

GUÍA para la presentación de documentos a la Comisión de Calidad

DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN

Servicio que lo presenta	Departamento de Salud de Castellón
Fecha de elaboración	Junio de 2015
Fecha de revisión	Junio de 2017

Autor/es	Carácter con que actúan
Mario Carballido Fernández	Secretario Comisión Calidad Resp. S ^o M. Preventiva y Calidad Asistencial
Pilar Andreu Solsona	Vicepresidenta Comisión Calidad Subdirectora Médico HGUCS

Servicios implicados en la Guía	Consensuado
Comisión de Calidad	SI

Gestión de modificaciones	Fecha

Vº Bº
Presidente Comisión Calidad

1. JUSTIFICACION

Una de las funciones de la comisión de calidad es la de revisar cualquier documento que deba ser aprobado para su uso en el Departamento con el fin de unificar criterios de elaboración y forma.

El Departamento de Salud de Castelló, debe disponer de protocolos actualizados, con antigüedad no superior a dos años, aprobados y validados por la Comisión de Calidad y por la Comisión de Dirección, conocidos y disponibles por el personal, incluidos los Residentes. Su validación debe ajustarse al procedimiento que se describe en este documento.

2. CIRCUITO PARA LA VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS POR LA COMISIÓN DE CALIDAD

El servicio o unidad del hospital o del centro de salud del Departamento que haya elaborado un documento para que sea revisado por la Comisión de Calidad para su aprobación, deberá seguir los siguientes pasos:

- 1º. El documento se elaborará siguiendo las directrices contenidas en el punto 3 de esta Guía.
- 2º. El documento se editará en formato de texto de Microsoft Word (archivos .doc ó .docx), de Open Office (compatibles con Word) o de Libre Office. En este mismo formato se remitirá por correo electrónico a la secretaria técnica de la comisión de calidad (comision.calidad.hgucs@gva.es), indicando una persona de contacto (nombre y apellidos, e-mail y teléfono)
- 3º. La Secretaría técnica de la Comisión de Calidad revisará el documento y comprobará que cumple con la norma que se describe en el punto 3 de esta Guía. En caso contrario, se devolverá al Servicio para que subsane los defectos.
- 4º. La secretaria técnica de la comisión colgará el documento, en formato .PDF, en la carpeta compartida ubicada en la siguiente ruta de la intranet:
L:_PROTOCOLOS Y GUIAS CLINICAS HGUCS\2_Documentos A VALORAR por Comisión de Calidad.
- 5º. El presidente y el secretario de la comisión de calidad asignarán la revisión de cada documento a dos vocales. La secretaria técnica (personal

administrativo) de la comisi3n les mandar3 un correo electr3nico comunicando que tienen un documento pendiente de evaluaci3n e informando de la persona de contacto del servicio que ha presentado dicho documento.

6º. Los revisores podr3n contactar con el servicio que ha presentado el documento para aclarar dudas o efectuar recomendaciones.

Se establece un plazo m3ximo de 15 d3as para que los vocales asignados emitan un informe de la revisi3n, seg3n el modelo que se adjunta en el anexo I. En cualquier caso, deber3 hacerse antes del d3a previsto para la reuni3n de la comisi3n.

El informe se remitir3 v3a e-mail a comision.calidad.hguacs@gva.es, con el visto bueno al documento o con las modificaciones a tener en cuenta, caso de que las haya.

7º. La secretar3a t3cnica de la Comisi3n, tambi3n por correo electr3nico, remitir3 al Servicio que ha presentado el documento las valoraciones efectuadas y las propuestas de modificaci3n.

8º. Si el Servicio modifica el protocolo lo volver3 a remitir por correo electr3nico a la secretar3a t3cnica de la comisi3n (comision.calidad.hguacs@gva.es).

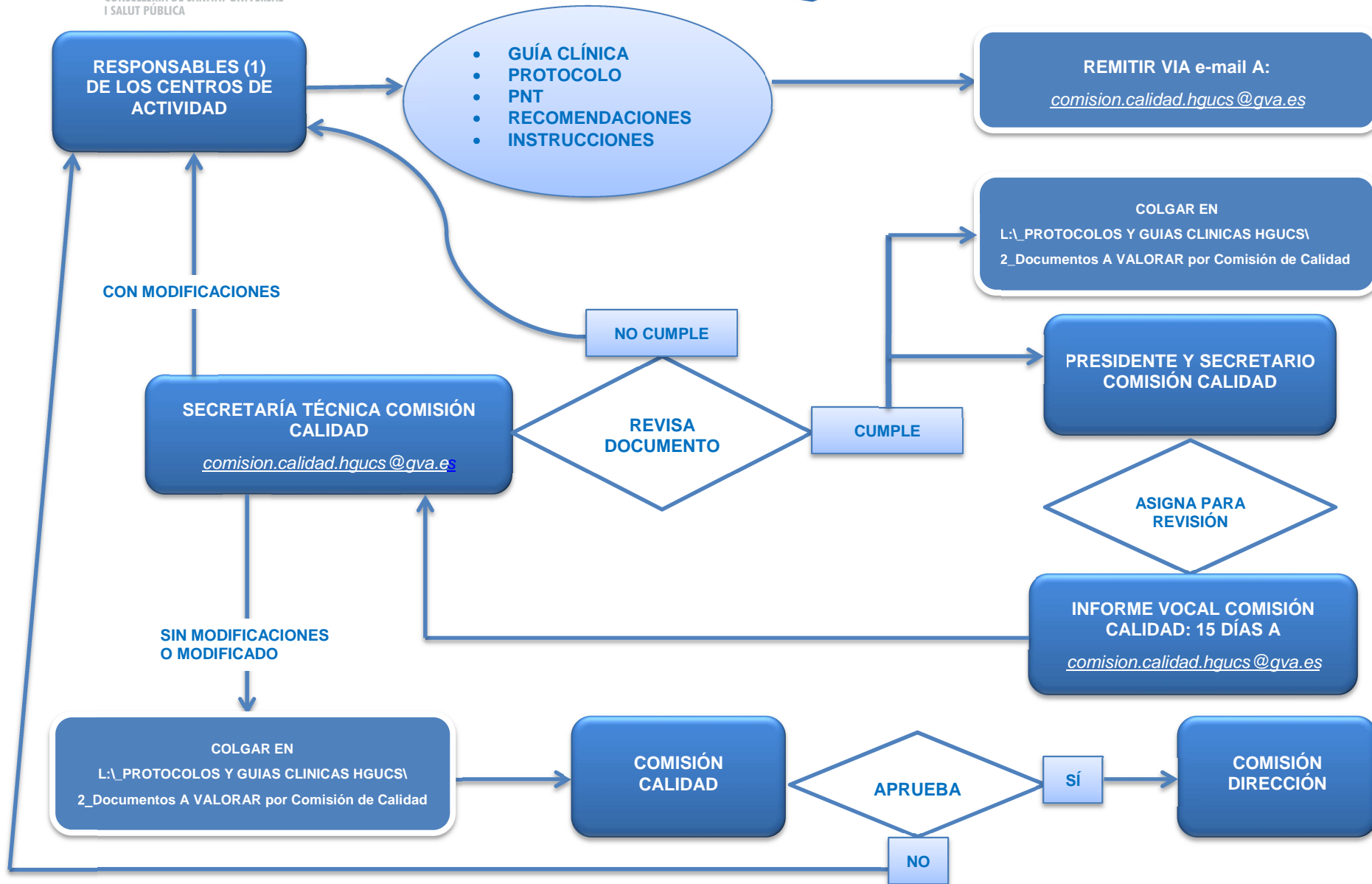
9º. La Comisi3n se reunir3 con car3cter ordinario una vez al mes (exceptuando los meses de verano). Se establece que en cada sesi3n se presentarn3 para su valoraci3n un m3ximo de diez documentos.

10º. Con el fin de facilitar el trabajo de los revisores, se establece que el n3mero m3ximo de documentos que puede presentar un mismo servicio para que sean valorados en la misma sesi3n de la Comisi3n, no puede ser mayor de tres.

11º. Para la valoraci3n de un documento, un miembro del servicio, unidad o centro que lo haya presentado deber3 personarse el d3a de la reuni3n para exponerlo brevemente (m3ximo 6 minutos) ante la Comisi3n.

12º. Se establece un procedimiento abreviado para aquellos documentos que se presentan para la aprobaci3n de su actualizaci3n sin que se hayan efectuado modificaciones en su contenido, siempre que hubiesen sido aprobados previamente por la comisi3n de calidad.

13º. Los documentos aprobados en la Comisi3n de Calidad se remitir3n a la Gerencia del Departamento para su validaci3n por la Comisi3n de Direcci3n.



3. DIRECTRICES PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS:

3.1. DOCUMENTOS EN GENERAL

- Todo documento debe estar elaborado en la plantilla para Guías y Protocolos del Departamento, que está disponible en la intranet del departamento, en la carpeta L:_PROTOCOLOS Y GUIAS CLINICAS\Plantillas, y que es la que encabeza el presente documento.
- Si se remite un documento de más de una página deberá paginarse en el borde inferior derecho.
- El tipo de letra utilizado será Arial, y el tamaño del texto 12.
- Margen izquierdo y derecho a 2,5 cm; margen superior a 3,5 e inferior a 2 cm
- Interlineado 1,5

3.2. DOCUMENTOS ESPECIFICOS

Distinguimos:

- Guía Clínica (GPC)
- Protocolo
- Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT)
- Recomendaciones/instrucciones

En su elaboración, se deben incluir los siguientes puntos:

- Carátula específica del tipo de documento que corresponda: GPC/ Protocolo/ PNT/ Instrucciones o Recomendaciones (Anexos 1-5)
- Índice. Introducción. Objetivos
- Recursos materiales y humanos
- Procedimiento de actuación
- Responsabilidades de cada puesto de trabajo (en el caso de los PNT)

- Bibliografía: detallada
- Referenciar links Permanentes: <http://www.webcitation.org/>

En la carátula, además de constar el tipo de documento, constará el Título, el Servicio que lo presenta, los autores, la fecha de presentación, fecha de revisión y si está o no consensuado y con qué servicios.

Asimismo se firmará en la carátula por el responsable del servicio, sección o unidad que lo presenta, o por el jefe de zona básica de tratarse de un protocolo de Atención Primaria. En caso de ser un documento consensuado entre servicios, lo firmarán todos los responsables de los servicios implicados, que así se comprometen a su difusión, aplicación y evaluación.

3.2.1. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)

Se puede definir como un **conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia científica disponible** y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes y ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar las decisiones adecuadas.

Dado que la Guía Clínica incluye la 'mejor técnica' que pueda emplearse, solo debe modificarse si existen argumentos sólidos de que otra alternativa es mejor. Esto solo debería hacerse excepcionalmente y la argumentación debería constar en la historia clínica.

3.2.2. PROTOCOLO

Documento dirigido a facilitar el trabajo clínico, elaborado mediante una **síntesis de información que detalla los pasos a seguir ante un problema asistencial específico. Está consensuado entre los profesionales, con carácter de "acuerdo a cumplir" y se adapta al entorno y a los medios disponibles.**

3.2.3. PROCEDIMIENTO NORMALIZADO DE TRABAJO (PNT)

Son documentos que describen de forma clara y sencilla la ***manera de realizar una operación, un proceso y las responsabilidades de las personas implicadas en el mismo.***

Es una secuencia de acciones que nos permiten ejecutar un proceso de la misma forma. Es un proceso relativamente rígido que admite pocas variaciones. Se aplica a equipos que siempre se manejan de la misma forma o a procedimientos clínicos muy concretos como una punción epidural, la limpieza de instrumental, etc. La estructura es muy variable pero debe ser muy concisa, es decir, no suele requerir explicaciones o argumentaciones.

1.1.1. RECOMENDACIONES E INSTRUCCIONES:

1.1.1.1. Recomendaciones: Consejo que se da a una persona por considerarse ventajoso o beneficioso.

1.1.1.2. Instrucciones: Conjunto de enseñanzas o datos impartidos a una persona o entidad. La instrucción puede brindarse en un marco de aprendizaje y de educación, o bien, con un propósito meramente funcional u operativo. Para que exista instrucción deben existir dos partes, de las cuales una será la instructora (es decir, la que posee conocimiento a transmitir, por ejemplo, el personal sanitario), y la otra será la instruida (la que recibe la enseñanza, por ejemplo un paciente).

Si se entregan a los pacientes deben indicar un teléfono o persona de contacto donde preguntar dudas.

ANEXO I
INFORME SOBRE LA REVISIÓN DE DOCUMENTO PRESENTADO A LA
COMISIÓN DE CALIDAD

D....., miembro de la Comisión de
Calidad del HGUCS, como revisor del documento

.....

Emite el siguiente INFORME:

SIN PROPUESTAS DE MODIFICACIÓN

PROPONE LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES:

- Indicar nº página/ párrafo/ línea y la modificación que se propone

ANEXO II: PROTOCOLOS: Circuito para su validación.

Resumen: El Departamento de Salud de Castelló, dispone de protocolos actualizados, con una antigüedad inferior a dos años, aprobados por la Comisión de Dirección, conocidos y disponibles por el personal, incluidos los Residentes, ajustándose para su validación al siguiente procedimiento:

