

GUÍA BÁSICA DE SEGURIDAD CLÍNICA Y CALIDAD ASISTENCIAL

ASPECTOS CLAVE PARA
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL



Nuestro compromiso, seguir siendo un referente

Hospital  **quirónsalud**
Barcelona

MISIÓN, VISIÓN, CALIDAD y MEJORA CONTINUA

Cuál es la misión del grupo Quirónsalud

Nuestra misión es cuidar la salud y el bienestar de las personas poniendo a su disposición servicios sanitarios de máxima calidad, seguros, accesibles, eficientes y satisfactorios con una moderna estructura hospitalaria y unos avanzados medios tecnológicos. Creemos que el eje en torno al que debe girar toda nuestra actividad es la persona. Por eso somos la salud persona a persona.

Visión del grupo Quirónsalud

Seguir siendo el grupo hospitalario líder en España y un referente a nivel europeo, crear una entidad sólida, tener una red eficiente de centros y hospitales, gestionar los centros creando valor para la compañía y para la sociedad, promover la innovación, la investigación y la docencia, buscar la mejora constante de la calidad en el equipamiento tecnológico, humano y asistencial de todos nuestros centros y cuidar y preservar el entorno que nos rodea, a través de iniciativas medioambientales y de Responsabilidad Social Corporativa.

Pilares estratégicos del Hospital Quirónsalud Barcelona

Los pilares estratégicos constituyen el valor diferencial del hospital y desde sus inicios son el marco ante el cual se fijan los objetivos anuales. Nuestros tres pilares fundamentales son: **Salud, Experiencia de Paciente** dentro del marco de la **Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente y Eficiencia**, con un catalizador **que es la Transformación Digital**.

Qué es la Joint Commission International (JCI)

Es la organización más importante del mundo sobre seguridad del paciente y mejora continua en la calidad asistencial. La JCI otorga su acreditación (sello dorado) a las instituciones sanitarias que cumplen con los protocolos más exigentes de calidad y seguridad de los pacientes. Está basada en evidencia científica y en recomendaciones de expertos a nivel internacional sobre buenas prácticas, aportando a la organización una forma de trabajar que afecta a todas las áreas, a todos los procesos (tanto asistenciales como de soporte) y a todos los profesionales.

Qué es la calidad y quién forma parte de los procesos de mejora continua

La calidad es la medida por la cual se evalúan los servicios que prestamos a nuestros pacientes para mejorar los resultados de salud deseados. Todos formamos parte del proceso de calidad y mejora continua, nuestro trabajo debe ser seguro, efectivo, oportuno, eficiente, equitativo y centrado en las personas y su salud.

Indicadores de calidad

El hospital dispone de un sistema de monitorización continua de los procesos a través del cual se obtiene información para la mejora.

Todos los procesos tienen indicadores asociados y periódicamente se analizan para ver la evolución. Ante desviaciones importantes o prolongadas en el tiempo, se ponen en marcha acciones correctivas que nos ayuden a reconducir la situación.

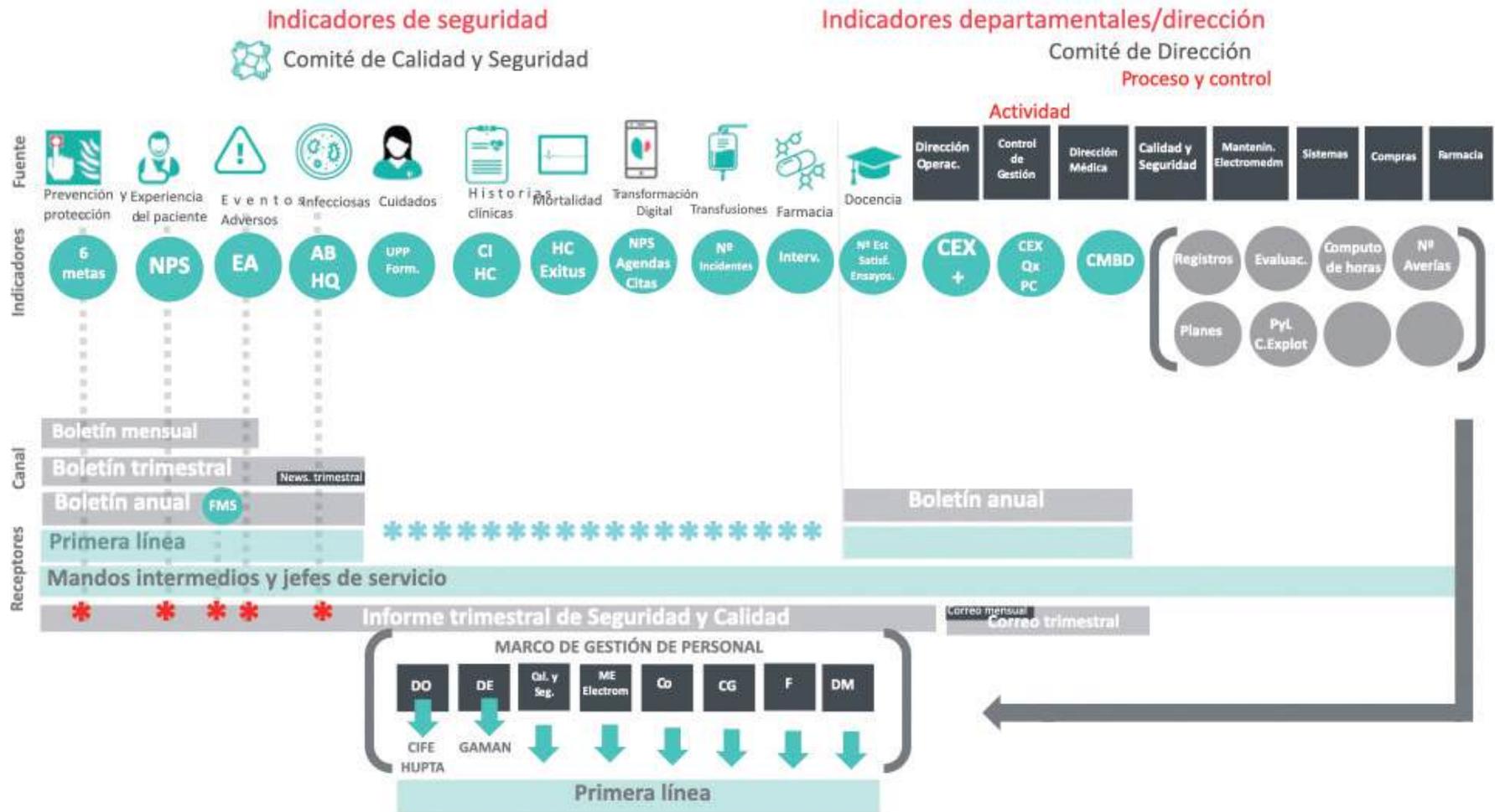
Los datos se manejan desde el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente y son revisados junto a los responsables de cada proceso.

Dada la importancia de los OBJETIVOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (JCI), cada uno de estos objetivos o metas internacionales tiene asociados uno o más indicadores que nos permiten tener el control sobre procesos clave. Algunos ejemplos de estos indicadores son los siguientes:

- % de cumplimiento del proceso de **identificación inequívoca de pacientes** → **Objetivo 1**
- % de cumplimiento del proceso de **comunicación efectiva** → **Objetivo 2**
- Indicadores relacionados con **medicamentos de alto riesgo** → **Objetivo 3**
- **% de check list quirúrgico** correctamente cumplimentado → **Objetivo 4**
- % de Adherencia a **Higiene de Manos** → **Objetivo 5**

Existen diferentes Cuadros de Mando que son analizados en el Comité de Dirección del hospital y difundidos a los responsables.

Estructura de comunicación de indicadores



Los indicadores se difunden trimestralmente a través de posters informativos que se cuelgan en las unidades. Además, se publican boletines sobre temas de seguridad del paciente e infecciones. Es muy importante conocer estos datos.

Otros indicadores que se monitorizan están relacionados con la Experiencia del Paciente (NPS), la seguridad de las instalaciones, los procesos diagnósticos, etc.

Las diferentes comisiones asistenciales que existen en el hospital manejan también indicadores sobre eventos adversos, mortalidad no esperada, control y prevención de la infección, gestión del medicamento, etc.

Estructura de los Comités y Comisiones en el hospital

Los comités y comisiones son grupos multidisciplinares de profesionales que trabajan conjuntamente para mejorar procesos y circuitos. En definitiva, para ofrecer una atención con la máxima calidad asistencial y una buena experiencia para todos nuestros pacientes.

Actualmente están activos los siguientes grupos:

- Comisión de Seguridad del Paciente
- Comisión de Prevención y Control de la Infección
- Comisión de Experiencia Paciente
- Comisión de Farmacia
- Comisión de Documentación Clínica
- Comité de Transformación Digital
- Comisión de Mortalidad
- Comisión de Transfusiones
- Comités de Tumores
- Comité de Medioambiente
- Comité de Seguridad de la Información
- Comité de Seguridad y Salud

Boletín Informativo de Seguridad del Paciente. quirónsalud.com

La herramienta de notificación de incidentes nos ofrece una oportunidad para aprender, mejorar y prevenir su repetición y de manera NO punitiva.

Es importante notificar todos los incidentes de seguridad (con o sin daños) relacionados con el paciente.

La herramienta se ha actualizado y la categorización de los incidentes se ha simplificado. Incluye un tipo de consecuencia al paciente, en lugar de tener que elegir entre 5 categorías diferentes. A la vez, a partir de ahora se seleccionará entre 4 categorías: menor o paracompartimento, o riesgo, el detalle de la consecuencia. Esto permitirá realizar una selección más rápida y sencilla.

Por otro lado, se ha ampliado la clasificación de los incidentes relacionados con la investigación de manera que ahora incluye los incidentes a lo largo de todo el proceso de manejo del medicamento (desde el almacenamiento hasta su administración).

Por último, para la categoría de incidentes relacionados con los dispositivos médicos/equipo se han diferenciado los incidentes relacionados con el equipamiento médico de los relacionados con los productos venturados.

Acciones de Mejora:

- SOLUCIONES HIDROLÓGICAS (STERILISUM MED)**
Durante las rondas de observación de higiene de manos y tras hablar con profesionales se detectó que había un número elevado de profesionales que utilizaban soluciones alternativas al aplicar la solución hidroalcohólica durante la jornada laboral. Por lo tanto, la higiene de manos no se realizó correctamente en los momentos decisivos para la OHS. Se decidió cambiar a Sterilium MED, una solución antiseptica hidroalcohólica de manos para la desinfección higiénica y quirúrgica de las manos, sin colorantes ni perfumes y especialmente adecuada para manos con piel sensible.
- SEÑALIZACIÓN ZONAS DE RIESGO EN DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN**
Actualización de la señalización y categorización:
• Zona 1: zona de libre acceso, para público y personal.
• Zona 2: zona restringida. Ventanas.
• Zona 3: zona de acceso restringido: control estricto y potencialmente peligrosa con material electromagnético.
• Zona 4: zona de acceso restringido: sala de la resonancia.
- ACTUALIZACIÓN PROTOCOLO CARRIO DE PAÑOS ADULTO, CARRIO ADULTO - PEDIÁTRICO, CARRIO UCI**
Se ha revisado por parte del grupo de trabajo, el contenido de la medicación y el material de los carros de paños según necesidades ante una emergencia en el hospital. En el caso del carro de la UCI se ha añadido el termoprotector.

Hospital Quirónsalud
Barcelona

- Comisión de Obras
- Comisión morbimortalidad obstétrica
- Comisión URA
- Comisión RSC
- Comisión de urgencias
- Comisión de Garantía Radioterápica y Medicina Nuclear.
- Comisión Gestión de dosis.
- Comisión de ética asistencial



Objetivos para la mejora continua

Anualmente cada Dirección, Área, Departamento y Servicio Médico define sus objetivos. Estos objetivos son siempre de mejora y están alineados con los del Territorio y los de Corporativo. El objetivo común a todos es trabajar las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Dónde encontrar la DOCUMENTACIÓN: procedimientos, manuales, protocolos y registros del Hospital

PROTOCOLOS

Toda la documentación que se genera en el Hospital, documentos, procedimientos, formatos y protocolos del Sistema de Gestión se encuentran en una carpeta llamada **PROTOCOLOS HOSPITAL**, que está ubicada en los escritorios de todos los ordenadores del Hospital.



Dentro de la propia carpeta existe una subcarpeta que contiene una **GUIA BREVE** que explica cómo realizar la búsqueda de documentos y varios índices para facilitar dicha búsqueda.

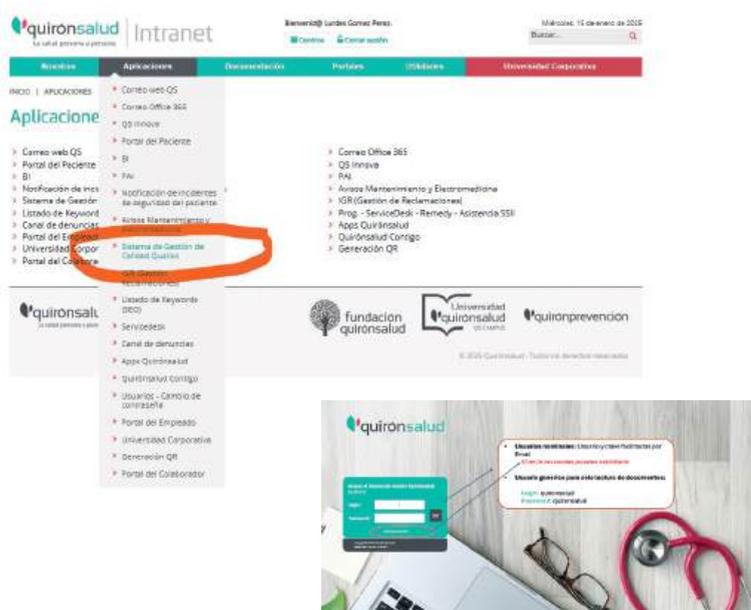
Además, podemos encontrar otra subcarpeta vídeos explicativos de cada una de las **METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** en los que intervienen profesionales de nuestro hospital.

QUALIOS

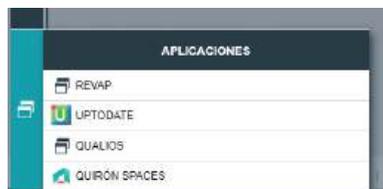
Otra herramienta importante accesible desde cualquier ordenador es **QUALIOS**, donde se pueden consultar acciones de mejora e indicadores de calidad. Se puede acceder a través de estas vías:



- **INTRANET CORPORATIVA.** Estas son las claves:



- **Casiopea**



OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los 5 Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente

1. Identificación inequívoca del paciente.
2. Comunicación efectiva.
3. Mejora de la seguridad de los medicamentos de alto riesgo (MAR).
4. Garantizar una cirugía segura: Paciente, procedimiento y lugar correctos.
5. Disminución del riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

IPSG 1. Identificación inequívoca del paciente

La manera correcta de identificar al paciente es a través de dos identificadores inequívocos:



Nombres y apellidos + fecha de nacimiento

- Para **ADMISIONAR** a un paciente siempre se le solicitará nombre y apellidos y se comprobará con el DNI.
- **ATENCIÓN** En **PROCESOS ASISTENCIALES DETERMINADOS** en los que se preguntará siempre nombre y apellidos y fecha de nacimiento y se comprobará con la pulsera identificativa. Estos son:
 - Antes de un procedimiento quirúrgico
 - Antes de la realización de una prueba
 - Antes de realizar una extracción para analítica
 - Antes de realizar un traslado
 - Antes de realizar una transfusión sanguínea
 - Antes de la administración de nutrición parenteral
 - Antes de suministrar una medicación de alto riesgo
- **ÁREA PEDIÁTRICA:** siempre se deberán comprobar los datos con uno o con ambos progenitores o responsables del menor. Asimismo, se comprobará la pulsera de RN.

Todo este proceso detallado está recogido en el protocolo **BCN3.7/IT15 IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES (IPSG.1)**, junto con anexos específicos como el de la identificación del recién nacido, o la identificación de pacientes cuando por algún motivo no se puede interactuar con el paciente para comprobar su identidad.



IPSG2. Comunicación efectiva

Comunicación verbal y/o telefónica entre profesionales



La comunicación verbal (órdenes verbales) debe ser, como norma general, evitada en todos los casos en que sea posible. Solamente debe utilizarse en situaciones urgentes y el proceso a seguir es el siguiente:

- **Paso 1.** El emisor y receptor deben identificarse con nombre, apellido, cargo y servicio (no hablamos con un Servicio, hablamos con un profesional concreto).
- **Paso 2.** El receptor debe registrar por escrito la información recibida por el emisor, firmando e indicando hora y nombre del emisor.
- **Paso 3.** El receptor deberá leer en voz alta la prescripción y el emisor confirmar que lo leído y registrado es correcto.

Tan pronto como sea posible, la orden verbal debe quedar registrada por escrito en la historia clínica del paciente (ver protocolo **BCN3.7-IT17 ORDEN VERBAL DE MEDICACIÓN (IPSG.2/MMU4.2)**).

Comunicación de resultados críticos de pruebas de laboratorio, Diagnóstico por la imagen, Medicina Nuclear, Anatomía Patológica o Endoscopia Digestiva y Hemodinámica

Como norma general un resultado crítico es informado al médico que solicitó la prueba. Si no se localiza al médico, se informa telefónicamente a la enfermera/o responsable del paciente. La metodología a seguir para dar el mensaje está recogida en el protocolo **CORP 3.6/P9 EFECTIVIDAD DE LA COMUNICACIÓN VERBAL. COMUNICACIÓN EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTE.**

- Paso 1: El emisor debe identificarse con nombre y apellido, cargo y servicio.
- Paso 2: El receptor debe identificarse de igual forma.
- Paso 3: Se indicará que se trata de un caso urgente que tiene que ver con una valor crítico de una prueba de un paciente, con nombre, dos apellidos y fecha de nacimiento de este.

Para cada área hay protocolo específico de cómo proceder y de los valores de resultados críticos.

- BCN13.6-IT1 Transmisión de resultados críticos o potencialmente graves. Servicio de endoscopia digestiva. (IPSG.2.1)
- BCN13.7-IT1 Transmisión resultados críticos o potencialmente graves en Hemodinámica Cardíaca (IPSG.2.1)
- BCN16.1-IT1 Transmisión resultados críticos o potencialmente graves en DPI (IPSG.2.1)
- BCN16.2-IT1 Registro resultados críticos o potencialmente graves en M. Nuclear
- BCN19.7-IT2 Transmisión resultados críticos o potencialmente graves en patología quirúrgica y citología (IPSG.2.1)
- BCN19.9-IT1 Valores Críticos Laboratorio (IPSG2.1)
- HD19.9-P1 Comunicación resultados críticos Laboratorio (IPSG2.1)



Transferencia de la información de los pacientes hospitalizados durante los cambios de turno o entre profesionales de diferentes servicios.

Para mejorar la una mejora del traspaso de información entre servicios o dentro del equipo disponemos de se realiza es con una metodología estandarizada denominada **SABER** que se utiliza en todo el hospital:

Situación.

Alergias/Aislamientos.

Background (antecedentes).

Evaluación

Recomendaciones y plan.

Todo el proceso está recogido el protocolo **BCN11/P1/IT40 BCN11-P1-IT40 Cambio de turno y transferencia de pacientes (IPSG.2.2)**.

| Modelo de comunicación estructurada con el fin de proporcionar información, y asegurando su correcta transferencia. | | |
|---|-------------------------------|---|
| S | SITUACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> Identificación de paciente Médico responsable Motivo ingreso |
| A | ALERGIAS/ AISLAMIENTOS | <ul style="list-style-type: none"> Alergias Aislamientos |
| B | BACKGROUND | <ul style="list-style-type: none"> Antecedentes |
| E | EVALUACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> Estado del paciente Signos y síntomas Constantes vitales a destacar Cambios y/o complicaciones Riesgos detectados Soporte familiar |
| R | RECOMENDACIONES Y PLAN | <ul style="list-style-type: none"> Pruebas pendientes Indicaciones terapéuticas Cuidados relevantes Medicación pendiente Interconsultas pendientes Previsión del alta |

La insuficiente o inadecuada transmisión de información es una de las causas raíz más comunes de los incidentes de seguridad del paciente.

IPSG 3. Mejora de la seguridad en el uso de los medicamentos de alto riesgo (MAR).

Medicamentos de alto riesgo (MAR)

Son medicamentos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Los protocolos **BCN18-IT4 PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO (IPSG.3)** y el **BCN18/IT3 MANEJO SEGURO DE ELECTROLITOS CONCENTRADOS** describen las prácticas seguras de utilización y manejo.

Todas las ubicaciones que contengan medicamentos de alto riesgo están identificadas con una etiqueta roja de alerta.

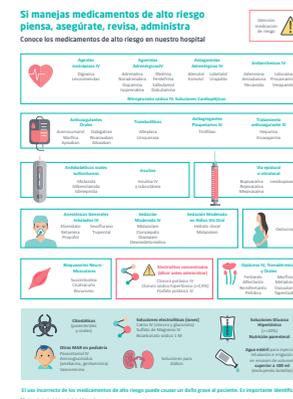
Esta medicación se almacena en módulos independientes al resto de medicación siempre que sea posible y bajo llave.



En las unidades asistenciales hay disponibles posters con la medicación de alto riesgo.

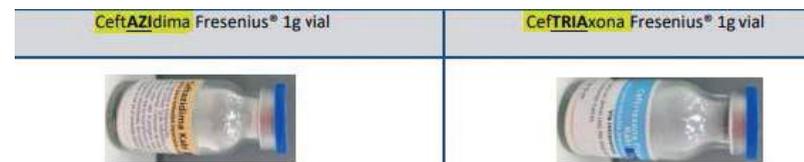
Ejemplos de MAR en el hospital:

- Soluciones de electrolitos concentrados
- Agentes inotrópicos IV
- Agonistas adrenérgicos IV
- Anticoagulantes orales.
- Anestésicos generales inhalados e IV
- Heparina y otros anticoagulantes parenterales
- Antagonistas adrenérgicos IV
- Trombolíticos
- Antiagregantes plaquetarios



Medicamentos LASA

Son medicamentos con nombre y/o apariencia similar (LASA = look-alike, sound-alike). Es importante identificarlos, localizarlos y diferenciarlos para evitar errores de medicación en algún punto de la cadena de utilización.



Para la diferenciación de los medicamentos con nombre similar se utiliza la técnica de "tall man letters" que consiste en destacar con mayúsculas las letras de los nombres que son distintas, como, por ejemplo:

DOBUTamina **DOP**amina, **eFED**rina **ePIN**efrina

Los medicamentos de aspecto similar siempre deben estar ubicados lo más separados posible dentro del área de almacenamiento.



IPSG 4. Asegurar la cirugía o el procedimiento seguro. “Reduce errores en el quirófano”

¿Para qué sirve?

Para reducir errores y garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento y el paciente correcto.

Cómo garantizamos que una cirugía o un procedimiento invasivo sea seguro.

Se hace a través de:

- **El marcado del sitio quirúrgico (en negro y con una flecha).** Lo hace el cirujano principal con el paciente despierto en todas las intervenciones y procedimientos invasivos. Puede realizarse en la cama del paciente (área de Hospitalización) o en el área de preanestesia dentro del Bloque Quirúrgico.
- **La lista de verificación de cirugía segura (check-list).** Es un registro que debe cumplimentarse obligatoriamente en todo paciente sometido a procedimiento quirúrgico o invasivo y forma parte de su Historia Clínica.

Se divide en tres fases y cada una debe llevarse a cabo antes de continuar con el procedimiento. Las 3 fases quedaran registradas en la HC por el/la circulante pero los cirujanos y anestesistas son responsables de cada fase. Debe hacerse en voz alta.

- **Fase de Entrada.**
- **Pausa Quirúrgica (Time Out).**
- **Fase de Salida (Sign Out).**



Todas estas comprobaciones deben quedar registradas en Casiopea, en el formulario correspondiente y es muy importante que se comprueben y se registren todos y cada uno de los ítems.

El cirujano es el máximo responsable de la seguridad del paciente en el quirófano.



IPSG 5. Disminución del riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria. “Ayuda a la reducción de infecciones”

La HIGIENE DE MANOS es una de las medidas preventivas MÁS efectivas para disminuir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención sanitaria. En el Hospital Quirónsalud Barcelona seguimos las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades) para el proceso de lavado de manos y están implementadas en todas las áreas.



La Higiene de manos debe realizarse tanto para proteger al paciente como para protegernos a nosotros mismos y nuestro entorno.

Los 5 momentos de la higiene de manos. Técnica.

- Antes de tocar a un paciente
- Antes de una tarea aséptica
- Después de la exposición a líquidos orgánicos o fluidos corporales
- Después del contacto con el paciente
- Después del contacto con el entorno del paciente



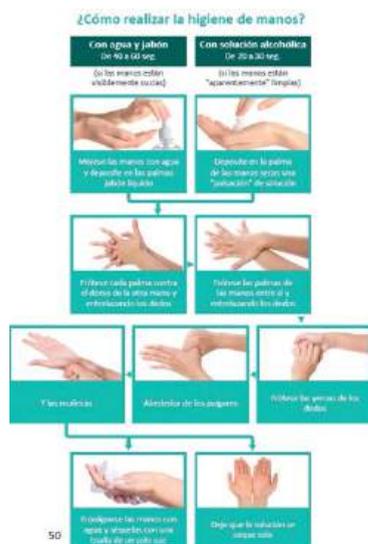
El BCN3.7-GM1 Manual de higiene de manos y el BCN3.7-IT21 Plan de acción Higiene de manos contienen toda la información al respecto.



Las técnicas de higiene de manos son 2:

- Con solución alcohólica (Técnica que dura de 20 a 30 segundos).
- Con agua y jabón (Técnica que dura de 40 a 60 segundos)

La solución alcohólica se encuentra en el punto de atención del paciente, en los pasillos y en todos los carros de curas o medicación.



Cerca de todos los dispensadores de gel hidroalcohólico del centro y en los puntos de lavado de manos hay carteles explicativos de la técnica de higiene de manos correspondiente.

La higiene de manos con agua y jabón es de primera elección cuando las manos están visiblemente sucias y en la asistencia a pacientes diagnosticados con infección por *Clostridium difficile*.

Medidas de aislamiento para prevenir infecciones asociadas a la atención sanitaria

Las medidas de aislamiento es la incorporación de elementos barrera que protegen de enfermedades transmisibles a pacientes, visitantes y personal.

Su función es cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso, disminuir la incidencia de infección nosocomial y controlar brotes.

Hay carteles informativos disponibles en varios idiomas que se colocan en las puertas de las habitaciones de pacientes que necesitan aislamiento, para advertir tanto a profesionales como a familia y visitas.

Disponemos de **2 habitaciones en planta**, **2 boxes en UCI**, **1 box en UCIN** y **1 box en Urgencias con presión negativa** para pacientes que precisen aislamiento por aire.

- **Aislamiento aéreo** (TBC pulmonar activa, sarampión, varicela).
- **Aislamiento por gotas** (influenza, parotiditis, SARS, meningitis, tosferina, rubeola).
- **Aislamiento por contacto** (bacterias multirresistentes, hepatitis A, EDA, Clostridium difficile, sarna).
- **Aislamiento protector** (pacientes neutropénicos, con terapia inmunosupresora o pacientes con estado inmunológico comprometido).



También disponemos de hojas informativas para algunos tipos de aislamiento.

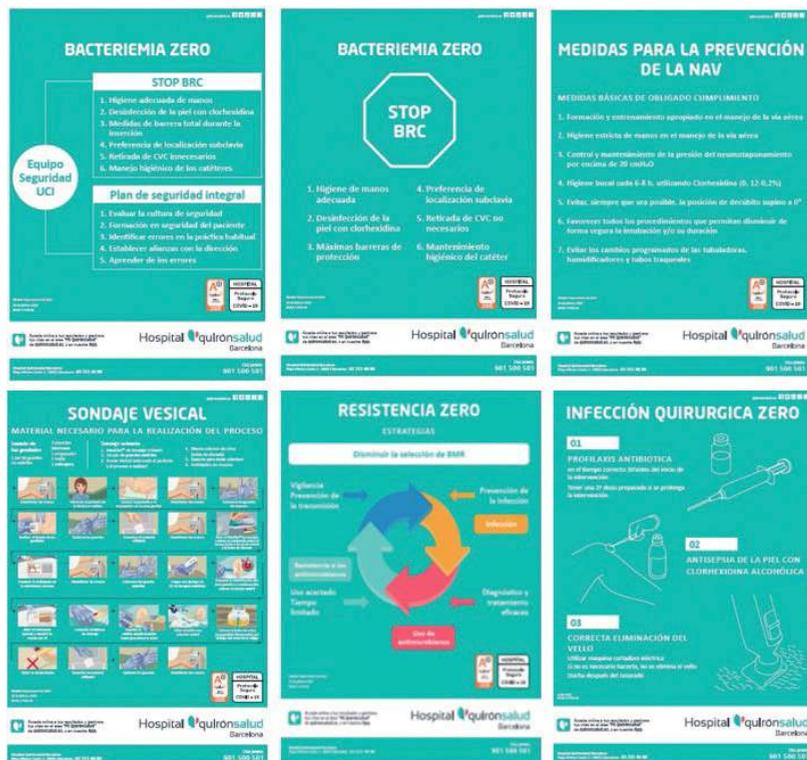
Nuestro hospital está adherido al programa **VINCat** (Vigilancia de la infección nosocomial en Cataluña) y también participamos en el estudio de prevalencia de infección nosocomial anual (**EPINE**) y en el programa **ENVIN** (vigilancia de la infección nosocomial en las UCIs).

Hemocultivos

Es muy importante evitar la contaminación al extraer un hemocultivo, por lo que la técnica debe ser estéril y se debe utilizar campana y alargadera para adaptarlo al sistema Vacutainer®, evitando así la manipulación y una visión directa del tubo para rellenarlo con la cantidad suficiente de sangre.

Proyectos Zero

Para minimizar el riesgo de las infecciones asociadas a dispositivos, disponemos de paquetes de acciones (bundles) con las acciones a realizar:



Desinfección de superficies

Para la desinfección de superficies y utensilios médicos se utilizan **toallitas de desinfección** de nivel intermedio compuestas de alcohol o de aminas y amonios.



CAÍDAS: reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Valoración y prevención de caídas



Medidas **UNIVERSALES** para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados:

- Timbre cerca del paciente
- Cama en posición baja
- Verificación del frenado de la cama
- Zapatillas antideslizantes
- Barandillas en alto en pacientes encamados
- Iluminación adecuada
- Habitación ordenada
- Dispositivos para andar cerca del paciente
- Suelos secos y superficies antirresbaladizas
- Educación al paciente y a los acompañantes
- Acompañamiento y supervisión continua del paciente
- Iluminación adecuada
- Identificación de riesgos. Derrame de líquidos, objetos o materiales que dificulten el tránsito.
- **En pacientes hospitalizados:** Realización de la Escala Downton al ingreso y cuando haya un cambio en el estado de salud del paciente (intervención quirúrgica...) para identificar su riesgo.

Si tiene riesgo medio o alto: colocación de **pulsera de color naranja** para identificarlo. Aplicación de medidas universales y específicas según cada caso.



Colocación de cartel en la habitación >



< Y entrega de díptico informativo a los familiares o acompañantes

- En **pacientes ambulatorios**: Recomendaciones universales para todos los pacientes de consultas: identificar al paciente y situarlo cerca, avisar al personal asistencial para realizar acompañamiento. Especial atención si son pacientes que no vienen acompañados.
- Los **pacientes de UCI, los pacientes pediátricos, pacientes de urgencias y los pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria** son siempre considerados de alto riesgo. Se aplican siempre las medidas universales y las medidas específicas en pacientes de riesgos.



PRIVILEGIOS, COMPETENCIAS Y EVALUACIONES

Privilegios Médicos

- Los Privilegios Médicos son los **Actos médicos** (servicios clínicos, cirugías o procedimientos según corresponda a cada uno) que como médico general o especialista **puede realizar un médico dentro del Hospital**.
- Los propone el Jefe de Servicio y los aprueba Dirección Médica.
- Los Jefes de Servicio de cada unidad supervisan que los médicos cumplan con los privilegios que les han otorgado.
- Se renuevan cada tres años, o antes si el médico presenta documentación de nuevas capacitaciones que respalde privilegios adicionales.
- En el Hospital Quirónsalud Barcelona se realiza una Evaluación Anual a todos los Médicos. La evaluación es realizada por el Jefe de Servicio y la Dirección Médica. Se tienen en cuenta indicadores relacionados con la calidad asistencial, la experiencia de paciente, etc.
- La Dirección Médica consolida la información de las evaluaciones y retroalimenta los resultados a los médicos.
- El proceso está recogido en el protocolo: **BCN2.1-IT1 Acreditación y Asignación de privilegios de los profesionales médicos**.

Competencias

- Las competencias de cualquier profesional se recogen en su **descripción de puesto (DPT)** y deben ser conocidas y estar accesibles para cualquier profesional.
- El proceso está recogido en el protocolo: **BCN2.1-IT6 Descripción Puestos de Trabajo**.

DESCRIPCIÓN DE PUESTO DE TRABAJO

IDENTIFICACIÓN

REQUISITOS DEL PUESTO

PRINCIPALES RESPONSABILIDADES

RESPONSABILIDADES CLAVES

FORMACIÓN

EXPERIENCIA

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL PUESTO

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS ADICIONALES

LISTADO DE ABREVIATURAS

A

AAA Aneurisma aórtico abdominal
 AA1 Marcapasos con estimulación auricular inhibida a demanda
 AAN Anticuerpos antinucleares
 AAS Ácido acetil salicílico
 ABD Abdomen
 ABVD Actividades básicas de la vida diaria

ESTADO DE ABREVIATURAS QUE NO DEBEN UTILIZARSE EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA

En la siguiente tabla se muestran algunas de las causas que originan con más frecuencia errores asociados a errores de medicación.

| Abreviatura y tipo de medicamento | Significado | Interacción/efecto | Recomendación |
|-----------------------------------|-------------|---|--|
| AS2 | Aspirina | Interacción con anticoagulantes orales | Usar el menor cantidad del fármaco posible |
| AS7 | Aspirina | Interacción con inhibidores de la bomba de protones | Usar el menor cantidad del medicamento |
| AS8 | Aspirina | Interacción con antiácidos | Usar el menor cantidad del medicamento |
| AS9 | Aspirina | Interacción con antihipertensivos | Usar el menor cantidad del medicamento |

Evaluaciones

- Todos los trabajadores del Hospital Quirónsalud Barcelona deben ser evaluados anualmente en su desempeño profesional y la formación incluida en su expediente.
- El proceso está recogido en el protocolo: **BCN2.1-IT2 Protocolo para Evaluación de Desempeño.**

ABREVIATURAS

- En los protocolos **BCN21.2-P1 Reglamento de Uso de la Historia Clínica** y **BCN21.2-IT4 Estandarización en el uso de abreviaturas, símbolos y uso seguro de la función copiar – pegar** está recogida la normativa sobre el uso de abreviaturas médicas y uso correcto de la función copiar-pegar, de cara a mejorar la comunicación efectiva entre profesionales. Contiene todas las abreviaturas autorizadas que pueden ser utilizadas en la historia clínica. **NO PUEDEN** utilizarse nunca abreviaturas en los documentos que vayan a entregarse al paciente.
- El protocolo incluye las abreviaturas **NO** autorizadas en el Hospital por tratarse de las que generan más errores o confusiones.

CÓDIGOS DE SEGURIDAD Y EMERGENCIAS

- Se realizan simulacros parciales en diferentes unidades con regularidad, además se imparten píldoras formativas de cómo actuar en caso de emergencia (incendio, vertido producto químico, etc ...)
- Cada empleado en su primer mes de incorporación debe pasar un examen de un curso de 2h de duración de PRL donde se incluyen medidas de actuación en caso de emergencia.

El hospital dispone de los siguientes códigos de emergencia:

- **CÓDIGO CUNA** (5000) que se activa cuando hay sospecha de pérdida / sustracción de un recién nacido o de un menor.
- **CÓDIGO ROJO** (10100) **EMERGENCIA NO MEDICA** (incendio, escape de gas, inundación ... etc)

El aviso lo recibe el Centro de Control situado en la sala de seguridad (planta 0) que pone en marcha el Plan de Autoprotección.

El edificio está preparado para proteger a sus ocupantes, disponiendo de puertas resistentes al fuego y que permiten aislarnos del peligro.

Código Rojo: 10100
Emergencias (incendio, inundación, catástrofe)

Código Pánico: 5555
Parada cardiopulmonar

Código Cuna: 5000
Pérdida o robo de un niño

ACTUACIÓN ANTE INCENDIO:

- Mantenga la calma, no corra.
- Siga las indicaciones del personal de evacuación e intervención.
- No use nunca el ascensor.
- Uso de extintor: tire de la anilla de seguridad, oriente la manguera y presione la manija de activación.

Punto de encuentro:
Plaza Alfonso Comín, 5-7

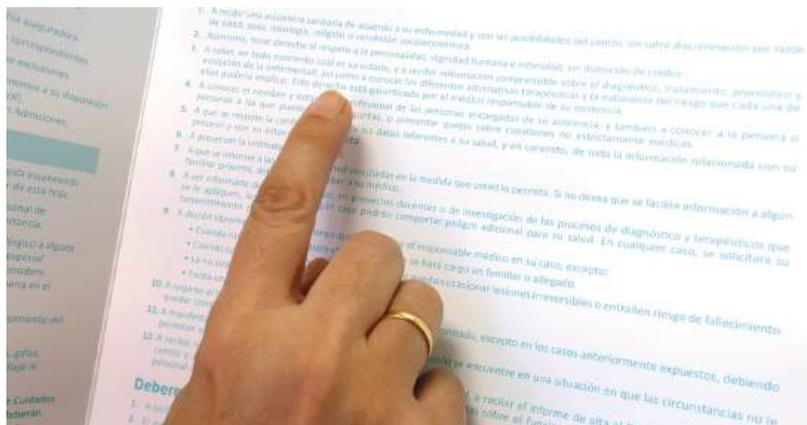
- **CÓDIGO PAROS (5555)** Parada cardio respiratoria. Circuito intrahospitalario de alerta y actuación diseñado para responder de forma reglada y sistemática ante una situación de Parada cardio respiratoria, tanto para un paciente adulto como pediátrico. Implica la movilización del equipo de paros.

En caso de incendio, mantén la calma y espera instrucciones del equipo de emergencias e intervención que determinaran si procede la evacuación. En caso de evacuación, seguir el procedimiento contenido en el plan de emergencias.

En caso de evacuación al exterior, el punto de encuentro es la Plaza Alfonso Comín. Todo empleado debe conocer la salida de emergencia más cercana y donde se sitúan los extintores.

DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

Los derechos y los deberes de los pacientes deben ser conocidos tanto por los pacientes como por los profesionales. Están recogidos en la web de centro y hay cartelería en todas las habitaciones de hospitalización, las Admisiones y las principales salas de espera del Hospital. También se pueden consultar en **PROTOCOLOS HOSPITAL, proceso 29.2 Atención al paciente.**



ALERTA TEMPRANA (WARNING SYSTEM)

Es una alerta para la detección precoz de pacientes con deterioro fisiológico (pediátricos y adultos) ingresados en hospitalización. Es un score basado en los parámetros fisiológicos determinados en la cabecera del paciente (FC, FR, TAS, Tª y Sat O2) y la evaluación del estado neurológico. Cualquier puntuación anormal conduce a una respuesta escalonada del personal sanitario que le atiende.

El sistema de alerta temprana debe ser usado como un complemento al juicio clínico y no como un sustituto. El juicio clínico tiene más valor y puede, en determinadas situaciones, modificar la respuesta ante el sistema de alerta temprana.

El personal de enfermería realiza una toma de constantes coincidiendo con los horarios de las tomas habituales, será en el turno de mañana la que tomaremos como referencia para la evaluación de EWS, en el caso de ingreso o traslado, coincidirá con la primera toma de constantes. El valor obtenido se consultará con el algoritmo de clasificación y actuar según esta descrito.

Toda la información está recogida en el protocolo **BCN3.7-IT30 Alerta temprana (warning system).**

| Constantes Individuales | Constantes Especiales | EWS / qDQFA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-------------|---------------|----|-------------|-----|-------------|----|-----|--|-----|--|--|-----------------|----|--------------------|----|-----|--|------|--|-------|--|------------|--|--|----------|--|--------------------|--|-------|--|------------|--|----------|--|----|--|------------------|--|
| <table border="1"> <tr><td>TA Sistólica</td><td>120</td></tr> <tr><td>TA Diastólica</td><td>80</td></tr> <tr><td>FC Cardíaca</td><td>100</td></tr> <tr><td>Temperatura</td><td>36</td></tr> <tr><td>EVA</td><td></td></tr> <tr><td>PVC</td><td></td></tr> </table> | TA Sistólica | 120 | TA Diastólica | 80 | FC Cardíaca | 100 | Temperatura | 36 | EVA | | PVC | | <table border="1"> <tr><td>FR Respiratoria</td><td>24</td></tr> <tr><td>Saturación Oxígeno</td><td>93</td></tr> <tr><td>SpH</td><td></td></tr> <tr><td>FiO2</td><td></td></tr> <tr><td>Suena</td><td></td></tr> <tr><td>Respi-Flow</td><td></td></tr> </table> | FR Respiratoria | 24 | Saturación Oxígeno | 93 | SpH | | FiO2 | | Suena | | Respi-Flow | | <table border="1"> <tr><td>Glucemia</td><td></td></tr> <tr><td>Tipo Determinación</td><td></td></tr> <tr><td>Puñal</td><td></td></tr> <tr><td>Glucosuria</td><td></td></tr> <tr><td>Catadura</td><td></td></tr> <tr><td>HR</td><td></td></tr> <tr><td>Nivel Conciencia</td><td></td></tr> </table> | Glucemia | | Tipo Determinación | | Puñal | | Glucosuria | | Catadura | | HR | | Nivel Conciencia | |
| TA Sistólica | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TA Diastólica | 80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FC Cardíaca | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Temperatura | 36 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PVC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FR Respiratoria | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saturación Oxígeno | 93 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SpH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FiO2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suena | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Respi-Flow | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Glucemia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo Determinación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puñal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Glucosuria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Catadura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel Conciencia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Campos necesarios para el cálculo del qDQFA y EWS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

HISTORIA CLÍNICA

Criterios de calidad de la Historia Clínica

La HC debe contener siempre una nota de ingreso, curso clínico diario con plan y objetivos, consentimientos informados y registros quirúrgicos completos (incluido check list de seguridad de la cirugía) e informe de alta, el cual debe incluir el estado al alta del paciente, la medicación más relevante que el paciente ha tomado durante su ingreso y las recomendaciones a seguir.

Se debe escribir nombre y fecha si se utiliza la función de copiar-pegar de otros informes clínicos, evitar las abreviaturas (ver protocolo **BCN21.2-IT4 Estandarización en el uso de abreviaturas, símbolos y uso seguro de la función copiar-pegar**) y se deben seguir las guías clínicas existentes y conocer los protocolos vigentes que se aplican en cada área.

El **Reglamento de Uso de la Historia Clínica** recoge toda esta información.

CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Por qué debe hacerse la conciliación de la medicación

El proceso de conciliación es un aspecto crítico. El médico debe validar la medicación que el paciente está tomando y decidir si la suspende, la mantiene o la modifica durante la hospitalización del paciente. Para ello es imprescindible obtener la mejor historia farmacoterapéutica posible sobre la medicación del paciente lo antes posible (ya en la Consulta Externa)

En la conciliación de la medicación, están implicados todos los profesionales sanitarios del paciente en los diferentes niveles asistenciales. En el protocolo **BCN18-IT65 Flujo para la conciliación de la medicación al ingreso** se describe el circuito a seguir.

Muy importante también y directamente relacionado con la conciliación, es la custodia de la medicación habitual del paciente por parte de Enfermería. El protocolo **BCN18-IT59 Medicación domiciliaria durante la hospitalización** describe como garantizar la continuidad del tratamiento habitual del paciente durante su ingreso hospitalario. Toda medicación habitual que no esté prescrita en Casiopea no podrá administrarse. En el caso de que el paciente aporte la medicación, Enfermería deberá asegurarse de su integridad, comprobando que no está caducado ni deteriorado.

PROHIBICIÓN DE FUMAR

Política ante consumo de tabaco

La Ley 42/2010 de medidas sanitarias frente al tabaquismo prohíbe fumar en todos los espacios públicos cerrados, así como en recintos sanitarios, entre otros, para evitar la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco.

Desde el centro se plantean diferentes medidas para afrontar el tabaquismo. Las políticas más integrales se proponen actuar sistemáticamente en todas las direcciones posibles (con información a los trabajadores, delimitación de espacios, apoyo para dejar de fumar...) y el hospital dispone del documento **BCN27.1-P4 IT1 Política ante el consumo de tabaco**.



COMITÉ DE ÉTICA Y CONFLICTO CON PACIENTES

Qué es el Comité de Ética Asistencial y para qué sirve

El **Comité de Ética Asistencial (CEA)** es un órgano consultivo de composición multidisciplinar que integra diversas ideologías morales del entorno sanitario. Su función consiste en ayudar a los ciudadanos y a los profesionales de la salud a orientar su actuación en aquellos casos en que haya conflictos morales en la práctica clínica, en el marco del respeto por la dignidad de la persona y de los derechos humanos.

Se trata de un órgano territorial que actúa como referente para los cuatro hospitales del grupo Quirónsalud en Barcelona (Hospital Quirónsalud Barcelona, Centro Médico Teknon, Hospital Universitario Dexeus, Hospital el Pilar).

Para contactar con el CEA puede hacerse vía mail a: ceabarcelona@quironsalud.es o vía telefónica al número 646 203 044.

Qué hacer en caso de conflicto con un paciente, con otro empleado o en caso de accidente laboral

Todos los protocolos de actuación para estos casos están ubicados en la carpeta de PRL que se encuentra en PROTOCOLOS HOSPITAL (en los escritorios de todos los ordenadores del Hospital), **proceso 2. RECURSOS HUMANOS, subproceso 2.5 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**.

En el caso de conflicto con un paciente, se debe avisar siempre al mando directo, quien proporcionará apoyo inmediato al trabajador agredido.

GESTIÓN DE RESIDUOS

Residuos sanitarios

Los residuos hospitalarios se dividen en 4 grupos.

- **Grupo I:** Son los residuos asimilables a urbanos como material de oficina, jardinería, almacén, cafetería, office de enfermería...
- **Grupo II** con bolsa negra: Son producto de la actividad sanitaria, como guantes, depresores, gasas, yesos, vendas, bolsas de orina vacías, sondas...
- **Grupo III**, contenedores negros con tapa amarilla: Son residuos infecciosos o biopeligrosos, como recipientes cerrados con más de 100 cc. de líquidos corporales, pipetas, tubos, objetos punzantes o cortantes, agujas, bisturís, bolsas con sangre, residuos de pacientes en aislamiento...
- **Grupo IV**, contenedores azules: Son residuos peligrosos tipo citostáticos, resto de medicación de citotóxicos y todo el material en contacto con ellos (agujas, jeringas, mascarillas, batas desechables, guantes). Restos de Anatomía Patológica.

La Comisión de Seguridad del Paciente analiza todos los incidentes que se notifican y busca qué medidas pueden implementarse para mejorar el sistema. De aquí nacen las acciones de mejora que se implementan en el hospital para aumentar la seguridad de los pacientes. Periódicamente se publica el Boletín de Seguridad del Paciente y se envía a todos los profesionales, con la finalidad de dar a conocer las mejoras llevadas a cabo.

La notificación de incidentes es **ANÓNIMA y NO PUNITIVA**.

Se debe notificar:

- Incidentes relacionados con la seguridad que no han llegado al paciente, bien por suerte o bien porque fueron interceptados antes. Son los denominados “near miss” o “quasi incidentes”.
- Incidentes que llegaron al paciente, aunque no le hayan causado daño.
- Incidentes que han producido daño al paciente (eventos adversos)

CAÍDA DEL SISTEMA

Plan de contingencia Informática

El hospital dispone de un procedimiento llamado **BCN21.2-IT3 Plan de contingencia Casiopea** donde se detalla el proceso de comunicación a toda la organización y cómo actuar en caso de caída de los sistemas informáticos. En el caso de que cualquier persona detecte una caída del sistema debe avisar al Departamento de Sistemas, quien decidirá la activación del plan y activación del equipo de guardia del Hospital. Si esto ocurre durante el fin de semana o festivos se debe notificar al Supervisor de guardia (extensión **880155**).

UNIFORMIDAD Y TARJETA DE ACREDITACIÓN

La acreditación del hospital

Todos los profesionales del hospital deben llevar su acreditación visible en todo el recinto hospitalario. En ella se indica nombre y apellidos y el área a la que pertenecen. La tarjeta identificativa sirve también para acceder a áreas con acceso restringido, como puede ser el área quirúrgica o la UCI. Solamente el personal autorizado podrá hacerlo.

Cada profesional debe llevar la uniformidad correspondiente a su área de trabajo y se deben respetar los circuitos de recogida y entrega de la ropa. Hay áreas críticas donde el uso de la uniformidad adecuada es especialmente crítico. En el área quirúrgica existen posters con las normas a seguir.

DECÁLOGO DE NORMAS DE DISCIPLINA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

OBLIGATORIO

- 1** Puertas y guillotinas cerradas 
- 2** Mantener siempre la limpieza y el orden 
- 3** Vestimenta quirúrgica adecuada 
- 4** Utilizar calzado exclusivo para quirófano 
- 5** El gorro debe cubrir completamente el pelo. Los gorros de tela están prohibidos excepto si están cubiertos con un gorro de un solo uso. 
- 6** Uso de mascarilla durante toda la estancia en quirófano 

NO ESTÁ PERMITIDO

- 7** Llevar joyas, uñas largas o esmaltadas 
- 8** Entrar en quirófano con revistas, ordenadores, comida, bebida, bolsos y otros objetos personales 
- 9** El uso de teléfono móvil dentro de quirófano durante la intervención 
- 10** Salir fuera del área quirúrgica con vestimenta quirúrgica (excepto traslado de paciente a UCI y/o emergencia vital) 





Accede online a tus resultados y gestiona tus citas en el área "Mi Quirónsalud" de quironsalud.com, o en nuestra App.

DESCÁRGATE LA APP



Cita previa

900 301 013



quironsalud.com

Infórmate
aquí
de todas las
novedades
de la Joint
Commission
Internacional



Hospital
quirónsalud
Barcelona

Plaça d'Alfonso Comín, 5
08023 Barcelona
932 55 40 00

Quirónsalud, la salud persona a persona.

Más de 180 hospitales, institutos y centros médicos dedicados a tu salud.