

UNIDAD DE COMPETENCIA	Preparar los materiales de la consulta, unidad y servicio, y procesar la información sanitaria
Nivel	2
Código	UC2254_2

Realizaciones profesionales y criterios de realización

RP 1: Realizar las operaciones de gestión de documentación, de información y económica de la consulta, unidad o servicio, en función de las necesidades de atención, de la tecnología disponible y del tipo de entidad responsable de la prestación sanitaria o sociosanitaria.

CR 1.1 La citación del paciente/usuario o de la paciente/usuario se realiza asignando fecha, hora y lugar, aplicando los criterios de prioridad, calendario y agenda establecidos por la institución, registrándose en el soporte correspondiente, (informático o de papel) y se comunica al paciente/usuario o a la paciente/usuario o acompañante, si procede, junto con las instrucciones a seguir en relación a la cita para garantizar la calidad del proceso de atención.

CR 1.2 Las historias clínicas de los pacientes/usuarios o de las pacientes/usuarios citados se solicitan al archivo con antelación comprobándose, al ser recibidas, que los datos de identificación se corresponden con los de la citación y que contienen la documentación necesaria para organizar la cita prevista, depositándose en los lugares establecidos en el protocolo correspondiente.

CR 1.3 La apertura de historia, registro de datos o actualización de éstos se realiza, si procede, en el caso de que el paciente/usuario o la paciente/usuario no tenga historia clínica, no figure en el registro o refiera una modificación de datos personales, siguiendo el protocolo correspondiente, para mantener actualizados los archivos de gestión de datos clínicos.

CR 1.4 Las peticiones de pruebas, informes, citas, interconsultas y otras comunicaciones, realizadas por o para otras unidades, servicios o centros y relacionadas con la asistencia a pacientes/usuarios o pacientes/usuarios, se tramitan (emisión, envío con registro de salida, reclamación si no se recibe, registro de entrada, incorporación en la historia clínica, entrega al destinatario) siguiendo los protocolos de comunicación, establecidos por la institución, con otras unidades, servicios o centros para garantizar la continuidad del proceso asistencial.

CR 1.5 La finalización de la consulta, asistencia o estancia del paciente/usuario o paciente/usuario en la institución, se notifica a los servicios centrales para proceder al acondicionamiento del espacio, arreglo de la consulta, unidad o servicio, conforme al protocolo establecido, participándose en la optimización de los recursos disponibles.

CR 1.6 La documentación del paciente/usuario o de la paciente/usuario se reúne, una vez terminada la consulta, asistencia o estancia en la institución, ordenando los archivos y registros contenidos en la historia clínica y comprobando previamente, en caso de tratarse de un alta, que están incluidos, el informe correspondiente y la documentación de enfermería para proceder a su remisión al archivo, previa autorización de la persona superior responsable.

CR 1.7 Los presupuestos, facturas y recibos, derivados de las actividades de asistencia sanitaria o socio-sanitarias de carácter privado, o servicios de proveedores, se emiten o reciben, según el caso, comprobando que contienen los datos de identificación contemplados en la normativa, haciéndose la anotación en el registro correspondiente, archivando el documento e informando a la persona superior responsable y al paciente/usuario o a la paciente/usuario o familiar, según proceda.

CR 1.8 La legislación sobre protección de datos se aplica en las actividades de gestión y actividades relacionadas con el paciente/usuario o la paciente/usuario, preservando la confidencialidad de los datos de carácter personal.

CR 1.9 El consentimiento informado, en los servicios de atención en que los protocolos lo requieran, se entrega al paciente/usuario o a la paciente/usuario de los servicios el documento previsto para su lectura y aceptación.

RP 2: Preparar la sala con el material, instrumental y equipos necesarios para garantizar el proceso de atención al paciente/usuario o a la paciente/usuario en instituciones sanitarias, gabinetes o consultas, instituciones socio-sanitarias, y en intervenciones de asistencia domiciliar programada.

CR 2.1 El material recibido se comprueba que coincide en cantidad y calidad con el solicitado.

CR 2.2 La sala se mantiene en condiciones de uso inmediato, comprobando que el mobiliario y las condiciones ambientales son las adecuadas para la consulta o asistencia.

CR 2.3 El material, instrumental y equipos para la consulta o actividad asistencial se distribuyen y preparan en función de la actuación prevista y las indicaciones del superior responsable, efectuando las revisiones de primer nivel de los equipos para verificar que se encuentran operativos, comprobando entre otros: sistemas de iluminación, equipos, sistemas y útiles de monitorización, aspiración, material e instrumental quirúrgico, sillón e instrumental odontológico.

CR 2.4 Los protocolos de puesta en marcha, apagado y mantenimiento diario del material y de los equipos del servicio/unidad/gabinete se desarrollan en función de las necesidades que presenta el equipamiento específico del área de trabajo.

CR 2.5 Las revisiones de los equipos y maquinaria por parte de los servicios técnicos especializados, se verifica que se ajustan a las necesidades y plazos establecidos, para garantizar la operatividad de los mismos.

CR 2.6 El material e instrumental utilizados en la consulta o actividad de asistencia domiciliar, se retiran y reponen, asegurando el nivel de existencias, cualitativa y cuantitativamente, para satisfacer las necesidades de atención y optimizar al máximo los recursos materiales disponibles.

CR 2.7 El material e instrumental para reposición y sustitución se almacena ordenado, en condiciones de conservación en cada caso, revisando su caducidad, registrando las entradas y salidas, controlando periódicamente las existencias y cursando las peticiones de reposición de acuerdo al volumen de almacén establecido y, en su caso, atendiendo a instrucciones de la persona superior responsable a fin de asegurar la continuidad de la actividad.

CR 2.8 La historia clínica del paciente/usuario o de la paciente/usuario se dispone en la sala, una vez comprobados los datos de filiación y verificada la existencia de la documentación precisa para garantizar el acto asistencial.

CR 2.9 El equipamiento propio de cada unidad/servicio o gabinete, se mantiene, con todos sus elementos y útiles, en estado de uso, limpiándose después de cada intervención y quedando en condiciones de uso para su siguiente utilización.

RP 3: Realizar el proceso de preparación y manipulación de los diferentes materiales de uso odontológico, según el protocolo y las normas de calidad establecidas.

CR 3.1 Las dosis utilizadas en la preparación de los distintos materiales de odontología conservadora y restauradora, tales como siliconas, alginatos, materiales para el sellado de fosas y fisuras, geles y barnices de flúor, materiales para pulido y blanqueamiento dentario, entre otros, se corresponden con las indicadas en los protocolos de trabajo.

CR 3.2 La preparación de los distintos materiales utilizados en cirugía odontológica, tales como materiales de impresión, cementos de uso dental y resinas autopolimerizables o fotopolimerizables, entre otros, se corresponden con las indicadas en los protocolos de trabajo.

CR 3.3 El procedimiento de preparación y manipulación de los materiales utilizados en técnicas de odontología conservadora y odontología intervencionista (batido, espatulado y mezclado, entre otros), se realiza en todas sus fases.

CR 3.4 Los materiales obtenidos se garantiza que se adecúan en textura y fluidez y son conformes a las indicaciones de calidad expresadas por el facultativo o la facultativa, encontrándose disponibles para su uso en el momento preciso.

RP 4: Establecer las comunicaciones con otras unidades o servicios del centro o institución y con unidades u organizaciones externas, cuando así proceda, de acuerdo a los protocolos y a los criterios de calidad establecidos, garantizando un proceso de atención integral al paciente/usuario o a la paciente/usuario.

CR 4.1 El registro de la petición y los servicios solicitados a otras unidades se realiza conforme a protocolos, reclamándose, en caso de demora, de acuerdo a los ritmos de trabajo establecidos por el centro.

CR 4.2 Los informes y pruebas recibidas se identifican, anotando la fecha de recepción y notificándose al superior correspondiente, procediéndose a su incorporación en las historias clínicas, responsabilizándose de que los documentos permanezcan en el expediente y archivo asignado.

CR 4.3 Los trabajos solicitados a otras organizaciones externas se identifican, anotando la fecha de recepción y notificándose al superior, procediéndose a su vinculación a las correspondientes historias clínicas, responsabilizándose de que los trabajos permanezcan en el almacén establecido hasta la prueba o entrega al usuario/paciente.

CR 4.4 La información solicitada por otras unidades, se remite en la forma y plazos previstos, previa autorización de la persona superior responsable, registrándose previamente los datos concernientes a la solicitud.

CR 4.5 Las observaciones al responsable del plan de cuidados de enfermería se realizan, colaborando con éste, en el proceso de elaboración del informe de alta de enfermería.

CR 4.6 La información a la unidad central o al departamento de admisión, según proceda, del alta hospitalaria o institucional del paciente/usuario o de la paciente/usuario del servicio se realiza de acuerdo a los procedimientos y normas internas del centro.

CR 4.7 Los protocolos clínicos normalizados de trabajo se elaboran en colaboración con el resto de los miembros del equipo interdisciplinar.

RP 5: Realizar operaciones vinculadas con la programación de la consulta, unidad o servicio y en el seguimiento del plan de prevención de riesgos, colaborando con la persona superior responsable.

CR 5.1 La utilización de los recursos materiales dentro de su área de actividad se optimiza, participando en el aseguramiento de la calidad del servicio.

CR 5.2 La programación de su área de actividad/responsabilidad se cumple atendiendo a los plazos establecidos en la institución para satisfacer las necesidades de asistencia.

CR 5.3 Los riesgos asociados a cada área de trabajo, se detectan para prevenirlos o minimizarlos, mediante la adopción de medidas específicas de profilaxis, utilización de equipos de protección personal, métodos de aislamiento del entorno y uso de métodos de desinfección y esterilización de materiales, instrumental y equipamiento, según proceda.

CR 5.4 Las situaciones de emergencia o accidente se detectan para garantizar la actuación inmediata de activación del sistema de emergencias y, en caso preciso, participar conforme a los protocolos establecidos en la resolución de la situación de emergencia y/o accidente laboral en el área de trabajo específica.

RP 6: Colaborar en la prevención de posibles riesgos secundarios, relacionados con las pruebas diagnósticas o con la realización del acto asistencial.

CR 6.1 A los pacientes/usuarios o a las pacientes/usuarioas en la sala de espera, se le comunica a través de información verbal y escrita, la necesidad de informar al personal sanitario sobre un posible embarazo, para adoptar las medidas oportunas ante futuras exploraciones radiológicas.

CR 6.2 Los mandiles de protección radiológica, se proporcionan al paciente/usuario o a la paciente/usuarioa en la realización de radiografías, cuando sus características o circunstancias individuales así lo aconsejen (edad, embarazo u otras).

CR 6.3 Los elementos protectores utilizados para la realización del acto asistencial, tales como gafas, baberos u otros, se proporcionan al paciente o usuario para minimizar o evitar posibles riesgos asociados.

CR 6.4 La utilización de medidas de autoprotección se adopta en la realización de radiografías, advirtiendo de la próxima ejecución al resto del personal sanitario que se encuentre en la sala.

CR 6.5 La utilización de medidas de protección se adopta en caso de manejo de determinados materiales de uso diagnóstico o terapéutico que puedan entrañar riesgos derivados de la manipulación de los mismos.

CR 6.6 La aplicación de las medidas preventivas se adoptan en caso de que el paciente/usuario o la paciente/usuario refiera antecedentes de alergia al látex, para garantizar la ausencia de contacto entre éste y dicho material.

Contexto profesional

Medios de producción

Sistemas informáticos de gestión. Ficheros, dietarios, protocolos, libros de contabilidad y de control de almacén. Calculadora. Historia clínica. Historia social. Hoja de consentimiento informado. Impresos y fichas de registro de datos. Fichas de peticiones. Material e instrumental médico quirúrgico. Lencería. Camillas. Contenedores. Equipos protectores, gafas, baberos, mandiles. Material de limpieza. Desinfectantes. Instrumental y material desechable y no desechable. Material, indumentaria e instrumentación de exploración, diagnóstico e intervención operatoria (odontológico entre otros). Material de recogida y transporte de muestras. Contenedores de eliminación de residuos. Neveras. Materiales de cura.

Productos y resultados

Albaranes. Historias clínicas. Citaciones y registros de pacientes/usuarios o pacientes/usuarioas. Datos de identificación y petición. Informe de enfermería realizado al alta. Presupuestos y facturas. Material e instrumental listo y ordenado. Listados de trabajo. Inventarios. Almacén ordenado. Registro de control de existencias. Registro de mantenimiento de equipos. Material distribuido. Instrumental preparado. Fichas de registro dentales. Operaciones de gestión de documentación, información y económica de la consulta, unidad o servicio, de la prestación sanitaria o sociosanitaria, realizadas. Preparación de la sala, material, instrumental y equipos sanitarios. Proceso de preparación y manipulación de material de uso odontológico realizado. Comunicaciones con otras unidades o servicios del centro o institución y con unidades u organizaciones externas establecidas. Operaciones vinculadas con la programación de la consulta, unidad o servicio y en el seguimiento del plan de prevención de riesgos, realizadas. Operaciones de prevención de riesgos secundarios, relacionados con las pruebas diagnósticas o con la realización del acto asistencial, realizadas.

Información utilizada o generada

Catálogos y listado de productos, materiales, instrumental y aparatos. Normas de almacenamiento y conservación. Protocolos normalizados de trabajo. Manuales técnicos de manejo y mantenimiento de equipos y materiales. Albaranes y facturas. Inventarios. Aplicaciones de registro manual y/o informático. Protocolos normalizados de sistemas de archivo y actualización de la documentación. Historias, fichas clínicas y consentimientos informados. Protocolos y Plan de prevención de riesgos. Normativa comunitaria, estatal y en su caso autonómica sobre: Ley General de Sanidad. Ordenación de profesiones sanitarias. Protección de datos de carácter personal. Prevención de riesgos laborales, así como su reglamento y normas de aplicación. Autonomía del paciente o de la paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.