semana.
2. Hay energía eléctrica disponible 24 horas al día, los siete días de la semana.
3. El hospital tiene identificadas las áreas y los servicios que tienen el mayor riesgo cuando falla el suministro eléctrico o se contamina/interrumpe el suministro de agua.
4. El hospital procura reducir los riesgos de tales eventos.
5. El hospital tiene planificadas fuentes alternativas de electricidad y agua para emergencias

Elementos medibles de FMS.9.2.1

1. El hospital somete a prueba las fuentes alternativas de agua por lo menos trimestralmente o con más frecuencia, si así lo requieren las leyes y normativas locales o las condiciones de la fuente de agua.
2. El hospital documenta los resultados de dichas pruebas.
3. El hospital somete a prueba las fuentes alternativas de electricidad por lo menos trimestralmente o con más frecuencia, si así lo requieren las leyes y normativas locales, las recomendaciones de los fabricantes o las condiciones de la fuente de electricidad.
4. El hospital documenta los resultados de dichas pruebas.
5. Cuando las fuentes de emergencia de electricidad requieren una fuente de combustible, el hospital establece y tiene disponible la cantidad necesaria de combustible almacenado en el sitio.

Estándar FMS.9.3

Personas o autoridades designadas monitorizan la **calidad de agua** con regularidad.

Intención de FMS.9.3

Como se indica en el FMS.9.2 y el FMS.9.2.1, la calidad del agua es propensa al cambio súbito, incluyendo cambios ajenos al control del hospital.^{16,17} La calidad del agua también constituye un factor crítico en los procesos de atención clínica, como la diálisis renal. En consecuencia, el hospital establece un proceso para monitorizar la calidad del agua y pone en marcha acciones cuando se determina que la calidad del agua es insegura.

La calidad del agua potable (para beber) se monitoriza al menos trimestralmente, y la monitorización del agua no potable se realiza al menos cada seis (6) meses.¹⁹ La monitorización se realiza con más frecuencia para el agua potable y/o no potable si lo requieren las leyes y normativas locales, si resulta indicado por las condiciones de las fuentes de agua y/o si hubo experiencias previas de problemas con la calidad del agua. El agua que se utiliza en la diálisis renal se analiza mensualmente para detectar crecimiento bacteriano y endotoxinas y anualmente en busca de contaminantes químicos.¹⁹⁻²²

La monitorización la pueden llevar a cabo personas designadas por el hospital, como el personal del laboratorio clínico, o autoridades de salud pública o control del agua ajenas al hospital a quienes se considere competentes para realizar tales pruebas. Sea que tales tareas las realice personal cualificado del hospital o autoridades ajenas al mismo, es responsabilidad del hospital garantizar que las pruebas se concluyan y documenten.

Además de analizar la calidad del agua, el hospital implanta medidas para evitar y reducir los riesgos de contaminación y el crecimiento de bacterias como *E. coli*, *Legionella* y muchas otras, e inspecciona y monitoriza la efectividad de dichas medidas de manera regular.¹⁹

Elementos medibles de FMS.9.3

1. La calidad del agua potable se monitoriza por lo menos cada trimestre o con más frecuencia, de acuerdo con las leyes y normativas locales, las condiciones de las fuentes de agua y la experiencia previa de problemas de calidad del agua. Los resultados de la monitorización quedan documentados.
2. La calidad del agua no potable se monitoriza por lo menos cada seis (6) meses o con más frecuencia, de acuerdo con las leyes y normativas locales, las condiciones de las fuentes de agua y la experiencia previa de problemas de calidad del agua. Los resultados de la monitorización quedan documentados.
3. El agua que se utiliza en diálisis renal se analiza mensualmente para crecimiento bacteriano y endotoxinas y anualmente para contaminantes químicos. Los resultados de los análisis se documentan.
4. Se implantan medidas para evitar y reducir los riesgos de contaminación y crecimiento bacteriano en el agua. Se monitoriza la efectividad de las medidas.
5. Se toman acciones y se documentan las mismas cuando se determina que la calidad del agua es insegura.

Monitorización del programa de gestión y seguridad de las instalaciones

Estándar FMS.10

El hospital recoge y analiza datos de cada uno de los programas de gestión y seguridad de las instalaciones, para dar soporte a la **planificación de la sustitución o actualización de los equipos médicos, tecnología y sistemas, así como para la reducción de riesgos en el entorno.**

Intención de FMS.10

La monitorización de cada uno de los programas de gestión y seguridad de las instalaciones por medio de la recolección y el análisis de datos proporciona información que ayuda al hospital a evitar problemas, reducir riesgos, tomar decisiones sobre mejoras de los sistemas y planificar la modernización o la sustitución del equipamiento médico, la tecnología y los suministros básicos. Los requisitos de monitorización para los programas de gestión y seguridad de las instalaciones se coordinan con los requisitos identificados en GLD.11. Se documentan los datos de monitorización y se proporcionan informes trimestrales al equipo directivo del hospital.

Elementos medibles de FMS.10

1. Para cada uno de los programas de gestión y seguridad de las instalaciones se recogen y analizan datos de monitorización. (Ver también GLD.11, EM 1)
2. Los datos de monitorización se utilizan para apoyar la planificación de la sustitución o actualización del equipamiento médico, tecnología y sistemas, y para reducir riesgos ambientales. (Ver también FMS.4.2, EM 2)
3. Cada trimestre se presentan informes incluyendo datos de monitorización y recomendaciones al equipo directivo del hospital. (Ver también GLD.1.2, EM 2)

Educación del personal

Estándar FMS.11

El hospital brinda educa, capacita y somete a prueba a todo el personal en cuanto a su papel para proporcionar unas instalaciones asistenciales seguras y efectivas.

Estándar FMS.11.1

Los miembros del personal están capacitados y son conocedores de sus funciones en los programas del hospital de seguridad contra incendios, protección, materiales peligrosos y emergencias.

Estándar FMS.11.2

El personal está capacitado para manejar los equipos médicos y los suministros básicos, así como para darles mantenimiento.

Intención de FMS.11 hasta FMS.11.2

El personal es la principal fuente de contacto del hospital con pacientes, familiares y visitantes. En consecuencia, es necesario que cuenten con instrucción y estén capacitados para desempeñar sus funciones en la identificación y reducción de riesgos, la protección a otras personas y a sí mismos y la creación de un centro seguro y protegido. (Ver también FMS.7.1, EM 1).

Cada hospital debe decidir el tipo y nivel de capacitación del personal y, posteriormente, llevar a cabo y documentar un programa para esta capacitación e instrucción. El programa puede incluir instrucciones grupales, materiales educativos impresos, un componente de orientación al personal nuevo o algunos otros mecanismos que satisfagan las necesidades del hospital. El programa incluye instrucción sobre los procesos para comunicar riesgos potenciales, notificar incidentes y lesiones y manipular materiales peligrosos o de otro tipo que representen riesgos para sí mismos o para otras personas.

El personal responsable de manejar equipos médicos o darles mantenimiento recibe capacitación especial. La capacitación puede provenir del hospital, del fabricante del equipo o de alguna otra fuente que posea conocimientos al respecto.

El hospital planifica un programa diseñado para someter a prueba periódicamente el conocimiento del personal sobre los procedimientos de emergencia, incluyendo los procedimientos de seguridad contra incendios; la respuesta a los peligros, tales como el derrame de materiales peligrosos; así como el uso del equipamiento médico que represente un riesgo para los pacientes y el personal. El conocimiento se puede someter a prueba por diversos medios, tales como demostraciones individuales o grupales, la puesta en escena de eventos simulados, tales como una epidemia en la

comunidad, el uso de pruebas escritas o por ordenador, u otros medios idóneos para el tipo de conocimiento que se está sometiendo a prueba. El hospital documenta quién se sometió a la prueba y los resultados de las pruebas.

Elementos medibles de FMS.11

1. Anualmente se proporciona formación para cada componente del programa de gestión y seguridad de las instalaciones del hospital, con el fin de garantizar que todo el personal de todos los turnos pueda desempeñar sus responsabilidades de forma efectiva. (Ver también AOP.5.3, EM 4 ; AOP.6.3, EM 5; y FMS.3)
2. Se incluye en la formación a proveedores, trabajadores de contratas y otros según lo identifique el hospital. (Ver también FMS.4 y FMS.4.1)
3. El conocimiento del personal se somete a prueba en lo referente a sus funciones en cada uno de los programas de gestión de las instalaciones.
4. Para cada miembro del personal, se documentan la capacitación, las pruebas y los resultados. (Ver también SQE.5, EM 4)

Elementos medibles de FMS.11.1

1. Los miembros del personal pueden describir o hacer una demostración de sus funciones en respuesta a un incendio. (Ver también FMS.7.1, EM 2)
2. El personal puede describir o hacer una demostración de las acciones necesarias para eliminar, minimizar o notificar riesgos de seguridad, de protección o de otro tipo. (Ver también FMS.4 y FMS.4.1)
3. El personal puede describir o hacer una demostración de las precauciones, los procedimientos y la participación en emergencias, incluyendo el almacenamiento, la manipulación y la eliminación de gases médicos y de materiales y residuos peligrosos. (Ver también FMS.5.1, EM 1 y 2)
4. Los miembros del personal pueden describir o hacer una demostración de los procedimientos y sus funciones en emergencias y desastres internos y de la comunidad. (Ver también FMS.6)

Elementos medibles de FMS.11.2

1. Se capacita al personal para manejar equipos médicos de acuerdo con los requerimientos de su puesto de trabajo. (Ver también FMS.8, EM 5)
2. Se capacita al personal para manejar suministros básicos de acuerdo con los requerimientos de su puesto de trabajo.
3. Se capacita al personal para dar mantenimiento a los equipos médicos de acuerdo con los requerimientos de su puesto de trabajo. (Ver también FMS.8, EM 5)
4. Se capacita al personal para dar mantenimiento a los suministros básicos de acuerdo con los requerimientos de su puesto de trabajo.

Referencias

1. Ferenc J. Codes and enforcement credited with decline in fires. January 2014 Upfront. *Health Facil Manag.* 2014 Jan 1. Accessed Dec 5, 2016. <http://www.hfmmagazine.com/articles/543-codes-and-enforcement-credited-with-decline-in-fires>.
2. Saunders LW, et al. International benchmarking for performance improvement in construction safety and health. *Benchmarking: An International Journal.* 2016;23(4):916-936.
3. World Health Organization. Health-Care Waste. Fact Sheet 253. Nov 2015. Accessed Oct 12, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/en/>.
4. World Health Organization (WHO). Safe Management of Wastes from Health-Care Activities, 2nd ed. 2014. Accessed Dec 5, 2016. http://www.searo.who.int/srilanka/documents/safe_management_of_wastes_from_healthcare_activities.pdf.

5. Akpieyi A, Tudor TL, Dutra C. The utilisation of riskbased frameworks for managing healthcare waste: A case study of the National Health Service in London. *Saf Sci*. 2015 Feb;72:127–132.
6. Caniato M, Tudor T, Vaccari M. International governance structures for health-care waste management: A systematic review of scientific literature. *J Environ Manage*. 2015 Apr 15;153:93–107.
7. Joint Commission Resources. Labeling the hazard: OSHA to institute “global harmonization” of hazard communications. *The Joint Commission EC News*. 2013 Jul;16(7):1-111, 3–4.
8. Rim KT, Lim CH. Biologically hazardous agents at work and efforts to protect workers’ health: A review of recent reports. *Saf Health Work*. 2014 Jun;5(2):43–52.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Emergency preparedness and response. (Updated: Jun 10, 2016.) Accessed on Nov 14, 2016 <https://emergency.cdc.gov/planning/>.
10. OECD. Disaster Risk Assessment and Risk Financing: A G20/OECD Methodological Framework. 2012. Accessed Dec 5, 2016. <https://www.oecd.org/gov/risk/G20disasterriskmanagement.pdf>.
11. Smith K. *Environmental Hazards: Assessing Risk and Reducing Disaster*, 6th ed. New York City: Routledge, 2013.
12. Sarsangi V, et al. Analyzing the risk of fire in a hospital complex by “Fire Risk Assessment Method for Engineering” (FRAME). *International Archives of Health Sciences*. 2014;1(1):9–13.
13. McLaughlin SB, Dagenais DA. *Medical Gas Cylinder and Bulk Tank Storage*. Chicago: ASHE, Jun 2012.
14. Beebe C, Rosenbaum E, Jaeger T. Health care and fire safety: 25 years of changes and improvements. *SPFE Fire Protection Engineering*. 2015 Quarter 1. Accessed Nov 14, 2016. http://www.sfpe.org/page/FPE_2015_Q1_1/Health-Care-and-Fire-Safety-25-Years-of-Changes-and-Improvements.htm.
15. Lorenzi N. Critical features of emergency power generators. *Health Facil Manag*. 2015 Sep 2. Accessed Nov 14, 2016. <http://www.hfmmagazine.com/articles/1712-critical-features-of-emergency-power-generators>.
16. Asghari FB, et al. Surveillance of *Legionella* species in hospital water systems: The significance of detection method for environmental surveillance data. *J Water Health*. 2013 Dec;11(4):713–719.
17. Beauté J, Zucs P, de Jong B; European Legionnaires’ Disease Surveillance Network. Legionnaires disease in Europe, 2009-2010. *Euro Surveill*. 2013 Mar 7;18(10):20417.
18. Hasegawa T, et al. Dialysis fluid endotoxin level and mortality in maintenance hemodialysis: A nationwide cohort study. *Am J Kidney Dis*. 2015 Jun;65(6):899–904.
19. World Health Organization. *Guidelines for Drinking-Water Quality*, 4th ed. Geneva: World Health Organization, 2011. Accessed Nov 14, 2016. http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2011/dwq_guidelines/en/.
20. Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI). ANSI/AAMI 13959:2014. Water for hemodialysis and related therapies. Arlington, VA: AAMI, 2014.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *MMWR Recomm Rep*. 2003 Jun 6;52(RR-10):1–42.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Other Uses and Types of Water: Water Use in Hemodialysis. Oct 2016. Accessed Nov 14, 2016. <http://www.cdc.gov/healthywater/other/medical/hemodialysis.html>.

Cualificación y educación del personal (SQE)

Panorama general

Para cumplir su misión y responder a las necesidades de los pacientes, una organización sanitaria necesita una adecuada pluralidad de personas especializadas y cualificadas. Los líderes de la organización trabajan de manera conjunta para identificar el número y tipo de miembros del personal necesarios basándose en las recomendaciones de los jefes de departamento y servicios.

El reclutamiento, la evaluación y la asignación del personal se llevan a cabo mejor mediante un proceso coordinado, eficiente y uniforme. Es también esencial el documentar las habilidades, conocimientos, educación y experiencia laboral previa del candidato. Es especialmente importante revisar con cuidado las credenciales del personal médico y de enfermería, porque participan en los procesos de atención clínica y trabajan directamente con pacientes.

Proporcionar orientación a la organización y a los programas además de a las funciones específicas relacionadas con el puesto de trabajo, es un proceso importante. Las organizaciones sanitarias deberían proporcionar al personal oportunidades de aprender y de progresar a nivel personal y profesional. Por tanto, deberían ofrecerse al personal tanto formación dentro del trabajo como otras oportunidades de aprendizaje.

Con el fin de garantizar la salud física y psíquica del personal, la productividad, la satisfacción y unas condiciones de trabajo seguras, la organización proporciona un programa de salud y seguridad laboral que puede ser ofrecido por el propio hospital o a través de servicios contratados. El programa incluye materias que afectan a la salud y al bienestar del personal, tales como: revisión médica inicial, control de las exposiciones ocupacionales nocivas, inmunizaciones y exámenes preventivos, manejo seguro del paciente, el personal como segundas víctimas, y situaciones habituales relacionadas con el trabajo.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono © después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

Planificación

SQE.1 Los jefes de los departamentos y servicios del hospital definen la educación, las destrezas, el conocimiento y otros requisitos deseados de todos los miembros del personal.

SQE.1.1 Se definen las responsabilidades de cada miembro del personal en una descripción actual del puesto de trabajo. ©

SQE.2 Los jefes de los departamentos y servicios del hospital desarrollan e implementan procesos para reclutar, evaluar y asignar personal, así como otros procedimientos relacionados que identifica el hospital.

- SQE.3** El hospital utiliza un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal clínico sean congruentes con las necesidades de los pacientes.
- SQE.4** El hospital utiliza un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal no clínico sean congruentes con las necesidades del hospital y los requisitos del puesto.
- SQE.5** Existe información documentada de recursos humanos para cada miembro del personal. ①
- SQE.6** Una estrategia de dotación de personal para el hospital, desarrollada por los jefes de los departamentos y servicios, identifica el número, tipo y cualificaciones que se desean del personal. ①
- SQE.6.1** La estrategia de dotación de personal se revisa de manera continua y se actualiza según sea necesario.
- SQE.7** Todos los miembros del personal clínico y no clínico reciben orientación al hospital, al departamento o a la unidad a la que están asignados, y a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo al ser asignados al personal.
- SQE.8** Cada miembro del personal recibe formación y capacitación continuas en su puesto de trabajo y de otro tipo para mantener o progresar en sus destrezas y conocimiento.
- SQE.8.1** Los miembros del personal que proporcionan atención a pacientes y otro personal que identifique el hospital están capacitados y pueden demostrar competencia apropiada en técnicas de resucitación.
- SQE.8.2** El hospital proporciona un programa de salud y seguridad laboral que aborda la salud física y psíquica del personal y unas condiciones de trabajo seguras. ①
- SQE.8.2.1** El hospital identifica qué miembros del personal están en riesgo por exposición a y posible transmisión de enfermedades prevenibles por medio de vacunas e implementa un programa de vacunación e inmunización del personal. ①

Designación del personal médico

- SQE.9** El hospital tiene un proceso uniforme para reunir las credenciales de aquellos miembros del personal médico a los que se les permite brindar atención a los pacientes sin supervisión. ①
- SQE.9.1** La titulación académica de los miembros del personal médico, su autorización/colegiación y otras credenciales requeridas por la ley o normativa y por el hospital se verifican y se mantienen al día. ①
- SQE.9.2** Hay un proceso uniforme y transparente de toma de decisiones para la asignación inicial de los miembros del personal médico. ①

La asignación de privilegios clínicos del personal médico

- SQE.10** El hospital tiene un procedimiento estandarizado, objetivo y basado en la evidencia para autorizar a los miembros del personal médico a ingresar y tratar pacientes y/u ofrecer otros servicios clínicos congruentes con sus cualificaciones. ①

Monitorización y evaluación continuas de los miembros del personal médico

- SQE.11** El hospital emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los pacientes. ①

Reasignación del personal médico y renovación de los privilegios clínicos

SQE.12 Al menos cada tres años, el hospital determina, a partir de la monitorización y evaluación continuas de cada miembro del personal médico, si su designación y privilegios clínicos deben mantenerse con o sin modificaciones. ⑥

Personal de enfermería

SQE.13 El hospital cuenta con un proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales del personal de enfermería (autorización/colegiación, titulación, capacitación y experiencia). ⑥

SQE.14 El hospital tiene un proceso estandarizado para identificar las responsabilidades del puesto y para realizar asignaciones de trabajo clínico en función de las credenciales del miembro del personal de enfermería y de cualquier requisito legal.

SQE.14.1 El hospital tiene un proceso estandarizado para la participación del personal de enfermería en las actividades de mejora de la calidad del hospital, que incluye la evaluación del desempeño individual cuando proceda.

Otros profesionales sanitarios

SQE.15 El hospital cuenta con un proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales de otros profesionales sanitarios (autorización/colegiación, titulación, capacitación y experiencia). ⑥

SQE.16 El hospital tiene un proceso uniforme para identificar las responsabilidades del puesto y para realizar asignaciones de trabajo clínico en función de las credenciales de los otros profesionales sanitarios y en cualquier requisito legal.

SQE.16.1 El hospital cuenta con un proceso uniforme para la participación de otros profesionales sanitarios en las actividades de mejora de la calidad del hospital.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Planificación

Estándar SQE.1

Los jefes de los departamentos y servicios del hospital definen la educación, las destrezas, el conocimiento y otros requisitos deseados de todos los miembros del personal.

Intención de SQE.1

Los jefes de departamentos/servicios definen los requisitos de dotación de personal para satisfacer las necesidades de los pacientes. Definen la formación, las destrezas, el conocimiento y otros requisitos deseados para puestos individuales o para clases de puestos similares; **por ejemplo**, enfermeros/as de cuidados intensivos. Para proyectar las necesidades de dotación de personal, los directivos de departamentos/servicios emplean factores, tales como:

- la misión del hospital;
- la tipología de pacientes atendidos por el hospital y la complejidad y gravedad de sus necesidades;
- los servicios clínicos y de diagnóstico que presta el hospital;
- el volumen de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios;
- la tecnología médica que se utiliza en la atención de pacientes.

El hospital cumple con las leyes y reglamentos que identifican los niveles requeridos de formación, las destrezas u otros requisitos de los miembros individuales del personal o que definen las

cantidades de dotación de personal o una mezcla de personal para el hospital.

Elementos medibles de SQE.1

1. En la planificación se hace uso de la misión, el volumen y la tipología de pacientes, servicios y tecnología médica del hospital. (*Ver también* GLD.8)
2. Se definen la formación, las destrezas y el conocimiento deseados para el personal. (*Ver también* QPS.1, EM 2)
3. Se incorporan las leyes y normativas aplicables a la planificación.

Estándar SQE.1.1

Se definen las responsabilidades de cada miembro del personal en una descripción actual del puesto de trabajo. ©

Intención de SQE.1.1

Se definen las responsabilidades de los miembros individuales del personal que no cuenten con autorización para ejercer su profesión de forma independiente en las descripciones del puesto de trabajo vigentes. Las descripciones del puesto de trabajo sirven de base para sus asignaciones, orientación a su trabajo y evaluación de la forma en que satisfacen sus responsabilidades de trabajo.

Las descripciones del puesto de trabajo también son necesarias para los profesionales sanitarios, cuando

- a) la persona se desempeña principalmente en una función de gestión, como gerente de departamento, o en funciones dobles tanto clínicas como de gestión, con las responsabilidades de gestión identificadas en una descripción del puesto de trabajo; (*Ver también* SQE.10)
- b) la persona tiene algunas responsabilidades clínicas para las que no se le ha autorizado ejercer de forma independiente, como un profesional sanitario independiente que está aprendiendo una nueva función o nuevas destrezas;
- c) la persona se encuentra en un programa de instrucción o bajo supervisión; y el programa académico identifica, para cada etapa o nivel de capacitación, qué se puede hacer de forma independiente y qué se debe hacer bajo supervisión. En tales casos, la descripción de programa puede servir de descripción del puesto de trabajo; y
- d) a la persona se le permite prestar servicios temporalmente en el hospital; **por ejemplo**, un enfermero/a de una agencia de dotación de personal temporal.

Cuando un hospital utiliza descripciones del puesto de trabajo nacionales o genéricas (**por ejemplo**, una descripción del puesto de trabajo para un/una “enfermero/a”), es necesario aumentar este tipo de descripción del puesto de trabajo con responsabilidades específicas del puesto de trabajo para los tipos de enfermeros/as (**por ejemplo**, enfermero/a de cuidados intensivos, enfermero/a pediátrico/a u enfermero/a de sala de operaciones, entre otros). Para quienes la ley y el hospital permite ejercer de forma independiente, existe un proceso para identificar y autorizar a la persona a que ejerza en función de su instrucción, capacitación y experiencia. (*Ver también* SQE.9, EM 2) Los requisitos de este estándar son válidos para todos los tipos de “personal” que requieren descripciones del puesto de trabajo (**por ejemplo**, a tiempo completo, a tiempo parcial, empleado, voluntario o temporal)

Elementos medibles de SQE.1.1

1. Cada miembro del personal a quien no se le permite ejercer de forma independiente cuenta con una descripción del puesto de trabajo. (*Ver también* MMU.6, EM 1; SQE.5, EM 3; SQE.14 y SQE.16)
2. Las personas identificadas en los puntos a) hasta el d) de la intención, cuando están en el hospital, cuentan con descripciones del puesto de trabajo apropiadas para sus actividades y responsabilidades, o bien, se les ha asignado algún privilegio, si se ha anotado como alternativa. (*Ver también* AOP.3, EM 1; PCI.1, EM 3; y SQE.5, EM 3)
3. Las descripciones del puesto de trabajo están al día de acuerdo con la política del hospital.

Estándar SQE.2

Los jefes de los departamentos y servicios del hospital desarrollan e implementan procesos para reclutar, evaluar y asignar personal, así como otros procedimientos relacionados que identifica el hospital.

Intención de SQE.2

El hospital proporciona un proceso eficaz, coordinado o centralizado para

- reclutar a personas para los puestos disponibles;
- evaluar la capacitación, las destrezas y el conocimiento de los candidatos; y
- asignar personas al personal del hospital.

Si el proceso no se encuentra centralizado, los criterios, procesos y formas similares dan como resultado un proceso uniforme a nivel de todo el hospital para tipos similares de personal; **por ejemplo**, para enfermeros/as o fisioterapeutas. Los jefes de departamentos/servicios participan al recomendar la cantidad y las cualificaciones del personal necesarios para prestar servicios clínicos a los pacientes, así como funciones de apoyo no clínicas, además de satisfacer cualquier responsabilidad de enseñanza, investigación y de otra clase a nivel de cada departamento. Los jefes de los departamentos y servicios también pueden tomar decisiones acerca de las personas que se van a asignar al personal. En consecuencia, los estándares contenidos en este capítulo complementan los estándares de Gobierno, liderazgo y dirección que describen las responsabilidades de un jefe de departamento/servicio.

Elementos medibles de SQE.2

1. El hospital establece e implementa un proceso para reclutar personal. (*Ver también* GLD.3.3, EM 1)
2. El hospital establece e implementa un proceso para evaluar las cualificaciones de nuevo personal. (*Ver también* SQE.10; SQE.14, EM 1; y SQE.16, EM 1)
3. El hospital establece e implementa un proceso para asignar personas al personal. (*Ver también* SQE.9.2, EM 1)
4. El hospital establece e implementa un proceso que sea uniforme en todo el hospital para tipos similares de personal. (*Ver también* GLD.3.3)

Estándar SQE.3

El hospital utiliza un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal clínico sean congruentes con las necesidades de los pacientes.

Intención de SQE.3

El hospital contrata a miembros cualificados del personal mediante un proceso que equipara los requisitos del puesto con las cualificaciones del candidato a miembro del personal. Este proceso también garantiza que las destrezas del miembro del personal sean congruentes con las necesidades de los pacientes tanto inicialmente como con el transcurso del tiempo.

Para los profesionales sanitarios del hospital que sean profesionales independientes (es decir, que no ejerzan conforme a descripciones de puesto de trabajo), el proceso viene identificado desde SQE.9 hasta SQE.12.

Para el *personal clínico* que trabaja conforme a descripciones de puesto de trabajo, el proceso incluye lo siguiente:

- Una evaluación inicial para garantizar que él o ella puede asumir efectivamente las responsabilidades contenidas en la descripción del puesto de trabajo. Esta evaluación se realiza antes o en el momento de iniciar el desempeño de las responsabilidades laborales. El hospital puede tener un período “de prueba” o de otro tipo durante el cual al miembro

del personal sanitario se le supervisa y evalúa estrechamente, o bien, el proceso puede ser menos formal. Cualquiera que sea el proceso, el hospital garantiza que el personal que preste servicios de alto riesgo o que proporcione atención a pacientes de alto riesgo sea evaluado en el momento de comenzar a proporcionar la atención, antes de que concluya el período de prueba o de orientación. Esta evaluación de las destrezas necesarias, así como del conocimiento y las conductas de trabajo deseadas, se lleva a cabo por parte del departamento o servicio al que está asignado el miembro del personal. (*Ver también* SQE.9.2, EM 2)

- Posteriormente, el hospital define el proceso para la evaluación continua de las habilidades del personal y su frecuencia.

La evaluación continua garantiza que la capacitación se realice cuando sea necesaria y que el miembro del personal pueda asumir responsabilidades nuevas o modificadas. Aunque tal evaluación se realiza mejor de manera continua, existe por lo menos una evaluación documentada cada año de cada miembro del personal clínico que trabaje conforme a una descripción de puesto de trabajo. (*Ver también* COP.3.1; GLD.11.1 y SQE.11)

Elementos medibles de SQE.3

1. El hospital utiliza un proceso definido para equiparar el conocimiento, las destrezas y la competencia del personal clínico con las necesidades de los pacientes. (*Ver también* COP.7, EM 1; COP.8; ASC.3.1, EM 1 y 2; MMU.6, EM 1; y SQE.14, EM 1)
2. A los nuevos miembros del personal clínico se les evalúa antes o en el momento en que comienzan sus responsabilidades laborales.
3. El departamento o servicio al que se asigna la persona se encarga de realizar la evaluación.
4. El hospital define la frecuencia de la evaluación continua del personal clínico.
5. Existe por lo menos una evaluación documentada cada año o con más frecuencia, según lo defina el hospital, de cada miembro del personal clínico que trabaja conforme a una descripción de puesto de trabajo. (*Ver también* SQE.11, EM 1)

Estándar SQE.4

El hospital utiliza un proceso definido para garantizar que el conocimiento y las destrezas del personal no clínico sean congruentes con las necesidades del hospital y los requisitos del puesto.

Intención de SQE.4

El hospital busca personal que pueda cubrir de manera competente las necesidades de los puestos no clínicos. El supervisor del miembro del *personal no clínico* proporciona una orientación al puesto y garantiza que el trabajador pueda satisfacer las responsabilidades de la descripción del puesto de trabajo. El miembro del personal recibe el nivel necesario de supervisión y se le evalúa de forma periódica para garantizar la *competencia* continua en el puesto. (*Ver también* AOP.5.2 y AOP.6.2)

Elementos medibles de SQE.4

1. El hospital utiliza un proceso definido para equiparar el conocimiento y las destrezas del personal no clínico con los requisitos del puesto de trabajo. (*Ver también* AOP.5.1.1, EM 2; AOP.5.2, EM 1 y 3; AOP.6, EM 1, 2 y 6; y PCI.7, EM 3)
2. Al nuevo del personal no clínico se le evalúa antes o en el momento de comenzar sus responsabilidades laborales.
3. El departamento o servicio al que se asigna la persona se encarga de realizar la evaluación.
4. El hospital define la frecuencia de la evaluación continua del personal no clínico.
5. Hay por lo menos una evaluación documentada de los miembros del personal no clínico cada año o con más frecuencia, según lo defina el hospital. (*Ver también* SQE.5, EM 5)

Estándar SQE.5

Existe información documentada de recursos humanos para cada miembro del personal. [Ⓟ]

Intención de SQE.5

Un expediente de personal riguroso proporciona documentación de los conocimientos, destrezas, competencia y formación requeridas para llevar a cabo las responsabilidades del puesto. Además, el registro muestra evidencias del desempeño del personal y de si se está respondiendo a las expectativas del puesto. Los expedientes del personal pueden contener información sensible y por tanto deben mantenerse confidenciales.

Cada miembro del personal del hospital, incluyendo a aquellos a quienes la legislación y el hospital les permiten trabajar de forma independiente, cuenta con un registro(s) con información acerca de sus cualificaciones; la información sanitaria requerida, como inmunizaciones y evidencia de inmunidad; evidencia de haber participado en la orientación además de formación continuada y en el puesto de trabajo; los resultados de las evaluaciones, incluyendo el desempeño individual de las responsabilidades y competencias del puesto de trabajo; así como el historial laboral. Los registros están estandarizados y se mantienen al día de acuerdo con la política del hospital. (*Ver también* SQE.9.2, EM 3)

Elementos medibles de SQE.5

1. Los expedientes de cada miembro del personal están estandarizados y al día, y se conservan y mantienen de manera confidencial de acuerdo con la política del hospital. (*Ver también* MOI.2, EM 1)
2. Los expedientes contienen las cualificaciones y el historial laboral de cada miembro del personal. (*Ver también* SQE.9 EM 3; SQE.13, EM 4; y SQE.15, EM 4)
3. Los expedientes contienen la descripción del puesto de trabajo del miembro del personal, cuando corresponda. (*Ver también* SQE.1.1, EM 1 y 2)
4. Los expedientes contienen un registro de la orientación al hospital y a las funciones específicas del miembro del personal, así como la formación dentro del trabajo a la que se ha asistido. (*Ver también* ASC.3.1, EM 3; MMU.5.1, EM 4; FMS.3, EM 2; FMS.11, EM 4; SQE.8, EM 3; y SQE.8.1, EM 3)
5. Los expedientes del personal contienen los resultados de las evaluaciones del desempeño. (*Ver también* SQE.4, EM 5)
6. Los expedientes del personal contienen la información sanitaria requerida. (*Ver también* SQE.8.2, EM 2)

Estándar SQE.6

Una estrategia de dotación de personal para el hospital, desarrollada por los jefes de los departamentos y servicios, identifica el número, tipo y cualificaciones que se desean del personal. [Ⓟ]

Estándar SQE.6.1

La estrategia de dotación de personal se revisa de manera continua y se actualiza según sea necesario.

Intención de SQE.6 y SQE.6.1

La dotación apropiada y adecuada de personal es crucial para la atención de los pacientes, así como todas las actividades docentes y de investigación en que pueda participar el hospital. La planificación de personal se lleva a cabo por parte de los jefes de los departamentos/servicios. El proceso de planificación utiliza métodos reconocidos para determinar los niveles de dotación de personal. **Por ejemplo**, se utiliza un sistema de pacientes que necesitan cuidados agudos y así determinar la cantidad de enfermeros/as con experiencia en cuidados pediátricos intensivos para dotar a una unidad de cuidados pediátricos intensivos de diez camas.

Se redacta la estrategia y se identifica la cantidad y los tipos de personal necesario y las destrezas, conocimientos y otros requisitos que se necesitan en cada departamento y servicio. (*Ver también* SQE.14). La estrategia aborda

- la reasignación de personal de un departamento o servicio a otro, en respuesta al cambio de necesidades de los pacientes o escasez de personal;
- la consideración de solicitudes del personal para su reasignación en base a los valores culturales o creencias religiosas; y
- el cumplimiento con las leyes y normativas locales.

La dotación de personal planificada y real se monitoriza de forma continua y se actualiza la estrategia según sea necesario. Existe un proceso coordinado para que los jefes de los departamentos/servicios actualicen la estrategia general. (*Ver también* GLD.7 y GLD.9, EM 2)

Elementos medibles de SQE.6

1. Los jefes de departamento/servicio del hospital desarrollan una estrategia por escrito para la dotación de personal al hospital, de manera tal que se cumpla con las leyes y normativas locales. (*Ver también* PCI.4, EM 1 and GLD.2, EM 5)
2. La cantidad, los tipos y las cualificaciones deseados del personal se identifican en la estrategia utilizando un método de dotación de personal reconocido. (*Ver también* AOP.5.2, EM 2; AOP.6.2, EM 5; PCI.4, EM 1; and GLD.9, EM 2 y 3)
3. La estrategia aborda la asignación y la reasignación del personal.

Elementos medibles de SQE.6.1

1. La efectividad de la estrategia de dotación de personal se monitoriza de manera continua.
2. La estrategia se modifica y actualiza cuando sea necesario. (*Ver también* GLD.9, EM 2)
3. La estrategia se coordina mediante un proceso que implique a los jefes de los departamentos/servicios. (*Ver también* GLD.9, EM 3)

Estándar SQE.7

Todos los miembros del personal clínico y no clínico reciben orientación al hospital, al departamento o a la unidad a la que están asignados, y a sus responsabilidades específicas del puesto de trabajo al ser asignados al personal.

Intención de SQE.7

La decisión de asignar a un individuo al personal de un hospital pone a varios procesos en movimiento. Para desenvolverse bien, un nuevo miembro del personal, sin importar cuál es su condición laboral, necesita comprender la globalidad del hospital y la forma en que sus responsabilidades clínicas y no clínicas contribuirán a la misión del hospital. Esto se logra por medio de una orientación general sobre el hospital y la función de este, así como una orientación específica a las responsabilidades de su puesto. La orientación incluye la comunicación de errores médicos, la prevención de infecciones y sus prácticas de control (*ver también* PCI.11, EM 1), las políticas del hospital en cuanto a órdenes de medicamentos por teléfono, etc. Los trabajadores de contratas, los voluntarios y los estudiantes, así como los profesionales que reciben formación también reciben orientación sobre el hospital y sus asignaciones o responsabilidades específicas, tales como seguridad de los pacientes y prevención y control de infecciones.

Elementos medibles de SQE.7

1. Los nuevos miembros del personal clínico y no clínico reciben orientación sobre el hospital, el departamento o la unidad a la que son asignados, así como a sus responsabilidades laborales y cualquier otra asignación específica. (*Ver también* GLD.9, EM 4)
2. Los trabajadores de contratas reciben orientación sobre el hospital, el departamento o la unidad a la cual están asignados, así como a sus responsabilidades laborales y a cualquier asignación específica. (*Ver también* GLD.6)

3. Los voluntarios reciben orientación sobre el hospital y las responsabilidades asignadas.
4. Los estudiantes y profesionales en formación reciben orientación sobre el hospital y las responsabilidades asignadas. (*Ver también* GLD.14, EM 6)

Estándar SQE.8

Cada miembro del personal recibe formación y capacitación continuas en su puesto de trabajo y de otro tipo para mantener o progresar en sus destrezas y conocimiento.

Intención de SQE.8

El personal recopila datos de diversas fuentes para comprender las necesidades constantes de educación de su personal. Los resultados de las actividades de mediciones de calidad y seguridad constituyen una fuente de información para identificar necesidades educativas del personal. Asimismo, los datos de monitorización provenientes del programa de administración del centro, la introducción de nueva tecnología médica, la áreas de destrezas y conocimientos identificadas mediante la revisión del desempeño del puesto de trabajo, los nuevos procedimientos clínicos y planes futuros para proporcionar nuevos servicios representan tales fuentes de datos. El hospital cuenta con un proceso para recabar e integrar datos provenientes de las fuentes para planificar el programa de educación del personal. Asimismo, el hospital determina qué personal, tal como profesionales sanitarios, se necesita para obtener una educación continua para mantener sus credenciales y cómo se monitorizará y documentará la educación de este personal. (*Ver también* GLD.3.3, EM 3)

Para mantener aceptable el desempeño del personal, enseñar nuevas destrezas y proporcionar capacitación sobre nueva tecnología y procedimientos médicos, el hospital proporciona o se encarga de organizar instalaciones, instructores y tiempo para educación constante mientras se está en servicio y de otro tipo. Esta educación es relevante para cada miembro del personal, así como para el avance continuo del hospital en atender las necesidades de los pacientes. **Por ejemplo**, los miembros del personal médico pueden recibir educación sobre prevención y control de infecciones, avances en la práctica médica, cultura de seguridad o nueva tecnología médica. Los logros educativos de cada miembro del personal están documentados en su expediente de recursos humanos.

El equipo directivo del hospital apoya el compromiso hacia una educación continua en el puesto de trabajo poniendo a disposición espacio, equipo y tiempo para los programas de educación y capacitación. La disponibilidad de información científica actual respalda la educación y la capacitación. La educación y la capacitación pueden llevarse a cabo en una ubicación centralizada o en varias ubicaciones de aprendizaje y destrezas más pequeñas distribuidas en todo el centro. Se puede ofrecer la educación una vez a todos o en forma repetida para personal que esté en modalidad de turnos, con el fin de minimizar el impacto en las actividades de atención a los pacientes.

Elementos medibles de SQE.8

1. El hospital utiliza diversas fuentes de datos e información, incluyendo los resultados de actividades de medición de calidad y seguridad, con el fin de identificar las necesidades de educación del personal.
2. Los programas de educación se planifican basándose en estos datos e información. (*Ver también* GLD.3.3, EM 3)
3. Al personal del hospital se le proporciona capacitación y educación continua en el puesto de trabajo. (*Ver también* AOP.5.3, EM 4; AOP.6.3, EM.5; PCI.11, EM 2; y SQE.5, EM 4)
4. La educación es relevante para que la capacidad de cada miembro del personal satisfaga las necesidades de los pacientes y/o los requisitos de educación continua. (*Ver también* AOP.5.3, EM 4 y AOP.6.3, EM 5)
5. El hospital proporciona el tiempo y las instalaciones adecuadas para que todo el personal participe en oportunidades relevantes de educación y capacitación.

Estándar SQE.8.1

Los miembros del personal que proporcionan atención a pacientes y otro personal que identifique el hospital están capacitados y pueden demostrar competencia apropiada en técnicas de resucitación.

Intención de SQE.8.1

Cada hospital identifica al personal que deba recibir capacitación en técnicas de resucitación y el nivel de capacitación (básico o avanzado) apropiado para sus funciones en el hospital: El nivel apropiado de capacitación para quienes deben recibirla se repite en base a los requisitos o plazos definidos por un programa reconocido de capacitación, o bien cada dos años, si no se usa un programa reconocido de capacitación. Existe evidencia que demuestra si cada miembro del personal que asiste a la capacitación logra en realidad el nivel de competencia deseado. (*Ver también* COP.3.2)

Elementos medibles de SQE.8.1

1. El hospital tiene identificados a los profesionales que proporcionan atención al paciente y a cualquier otro profesional que deba recibir formación en recuperación cardiorrespiratoria.
2. Se proporciona el nivel apropiado de capacitación con suficiente frecuencia para satisfacer las necesidades del personal.
3. Existe evidencia que demuestra si un miembro del personal aprobó la capacitación. (*Ver también* SQE.5, EM 4)
4. El nivel deseado de capacitación para cada persona se repite en base a los requisitos o plazos establecidos por un programa reconocido de capacitación, o bien cada dos años, si no se usa un programa reconocido de capacitación.

Estándar SQE.8.2

El hospital proporciona un programa de salud y seguridad laboral que aborda la salud física y psíquica del personal y unas condiciones de trabajo seguras. ③

Estándar SQE.8.2.1

El hospital identifica qué miembros del personal están en riesgo por exposición a y posible transmisión de enfermedades prevenibles por medio de vacunas e implementa un programa de vacunación e inmunización del personal. ③

Intención de SQE.8.2 y SQE.8.2.1

Que un hospital cuente con un programa de salud y seguridad laboral es importante para mantener la salud física y psíquica del personal, su satisfacción, productividad y condiciones seguras para el trabajo.

La manera en que un hospital proporciona orientación y capacita a su personal, proporciona un lugar de trabajo seguro, mantiene el equipamiento y el equipo médico, evita o controla las infecciones asociadas a la atención sanitaria y muchos otros factores, determinan la salud y el bienestar del personal.¹ (*Ver también* PCI.2, EM 4) Un programa de salud y seguridad del personal puede localizarse en el propio hospital o estar integrado en programas externos. El programa proporciona lo siguiente:

- a) Reconocimiento médico al comenzar a trabajar
- b) Medidas para controlar exposiciones ocupacionales nocivas, como la exposición a medicamentos tóxicos y a niveles de ruido lesivos²⁻⁴
- c) Inmunizaciones y exámenes preventivos periódicos^{5,6}
- d) Educación, capacitación e intervenciones sobre el manejo seguro de los pacientes^{7,8}
- e) Educación, capacitación e intervenciones para gestionar la violencia en el lugar de trabajo⁹⁻¹¹

f) Educación, capacitación e intervenciones para el personal que puede ser segunda víctima de eventos adversos o centinela¹¹⁻¹³

g) Tratamiento para situaciones comunes relacionadas con el trabajo, como lesiones de espalda o lesiones más urgentes¹⁴

Cualquiera que sea la dotación de personal y la estructura del programa, el personal entiende cómo comunicar, ser tratado de, y recibir orientación y seguimiento para lesiones relacionadas con el trabajo, como las producidas por pinchazos de agujas, exposición a enfermedades infecciosas, situaciones de violencia en el lugar de trabajo, manejo de pacientes, condiciones peligrosas en las instalaciones, y otros asuntos de salud y seguridad. El diseño del programa incluye las aportaciones del personal y recurre a los recursos clínicos del hospital y también a los de la comunidad.

Las enfermeras y otro personal que ayuda a la movilización de los pacientes están expuestos a un mayor riesgo de lesiones de espalda y músculoesqueléticas debido a las exigencias físicas del manejo de los pacientes. Unas técnicas inapropiadas de manejo de los pacientes también pueden tener un impacto negativo en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención. Las tareas de movilización y manipulación de pacientes se realizan en muchos tipos distintos de entornos clínicos. Por tanto, no existe una única solución específica que sea apropiada para todas las áreas en las que ocurran movilizaciones y manipulaciones de pacientes. Pueden ser **ejemplos** de intervenciones seguras de manejo de pacientes el uso de cinturones de marcha, ayudas para la transferencia lateral, capacitación sobre la mecánica del cuerpo, la implantación de un equipo para transferencias, y similares.¹⁵⁻¹⁷

La violencia en el lugar de trabajo se ha convertido en un problema cada vez más común en las organizaciones sanitarias. La escasez de personal, el carácter cada vez más agudo de los pacientes, y la idea equivocada de que en los centros sanitarios no hay violencia -o si ocurre, es parte del trabajo- son solo algunas de las barreras para reconocer que la violencia en el lugar de trabajo existe y para desarrollar programas de prevención.¹⁸⁻²¹ (*Ver también* QPS.7)

El entorno asistencial a menudo plantea desafíos emocionales que pueden resultar psíquica- y físicamente estresantes.²²⁻²⁶ Los profesionales sanitarios son a menudo las segundas víctimas de los errores y eventos centinela. Cuando se pone en peligro a pacientes y familiares por errores clínicos, el remordimiento y la ansiedad que sienten los clínicos y sus sentimientos de angustia moral frecuentemente no se reconocen ni se abordan. Los hospitales necesitan reconocer que la salud emocional y el desempeño de los profesionales sanitarios implicados en eventos adversos y centinela pueden tener un impacto en la calidad y la seguridad de la atención de los pacientes.²⁷⁻³⁰

Debido a su contacto con pacientes y con material infeccioso de los pacientes, muchos profesionales sanitarios se encuentran en riesgo de exposición a y transmisión de enfermedades prevenibles mediante vacunas. La identificación de las infecciones epidemiológicamente importantes, la determinación del personal que se encuentra en alto riesgo para estas infecciones y la implementación de programas de detección y prevención (como inmunizaciones, vacunaciones y profilaxis) pueden reducir significativamente la incidencia de la transmisión de enfermedades infecciosas.³¹⁻³⁵ (*Ver también* AOP.5.3.1; PCI.2, EM 4; y PCI.8.2)

Las infecciones asintomáticas son comunes, y los individuos pueden transmitir las antes de tener ningún síntoma, incluida la gripe. Además, los estudios muestran que los profesionales sanitarios a menudo informan que acuden al trabajo incluso estando enfermos.

Los pacientes ingresados se encuentran significativamente en riesgo de ser afectados o fallecer por la transmisión de enfermedades infecciosas asociadas a la atención sanitaria. Se ha demostrado la trazabilidad de brotes de enfermedades infecciosas en pacientes ingresados hacia profesionales sanitarios que no estaban vacunados, particularmente en el caso de la gripe. Los hospitales deben plantearse el dar pasos hacia la reducción de los riesgos asociados a la transmisión de enfermedades infecciosas por profesionales sanitarios no vacunados. Los profesionales sanitarios tienen la obligación ética y profesional de protegerse a sí mismos, a sus compañeros de trabajo y a los pacientes/familiares. La vacunación es un deber para todos los profesionales sanitarios.^{36,37}

Las estrategias para reducir el riesgo de exposición de los pacientes a enfermedades infecciosas pueden incluir: iniciativas para promover la vacunación de la gripe, motivar al personal a vacunarse de la gripe y exigir al personal no vacunado que lleve mascarilla durante la época de gripe.³⁸ Que

personal no vacunado proporcione asistencia a pacientes que son vulnerables a la infección, como los que están inmunocomprometidos, los ancianos y los bebés, aumenta los riesgos para esos pacientes que ya tienen un elevado riesgo de infección. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta el estado de inmunización del personal cuando se realizan las asignaciones de personal.

Elementos medibles de SQE.8.2

1. El hospital proporciona un programa de calidad y seguridad del personal que responde a las necesidades urgentes y no urgentes del personal mediante el tratamiento directo y la derivación.
2. El programa de salud y seguridad del personal incluye al menos los elementos a) hasta g) de la intención. (*Ver también SQE.5, EM 6*)
3. El hospital identifica áreas/situaciones de potencial violencia en el lugar de trabajo e implementa medidas para reducir el riesgo.
4. El hospital proporciona evaluación, orientación y tratamiento de seguimiento al personal que esté lesionado como resultado de una situación de violencia en el lugar de trabajo.
5. El hospital proporciona evaluación, orientación y tratamiento de seguimiento al personal que son segundas víctimas de eventos adversos o centinela.

Elementos medibles de SQE.8.2.1

1. El hospital identifica infecciones epidemiológicamente significativas, así como al personal que está en alto riesgo de exposición a y transmisión de infecciones, e implementa un programa de vacunación e inmunización del personal. (*Ver también PCI.6*)
2. El hospital evalúa los riesgos asociados al personal no vacunado e identifica estrategias para reducir el riesgo de exposición de los pacientes a enfermedades infecciosas a partir del personal no vacunado.
3. El programa de prevención y control de la infección guía la evaluación, orientación y seguimiento del personal expuesto a enfermedades infecciosas. (*Ver también PCI.2, EM 4*)

Designación del personal médico

Estándar SQE.9

El hospital tiene un proceso uniforme para reunir las credenciales de aquellos miembros del personal médico a los que se les permite brindar atención a los pacientes sin supervisión. ④

Estándar SQE.9.1

La titulación académica de los miembros del personal médico, su autorización/colegiación y otras credenciales requeridas por la ley o normativa y por el hospital se verifican y se mantienen al día. ④

Estándar SQE.9.2

Hay un proceso uniforme y transparente de toma de decisiones para la asignación inicial de los miembros del personal médico. ④

Intención de SQE.9 hasta el SQE.9.2

Las explicaciones de los términos y expectativas que se encuentran en estos estándares son las siguientes:

Credenciales

Las *credenciales* son documentos emitidos por una entidad reconocida para indicar el cumplimiento de los requisitos o la satisfacción de los criterios de elegibilidad, como un diploma de una Facultad de Medicina, un certificado o una carta de finalización de una capacitación en una especialidad (residencia), el cumplimiento de los requisitos de una organización médica profesional, una licencia o autorización para ejercer, o el reconocimiento de un registro en un colegio profesional médico u odontológico. Estos documentos, algunos de los cuales son requeridos por la legislación o la

normativa vigente, mientras que otros son exigidos por la política del hospital, deben ser verificados por la fuente original que los emitió.

Las credenciales también pueden ser documentos emitidos por personas o entidades que abordan algún aspecto de la historia o competencia profesional del solicitante, tales como cartas de recomendación, el historial de todos los puestos en los que el solicitante trabajó previamente como personal médico de un hospital, registros de atención clínica previa, historia de salud, foto, o verificación de antecedentes policiales, **por ejemplo**. Estos documentos pueden ser requeridos por la política del hospital como parte del proceso de recogida de credenciales, pero no son verificados por la fuente que los emitió, a menos que así lo requiera la política antes mencionada. Este requisito de verificación de la credencial varía de acuerdo con el puesto al que se postula el solicitante. **Por ejemplo**, para un solicitante al puesto de jefe de departamento/servicio, el hospital puede desear verificar la información relativa a la experiencia de la persona en anteriores puestos de gestión. Del mismo modo, para puestos clínicos, el hospital puede requerir un cierto número de años de experiencia y, por lo tanto, tendría que verificar este nivel de experiencia.

Personal médico

Personal médico son todos los médicos, odontólogos, y otros profesionales que tienen autorización para ejercer de manera independiente (sin supervisión) y que prestan a los pacientes servicios preventivos, curativos, restaurativos, quirúrgicos, de rehabilitación u otros servicios médicos y odontológicos; o bien que prestan servicios de interpretación para los pacientes, tales como los servicios de patología, radiología o de laboratorio. Se incluyen todas las clasificaciones de asignación, todos los tipos y niveles de personal (empleado, honorario, por contrato de servicios, visitante, y miembros del personal de la comunidad privada). El personal visitante incluye a los médicos suplentes, o a expertos invitados, docentes especializados y otros profesionales a los que se les permite brindar servicios de atención a los pacientes de forma temporal. El hospital debe definir aquellos otros profesionales sanitarios, como “médicos residentes”, “médicos internistas” y “médicos principiantes”, que ya han concluido su etapa de formación, pero que pueden estar autorizados o no por el hospital para ejercer en forma independiente. El término *personal médico* incluye a todos los médicos y a otros profesionales autorizados a tratar pacientes con independencia parcial o total, cualquiera sea su relación con el hospital (**por ejemplo**, empleados o consultores independientes). Cabe observar que en algunas culturas los profesionales de la medicina tradicional, como acupunturistas, quiroprácticos y otros, pueden estar autorizados por la ley y por el hospital para ejercer de forma independiente. En consecuencia, se los considera miembros del personal médico, y estos estándares se aplican a ellos íntegramente. (*Ver también* GLD.6.2, EM 3)

Verificación

La *verificación* es el proceso de confirmar la validez y completitud de una credencial con la fuente que la ha emitido. Este proceso se puede llevar a cabo mediante una búsqueda en una base de datos fiable en línea de, **por ejemplo**, aquellas personas que tienen licencia para ejercer en la ciudad o el país donde se encuentra el hospital. El proceso también se puede llevar a cabo dejando constancia de una conversación telefónica con la fuente emisora, o mediante una consulta con dicha fuente por correo postal o electrónico. La verificación de credenciales provenientes del extranjero puede ser más compleja y, en algunos casos, imposible. Debería haber, sin embargo, evidencia de un esfuerzo creíble por verificar la credencial. Un esfuerzo creíble se caracteriza por intentos múltiples (al menos dos en 60 días) utilizando diversos métodos (**por ejemplo**, teléfono, correo electrónico y correo postal) con un registro de los intentos y de los resultados.

Las tres situaciones siguientes son sustitutos aceptables para un hospital que realiza una verificación de credenciales a partir de la fuente primaria.

- 1) Aplicable a los hospitales supervisados directamente por organismos del gobierno: El proceso de verificación del gobierno que está respaldado por la disponibilidad de normativas gubernamentales acerca de la verificación a partir de fuente primaria; más la licencia otorgada por el gobierno, o equivalente, como puede ser un registro; y el otorgamiento de una condición específica (**por ejemplo**, consultor, especialista, entre otros) son parámetros aceptables. Como con todos los procesos de verificación realizados por terceros, es importante verificar que la tercera parte (**por ejemplo**, un organismo gubernamental) implementa el proceso de verificación como se describe en la política o normativas y que el proceso cumpla con las

- expectativas descritas en estos estándares.
- 2) Aplicable a todos los hospitales: un hospital afiliado que ya realizó la verificación en fuente primaria del profesional médico solicitante. Esta situación es aceptable solamente en la medida en que el hospital afiliado cuente con una acreditación de la Joint Commission International (JCI) vigente con “cumplimiento pleno” de su proceso de verificación, que se encuentra en SQE.9.1, EM 1 y 2. *Cumplimiento pleno* significa que el informe oficial de hallazgos de la evaluación indica que todos los elementos medibles se cumplen por completo, o que cualquier elemento medible que no se cumplía o que se cumplía parcialmente y que fue necesario abordar mediante las acciones del plan estratégico de mejora (SIP, *strategic improvement plan*) se ha abordado y ahora se encuentra en cumplimiento pleno.
 - 3) Aplicable a todos los hospitales: las credenciales han sido verificadas por un tercero independiente, como puede ser un organismo designado oficial, gubernamental o no, en la medida en que se cumplan las siguientes condiciones: cualquier hospital que base sus decisiones, en parte, en información de un organismo designado oficial, gubernamental o no, debería confiar en la completitud, exactitud y oportunidad de esa información. Para alcanzar este nivel de confianza en la información, el hospital debería evaluar inicialmente al organismo que brinda la información y después hacerlo periódicamente para asegurarse de que los estándares de JCI se siguen cumpliendo.

Es importante comprender el proceso de emisión de algunas credenciales. **Por ejemplo**, ¿el organismo gubernamental que emite la licencia para ejercer basa su decisión en alguna o todas las situaciones siguientes: verificación de la formación, un examen de competencia, capacitación por parte de una asociación de especialidad médica, o membresía y pago de tarifas? Además, si la admisión a un programa de capacitación de formación especializada se basa en la verificación de la formación y experiencia hasta la fecha, el hospital no necesita verificar la educación nuevamente. El proceso empleado por el organismo gubernamental es registrado por el hospital. Si el hospital no tiene conocimiento directo del proceso empleado por el organismo para verificar la capacitación, o si nunca tuvo la oportunidad de verificar que el organismo lleva a cabo el proceso tal como lo describe, entonces tendrá que realizar su propia verificación. (*Ver también* SQE.13, EM 2 y 3 y SQE.15, EM 2 y 3)

Excepción a SQE.9.1, EM 1, únicamente para evaluaciones iniciales. En el momento de la evaluación inicial de acreditación, se requiere que los hospitales hayan completado *la verificación a partir de fuente primaria* para los nuevos profesionales sanitarios que se incorporaron al personal médico dentro de los doce (12) meses previos a la evaluación inicial. Durante los doce meses a partir de la evaluación inicial los hospitales deben completar la verificación a partir de fuente primaria de todos los demás miembros del personal médico. Este proceso se lleva a cabo a lo largo del período de doce meses posterior a la evaluación de acuerdo con un plan que prioriza la verificación de las credenciales del personal médico activo que presta servicios de alto riesgo.

Nota: Esta excepción se refiere solo a la *verificación* de credenciales. Todos los miembros del personal médico tener sus credenciales recogidas y revisadas y los privilegios concedidos. No hay “inclusión gradual” para este proceso.

Asignación

La *asignación* es el proceso de revisión de las credenciales de un solicitante inicial para decidir si este se encuentra capacitado para prestar los servicios de atención que necesitan los pacientes del hospital y que el hospital puede respaldar con personal cualificado y capacidad técnica. Para los solicitantes iniciales, la información que se revisa es principalmente de fuentes externas. La política del hospital identifica las personas o el mecanismo responsable de esta revisión, cualquier criterio que se use para la toma de decisiones, y cómo se registrarán estas últimas. La política del hospital identifica el proceso de designación de profesionales sanitarios independientes para necesidades de emergencia o por un período de tiempo determinado. Para estas personas, la designación y la identificación de privilegios no se lleva a cabo hasta que se haya al menos verificado la licencia para ejercer.

Reasignación

La *reasignación* es el proceso de revisar el expediente del miembro del personal médico para verificar

- si su licencia para ejercer continúa en vigor;

- que el miembro del personal médico no está comprometido por medidas disciplinarias de entidades relacionadas con licencias y certificaciones (ej. colegio profesional);
- que el expediente contiene suficiente documentación para otorgarle tareas o privilegios nuevos o ampliados en el hospital; y
- que el miembro del personal médico es física y psíquicamente capaz de proporcionar atención y tratamiento a los pacientes, sin supervisión.

La información para esta revisión procede tanto de fuentes internas como externas. Cuando no hay jefe en algún departamento/servicio clínico (**por ejemplo**, un servicio de subespecialidad), hay una política del hospital que identifica quién realizará la revisión de los profesionales de ese departamento/servicio. El expediente de credenciales de un miembro del personal médico debería ser una fuente dinámica de información y estar en continua revisión. **Por ejemplo**, cuando un miembro del personal médico presenta un certificado de haber obtenido capacitación en un grado avanzado o en una especialidad avanzada, se deben verificar de inmediato las nuevas credenciales con la fuente emisora. De manera similar, cuando un organismo externo investiga un evento relacionado con un miembro del personal médico y emite sanciones, esta información se debería usar de forma inmediata para reevaluar los privilegios clínicos del miembro del personal médico. Para garantizar que los expedientes del personal médico contengan información completa y exacta, se revisan cada tres años y se incluye una nota en ellos que indica las medidas que se tomaron o que no fue necesaria ninguna medida y continúa la designación como miembro del personal médico.

Puede que no se otorgue la pertenencia al personal médico si el hospital no cuenta con el equipo médico especial o con el personal necesario para cubrir las necesidades de la práctica profesional que la persona presta. **Por ejemplo**, a un nefrólogo que pretende prestar servicios de diálisis puede no concedérsele la pertenencia al personal médico si el hospital no brinda dichos servicios.

Por último, se ha verificado con la fuente emisora la licencia/registro/colegiación de un solicitante, pero otros documentos —como los que acreditan educación y capacitación— aún no se verificaron, se puede designar como personal médico y se pueden identificar los privilegios para el solicitante por un periodo que no exceda de 90 días. En estas circunstancias, estas personas puede que no ejerzan de forma independiente y requieran supervisión hasta que todas las credenciales se hayan verificado. Dicha supervisión se define claramente en la política del hospital, en cuanto al nivel y las condiciones y no debe exceder de 90 días.

Elementos medibles de SQE.9

1. El hospital tiene un proceso continuo y uniforme para gestionar las credenciales de los miembros del personal médico.
2. Se identifican aquellos miembros del personal médico a los que la legislación y el hospital autorizan a prestar servicios de atención a los pacientes sin supervisión. (*Ver también* SQE.1.1 y GLD.2, EM 5)
3. El hospital posee copias de la titulación académica, la colegiación/licencia/registro y otras credenciales requeridas por la legislación para cada miembro del personal médico en su expediente personal o en un expediente de credenciales independiente. (*Ver también* SQE.5, EM 2)
4. El hospital posee copias de todas las credenciales requeridas por la política del hospital para cada miembro del personal médico en su expediente personal o en un expediente de credenciales independiente.

Elementos medibles de SQE.9.1

1. La titulación académica, la colegiación/licencia/registro y otras credenciales requeridas por la legislación o emitidas por entidades de formación o profesionales reconocidas como base para el otorgamiento de privilegios clínicos se verifican a partir de la fuente primaria que emitió tales credenciales. (*Ver también* GLD.2, EM 5)
2. Otras credenciales requeridas por la política del hospital se verifican a partir de la fuente que las emitió cuando así lo requiera dicha política.
3. Cuando se recurre a la verificación de terceros, el hospital verifica que esa tercera parte (**por**

ejemplo, un organismo gubernamental) implemente el proceso de verificación como se describe en la política o normativas y que el proceso cumple las expectativas descritas en la intención.

Elementos medibles de SQE.9.2

1. La designación de personal médico se realiza de acuerdo con la política del hospital y es congruente con la población de pacientes y la misión del hospital y los servicios que este brinda para satisfacer sus necesidades. (*Ver también* SQE.2, EM 3)
2. La designaciones no se realizan hasta que se haya, al menos, verificado la licencia/registro/colegiación a partir de la fuente primaria. El miembro del personal médico presta entonces servicios de atención al paciente bajo supervisión hasta que todas las credenciales requeridas por la legislación y normativa se hayan verificado a partir de la fuente original, hasta un máximo de 90 días. (*Ver también* SQE.3)
3. El método y la frecuencia de supervisión, y los supervisores responsables se registran en el expediente de credenciales de la persona. (*Ver también* SQE.5)

La asignación de privilegios clínicos del personal médico

Estándar SQE.10

El hospital tiene un procedimiento estandarizado, objetivo y basado en la evidencia para autorizar a los miembros del personal médico a ingresar y tratar pacientes y/u ofrecer otros servicios clínicos congruentes con sus cualificaciones. ④

Intención de SQE.10

La determinación de la competencia clínica actual de un miembro del personal médico y la toma de una decisión acerca de qué servicios clínicos estará autorizado a realizar, lo que usualmente se denomina privilegios, es la determinación más crítica que un hospital tomará para proteger la seguridad de los pacientes e incrementar la calidad de sus servicios clínicos.

Las consideraciones para la determinación de privilegios clínicos en la asignación inicial incluyen lo siguiente:

- Las decisiones en relación a la competencia clínica del profesional sanitario, y, en consecuencia, los privilegios clínicos que se le asignarán, se basan fundamentalmente en información y documentación recibida que no proviene del hospital. Las fuentes pueden incluir programas de educación en especialidades, cartas de recomendación de designaciones previas como profesional médico y/o cartas de recomendación de colegas, y cualquier otra información de calidad que pueda ser comunicada al hospital. En general, estas fuentes de información, que no son las de instituciones académicas donde se dictan programas de especialidades médicas, no se verifican a partir de la fuente a menos que así lo requiera la política del hospital. Aunque estas fuentes externas pueden no dar evidencia clara u objetiva de la competencia clínica actual, al menos identifican las áreas de supuesta competencia. (*Ver también* SQE.2, EM 2) La revisión continua de la práctica profesional (*ver* SQE.11) validará estas áreas de supuesta competencia.
- No hay un modo mejor de delinear aquellas actividades clínicas que el miembro del personal médico tendrá el privilegio de realizar. Los programas de capacitación en una especialidad pueden identificar y enumerar las competencias generales de esa especialidad en áreas de diagnóstico y tratamiento, y el hospital puede asignar privilegios para diagnosticar y tratar pacientes en esas áreas de competencia de la especialidad. Otras organizaciones pueden optar por enumerar en detalle cada tipo de paciente y procedimiento de tratamiento.
- Dentro de cada área de especialidad el proceso de determinación de privilegios es uniforme, no obstante, este proceso puede no ser el mismo para todas las áreas de

especialidad. En consecuencia, los privilegios serán diferentes para los cirujanos generales, pediatras, odontólogos o radiólogos, **por ejemplo**; de todos modos, dentro de cada uno de estos grupos, el proceso de determinación de privilegios será estandarizado. Para médicos de familia, profesionales sanitarios de atención primaria, y otros profesionales que brindan cualquier tipo de medicina general, obstetricia, pediatría, y otros servicios, la determinación de privilegios identifica los servicios “de especialidad” que pueden brindar.

- La decisión de cómo se determinan los privilegios clínicos en un área de especialidad está relacionada con otros procesos, que incluyen
 - la selección por parte de los líderes de departamento/servicio de qué procesos se monitorizarán mediante la información reunida (*ver* GLD.11.1);
 - el uso de esa información en el proceso continuo de evaluación y monitorización del personal médico del departamento/servicio (*ver* SQE.11); y
 - el uso de la información de monitorización en el proceso de reasignación y la renovación de privilegios (*ver* SQE.12).
- Además de los privilegios asignados en relación a la educación y capacitación de la persona, el hospital identifica áreas de alto riesgo, tales como la administración de agentes quimioterapéuticos, otras clases de drogas, o procedimientos de alto riesgo para los cuales a los miembros del personal médico se les asignan o deniegan tales privilegios. Los procedimientos, drogas u otros servicios de alto riesgo son identificados por cada área de especialidad y se evidencian en el proceso de determinación de privilegios. Por último, algunos procedimientos pueden ser de alto riesgo por la instrumentación que utilizan, tal es el caso de la tecnología robótica y computarizada, o bien la tecnología operada en forma remota para cirugías o terapias. Asimismo, los dispositivos médicos implantables requieren de ciertas destrezas para su implantación, calibración y monitorización, para lo cual se deben asignar privilegios específicos. (*Ver también* ASC.7.4)
- Además, no se asignan privilegios si el hospital no tiene la tecnología médica especial o el personal necesario para que se pueda ejercer ese privilegio. **Por ejemplo**, a un nefrólogo con competencia para realizar diálisis, o a un cardiólogo con competencia para insertar stents, no se les asignará el privilegio de estos procedimientos si el hospital no brinda dichos servicios.
- Por último, cuando la licencia/registro de un solicitante se verificó a partir de la fuente emisora, pero otros documentos — como los que acreditan formación y capacitación— aún no se verificaron, se pueden identificar igualmente los privilegios para el solicitante. No obstante, este solicitante puede no estar autorizado para ejercer en forma independiente hasta que se hayan verificado todas las credenciales mediante el proceso descrito más arriba. Dicha supervisión se define claramente en la política del hospital, en cuanto al nivel, las condiciones y la duración.

Nota: Cuando un miembro del personal médico también tiene responsabilidades de gestión, como un jefe o director de un departamento clínico, administrador del hospital, u otro puesto similar, las responsabilidades para este puesto están identificadas en la descripción del puesto (*ver* SQE.1.1). La política del hospital identifica la verificación a partir de fuente primaria de las credenciales presentadas que son compatibles con este puesto administrativo.

El proceso de determinación de privilegios

- a) es estandarizado, objetivo y basado en la evidencia;
- b) se registra en las políticas hospitalarias;
- c) es activo y continuo debido a que las credenciales de los miembros del personal médico cambian;
- d) se sigue para todas las clases de miembros del personal médico; y
- e) permite demostrar cómo se emplea eficazmente el procedimiento.

Los privilegios clínicos de todos los miembros del personal médico se ponen a disposición mediante copia impresa, copia electrónica u otros medios para todas las personas y ubicaciones del hospital donde miembro del personal médico presta servicios (**por ejemplo**, quirófano, servicio de urgencias). Se provee al miembro del personal médico de una copia de sus privilegios clínicos. Cuando los privilegios clínicos de un miembro del personal médico cambian, se comunica la información actualizada. (*Ver también* GLD.6.2, EM 1)

Elementos medibles de SQE.10

1. El proceso de determinación de privilegios empleado por el hospital cumple con los criterios a) hasta e) mencionados en la intención.
2. Los privilegios clínicos de todos los miembros del personal médico se ponen a disposición mediante copia impresa, copia electrónica u otros medios para todas las personas y ubicaciones del hospital donde miembro del personal médico presta servicios (**por ejemplo**, quirófano, servicio de urgencias). (*Ver también* MMU.4.2, EM 3)
3. Cada miembro del personal médico proporciona solo aquellos servicios que le han sido asignados específicamente por el hospital. (*Ver también* AOP.1, EM 3; AOP.3, EM 1; AOP.6.2, EM 3 y 4; ASC.3.1, EM 1; MMU.5.1, EM 4; y MMU.6, EM 1)

Evaluación y monitorización continuas de los miembros del personal médico

Estándar SQE.11

El hospital emplea un proceso continuo y estandarizado para evaluar la calidad y seguridad de la atención que cada miembro del personal médico brinda a los pacientes. ©

Intención de SQE.11

Las explicaciones de los términos y expectativas que se encuentran en estos estándares son las siguientes:

Monitorización y evaluación continua

La *monitorización y evaluación continua* forman parte del proceso de acumulación y análisis continuo de información acerca de las conductas, el crecimiento profesional y los resultados clínicos de los miembros del personal médico. El jefe del departamento/servicio es responsable de integrar la información acerca de los profesionales médicos y de tomar las medidas adecuadas. Las medidas inmediatas pueden ser orientar al miembro del personal, ponerlo bajo supervisión, limitar los privilegios, u otras medidas con el fin de limitar los riesgos a los pacientes y mejorar la calidad y seguridad de la atención a los pacientes. Las acciones a más largo plazo incluyen sintetizar los datos y la información en una recomendación de mantener la pertenencia al personal médico y los privilegios clínicos. Otras medidas pueden ser dar a conocer a otros miembros del personal médico las conductas y resultados clínicos que la información del miembro del personal médico pone en evidencia y que puede servir como parámetro de comparación.

La evaluación y monitorización continuas de los miembros del personal médico proporcionan información crucial para el proceso de mantener la pertenencia al personal médico y para la asignación de privilegios clínicos. (*Ver también* SQE.9 hasta SQE.9.2) Aunque se requieren ciclos de tres años para renovar la pertenencia y los privilegios clínicos, se pretende que el proceso sea continuo y dinámico. Pueden producirse incidentes de calidad y seguridad del paciente de importancia crítica si cuestiones relativas al desempeño clínico de un miembro del personal médico no se comunican y se resuelven cuando surgen.

El proceso de monitorización y evaluación continua pretende

- mejorar la práctica individual, porque esta se relaciona con una atención de los pacientes segura y de alta calidad;
- proporcionar las bases para reducir la variación dentro de un departamento/servicio a través de comparaciones entre colegas y el desarrollo de guías de práctica y protocolos clínicos; y
- proporcionar las bases para mejorar los resultados de todo el departamento/servicio a través de comparaciones con prácticas de referencia externas e investigaciones y resultados clínicos publicados.

La evaluación y monitorización continuas de los miembros del personal médico abarcan tres áreas

generales: conductas, crecimiento profesional y resultados clínicos.

Conductas

Los miembros del personal médico son modelos y mentores para la creación de una cultura de seguridad en el hospital. Una cultura de seguridad se caracteriza por la participación plena de todo el personal, sin temor a sufrir marginación o represalias. Las culturas de seguridad también incluyen un elevado respeto entre grupos profesionales en los que no se producen conductas ofensivas. Los comentarios del personal a través de encuestas y otros mecanismos pueden dar forma a las conductas deseadas y ser el soporte para los modelos de profesionales médicos.

Una evaluación de conductas puede incluir

- la evaluación de si un miembro del personal médico comprende y apoya el código de conducta del hospital y la identificación de conductas aceptables e inaceptables;
- la ausencia de conductas notificadas por el miembro del personal médico que sean identificadas como inaceptables; y
- la recolección, análisis y utilización de información y datos de las encuestas del personal y otras fuentes acerca de la cultura de seguridad en el hospital.

El proceso continuo de monitorización y evaluación debería indicar, como parte del proceso de revisión, los desafíos y logros relevantes del miembro del personal médico en cuanto a sus esfuerzos para participar de manera plena en una cultura segura y justa. (*Ver también* SQE.10)

Crecimiento profesional

Los profesionales médicos crecen y maduran a medida que las organizaciones en las que ejercen evolucionan, al introducir grupos nuevos de pacientes, tecnologías y ciencia médica. Cada miembro del personal médico, en distinta medida, reflejará su crecimiento y mejora en las siguientes dimensiones importantes de la asistencia y la práctica profesional:

- La atención a los pacientes, que incluye proporcionar al paciente una atención compasiva, adecuada y efectiva para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y su tratamiento, y el cuidado al final de la vida. (Posibles medidas serían la frecuencia de servicios preventivos y los informes de pacientes y familiares.) (*Ver también* PFR.3)
- El conocimiento médico/clínico, que incluye el conocimiento de ciencias biomédicas, clínicas, epidemiológicas y socio-conductuales establecidas y en desarrollo, así como también la aplicación del conocimiento para la atención de los pacientes y la educación de otros. (Posibles medidas serían la aplicación de guías de práctica clínica, incluyendo su adaptación y revisión, y la participación en conferencias profesionales y publicaciones.) (*Ver también* GLD.11.2)
- El aprendizaje y la mejora basados en la práctica, que incluyen el empleo de evidencia y métodos científicos para investigar, evaluar y perfeccionar continuamente la atención a los pacientes en función de la autoevaluación y el aprendizaje a largo plazo. (**Ejemplos** de posibles medidas serían la búsqueda e investigación clínica por propia iniciativa, la adquisición de nuevos privilegios clínicos basados en el estudio y la adquisición de habilidades nuevas, y la participación plena en el cumplimiento de los requisitos de la especialidad profesional o de los requisitos de formación educación permanente que implica la licencia para ejercer).
- Las habilidades interpersonales y de comunicación, que incluyen la creación y el sostenimiento de un intercambio efectivo de información y colaboración con los pacientes, sus familias, y otros miembros de los equipos asistenciales. (**Ejemplos** de posibles medidas serían la participación en rondas de docencia, grupos de consulta, liderazgo de equipos, y comentarios de pacientes y familiares).
- El profesionalismo, que incluye el compromiso con el desarrollo profesional continuo, la práctica ética, la comprensión y sensibilidad frente a la diversidad, y una actitud responsable hacia los pacientes, su profesión y la sociedad. (**Ejemplos** de posibles medidas son un líder de opinión entre los profesionales médicos acerca de temas clínicos y profesionales, el servicio en un panel de ética o discusión de asuntos éticos, el mantenimiento de las agendas programadas, y la participación en la comunidad).
- Las prácticas basadas en sistemas, que incluyen la conciencia de contextos más amplios y

la adecuación a estos, los sistemas de atención de la salud, así como también la habilidad de recurrir eficazmente a otros recursos en el sistema para proporcionar una atención de la salud óptima. (**Ejemplos** de medidas posibles incluyen la comprensión del significado de los sistemas empleados frecuentemente en todo el hospital, como el sistema de medicación y la conciencia de las implicaciones del uso excesivo, insuficiente o inadecuado de los sistemas).

- La administración de los recursos, que incluye la comprensión de la necesidad de administración de recursos y la prestación de una atención orientada al control de costos, que implique evitar el uso excesivo e inadecuado de pruebas de diagnóstico y terapias que no benefician la atención del paciente pero que suman costos a la atención de la salud. (**Ejemplos** de medidas potenciales incluyen la participación en decisiones de compras clave dentro de su área de práctica, la participación en los esfuerzos por comprender el uso apropiado de los recursos y la conciencia del costo para los pacientes y para quienes afrontan los gastos de los servicios que se prestan). (*Ver también* GLD.7)

El proceso continuo de monitorización y evaluación debería reconocer, como parte del proceso de revisión, las áreas relevantes de logros y mejora potencial de los miembros del personal médico en estas áreas de crecimiento profesional.

Resultados clínicos

El proceso continuo de monitorización y evaluación de un miembro del personal médico revisa la información común a todos los miembros del personal médico, así como también la información específica relacionada con los privilegios clínicos del profesional y los servicios proporcionados por su especialidad.

Fuentes de datos generales del hospital. Los hospitales recopilan una variedad de datos para su uso en la gestión; **por ejemplo**, informar a las autoridades sanitarias para apoyar la asignación de recursos o el pago de servicios. Para ser de utilidad en la evaluación continua de un miembro del personal médico, dichos datos del hospital

- deben recopilarse de modo tal que cada profesional sanitario pueda ser identificado fácilmente;
- deben relacionarse con la práctica clínica del profesional médico individual; y
- pueden utilizarse como parámetro de comparación de referencia interno o externo para comprender los patrones individuales de los profesionales sanitarios.

Ejemplos de dichas posibles fuentes de datos incluyen la estancia media, la frecuencia de pruebas diagnósticas, el uso de sangre y la utilización de ciertos medicamentos, entre otras.

Fuentes de datos específicas de cada departamento. Los datos también se recopilan a nivel de cada departamento/servicio. El jefe de departamento/servicio fija las prioridades de medición en el departamento por razones de monitorización y también de mejora. Las medidas son específicas para los servicios que se brindan y para los privilegios clínicos de cada miembro del personal médico dentro del departamento. Al igual que con los datos a nivel de hospital, para que sean de utilidad en la evaluación continua de un miembro del departamento/servicio, los datos

- deben recopilarse de manera que cada profesional sanitario pueda ser identificado fácilmente;
- deben relacionarse con la práctica clínica del miembro individual del personal médico y
- pueden utilizarse como parámetro de comparación dentro del departamento/servicio y/o externamente para comprender los patrones individuales de los profesionales sanitarios.

Ejemplos de estos datos posibles del departamento/servicio incluyen la frecuencia de procedimientos clínicos realizados, complicaciones, resultados, y el uso de recursos como médicos consultores, entre otros.

También es importante señalar que no está previsto que todos los departamentos/servicios tengan la capacidad o la necesidad de monitorizar todos los privilegios enumerados para cada profesional sanitario. Resulta más viable reunir los datos de servicios claves o de algún aspecto de los servicios clave a nivel del departamento para el que todos o la mayor parte de los miembros del personal del departamento/servicio tengan privilegios.

Por lo tanto, no hay un solo grupo de datos que resulte suficiente para monitorizar y evaluar a todos los miembros del personal médico. La elección de los datos, la frecuencia de la monitorización y del análisis, y el uso real de los datos y la documentación en el expediente del miembro del personal médico son muy específicos del departamento/servicio, la profesión relevante y los privilegios del profesional médico. La monitorización y evaluación de los miembros del personal médico está respaldada por una variedad de fuentes de información, que incluye registros electrónicos y en papel, observaciones e interacciones con pares.

Un paso final importante es plantearse esta pregunta: “¿Cómo le va a este profesional sanitario comparado con otros colegas dentro de su departamento y en comparación con colegas profesionales en otros hospitales, regiones o países?” La comparación interna se realiza fundamentalmente para reducir la variación en la práctica y los resultados dentro del departamento y para aprender de las mejores prácticas dentro del departamento. La comparación externa se realiza para garantizar que el hospital consiga las mejores prácticas dentro de cada profesión. Cada departamento tendrá conocimiento de aquellas bases de datos profesionales, guías de práctica clínica, y fuentes de literatura científica que describen aquellas prácticas de referencia convenientes. **Por ejemplo**, los registros de oncología pueden ser útiles, o los datos procedentes de profesionales sanitarios que trabajen en la misma área científica (guías de práctica clínica). De la misma manera, una asociación quirúrgica nacional o internacional puede reunir datos acerca de resultados o complicaciones.

En resumen, el proceso continuo de monitorización y evaluación de los miembros del personal médico

- está estandarizado por tipo de miembro del personal médico y/o por departamento o unidad de servicios clínicos;
- emplea los datos de monitorización e información para comparaciones internas, para reducir la variación en las conductas, crecimiento profesional y resultados clínicos;
- emplea los datos de monitorización e información para comparaciones externas con las *mejores prácticas* disponibles, objetivas y basadas en la evidencia o fuentes de referencia de datos de resultados clínicos e información;
- es realizada por el jefe de departamento o servicio del individuo, director médico, o por un cuerpo de revisión del personal médico;
- incluye la monitorización y evaluación del personal médico de alto nivel y de los jefes de departamento por medio de un profesional adecuado; y
- proporciona información que se registrará en el expediente del miembro del personal médico y que incluye los resultados de las revisiones, las acciones que se realizaron y el impacto de esas acciones en los privilegios (si corresponde).

Por último, dado que el proceso de monitorización y evaluación de los miembros del personal médico pretende ser continuo, y dado que la información y los datos pueden acumularse de forma continua, la política del hospital requiere que se realice una revisión al menos una vez al año. La revisión es realizada por el jefe de departamento o servicio, un director médico, o un cuerpo de revisión del personal médico. Los hallazgos, conclusiones y las acciones realizadas o recomendadas se registran en el expediente del miembro del personal médico. Cuando los hallazgos afectan la designación o los privilegios del miembro del personal médico, existe un procedimiento para actuar en relación a los hallazgos. Dichas actuaciones inmediatas “por motivo justificado” se registran en el expediente del profesional sanitario y se reflejan en la lista de privilegios clínicos. Se envía una notificación a los ámbitos en los que el profesional presta servicios. (*Ver también* SQE.3)

Elementos medibles de SQE.11

1. Todos los miembros del personal médico están incluidos en un proceso continuo de monitorización y evaluación de la práctica profesional, tal como lo define la política del hospital y que está estandarizado a nivel de departamento/servicio. (*Ver también* SQE.3, ME 5)
2. El proceso de monitorización y evaluación identifica áreas de logro y mejora potencial relacionadas con las conductas, el crecimiento profesional y los resultados clínicos del miembro del personal médico comparado con los otros miembros del personal médico del departamento/servicio. (*Ver también* QPS.4, EM 2)

3. Los resultados clínicos de datos e información disponibles acerca de los miembros del personal médico se revisan usando información objetiva y basada en la evidencia, según se encuentre disponible, tomada como parámetro de comparación externo.
4. Los datos e información de la monitorización son revisados al menos cada 12 meses por el jefe de servicio o del departamento de la persona, o el director clínico, o el cuerpo de revisión del personal médico. Los resultados, conclusiones y cualquier acción que se determine se registran en el expediente de credenciales del miembro del personal médico y en otros expedientes relevantes. (*Ver también* GLD.11.1, EM 1)
5. Cuando los hallazgos afectan la designación o los privilegios del miembro del personal médico, existe un procedimiento para actuar en relación a tales hallazgos, y dichas actuaciones “por motivo justificado” se registran en el expediente del profesional sanitario y se reflejan en la lista de privilegios clínicos. Se envía una notificación a los ámbitos en los que el profesional presta servicios.

Reasignación del personal médico y renovación de los privilegios clínicos

Estándar SQE.12

Al menos cada tres años, el hospital determina, a partir de la monitorización y evaluación continuas de cada miembro del personal médico, si su designación y privilegios clínicos deben mantenerse con o sin modificaciones. ©

Intención de SQE.12

Las explicaciones de los términos y expectativas que se encuentran en estos estándares son las siguientes:

Reasignación

Reasignación es el proceso de revisar, al menos cada tres años, el expediente del miembro del personal médico para verificar

- si su licencia para ejercer continúa;
- que el miembro del personal médico no está comprometido por medidas disciplinarias de entidades relacionadas con licencias y certificaciones;
- que el expediente contiene suficiente documentación para otorgarle privilegios o tareas nuevas o ampliadas en el hospital; y
- y que el miembro del personal médico es física y mentalmente capaz de proporcionar atención y tratamiento a los pacientes, sin supervisión.

La información que se reúne para esta revisión proviene de la evaluación y monitorización interna continua del miembro del personal médico, así como también de fuentes externas, como organizaciones regulatorias o profesionales o agencias. La política del hospital identifica a la persona, como por ejemplo, el líder de un servicio de especialidad, o al mecanismo, como una oficina de personal médico cuando el líder de departamento/servicio no se encuentra presente o no es responsable de esta revisión, e identifica además todos los criterios empleados para tomar decisiones y la forma en que tales decisiones serán registradas. El expediente de credencial de un miembro del personal médico debe ser una fuente de información dinámica y debe estar en constante revisión. **Por ejemplo**, cuando un miembro del personal médico presenta un título de grado avanzado que ha obtenido o un título de especialidad, se deben verificar de inmediato las nuevas credenciales con la fuente emisora. De manera similar, cuando un organismo externo investiga un evento centinela relacionado con un miembro del personal médico y emite sanciones, esta información se debe usar en forma inmediata para reevaluar los privilegios clínicos del miembro del personal médico. Para garantizar que los expedientes del personal médico contengan información completa y exacta, cada tres años se revisan los expedientes y se incluye una nota en ellos que indica las medidas que se tomaron o el hecho de que ninguna medida fue necesaria, y continúa la designación de la persona como miembro del personal médico.

Las consideraciones para la determinación de privilegios clínicos en la reasignación incluyen lo siguiente:

- A los miembros del personal médico se les pueden asignar privilegios adicionales en función de una formación y capacitación avanzadas. La formación y capacitación se verifican a partir de la fuente que proporciona tal formación o capacitación o que emite la credencial. El ejercicio pleno de los privilegios que se hayan agregado se puede demorar hasta que el proceso de verificación se haya completado o cuando hay un período requerido de práctica supervisada previo a la asignación del privilegio nuevo para su ejercicio sin restricciones; **por ejemplo**, un número requerido de casos supervisados de cirugía robótica.
- Los privilegios del personal médico pueden continuar, limitarse, reducirse, o terminarse en función de
 - los resultados del proceso continuo de revisión de las prácticas profesionales (*ver* SQE.11);
 - las limitaciones aplicadas a los privilegios de la persona por un profesional externo, organismo
 - gubernamental o agencia regulatoria;
 - los hallazgos del hospital de una evaluación de un evento centinela o de otro evento;
 - la salud del profesional sanitario; o
 - la solicitud del profesional sanitario. (*Ver también* SQE.3 y SQE.10)

Elementos medibles de SQE.12

1. En función de la evaluación y monitorización continua de los miembros del personal médico, el hospital determina, al menos cada tres años, si la membresía y los privilegios clínicos continuarán con o sin modificaciones. (*Ver también* MMU.4.2, EM 2)
2. Hay evidencia en el expediente de cada miembro del personal médico de que están al día todas las credenciales que requieren renovación periódica, el pago de una matrícula, o cualquier otra acción por parte del miembro del personal médico.
3. Las credenciales obtenidas después de la asignación inicial se evidencian en el expediente del miembro del personal médico y se han verificado a partir de la fuente primaria antes de emplearse para modificar o agregar privilegios clínicos.
4. La decisión de renovación se registra en el expediente de credenciales del miembro del personal médico e incluye la identificación del revisor y cualquier condición especial identificada durante la revisión.

Personal de enfermería

Estándar SQE.13

El hospital cuenta con un proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales del personal de enfermería (autorización/colegiación, titulación, capacitación y experiencia). ⑥

Intención de SQE.13

El hospital necesita garantizar que cuenta con personal de enfermería cualificado acorde con su misión, sus recursos y las necesidades de los pacientes. El personal de enfermería es responsable de proporcionar atención directa a los pacientes. Además, los cuidados de enfermería contribuyen a los resultados globales de los pacientes. El hospital debe garantizar que las enfermeras estén capacitadas para proporcionar cuidados de enfermería y debe especificar los tipos de cuidados que se les permite proporcionar si no lo especifican la legislación y normativa vigentes. El hospital garantiza que cada enfermera está capacitada para proporcionar cuidados y tratamiento seguros y efectivos a los pacientes mediante

- la comprensión de la legislación y normativa aplicables a las enfermeras y al ejercicio de la

enfermería;

- la recogida de todas las credenciales disponibles de cada enfermera, incluyendo al menos
 - evidencia de su formación/capacitación;
 - evidencia de la licencia/colegiación vigente;
 - evidencia de la actual competencia a través de información de otras fuentes donde la enfermera estuvo empleada; y
 - cartas de recomendación y/u otra información que la organización pudiera requerir, como historial de salud, fotos, entre otras; y
- verificación de la información esencial, como la colegiación, registro o licencia vigente, especialmente cuando dichos documentos son renovados periódicamente, y cualquier certificación y comprobante de finalización de ciclos de formación especializada o avanzada.

El hospital necesita hacer todos los esfuerzos para verificar la información esencial, incluso cuando la formación tuvo lugar en otro país y hace un tiempo significativo. Se puede recurrir a sitios web seguros, confirmación telefónica registrada de la fuente, confirmación por escrito y a terceros, tales como una entidad oficial gubernamental o no gubernamental designada a tal efecto. Las situaciones descritas para los profesionales médicos en la intención de SQE.9 se consideran sustitutos aceptables para una organización que verifica las credenciales de enfermeras a partir de la fuente primaria.

El cumplimiento de los estándares requiere la verificación a partir de fuente primaria para

- nuevas enfermeras solicitantes que comienzan a trabajar 12 meses antes de la evaluación para la acreditación inicial; y
- enfermeras empleadas actualmente durante un período de 12 meses posterior a la evaluación inicial. Esto se consigue de acuerdo con un plan que prioriza la verificación de credenciales de las enfermeras que proporcionan servicios de alto riesgo, como en el quirófano, el servicio de urgencias o la unidad de cuidados intensivos.

Cuando no es posible la verificación, por ejemplo, cuando se pierden los registros debido a un desastre natural, esto queda registrado.

El hospital tiene un proceso que garantiza que las credenciales de cada enfermera con contrato de servicios también se han reunido, verificado y revisado para garantizar su competencia clínica actual en forma previa a la asignación. El hospital reúne y mantiene un expediente de las credenciales de cada enfermera. Los expedientes contienen las licencias vigentes cuando las normativas requieren su renovación periódica. Hay documentación de la capacitación relacionada con cualquier otra competencia. (*Ver también* SQE.5)

Elementos medibles de SQE.13

1. El hospital tiene un procedimiento estandarizado para reunir y documentar la titulación académica, las certificaciones y la experiencia de cada miembro del personal de enfermería.
2. Se verifican la titulación académica, la capacitación y las certificaciones a partir de la fuente original, de acuerdo con los parámetros que se encuentran en la intención de SQE.9, y se documenta.
3. La licencia para ejercer (colegiación) se verifica a partir de la fuente original de acuerdo con los parámetros que se encuentran en la intención de SQE.9, y se documenta.
4. Se mantiene un registro de las credenciales de cada de cada miembro del personal de enfermería. (*Ver también* SQE.5, EM 2)
5. El hospital tiene un proceso para garantizar que las credenciales de las enfermeras con contrato de servicios son válidas y están completas en forma previa a la asignación.
6. El hospital tiene un proceso para garantizar que las enfermeras que no son empleadas del hospital, pero acompañan a médicos particulares y proporcionan servicios a los pacientes del hospital, cuentan con credenciales válidas. (*Ver también* GLD.6)

Estándar SQE.14

El hospital tiene un proceso estandarizado para identificar las responsabilidades del puesto y para realizar asignaciones de trabajo clínico en función de las credenciales del miembro del personal de enfermería y de cualquier requisito legal.

Estándar SQE.14.1

El hospital tiene un proceso estandarizado para la participación del personal de enfermería en las actividades de mejora de la calidad del hospital, que incluye la evaluación del desempeño individual cuando proceda.

Intención de SQE.14 y SQE.14.1

La revisión de las cualificaciones de los miembros del personal de enfermería sirve como base para la asignación de responsabilidades del puesto y asignaciones de trabajo clínico. Las asignaciones de trabajo pueden estar descritas en más detalle en una descripción del puesto de trabajo (*ver* SQE.1.1, EM 1) o descritas de otros modos o en registros que respaldan la forma en que se realizan las asignaciones del personal de enfermería (*ver* SQE.6), como por ejemplo, una asignación a unidades geriátricas o pediátricas o a unidades de pacientes de gravedad. Las asignaciones realizadas por el hospital cumplen con las leyes y reglamentaciones vigentes concernientes a las responsabilidades de las enfermeras y al cuidado clínico.

El papel clínico principal del personal de enfermería exige la participación activa en el programa de mejora de la calidad del hospital. Si en cualquier momento durante la medición de la calidad clínica, la evaluación y la mejora, se cuestiona el desempeño de un miembro del personal de enfermería, el hospital cuenta con un proceso para evaluar el desempeño de esa persona. Los resultados de las revisiones, de las medidas tomadas y cualquier impacto en las responsabilidades del puesto se registran en el expediente de credenciales u otro expediente de la enfermera.

Elementos medibles de SQE.14

1. La licencia (colegiación), formación/capacitación y experiencia de un miembro del personal de enfermería se usan para realizar las asignaciones de trabajo clínico. (*Ver también* MMU.5.1, EM 4; MMU.6, ME 2; SQE.2, EM 2; and SQE.3, EM 1)
2. El proceso tiene en cuenta la legislación y normativa relevante. (*Ver también* GLD.2, EM 5)
3. El proceso apoya los planes de dotación de enfermeras.

Elementos medibles de SQE.14.1

1. El personal de enfermería participa en las actividades de mejora de la calidad del hospital. (*Ver también* QPS.1, EM 4)
2. El desempeño individual de los miembros del personal de enfermería se revisa cuando así lo indican los hallazgos de las actividades de mejora de la calidad. (*Ver también* MMU.6, EM 3 and GLD.11.1, EM 2)
3. La información pertinente del proceso de revisión se registra en el expediente de credenciales u otro expediente de la enfermera.

Otros profesionales sanitarios

Estándar SQE.15

El hospital cuenta con un proceso uniforme para reunir, verificar y evaluar las credenciales de otros profesionales sanitarios (autorización/colegiación, titulación, capacitación y experiencia). [Ⓟ]

Intención de SQE.15

Los hospitales emplean o pueden autorizar a diversos profesionales sanitarios para prestar atención y servicios a sus pacientes o para participar en procesos de la atención de pacientes. **Por ejemplo**, estos profesionales incluyen matronas, asistentes de cirugía, especialistas en atención de emergencias

médicas, farmacéuticos y técnicos en farmacia. En algunos países o culturas, este grupo también incluye a los curanderos tradicionales u otras personas con capacidades similares que proporcionan servicios alternativos o servicios que complementan las prácticas médicas tradicionales (**por ejemplo**, acupuntura, medicina naturalista). A menudo, estas personas en realidad no ejercen dentro del hospital, sino que recurren al hospital o bien proporcionan atención continua o de seguimiento a los pacientes dentro de la comunidad. Muchos de estos profesionales completan programas de capacitación formales y reciben licencias o certificados o están registrados con las autoridades locales o nacionales. Otros pueden haber completado programas de aprendizaje menos formales o pueden haber realizado otras experiencias supervisadas.

El hospital es responsable de recoger y verificar las credenciales de todos estos otros profesionales sanitarios autorizados a trabajar o ejercer en el hospital. El hospital debe garantizar que los otros profesionales sanitarios estén cualificados para proporcionar atención y tratamientos y deben especificar los tipos de atención y tratamiento que se les permite proporcionar si no los especifican las leyes o normativas. El hospital garantiza que estos otros profesionales sanitarios están cualificados para proporcionar una atención segura y efectiva y tratamiento a los pacientes mediante

- la comprensión de la legislación y normativa aplicables a dichos profesionales sanitarios;
- la recogida de todas las credenciales disponibles para cada persona, incluyendo al menos comprobantes de formación y capacitación, comprobantes de licencia o certificación vigente cuando se requiera; y
- verificación de la información esencial, como, el registro, licencia o certificación vigente.

El hospital necesita hacer todos los esfuerzos necesarios para verificar la información esencial relativa a las responsabilidades previstas para esa persona, incluso cuando la formación tuvo lugar en otro país y hace un tiempo significativo. Se puede recurrir a sitios web seguros, confirmación telefónica registrada de la fuente, confirmación por escrito y a terceros, tales como una entidad oficial gubernamental o no gubernamental designada a tal efecto.

Las situaciones descritas para los profesionales médicos en la intención de SQE.9 se consideran sustitutos aceptables para un hospital que verifica a partir de la fuente primaria las credenciales de otros profesionales sanitarios.

El cumplimiento de los estándares requiere la verificación a partir de fuente primaria para

- los nuevos solicitantes, comenzando cuatro meses antes de la evaluación para la acreditación inicial; y
- los profesionales sanitarios actualmente empleados, durante un período de tres años posterior a la evaluación.

Cuando no se requiere un proceso de educación formal, licencia o proceso de registro u otra credencial o comprobante de competencia, esto se registra en el expediente de la persona. Cuando no es posible la verificación, como cuando se pierden los registros como consecuencia de un desastre natural, esto se registra en el expediente de la persona. El hospital recoge y mantiene un expediente de las credenciales de cada profesional sanitario. Los expedientes contienen licencias o registros vigentes cuando las normativas requieren su renovación periódica. (*Ver también* SQE.5)

Elementos medibles de SQE.15

1. El hospital tiene un procedimiento estandarizado para reunir y documentar la formación, certificaciones y experiencia de cada miembro del personal sanitario.
2. Se verifican la formación, capacitación y certificaciones a partir de la fuente original, de acuerdo con los parámetros que se encuentran en la intención de SQE.9, y se documenta.
3. Se verifica la licencia para ejercer a partir de la fuente original de acuerdo con los parámetros que se encuentran en la intención de SQE.9, y se documenta.
4. Se conserva un registro de los otros profesionales sanitarios que contiene copias de la licencia, certificación o registro requerido. (*Ver también* SQE.5, EM 2)
5. El hospital tiene un proceso para garantizar que otro personal que no sea empleado del hospital, pero acompañe a los médicos particulares y proporcione servicios a los pacientes del

hospital, tiene credenciales válidas que son comparables a los requisitos de credenciales del hospital. (Ver también GLD.6.2)

Estándar SQE.16

El hospital tiene un proceso uniforme para identificar las responsabilidades del puesto y para realizar asignaciones de trabajo clínico en función de las credenciales de los otros profesionales sanitarios y en cualquier requisito legal.

Estándar SQE.16.1

El hospital cuenta con un proceso uniforme para la participación de otros profesionales sanitarios en las actividades de mejora de la calidad del hospital.

Intención de SQE.16 y SQE.16.1

El hospital es responsable de identificar los tipos de actividades o el rango de los servicios que estas personas proporcionarán en el hospital. Esto se puede lograr a través de acuerdos, asignaciones de trabajos, descripciones de puestos de trabajo (ver SQE.1.1, EM 1), u otros métodos. Además, el hospital define el nivel de supervisión (coherente con las leyes y normativas existentes), si las hubiera, para estos profesionales. Los otros profesionales sanitarios están incluidos en el programa de gestión y mejora de la calidad del hospital.

Elementos medibles de SQE.16

1. Se recurre a la licencia, formación, capacitación y experiencia de los otros profesionales sanitarios para realizar las asignaciones de trabajo clínico. (Ver también MMU.5, EM 3 y 4; MMU.6, EM 2; y SQE.2, EM2)
2. El proceso tiene en cuenta las leyes y normativas pertinentes. (Ver también GLD.2, EM 5)
3. El proceso apoya el proceso de dotación de personal para otros profesionales sanitarios

Elementos medibles de SQE.16.1


1. Los otros profesionales sanitarios participan en las actividades de mejora de la calidad del hospital. (Ver también QPS.1, EM 4)
2. El desempeño de los otros profesionales sanitarios se revisa cuando esto está indicado por los hallazgos de las actividades de mejora de la calidad. (Ver también MMU.6, EM 3 y GLD.11.1, EM 3)
3. La información pertinente del proceso de revisión se registra en el expediente del profesional sanitario.

Referencias

1. Steege AL, Boiano JM, Sweeney MH. NIOSH health and safety practices survey of healthcare workers: Training and awareness of employer safety procedures. *Am J Ind Med.* 2014 Jun;57(6):640-652.
2. Connor TH, et al. Reproductive health risks associated with occupational exposures to antineoplastic drugs in health care settings: A review of the evidence. *J Occup Environ Med.* 2014 Sep;56(9):901-910.
3. National Institute for Occupational Safety and Health. Workplace Solutions: Medical Surveillance for Healthcare Workers Exposed to Hazardous Drugs. NIOSH Publication No. 2013-103. Nov 2012. Accessed Dec 5, 2016. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/wp-solutions/2013-103/pdfs/2013-103.pdf>.
4. Rim KT, Lim CH. Biologically hazardous agents at work and efforts to protect workers' health: A review of recent reports. *Saf Health Work.* 2014 Jun;5(2):43-52.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended vaccines for healthcare workers. (Updated: Apr 15, 2014.) Accessed Nov 15, 2016. <http://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/hcw.html>.

6. Shefer A, et al. Immunization of health-care personnel: Recommendations of the Advisory Committee on immunization practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep*. 2011 Nov 25;60(RR-7):1-45.
7. Hallmark B, Mehan P, Shores L. Ergonomics: Safe patient handling and mobility. *Nurs Clin North Am*. 2015 Mar;50(1):153-166.
8. Oermann MH. New standards for safe patient handling and mobility. *J Nurs Care Qual*. 2013 Oct-Dec;28(4):289-291.
9. Campbell C, Burg MA, Gammonley D. Measures for incident reporting of patient violence and aggression towards healthcare providers: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2015;25:314-322.
10. Kaplan B; Pişkin R, Ayar B. Violence against health care workers. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*. 2013;21(1):4-10.
11. Zhao S, et al. Coping with workplace violence in healthcare settings: Social support and strategies. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Nov 13;12(11):14429-14444.
12. Mira JJ, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res*. 2015 Aug 22;15(341).
13. Edrees H, et al. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *BMJ Open*. 2016 Sep 30;6(9):e011708.
14. Tarigan LH, et al. Prevention of needle-stick injuries in healthcare facilities: A meta-analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2015 Jul;36(7):823-829.
15. Choi J, Cramer E. Reports from RNs on safe patient handling and mobility programs in acute care hospital units. *J Nurs Adm*. 2016 Nov;46(11):566-573.
16. Elnitsky CA, et al. Implications for patient safety in the use of safe patient handling equipment: A national survey. *Int J Nurs Stud*. 2014 Dec;51(12):1624-1633.
17. Engel L, Love R. Safe patient handling education in Nepal: A Canadian perspective in creating and conducting training in a developing country. *J Palliat Med*. 2013 Mar;16(3):295-300.
18. Alkorashy HA, Al Moalad FB. Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *Int Nurs Rev*. 2016 Jun;63(2):226-232.
19. Chen KP, Ku YC, Yang HF. Violence in the nursing workplace—A descriptive correlational study in a public hospital. *J Clin Nurs*. 2013 Mar;22(5-6):798-805.
20. Najafi F, et al. Human dignity and professional reputation under threat: Iranian nurses' experiences of workplace violence. *Nurs Health Sci*. Epub 2016 Jul 11.
21. Wu S, et al. A study on workplace violence and its effect on quality of life among medical professionals in China. *Arch Environ Occup Health*. Epub 2013 Feb 28. Accessed Nov 15, 2016. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19338244.2012.732124#.Ua3qXUDVA1J>.
22. Hunsaker S, et al. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2015 Mar;47(2):186-194.
23. Itzhaki M, et al. Caring international research collaborative: A five-country partnership to measure perception of nursing staffs' compassion fatigue, burnout, and caring for self. *Interdisciplinary Journal of Partnership Studies*. 2015;2(1):1-22.
24. Jacobowitz W, et al. Post-traumatic stress, traumainformed care, and compassion fatigue in psychiatric hospital staff: A correlational study. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(11):890-899.
25. Sorenson C, et al. Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *J Nurs Scholarsh*. 2016 Sep;48(5):456-465.
26. West AL. Associations among attachment style, burnout, and compassion fatigue in health and human service workers: A systematic review. *J Hum Behav Soc Environ*. 2015;25(6):571-590.
27. Mira JJ, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015 Apr 9;15(151):1-9.
28. Seys D, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review. *Eval Health Prof*. 2013 Jun;36(2):135-162.
29. Ullström S, et al. Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf*. 2014 Apr;23(4):325-331.
30. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: Doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf*. 2012 Apr;21(4):267-270.
31. Baseline of Health Foundation. Mandatory Flu Vaccines for Health Care Workers. Cohen H. Jan 26, 2013. Accessed Dec 6, 2016. <https://jonbarron.org/article/mandatory-flu-vaccines-health-care-workers>.
32. Immunization Action Coalition. Influenza vaccination honor roll. (Updated: Oct 26, 2016.) Accessed Nov 15, 2016. <http://www.immunize.org/honor-roll/influenza-mandates/>.
33. Lin CJ, Nowalk MP, Zimmerman RK. Estimated costs associated with improving influenza vaccination for health care personnel in a multihospital health system. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012 Feb;38(2):67-72.
34. Perlin JB, et al. Developing a program to increase seasonal influenza vaccination of healthcare workers: Lessons from a system of community hospitals. *J Healthc Qual*. Epub 2013 Mar 7.

35. Vaccines Today. Should Flu Vaccine Be Mandatory for Hospital Staff? Dec 28, 2013. Accessed Nov 15, 2016. <http://www.vaccinestoday.eu/vaccines/should-flu-vaccine-be-mandatory-for-hospital-staff/>.
36. Babcock HM, et al. Mandatory influenza vaccination of health care workers: Translating policy to practice. *Clin Infect Dis*. 2010 Feb 15;50(4):459-464.
37. Centers for Disease Control and Prevention. Influenza Vaccination Information for Health Care Workers. (Updated: Nov 1, 2016.) Accessed Nov 15, 2016. <http://www.cdc.gov/flu/healthcareworkers.htm>.
38. Influenza Specialists Group. Discussion Paper. Influenza Vaccination Among Healthcare Workers. Accessed Nov 15, 2016. <http://www.isg.org.au/assets/assets/influenza-vaccination-among-healthcare-workers-discussion-paper-web.pdf>.



Gestión de la información (MOI)

Panorama general

Proporcionar atención a los pacientes es una empresa compleja que depende en gran medida de la comunicación de información. Esta comunicación es hacia y con los pacientes y sus familiares, otros profesionales sanitarios, y la comunidad. Los fallos en la comunicación son una de las causas raíz más comunes de los incidentes de seguridad del paciente. A menudo estos fallos en la comunicación son el resultado de la escritura ilegible y del uso no uniforme o no estandarizado de abreviaturas, símbolos y códigos a través de una organización. Para proporcionar, coordinar e integrar servicios, las organizaciones sanitarias dependen de información sobre la ciencia del cuidado, los pacientes individuales, la atención proporcionada, los resultados de la atención, y de su propio desempeño. Como los recursos humanos, materiales y financieros, la información es un recurso que debe ser gestionado de manera efectiva por los líderes de la organización. Cada organización busca obtener, manejar y utilizar información para mejorar los resultados en los pacientes así como el desempeño individual y general de la organización.

Con el tiempo, las organizaciones se hacen más efectivas en

- identificar las necesidades de información y de tecnologías de la información;
- diseñar/desplegar los sistemas de gestión de la información;
- definir y captar datos e información;
- analizar los datos y transformarlos en información;
- transmitir y comunicar datos e información; e
- integrar y utilizar la información para la mejora del desempeño.

Aunque la informatización y otras tecnologías mejoran la eficiencia, los principios de buena gestión de la tecnología de la información son aplicables a todas las metodologías de documentación. Estos estándares están diseñados para ser igualmente compatibles con sistemas no informatizados y con tecnologías actuales/futuras.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono ⓘ después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

Gestión de la información

MOI.1 El hospital planifica y diseña procesos de gestión de la información para satisfacer las

necesidades de información interna y externa.

- MOI.2** Se mantienen la privacidad, la confidencialidad, y la seguridad- incluyendo la integridad de los datos- de la información. ④
- MOI.3** El hospital determina el tiempo de retención de las historias clínicas, de los datos y de la información. ④
- MOI.4** El hospital utiliza códigos de diagnóstico y de procedimiento estandarizados y garantiza el uso estandarizado de símbolos y abreviaturas aprobados a través del hospital.
- MOI.5** Las necesidades de datos e información de las personas de dentro y fuera del hospital se satisfacen de manera oportuna en un formato que cumple con las expectativas de los usuarios y con la frecuencia deseada.
- MOI.6** Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, y el acceso o el uso no autorizado. ④
- MOI.7** Las personas que toman las decisiones y otros miembros del personal están formados y capacitados en los principios del uso y gestión de la información.

Gestión e implementación de documentos

- MOI.8** Los documentos escritos, incluyendo políticas, procedimientos y programas, se gestionan de forma consistente y uniforme. ④

MOI.8.1 Las políticas, los procedimientos, los planes y otros documentos que guían procesos y prácticas clínicos y no clínicos consistentes y uniformes están plenamente implementados. ④

Historia clínica

- MOI.9** El hospital inicia y mantiene una historia clínica estandarizada para cada paciente evaluado o tratado y determina el contenido y el formato de la historia y la ubicación de las entradas. ④

MOI.9.1 La historia clínica contiene información suficiente para identificar al paciente (*ver también* IPSCG.1), respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento y registrar el curso y los resultados del tratamiento.

- MOI.10** Las historias clínicas de los pacientes que reciben atención de urgencias incluyen la hora de llegada y de partida, las conclusiones al finalizar el tratamiento, el estado del paciente en el momento del alta y las instrucciones de seguimiento.

- MOI.11** El hospital identifica a las personas autorizadas a realizar entradas en la historia clínica de los pacientes. ④

MOI.11.1 Cada entrada de datos en la historia clínica de un paciente identifica a su autor y cuándo se hizo la entrada en la historia clínica.

MOI.11.1.1 El hospital tiene un proceso para abordar el uso correcto de la función copia-pegar cuando se utilizan historias clínicas electrónicas. ④

- MOI.12** Como parte de la monitorización y de las actividades de mejora del desempeño, el hospital evalúa regularmente el contenido y la cumplimentación de las historias clínicas de los pacientes.

Tecnologías de la información en la atención sanitaria

- MOI.13** Los sistemas de tecnología de información sanitaria se evalúan y prueban antes de su implementación en el hospital y después de la implementación se realizan evaluaciones para la calidad y la seguridad del paciente.

- MOI.14** El hospital desarrolla, mantiene y prueba un programa de respuesta ante interrupciones

o caídas planificadas e imprevistas de los sistemas de datos. ©

Estándares, intenciones y elementos medibles

Gestión de la información

Estándar MOI.1

El hospital planifica y diseña procesos de gestión de la información para satisfacer las necesidades de información interna y externa.

Intención de MOI.1

La información se genera y se usa durante la atención al paciente y para gestionar un hospital seguro y efectivo. La habilidad de captar y proporcionar información requiere planificación efectiva. La planificación incorpora información de una variedad de fuentes, entre las que se incluyen las siguientes:

- Los profesionales sanitarios
- Los gestores del hospital y los jefes de departamento/servicio
- Los agentes externos al hospital que necesitan o requieren datos o información acerca del funcionamiento del hospital y de los relativos a la atención sanitaria que se presta

La planificación también incluye la misión del hospital, los servicios proporcionados, los recursos, el acceso a tecnología asequible, y el apoyo para la comunicación efectiva entre quienes están a cargo de la atención de los pacientes. La información prioritaria necesita que estas fuentes ejerzan influencia sobre las estrategias de gestión de la información del hospital y su capacidad para implementar dichas estrategias. Las estrategias cumplen con las necesidades del hospital en relación al tamaño, la complejidad de los servicios, la disponibilidad de personal capacitado y otros recursos humanos y técnicos del hospital. Los procesos de información son integrales e incluyen a todos los departamentos y servicios del hospital. Planificar la gestión de la información no requiere un programa de información formal escrito pero sí requiere evidencia de un abordaje planificado que identifique la necesidad de información del hospital. (*Ver también* ACC.3; COP.8, EM 3; y PCI.4, EM 3)

Elementos medibles de MOI.1

1. Las necesidades de información de quienes prestan servicios clínicos se tienen en cuenta en los procesos de planificación. (*Ver también* GLD.3.2, EM 2)
2. Las necesidades de información de quienes gestionan el hospital se tienen en cuenta en los procesos de planificación. (*Ver también* GLD.3.2, EM 1)
3. Las necesidades de información y requisitos de las personas y organismos externos al hospital se consideran en los procesos de planificación. (*Ver también* GLD.3.1, EM 2)
4. La planificación se basa en el tamaño y la complejidad del hospital.

Estándar MOI.2

Se mantienen la privacidad, la confidencialidad, y la seguridad- incluyendo la integridad de los datos- de la información. ©

Intención de MOI.2

El hospital mantiene la privacidad y la confidencialidad de los datos y la información y se preocupa especialmente de preservar la confidencialidad de la información y de los datos sensibles. Se intenta lograr un equilibrio entre la preservación de la confidencialidad y la necesidad de compartir

información. El hospital determina el nivel de privacidad y confidencialidad que se mantiene para diferentes categorías de información (**por ejemplo**, información del paciente, datos de investigación y datos de calidad; *ver* PFR.1.3, EM 3; QPS.4, EM 5; y GLD.17, EM 3).

Mantener la integridad de los datos es un aspecto importante de la gestión de la información. La información contenida en una base de datos debe ser precisa para garantizar que la interpretación de los resultados que provienen del análisis de esos datos es significativa. Además, la integridad de los datos se mantiene durante las caídas planificadas e imprevistas de los sistemas de datos. Esto se consigue mediante la implementación de tácticas de recuperación en caso de caídas del sistema y de procesos continuos de realización de copias de seguridad. (*Ver también* MOI.14)

Las políticas y procedimientos abordan los procedimientos de seguridad que permiten solo a personal autorizado el acceso a los datos y a la información. El acceso a diferentes categorías de información se basa en la necesidad y se define por función y cargo, lo que incluye a los estudiantes en entornos académicos. Un proceso efectivo define

- quién tiene acceso a los datos y a la información;
- la información a la que una persona tiene acceso;
- la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información; (*Ver también* MOI.11)
- el proceso para mantener la integridad de los datos; y
- el proceso a seguir cuando se violan la confidencialidad, la seguridad o la integridad de los datos.

Elementos medibles de MOI.2

1. El hospital tiene un proceso escrito que protege la confidencialidad, la seguridad y la integridad de los datos y de la información. (*Ver también* COP.2.2, EM 6; SQE.5, EM 1; y MOI.3, EM 2 y 3)
2. El proceso está basado en la legislación y normativa y es consecuente con ellas. (*Ver también* GLD.2, EM 5)
3. El proceso identifica el nivel de confidencialidad que se mantiene para las diferentes categorías de datos e información.
4. Se identifica a las personas que necesitan o tienen un puesto que les permite acceder a las distintas categorías de datos e información.
5. Se monitoriza el cumplimiento del proceso, y se toman medidas cuando se violan la confidencialidad, la seguridad o la integridad de los datos.

Estándar MOI.3

El hospital determina el tiempo de retención de las historias clínicas, de los datos y de la información. ©

Intención de MOI.3

El hospital determina el tiempo de retención de las historias clínicas y de otros datos e información de los pacientes. Las historias clínicas de los pacientes y otros datos e información se retienen durante los períodos que indican las leyes y regulaciones y para respaldar la atención de los pacientes, la gestión, la documentación legal, la investigación y la educación. La retención de la historia clínica, datos e información es coherente con la confidencialidad y seguridad de dicha información. Cuando finaliza el período de retención, las historias clínicas de los pacientes y otros registros, datos e información se destruyen de modo tal que no comprometan la confidencialidad ni la seguridad.

Elementos medibles de MOI.3

1. El hospital determina el tiempo de retención de las historias clínicas y de otros datos e información de los pacientes. (*Ver también* MOI.8)
2. El proceso de retención proporciona la confidencialidad y seguridad esperadas. (*Ver también*

MOI.2, EM 1)

3. Las historias clínicas, los datos y la información se destruyen de modo tal que no comprometan la confidencialidad y la seguridad. (*Ver también* MOI.2, EM 1)

Estándar MOI.4

El hospital utiliza códigos de diagnóstico y de procedimiento estandarizados y garantiza el uso estandarizado de símbolos y abreviaturas aprobados a través del hospital.

Intención de MOI.4

La estandarización de códigos y el uso uniforme de símbolos y abreviaturas evita los fallos de comunicación y los potenciales errores en la atención del paciente. Además, el uso uniforme de códigos de diagnóstico y de procedimiento estandarizados (**por ejemplo**, CIE-10) contribuye a la agregación y al análisis de datos.

Las abreviaturas pueden ser problemáticas y a veces incluso peligrosas, particularmente en el ámbito de la prescripción de medicamentos.^{1,2} Por esta razón, algunos hospitales no permiten en absoluto el uso de abreviaturas en sus organizaciones. Cuando las abreviaturas están permitidas en el hospital, se implementan procesos para evitar o reducir los riesgos para la seguridad de los pacientes. No se utilizan abreviaturas en los documentos de consentimiento informado y de derechos de los pacientes, en las instrucciones al alta, informes de alta ni en otros documentos que el paciente o su familia pueden leer o recibir relativos a la atención del paciente. Pacientes y familiares pueden no entender o estar familiarizados con las abreviaturas aprobadas por el hospital, y pueden no sentirse cómodos teniendo que pedir aclaraciones. Además, si el informe de alta contiene abreviaturas y se envía con un paciente que es transferido a otra organización, existe un riesgo para la seguridad del paciente si la organización receptora utiliza alguna de las mismas abreviaturas pero con diferente significado, o simplemente desconoce los significados de las abreviaturas que aparecen en el informe de alta.

Cuando un hospital utiliza abreviaturas, desarrolla e implementa un proceso para el uso uniforme de las abreviaturas autorizadas, por ejemplo mediante un listado. Este uso uniforme implica que cada abreviatura tenga un único significado. Cuando las abreviaturas tienen más de un significado, la confusión sobre lo que el autor quería decir puede producir errores médicos. **Por ejemplo**, la abreviatura EM podría significar estenosis mitral en cardiología; sin embargo, en neurología, la abreviatura EM podría ser utilizada para esclerosis múltiple. Es importante que el uso de abreviaturas sea uniforme y consistente a través del hospital, sin diferencias de significado entre diferentes departamentos o servicios. Se educa y capacita al personal en los principios de la estandarización y del uso uniforme de los códigos, símbolos y abreviaturas (si fuese de aplicación) del hospital.

Además, cuando un hospital utiliza abreviaturas, desarrolla y/o adopta una lista de las abreviaturas y símbolos que no deben utilizarse. Por ejemplo, el Instituto para el uso seguro del medicamento (ISMP, *Institute for Safe Medication Practices*) mantiene una lista de abreviaturas, símbolos y designaciones de dosis que "nunca deberían utilizarse al comunicar información médica".³ Los elementos que aparecen en la lista se notificaron al ISMP por ser mal interpretados con frecuencia y estar implicados en errores de medicación con daño.

El uso de códigos estandarizados y el uso uniforme de los símbolos y abreviaturas aprobados por el hospital son consistentes con los estándares de práctica profesional y cumplen con la legislación y normativa locales que sean de aplicación.

Los principios del uso de códigos estandarizados y del uso uniforme de símbolos y abreviaturas aprobadas también son de aplicación a los sistemas de historia clínica electrónica.

Elementos medibles de MOI.4

1. El hospital utiliza códigos de diagnóstico y de procedimiento estandarizados.
2. El hospital implementa el uso uniforme de símbolos aprobados y aquellos que no deben utilizarse están identificados.
3. Si el hospital permite el uso de abreviaturas, implementa el uso uniforme de abreviaturas aprobadas y cada abreviatura tiene un único significado.

4. Si el hospital permite el uso de abreviaturas, desarrolla y/o adopta un listado de aquellas abreviaturas que no deben utilizarse.
5. No se utilizan abreviaturas en los documentos de consentimiento informado y de derechos de los pacientes, en las instrucciones al alta, informes de alta ni en otros documentos que el paciente o su familia reciben relativos a la atención del paciente. (Ver también ACC.4.3; ACC.4.3.1, EM 1; ACC.4.3.2, EM 1; ACC.5.2, EM 1; PFR.4, EM 1; y PFR.5.1, EM 3)
6. Se monitoriza el uso uniforme de códigos, símbolos y abreviaturas a través del hospital y se toman medidas para mejorar los procesos cuando sea necesario. (Ver también MOI.12)

Estándar MOI.5

Las necesidades de datos e información de las personas de dentro y fuera del hospital se satisfacen de manera oportuna en un formato que cumple con las expectativas de los usuarios y con la frecuencia deseada.

Intención de MOI.5

El formato y los métodos para difundir datos e información para el posible usuario se diseñan para cumplir con sus expectativas. Las estrategias de difusión incluyen

- proporcionar solo los datos y la información que el usuario solicita o necesita;
- dar formato al informe para facilitar el uso durante el proceso de toma de decisiones;
- proporcionar informes con la frecuencia que el usuario necesita;
- conectar fuentes de datos e información; y
- proporcionar interpretación o clarificación de datos.

Elementos medibles de MOI.5

1. La difusión de datos e información satisface las necesidades de los usuarios. (Ver también QPS.4, EM2)
2. Los usuarios reciben datos e información de forma oportuna.
3. Los usuarios reciben datos e información en un formato que facilita su aplicación.
4. El personal tiene acceso a los datos y a la información que necesita para llevar a cabo las responsabilidades de su puesto de trabajo. (Ver también QPS.4, EM2)

Estándar MOI.6

Las historias clínicas y la información están protegidas contra la pérdida, destrucción, manipulación, y el acceso o el uso no autorizado. ④

Intención de MOI.6

Las historias clínicas de los pacientes y otros datos e información están seguros y protegidos en todo momento. **Por ejemplo**, las historias clínicas de los pacientes que se encuentran activas se conservan en áreas a las que solo tienen acceso los profesionales sanitarios autorizados, y se archivan en lugares donde es poco probable que los dañen el calor, el agua, el fuego u otros agentes. El hospital implementa procesos para evitar el acceso no autorizado a la información almacenada de forma electrónica. (Ver también PFR.1.3, EM 3)

Elementos medibles de MOI.6

1. Las historias clínicas y la información están protegidas contra pérdida.
2. Las historias clínicas y la información están protegidas contra daño o destrucción.
3. Las historias clínicas y la información están protegidas contra manipulación y contra el acceso o el uso no autorizado.

Estándar MOI.7

Las personas que toman las decisiones y otros miembros del personal están formados y capacitados en los principios del uso y gestión de la información.

Intención de MOI.7

Las personas que generan, reúnen, analizan y utilizan datos e información en el hospital están formadas y capacitadas para participar de manera efectiva en el uso y gestión de la información. Esta educación y la capacitación les posibilitan

- comprender la seguridad y confidencialidad de los datos y la información;
- usar instrumentos de medición, herramientas estadísticas y métodos de análisis de datos;
- ayudar en la interpretación de datos;
- utilizar los datos y la información como ayuda en la toma de decisiones;
- educar y apoyar la participación de los pacientes y sus familiares en el proceso de atención;
- y
- usar las medidas para evaluar y mejorar los procesos de atención y de trabajo.

Las personas se forman y capacitan de acuerdo con sus responsabilidades, la descripción de su puesto de trabajo, y las necesidades de datos e información.

Los procesos de gestión de la información posibilitan la combinación de información de diversas fuentes y generan informes para colaborar en la toma de decisiones. En particular, la combinación de información clínica y administrativa ayuda a los jefes de departamento/servicio a planificar de forma colaborativa. Los procesos de gestión de la información apoyan a los jefes de departamento/servicio con datos longitudinales y datos comparativos integrados.

Elementos medibles de MOI.7

1. Las personas que toman las decisiones y otros se forman en los principios del uso y gestión de la información.
2. La formación está relacionada con las necesidades de datos e información inherentes a las responsabilidades del puesto de trabajo de la persona.
3. Los datos e información administrativos y clínicos se integran como sea necesario para contribuir a la toma de decisiones.

Gestión e implementación de documentos

Estándar MOI.8

Los documentos escritos, incluyendo políticas, procedimientos y programas, se gestionan de forma consistente y uniforme. ④

Intención de MOI.8

Las políticas y procedimientos pretenden proporcionar un conocimiento uniforme acerca de las funciones clínicas y no clínicas de la organización. Un documento escrito sirve como orientación respecto del modo en que se desarrollarán y controlarán todas las políticas, procedimientos y programas del hospital. Este documento guía incluye los siguientes componentes clave:

- a) La revisión y aprobación de todos los documentos por parte de una persona autorizada antes de su emisión
- b) El proceso y la frecuencia de revisión y aprobación continua de los documentos
- c) Los controles para garantizar que estén disponibles únicamente las versiones vigentes y relevantes de los documentos

- d) Cómo pueden identificarse los cambios en un documento
- e) El mantenimiento de la identidad y la legibilidad del documento
- f) Un proceso para la gestión de documentos originados fuera del hospital
- g) La retención de documentos obsoletos al menos durante el tiempo que requieren la legislación y normativas, al tiempo que se garantiza que tales documentos no se emplearán por error. (Ver también MOI.3)

Un sistema de seguimiento permite que cada documento esté identificado por su título, fecha de emisión, edición y/o fecha actual de revisión, número de páginas, quién autorizó la emisión y/o revisó el documento, y la identificación de la base de datos (si corresponde). El sistema de seguimiento ayuda al personal a localizar rápidamente una política relevante para su tarea o para una determinada situación. **Por ejemplo**, el personal del servicio de urgencias puede localizar rápidamente la política de consentimiento informado cuando un menor no acompañado necesita un procedimiento quirúrgico.

Estos procesos para desarrollar y mantener políticas, procedimientos y programas están implementados.

Elementos medibles de MOI.8

1. Hay un documento guía que define por escrito los requisitos para desarrollar y mantener políticas, procedimientos y programas que incluye al menos los puntos a) hasta g) de la intención.
2. Hay formatos estandarizados para todos los documentos similares; **por ejemplo**, para todas las políticas.
3. Todas las políticas, procedimientos y otros documentos escritos que se encuentran en circulación están identificados y se realiza su seguimiento.
4. Los requisitos del documento guía están implementados y son evidentes en las políticas, procedimientos y programas que se encuentran en todo el hospital.

Estándar MOI.8.1

Las políticas, los procedimientos, los planes y otros documentos que guían procesos y prácticas clínicos y no clínicos consistentes y uniformes están plenamente implementados. [Ⓟ]

Intención de MOI.8.1

A lo largo de los estándares de acreditación que se encuentran en este manual, se requieren políticas, procedimientos, planes y otros documentos escritos (indicado con el icono [Ⓟ]). Estos documentos se exigen porque reducen la variación y el riesgo inherente de los procesos. Esto es de particular importancia en los procesos clínicos para mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes.

Existe un proceso para garantizar que los miembros del personal han leído y están familiarizados con las políticas, procedimientos y planes relevantes para su trabajo. Este proceso puede formar parte de la orientación que reciben los miembros del personal sobre su servicio y sus responsabilidades, o puede formar parte de sesiones especiales de capacitación de grupos o de todo el personal del hospital. Lo realmente importante es que cuando una política, un procedimiento, o un plan sea relevante para la tarea de una persona, las acciones previstas que se describen en el documento se evidencien en las acciones de dicha persona.

Elementos medibles de MOI.8.1

1. Las políticas, los procedimientos y los planes requeridos se encuentran disponibles, y el personal comprende cómo acceder a los documentos relevantes para sus responsabilidades.
2. El personal está capacitado y comprende los documentos relevantes para sus responsabilidades.
3. Los requisitos de las políticas, de los procedimientos y de los planes están implementados por completo y se evidencian en las acciones individuales de los miembros del personal. (Ver también COP.3 EM 2)

4. La implementación de políticas, procedimientos y planes se monitoriza y la información respalda su implementación plena.

Historia clínica

Estándar MOI.9

El hospital inicia y mantiene una historia clínica estandarizada para cada paciente evaluado o tratado y determina el contenido y el formato de la historia y la ubicación de las entradas. (P)

Estándar MOI.9.1

La historia clínica contiene información suficiente para identificar al paciente (*ver también* IPSTG.1), respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento y registrar el curso y los resultados del tratamiento.

Intención de MOI.9 y MOI.9.1

Cada paciente examinado o tratado en un hospital como paciente ingresado, ambulatorio o de urgencias tiene una historia clínica. A la historia clínica se le asigna un identificador único para el paciente, o se emplea algún otro mecanismo para ligar al paciente con su historia clínica. Un único expediente y un único identificador permiten al hospital localizar fácilmente las historias clínicas de los pacientes y registrar su atención a lo largo del tiempo.

El contenido, el formato y la ubicación de las entradas para la historia clínica de un paciente están estandarizados para contribuir a promover la integración y la *continuidad de la atención* entre los diversos profesionales que atienden al paciente. El hospital determina qué datos e información específicos se registran en la historia clínica de cada paciente ingresado, ambulatorio o de urgencias examinado o tratado. Las historias clínicas deben presentar suficiente información para respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento administrado, registrar el curso y los resultados del tratamiento y facilitar la continuidad de la atención entre los profesionales sanitarios. (*Ver también* MMU.4.1)

Elementos medibles de MOI.9

1. Se abre una historia clínica para cada paciente examinado o tratado por el hospital.
2. Las historias clínicas de los pacientes se conservan mediante el uso de un identificador único para el paciente o algún otro método efectivo. (*Ver también* IPSTG.1, EM 1)
3. El contenido específico, el formato y la ubicación de las entradas para las historias clínicas de los pacientes están estandarizados y son determinados por el hospital. (*Ver también* ASC.7.2, EM 2; COP.2.2, EM 1 y 5; y PFE.2, EM 3)

Elementos medibles de MOI.9.1

1. Las historias clínicas de los pacientes contienen información adecuada para identificar al paciente. (*Ver también* IPSTG.1)
2. Las historias clínicas de los pacientes contienen información adecuada para respaldar el diagnóstico. (*Ver también* AOP.1.1 y ASC.7, EM 3)
3. Las historias clínicas de los pacientes contienen información adecuada para justificar la atención y el tratamiento. (*Ver también* AOP.1.2; AOP.1.7; COP.2.2, EM 3; y ASC.7, EM 3)
4. Las historias clínicas de los pacientes contienen información adecuada para registrar el curso y los resultados del tratamiento. (*Ver también* ACC.5.3; COP.2.1, EM 6; COP.2.3, EM 2; y ASC.5)

Estándar MOI.10

Las historias clínicas de los pacientes que reciben atención de urgencias incluyen la hora de llegada y de partida, las conclusiones al finalizar el tratamiento, el estado del paciente en el momento del alta y las instrucciones de seguimiento.

Intención de MOI.10

La historia clínica de cada paciente que recibe atención de urgencias incluye la hora de llegada y de partida. Esta información se obtiene para todos los pacientes del servicio de urgencias, incluidos aquellos a los que se les da el alta del hospital, los que son trasladados a otro centro, o los que son ingresados en hospitalización. El horario de partida puede ser cuando el paciente se va físicamente del servicio para irse a casa o a otro centro, o el horario en el que el paciente es trasladado a otra unidad como paciente hospitalizado. Para los pacientes que reciben el alta del servicio de urgencias, la historia clínica incluye las conclusiones al finalizar el tratamiento, el estado del paciente en el momento del alta y las instrucciones para la atención de seguimiento. (*Ver también* ACC.1.1, EM 5)

Elementos medibles de MOI.10

1. Las historias clínicas de todos los pacientes de urgencias incluyen la hora de llegada y de partida.
2. Las historias clínicas de los pacientes dados de alta de urgencias incluyen las conclusiones al finalizar el tratamiento.
3. Las historias clínicas de los pacientes dados de alta de urgencias incluyen el estado del paciente en el momento del alta.
4. Las historias clínicas de los pacientes dados de alta de urgencias incluyen instrucciones para la atención de seguimiento.

Estándar MOI.11

El hospital identifica a las personas autorizadas a realizar entradas en la historia clínica de los pacientes. ⑨

Estándar MOI.11.1

Cada entrada de datos en la historia clínica de un paciente identifica a su autor y cuándo se hizo la entrada en la historia clínica.

Intención de MOI.11 y MOI.11.1

El acceso a la información contenida en la historia clínica de un paciente se basa en la necesidad y viene definida por la función y cargo, incluyendo a los estudiantes en entornos docentes. Un proceso efectivo define

- quién tiene acceso a las historias clínicas de los pacientes;
- la información en la historia clínica del paciente a la que una persona tiene acceso;
- la obligación del usuario de mantener la confidencialidad de la información; (*Ver también* MOI.2) y
- el proceso a seguir cuando se violan la confidencialidad y la seguridad.

Un aspecto del mantenimiento de la seguridad de la información de los pacientes es determinar quién está autorizado a obtener una historia clínica y a realizar entradas en la historia clínica del paciente. El hospital desarrolla una política para autorizar a esas personas. Hay un proceso para garantizar que solo las personas autorizadas realicen entradas en las historias clínicas de los pacientes y que en cada entrada se identifiquen el autor y la fecha. La política debe también incluir el proceso para corregir o sobre-escribir las entradas en la historia clínica del paciente. También se toma nota de la hora en que se realizó la entrada, como en el caso de tratamientos temporizados o prescripción de medicamentos. (*Ver también* IPSPG.2.2; IPSPG.4.1, EM 1; COP.2.2, EM 6; MMU.4.2; y MOI.2)

Elementos medibles de MOI.11

1. Las personas autorizadas a realizar entradas en las historias clínicas de los pacientes están identificadas en la política del hospital.
2. Hay un proceso para garantizar que solo las personas autorizadas realicen entradas en las historias clínicas de los pacientes. (*Ver también* COP.2.2, EM 4; y MMU.4.2, EM 1)
3. Hay un proceso que aborda cómo se corrigen o sobrescriben las entradas en la historia clínica del paciente.

4. Las personas autorizadas a acceder a historias clínicas de pacientes están identificados en la política del hospital.
5. Hay un proceso para garantizar que solo las personas autorizadas tengan acceso a las historias clínicas de los pacientes.

Elementos medibles de MOI.11.1

1. El autor se puede identificar para cada entrada en la historia clínica del paciente. (*Ver también* IPSPG.2.2; COP.2.3, EM 2; ASC.5, EM 2; y MOI.11.1.1)
2. La fecha de cada entrada en la historia clínica del paciente se puede identificar. (*Ver también* IPSPG.2.2)
3. La hora de cada entrada en la historia clínica del paciente se puede identificar. (*Ver también* IPSPG.2.2)

Estándar MOI.11.1.1

El hospital tiene un proceso para abordar el uso correcto de la función copia-pegar cuando se utilizan historias clínicas electrónicas. ©

Intención de MOI.11.1.1

La utilización por parte de los profesionales sanitarios de la función de copiar y pegar en la documentación clínica se está convirtiendo en una práctica común a medida que cada vez más hospitales adoptan sistemas de historia clínica electrónica. Esta práctica de duplicar la información dentro de la misma historia clínica o de moverla por múltiples historias puede tener ventajas, incluyendo el aumento de la eficiencia de la documentación y la mejora de la comunicación entre profesionales. Sin embargo, estos beneficios deben sopesarse con los potenciales riesgos a la integridad de la historia clínica del paciente.⁴

Hay muchos ejemplos de registro de información errónea en la historia clínica de un paciente, de los que algunos causaron eventos graves o centinela, porque la información pegada no se revisó y actualizó para reflejar la situación actual del paciente o cambios en la información personal del paciente; **por ejemplo**, información desfasada sobre el peso utilizada para calcular la dosis de quimioterapia. Otros riesgos relacionados con el uso de copiar y pegar incluyen los siguientes:

- Información repetitiva, lo que dificulta identificar la información actual
- Incapacidad de identificar el autor o el propósito del registro (*Ver también* MOI.11.1; EM 1)
- Incapacidad de identificar cuándo se creó el registro por primera vez
- Duplicación de información que da lugar a información falsa
- Notas de progreso inconsistentes internamente

La integridad de la historia clínica del paciente resulta crucial para la calidad y seguridad de la atención del paciente, ya que esta es el principal instrumento de comunicación entre los profesionales sanitarios y facilita la toma de decisión médica, el seguimiento clínico, las transiciones asistenciales, y la prescripción y dosificación de la medicación. (*Ver también* ACC.3)

Los hospitales que utilizan historias clínicas electrónicas deben ser conscientes de los riesgos de utilizar el copiar y pegar e implementar medidas, en colaboración con los profesionales sanitarios, para garantizar que este proceso no conduce a consecuencias no deseadas que puedan producir daños a los pacientes.^{5,6}

Los hospitales pueden tomar algunas medidas para evitar los errores de corta-pegar en las historias clínicas electrónicas, incluyendo las recomendaciones siguientes⁷:

- Desarrollar un proceso que aborde el uso correcto del cortar y pegar para garantizar el cumplimiento de los estándares legales, del gobierno y de la industria.
- Proporcionar una extensa formación y capacitación sobre el uso correcto del cortar y pegar a todo el personal que registre en la historia clínica electrónica.

- Monitorizar el cumplimiento de las directrices sobre el uso de cortar y pegar, y establecer las medidas correctivas que se necesiten.

Elementos medibles de MOI.11.1.1

1. El hospital desarrolla un proceso para abordar el uso correcto de la función corta-pega cuando se utilizan historias clínicas electrónicas.
2. El hospital proporciona formación y capacitación sobre el uso correcto de la función corta-pega a todo el personal que registra en la historia clínica electrónica.
3. El hospital monitoriza el cumplimiento de las directrices sobre el uso de cortar y pegar e implementa medidas correctivas según se necesiten.
4. El hospital desarrolla un proceso para garantizar que se monitorice el rigor de la historia clínica electrónica. (*Ver también* MOI.12)

Estándar MOI.12

Como parte de la monitorización y de las actividades de mejora del desempeño, el hospital evalúa regularmente el contenido y la cumplimentación de las historias clínicas de los pacientes.

Intención de MOI.12

Cada hospital determina el contenido y el formato de las historias clínicas de los pacientes y tiene un proceso para evaluar el contenido y que las historias clínicas estén completas. (*Ver también* MOI.11.1.1, EM 4) Ese proceso forma parte de las actividades de mejora del desempeño del hospital y se lleva a cabo en forma regular. La revisión de las historias clínicas de los pacientes se basa en una muestra que representa a los profesionales sanitarios y los tipos de atención prestados. El proceso de revisión lo llevan a cabo los profesionales médicos, el personal de enfermería y otros profesionales clínicos relevantes que están autorizados a registrar en las historias clínicas. La revisión se centra en determinar si la información de la historia clínica es oportuna, legible y completa, entre otros aspectos. En el proceso de revisión se incluye el contenido de la historia clínica exigido por la legislación. El proceso de revisión de las historias clínicas del hospital incluye historias clínicas de pacientes que están recibiendo atención actualmente así como pacientes dados de alta. Además se incluyen en la revisión historias de pacientes ambulatorios, ingresados y otros servicios que el hospital proporcione a pacientes. Una muestra representativa significa historias clínicas de todos los servicios y no un tamaño de muestra específico; sin embargo, debería tener sentido para la organización. Por ejemplo, un muestreo y selección aleatorios de aproximadamente el 5% de las historias clínicas puede constituir una muestra representativa. (*Ver también* MOI.4, EM 6)

Elementos medibles de MOI.12

1. Una muestra representativa de historias clínicas de pacientes activos y dados de alta y de pacientes ambulatorios e ingresados se revisa al menos trimestralmente o con más frecuencia según lo determinen las leyes y normativas.
2. La revisión la llevan a cabo médicos, enfermeras y otras personas autorizadas para documentar en las historias clínicas de los pacientes o para gestionarla.
3. La revisión se centra en determinar si la información de la historia clínica es oportuna, legible y completa. (*Ver también* MMU.4, EM 2)
4. El contenido exigido por la legislación está incluido en el proceso de revisión.
5. Los resultados del proceso de revisión se incorporan al mecanismo de supervisión de la calidad del hospital.

Estándar MOI.13

Los sistemas de tecnología de información para la atención sanitaria se evalúan y prueban antes de su implementación en el hospital y después de la implementación se realizan evaluaciones para la calidad y la seguridad del paciente.

Intención de MOI.13

La tecnologías de la información para la atención sanitaria pueden mejorar significativamente la seguridad de los pacientes al automatizar y racionalizar el trabajo, al brindar una transición constante de la información sobre la salud del paciente y al ofrecer mecanismos de seguridad que potencialmente reducen los riesgos de error. **Por ejemplo**, los errores de medicación se pueden reducir notablemente mediante la implementación de un mecanismo de prescripción electrónica y del uso de códigos de barras para la administración de medicamentos. No obstante, cuando las tecnologías no se evalúan y prueban antes de su implementación, pueden suponer un incremento de los riesgos para los pacientes.

Las tecnologías de la información para la atención sanitaria representan una inversión de recursos significativa para un hospital. Por esta razón, la tecnología se ajusta con cuidado a las necesidades actuales y futuras del hospital y a sus recursos. (*Ver también* GLD.7) Sin embargo, la nueva tecnología puede no integrarse de forma adecuada con los procesos y tecnologías existentes en un hospital. Los nuevos sistemas de tecnología pueden no abordar todas las áreas de servicios (**por ejemplo**, el quirófano o el servicio de urgencias), o puede que no permitan interfaces con sistemas existentes. En consecuencia, evaluar y testar de manera exhaustiva ayudarán al hospital a determinar cómo los procesos y la tecnología existentes se podrían optimizar, modificar y habilitar mediante nueva tecnología.

La tecnología de la información no funciona de manera independiente. La tecnología de la información para la atención sanitaria interactúa con los procesos de dentro del hospital, con otras organizaciones externas, y con profesionales sanitarios internos y externos, así como también con pacientes y familiares. Este nivel de integración compleja requiere la participación coordinada de los agentes clave de la tecnología de la información para la atención sanitaria, como el personal clínico, no clínico y de gestión, en el proceso de selección, implementación y adopción de la tecnología.

Todo o parte del proceso de integración de la nueva tecnología con la existente puede realizarse por medio de servicios contratados. En el caso de servicios contratados se requiere el mismo nivel de evaluación y prueba previo a la implementación y de evaluación tras la implementación. Además, la supervisión del contrato debe ser realizada por una persona con conocimiento y experiencia relacionados con la tecnología de la información para la atención sanitaria (*Ver también* GLD.6 y GLD.6.1).

Tras la implementación de los sistemas de tecnología de información, es importante que el hospital tenga en marcha un proceso para evaluar la facilidad de uso y la efectividad de la tecnología. La evaluación incluye, entre otros aspectos, si la tecnología se usa para lo que se diseñó e implementó originalmente; de qué modo se integra con la tecnología existente; y qué efectos tiene en la mejora de la seguridad de los pacientes, la reducción de errores, y la mejora del desempeño del hospital.

Elementos medibles de MOI.13

1. Las partes interesadas en la tecnología de información para la atención sanitaria participan en la selección, implementación y evaluación de dicha tecnología.
2. Los sistemas de tecnología de la información para la atención sanitaria se evalúan y prueban antes de su implementación.
3. Los sistemas de tecnología de la información para la atención sanitaria se evalúan después de su implementación en cuanto a su facilidad de uso, efectividad y seguridad de los pacientes.

Estándar MOI.14

El hospital desarrolla, mantiene y prueba un programa de respuesta ante interrupciones o caídas planificadas e imprevistas de los sistemas de datos. ③

Intención de MOI.14

En la mayoría de los hospitales, hayan o no implementado una *historia clínica electrónica*, existe algún tipo de tecnología de la información. La tecnología de la información puede encontrarse en las imágenes digitales, las pruebas e informes de laboratorio, los sistemas de comunicación, los sistemas de soporte de farmacia, y similares. Los sistemas de datos constituyen una parte importante de la prestación de una atención segura y de alta calidad.

Las interrupciones y fallos de los sistemas de datos son incidentes inevitables. Estas interrupciones o caídas del sistema pueden ser imprevistas o estar planificadas. Las interrupciones planificadas se programan para llevar a cabo labores de mantenimiento, reparaciones, actualizaciones, y otras modificaciones del sistema. Las caídas imprevistas del sistema se producen por fallos en la corriente o en los equipos, fallos en los sistemas de calefacción/refrigeración, desastres naturales, error humano, e interrupciones en los servicios de Internet o intranet, entre otras perturbaciones. La caída imprevista del sistema puede provocar fallos en el sistema de datos, como pérdida de datos, fallos del hardware y corrupción de los datos. Los hospitales pueden estar en peligro de perder datos de manera permanente si no se han implantado sistemas para copiar y almacenar los datos.¹⁰

A medida que cada vez más hospitales realizan la transición hacia diferentes niveles de gestión electrónica de la información, el impacto de las caídas de sistema se convierte en un desafío cada vez mayor y potencialmente significativo si la interrupción es grave. La interrupción planificada e imprevista requiere que los hospitales desarrollen un enfoque dual de continuidad de negocio. Este enfoque incluye identificar e implementar

- estrategias de continuidad para que la atención segura de los pacientes continúe durante las interrupciones planificadas e imprevistas;
- y
- tácticas de recuperación y copia de seguridad de los datos para evitar la pérdida de datos y mantener la integridad de los mismos.

La calidad y seguridad de la atención dependen de la capacidad del hospital de mantener los servicios de atención de los pacientes durante los periodos de interrupción del sistema, sean o no planificados. Volver al uso del papel durante los periodos de interrupción puede no ser una opción o ser excesivamente complejo de mantener. Por tanto, el hospital debe desarrollar estrategias y medidas para seguir proporcionando asistencia durante las interrupciones de los sistemas de datos. Un ordenador que permita el acceso de "solo lectura" a información clave del paciente puede ser un elemento importante en un plan de caídas del sistema. La atención y servicios proporcionados al paciente durante las interrupciones pueden tener que ser introducidos manualmente o mediante un sistema de escaneado de documentos.

Las tácticas de recuperación incluyen sistemas de "recuperación ante desastres" y de "recuperación de fallos" (*failover*) para mantener copias de seguridad (*backup*), recuperar y mantener los sistemas de datos. Los sistemas de recuperación ante desastres están normalmente ubicados en lugares distantes para recuperar datos que pueden haberse eliminado de manera no intencionada o hayan sufrido corrupción. Estos sistemas realizan copias de seguridad de manera periódica, generalmente todas las noches. Los sistemas de recuperación de fallos minimizan las interrupciones en la asistencia y la pérdida de datos. Los sistemas de recuperación de fallos se encuentran generalmente en las propias instalaciones y activan el cambio a los pocos segundos o minutos de que el sistema primario ya no esté disponible debido a la interrupción planificada o imprevista. Hay muchas herramientas disponibles para mantener copias de seguridad de los datos. En aquellos hospitales que utilizan un sistema de copias de seguridad basado en la nube, el proveedor del sistema está obligado a tener sistemas de recuperación de fallos en marcha para minimizar las perturbaciones de la asistencia, evitar la pérdida de datos y mantener la integridad de los datos. La solución óptima para cada hospital depende de muchos factores, incluyendo la cantidad de datos que necesiten copia de seguridad, la velocidad a la que pueden copiarse y

recuperarse los datos, la ubicación de los sistemas de recuperación, los costes y otros factores.¹¹

La mayoría de los hospitales prueban sus planes de recuperación de datos al menos una vez al año. Sin embargo deberían realizarse pruebas de los sistemas de copias de seguridad sencillos al menos una vez al trimestre y siempre que haya un cambio importante del hardware o del software del sistema. Es especialmente importante realizar una prueba tras una actualización para asegurarse que dicha actualización funciona correctamente con el resto de los sistemas. El hospital se prepara para las interrupciones capacitando al personal en procedimientos alternativos, probando el programa de respuesta ante emergencias (*ver también* FMS.6), realizando de manera regular las copias de seguridad del sistema programadas, y probando los procedimientos de restauración de datos. Independientemente de si una organización utiliza un sistema basado en papel o un sistema electrónico, debería existir un plan para abordar el proceso para la continuidad de la información, incluyendo la información basada en el conocimiento. Aquellos hospitales que se preparan para mantener el acceso a los sistemas de información electrónica utilizando varios procesos de copias de seguridad y de recuperación, es probable que experimenten una continuidad sin fisuras de la asistencia y una pérdida mínima de datos.^{12,13} (*Ver también* MOI.2)

Elementos medibles de MOI.14

1. El hospital desarrolla y mantiene, y prueba al menos una vez al año, un programa para responder ante las interrupciones y caídas planificadas o imprevistas de los sistemas de datos.
2. El hospital identifica el impacto probable que las interrupciones y caídas planificadas o imprevistas de los sistemas de datos tendrán en todos los aspectos de la asistencia y los servicios. (*Ver también* FMS.6, EM 2)
3. El programa incluye estrategias de continuidad para proporcionar atención y servicios seguros y de alta calidad para los pacientes de manera permanente durante las interrupciones y caídas planificadas o imprevistas de los sistemas de datos. (*Ver también* FMS.6, EM 2)
4. El hospital identifica e implementa tácticas de recuperación ante las interrupciones y caída del sistema y procesos continuos de copias de seguridad de los datos para recuperar y conservar los datos y garantizar la integridad de los mismos.
5. El personal está capacitado en las estrategias y tácticas utilizadas para las interrupciones y caídas planificadas o imprevistas de los sistemas de datos.

Referencias

1. Koh KC, et al. A study on the use of abbreviations among doctors and nurses in the medical department of a tertiary hospital in Malaysia. *Med J Malaysia*. 2015 Dec;70(6):334-340.
2. Samaranayake NR, et al. The effectiveness of a 'Do Not Use' list and perceptions of healthcare professionals on error-prone abbreviations. *Int J Clin Pharm*. 2014 Oct;36(5):1000-1006.
3. Institute for Safe Medication Practices. ISMP's List of Error-Prone Abbreviations, Symbols, and Dose Designations. 2015. Accessed Nov 15, 2016. <https://www.ismp.org/tools/errorproneabbreviations.pdf>.
4. Physicians Practice. The Dangers of Copy and Paste in the EHR. Sprey E. Oct 21, 2016. Accessed Nov 15, 2016. <http://www.physicianspractice.com/ehr/dangers-copy-and-paste-ehr>.
5. American Health Information Management Association. Appropriate Use of the Copy and Paste Functionality in Electronic Health Records. 2014. Accessed Nov 15, 2016. <http://bok.ahima.org/PdfView?oid=300306>.
6. ECRI Institute. Health IT Safe Practices: Toolkit for the Safe Use of Copy and Paste. Feb 2016. Accessed Nov 15, 2016. https://www.ecri.org/Resources/HIT/CP_Toolkit/Toolkit_CopyPaste_final.pdf.
7. The Joint Commission. Preventing copy-and-paste errors in EHRs. *Quick Safety*. 2015 Feb;10:1-2. Accessed Nov 15, 2016. https://www.jointcommission.org/assets/1/23/Quick_Safety_Issue_10.pdf.
8. Oral B, et al. Downtime procedures for the 21st century: Using a fully integrated health record for uninterrupted electronic reporting of laboratory results during laboratory information system downtimes. *Am J Clin Pathol*. 2015 Jan; 143(1):100-104.
9. Silow-Carroll S, Edwards JN, Rodin D. Using electronic health records to improve quality and efficiency: The experiences of leading hospitals. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2012 Jul;17:1-40.


10. Ranajee N. Best practices in healthcare disaster recovery planning. *Health Manag Technol*. 2012 May;33(5):22– 24. Accessed Nov 15, 2016. <https://www.healthmgtech.com/best-practices-in-healthcare-disaster-recovery-planning.php>.
11. Brazelton NC, Lyons AM. Health information systems: Downtime and disaster recovery. In Nelson R, Stagers N, editors: *Health Informatics: An Interprofessional Approach*. St. Louis: Elsevier Mosby, 2014, 290–306.
12. Conn J. Bracing for a crash: While IT outages are rare, providers need a plan. *Mod Healthc*. 2012 May 14;42(20):32–33. Accessed Nov 15, 2016. <http://www.modernhealthcare.com/article/20120512/MAGAZINE/305129971>.
13. Minghella L. Be prepared: Lessons from an extended outage of a hospital's EHR system. *Healthc Inform*. 2013 Aug 30. Accessed Nov 15, 2016. <http://www.healthcare-informatics.com/article/be-prepared-lessons-extended-outage-hospital-s-ehr-system>.

Sección IV: Estándares del Hospital Docente

Los estándares de los programas de Educación de profesionales médicos (MPE) y de Investigación con sujetos humanos (HRP) para los Hospitales docentes se desarrollaron y publicaron por primera vez en 2012 para reconocer el recurso único que representan dichos centros para la formación de profesionales sanitarios y la investigación con sujetos humanos en su comunidad y en su país. Estos estándares también presentan un marco para incluir la educación médica y la investigación con sujetos humanos en las actividades de calidad y la seguridad de los pacientes de los hospitales docentes. A menos que se las incluya deliberadamente en el marco de la calidad, las actividades de formación e investigación son a menudo componentes que pasan desapercibidos en la monitorización y mejora de la calidad de la atención a los pacientes.

Estos estándares se dividen en dos capítulos, ya que generalmente la educación médica y la investigación clínica se organizan y administran por separado en los centros docentes. Para todos los hospitales que cumplan con los criterios de elegibilidad estipulados en la sección “Resumen de las políticas clave de acreditación” de esta publicación, el cumplimiento de los requisitos que se mencionan en estos dos capítulos además de los requisitos detallados en esta sexta edición del manual, dará lugar a que la organización se considere acreditada bajo los estándares de la Joint Commission International para Hospitales docentes.

Las organizaciones que tengan dudas sobre su elegibilidad para la acreditación como Hospital docente deben comunicarse con la Oficina Central de Acreditación de JCI en jciaccreditation@jcrinc.com.



Educación de profesionales médicos (MPE)

Panorama general

Integrar la formación de los estudiantes de medicina y de los médicos residentes en el funcionamiento del hospital necesita ser congruente con la misión, los planes estratégicos, la asignación de recursos y el programa de calidad del hospital. Los estándares MPE enfatizan la seguridad y la calidad de la asistencia que se brinda a aquellos pacientes atendidos por residentes y estudiantes como parte de los servicios del hospital. La entidad de gobierno y el equipo directivo del hospital son responsables de garantizar que exista una adecuada supervisión de la atención que se ofrece al paciente en todos los entornos docentes. Garantizar una experiencia rica y significativa para estudiantes y residentes requiere de muchos factores además del compromiso de la entidad de gobierno y del equipo directivo del hospital.

Los residentes y estudiantes

- reciben orientación sobre la organización y sobre los servicios relevantes;
- comprenden y participan en las actividades de mejora de la calidad; y
- se comprometen activamente en la cultura de seguridad del hospital.

La entidad de gobierno y el equipo directivo del hospital

- crean procesos para la dirección y la rendición de cuentas de los miembros del personal médico del hospital y otros miembros del personal que participan en el programa docente del hospital;
- son conocedores de los programas docentes a partir de la oportuna información basada en datos; y
- exigen procesos de mejora en los programas docentes relacionados con la asistencia cuando surgen oportunidades para la mejora.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono © después del texto del estándar.

Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

MPE.1 La entidad de gobierno y el equipo directivo del hospital aprueban y monitorizan la participación del hospital en la provisión de educación médica.

MPE.2 El personal clínico, la población de pacientes, la tecnología y las instalaciones del hospital son consistentes con los objetivos y metas del programa docente.

MPE.3 Se identifica al personal clínico docente, y se define el rol de cada miembro del personal

y su relación con la institución académica.

- MPE.4** El hospital entiende y proporciona la frecuencia e intensidad de supervisión necesarias para cada tipo y nivel de estudiante de medicina y médico residente. ⑤
- MPE.5** La educación médica que se proporciona en el hospital se coordina y administra a través de un mecanismo operativo y una estructura de gestión.
- MPE.6** Los estudiantes de medicina y los médicos residentes cumplen con todas las políticas y procedimientos del hospital, y toda la asistencia se proporciona dentro de los parámetros de calidad y seguridad del paciente del hospital. ⑤
- MPE.7** Los médicos residentes que proporcionan atención o servicios dentro del hospital -fuera de los parámetros de su programa docente-, reciben permiso para proporcionar dichos servicios a través de los procesos de revisión de credenciales, asignación de privilegios, especificación del trabajo u otros procesos relevantes establecidos por el hospital.

Estándares, intenciones y elementos medibles

Estándar MPE.1

La entidad de gobierno y el equipo directivo del hospital aprueban y monitorizan la participación del hospital en la provisión de educación médica.

Intención de MPE.1

Integrar la educación de estudiantes de medicina y profesionales en formación a la operativa de un hospital requiere un compromiso significativo de tiempo, energía y recursos. Los *profesionales en formación* incluyen a los médicos residentes y otras categorías según los sistemas de cada país: *interns, residents, house officers, fellows*. A partir de ahora utilizaremos *médicos residentes*. Las decisiones de integrar la docencia y el funcionamiento del centro se realizan al nivel más alto de toma de decisiones del hospital. Cuando la decisión de proporcionar educación médica involucra a una red o consorcio de organizaciones, la entidad de gobierno está completamente informada de todas las relaciones y responsabilidades. Como la entidad de gobierno también es responsable de las decisiones relativas a la misión, los planes estratégicos, la asignación de recursos y el programa de calidad del hospital (ver GLD.1.1 hasta GLD.1.6), es necesario hacer de esta una decisión integrada. **Por ejemplo**, ¿es el compromiso de formar estudiantes de medicina y médicos residentes consistente con la misión del hospital? ¿Cómo se mostrará este compromiso al público y los pacientes del hospital?

La entidad de gobierno y el equipo directivo del hospital también son responsables de obtener, revisar y acordar los parámetros educativos del programa académico patrocinador.

Un conjunto de medidas, relevantes para los programas educativos dentro del hospital, se seleccionan y comunican a la entidad de gobierno y al equipo directivo del hospital cada año para revisar el alcance y actividades del programa, el logro de los objetivos del programa, cualquier asunto relativo al cumplimiento de la legislación, y la satisfacción de los pacientes y el personal con el programa.

Elementos medibles de MPE.1

1. La decisión de proporcionar educación médica la toman la entidad de gobierno y el equipo directivo del hospital, es consistente con la misión del mismo y queda documentada.
2. La entidad de gobierno y el equipo directivo del hospital obtienen, revisan y aceptan los parámetros de la facultad de medicina participante y esta acción queda documentada.
3. La entidad de gobierno y el equipo directivo del hospital suscriben un conjunto de medidas para monitorizar y analizar el funcionamiento continuo de los programas de educación médica, y está documentada la revisión de los datos de monitorización.
4. La entidad de gobierno y el equipo directivo del hospital revisan, al menos cada año, los programas docentes del hospital y esta revisión queda documentada.
5. La revisión incluye la satisfacción de los pacientes y el personal con la atención clínica

proporcionada dentro del programa.

Estándar MPE.2

El personal clínico, la población de pacientes, la tecnología y las instalaciones del hospital son consistentes con los objetivos y metas del programa docente.

Intención de MPE.2

Proporcionar una experiencia de aprendizaje rica y significativa a los estudiantes de medicina y a los médicos residentes requiere de diversos factores, además del compromiso de la entidad de gobierno y del equipo directivo del hospital. El personal clínico del hospital se debe adecuar en número y en experiencia para promover la educación de los estudiantes de medicina y médicos residentes. **Por ejemplo**, cierta cantidad de personal de enfermería da apoyo al programa de educación, y el personal de enfermería comprende su relación con el programa de educación.

La población de pacientes es suficiente en número y necesita dar soporte a la educación y la experiencia de aprendizaje clínico. También debe haber espacio adecuado para aulas, lugares de descanso y estudio, y recursos impresos y en línea para contribuir a un entorno de aprendizaje efectivo. Además se deben proporcionar oportunidades adecuadas y tiempo para aprender así como interacciones con personal clínico. Debe disponerse de tecnología actual para que se puedan enseñar las prácticas sanitarias basadas en la evidencia.

Elementos medibles de MPE.2

1. Hay evidencia de que en el hospital hay suficiente cantidad de personal clínico con la formación, capacitación y competencias necesarias para respaldar y promover la educación de estudiantes de medicina y médicos residentes.
 2. Hay evidencia de que la población de pacientes del hospital es adecuada en número y necesidades clínicas para dar soporte a la educación de estudiantes de medicina y médicos residentes.
 3. Hay evidencia de que la tecnología, las instalaciones y otros recursos del hospital pueden dar soporte a la educación de estudiantes de medicina y médicos residentes.
-

Estándar MPE.3

Se identifica al personal clínico docente, y se define el rol de cada miembro del personal y su relación con la institución académica.

Intención de MPE.3

Se identifica con claridad al personal clínico que tiene la responsabilidad de la educación y la supervisión de los estudiantes de medicina y los médicos residentes, de modo que estos y otro personal del hospital comprenda su autoridad y responsabilidades educativas. **Por ejemplo**, cuando cualquier miembro del personal del hospital tenga un comentario, una preocupación u otro asunto relativo al programa docente o a los estudiantes de medicina y médicos residentes, le consta quién es responsable de recibir y actuar sobre esa información.

La relación del personal clínico docente del hospital con la institución académica patrocinadora debe ser clara. **Por ejemplo**, cuando se otorgan títulos académicos a miembros del personal clínico, queda claro si los títulos son obtenidos u honorarios, cómo se usarán esos títulos y qué significan dichos títulos para el público. El hospital tiene un listado completo del personal clínico docente con sus títulos médicos y académicos. Se monitoriza el cumplimiento de cualquier requisito para la renovación o reasignación de los títulos académicos. (*Ver también* SQE.9 hasta SQE.11).

Elementos medibles de MPE.3

1. El personal clínico docente está identificado para el personal del hospital, y hay una lista completa del personal docente que incluye sus títulos profesionales y académicos.

2. El personal está informado acerca de estas personas, sus responsabilidades y su autoridad.
3. El hospital tiene un proceso para monitorizar los títulos académicos y los requisitos para la renovación o reasignación y para mantener dichos títulos al día.

Estándar MPE.4

El hospital entiende y proporciona la frecuencia e intensidad de supervisión necesarias para cada tipo y nivel de estudiante de medicina y médico residente. ②

Intención de MPE.4

La supervisión es necesaria para garantizar que la atención de los pacientes es segura y que el programa docente supone una experiencia de aprendizaje para el estudiante y para el residente. El nivel de supervisión requerido es consistente con el nivel de capacitación dentro de la especialidad y el nivel competencia del estudiante y del residente. El hospital comprende que no se puede asumir la competencia del estudiante y del residente y debe demostrarlo tempranamente en el programa de capacitación.

Cada estudiante de medicina y médico residente entiende el proceso de supervisión clínica, incluyendo quién proporcionará la supervisión y su frecuencia. **Por ejemplo**, un estudiante de medicina comprende si la supervisión es proporcionada por un residente o por el médico de referencia del paciente o por un miembro de la facultad de medicina. Los estudiantes de medicina y los residentes también comprenden si la supervisión incluye la firma diaria de todas las notas y órdenes, la firma en días alternos del plan de atención y las notas de evolución o la realización de una entrada por separado en la historia clínica del paciente. Del mismo modo, queda claro cómo se registra la evidencia de esa supervisión, incluidas la frecuencia y ubicación de la documentación. Por último, para garantizar una experiencia uniforme de aprendizaje, el hospital ha identificado y monitoriza las expectativas uniformes para el proceso de tutorización/supervisión.

Elementos medibles de MPE.4

1. La política del hospital identifica y proporciona el nivel de supervisión requerido dentro de la especialidad para cada nivel de estudiante de medicina y médico residente.
2. El nivel que se proporcionará se basa en la competencia demostrada del estudiante y del residente.
3. Cada estudiante de medicina y médico residente entiende el nivel, la frecuencia y la documentación de su supervisión.
4. Hay un proceso uniforme para documentar la supervisión requerida que es consistente con la política del hospital, las metas del programa y la calidad y seguridad de la atención de los pacientes.
5. El hospital ha establecido expectativas uniformes para todo el personal que proporciona supervisión para garantizar que el proceso tenga como resultado experiencias uniformes para estudiantes y residentes.
6. Las historias clínicas se revisan en cuanto al cumplimiento de los requisitos de registro y frecuencia.

Estándar MPE.5

La educación médica que se proporciona en el hospital se coordina y administra a través de un mecanismo operativo y una estructura de gestión.

Intención de MPE.5

Los programas docentes en hospitales requieren una estructura de gestión efectiva y el compromiso del personal para su coordinación y operativa diaria. Los acuerdos entre el hospital y la universidad se deben establecer y después monitorizar. Hay una lista precisa de todos los estudiantes de medicina

y médicos residentes del hospital. Para cada estudiante de medicina y médico residente, hay documentación de

- a) el estado de su matrícula o inscripción;
- b) la clasificación académica;
- c) cualquier autorización o certificación solicitada;
- d) informes de los logros de estudiantes y residentes;
- e) identificación de las competencias de estudiantes y residentes;
- f) cualquier factor conocido que requerirá ajuste; y
- g) cualquier factor que pueda condicionar el nivel de supervisión requerido.

La documentación de los ítems a) hasta g) en el caso de estudiantes de medicina puede estar limitada dependiendo de la situación de su matrícula y del nivel de formación actual. Cuando un programa académico está patrocinado por el hospital, se determina cómo y dónde se realizan estas actividades.

Elementos medibles de MPE.5

1. La estructura operativa para la educación médica en el hospital está definida y funciona según lo establecido.
2. La estructura de gestión para la educación médica en el hospital está definida y funciona según lo establecido.
3. Hay una lista completa y actualizada de todos los estudiantes de medicina y médicos residentes en el hospital.
4. Para cada estudiante de medicina y residente, hay documentación al menos de los elementos a) hasta g) de la intención.

Estándar MPE.6

Los estudiantes de medicina y los médicos residentes cumplen con todas las políticas y procedimientos del hospital, y toda la asistencia se proporciona dentro de los parámetros de calidad y seguridad del paciente del hospital. ④

Intención de MPE.6

Los programas de capacitación y sus estudiantes son un factor crítico en la calidad general de atención y seguridad de los pacientes. Aunque sería deseable que cada estudiante de medicina y médico residente tuviera educación básica en calidad y seguridad de los pacientes en su respectivo programa académico, esto rara vez sucede. Por lo tanto, el hospital debe tener planificado de manera deliberada un programa para introducir dichos conceptos, apoyar a los estudiantes y residentes en el cumplimiento de las políticas y directrices relevantes e incluirlos en todos los programas de monitorización de la seguridad y la calidad. **Por ejemplo**, se educaría a los estudiantes de medicina y médicos residentes para cumplir con los objetivos internacionales para la seguridad del paciente.

Asimismo son parte de la orientación inicial y de la monitorización y capacitación continua de todos los estudiantes y residentes, las guías de práctica clínica exigidas, los procedimientos de pausa prequirúrgica, las políticas de prescripción de medicamentos y otros mecanismos para reducir la variación en los procesos de atención—y así reducir el riesgo en esos procesos. El proceso de orientación a los estudiantes de medicina y médicos residentes incluye al menos

- a) el programa de calidad y seguridad de los pacientes del hospital (*Ver también* GLD.4; GLD.4.1; GLD.5; GLD.11; y GLD.11.2);
- b) el programa de control de infección (*Ver también* PCI.5);
- c) el programa de seguridad de medicamentos (*Ver también* MMU.1);
- d) los objetivos internacionales para la seguridad del paciente;
- e) cualquier otra orientación requerida por el hospital, inclusive a nivel de departamento y unidad (*Ver también* SQE.7); y
- f) cualquier formación continua requerida.

Aquellas personas que proporcionen supervisión a estudiantes y residentes garantizan que todos ellos son conocedores de estos programas de calidad y seguridad y están incluidos en los procesos

de monitorización. (*Ver también* MOI.8.1)

Elementos medibles de MPE.6

1. A todos los estudiantes de medicina y médicos residentes se les proporciona una orientación que incluye al menos desde a) hasta f) de la intención.
2. Los estudiantes de medicina y médicos residentes están incluidos en la recogida de datos para los programas de monitorización de la calidad del hospital.
3. Aquellos que supervisan a los estudiantes de medicina y a los médicos residentes garantizan que los mismos son conocedores y participan en los programas.
4. Los estudiantes de medicina y los médicos residentes pueden demostrar su conocimiento de estos programas.
5. Aquellos que supervisan a los estudiantes y residentes consideran el cumplimiento de estos programas en la evaluación de su desempeño.

Estándar MPE.7

Los médicos residentes que proporcionan atención o servicios dentro del hospital -fuera de los parámetros de su programa docente-, reciben permiso para proporcionar dichos servicios a través de los procesos de revisión de credenciales, asignación de privilegios, especificación del trabajo u otros procesos relevantes establecidos por el hospital.

Intención de MPE.7

En muchos países la legislación permite que los médicos residentes, a medida que avanzan en su programa, proporcionen servicios al hospital fuera de su programa académico. **Por ejemplo**, médico residente podría proporcionar atención médica en el servicio de urgencias del hospital por las noches o los fines de semana, o podría hacer de "médico presencial" durante el turno de la noche. En estas circunstancias, el médico residente debe ser evaluado y autorizado para proporcionar esos servicios a través de los procesos normales establecidos para tales profesionales como se describen en los estándares de Cualificación y formación del personal (SQE). Su trabajo se evalúa según los requisitos de los estándares SQE.

Elementos medibles de MPE.7

1. El hospital determina qué tipos de profesionales en formación y bajo qué circunstancias pueden ser contratados o comprometerse de otra manera con el hospital para proporcionar atención a los pacientes u otros servicios.
2. A los profesionales en formación que proporcionan dichos servicios se les ha autorizado a través de revisión de credenciales y asignación de privilegios, una descripción del puesto de trabajo, u otro proceso relevante para los servicios que se van a prestar. (*Ver también* SQE.1.1; SQE.9; y SQE.10)
3. Los profesionales en formación que proporcionan estos servicios son evaluadas por la prestación de los servicios. (*Ver también* SQE.3, EM 5; y SQE.11)


Programas de investigación con sujetos humanos (HRP)

Panorama general

La investigación con sujetos humanos es un gran compromiso para los hospitales que está integrado con el compromiso de proporcionar una atención segura de alta calidad. Los componentes del compromiso con la investigación implican la ética, la comunicación, los líderes responsables, el cumplimiento de la legislación, y los recursos financieros y no financieros. Los estándares HRP requieren que la entidad de gobierno y el equipo directivo de las organizaciones que realizan investigación con sujetos humanos protejan a todos los sujetos participantes conforme a los principios nacionales e internacionales, y que los patrocinadores y personal implicados cumplan la legislación que sea de aplicación y todas las políticas del hospital.

Independientemente de quién o qué entidad patrocina la investigación, existen procesos para supervisarla que afectan al personal que realiza la investigación y a todos los sujetos de investigación. Se informa a todos los pacientes del hospital y a sus familias de los estudios que hay en marcha y de su derecho a participar si cumplen los criterios del estudio. Los sujetos del estudio otorgan el consentimiento informado para participar en protocolos de investigación solo después de que el investigador principal u otra persona autorizada designada haya realizado un proceso definido explicando los potenciales riesgos y beneficios (y otros elementos exigidos).

Aquellos que realizan investigación en la organización satisfacen las cualificaciones establecidas por el hospital para hacerlo y notifican de manera oportuna todos los eventos adversos al sistema de gestión de riesgos/calidad del hospital.

Nota: Algunos estándares requieren que el hospital tenga políticas, procedimientos, programas u otros documentos escritos para algunos procesos específicos. Estos estándares se indican mediante un icono  después del texto del estándar.


Estándares

A continuación se incluye una lista de todos los estándares de este capítulo. Para mayor comodidad se presentan sin la intención ni los elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo: Estándares, intenciones y elementos medibles.

HRP.1 El equipo directivo del hospital es responsable de la protección de los sujetos de la investigación con humanos.

HRP.1.1 El equipo directivo del hospital cumple con todos los requisitos legales y profesionales y proporciona los recursos adecuados para el funcionamiento efectivo del programa de investigación.

HRP.2 El equipo directivo del hospital establece el alcance del programa de investigación.

HRP.3 El equipo directivo del hospital establece los requisitos para garantizar el compromiso de los patrocinadores de la investigación con la realización de investigación ética. 

HRP.3.1 Cuando una o más de las funciones y obligaciones del patrocinador relativas a la investigación se proporcionan a través de contrato con una entidad de investigación externa académica o comercial, las responsabilidades de la entidad externa contratada están claramente definidas. ⑥

HRP.4 El equipo directivo del hospital crea o contrata un proceso para proporcionar la revisión inicial y continua de todas las investigaciones con sujetos humanos. ⑥

HRP.5 El hospital identifica y maneja los conflictos de interés con la investigación que se lleva a cabo en el hospital. ⑥

HRP.6 El hospital integra el programa de investigación con sujetos humanos en el programa de calidad y seguridad de los pacientes del hospital.

HRP.7 El hospital establece e implementa un proceso de consentimiento informado que posibilita que los pacientes tomen decisiones informadas y voluntarias acerca de su participación en investigaciones clínicas, estudios clínicos o ensayos clínicos.

HRP.7.1 El hospital informa a los pacientes y familiares acerca de cómo acceder a investigaciones, estudios o ensayos clínicos e incluye protección para poblaciones vulnerables para minimizar la coerción potencial o la influencia indebida. ⑥

Estándares, intenciones y elementos medibles

Estándar HRP.1

El equipo directivo del hospital es responsable de la protección de los sujetos de la investigación con humanos.

Estándar HRP.1.1

El equipo directivo del hospital cumple con todos los requisitos legales y profesionales y proporciona los recursos adecuados para el funcionamiento efectivo del programa de investigación.

Intención de HRP.1 y HRP1.1

La investigación con sujetos humanos es una empresa compleja y significativa para un hospital. El equipo directivo del hospital reconoce el nivel de compromiso y de participación del personal necesario para avanzar en la investigación científica en el contexto de la protección de los pacientes a quienes tienen el compromiso de diagnosticar y tratar.

El compromiso de los jefes de departamento/servicio con la investigación con sujetos humanos no es independiente de su compromiso con la atención de los pacientes -el compromiso se integra en todos los niveles. Son componentes de este compromiso las consideraciones éticas, la buena comunicación, los jefes responsables de departamentos y servicios, el cumplimiento de la legislación y los recursos financieros y no financieros. Uno de tales recursos es un seguro de responsabilidad civil apropiado para compensar a los pacientes por los eventos adversos debidos al protocolo de investigación. El equipo directivo del hospital reconoce la obligación de proteger a los pacientes, independientemente de quién sea el patrocinador de la investigación.

El equipo directivo del hospital es conocedor de y cumple con aquellas fuentes de legislación y estándares profesionales específicos para la investigación clínica, como aquellos estándares de buena práctica clínica de la Conferencia internacional de armonización (ICH, *International Conference on Harmonisation*) / Organización mundial de la salud (OMS) (*ver las notas finales de este capítulo; ver también GLD.12.1*).

Elementos medibles de HRP.1

1. El equipo directivo del hospital establece y promueve un código de conducta profesional ética.
2. El equipo directivo del hospital, verbalmente y por escrito, comunica dentro del hospital su compromiso de proteger a los participantes en la investigación con sujetos humanos y de apoyar el código de conducta profesional ética.

3. El equipo directivo del hospital identifica a los profesionales responsables de mantener el desarrollo y el cumplimiento de todas las políticas y procedimientos de investigación con sujetos humanos.
4. El equipo directivo del hospital asume la responsabilidad de proteger a los pacientes independientemente de quién sea el patrocinador de la investigación.

Elementos medibles de HRP.1.1

1. El equipo directivo del hospital reconoce y establece mecanismos para el cumplimiento de todos los requisitos legislativos y profesionales relacionados con la investigación.
2. El equipo directivo del hospital tiene un proceso para presupuestar la provisión de los recursos adecuados para el funcionamiento efectivo del programa de investigación.
3. El equipo directivo del hospital proporciona o garantiza que haya un seguro de responsabilidad civil adecuado para compensar a los pacientes que participen en una investigación clínica y experimenten eventos adversos.

Estándar HRP.2

El equipo directivo del hospital establece el alcance del programa de investigación.

Intención de HRP.2

La investigación médica que se lleva a cabo en el hospital representa diversas áreas y/o especialidades médicas dentro de la organización e incluye investigación básica, clínica y de servicios de salud. Dicha investigación puede incluir ensayos clínicos, intervenciones terapéuticas, el desarrollo de nuevas tecnologías médicas, y la investigación de resultados, entre otros. Para garantizar que un los recursos y el control adecuados den soporte a toda la investigación dentro del hospital, es importante que el equipo directivo del hospital tome decisiones sobre el alcance de las actividades de investigación, incluyendo los tipos y la ubicación. El equipo directivo también es responsable de garantizar un número adecuado de miembros del personal capacitados para actuar como investigadores principales y como miembros de los grupos de investigación. Existe documentación de las cualificaciones exigidas. El equipo directivo también debe establecer parámetros en caso de que un miembro del personal del hospital pueda participar como sujeto de investigación.

Elementos medibles de HRP.2

1. El equipo directivo del hospital determina el alcance del programa de investigación.
2. El equipo directivo del hospital identifica las instalaciones y recursos que darán soporte al programa de investigación.
3. El equipo directivo del hospital identifica las cualificaciones de los miembros del personal a los que se le permite participar en el programa de investigación como investigadores principales o como miembros del equipo de investigación.
4. Hay documentación de las cualificaciones del personal al que se le permite participar en el programa de investigación.
5. El equipo directivo del hospital identifica aquellas circunstancias en las cuales el personal puede participar como sujetos de investigación.

Estándar HRP.3

El equipo directivo del hospital establece los requisitos para garantizar el compromiso de los patrocinadores de la investigación con la realización de investigación ética. ④

Intención de HRP.3

El patrocinador de un protocolo de investigación debe ser cualificado y responsable. Por lo tanto, el equipo directivo del hospital debe tener requisitos claros para los patrocinadores de investigación

dentro del hospital. Los patrocinadores son responsables de cada aspecto de su investigación específica, incluyendo

- la monitorización de la calidad y la seguridad de la investigación;
- garantizar que los métodos y procesos de investigación son éticos;
- emplear equipos de investigación capacitados y cualificados;
- proteger los datos generados en términos de fiabilidad y validez;
- garantizar que los resultados y el informe son estadísticamente precisos, éticos e imparciales;
- proteger la privacidad y confidencialidad de los datos de los sujetos; y
- garantizar que los incentivos para pacientes o investigación no comprometan la integridad de la investigación.

Elementos medibles de HRP.3

1. Los requisitos incluyen que los patrocinadores cumplan con las políticas y procesos del hospital de monitorización y evaluación de la calidad, seguridad y ética de la investigación.
2. Los requisitos incluyen que los patrocinadores empleen equipos que están capacitados y cualificados para llevar a cabo la investigación.
3. Los requisitos incluyen que los patrocinadores protejan la privacidad y confidencialidad de los datos de los sujetos. (Ver también PFR.1.3 y MOI.2)
4. Los requisitos incluyen que los patrocinadores garanticen que los datos de la investigación son fiables y válidos y los resultados e informes son estadísticamente precisos, éticos e imparciales.
5. Los requisitos incluyen que los patrocinadores no permitan incentivos para los pacientes o investigadores que pudieran comprometer la integridad de la investigación.

Estándar HRP.3.1

Cuando una o más de las funciones y obligaciones del patrocinador relativas a la investigación se proporcionan a través de contrato con una entidad de investigación externa académica o comercial, las responsabilidades de la entidad externa contratada están claramente definidas. [Ⓟ]

Intención de HRP.3.1

La investigación con humanos tiene muchos componentes, algunos de los cuales el patrocinador puede subcontratar a una organización externa, que usualmente se denomina organización de investigación contratada. Dichos componentes pueden incluir reclutar sujetos, llevar a cabo la investigación, proporcionar la gestión de datos, o servir como mecanismo de revisión de la investigación. El hospital y el patrocinador son responsables de la selección cuidadosa de una organización de investigación contratada, la definición clara de las responsabilidades y la monitorización del cumplimiento del contrato. Cuando las normativas están relacionadas con las obligaciones transferidas por el patrocinador a la organización de investigación contratada, el patrocinador monitoriza el cumplimiento de dichas normativas como parte de la revisión del contrato.

Elementos medibles de HRP.3.1

1. El hospital establece e implementa un proceso para determinar las actividades y responsabilidades de la organización de investigación contratada.
2. Las obligaciones y funciones transferidas por el patrocinador a la organización de investigación contratada están estipuladas en un contrato escrito.
3. El contrato especifica que la organización de investigación contratada es responsable de la monitorización y evaluación de la calidad, seguridad y ética de la investigación.
4. El patrocinador es responsable de monitorizar el contrato.

Estándar HRP.4

El equipo directivo del hospital crea o contrata un proceso para proporcionar la revisión inicial y continua de todas las investigaciones con sujetos humanos. ⑥

Intención de HRP.4

Una de las funciones más importantes relacionadas con la investigación en seres humanos es la revisión y monitorización por parte de un grupo independiente, conocido comúnmente como la junta de revisión institucional (IRB, *Institutional Review Board*), un comité de ética o una designación similar. La composición, alcance de responsabilidades y otros factores pueden ser descritos en las leyes o normativas. Este grupo monitoriza todos los aspectos del protocolo de investigación para garantizar la protección del paciente y una investigación segura. Para esta función se puede contratar a una organización externa, como una organización de investigación contratada. Las políticas, procedimientos y estructura de esta función de revisión de la investigación los especifica el equipo directivo del hospital, así como qué funciones se pueden o no transferir a la organización de investigación contratada. Además, el equipo directivo del hospital es responsable de identificar los tipos de investigación que están exentos de esta función de revisión y la documentación de las actividades del grupo de revisión. Esta documentación es un componente importante de la responsabilidad del liderazgo de revisar, al menos anualmente, cómo está funcionando la función de revisión de la investigación.

Elementos medibles de HRP.4

1. El equipo directivo del hospital identifica y apoya la estructura y los requisitos operativos de la función de revisión de la investigación.
2. La función de revisión de la investigación cumple con las leyes y normativas aplicables.
3. El equipo directivo del hospital especifica los requisitos de las entidades externas al hospital que proporcionan toda o parte de la función de revisión de la investigación, como una organización de investigación contratada.
4. El equipo directivo del hospital garantiza que se identifica la investigación que está exenta del proceso de revisión de la investigación.
5. El equipo directivo del hospital especifica los requisitos para la documentación de las actividades de la función de revisión de la investigación.
6. El equipo directivo del hospital proporciona una revisión de todos los procesos de revisión de la investigación al menos una vez al año.

Estándar HRP.5

El hospital identifica y maneja los conflictos de interés con la investigación que se lleva a cabo en el hospital. ⑥

Intención de HRP.5

Los conflictos de interés pueden surgir de muchas fuentes y de muchas maneras para aquellos que patrocinan o participan en investigación con sujetos humanos. Los conflictos pueden ser financieros (como pagos por reclutamiento de ciertos tipos de sujetos) o no financieros (como viajes para hablar en conferencias). El proceso de revisión de la investigación puede identificar y mitigar dichos conflictos, o el hospital puede usar o desarrollar otro tipo de mecanismos para monitorizar y mitigar conflictos. El mecanismo incluye la formación acerca de qué constituye un conflicto y cómo se pueden manejar con éxito los conflictos. (*Ver también* GLD.12)

Elementos medibles de HRP.5

1. El hospital especifica los requisitos para manejar conflictos de interés, tanto financieros como no financieros.
2. El hospital especifica las personas, comités y otros para quienes aplican los requisitos.

3. El hospital tiene un proceso continuo de formación y monitorización para garantizar el cumplimiento de los requisitos.

Estándar HRP.6

El hospital integra el programa de investigación con sujetos humanos en el programa de calidad y seguridad de los pacientes del hospital.

Intención de HRP.6

La investigación con seres humanos puede implicar procedimientos quirúrgicos nuevos, el uso de productos farmacéuticos nuevos o el uso no aprobado de drogas del vademécum vigente, el uso de modalidades de tratamiento de adultos en poblaciones pediátricas y muchos otros temas y metodologías de investigación. La inclusión de actividades de investigación en los procesos de rutina del hospital es de primordial importancia; **por ejemplo**, el proceso de prescripción, dispensación y administración de los medicamentos en estudio. Los procesos de rutina también incluyen la notificación de los eventos adversos a través de los procesos de monitorización de la calidad y la seguridad de los pacientes. Por lo tanto, se debe notificar un evento adverso relacionado con un paciente en un protocolo de investigación tanto al mecanismo de monitorización de la calidad del hospital como a su vez al patrocinador de la investigación u organización de investigación contratada.

Notificar eventos relacionados con los protocolos de investigación puede proporcionar información vital para la comprensión de la calidad y seguridad general de los pacientes en el hospital. **Por ejemplo**, un evento adverso significativo cuando un medicamento se emplea con un propósito no aprobado es información de seguridad de los pacientes importante que debe ser parte del proceso de monitorización continuo de medicamentos. De igual importancia es el manejo y eliminación de ciertos productos farmacéuticos de investigación experimental, que deben ser tratados como materiales peligrosos. Del mismo modo, se debe monitorizar y mantener la tecnología médica empleada en procedimientos experimentales.

Así, cada aspecto de la investigación con seres humanos debe ser evaluado en cuanto a qué programas de calidad y seguridad del hospital le corresponden, y luego se deben incluir los procesos continuos de informe y monitorización del hospital en el programa de investigación. Este también debe ser el caso cuando alguna actividad de investigación es proporcionada por una organización de investigación contratada. (*Ver también* GLD.4)

Elementos medibles de HRP.6

1. El programa de investigación es un componente de los procesos del hospital para notificar y actuar sobre los eventos centinela, eventos adversos de otros tipos, y los procesos para aprender de los cuasi incidentes. (*Ver también* MMU.7.1; QPS.7; QPS.8; y QPS.9)
2. El programa de investigación se incluye en los programas del hospital para el manejo de material peligroso, gestión de la tecnología médica y gestión de medicamentos. (*Ver también* FMS.5, FMS.8, y MMU.1)
3. La evaluación del personal que participa en el programa de investigación se incorpora a los procesos continuos de monitorización del desempeño profesional. (*Ver también* SQE.11)

Estándar HRP.7

El hospital establece e implementa un proceso de consentimiento informado que posibilita que los pacientes tomen decisiones informadas y voluntarias acerca de su participación en investigaciones clínicas, estudios clínicos o ensayos clínicos.

Estándar HRP.7.1

El hospital informa a los pacientes y familiares acerca de cómo acceder a investigaciones, estudios o ensayos clínicos e incluye protección para poblaciones vulnerables para minimizar la coerción potencial o la influencia indebida. ©

Intención de HRP.7 y HRP.7.1

Un hospital que realiza investigaciones clínicas, estudios clínicos o ensayos clínicos con pacientes sabe que su primera responsabilidad es la salud y el bienestar de los mismos. El hospital proporciona información a los pacientes y familiares acerca de cómo acceder a investigación que es relevante para las necesidades de tratamiento de los pacientes.

Para ayudar a los pacientes y a sus familias con las decisiones que tienen que ver con su participación en la investigación, el hospital establece políticas y procedimientos para obtener el consentimiento informado (*ver también* PFR.5.1). A través del proceso de consentimiento informado, los pacientes y las familias consiguen comprender la investigación y el papel del paciente en la misma, lo que les permite tomar decisiones autónomas de si participar o no. La información que se proporciona durante el proceso de consentimiento informado incluye

- una explicación de la investigación, la duración de la participación del paciente, y los procedimientos que deben seguir;
- los beneficios esperados;
- las molestias y riesgos potenciales;
- los tratamientos y procedimientos alternativos que también podrían ser beneficiosos;
- la medida en que se mantendrá la confidencialidad de las historias clínicas;
- la compensación o los tratamientos médicos disponibles si hubiera lesión;
- una declaración de que la participación es voluntaria;
- la seguridad de que negarse a participar o retirarse de la participación no comprometerá su atención o el acceso a los servicios del hospital; y
- a quién contactar si tiene preguntas acerca de la investigación.

Se establecen procedimientos de salvaguarda a través de la función de revisión de la investigación del hospital para proteger a pacientes vulnerables que pueden estar en riesgo de coerción o influencia indebida para participar en proyectos de investigación. Los pacientes vulnerables incluyen a niños, presos, mujeres embarazadas, personas con discapacidad mental, personas en desventaja económica o educativa, y otros con capacidad disminuida o sin capacidad para tomar decisiones informadas o voluntarias de participar en investigación. Otro grupo que puede considerarse vulnerable es el personal del hospital. El personal puede sentirse presionado a participar; **por ejemplo**, cuando el investigador principal es su supervisor.

Cuando los pacientes deciden participar en investigación y dan su consentimiento, la persona que proporciona la información y que obtiene el consentimiento se anota en la historia clínica del paciente. En ocasiones, un protocolo de investigación se puede alterar en base a hallazgos tempranos; **por ejemplo**, se puede cambiar la dosis de una droga. El consentimiento del paciente se obtiene nuevamente bajo estas y similares circunstancias. (*Ver también* PFR.5.2)

Elementos medibles de HRP.7

1. A los pacientes que se les solicita participar se les informa acerca de la investigación, la duración de su participación, los procedimientos a seguir, y a quién contactar si tiene preguntas acerca de la investigación.
2. A los pacientes que se les solicita participar se les informa acerca de los beneficios esperados, riesgos potenciales y tratamientos y procedimientos alternativos que también podrían ayudarles.
3. A los pacientes que se les solicita participar se les informa acerca de la medida en que se mantendrá la confidencialidad de las historias clínicas.
4. A los pacientes que se les solicita participar se les informa acerca de la compensación o de los tratamientos médicos disponibles si hubiera lesión.
5. A los pacientes a los que se les solicita participar se les garantiza que la participación es voluntaria y que negarse a participar o retirarse en cualquier momento no comprometerá su atención ni el acceso a los servicios del hospital
6. Por medio de la función de revisión de la investigación, el hospital establece e implementa cómo se obtendrá y registrará el consentimiento para participar y bajo qué circunstancias el consentimiento se obtendrá nuevamente durante la investigación.

Elementos medibles de HRP.7.1

1. Los pacientes y familiares se identifican y se les informa sobre cómo tener acceso a la investigación clínica, los estudios clínicos o los ensayos clínicos pertinentes a sus necesidades de tratamiento.
2. Por medio de la función de revisión de la investigación, el hospital establece e implementa procedimientos de salvaguarda para proteger la seguridad, los derechos y el bienestar de los pacientes vulnerables, que incluyen a niños, presos, mujeres embarazadas, personas con discapacidades mentales, personas en desventaja económica o educativa, y otros en riesgo de coerción o influencia indebida.
3. Por medio de la función de revisión de la investigación, el hospital establece e implementa procedimientos de salvaguarda para proteger la seguridad, los derechos y el bienestar del personal del hospital que puede estar bajo riesgo de coerción o influencia indebida.

Notas finales

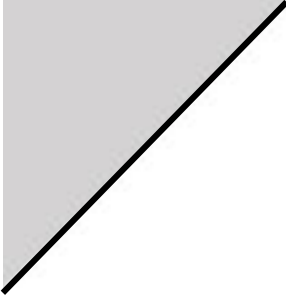
Estándares de buenas prácticas clínicas (GCP, *Good Clinical Practices*) de la Conferencia internacional de armonización (ICH, *International Conference on Harmonization*)/ Organización mundial de la salud (WHO, *World Health Organization*)

Los estudios clínicos deberían llevarse a cabo de acuerdo con los estándares de buenas prácticas clínicas de la ICH/WHO. Esto proporciona un estándar unificado para la Unión Europea, Japón y los Estados Unidos de Norteamérica, así como también para Australia, Canadá, los países nórdicos y la OMS. Por lo tanto, cualquier país que adopte esta guía sigue técnicamente este mismo estándar. La ICH es un proyecto único que reúne a las autoridades regulatorias de Europa, Japón y los Estados Unidos de Norteamérica y a expertos de la industria farmacéutica en las tres regiones para discutir aspectos técnicos y científicos de la certificación de productos.

El objetivo es hacer recomendaciones acerca de las formas de lograr una mayor armonización en la interpretación y aplicación de guías y requerimientos técnicos para la certificación de productos para reducir o eliminar la necesidad de duplicar las pruebas que se realizan durante la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos. Los objetivos de dicha armonización son economizar en el uso de recursos humanos, animales y materiales y la eliminación de demoras innecesarias en el desarrollo global y disponibilidad de medicamentos nuevos a la vez que se mantienen procedimientos de protección legal acerca de la calidad, seguridad y eficacia y las obligaciones legales de proteger la salud pública. Esta misión se plasma en los Términos de referencia de la ICH.

En lo que concierne específicamente a las organizaciones de investigación contratadas (CRO, *Contract Research Organizations*), que proporcionan servicios de ensayos clínicos, la ICH-GCP (E6 1.20) define a una CRO como: “una persona o una organización (comercial, académica u otra) contratada por el patrocinador para realizar una o más de sus obligaciones y funciones relacionadas con el ensayo”. Además, declara que:

- (5.2.1) Un patrocinador puede transferir cualquiera o todas sus obligaciones relacionadas con el ensayo a un CRO, pero la responsabilidad última de la calidad e integridad de los datos siempre reside en el patrocinador. El CRO debe implementar garantía de calidad y control de calidad.
- (5.2.2) Cualquier obligación y función relacionada con un ensayo que se transfiere a y asume el CRO se debe especificar por escrito.
- (5.2.3) Cualquier obligación y función relacionada con un ensayo que no se transfiere a ni asume el CRO es conservada por el patrocinador.
- (5.2.4) Todas las referencias a un patrocinador en esta guía también aplican a un CRO en la medida que el CRO haya asumido las obligaciones y funciones relacionadas con un ensayo del patrocinador.



Resumen de las políticas de acreditación clave

Nota: Esta sección es un resumen de alto nivel de las políticas de acreditación de la Joint Commission International (JCI) para hospitales. Las políticas y procedimientos completos están publicados en el sitio web de JCI, en:

<http://www.jointcommissioninternational.org/accreditation-policies>.

Solicitud de la acreditación JCI

Base del proceso de acreditación

La evaluación del cumplimiento con los estándares internacionales de JCI para hospitales es la base del proceso de acreditación de hospitales. Una vez acreditados, se espera que los hospitales demuestren el cumplimiento continuo con las ediciones vigentes de los estándares en todo momento del ciclo de la acreditación.

Los estándares se actualizan aproximadamente cada tres años. JCI publica sus estándares por lo menos con seis meses de anticipación a la fecha de entrada en vigor, para proporcionar tiempo a los hospitales para que consigan el completo cumplimiento de los estándares modificados y nuevos para la *fecha de entrada en vigor* que se publica en la portada del manual. Se espera que los hospitales acreditados por JCI cumplan totalmente los nuevos estándares en el momento en que estos entran en vigor. Para aquellos hospitales que solicitan la acreditación por primera vez, la fecha de entrada en vigor indica la fecha a partir de la cual todas las evaluaciones y decisiones de acreditación estarán basadas en los nuevos estándares.

Cualquier actividad in situ o de otro tipo relacionada con la acreditación (**por ejemplo**, videoconferencias, evaluación de ampliación, evaluación por una causa, entre otras) o evidencia de cumplimiento que se presente (**por ejemplo**, datos, políticas y procedimientos, análisis de causa raíz (ACR) y planes de acción o autoevaluación) después de la fecha de vigencia deben ser congruentes con la edición vigente de los estándares.

Programación de la acreditación

Cada hospital se prepara de manera distinta para su evaluación inicial o trienal de JCI in situ. A continuación aparece un ejemplo de la programación que siguen muchos hospitales.

- 24 meses antes de la evaluación: los nuevos solicitantes completan el proceso de inscripción inicial (IRP, *Initial Registration Process*). Una vez aprobado, completan y envían la solicitud electrónica de acreditación (E-App) para la evaluación, si están listos. Obtener los estándares de JCI y comenzar la formación sobre los estándares y la implementación de las expectativas. Nota: muchas organizaciones comienzan este proceso asistiendo a uno de los muchos programas de formación que JCI ofrece en todo el mundo. Para saber más sobre el proceso de cómo comenzar, consulte la orientación que se ofrece en la web de JCI.
- 9-24 meses antes de la evaluación: mejorar las prácticas para garantizar que cumplen los requisitos de los estándares. Capacitar al personal en estas nuevas prácticas. Evaluar la efectividad y mejorar lo necesario.
- 6-9 meses antes de la evaluación: evaluar el nivel de preparación; actualizar el perfil electrónico, revisar la E-App, solicitar la evaluación inicial o trienal, y programar las

fechas.

- 4-6 meses antes de la evaluación: recibir, completar y firmar el contrato de evaluación de JCI.
- 2 meses antes de la evaluación: el jefe de equipo de la evaluación JCI se pone en comunicación con el hospital para determinar la logística y la agenda de la evaluación..
- Evaluación in situ
- En un plazo de 15 días después de la evaluación: recibir la decisión de acreditación y el informe oficial de hallazgos de JCI.
- En un plazo de 7 días después de recibir el informe, la organización puede enviar una solicitud escrita a JCI Accreditation de revisión del informe (ver las políticas generales tras la evaluación en la web de JCI)
- 6 a 9 meses antes de la fecha de la evaluación trienal: actualizar y enviar la E-App para la evaluación y programar las fechas de la evaluación.

Puede accederse a la programación en la siguiente web:
<https://www.jointcommissioninternational.org/pathway/>

Solicitud de acreditación

El proceso

Un hospital que solicita acreditación de la JCI comienza el proceso de acreditación al completar una solicitud de evaluación, o E-App, disponible electrónicamente en <https://customer.jointcommissioninternational.org/>. La E-App proporciona información detallada y estadísticas clave que crean un perfil del hospital necesario para que la JCI gestione su proceso de acreditación, desarrolle un contrato para la evaluación y planifique la agenda de la evaluación y el proceso de evaluación in situ.

Las organizaciones que solicitan acreditación o certificación por primera vez (a las que se conoce como *solicitantes iniciales*) deben completar un IRP a través del sitio web de la JCI en <https://apps.jointcommissioninternational.org/IPQ/pages/tab1/YourOrganization.aspx>.

Los hospitales ya acreditados o certificados solicitan continuar la acreditación o certificación por medio de E-App en *JCI Direct Connect* (ver más adelante) de cuatro a seis meses antes de las fechas de evaluación solicitadas. El hospital debe notificar a JCI en un plazo de 30 días -o, como mínimo, 30 días antes de la fecha de evaluación programada- sobre cualquier cambio en la información comunicada en la solicitud de evaluación.

JCI Direct Connect

JCI proporciona a cada organización acreditada y/o certificada el acceso a *JCI Direct Connect*, el portal seguro de clientes de la JCI protegido por contraseña. *JCI Direct Connect* contiene lo siguiente:

- E-App
- Fechas importantes de vencimiento relacionadas con la acreditación o la certificación.
- Informes oficiales, mensajes por correo electrónico y anuncios.
- Herramientas de cumplimiento continuo.
- Manual vigente de acreditación o certificación y guía vigente del proceso de evaluación.
- Una guía de publicidad para el uso apropiado del Gold Seal of Approval™ de JCI con asesoría sobre cómo promover la acreditación o certificación del hospital.

Las organizaciones reciben acceso a *JCI Direct Connect* cuando solicitan por primera vez la acreditación o certificación y reciben acceso gradual a más contenido y servicios del sitio a medida que avanzan en el proceso de acreditación o certificación. Solamente organizaciones totalmente acreditadas o certificadas reciben acceso a todo el contenido y los servicios de *JCI Direct Connect*.

Tipos de evaluación

Evaluación completa

La evaluación de todos los estándares de hospital en toda la organización. Esta puede ser la evaluación inicial, la evaluación trienal o la evaluación de validación. A continuación la definición de cada una.

- *Evaluación inicial*: la primera evaluación completa de un hospital realizada in situ.
 - *Evaluación de seguimiento*: una evaluación in situ, programada para realizarse 120 días después de la evaluación inicial para evaluar los elementos medibles (EM) que fueron calificados como “no cumple” o “cumple parcialmente” y que dieron lugar a que el hospital no cumpliera con las reglas de decisión para la acreditación.
- *Evaluación trienal*: la evaluación de un hospital que se realiza después de un ciclo de acreditación de tres años.
 - *Evaluación de seguimiento*: una evaluación in situ, programada para realizarse 120 días después de la evaluación trienal para evaluar los elementos medibles (EM) que fueron calificados como “no cumple” o “cumple parcialmente” y que dieron lugar a que el hospital no cumpliera con las reglas de decisión para la acreditación.
- *Evaluación de validación*: una segunda evaluación completa que puede realizar JCI en organizaciones voluntarias como parte de los procesos internos de JCI para la supervisión de la mejora de la calidad. Esta evaluación no afecta a la condición de acreditación del hospital y se realiza sin coste para el hospital.

Evaluación de seguimiento

Las evaluaciones de seguimiento son evaluaciones in situ con limitaciones de alcance, contenido y duración diseñadas para recabar información sobre asuntos específicos, estándares o elementos medibles. JCI realiza los siguientes tipos de evaluaciones focalizadas:

- *Evaluación por una causa*: JCI se entera del posible incumplimiento grave de los estándares, problemas serios de atención o seguridad de los pacientes, problemas legales o sanciones, u otros problemas graves dentro de un hospital acreditado o programa certificado que pudiera haber puesto al hospital "en riesgo de denegación de la acreditación".
- *Evaluación por ampliación*: JCI puede realizar una evaluación por ampliación cuando el hospital notifica a JCI antes de realizar un cambio o en el transcurso de 30 días después de cambios en la información fundamental del perfil del hospital, que incluye entre otros, los siguientes:
 - Un cambio en la propiedad y/o el nombre del hospital
 - La revocación o restricción de las licencias o los permisos de operación, cualquier limitación o cierre de los servicios de atención a los pacientes, cualquier sanción a los profesionales o al resto del personal u otras acciones sometidas a las leyes y los reglamentos abordados por las autoridades de salud correspondientes
 - Alteración o cambios en el uso de los edificios para la atención de pacientes, construcción o ampliación de edificios para la atención de pacientes u ocupación de edificios en nuevas ubicaciones en la comunidad, para ampliar los tipos y el volumen de servicios los servicios de atención a los pacientes en un 25 por ciento o más de lo establecido en el perfil del hospital, que no se haya definido como ubicación para pacientes en la E-App o que no se haya incluido en el alcance de la evaluación para la acreditación anterior
 - La ampliación intencional de la capacidad del hospital para prestar servicios en ausencia de instalaciones nuevas, renovadas o ampliadas en un 25 por ciento o más, según la determinación del volumen de pacientes, el alcance de los servicios u otras mediciones pertinentes
 - La adición o eliminación de uno o más tipos de servicios sanitarios, tal como la adición de una unidad de diálisis o la suspensión de la atención de trauma
 - El hospital se fusionó, consolidó o adquirió un sitio, servicio o programa no acreditado para el cual existen estándares aplicables de JCI.

El proceso de evaluación

Propósito de una evaluación

Una evaluación para la acreditación está diseñada para evaluar el cumplimiento de un hospital con los estándares de JCI con base en

- entrevistas con el personal y los pacientes, además de otra información verbal;
- observaciones en el lugar de los procesos de atención a los pacientes;
- revisión de las políticas, los procedimientos, las guías de práctica clínica, las historias clínicas de los pacientes, los expedientes del personal, los informes de cumplimiento de los requisitos gubernamentales o de regulación y otros documentos solicitados al hospital;
- revisión de la información de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, las mediciones de desempeño y los resultados;
- realización de *trazadores de pacientes* individuales (es decir, evaluación de la experiencia de atención del paciente a través del proceso de atención del hospital); y
- realización de *trazadores de los sistemas* o procesos de toda la organización (**por ejemplo**, gestión de medicamentos, control de infecciones, materiales y desechos peligrosos u otros sistemas y procesos de alto riesgo, de volumen bajo o alto, propensos a ocasionar problemas).

Preparación de la evaluación

JCI asigna a cada hospital una persona de enlace (*Account Executive*) que actúe de principal contacto entre el hospital y JCI. Esta persona ayuda en la coordinación de las actividades pre-evaluación y está disponible para responder preguntas acerca de lo siguiente:

- Envío de la solicitud y recepción, contrato y programación
- Procesamiento del informe oficial de hallazgos de evaluación y de los planes estratégicos de mejora
- Estado de la acreditación y de los certificados de acreditación
- Comunicación a JCI de cambios significativos en la organización, incluyendo cómo actualizar la información en *JCI Direct Connect* y en la E-App
- Políticas y prácticas generales de JCI y el proceso de evaluación
- Cuestiones relacionadas con cualquiera de los procesos de JCI

Programación de la evaluación

JCI y el hospital seleccionan la fecha de la evaluación y preparan juntos la agenda de la evaluación para satisfacer las necesidades del hospital y los requisitos para que la evaluación sea eficiente. Para reducir los costes de viaje de los evaluadores, JCI hace lo posible por coordinar la programación de las evaluaciones de otros hospitales de un país o una región específica.

Planificación de la agenda de evaluación

JCI asigna a cada hospital un líder del equipo de evaluación para ayudar en la coordinación de la planificación de la agenda de evaluación. El jefe de equipo contactará con el hospital aproximadamente ocho semanas antes de la evaluación para coordinar la logística de la evaluación y preparar una agenda de evaluación basada en el tamaño, el tipo y la complejidad del hospital. La agenda especifica los lugares que visitarán los evaluadores de JCI, el tipo de entrevistas que harán, el personal que entrevistarán y los documentos que se deben proporcionar a los evaluadores.

El equipo de evaluación

La evaluación la realizan evaluadores internacionales altamente cualificados. JCI realiza las evaluaciones en inglés; sin embargo, JCI hace lo posible por usar los servicios de evaluadores que dominan los idiomas que se usan en la organización. Si no hay disponibles evaluadores de JCI con las capacidades adecuadas de idiomas, es responsabilidad de la organización proporcionar intérpretes cualificados que no tengan conflictos de interés (*Ver también APR.10*). Un equipo típico

de evaluación de un hospital está formado por un médico, una enfermera y un administrador de hospital.

Cancelación de una evaluación

JCI o un hospital puede cancelar una evaluación sin sanciones ni daños en casos de fuerza mayor, guerras, terrorismo u otras emergencias similares, o en otras circunstancias que hagan que la realización de la evaluación sea imposible, ilegal o poco razonable. La cancelación por cualquiera de las razones mencionadas se debe comunicar por escrito, tan pronto como sea posible. Si el hospital cancela la evaluación 30 días o menos antes de la fecha de inicio por cualquier razón o razones que no sean las mencionadas, JCI requerirá el pago del 50 por ciento de la tarifa de la evaluación para recuperar los costes administrativos y las tarifas que cobren las líneas aéreas por la cancelación del viaje. En caso de que JCI cancele la evaluación por cualquier razón o razones que no sean las mencionadas anteriormente, JCI no cobrará ninguna tarifa a la organización.

Aplazamiento de una evaluación

El hospital puede posponer una evaluación que se programó sin sanciones o daños cuando ocurre una o más de las siguientes situaciones:

- Un desastre natural o un evento de fuerza mayor inesperado que perturba el funcionamiento
- Una huelga considerable que hace que la organización deje de aceptar pacientes, cancele cirugías y/u otros procedimientos electivos, y se transfieran pacientes a otros hospitales.
- Los pacientes, la organización o ambos se mudan a otro edificio durante las fechas de la evaluación programada

La JCI se reserva el derecho de realizar una evaluación in situ si la organización continúa proporcionando servicios de atención a los pacientes bajo cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente. Los proyectos de remodelación del hospital no evitan que JCI realice el proceso de evaluación in situ.

En circunstancias poco frecuentes, JCI puede, a su discreción, aprobar una solicitud de posponer una evaluación a una organización que no cumpla con ninguno de los criterios antes mencionados. En dichos casos, JCI puede cobrar a la organización una tarifa por costes de sanciones de cancelación de pasajes aéreos y otros costes administrativos de JCI.

Coste de las evaluaciones

Cálculo de los costes

JCI basa su tarifa de evaluación en varios factores, incluyendo el volumen, el tipo y la complejidad de los servicios que presta el hospital; la cantidad de ubicaciones o centros de atención que se incluyen en la evaluación y en la cantidad de evaluadores y días que se necesitan para realizar la evaluación del cumplimiento con los estándares de JCI. El tiempo que toma al evaluador la preparación del informe se incluye en el cálculo de los días de evaluación. JCI cobra al hospital cualquier evaluación de seguimiento que sea necesaria, así como por algunas postergaciones o cancelaciones a iniciativa del hospital. Preguntas sobre la estimación de las tarifas de acreditación deberían enviarse por correo electrónico a JCIAccreditation@jcrinc.com

Costes de viaje

Además de las tarifas de evaluación, el hospital es responsable de pagar todos los costes de viaje de los evaluadores. Estos incluyen el transporte (billete de avión, tren y automóvil) y los gastos razonables de alojamiento y alimentación, incluyendo una tarifa diaria para los gastos incidentales y de comidas.

Programa de pagos de tarifas de evaluación

JCI cobra a las organizaciones las tarifas de acreditación mediante una de las siguientes dos opciones. JCI solicita que las organizaciones indiquen su opción de cobro preferida y con ese propósito deben marcar y firmar la opción deseada en la última página de su contrato de acreditación.

Opción de pago I: la organización recibe una factura por el 100% de las tarifas de la evaluación (en dólares de EE. UU.) por lo menos 45 días antes de la fecha de inicio de la evaluación. El pago se debe realizar por transferencia bancaria por lo menos 21 días antes de la fecha de inicio de la evaluación. Al finalizar la evaluación, si la organización logra la acreditación, JCI envía inmediatamente el certificado de acreditación a la organización, junto con el informe oficial de hallazgos de evaluación. Después JCI cobra a la organización los gastos de los evaluadores en relación con traslados y mantenimiento en un plazo de 30 días después de que finalice la evaluación. La organización debe pagar los gastos de los evaluadores al recibir la factura.

Opción de pago II: las organizaciones que seleccionan esta opción pagan las tarifas de evaluación mediante dos facturas separadas. JCI envía la primera factura por un 50% del total de las tarifas de evaluación 45 días antes de la evaluación, y la segunda, por el valor del 50% restante, al concluir la evaluación. JCI también envía una tercera factura por los gastos de viaje y mantenimiento de los evaluadores después de la evaluación. Una vez JCI presente la decisión de acreditación y la organización haya pagado todas las tarifas de evaluación, JCI enviará por correo regular el informe oficial de hallazgos de evaluación y los certificados de acreditación a la organización.

La evaluación in situ

Alcance de la evaluación

El alcance de una evaluación de JCI se determina de acuerdo con la información de la E-App del hospital. Todos los edificios/entornos para la atención de pacientes y todas las unidades para pacientes identificadas en la aplicación se incluyen en la evaluación. Todos los estándares incluidos en la presente edición de Estándares de Joint Commission International para la acreditación de hospitales son aplicables, a menos que el hospital no proporcione algún servicio (**por ejemplo**, no ofrece servicios de laboratorio in situ).

Proceso de evaluación

La *metodología de trazadores* es la base del proceso de evaluación de JCI in situ. En la metodología de trazadores, los evaluadores seleccionan a los pacientes representativos de la población de pacientes del hospital y trazan la experiencia de atención de cada paciente a través del hospital y también trazan varios sistemas y procesos clínicos y administrativos clave. Este ejercicio permite a los evaluadores identificar los problemas evidentes de cumplimiento de los estándares en uno o más pasos de los procesos administrativos y de atención a los pacientes y en las interfaces entre los procesos.

Además, los evaluadores entrevistan a los miembros del personal, individualmente y en grupos, observan la atención de los pacientes, hablan con los pacientes y sus familias, revisan la historia clínica de los pacientes, revisan los expedientes del personal, las políticas, los procedimientos, y otros documentos.

Los hospitales deben consultar su Guía del proceso de evaluación de hospitales -que JCI proporciona a los hospitales cuando envían el contrato de evaluación firmado a JCI- para obtener descripciones detalladas de lo que ocurre durante una evaluación inicial o trienal típica, incluyendo las descripciones detalladas de todas las actividades de evaluación, la documentación necesaria y otros recursos.

Los evaluadores sostienen una reunión con el director ejecutivo de la organización y con otros líderes en una sesión de liderazgo al final de cada evaluación. Durante esta reunión, los evaluadores proporcionan información preliminar sobre sus hallazgos. Es importante tener en cuenta que cualquier información preliminar no es definitiva hasta que se haya completado la revisión por JCI Accreditation.

Si durante la evaluación los evaluadores identifican cualquier condición que consideren que representa una amenaza grave para la seguridad del público o de los pacientes, se lo notifican al personal de la oficina central de JCI Accreditation. En esas circunstancias, JCI decide si emite una decisión expedita de denegación de la acreditación y si debe informar a las autoridades públicas pertinentes.

Informe de la evaluación

El equipo de evaluación deja un borrador de su informe de cumplimiento de los estándares en la entrevista final y, a solicitud de los líderes del hospital, informará sobre sus hallazgos al personal del hospital en la conferencia de cierre. Los hallazgos de los evaluadores no se consideran definitivos hasta que son revisados por el personal de la oficina central de JCI Accreditation. El informe oficial de hallazgos de la evaluación se completará y publicará en *Direct Connect* en un plazo de 10 días tras el final de la evaluación.

Revisión del Informe de hallazgos de evaluación

El hospital tiene siete (7) días a partir de la recepción del informe oficial, para solicitar por escrito o por correo electrónico, la revisión del informe relacionada con uno o más hallazgos de evaluación. La solicitud debe ir acompañada de los datos adecuados y la información de respaldo. El personal de la oficina central de JCI Accreditation revisará los materiales y contactará con el hospital y sus evaluadores, según sea necesario, al evaluar la información. Cuando la solicitud de revisión del informe pueda cambiar el resultado de la evaluación, el Comité de Acreditación de JCI considera la solicitud de revisión y toma la decisión final de acreditación.

Decisiones de acreditación

Las decisiones de acreditación de JCI se basan en que el hospital cumpla o no con las reglas de decisión de acreditación de JCI. El Comité de Acreditación de JCI considera toda la información de la evaluación inicial o trienal completa y cualquier evaluación de seguimiento requerida para tomar su decisión respecto a la acreditación. El resultado es que la organización cumple con los criterios de acreditación o que no cumple con los criterios y se le deniega la acreditación.

Apelación de las decisiones de denegación o retirada de la acreditación

Los hospitales tienen derecho a apelar las decisiones adversas sobre la acreditación. Si, basándose en una evaluación completa o de seguimiento o en una situación de amenaza a la seguridad y a la salud que pone en riesgo la vida, se decide denegar o retirar la acreditación, una organización tiene 10 días naturales a partir de la recepción de su informe oficial de hallazgos de evaluación o del aviso de retirada de la acreditación, para comunicar a JCI, por escrito o por correo electrónico, su interés en apelar la decisión.

Un hospital tiene entonces 30 días adicionales para presentar a JCI, por escrito o por correo electrónico, los datos y la información aceptables para respaldar su apelación. El personal de la oficina central de JCI Accreditation revisa y evalúa los materiales presentados en un plazo de 30 días naturales a partir de la recepción, y también puede solicitar documentos y materiales adicionales. Después de la evaluación de los materiales presentados, el personal de la oficina central de JCI Accreditation prepara un memorándum para la revisión por el Comité de Revisión de Apelaciones. Si después de que JCI revise los materiales presentados se confirma la decisión de denegar o retirar la acreditación, una organización puede, a sus expensas, presentarse ante el Comité de Revisión de Apelaciones de Acreditación de JCI para respaldar su apelación. El Comité de Revisión de Apelaciones revisa los documentos de apelación pertinentes, prepara un análisis y presenta su recomendación a un Comité de Acreditación de JCI subsiguiente, que tomará una determinación definitiva de la condición de acreditación del hospital. *JCI* no revisará la apelación que presente un hospital por una decisión adversa sobre la acreditación, a menos que se hayan pagado en su totalidad todas las tarifas y los gastos de evaluación en el momento de presentar la

apelación a JCI.

Divulgación y confidencialidad

Confidencialidad

JCI mantiene la confidencialidad de todos los asuntos relacionados con el proceso de acreditación, excepto,

- el estado de acreditación de un hospital (es decir, si la organización está acreditada, si se le denegó la acreditación o si JCI le retiró la acreditación) y
- la cantidad de quejas recibidas sobre una organización que cumplen con los criterios de revisión de JCI.

El estado oficial de acreditación de un hospital se indica en el sitio web de JCI como Acreditado (y la fecha de la decisión) o Acreditación Retirada (y la fecha). JCI publica el estado de Acreditación Retirada en el sitio web de JCI durante un año. Cuando una organización se retira del proceso de acreditación de manera voluntaria, JCI lo publica en el sitio web de JCI e incluye la fecha de retirada. El hospital acreditado puede divulgar más información detallada sobre su condición de acreditación, incluso su informe oficial de hallazgos de evaluación a quien desee. Sin embargo, cuando un hospital distribuye información inexacta acerca de su situación de acreditación, JCI se reserva el derecho de clarificar información que en otras circunstancias se consideraría confidencial.

JCI proporciona a la persona que presenta una queja que cumple con los criterios de revisión

- los estándares aplicables revisados;
- cualquier estándar para el cual se emitieron recomendaciones de mejora y/o un plan estratégico de mejora como resultado de la revisión; y, cuando corresponda,
- cualquier cambio en el estado de acreditación del hospital.

Exhibición y uso de la adjudicación de acreditación

JCI proporciona a cada hospital tres certificados de acreditación cuando se le adjudica la acreditación inicial y cada vez que se renueva la acreditación. Los certificados y todas las copias son propiedad de JCI. Los certificados deben ser devueltos si a la organización se le emite un nuevo certificado que indique un cambio de nombre o si se ha retirado o denegado la acreditación de la organización por cualquier razón.

Un hospital acreditado por JCI debe describir con exactitud al público la naturaleza y el significado de la adjudicación de su acreditación y no debe tergiversar su estado de acreditación ni las instalaciones y servicios para los que se adjudicó la acreditación. JCI proporciona a cada hospital que recibe la acreditación las directrices de la publicidad adecuada para anunciar la adjudicación de la acreditación.

Conservación de la acreditación

Duración de las adjudicaciones de acreditación

Una adjudicación de acreditación es válida por tres años, a menos que JCI la revoque. La adjudicación tiene vigencia retroactiva desde el primer día después de que JCI complete la evaluación del hospital o, cuando sea necesario realizar una evaluación de seguimiento, cuando se complete la misma. Al finalizar el ciclo de acreditación de tres años de un hospital, JCI reevalúa el hospital para la renovación de la adjudicación de acreditación.

Plan de mejora estratégica (SIP)

Un plan de mejora estratégica (SIP) es un plan de acción por escrito que el hospital debe desarrollar en respuesta a todos los hallazgos de "no cumple" y a los de "cumple parcialmente" seleccionados que pudieran tener impacto en la seguridad del paciente y la calidad identificados en el informe oficial de hallazgos de evaluación. Se espera que el SIP

- Establezca las estrategias/enfoques que el hospital implementará para tratar cada hallazgo identificado
- Describa las acciones específicas que el hospital realizará para alcanzar el cumplimiento de los estándares/EM mencionados
- Describa los pasos específicos que el hospital utilizará para comunicar y educar a sus empleados, médicos y otras personas al implementar las acciones para lograr el cumplimiento de los EM mencionados
- Describa la metodología para prevenir la recurrencia y para sostener la mejora en el tiempo
- Identificar las medidas que se usarán para evaluar la efectividad del plan de mejora.

El SIP debe demostrar que las acciones del hospital conducen al cumplimiento total de los estándares y EM. El SIP es revisado, aprobado y aceptado por el personal de la oficina central de JCI Accreditation después de la adjudicación de la acreditación o la carta certificación y el sello de oro.

Una organización que no envíe un SIP aceptable dentro de los 120 días siguientes a la evaluación de acreditación se pone "en riesgo de denegación de la acreditación" y se requiere una evaluación de seguimiento para verificar el cumplimiento. Cuando esto ocurra, la organización cliente recibe una notificación y se implementa el protocolo de la evaluación de seguimiento.

Informe sobre requisitos entre evaluaciones

JCI exige la comunicación continua a lo largo del ciclo de acreditación de tres años entre el hospital acreditado y JCI para garantizar que el hospital continúa cumpliendo los requisitos de acreditación. La acreditación no se transfiere automáticamente ni continúa si ocurren cambios significativos dentro de la organización acreditada. Consulte la sección "Requisitos de participación en la acreditación" (APR) para obtener la lista de cambios sobre los que se debe informar.

Cuándo está en riesgo la acreditación

Los hospitales pueden estar "en riesgo de denegación de la acreditación" cuando el personal de la oficina central y los evaluadores de JCI Accreditation determinan que una o más de las siguientes condiciones están presentes o han ocurrido en una organización:

1. Una amenaza inmediata grave para la seguridad del paciente, la salud pública o la seguridad del personal
2. La organización no posee una licencia, un certificado o un permiso cuando y como lo exigen las leyes y las regulaciones aplicables para prestar los servicios sanitarios de los cuales la organización busca la acreditación.
3. La licencia, el certificado o el permiso para que la organización pueda prestar los servicios sanitarios ha sido restringida o retirada de manera temporal o permanente, o los departamentos o servicios clínicos han sido limitados o cerrados por una entidad reguladora o una autoridad local o nacional con base en condiciones, incidentes, eventos u otras situaciones legales o de regulación.
4. Una persona que no tiene licencia, registro o certificación está prestando o ha prestado servicios sanitarios.
5. La organización presentó documentos falsificados o tergiversó la información para lograr o conservar la acreditación. (*Ver APR.2*)
6. La organización no ha cumplido con la política de acreditación de los informe de los requisitos entre las evaluaciones. (*Ver APR.1*)
7. La organización no presenta un plan de mejora estratégica (SIP) aceptable en un plazo de 120 días a partir de la evaluación de la organización.

El personal de la oficina central y los evaluadores de JCI Accreditation pueden identificar las

condiciones durante una evaluación in situ, durante la revisión de un informe de evaluación o una actividad de seguimiento posterior a la evaluación o de una queja presentada contra el hospital o después de que una entidad reguladora o autoridad nacional o de otro tipo le haya retirado o restringido la licencia o permiso para el funcionamiento. Cuando JCI encuentra que la condición se justifica y no se resuelve, se recomienda al Comité de Acreditación la denegación de la acreditación. La organización tiene derecho a apelar esta decisión como se ha descrito anteriormente.

Informe de eventos centinela

Los hospitales acreditados pueden informar voluntariamente a JCI sobre los eventos centinela. JCI también se puede enterar de los eventos centinela por otros medios, tales como la comunicación de un paciente, un miembro de la familia, un empleado de la organización, un evaluador o por los medios de comunicación. Los eventos considerados centinela se describen en el estándar QPS.7.

Dichos eventos se llaman *centinela* porque indican la necesidad de una investigación y respuesta inmediata. Los términos *evento centinela* y *error médico* no son sinónimos; no todos los eventos centinela ocurren debido a un error y no todos los errores ocasionan eventos centinela.

La respuesta apropiada de un hospital ante un evento centinela incluye la realización de un análisis oportuno, minucioso y creíble de la causa raíz; el desarrollo de un plan de acción destinado a implementar mejoras para reducir los riesgos; implementar las mejoras; y monitorizar la efectividad de esas mejoras. El personal de la oficina central de JCI Accreditation revisa el análisis de la causa raíz y el plan de acción con el hospital para ayudar a garantizar una mejora que reduzca el riesgo de que vuelva a ocurrir un evento similar en el futuro.

Durante la evaluación in situ, los evaluadores valoran el cumplimiento del hospital con los estándares relacionados con los eventos centinela (QPS.7, por ejemplo). Si durante la evaluación el equipo de evaluación identifica un evento centinela no informado, se informa al director ejecutivo del hospital y a otras personas que el evento ha sido notificado a JCI para que se realice una revisión adicional.

Gestión de quejas o inquietudes sobre calidad

La oficina de monitorización de la calidad y la seguridad de JCI (*Office of Quality and Safety Monitoring*) revisa las quejas, las inquietudes y las consultas relacionadas con los hospitales acreditados. Estas comunicaciones se pueden recibir de varias fuentes, tales como los pacientes, las familias o los profesionales sanitarios, de las entidades gubernamentales a través de informes o a través de los informes de medios. En los hospitales que no tienen un proceso eficiente y efectivo para manejar y resolver las quejas, el personal y los pacientes presentan los problemas no resueltos a JCI.

Después de revisar una inquietud sobre la calidad que se ha presentado, JCI puede tomar varias medidas que incluyen

- el registro de la información para establecer tendencias y tomar posibles medidas en el futuro;
- obtener la respuesta sobre la inquietud por parte del hospital involucrado; o
- realizar una evaluación por una causa.

Renovación de la acreditación

La oficina central de JCI Accreditation recuerda al hospital que debe actualizar su E-App antes de la fecha de vencimiento de la acreditación trienal del hospital y notificar a JCI su intención de reacreditarse. Entonces JCI programa la evaluación, haciendo lo posible por sincronizar la próxima fecha de evaluación con la conclusión del ciclo de acreditación trienal anterior. JCI trabaja con el hospital y otros en el país o región que también tienen pendientes evaluaciones para programar las fechas apropiadas con el propósito de maximizar los recursos y reducir los gastos de viaje. El estado de acreditación anterior del hospital puede continuar vigente hasta dos meses después de la subsiguiente evaluación de acreditación completa para realizar cualquier seguimiento necesario.



Glosario

acreditación La determinación por un órgano de acreditación que un programa, institución u organización elegible, como una organización sanitaria, cumple con un conjunto exigido de estándares, indicando que se ha alcanzado un nivel de calidad, desempeño o similar.

alcance de la práctica El rango de las actividades realizadas por un profesional sanitario en una organización sanitaria. El alcance se determina por la capacitación, la tradición, las leyes o normativas o la organización.

alcance de los servicios El rango de actividades realizadas por el personal de gobierno, gestión, clínico y de apoyo.

alta El punto en el cual la participación activa de una persona con una organización o un programa se termina y la organización o el programa dejan de tener responsabilidad activa sobre la atención de la persona.

análisis de la causa raíz Un proceso de identificación de los factores básicos o causales subyacentes de la variación en el desempeño, incluyendo la ocurrencia o la posible ocurrencia de un evento centinela. *Ver también* evento centinela.

análisis de los modos de fallos y sus efectos (AMFE) Una forma sistemática de examinar un diseño prospectivamente para determinar las posibles formas en que puede ocurrir un fallo. Estas formas de fallo después se priorizan para ayudar a las organizaciones a generar mejoras en el diseño que tendrán el máximo beneficio. Esta herramienta asume que, independientemente del cuidado y los conocimientos que tengan las personas, en algunas situaciones ocurrirán errores y puede incluso que sea probable que ocurran.

análisis de vulnerabilidad y riesgo

Una herramienta utilizada para la identificación de emergencias potenciales y los efectos directos e indirectos que pueden tener estas emergencias en las operaciones de la organización sanitaria y la demanda de sus servicios.

anestesia Consiste en anestesia general y espinal o anestesia regional significativa. No incluye la anestesia local. La anestesia general es la pérdida de la conciencia inducida por medicamentos durante la cual los pacientes no sienten ningún estímulo, incluso los estímulos dolorosos. La capacidad de mantener la función de ventilación independiente se ve frecuentemente afectada. A menudo los pacientes necesitan ayuda para mantener las vías respiratorias despejadas y puede ser necesaria la ventilación de presión positiva debido a la ventilación espontánea reducida o a una reducción de la función neuromuscular inducida por medicamentos. Puede estar afectada la función cardiovascular. *Ver también* sedación de procedimiento.

asignación El proceso de revisión de las credenciales de un solicitante inicial para decidir si la persona está cualificada para proporcionar los servicios de atención que necesitan los pacientes del hospital y que el hospital puede mantener con el personal cualificado y la capacidad técnica. *Ver también* reasignación.

atención aguda Un nivel de atención sanitaria en el que un paciente es tratado por un episodio de padecimiento breve pero grave; por condiciones que son el resultado de traumatismo o enfermedad; y durante la recuperación de la cirugía. Muchos hospitales son centros de atención aguda con el objetivo de dar de alta a los pacientes tan pronto como se considere que están

saludables y estables, con las instrucciones de alta adecuadas.

atención ambulatoria Tipos de servicios sanitarios prestados a las personas sin que tengan que ingresar en hospitalización. Los servicios de atención ambulatoria se proporcionan en muchos entornos que van desde los centros quirúrgicos independientes hasta los centros de cateterismo cardíaco.

atención centrada en la persona Atención que es respetuosa con y receptiva ante las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente. Garantiza que los valores del paciente guíen las decisiones clínicas.

cadena de suministros Los pasos para el traslado de un producto terminado (medicamento, dispositivo médico o material médico) desde su fuente (un fabricante) hasta el consumidor (un hospital). Las consideraciones clave en la cadena de suministros son los riesgos para el producto (**por ejemplo**, protección frente a la pérdida de estabilidad, la contaminación y quedar defectuoso), los riesgos potenciales en los eslabones de la cadena de suministro (**por ejemplo**, la calidad del producto, las condiciones de almacenaje, aduanas, métodos de entrega); y la selección del proveedor, distribuidor, etc., basándose en los riesgos de la cadena de suministro.

certificación El procedimiento y la acción mediante los cuales una organización autorizada evalúa y certifica el cumplimiento de requisitos, como los estándares, por una persona, institución o programa. La certificación difiere de la acreditación en que la certificación también se puede aplicar a personas (**por ejemplo**, a un especialista médico).

cirugía Aquellos procedimientos que investigan o tratan enfermedades o trastornos del cuerpo humano mediante el corte, la extracción, la alteración o la inserción de escopias con fines diagnósticos y terapéuticos.

cirujano responsable En el caso de procedimientos quirúrgicos, la persona que realiza la cirugía.

competencia La determinación de las habilidades, conocimientos y capacidad de una persona para cumplir con expectativas definidas, según se describen a menudo en

una descripción de puesto de trabajo.

compilación de credenciales (credentialing) El proceso de obtener, verificar y evaluar las capacidades de un facultativo para proporcionar servicios de atención a los pacientes en o para una organización sanitaria. El proceso de chequeo periódico de las cualificaciones del personal se llama *revisión de credenciales*.

completamente operativo Criterios que indican la disposición de un hospital para que se realice una evaluación integral en el lugar de todos los estándares de JCI en base a todos los servicios clínicos actualmente proporcionados para pacientes hospitalizados y ambulatorios; las estadísticas de utilización de los servicios clínicos, que demuestren niveles consistentes de actividad y tipos de servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios que se han proporcionado por lo menos durante cuatro meses, o más, antes de la presentación de la solicitud electrónica del hospital (E-App); y todos los servicios clínicos, unidades y departamentos para pacientes hospitalizados y ambulatorios. *Ver también* los requisitos generales de elegibilidad en este manual.

confidencialidad El acceso restringido a los datos y la información a profesionales sanitarios y personal clínico que tienen una necesidad, un motivo y permiso para dicho acceso. El derecho que tiene una persona a la privacidad personal y de su información, incluido su historial clínico.

consentimiento informado El proceso de informar a un paciente sobre un procedimiento o tratamiento para que el paciente pueda tomar una decisión voluntaria e informada de aceptar o rechazar dicho procedimiento o tratamiento. El paciente debe ser completamente informado y entender la información que se le ha proporcionado antes de otorgar el consentimiento. Los elementos de un consentimiento informado incluyen, pero no se limitan a, información sobre el procedimiento/tratamiento propuesto, potenciales beneficios y riesgos, y posibles alternativas al procedimiento/tratamiento.

contaminación La presencia de un material u organismo no deseado, como un agente infeccioso, bacteria, parásito u otro contaminante, que es introducido en un ambiente, superficie, objeto o sustancia, como agua, comida o suministros médicos

estériles.

continuidad de la atención El grado en el que la atención de las personas se coordina entre los profesionales sanitarios, entre organizaciones y a lo largo del tiempo. *Ver también* transferencia.

continuo de atención Establecer la correspondencia de las necesidades continuas de la persona con el nivel, el tipo de atención, el tratamiento y los servicios adecuados dentro de una organización o a través de varias organizaciones.

coste de capital El coste de invertir en el desarrollo de instalaciones, servicios o equipos nuevos o mejorados. No incluyen los costes de funcionamiento.

credenciales Evidencia de la competencia, la licencia/colegiación actualizada y pertinente, educación, capacitación y experiencia. La organización sanitaria puede agregar otros criterios. *Ver también* competencia; compilación de credenciales.

criterios de base fisiológica Criterios centrados en la rama de la biología que trata con las funciones del organismo vivo y sus partes, y con los factores y procesos físicos y químicos implicados.

criterios de cribado Un conjunto de reglas o pruebas estandarizadas aplicadas a grupos de pacientes en las que basar un juicio preliminar del que se justifica realizar evaluación adicional, tal como la necesidad de una evaluación nutricional basada en las pruebas de cribado nutricional.

cuasi incidente Cualquier variación en un proceso que no afecta a un resultado, pero para el que una recurrencia conlleva una posibilidad significativa de ocasionar un resultado adverso grave. Un “cuasi incidente” está dentro del alcance de la definición de un evento adverso. *Ver también* evento adverso.

cultura de seguridad También conocida como *cultura segura*, un entorno colaborativo en el que los clínicos cualificados se tratan unos a otros con respeto, los líderes dirigen un trabajo en equipo efectivo y promueven la seguridad psicológica, los equipos aprenden de los errores y de los incidentes que no llegaron al paciente, los que proporcionan cuidados son conscientes de las limitaciones inherentes del

desempeño humano en sistemas complejos (reconocimiento del estrés), y existe un proceso de aprendizaje y orientación hacia la mejora visibles a través de sesiones de análisis (*debriefings*).

datos Hechos, observaciones clínicas o medidas recabadas durante una actividad de evaluación. Los datos sin analizar se llaman *datos crudos*.

decisiones de acreditación En lo que respecta a la acreditación de Joint Commission International, una organización puede conseguir las siguientes categorías de acreditación a partir de una evaluación JCI:

Acreditada La organización demuestra un cumplimiento aceptable de todos los estándares y de los objetivos internacionales para la seguridad del paciente.

Denegación de la acreditación La organización no cumple los estándares de JCI y los objetivos internacionales para la seguridad del paciente o JCI retira su acreditación por otras razones.

declaración de la misión Una expresión escrita que establece el propósito o la “misión” de una organización o de uno de sus componentes. La generación de la declaración de la misión por lo general antecede a la estipulación de las metas y objetivos.

derivación Envío de una persona (1) de un clínico a otro clínico o especialista o (2) de un entorno o servicio a otro o a otro recurso, bien para interconsulta o para proporcionar un tipo de atención que la fuente que deriva no está preparada o cualificada para prestar.

desastre *Ver* emergencia.

descripción del puesto de trabajo Explicación de un puesto de trabajo, que incluye las obligaciones, responsabilidades y condiciones necesarias para realizar el trabajo.

desinfección Un proceso que elimina muchos o todos los organismos patógenos, excepto las esporas bacterianas, en los objetos inanimados, generalmente utilizando productos químicos líquidos o pasterización húmeda.

diagrama de la organización Una representación gráfica de los títulos y las relaciones de jerarquía en una organización, que algunas veces se llama *organigrama*.

directrices basadas en la evidencia (o de base científica) Toma de decisiones clínicas basadas en evidencias empíricas o, en su ausencia, en el consenso de expertos (tal como las declaraciones de consenso que promueven las sociedades de profesionales). El enfoque requiere de la comprensión de los resultados que causan conflicto y la evaluación de la calidad y la solidez de la evidencia. Finalmente, los profesionales deben saber cómo se aplica esto a la atención del paciente y a la política de atención sanitaria.

dispositivo médico Un instrumento, aparato o máquina que se utiliza en la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o afección, o para detectar, medir, restaurar, corregir o modificar la estructura o función del cuerpo por objetivos de salud. Normalmente el objetivo de un dispositivo médico no se consigue por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos.

dispositivo médico implantable Un dispositivo que se coloca de manera permanente en una cavidad del cuerpo que se forma de manera natural o por vía quirúrgica para ayudar, restaurar o reemplazar de manera continua una función o estructura del cuerpo durante toda la vida útil del dispositivo. Ejemplos pueden ser una prótesis (por ejemplo, de cadera), un estent, un marcapasos, y una bomba de infusión, entre otros **ejemplos**.

documento escrito Un documento impreso o electrónico suministrando información de naturaleza formal o informal para un propósito específico.

duplicación terapéutica Una persona que utiliza dos medicamentos, por lo general sin necesidad, de la misma categoría terapéutica, al mismo tiempo.

educación en el puesto de trabajo Educación organizada, que por lo general se proporciona en el lugar de trabajo y está diseñada para mejorar las habilidades de los miembros del personal o para enseñarles nuevas habilidades relacionadas con su trabajo y disciplina.

efecto secundario Efecto farmacológico de un medicamento, normalmente adverso, que no es aquel para el que se recetó el medicamento.

eficiencia La relación entre los resultados (resultados de la atención) y los recursos utilizados para prestar la atención. **Por ejemplo**, cuando dos programas usan la misma cantidad de recursos, el que logra una tasa de cobertura de inmunización más alta es el más eficiente. El aumento de la eficiencia implica el logro de los mismos resultados, con menos recursos, o mejores resultados con la misma cantidad de recursos.

emergencia

1. Un suceso no anticipado o súbito, como una cirugía de emergencia necesaria para impedir la muerte o una discapacidad severa.
2. Un evento natural o causado por el hombre que trastorna de manera significativa el ambiente de atención (**por ejemplo**, daño a los edificios y terrenos de la organización debido a vientos intensos, tormentas y terremotos); que significativamente trastornan la atención y el tratamiento (**por ejemplo**, pérdida de servicios de suministro, como la energía eléctrica, el agua o los teléfonos, debido a inundaciones, disturbios civiles, accidentes o emergencias en la organización o en su comunidad); o que ocasiona demandas repentinas, significativamente diferentes o aumentadas de los servicios de la organización (**por ejemplo**, ataque bioterrorista, colapso de un edificio o un accidente de avión en la comunidad de la organización). Algunas emergencias se llaman *desastres* o *eventos con potencial de causar lesiones (PICE)*.

emergencia (de) Una clasificación de agudeza utilizada en los sistemas de triaje (priorización) para indicar que la afección del paciente pone en peligro su vida y requiere intervención inmediata. *También consulte urgencia*.

ensayo clínico Estudio de medicamentos, dispositivos o técnicas en tres y a veces en cuatro etapas, dependiendo del propósito, el tamaño y el alcance de las pruebas. Los ensayos de la "Fase I" evalúan la seguridad de medicamentos, dispositivos o técnicas de uso

diagnóstico, terapéutico o profiláctico, para determinar el rango de dosis seguras (si corresponde). En ellos participa una cantidad pequeña de sujetos sanos. Por lo general el ensayo dura alrededor de un año. Los ensayos de la “Fase II” por lo general se controlan para evaluar la eficacia y dosificación (si corresponde) de medicamentos, dispositivos o técnicas. Estos estudios implican la participación de varios cientos de voluntarios y una cantidad limitada de pacientes que tienen la enfermedad o el trastorno objetivo. Por lo general el ensayo dura alrededor de dos años. Los ensayos de la “Fase III” sirven para verificar la efectividad de los medicamentos, dispositivos o técnicas que se determinan en los estudios de la Fase II. Se controla a los pacientes de la Fase II para identificar las reacciones adversas debidas al uso a largo plazo. Estos estudios implican la participación de grupos de pacientes lo suficientemente grandes para identificar las respuestas clínicamente significativas. Por lo general el ensayo dura alrededor de tres años. Los ensayos de la “Fase IV” estudian los medicamentos, dispositivos o técnicas que ya cuentan con aprobación para la venta general. Estos estudios a menudo se realizan para obtener más información sobre la seguridad y la eficacia de un producto.

entidad de gobierno La(s) persona(s) o grupo que tiene la última autoridad y responsabilidad para establecer la política, mantener la calidad de la atención y proveer para la gestión de la organización y la planificación para el hospital. **Ejemplos** de estructura de una entidad de gobierno puede ser un grupo de personas (como una junta de comunidad) o uno o más propietarios individuales. Los nombres para este grupo varían y pueden ser *junta, consejo de administración, junta de gobierno, junta de comisionados, organismo rector, etc.* En el caso de hospitales públicos, la entidad de gobierno es a menudo el Ministerio de Sanidad.

equipo directivo del hospital Un grupo de personas que normalmente informan al director ejecutivo del hospital y lo más frecuente es que incluya un director médico representando al personal médico, un director de enfermería, representando todos los niveles de la enfermería en el hospital, administradores y gestores de alto nivel, y otras personas que seleccionen el hospital, como un director de calidad, un vicepresidente de recursos humanos, un jefe

de operaciones, etc.

equipo médico Equipo médico que requiere calibración, mantenimiento, reparación, formación del usuario y retirada del servicio -estas actividades generalmente son gestionadas por ingenieros clínicos. El equipo médico se utiliza para los propósitos específicos de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o rehabilitación tras una enfermedad o lesión. Puede utilizarse solo o en combinación con otro accesorio, consumible u otra pieza de equipo médico. El equipo médico excluye los dispositivos implantables, desechables o de un solo uso.

error de medicación Cualquier evento prevenible que puede causar un uso inapropiado de la medicación o poner en peligro la seguridad del paciente. *Ver también* evento centinela.

estado funcional La capacidad de las personas de cuidarse a sí mismas física y emocionalmente, de acuerdo con las normas esperadas para su grupo etario. El estado funcional se puede dividir en funciones “sociales”, “físicas” y “psicológicas”. El estado funcional se puede evaluar mediante preguntas que se realizan durante los exámenes periódicos de salud o mediante instrumentos formales de detección. *Ver también* medida.

estándar Una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar establecidos para que una organización proporcione atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.

esterilización El uso de un procedimiento físico o químico para destruir toda la vida microbiana, incluyendo las endosporas bacterianas altamente resistentes.

estudiante de medicina Una persona matriculada en una institución de educación médica.

evaluaciones de acreditación Una evaluación de una organización para determinar el cumplimiento con los estándares y objetivos internacionales de seguridad del paciente que le sean de aplicación y establecer su situación de acreditación. La evaluación de acreditación de JCI incluye lo siguiente:

- Evaluación de documentos proporcionados por la organización

- Información verbal sobre la implementación de estándares o ejemplos de su implementación que posibilita determinar el cumplimiento
- Observaciones in situ por parte de los evaluadores
- Seguimiento de los pacientes a lo largo del proceso de atención utilizando la metodología de trazadores
- Educación sobre el cumplimiento de los estándares y mejora del desempeño

Se considera una evaluación completa la evaluación de todos los estándares de hospitales a través de toda una organización. Una evaluación inicial, una evaluación trienal y una evaluación de validación son evaluaciones completas:

evaluación inicial La primera evaluación in situ de un hospital

evaluación trienal La evaluación de un hospital después de un ciclo de acreditación de tres años.

evaluación de validación Una segunda evaluación completa que JCI puede realizar en organizaciones voluntarias como un componente de los procesos internos de monitorización de la mejora de la calidad de JCI. Esta evaluación no tiene efecto en el estado de acreditación de la organización y se realiza sin cargos al hospital.

Otros tipos de evaluaciones de JCI son limitadas en su alcance, contenido y duración y están diseñadas para recoger información sobre cuestiones, estándares o elementos medibles específicos. Estos tipos de evaluaciones JCI se denominan *evaluaciones de seguimiento*:

evaluación de ampliación Una evaluación que puede realizarse cuando el hospital tiene modificaciones en información nuclear, servicios y/u otros cambios. Son **ejemplos** un cambio de nombre, propiedad o autorización; construcción y renovación; y añadir o eliminar servicios. El hospital notifica a JCI en el espacio de 30 días tras la fecha efectiva del cambio. *Ver también* APR.3

evaluación por una causa Una evaluación que se realiza cuando JCI se entera de un incumplimiento de estándares potencialmente grave, de cuestiones graves relacionadas con la atención o la seguridad del paciente, sanciones o cuestiones legales, u otros asuntos graves dentro de un hospital acreditado de un programa de certificación que lo hayan puesto en riesgo de denegación de la acreditación.

evaluación preoperatoria Una evaluación de riesgos clínicos y de la salud de un paciente para determinar si es seguro someterlo a un procedimiento de anestesia y cirugía.

evento adverso Un acontecimiento no previsto, no deseable o potencialmente peligroso en una organización sanitaria.

evento centinela La ocurrencia de un acontecimiento no previsto que implica la muerte o una lesión física o psicológica grave. *Ver* QPS.7 para una definición operativa.

extracción, de órganos Extirpación de un órgano con fines de trasplante.

falsificación (de información) Fabricación parcial o total de cualquier información que proporciona a solicitante o una organización acreditada a JCI.

familia/familiar La(s) persona(s) que tiene(n) un papel importante en la vida de un paciente. Puede incluir a personas que no tienen relación legal con el paciente. A menudo a estas personas se les llama sustitutos en la toma de decisiones si tienen autorización para tomar decisiones en nombre del paciente, en caso de que el paciente pierda su capacidad de toma de decisiones.

fiabilidad Característica de una medida que indica con qué nivel de exactitud y consistencia la medida produce resultados similares. Por ejemplo, una medida o herramienta de medición fiable produce resultados precisos y consistentes cuando es utilizada por diferentes personas, en diferentes entornos, con diferentes pacientes, etc.

ficha de datos de seguridad Un documento formal con información sobre las

características y riesgos actuales o potenciales de una sustancia; incluye instrucciones relativas a primeros auxilios, derrames y almacenamiento seguro, entre otra información.

gestión de la información La creación, el uso, la divulgación y la disposición de datos o información a lo largo de una organización. Esta práctica es vital para el funcionamiento eficaz y eficiente de las actividades de la organización. Incluye la función de la gerencia de producir y controlar el uso de datos e información en las actividades laborales, administración de recursos de información, tecnología de la información y servicios de información.

gestión de utilización La planificación, la organización, la dirección y el control de los recursos. Es importante la forma en que se relaciona con la atención que brinda al paciente la organización de atención médica.

gobierno Se refiere a la entidad de gobierno que gobierna el hospital y es responsable de los requisitos de los estándares.

guías de práctica clínica Herramientas que describen un proceso o procedimiento específico considerado, a través de ensayos clínicos o por consenso de expertos, como el más efectivo para la evaluación y/o tratamiento de un paciente que tiene un síntoma, condición o diagnóstico específico.

historia clínica Un registro escrito o electrónico de una gama de información de salud del paciente, tal como los hallazgos de las evaluaciones, los detalles de tratamiento, las notas de evolución y el informe de alta. Este registro es creado por los profesionales sanitarios. *Ver también* historia clínica electrónica

historia clínica electrónica Un registro electrónico de la información relativa a la salud de un paciente que puede ser creada, reunida, gestionada y consultada por profesionales sanitarios autorizados. *Ver también* historia clínica.

infección nosocomial *Ver* infecciones asociadas a la atención sanitaria.

infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) Cualquier infección(es) adquirida por una persona mientras recibe atención o servicios en una

organización sanitaria. Son IAAS comunes las infecciones urinarias, las infecciones de herida quirúrgica, la neumonía y las infecciones del torrente sanguíneo.

informe de alta Una sección de la historia clínica del paciente que resume las razones del ingreso, los hallazgos significativos, los procedimientos realizados, los tratamientos prestados, la condición del paciente en el momento del alta y cualquier instrucción específica que se haya dado al paciente o a la familia (**por ejemplo**, seguimiento, medicamentos).

intención Una explicación breve de la lógica, el significado y la importancia de un estándar. Las intenciones pueden contener ejemplos de cumplimiento y expectativas detalladas del estándar que se evalúan durante el proceso de evaluación in situ.

interrupción /caída del sistema Interrupciones y fallos inevitables de los sistemas de datos.

interrupción planificada Interrupción programada del sistema de datos con el objetivo de llevar a cabo operaciones de mantenimiento, reparación, actualización y otras modificaciones del sistema.

interrupción imprevista Interrupción no prevista como resultado de fallos de corriente o equipamiento, fallos de los sistemas de calentamiento/refrigeración, desastres naturales, error humano, o interrupciones de los servicios de Internet o extranet, entre otras perturbaciones. La interrupción imprevista puede tener un impacto negativo en los sistemas de datos, como pérdida o corrupción de datos y fallos del hardware.

intervenciones nutricionales Atención y orientación para promover una ingesta nutritiva adecuada. Esta actividad se basa en la nutrición y en la información sobre los alimentos, otras fuentes de nutrientes, y la preparación de la comida. Tiene en cuenta el contexto cultural del paciente y su estatus socioeconómico.

investigación con sujetos humanos Investigación en la que participan personas de las que un investigador obtiene datos a

través de intervención o interacción con las personas y/o con información personal identificable. Los protocolos de investigación en los que participan sujetos humanos son revisados por una junta de revisión institucional u otro mecanismo de revisión ética y reciben supervisión permanente según sea necesario.

investigación médica Investigación básica, clínica y de servicios de salud que incluye muchos tipos de estudios de investigación, como ensayos clínicos, intervenciones terapéuticas, desarrollo de nuevas tecnologías médicas e investigación de resultados, entre otros.

jefes de departamento/servicio Las personas que gestionan y dirigen los "subgrupos" del hospital, normalmente denominados *departamentos, servicios, unidades y/o plantas*.

laboratorio de referencia (contratado) Un laboratorio que es propiedad y es gestionado por una organización distinta del hospital, con el que el hospital contacta para realizar pruebas.

leyes/ legislación y normativas/ regulaciones Declaraciones o indicaciones especificando decisiones y acciones exigidas. Se aplican normalmente sanciones legales o de otro tipo cuando no se siguen las leyes y normativas.

licencia Un derecho legal que concede una entidad gubernamental en cumplimiento con un estatuto que rige una profesión (como los médicos, dentistas, enfermeras, psiquiatras o trabajadores sociales clínicos, o bien, la operación de un centro sanitario).

líderes *Ver* jefes de departamento/servicio

liderazgo *Ver* equipo directivo del hospital

limpieza Eliminación de la suciedad visible de objetos y superficies, que normalmente se realiza de forma manual o mecánica utilizando agua con detergentes o productos enzimáticos.

lista de "no usar" Un catálogo escrito que incluye abreviaturas, acrónimos y símbolos que no se deben usar en una organización, ya sea a mano o como texto libre en un ordenador, debido a su potencial de confusión.

mantenimiento de rutina La

realización de verificaciones básicas de seguridad, es decir, evaluaciones visuales, técnicas y funcionales del equipo, para identificar las deficiencias obvias antes de que tengan un impacto negativo. Normalmente, incluye las inspecciones de la caja, el cable de conexión eléctrica, el marco estructural, la carcasa, los controles, los indicadores y así sucesivamente.

mantenimiento preventivo Evaluación planificada, programada, visual, mecánica, de ingeniería y de funcionamiento de equipo que se realiza antes de utilizar el equipo nuevo y en intervalos específicos durante la vida útil del equipo. El propósito es mantener el funcionamiento del equipo dentro de las directrices y especificaciones del fabricante y ayudar a garantizar la exactitud en el diagnóstico, tratamiento o control. Incluye la medición de las especificaciones de desempeño y la evaluación de factores específicos de seguridad.

marco Una descripción, visión de conjunto o el "esqueleto" de los elementos interconectados que se pueden modificar en cualquier momento mediante la adición o eliminación de elementos.

materiales y residuos peligrosos Materiales cuyo manejo, uso y almacenamiento son guiados o definidos por las normativas locales, regionales o nacionales; los vapores peligrosos y las fuentes de energía peligrosas. A pesar de que JCI identifica los residuos infecciosos dentro de esta categoría de materiales, no todas las leyes y normativas definen los residuos infecciosos o médicos como residuos peligrosos.

medicamento Todos los medicamentos prescritos; muestras de medicamentos; remedios a base de hierbas; vitaminas; nutracéuticos; medicamentos de venta libre; vacunas; medios de diagnóstico y de contraste utilizados o administrados a una persona para el diagnóstico, el tratamiento o la prevención de enfermedades u otras afecciones anormales; medicamentos radioactivos; tratamientos de terapia respiratoria; nutrición parenteral; hemoderivados y soluciones intravenosas (simples, con electrolitos y/o medicamentos).

medicamentos de alto riesgo Aquellos medicamentos implicados en un

alto porcentaje de errores y/o eventos centinela, así como los medicamentos que conllevan un elevado riesgo de abuso u otros resultados adversos. Ejemplos de medicamentos de alto riesgo son los medicamentos de investigación, los medicamentos controlados, los anticoagulantes y los medicamentos con isoapariencia o nombres parecidos.

médico responsable El médico que tiene responsabilidad integral por la atención y manejo de un paciente individual en un momento específico durante la estancia del paciente en el hospital.

medida 1. Una herramienta, instrumento o ítem cuantitativo y/o cualitativo utilizado para determinar el grado, alcance o calidad de algo; 2. El acto de recolectar datos cuantificables sobre una estructura, resultado o proceso.

mejor práctica Técnica, método o proceso de naturaleza clínica, científica o profesional reconocida por la mayoría de profesionales de un campo en particular como más eficaz que cualquier otra práctica para producir un resultado en especial. Estas prácticas también se conocen algunas veces como *buena práctica* y normalmente se basan en la evidencia y se impulsan por consenso.

mejora de la calidad Un enfoque hacia el estudio continuo y la mejora de los procesos de la provisión de servicios sanitarios para satisfacer las necesidades de los pacientes y de otras personas. Entre los sinónimos se incluyen *mejora continua de la calidad*, *mejora continua*, *mejora del desempeño de toda la organización* y *gestión de calidad total*.

metodología de trazadores Un proceso que usan los evaluadores de JCI durante la evaluación in situ para analizar los procesos y sistemas de una organización dando seguimiento a los pacientes individuales a través del proceso de atención, en la secuencia experimentada por los pacientes. Dependiendo del entorno asistencial, esto puede requerir que los evaluadores visiten varias unidades de atención, departamentos o áreas dentro de una organización o una sola unidad de atención para “trazar” la atención prestada al paciente.

trazador de pacientes se centra en evaluar la experiencia total de atención que recibió un paciente

individual dentro de una organización sanitaria.

trazador del sistema se centra en la evaluación de cuestiones de seguridad y calidad de atención de alta prioridad en todo el sistema a lo largo de la organización. Los ejemplos de dichos problemas pueden incluir la prevención y el control de infecciones, el manejo de medicamentos, la gestión de las instalaciones y el uso de la información.

monitorización La revisión de información de manera regular. El objetivo de la monitorización es identificar los cambios en una situación.

muestra representativa En lo que se refiere a los estándares JCI, se revisa una muestra representativa de historias clínicas como para de las actividades de monitorización y mejora del desempeño. Una muestra representativa significa historias clínicas de todos los servicios, historias de pacientes ambulatorios como de ingresados, e historias abiertas y cerradas. El número de historias debería tener sentido para la organización. **Por ejemplo**, un muestreo y selección aleatorios de aproximadamente el 5% de las historias clínicas puede constituir una muestra representativa.

multidisciplinar Que incluye a los representantes de una gama de profesiones, disciplinas o áreas de servicio.

niveles de atención Una clasificación de los niveles de los servicios de atención sanitaria. Se dividen según el tipo de atención que proporcionan, la cantidad de personas que atienden y las personas que prestan la atención. Los principales niveles de atención son: primaria, secundaria y terciaria. Los niveles de atención clasificados por la agudeza del paciente o la intensidad de los servicios prestados son: de emergencia, intensiva y general. *Ver también* continuo de atención.

observación El tiempo durante el cual un paciente es observado de cerca por un profesional sanitario.

organización sanitaria Un término genérico que se usa para describir muchos tipos de organizaciones que prestan servicios

de atención de la salud. Incluye los centros de atención ambulatoria, las instituciones de salud mental/conductual, las organizaciones de atención domiciliaria, los hospitales, los laboratorios y los centros de larga estancia.

otorgamiento de privilegios Proceso mediante el cual una organización sanitaria autoriza el alcance específico y el contenido de los servicios de atención del paciente (es decir, privilegios clínicos) a un profesional sanitario, en base a la evaluación de las credenciales y el desempeño de la persona.

paciente Una persona que recibe atención, tratamiento y servicios.

paciente ambulatorio Por lo general, son personas que no necesitan el nivel de atención asociado con un ambiente más estructurado como el de un programa residencial o para pacientes hospitalizados. En muchos países, la atención de pacientes ambulatorios también se conoce como “atención ambulatoria”. En algunos países, los pacientes ambulatorios se consideran como “admitidos” en una organización de atención médica; en otros, los pacientes ambulatorios se consideran como “registrados.” *Ver también* atención ambulatoria.

paciente ingresado/ hospitalizado Por lo general, una persona que es admitida y alojada en un centro sanitario al menos por una noche.

patología clínica Servicios relacionados con la resolución de problemas clínicos, especialmente utilizando métodos de laboratorio para el diagnóstico clínico. Incluye los métodos de química clínica, bacteriología y micología, parasitología, virología, microscopía clínica, hematología, inmunohematología de coagulación, inmunología, serología y radiobioensayos.

pausa quirúrgica (*time-out*) Una pausa, justo antes de realizar un procedimiento quirúrgico o de otro tipo, durante el cual todo el equipo quirúrgico o del procedimiento resuelve las preguntas que quedaron sin responder o dudas sobre el paciente, el procedimiento o el sitio. Aunque solo haya una persona realizando el procedimiento, es adecuado realizar una pausa breve para confirmar que es el paciente correcto y que el procedimiento y el sitio son apropiados.

persona cualificada Una persona o miembro del personal de la organización que puede participar en una o en todas las actividades y servicios de atención. La cualificación se determina a través de lo siguiente, según sea de aplicación: educación, capacitación, experiencia, competencia, licencia aplicable, leyes o normativas, registro o certificación.

personal Todas las personas que proporcionan atención, tratamiento y servicios en la organización (**por ejemplo**, personal médico, de enfermería, personal de limpieza, administrativos de registro, ingenieros, etc.) incluyendo a aquellos que reciben un salario (personal fijo, temporal y a tiempo parcial, así como el personal de contratos) y profesionales en formación y estudiantas (**por ejemplo**, estudiantes de medicina, enfermería y médicos residentes).

personal clínico Aquellas personas que proporcionan atención directa al paciente (médicos, dentistas, enfermeras, fisioterapeutas, dietistas, etc.).

personal no clínico Aquellas personas cuyos roles y responsabilidades en la organización dan soporte de manera indirecta a la atención del paciente (admisión, servicio de alimentos, limpieza, entre otros).

personal médico Todos los médicos, dentistas y demás profesionales sanitarios que tienen licencia para ejercer independientemente (sin supervisión) y proporcionan servicios preventivos, curativos, de restauración, quirúrgicos, de rehabilitación u otros servicios médicos y dentales a los pacientes; o proporcionan servicios de interpretación para pacientes, tales como los servicios de patología y radiología; todos se consideran personal médico independientemente de la clasificación de la organización respecto a la asignación, el estado del empleo u otros arreglos con la persona para proporcionar los servicios de atención al paciente.

plan Un método para diseñar estrategias detalladas y necesidades de recursos para cumplir metas y objetivos a corto y largo plazo.

plan de atención Un plan que identifica las necesidades de atención de un paciente,

enumera la estrategia para satisfacer esas necesidades, documenta las metas y los objetivos del tratamiento, describe los criterios de finalización de las intervenciones y documenta el avance de la persona en el logro de las metas y los objetivos especificados. Se basa en la información obtenida durante la evaluación del paciente. En algunas organizaciones el formato del plan se basa en políticas y procedimientos, protocolos, directrices de práctica, vías clínicas o una combinación de todos los elementos. El plan de atención puede incluir prevención, atención, tratamiento, habilitación y rehabilitación. *Ver también* plan.

política Una declaración de expectativas con el propósito de influir o determinar las decisiones y acciones. Las políticas son las reglas y principios que informan los procedimientos y procesos de la organización.

prácticas de empleo Análisis, selección u otros métodos utilizados para reclutar, contratar, seleccionar, transferir, ascender, proporcionar beneficios o afectar de manera similar a los empleados o futuros empleados.

procedimiento La manera en que se realiza una tarea, que por lo general, incluye instrucciones paso a paso.

procedimiento quirúrgico/ invasivo Un procedimiento que implica la punción o incisión de la piel o la inserción de un instrumento o material extraño en el cuerpo.

proceso Un conjunto de acciones que produce o conduce a un resultado específico.

proceso de acreditación Un proceso continuo por el cual las organizaciones sanitarias demuestran a JCI que están proporcionando una atención segura, de alta calidad, como lo determina el cumplimiento de los estándares de JCI y de los requisitos de los objetivos internacionales para la seguridad del paciente. El componente clave de este proceso es una evaluación in situ que de una organización por los evaluadores de JCI.

proceso de atención al paciente La acción de proporcionar alojamiento, bienestar y tratamiento a una persona. Esto implica la responsabilidad de la seguridad, incluyendo el tratamiento, los servicios, la habilitación, la rehabilitación y otros programas que solicite la organización o la

red para la persona.

profesional en formación Una persona que recibe capacitación en un servicio médico después de la graduación de una facultad de medicina. Existen diferentes denominaciones según los sistemas de cada país: *internos, residentes y médicos especialistas en formación.*

profesional sanitario Cualquier persona que completó un programa de estudios y tiene habilidades en un campo de la atención sanitaria. Incluye a los médicos, dentistas, enfermeras, farmacéuticos, fisioterapeutas, dietistas y terapeutas respiratorios, entre otros. Los profesionales sanitarios tienen licencia de una entidad gubernamental o la certificación de una organización profesional (colegiación). *Ver también* profesional sanitario independiente.

profesional sanitario independiente Una persona cualificada por educación y capacitación y autorizada por licencia y por ley (cuando sea de aplicación) y por la organización para prestar atención y servicios, sin dirección o supervisión, dentro del alcance de la práctica de la persona. En muchos países, los profesionales sanitarios independientes incluyen a los médicos, dentistas, algunas categorías de enfermeras, podiatras, optometristas y quiroprácticos. *Ver también* Profesional sanitario.

programa Un sistema oficial organizado que guía la acción hacia un objetivo específico. El programa identifica necesidades, lista estrategias para abordarlas, incluye al personal implicado, y establece metas y objetivos. El formato del programa puede incluir contenido narrativo, políticas y procedimientos, planes, protocolos, guías de práctica, vías clínicas, mapas de cuidados o una combinación de los mismos.

programa(s) de gestión de las instalaciones El documento escrito de la organización que describe los procesos que tiene implantados para las siguientes áreas y sus operaciones: seguridad y protección, seguridad contra incendios, equipo médico y suministros básicos. El plan identifica procedimientos específicos que describen estrategias, acciones y responsabilidades de mitigación, preparación, respuesta y recuperación.

programa de gestión de riesgos

Actividades clínicas y administrativas que las organizaciones realizan para identificar, evaluar y reducir el riesgo de lesiones a los pacientes, al personal y a los visitantes, además del riesgo de la pérdida de la organización en sí.

programas de laboratorio especializado Programas que incluyen disciplinas de laboratorio, tales como química (incluyendo toxicología, pruebas terapéuticas de detección de drogas y pruebas de abuso de drogas), citogenética clínica, inmunogenética, inmunología de diagnóstico, embriología, hematología (incluyendo pruebas de coagulación), histocompatibilidad, inmunohematología, microbiología (incluyendo bacteriología, micobacteriología, micología, virología y parasitología), biología molecular, patología (incluyendo patología quirúrgica, citopatología y necropsia) y radiobionesayos.

prospectivo Pone el foco en el potencial de que algo suceda en el futuro.

protección Protección contra la pérdida, destrucción, manipulación, o el acceso o el uso no autorizado.

protocolo Un plan científico de tratamiento médico o un esquema de estudio de un procedimiento o tratamiento nuevo o experimental con la intención de medir las aplicaciones en humanos (**por ejemplo**, el manejo de la diabetes mellitus de tipo 2). A menudo los protocolos incluyen componentes, tales como los tipos de participantes, la programación, los procedimientos utilizados, los tipos y dosificaciones de los medicamentos, entre otros.

pruebas en el punto de atención (pruebas a pie de cama) Pruebas analíticas que se realizan en sitios fuera del ambiente tradicional de laboratorio, por lo general en el sitio o cerca del sitio en donde se proporciona atención a las personas.

reasignación El proceso de revisión de los expedientes de los miembros del personal médico para verificar una licencia continua; que el miembro del personal médico no esté comprometido por medidas disciplinarias de entidades relacionadas con licencias y certificaciones; que el expediente contenga suficiente documentación para buscar privilegios o tareas nuevas o ampliadas en el hospital; y que el miembro del personal

médico es física y mentalmente capaz de proporcionar atención y tratamiento a los pacientes, sin supervisión. *Ver también* asignación.

reclutamiento La búsqueda de -por lo general nuevo- personal u otros miembros de una organización.

residuo infeccioso *Ver* materiales y residuos peligrosos

resultado Los efectos que tiene una intervención sobre un problema de salud específico. Refleja el propósito de la intervención. **Por ejemplo**, los resultados de un programa rural de educación en salud relacionada con el agua potable segura podrían ser la reducción en los episodios de diarrea en niños menores de 5 años o en la mortalidad infantil por diarrea.

sedación de procedimiento Una técnica de administrar sedantes o agentes disociativos con o sin analgesia para inducir un estado que permita al paciente tolerar procedimientos desagradables mientras mantiene la función cardiorrespiratoria. *Ver también* anestesia.

sedación *Ver* sedación de procedimiento.

sede principal El sitio en el cual un hospital docente proporciona la mayoría de los programas de especialidades médicas para médicos estudiantes de postgrado (**por ejemplo**, residentes o internos) y no solo una especialidad, como en un hospital monográfico (**por ejemplo**, un hospital oftalmológico, dental u ortopédico). *Ver los* requisitos generales de elegibilidad en este manual.

seguimiento retrospectivo En lo que se refiere a la gestión de la cadena de suministro, el proceso de identificar y hacer un seguimiento de los productos inestables, contaminados, defectuosos o falsificados después de haber entrado en el hospital. Cuando sea aplicable, el hospital notifica al fabricante y/o distribuidor sobre dicho producto.

segunda víctima Un profesional sanitario implicado en un evento adverso no previsto de un paciente, un error médico, y/o una lesión relacionada con un paciente, que resulta victimizado en el sentido de que el profesional queda traumatizado por el incidente. La respuesta emocional del profesional, que puede incluir

remordimientos, ansiedad y angustia, puede tener un impacto en la calidad y la seguridad de la atención a los pacientes si las organizaciones sanitarias no reconocen y proporcionan apoyo para el profesional sanitario.

seguridad El grado en el cual los edificios, terrenos y equipos de la organización no representan un peligro o un riesgo para los pacientes, el personal o los visitantes.

servicios contratados Servicios proporcionados a través de un contrato escrito con otra organización, entidad o persona. El contrato especifica los servicios o el personal que se proporcionará en nombre de la organización solicitante y las tarifas para proporcionar los servicios o el personal.

servicios curativos Servicios proporcionados para superar la enfermedad y promover la recuperación. Los servicios curativos o terapia son diferentes de los servicios paliativos, que proporcionan alivio, pero no curan. *Ver también* servicios paliativos.

servicios de rehabilitación El uso de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales juntas para capacitar o volver a capacitar a las personas discapacitadas por enfermedad o lesión. El objetivo es posibilitar a los pacientes para lograr su nivel máximo posible de capacidad funcional.

servicios paliativos Tratamientos y servicios de apoyo con el propósito de aliviar el dolor y el sufrimiento en lugar de curar una enfermedad. La terapia paliativa puede incluir cirugía o radioterapia para reducir o disminuir tumores que presionan estructuras vitales y por lo tanto, para mejorar la calidad de vida. Los servicios paliativos incluyen la atención de las necesidades psicológicas y espirituales del paciente y el apoyo al paciente al final de la vida y a su familia.

servicios preventivos Intervenciones para promover la salud y prevenir las enfermedades. Incluyen la identificación y la orientación respecto a los factores de riesgo (**por ejemplo**, fumar, falta de actividad física) pruebas de detección de enfermedades (**por ejemplo**, cáncer de mama, enfermedades de transmisión sexual), e inmunizaciones.

síntoma, primario La primera y más prominente indicación de una enfermedad,

afección u otro trastorno.

síntoma, secundario Una indicación de enfermedad, afección u otro trastorno que aparece después o debido a un síntoma primario.

sistema integrado Una organización proveedora de atención sanitaria que ofrece un amplio sistema corporativo para administrar un sistema de prestación de servicios diversificados de atención médica. Normalmente el sistema incluye uno o más hospitales, un grupo profesional grande, un plan de salud y otras operaciones de atención médica. Los facultativos de atención médica son empleados del sistema o están en un grupo de facultativos de afiliación estrecha. El sistema puede proporcionar varios niveles de atención médica a los pacientes de las mismas áreas geográficas.

sistema de suministros básicos Sistemas y equipo en toda la organización que respaldan lo siguiente: distribución de electricidad; planta de emergencia; agua; transporte vertical y horizontal; calefacción, ventilación y aire acondicionado; plomería, caldera y vapor; gases entubados; sistemas de vacío o sistemas de comunicación, incluyendo los sistemas de intercambio de datos. También puede incluir sistemas de soporte vital; vigilancia, prevención y control de infecciones y soporte ambiental.

terapia de nutrición Tratamiento médico que incluye la nutrición enteral y parenteral.

transferencia El desplazamiento formal de la responsabilidad de un paciente de (1) una unidad de atención a otra, (2) un servicio clínico a otro, (3) un profesional cualificado a otro, o (4) una organización a otra.

transferencia (*handover*) La cesión de la responsabilidad de un paciente y de su atención que tiene lugar en el entorno asistencial. **Por ejemplo**, en el hospital, de un profesional sanitario a otro, de un nivel de atención a otro nivel, de una unidad de hospitalización a otra de diagnóstico u otra unidad de tratamiento, y del personal a los pacientes/familias al alta, entre otros ejemplos. También se conoce como *traspaso* (*handoff*)

urgente Una clasificación de agudeza utilizada en los sistemas de triaje (priorización) para indicar que la afección del

paciente tiene el potencial de poner en peligro su vida y requiere una evaluación oportuna y posible intervención. *Ver también* emergencia (de)

utilización El uso, los patrones de uso o los índices de uso de un servicio específico de atención médica. El uso excesivo ocurre cuando un servicio de atención médica se proporciona en circunstancias en las que su potencial de daño excede de los posibles beneficios. La subutilización es la falta de utilizar un servicio de atención médica necesario cuando hubiera producido un resultado favorable para un paciente. El uso incorrecto ocurre cuando se selecciona un servicio apropiado pero ocurre una complicación prevenible. Los tres tipos de uso reflejan un problema de calidad de la atención. Pueden aumentar el riesgo de mortalidad y reducir la calidad de vida. *Ver también* gestión de utilización.

validez Característica de una medida que indica el grado en que la medida evalúa lo que pretende medir. Por ejemplo, la medida o instrumento de medida es válida cuando captura el resultado clínico pretendido, la experiencia del paciente, etc.

variación Las diferencias en los resultados obtenidos en la medición del mismo evento más de una vez. Las fuentes de variación pueden agruparse en dos clases principales: causas comunes y causas especiales. A menudo, la variación excesiva ocasiona desperdicio y pérdidas, tales como, la ocurrencia de los resultados no deseables en la salud del paciente y el aumento en el costo de los servicios de salud.

verificación El proceso de confirmar la validez e integridad de una credencial clínica o de otro tipo con la fuente que emitió la credencial.

verificación de la fuente primaria Verificación de las cualificaciones informadas de un profesional sanitario por la fuente original o un representante aprobado de esa fuente. Los métodos para realizar una verificación de las credenciales en la fuente primaria incluyen la correspondencia directa, la verificación telefónica documentada, la verificación electrónica segura de la fuente original de cualificación o los informes de organizaciones de verificación de credenciales que cumplen con los requisitos de JCI.

vías clínicas Un régimen de tratamiento estandarizado que incluye todos los elementos de atención mediante la organización, establecimiento de la secuencia y la programación de las intervenciones principales por los profesionales clínicos y demás personal. También se conoce como *trayectorias clínicas* y *mapas de atención*.