

CAPITULO I: ESTÁNDARES CENTRADOS EN EL PACIENTE

2. Condiciones de la atención del paciente y su familia

2.1. Derechos del paciente y su familia

Criterio	Preguntas Guía			SI	NO	NA	OBSERVACIONES
PROCESOS							
2.1a	Solicitar y verificar la existencia de la política del establecimiento acerca de los derechos del paciente y sus familiares	1					
2.1a	Verificar que la política:						
2.1a	esté encuadrada en el marco legal vigente (Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, modificada por las Leyes 26.742 y 26.812 y reglamentada por el Decreto 1089/2012 P.E.N., sus adhesiones -Buenos Aires, Catamarca, Corrientes, Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego- y leyes provinciales correspondientes).	2					
2.1a	esté distribuida al personal,	3					
2.1a	se encuentra a disposición del público en forma de folletos u otros,	4					
2.1a	es exhibida al público en general, en forma de cartelería.	5					
2.1b	Solicitar y verificar la existencia de un Programa de Capacitación al personal, sobre la política de derechos del paciente y sus familiares y el registro de la asistencia (Responder con el uso de la Planilla Capacitaciones)	1	C				
2.1c	Solicitar las normas activas sobre información al paciente y sus familiares y verificar que:						
2.1c	Estén escritas	1					
2.1c	Estén aprobadas por la autoridad del establecimiento	2					
2.1c	Sean conocidas por el personal responsable de su cumplimiento	3					
2.1c	Estén disponibles al personal responsable de su ejecución	4					
2.1c	Cuenten con mecanismos de revisiones periódica .	5					
2.1c	y garanticen el derecho de los pacientes y sus familiares, mediante especificaciones sobre:						

2.1c	el uso de un lenguaje que pueda ser comprendido por el paciente y sus familiares,	6					
2.1c	mecanismos generales de información periódica, completa y veraz al paciente y/o sus familiares, acerca de las condiciones clínicas, sus diagnósticos y pronóstico,	7					
2.1c	el derecho del paciente y/o sus familiares a participar en las decisiones asistenciales.	8					
2.1d	Solicitar y verificar la existencia de normas activas acerca del procedimiento para informar al paciente y sus familiares y obtener el consentimiento informado.	1					
2.1d	Solicitar las normas activas acerca del procedimiento para la obtención del consentimiento informado de los pacientes y/o sus familiares y verificar						
2.1d	Estén escritas	1					
2.1d	Estén aprobadas por la autoridad del establecimiento	2					
2.1d	Sean conocidas por el personal responsable de su cumplimiento	3					
2.1d	Estén disponibles al personal responsable de su ejecución	4					
2.1d	Cuenten con mecanismos de revisiones periódica .	5					
2.1d	y establecan las pautas sobre:						
2.1d	el proceso de obtención,	6					
2.1d	los responsables de su obtención,	7					
2.1d	las condiciones que deben cumplir las explicaciones,	8					
2.1d	el contenido general de las explicaciones (motivo por el que se solicita),	9					
2.1d	las acciones que permitan garantizar la comprensión por parte del paciente y/o familiar acerca de aquello sobre lo que se requiere su aprobación, así como ventajas e inconvenientes de la decisión final que éste tome.	10					
2.1d	el derecho del paciente y sus familiares de negarse a otorgar su consentimiento.	11					
2.1d	Verificar que el consentimiento informado se tramita como paso previo:						
2.1d	a la internación	12					

2.1d	al desarrollo de procedimientos asistenciales diagnóstico terapéuticos potencialmente peligrosos o con riesgo significativo de eventos adversos (procedimientos operatorios e invasivos, anestesia y/o sedación moderada o profunda, etc.)	13					
2.1d	a la inclusión en protocolos de investigación	14					
2.1d	al ser sometido a tratamientos cuyos resultados no hayan sido suficientemente comprobados.	15					
2.1d	Verificar la designación de las autoridades o expertos especialmente dedicados a supervisar su aplicación en los casos que lo requieran.	16					
2.1d	En caso de ser un comité verificar:						
2.1d	listado de miembros y,	17					
2.1d	su función	18					
2.1e	Solicitar y verificar la existencia de la política del establecimiento que exponga el respeto a las particularidades propias de las diversas comunidades, desde el punto de vista cultural, religioso, alimentario lingüístico, etc.	1					
2.1e	Verificar que la política:						
2.1e	esté escrita	2					
2.1e	esté distribuida al personal,	3					
2.1e	Solicitar y verificar la existencia de un Programa de Capacitación al personal, sobre ésta política y el registro de la asistencia (Responder con el uso de la Planilla Capacitaciones)	4	C				
2.1e	Solicitar ejemplos de servicios religiosos que el establecimiento pone a disposición del paciente y sus familiares, en caso que así lo requieran.	5					
2.1f	Solicitar ejemplos de declaraciones de disposiciones en vida, testamento vital o similar, de forma de verificar que se respetan los deseos y preferencias del paciente y/o de las familias acerca del momento del fin de su vida.	1					

2.1g	Verificar que el establecimiento dispone de sistemas de vigilancia y seguridad (propio o contratado) para la prevención de delitos contra la propiedad y las personas (personal, paciente, familiares y público en general) que cuente con:	2				
2.1g	documentación avalatoria del sistema de seguridad y vigilancia (contrato, organigrama, etc.)	3				
2.1g	un responsable de su organización, designado como tal,	4				
2.1g	una coordinación,	5				
2.1g	Solicitar y verificar la existencia de un Programa de Capacitación al personal afectado a las tareas de seguridad y vigilancia y registro de la asistencia (Responder con el uso de la Planilla Capacitaciones).	6				
2.1h	Verificar que el sistema de recepción y resolución de inquietudes, denuncias, sugerencias y quejas esté claramente visible en todas las áreas de atención al público	1				
2.1h	Solicitar las normas activas de recepción y resolución de inquietudes, denuncias, sugerencias y quejas y verificar que:					
2.1h	Estén escritas	2				
2.1h	Estén aprobadas por la autoridad del establecimiento	3				
2.1h	Sean conocidas por el personal responsable de su cumplimiento	4				
2.1h	Estén disponibles al personal responsable de su ejecución	5				
2.1h	Cuenten con mecanismos de revisiones periódica .	6				
2.1h	y establecan:					
2.1h	cómo se las reciben,	7				
2.1h	quién las recibe,	8				
2.1h	cuál es el mecanismo de trámite hasta su resolución.	9				
2.1h	Verificar la existencia de un área definida a cargo del sistema	10				
2.1h	Solicitar la designación escrita del responsable del área específica (Responder con el uso de la Planilla Legajos)	11	L			
2.1h	Solicitar y verificar la existencia de un Programa de Capacitación al persona del área específica, en la gestión del sistema, relación con los usuarios y actividades conexas y el registro de la asistencia (Responder con el uso de la Planilla Capacitaciones)	12	C			

2.1i	Verificar la existencia de un protocolo sobre el proceso de donación y/o recepción de órganos, que establezca:	1					
2.1i	quiénes intervienen en este proceso,	2					
2.1i	qué procedimientos aplicarán	3					
2.1i	Solicitar documentación que acredite la vinculación formal con el INCUCAI en los casos en que el establecimiento participe activamente de los procedimientos de procuración y/o implante de órganos y tejidos.	4					
2.1j	Solicitar y verificar la existencia de un Código de Ética que regula las relaciones entre el personal del establecimiento (asistencial, administrativo, de apoyo, etc.) con los pacientes, sus familias y público en general.	1					
2.1j	Verificar que establezca pautas de conducta que respeten:						
2.1j	la individualidad	2					
2.1j	religion	3					
2.1j	raza	4					
2.1j	cultura	5					
2.1j	extracción socio-económica	6					
2.1k	Solicitar y verificar la existencia de un Programa de Capacitación al persona sobre los contenidos, interpretación y aplicación del Código de Ética y el registro de la asistencia (Responder con el uso de la Planilla Capacitaciones)	1	C				
2.1k	Verificar que el Código de Ética esté disponible para pacientes, familiares y público en general a través de diferentes canales y medios de comunicación (página web, correo electrónico, folletería, anuncios dis-puestos en sitios visibles de la estructura y otros).	2					
2.1l	Cuando corresponda, verificar la existencia de un Comité de Bioética o instancia similar, que supervisa el diseño de los protocolos, la instrucción del personal profesional y las condiciones en que se desarrolla la investigación en el establecimiento.	1					
2.1l	Solicitar la designación escrita del Comité de Bioética (Responder con el uso de la Planilla Legajos)	2					

2.1l	Solicitar y verificar la existencia de las actas de reuniones del Comité de Ética	3					
2.1m	Solicitar y verificar la existencia de un Programa de Capacitación al paciente y su familia, destinado a facilitar su colaboración en el proceso asistencial, que abarque la atención en ambulatorio, urgencias e internación (Responder con el uso de la Planilla Capacitaciones)	1	C				
2.1m	Verificar que dicho programa contemple:						
2.1m	información completa y exacta de la condición del paciente,	2					
2.1m	las necesidades diagnósticas terapéuticas,	3					
2.1m	el pronóstico,	4					
2.1m	la información que permita al paciente estar al corriente de la evolución de su caso	5					
2.1m	Solicitar y verificar la existencia de un Programa de Capacitación al personal para desarrollar una actitud educativa con los pacientes y sus familias, con el fin de que colaboren en el proceso de diagnóstico y tratamiento, especialmente con los que pueden presentar eventuales dificultades de comprensión. (Responder con el uso de la Planilla Capacitaciones)	6	C				
2.1n	Verificar que se contempla la distribución de material de educación para la salud referido a patologías prevalentes (diabetes, hipertensión, dislipemias, trastornos digestivos de distinto tipo) y recomendaciones generales (vacunación, alimentación saludable, vida sana), etc.	1					

2.2. Seguridad del paciente

Criterio	Preguntas Guía				OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
PROCESOS					
2.2a	Meta 1: Identificar correctamente al paciente				
2.2a	Verificar la existencia de una metodología para la identificación correcta y unívoca del paciente mediante: <i>(Las que no se realicen completar con</i>				

2.2a	Utilización al menos de dos identificadores, ninguno de los cuales es el número de cama o sala en la que se encuentra internado.	1					
2.2a	Unificación de códigos de identificación de vías venosas y arteriales, bombas de infusión, jeringas y otros productos médicos por los que se vehiculizan medicaciones.	2					
2.2a	Prohibición del uso de abreviaturas	3					
2.2a	Confirmación de la identidad del paciente previamente a la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.	4					
2.2a	Otra. (Especificar cual o cuales).	5					
2.2b	Meta 2: Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales						
2.2b	Verificar la existencia de una metodología para comunicación efectiva entre profesionales, en especial en los trasposos de atención, que procure:						
2.2b	Estandarizar la comunicación interprofesional	1					
2.2b	Mejora la recepción de órdenes verbales o telefónicas (aceptables sólo en casos de urgencia).	2					
2.2b	Verifica, coteja y avala todas las indicaciones	3					
2.2c	Meta 3: Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.						
2.2c	Verificar la existencia de actividades destinadas al control de los medicamentos de alto riesgo, mediante: <i>(Las que no se realicen completar con</i>						
2.2c	Un listado de medicamentos de alto riesgo en uso en el establecimiento,	1					
2.2c	Etiquetado de los medicamentos de forma inequívoca y con alertas, en especial aquellos cuyos nombres se ven u oyen de forma similar,	2					
2.2c	Correcto control de stocks,	3					
2.2c	Una metodología para el almacenamiento seguro de los medicamentos de alto riesgo,	4					
2.2c	Verificación de la forma farmacéutica y la vía de administración, preferiblemente con asistencia de otro profesional,	5					
2.2c	Otra. (Especificar cual o cuales).	6					
2.2c.1	Solicitar las normas activas respecto a la claridad de las indicaciones de medicamentos y verificar que:						
2.2c.1	Estén escritas	1					
2.2c.1	Estén aprobadas por la autoridad del establecimiento	2					
2.2c.1	Sean conocidas por el personal responsable de su cumplimiento	3					

2.2c.1	Estén disponibles al personal responsable de su ejecución	4				
2.2c.1	Cuenten con mecanismos de revisiones periódica .	5				
2.2c.2	Verificar la existencia de una metodología para la toma de conocimiento de la medicación utilizada por los pacientes en su pre-admisión y utilización de esta información durante la internación, que establezca que el médico tratante:	1				
2.2c.2	Recaba información de medicamentos utilizados por el paciente anteriormente a su admisión y la incorpora a la HC a efectos de ser tenidos en cuenta en la toma de decisiones	2				
2.2c.2	Informa claramente y de forma sencilla al paciente y/o sus familiares los medicamentos que indica durante la internación.	3				
2.2c.3	Solicitar y verificar la existencia de un vademécum al que se ajustan todas las prescripciones en internación y contenga todas las drogas que han sido autorizadas para su utilización en el establecimiento	1				
2.2c.3	Verificar que el vademécum sea de aplicación obligatoria, por lo cual ha sido autorizado por el Director Médico o por la máxima autoridad médica del establecimiento.	2				
2.2c.3	Solicitar una muestra de 20 HC de pacientes internados y cotejar si las prescripciones se ajustan al vademécum (Responder con el uso de la tabla M1)	3	HC			
2.2c.4	Verificar la existencia de un área u organismo responsable de la gestión del vademécum, que:	1				
2.2c.4	Esté designado. Solicitar la designación de los integrantes (Responder con el uso de la Planilla Legajos)	2	L			
2.2c.4	Tenga definida sus funciones.	3				
2.2c.4	Solicitar las normas activas de confección y actualización del vademécum y verificar que:					
2.2c.4	Estén escritas	4				
2.2c.4	Estén aprobadas por la autoridad del establecimiento	5				
2.2c.4	Sean conocidas por el personal responsable de su cumplimiento	6				
2.2c.4	Estén disponibles al personal responsable de su ejecución	7				
2.2c.4	Cuenten con mecanismos de revisiones periódica .	8				
2.2c.4	y establecan al menos las siguientes funciones:					
2.2c.4	Consensuar la composición con las diversas áreas asistenciales,	9				

2.2c.4	Establecer criterios para su confección y actualización permanente,	10					
2.2c.4	Evaluar la evidencia disponible acerca de la efectividad de los medicamentos que se propone incorporar	11					
2.2c.4	Actualizar periódicamente, proponiendo las altas, bajas y modificaciones de los componentes del listado	12					
2.2d	Meta 4: Garantizar cirugías correctas en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto.						
2.2d	Verificar la existencia de metodologías para garantizar cirugías correctas, mediante: <i>(Las que no se realicen completar con NA)</i>						
2.2d	Verificación de todos los procedimientos quirúrgicos mediante la Checklist establecida por la OMS, incluyendo la pausa prequirúrgica	1					
2.2d	Animar a los pacientes a involucrarse en sus propios cuidados.	2					
2.2d	Marcar el sitio correcto de cada cirugía previamente al inicio del procedimiento.	3					
2.2d	Otra. (Especificar cual o cuales).	4					
2.2e	Meta 5: Disminuir el riesgo de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud						
2.2e	Contestar con el cumplimiento del subestándar 4.3	1					
2.2e.1	Verificar la existencia de un programa de mejora de la adherencia al higiene de manos dirigido al personal, pacientes, familiares y público, que						
2.2e.1	La difusión de cartelería con las normas OMS sobre los 5 Momentos del Higiene de manos en todas las áreas asistenciales con o sin acceso a pacientes, familiares y público;	1					
2.2e.1	La exposición en lugares visibles al público de recomendaciones sobre higiene de manos	2					
2.2e.1	Actividades permanentes y periódicas de capacitación acerca de las normas OMS sobre los 5 Momentos del Higiene de manos dirigidas a profesionales, pacientes, familiares y público en general	3					
2.2e.1	La implementación de actividades de promoción en el Día Mundial del Higiene de manos (5/5);	4					
2.2e.1	La implementación de mediciones periódicas de la adherencia del equipo asistencial al higiene de manos según herramientas de la OMS;	5					

2.2e.1	La distribución de dispensadores de solución alcohólica al 70% en todas las áreas del establecimiento	6					
2.2f	Meta 6: Reducir el riesgo de caídas						
2.2f	Verificar la existencia de un protocolo de prevención del riesgo de caídas, mediante: (Las que no se realicen completar con NA)						
2.2f	La identificación y valorización del riesgo de cada paciente mediante el uso de cualquiera de las escalas validadas internacionalmente.	1					
2.2f	La incorporación a la HC del resultado de la valoración del riesgo	2					
2.2f	La implementación de las medidas de prevención indicadas según el nivel de riesgo detectado (alarmas visuales, medidas de protección, utilización de camas seguras, higiene de pisos	3					
2.2f	La actualización periódica del riesgo en base a la evolución del paciente	4					
2.2f	La asistencia al paciente por personal capacitado en situaciones de riesgo (baño, deambulación, traslados).	5					
2.2f	La Información a los familiares sobre el riesgo existente, causas y formas de prevenir las caídas así como valorar la asistencia y compañía de un familiar de acuerdo al riesgo	6					
2.2f	La notificación de cada incidente de seguridad y/o evento adverso relacionados con el riesgo de caída de un paciente.	7					
2.2f	Otra. (Especificar cual o cuales).	4					
2.2g	Meta accesoria: Prevenir las úlceras por presión y reducir su morbilidad.						
2.2g	Verificar la existencia de una metodología para la prevención de las UPP, mediante: (Las que no se realicen completar con NA)						
2.2g	Normas activas de prevención y tratamiento de las UPP y profesionales entrenados en ellas, manteniendo un registro de los casos con evaluación periódica de resultados.	1					
2.2g	La evaluación del riesgo de los pacientes e implementación de medidas preventivas, tendientes a reducir la posibilidad de la aparición de						
2.2g	Evaluar el riesgo de presentación de una UPP a través de la vigilancia constante del paciente y de la utilización de una escala de valoración;	2					
2.2g	Aplicar movilización permanente y cambios posturales;	3					

2.2g	Disponer de equipamiento para la reducción de la presión, como colchones inflables y otras superficies especiales de apoyo.	4					
2.2g	En presencia de UPP, la indicación de medidas terapéuticas que esten en relación con el estadio evolutivo y que se resumen en:						
2.2g	Establecer un programa nutritivo que favorezca el cierre de la úlcera	5					
2.2g	Proceder a la limpieza con desbridamiento periódico, tratamiento antibiótico en caso de infección, estímulo a la reepitelización, utilización de sistemas de vacío, etc.	6					
2.2g	Otra. (Especificar cual o cuales).	7					
2.2g	Solicitar y verificar el registro con la estadística de UPP.	8					