GESTIÓN CLÍNICA 1.3

Porcentaje de cumplimiento: 75%

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESCRIPCIÓN | REQUERIMIENTO | COMPLIMIENTO | OBSERVACIÓN |
| Se describe en documentos los procedimientos de:  1.- Instalación de catéter urinario.  2.- Instalación de vía venosa periférica.  3.- Administración de medicamentos EV.  4.- Inmunizaciones y cadena de frio.  5.- Curaciones complejas.  Y se han definido los responsables de su aplicación. | 1.- Documento de instalación de catéter urinario.  2.- Documento de instalación de vía venosa periférica.  3.- Administración de medicamentos EV.  4.- Inmunizaciones y cadena de frio.  5.- Curaciones complejas. | 1.-  2.-  3.-  4.-  5.- |  |
| Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento. | 6.- Indicador para cada protocolo. | 6.- |  |
| Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica. | 7.- pautas de supervisión. | 7.- |  |

GESTIÓN CLÍNICA 1.5

Porcentaje de cumplimiento: 75%

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESCRIPCIÓN | REQUERIMIENTO | COMPLIMIENTO | OBSERVACIÓN |
| Se describe en documento de carácter institucional el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica y se han definido los responsables de su aplicación. |  |  |  |

GCL 1.8

Porcentaje de cumplimiento: 75%

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESCRIPCIÓN | REQUERIMIENTO | COMPLIMIENTO | OBSERVACIÓN |
| Se describen en un documento de carácter institucional los procedimientos de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.  Se han definido los responsables de su aplicación. | 1.- Documento de trazabilidad de biopsias.  2.- Documento de trazabilidad de PAP. | 1.-  2.- |  |
| Se constata la trazabilidad de las biopsias. | 3.- Sistema de registro de trazabilidad. | 3.- |  |

GCL 2.2

Porcentaje de cumplimiento: 100%

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESCRIPCIÓN | REQUERIMIENTO | COMPLIMIENTO | OBSERVACIÓN |
| Se describe en un documento de carácter institucional el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención, que contempla al menos:  Eventos adversos y eventos centinelas a vigilar de acuerdo a realidad asistencial.  Sistema de vigilancia.  Procedimiento de reporte.  Se han definido los responsables de aplicación. | 1.- Documento | 1.- |  |
| Existen registros implementados y en uso para reporte de EA de acuerdo al sistema de vigilancia local. | 2.- Registros en cada área | 2.- |  |
| Se constata análisis de eventos centinela. | 3.- Registro de eventos centinelas. | 3.- |  |

GCL 3.1

Porcentaje de cumplimiento: 100%

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESCRIPCIÓN | REQUERIMIENTO | COMPLIMIENTO | OBSERVACIÓN |
| Se ha designado un profesional responsable de la prevención y control de IIH. | 1.- Decreto de encargada de IAAS. | 1.- |  |

GCL 3.2

Porcentaje de cumplimiento: 100%

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESCRIPCIÓN | REQUERIMIENTO | COMPLIMIENTO | OBSERVACIÓN |
| Se describe en documentos de carácter institucional las medidas de prevención de IIH que consideran:  1.- Precauciones estándar.  2.-Prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos (catéter urinario).  3.- Uso de antisépticos y desinfectantes.  Y se han definido los responsables de su aplicación. | 1.- Documento | 1.- |  |
| Se han definido indicadores y umbrales de cumplimiento. | 2.-indicador |  |  |
| Existe constancia de que se ha realizado la evaluación en forma periódica. | 3.- pautas de evaluación. |  |  |