

# **Introducción a la *Joint Commission International***

**David Jaimovich MD  
Chief Medical Officer  
Joint Commission Resources  
Joint Commission International**



Copyright © 2007 *El Hospital*



# Introducción

- Quién/Qué son la *Joint Commission International* (JCI) y la *Joint Commission*
- Qué es acreditación y por qué hacerla
- Cómo se desarrollan, organizan y mantienen los estándares
- Estándares como herramientas y no reglamentos
- Introducción a los estándares
- Metodología de *Tracer* (trazador) y las Metas Internacionales de Seguridad al Paciente
- Introducción a casuísticas
- Empezar el proceso de evaluación



**¿Quién/Qué es  
la  
Joint Commission?**

# *Joint Commission*

- La *Joint Commission* es una organización no gubernamental, independiente y sin ánimo de lucro
- Acredita a más de 20 000 organizaciones en los Estados Unidos
  - hospitales, servicios a domicilio, servicios ambulatorios, sanidad mental, servicios de asilos, laboratorios, sistemas de salud

# Cronología de la *Joint Commission*

- 1910-1913** Preocupación por la calidad del cuidado de los hospitales en los EE.UU.
- 1910** Ernest A. Codman, MD., enfoque en resultados
- 1918** El Colegio Americano de Cirujanos comienza un programa para la estandarización de hospitales
- 1951** La *Joint Commission Accreditation* de Hospitales se establece para continuar y desarrollar programas
- 1965** El gobierno federal decretó que los hospitales deberán mantener su acreditación, si no, ellos pueden perder el apoyo monetario de Medicare/Medicaid

# Cronología de la *Joint Commission*

- **1987** Se desarrolla la agenda para el cambio:
  - Sistema de medida de indicadores
  - Estándares basados en los buenos procesos
  - Evaluación enfocada en los buenos procesos
- **1994** Se hacen públicos los reportes de cómo funcionan los procesos de las organizaciones acreditadas
- **2003** Se fijan las metas nacionales de la seguridad al paciente

# Estructura corporativa

- La *Joint Commission* es la agencia americana de acreditación. Encabeza la *Join Commission Resources (JCR)* y la *Joint Commission International (JCI)*:
- La JCR y la JCI proporcionan:
  - Educación
  - Entrenamiento
  - e-learning
  - Iniciativas para la seguridad de los servicios sanitarios
  - Consultoría
  - Acreditación Internacional

# ***Joint Commission Resources***

- Afiliada a la JC
- Directorio Ejecutivo con miembros internacionales
- Comité de Acreditación con miembros internacionales
- Consejos Consultantes de miembros internacionales en Europa, Medio Oriente, Asia y en desarrollo en América Latina
- La división internacional es la JCI

# ***Joint Commission International***

En octubre de 1997 el Directorio Ejecutivo de la JC decidió crear la Acreditación Internacional



Copyright © 2007 *El Hospital*

Client name/ Presentation Name/



# Misión de la *Joint Commission International*

Mejorar la seguridad y la calidad de los atención en salud en la comunidad internacional a través de la disponibilidad de educación, publicaciones, consultoría, y evaluación de los servicios

# ¿Por qué estándares internacionales?

- Los estándares de la JC son complementados con las leyes y reglamentos de los EE. UU.
- Los estándares contienen consideraciones "políticas" tales como el Cuerpo Médico organizado
- Los estándares llevan terminología propia de ESTADOS UNIDOS, por ejemplo "directivas avanzadas"
- Los estándares tienen un cobertura cultural de ESTADOS UNIDOS, en especial para los derechos de los pacientes

# Experiencia mundial de la JCI

- Desde 1999, la JCI ha acreditado hospitales en:
  - Europa
  - Medio Oriente
  - Asia y el Pacifico
- En 2003, fue acreditada la primera organización de Transporte Médico en Dinamarca
- Actualmente la JCI está colaborando con más de 70 países en todos los continentes excepto Australia

# Experiencia mundial de la JCI

Oficina Europea – Ferneys-Voltaire

Dr. Carlo Ramponi, Director

Oficina de Asia – Singapur

Dr. Paul vanOstenberg, Director

Oficina del Medio Oriente - Dubai

Dr. Derick Pasternak, Director

# Nuevas iniciativas de la JCI

- Incrementar el reconocimiento de la acreditación por la OMS, el Banco Mundial, las compañías de seguros, los ministerios de salud y las corporaciones privadas
- Sistema de reporte de eventos adversos y una base de datos internacional
- Desarrollo de un sistema de monitorización como indicador internacional para hospitales acreditados
  - Incorporar muchas de las “mediciones centrales” comunes de la JC así como de los nuevos indicadores internacionales
  - Permitir a los hospitales acreditados por la JCI hacer “*benchmark*” de su funcionamiento con otros hospitales acreditados en EE. UU. y alrededor del mundo

# ¿Qué es la acreditación?

“Dicen que soy excéntrico por decir en público que si los hospitales quieren estar seguros de que hay mejoría clínica”,

1. Deben saber cuáles son sus resultados
2. Deben analizar sus resultados, para encontrar sus puntos fuertes y débiles
3. Deben comparar sus resultados con los de otros hospitales
4. Deben aceptar la publicidad no solo de sus éxitos sino también de sus errores

**Ernest A. Codman, MD**  
**1917**

# Necesidad de la acreditación

- El Colegio Americano de Cirujanos describió la estandarización de los hospitales con la acreditación como una necesidad para:
  - **“Animar a los que estén haciendo el mejor trabajo y estimular los del estándar inferior a hacer lo mejor.”**

# Estándar mínimo - 1919

- El estándar mínimo abarcaba:
  - Organización del cuerpo médico
  - Convocación regular en la revisión del cuerpo médico
  - Prohibición de compartir honorarios
  - Cumplimiento y disponibilidad de expedientes clínicos
  - Disponibilidad de los departamentos clínicos de laboratorio y radiología del hospital
- De 692 hospitales en donde el estándar mínimo fue probado, sólo 89 llenaron los requisitos por completo

# Impacto del estándar mínimo

- El estándar mínimo:
  - Cirugía enfocada en resultados patológicos
  - Fomenta mayor exactitud en el diagnóstico
  - Ayuda a proteger a pacientes contra médicos y cirujanos incompetentes
  - Asiste en mantener altos estándares administrativos y profesionales

# Acreditación – Definición

- Generalmente un proceso **voluntario** por el cual una agencia gubernamental o privada concede el **reconocimiento** a las instituciones de cuidados médicos que llenan los requisitos de ciertos **estándares** que requieren la **mejora continua** en estructuras, procesos y resultados.
- Certificación – Enfocada a una actividad o individuo en particular
- Licencia – Satisfacer un estándar mínimo

# Origen de los estándares de la JCI

# Estándares internacionales del hospital

- Director de Acreditación Internacional designado en enero 1998 – antes Director de Estándares de la JC
- Se forma el grupo de desarrollo de los principios internacionales de estándares en febrero de 1998
- Primera reunión del grupo en junio de 1998
- Reuniones celebradas en Chicago, Budapest, Barcelona en 1998 y 1999
- Se publican los Estándares en octubre de 1999

# Miembros del grupo de desarrollo

- Saeed Almulla – Emiratos Árabes Unidos
- Rodolfo ArmasMerino, MD - Chile
- Lluís Bohigas, PhD - España
- Willis Goldbeck – Estados Unidos
- Ping Huang - Taiwán
- Niek Klazinga, MD - Holanda
- David Marx, MD – República Checa
- Raphael Nizankowski, MD - Polonia
- Jose Noronha, MD - Brasil
- Yazid Ohaly, MD – Arabia Saudita
- Clive Ross, FDSRCS – Nueva Zelanda
- Charles Shaw, MD - Inglaterra
- Christoph Straub, MD - Alemania
- Margretta Styles, EdD, MN, RN – Estados Unidos
- Stuart Whittaker, MD – Sudáfrica

# Subcomité de estándares

- Brasil
- China
- República Checa
- Alemania
- Italia
- Polonia
- República de Sudáfrica
- Arabia Saudita
- Estados Unidos
- Singapur

# Desarrollo de los estándares de la JCI

- Fuentes de información múltiples
  - Literatura científica
  - Evaluación de datos de acatamiento
  - Resultados de investigaciones
  - Recomendaciones de expertos en el tema

# Desarrollo de los estándares de la JCI

- Consenso del Grupo de Desarrollo
- Revisado por expertos de diez países
- Seis grupos focales en diferentes regiones del mundo
- Panel de expertos en derechos del paciente y la familia
- Panel de expertos en manejo de la planta física
- Proceso de la evaluación probado en cinco países
- Aprobación final del grupo y del Directorio Ejecutivo

# Comparaciones

- Los Estándares Internacionales de la JCI contienen todos los temas de estándares de la JC incluyendo los más nuevos relacionados con el manejo del dolor y los cuidados al final de la vida
- Los Estándares Internacionales de la JCI contienen muchos de los controles de calidad y del gobierno de los criterios ISO 9000
- Los Estándares Internacionales de la JCI incluyen los criterios EFQM de Europa y Baldrige de Estados Unidos

# Programas internacionales de Acreditación de la JCI

- Hospitales (1999) – 2<sup>da</sup> Edición (2003)
  - 3<sup>ra</sup> Edición (Julio 2007)
- Laboratorio (2002)
- Transporte médico (2002)
- Cuidado post hospitalario (2003)
- Cuidado ambulatorio (2004)
- Cuidado primario (en desarrollo)

# Proceso de mejora

## Funcionamiento

**Qué**

*¿Qué se hace?*

**Haciendo lo correcto**

- Eficiencia
- Apropiadamente

**Cómo**

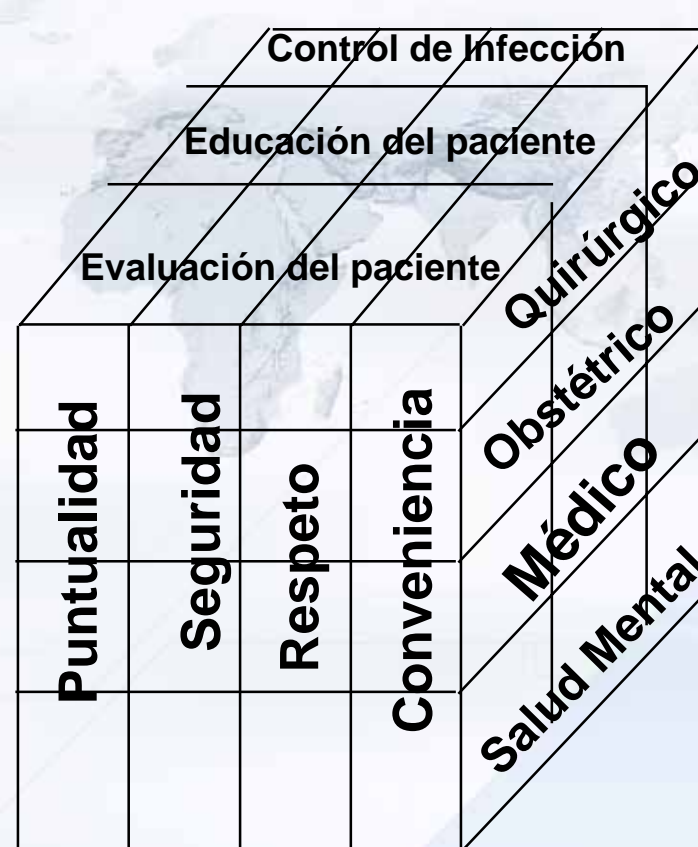
*¿Qué tan bien se hace?*

**Haciendo bien lo correcto**

- Disponibilidad
- Puntualidad
- Efectividad
- Continuidad
- Seguridad
- Eficiencia
- Respeto y cuidado

# Mejora de calidad y seguridad del paciente

Funciones



Población de Pacientes

Dimensiones de funcionamiento

# Impacto de la acreditación

# Valor de la acreditación

- Evaluación externa, objetiva
- Utiliza estándares de consenso
- Se acopla a las profesiones médicas
- Proactiva no reactiva
- En toda la organización
- Se enfoca en sistemas y no individuos
- Estimula una cultura de calidad en la organización
- Establece evaluaciones periódicas de los estándares

# Impacto de la acreditación

- El proceso de la acreditación de la JC ha establecido muchos de los principios fundamentales que hoy dirigen a las organizaciones de la salud
- Muchos de estos principios son rutinarios en el presente, pero eran revolucionarios al principio
- La adopción progresiva de estos estándares sirve como un testimonio al valor percibido del propósito básico de la JC: mejorar la calidad y la seguridad de los cuidados que se le brindan a los pacientes

# Impacto de la acreditación

- Ejemplos de los principios fundamentales de la JC:
  - **Expediente clínico**
    - Primero requerido por la ACS en 1917, muchos consideraban el expediente clínico no necesario
    - El expediente clínico es hoy el punto central de la información que se necesita para las decisiones del tratamiento, la investigación, la supervisión del paciente, la medición de los resultados y la facturación uniforme

# Impacto de la acreditación

- **Programas para el control de infecciones**
  - A mediados de la década de los 50, especialmente los recién nacidos y los pacientes de cirugía adquirían infecciones en proporciones epidémicas
  - En la misma década, la *Joint Commission* impuso requisitos a los hospitales para designar comités de control de infecciones, los cuales debían tener iniciativas para contener las epidemias infecciosas
  - Los programas de control de infecciones fueron creados para reducir la contaminación nosocomial por organismos infecciosos

# Impacto de la acreditación

## – Seguridad contra el fuego

- La JC publicó los nuevos estándares de no fumar en los hospitales debido a los efectos nocivos a los no fumadores, y los riesgos de incendios

## – Deseos del paciente

- Protege a pacientes contra una vida o una muerte que no habrían deseado
- La JC desarrolló estándares que requirieron a las organizaciones establecer políticas de no resucitación (RCP) y solicitar las instrucciones de cada paciente para que sus respectivos deseos se pudieran documentar en sus respectivos expedientes
- En los años 80 solamente 20% de los hospitales aplicaban esta práctica, en el presente esta práctica se cumple en casi 100% de organizaciones acreditadas

# Impacto de la acreditación

## – Manejo del dolor

- En los años 90, la JC introdujo los estándares para el manejo del dolor para ayudar a los profesionales de cuidados médicos a eliminar el sufrimiento innecesario

## – Seguridad del paciente

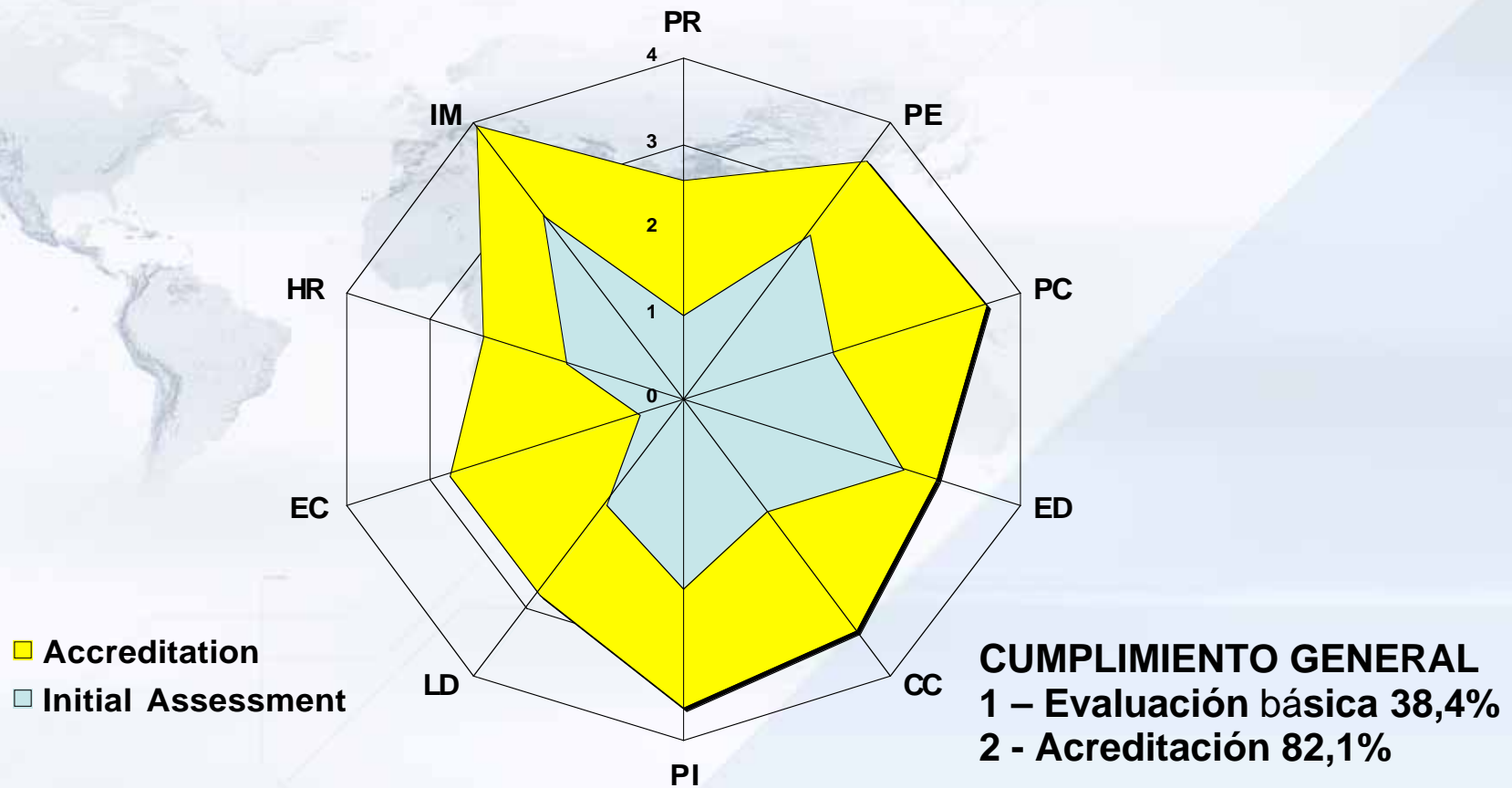
- La JC tiene sus estándares y políticas centradas en que las organizaciones de la salud presten atención a identificar los errores médicos, analizar sus causas de raíz, e incorporar la seguridad en los sistemas y procesos de la organización

# Impacto de la acreditación

- **“Derechos del paciente”**
  - Los pacientes tienen derecho a tratamiento equitativo y humano bajo todas las circunstancias
  - Intentando proteger los derechos de los pacientes, la JC determinó: “a ninguna persona se le debe negar el acceso al tratamiento en base a consideraciones como raza, color, credo o capacidad de pago”

# Resultados

## (Organizaciones acreditadas en España)



# Caso de un Hospital Internacional

## Tema identificado

- En el año 2000, el hospital reinicio discrepancias en:
    - El número de unidades de sangre pedidas en el pre-operatorio
  - VS
  - El número de unidades de sangre que se administraron
- 
- En enero de 2001, solamente 16% de la cantidad total de sangre pedida (y con pruebas cruzadas) fue administrada

# Caso de un Hospital Internacional

## Acciones tomadas

- Se creó un equipo multidisciplinario representado por laboratorio, recursos humanos, enfermeras, médicos, administración y calidad
- El equipo utilizó la metodología del manejo de la calidad y específicamente revisó los estándares para el monitoreo del uso de sangre y de los productos de la sangre

# Caso de un Hospital Internacional

## Acciones tomadas

- Como parte del equipo multidisciplinario, los clínicos investigaron la práctica clínica de cómo se ordenaba en el preoperatorio la sangre
- Estas iniciativas resultaron en:
  - Un cambio en la manera de ordenar la sangre, y
  - Un mejor conocimiento sobre los hábitos de cómo la ordenan los clínicos dada la evidencia de la utilización

# Caso de un Hospital Internacional

## Resultados

- Para diciembre 2001:
  - el 65% de la cantidad total de sangre pedida fue administrada
  - Representando un aumento del 306% en la eficacia a partir de enero de 2001
- En total, una disminución significativa de costos al hospital asociada con el banco de sangre

# Estándares como herramientas, no normas

# Estándares

- La infraestructura del sistema
- Se enfoca en todas las funciones administrativas y clínicas que son importantes para una organización sanitaria
- Centrado en el paciente y su contexto familiar
- Un equilibrio de los estándares de la estructura, los procesos y los resultados
- Determina expectativas óptimas y realizables
- Determina expectativas medibles

# Componentes del funcionamiento

- Estructura: Recursos
- Proceso: Actividades
  - Ejemplo: educación del paciente, evaluación por la enfermera
- Resultados:
  - Ejemplo: tasas de infección, mortalidad materna

# Filosofía de la acreditación

- Estándares verdaderamente realizables
- Centrados en el paciente
- Culturalmente adaptables
- El proceso estimula la mejora continua

# Metas de la acreditación

- Mejorar la atención y la seguridad del paciente
- Reducir los costos y aumentar la eficacia
- Aumentar la confianza pública
- Mejorar o aumentar las fuentes de pago
- Aumentar las posibilidades de incorporación a redes sanitarias y nuevos arreglos con el cuerpo médico

# Metas de la acreditación

- Mejorar la administración de los cuidados sanitarios
- Proporcionar educación en las mejores prácticas
- Aclarar las expectativas del funcionamiento hospitalario
- Realzar la satisfacción y el reclutamiento del personal
- Proporcionar información comparativa

# La acreditación como estrategia para reducir el riesgo

- Que una organización está haciendo las cosas correctamente y las está haciendo bien
- De esta forma se puede reducir el riesgo del daño en los cuidados médicos
- Optimizar la probabilidad de buenos resultados

# Características de los hospitales excelentes

- Centrados en el paciente y los buenos servicios
- Procesos coordinados y eficientes para los cuidados sanitarios
- Riesgos bajos para el hospital y el medio ambiente
- Personal actualizado en conocimiento y habilidades
- Cultura de la calidad apoyada por los líderes
- Utiliza estándares y guías para mejorar continuamente la seguridad y la calidad de los cuidados sanitarios

# Introducción a los estándares

# Estándares

Requisitos que definen las expectativas de funcionamiento con respecto a la estructura, el proceso y a los resultados que deben estar solidamente en un lugar apropiado en la organización para alcanzar la seguridad y la calidad para el cuidado del paciente.

# Estándares

- Organizados alrededor de funciones importantes centradas en el paciente
- Diseñados para ser interpretados y evaluados dentro de la cultura y el marco jurídico de un país
- Fijan los estándares que todas las organizaciones deben tener
- Fijan el mejor "alcance" o estándares de la práctica para que todos los alcancen
- Los estándares internacionales se han traducido al turco, chino, español, alemán, danés, italiano y checo. Y hay negociaciones pendientes en árabe.

# Contenido de los estándares

- Cada estándar contiene tres partes:
  - El estándar
  - Descripción de la intención
  - El elemento medible que se registrará
- 368 estándares
  - 1033 elementos medibles

# Ejemplo de un estándar

- **GLD.1:** Las responsabilidades de los gobernantes se describen en ordenanzas municipales, las políticas y los procedimientos, o documentos similares que dirigen cómo deben ser realizadas.

# La intención

**GLD.1:** Existe una entidad o un grupo de individuos responsables de dirigir los servicios sanitarios y su calidad que se le brindan a los pacientes y la comunidad. Hay un documento que describe estas responsabilidades y como se deben llevar a cabo.

La estructura de gobierno y de gerencia de la organización se presenta en un organigrama de la organización u otro documento. Las líneas de la autoridad y responsabilidad se demuestran en esta carta. Los títulos o sus nombres identifican a los individuos representados en la carta.

# Elementos medibles

## GLD.1:

1. La estructura del gobierno de la organización se describe en los documentos escritos
2. Las responsabilidades de los líderes se describen en los documentos escritos
3. Hay un organigrama o documento que describe la organización
4. Los responsables de gobernar son identificados por título o nombre

# METODOLOGIA DE *TRACER*

# Trazado de pacientes dentro de una organización

# Estrategias para aprender el *Tracer* de pacientes

- Desarrollar las habilidades del personal y los líderes:
  - Técnicas de entrevista
  - Técnicas de revisión de expedientes clínicos
  - Observación de las técnicas de cuidados
  - Habilidades de pensar críticamente para determinar relaciones entre los varios procesos en el marco de los sistemas hospitalarios

# Conducir un *Tracer*

- Selección de pacientes
  - Diagnóstico
    - Alto volumen
  - Procedimientos
    - Alto volumen
    - Alto riesgo
    - Bajo volumen
- Selección de unidades
  - Diagnóstico/procedimientos
  - Cuidados especiales



# Desarrollo del plan

- Tratar de tranquilizar al personal
- Explicar la razón para el *Tracer*
- Vestuario profesional
- Estilo serio pero accesible
- Instructivo así como evaluativo

# Guías generales

- Estándares de la evaluación basados en la experiencia del paciente
- Seguir preguntando hasta que las respuestas estén bien desarrolladas
- Observar el cuidado, los procedimientos y los procesos a los pacientes
- Mantener la confidencialidad del paciente

# Guía para entrevistar

- No seguir un estándar específico, sino enfocarse en varios relacionados con el proceso
- Considerar las preguntas alrededor de estándares hasta que tengan experiencia
- Plantear las preguntas alrededor del paciente del *Tracer*, y no situaciones hipotéticas
- No interrumpir al paciente
- Preguntas directas al personal y no a los supervisores

# Guía para la revisión del expediente clínico

- Repasar el expediente con el miembro del personal, no solo
- No conducir una revisión del personal
- No indicar que el personal hizo algo "incorrecto"
- Buscar situaciones de los "sistemas"
  - Porque algo no esta documentado, no significa que es un problema del cuidado

# Entrevista del paciente

- Hablar con pacientes/familiares sobre experiencias que han tenido
- Incorporar la observación del ambiente del hospital (FMS) en el *Tracer* del paciente
- No interrogar al paciente sino tener una conversación

# Al llegar a la unidad clínica

- Revisión de la lista actual del censo de pacientes
- Seleccionar al paciente
  - Diagnóstico/procedimiento
- Revisión del expediente
  - Unidades/departamentos que el paciente ha visitado
  - Personal que cuida al paciente
  - Medicamentos ordenados/recibidos

# Conducir un *Tracer*

- **Ir a cada unidad identificada**
  - Entrevistar al personal
  - Evaluar las áreas de prioridad
  - Evaluar el medio ambiente
- **Volver a la unidad del paciente**
  - Revisión del expediente
  - Entrevistar el personal
  - Entrevistar el paciente/familia

# Recomendaciones

- Áreas de oportunidades
- Identificar situaciones que cruzan los programas
  - Enfocar en las iniciativas de liderazgo
- Plan de acción
- Elementos medibles
  - Medidas de éxito

# Resultado de los hallazgos

- Lista de los hallazgos durante el *Tracer*
- Tener en cuenta
  - Manejo de medicamentos
  - Control de infecciones
  - Uso de datos
  - Ambiente clínico
- Cuando se termina el *Tracer*
  - Evaluar los hallazgos
  - Convertir a estándares

# Agregar los hallazgos del *Tracer*

- Agregar todos los hallazgos
- Identificar las áreas de oportunidades
- Considerar las situaciones a través de programas
  - Hospital
  - Ambulatorio
  - Cuidados continuos
  - Transporte

## Tracer Activity Data Collection Tool

Clinical Service Group: \_\_\_\_\_

Patient ID Number: \_\_\_\_\_

Priority Focus Areas:

Date of Tracer: \_\_\_\_\_

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

Unit / Department	Individuals Providing Care	Issues	Standards	Areas of Opportunities

Tracer Data Collection Tool

Clinical Service Group: Orthopedics

Patient ID Number: 354956

Priority Focus Areas:

Date of Tracer: \_\_\_\_\_

1. Assessment / Care
2. Medication Management

3. Patient Safety
4. Communication

Unit / Department	Individuals Providing Care	Issues	Standards	Priority Focus Areas
Ortho	Sally J. (RN) Mary B (PT) Georgia (NA)	Pain Assessment – not complete MS04 – abbreviation Initial assessment not within 24 hours Intra operative care planning – none No gloves worn during dressing change Computer screen in hallway in view of visitors Unsecured O2 tank	PC.8.10 (EP.1) IM.3.10 (EP.2) PC.2.130 (EP.1) PC.4.10 (EP.1,2, 3) ICIC.4.10 RI.2.1.30	Assess/Care  Information Management  Rights / Ethics
CT Scan	Phillip (Tech)	Self-medication process 2 identifiers - not used No report received from unit	EC.3.10 (EP.4) MM.5.20 (EP.1,2,3) PC.5.10 (EP.4) PC.5.60 (EP.3) RI.2.80 (EP.6)	Medication Management Assessment/Care  Rights / Ethics
Pre-Op Holding	Kate (RN)	Site Verification – Not understood Free- flow pumps not understood Alarms turned off Reassessment process for pain not completed Unapproved abbreviations	APR 19 (# 2) APR 20 APR 21 (#2) PC.8.10 (EP.1)  IM.3.10 (EP.2)	Patient Safety  Assessment/Care  Information Management
OR	Harry (RN) Dr. Wu	No immediate pre-anesthesia assessment Anesthesia Carts – meds not labeled Meds left out – not secured Final “time out” not conducted High Risk Medication (Conc. K+) not stored properly MD Verbal abuse reported by nurses when trying to conduct time out process	PC.13.20 (EP.12) MM.4.30 MM.2.20 PC.13.20 (EP.9) MM.2.20 (EP.8)  LD.4.40	Assessment/Care  Medication management  Leadership
PACU	Melissa	No intra operative care planning process Range orders for pain meds – not consistently understood Legibility issues Immediate post-op note not recorded  Verbal orders not read back	PC.4.10 MM.3.20  MM.3.20 (EP.5) IM.6.30 (EP.2) IM.6.50 (EP.4)	Assessment/Care Medication Management  Information Management



# Ejemplo de las actividades de un *Tracer*

- Paciente con el diagnóstico de falla cardiaca, CAD, y cateterización cardiaca
- Áreas del hospital visitadas y evaluadas durante el ejercicio del *Tracer*:
  - Unidad de telemetría donde está el paciente
  - Departamento de emergencia por donde fue admitido
  - Radiología donde se le tomaron radiografías
  - Laboratorio de cateterización cardiaca
  - Unidad de cuidados intensivos
  - Farmacia
  - Terapia física/Servicios de rehabilitación
  - Cuidados domiciliarios

# Temas para discutir durante la actividad del *Tracer*

- **Unidad de telemetría**
  - Evaluación y cuidados pos-cateterización
  - Proceso para el manejo de órdenes verbales
  - Proceso para el manejo de medicamentos
  - Evaluación de los riesgos de caídas y nutrición
  - Capacidad de la enfermera en telemetría
  - Evaluación del manejo del dolor
  - Proceso y materiales para la educación del paciente
  - Planeación para dar de alta al paciente

# Temas para discutir durante la actividad del *Tracer*

- **Departamento de emergencia**
  - Proceso de *triaje*
  - Evaluación del paciente
  - Comunicación con UCI antes de transferir al paciente
  - Proceso del manejo de medicamentos, incluyendo medicamentos de alto riesgo, electrolitos de alta concentración
  - Necesidades de comunicación para pacientes ancianos con sordera
  - Capacidad de enfermería y médicos en el manejo de emergencias

# Temas para discutir durante la actividad del *Tracer*

## – Radiología

- Proceso para la identificación del paciente
- Procedimientos a tiempo correcto
- Intimidad y confidencialidad del paciente
- Comunicación con UCI: cualquier necesidades especiales del paciente
- Proceso de la comunicación para compartir resultados críticos

# Temas para discutir durante la actividad del *Tracer*

- **Laboratorio cardiaco de cateterización**
  - Evaluación del paciente pre-procedimiento
  - Proceso para la identificación del paciente
  - Intimidad y confidencialidad del paciente
  - Control de la infección
  - Monitoreo del paciente durante y después del procedimiento
  - Uso y mantenimiento de los equipos
  - El uso y la seguridad de la sedación y la anestesia
  - Frecuencia de cancelación de procedimientos y razones de las cancelaciones

# Temas para discutir durante la actividad del *Tracer*

## – Unidad de cuidados intensivos

- Comunicaciones recibidas de emergencias
- Evaluación y monitoreo del paciente
- Intimidad y confidencialidad del paciente
- Control de la infección
- Uso y mantenimiento de equipos, especialmente sistemas con alarmas
- Competencias del personal basado en el tipo de paciente en UCI
- Manejo de medicamentos
- Manejo de ordenes verbales

# Temas para discutir durante la actividad del *Tracer*

## — Farmacia

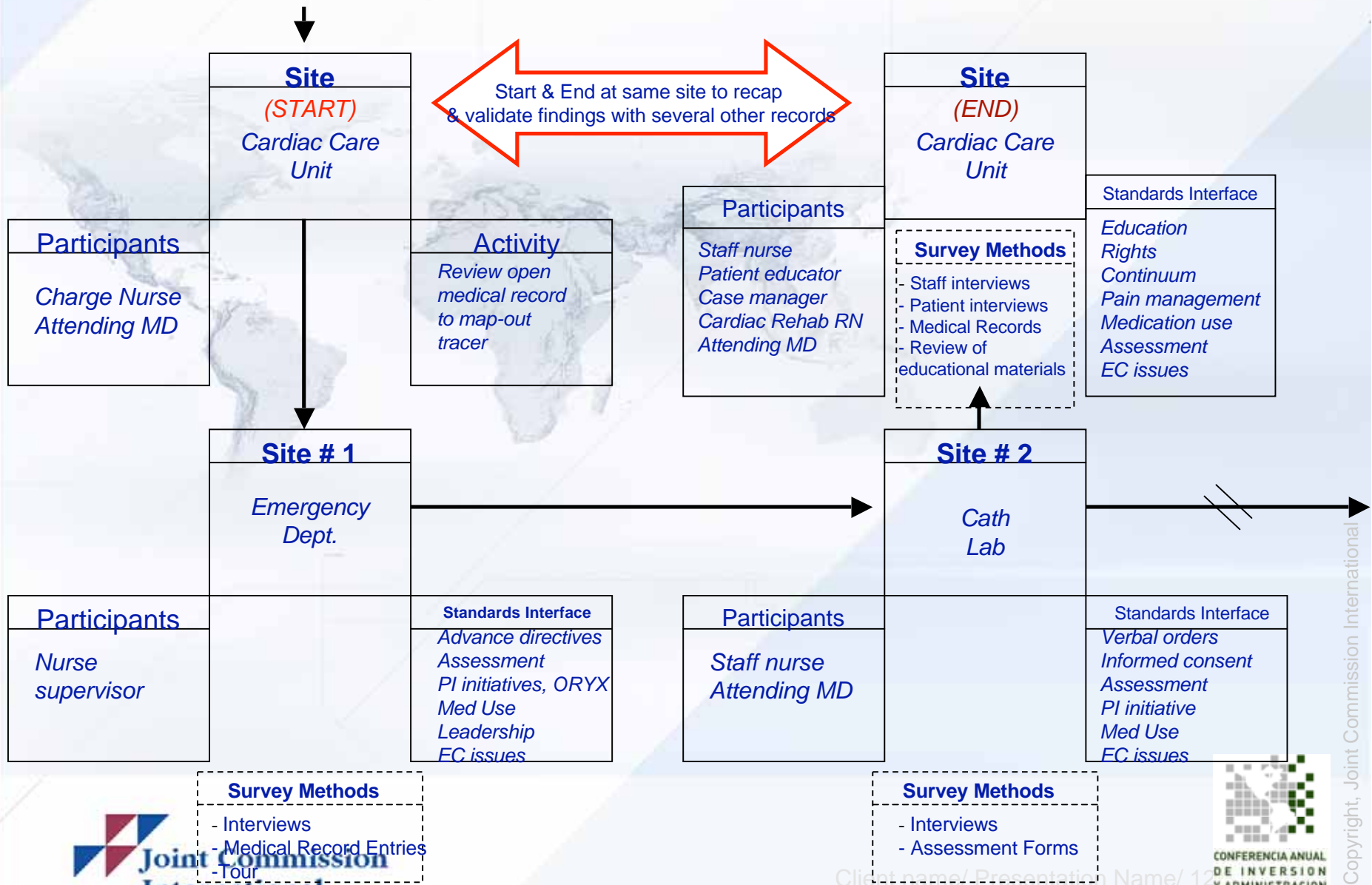
- Proceso de identificación para los medicamentos de alto riesgo
- Datos sobre uso de los medicamentos de alto riesgo
- Cambios en los procesos de la organización en el manejo de los medicamentos, basado en datos
- Educación del paciente/familia sobre medicamentos
- Manejo de ordenes para medicamentos de emergencia
- Capacidad del personal sobre medicamentos de alto riesgo

# Temas para discutir durante la actividad del *Tracer*

- **Terapia física y Servicios de rehabilitación**
  - Proceso de referencia y evaluación
  - Planeamiento interdisciplinario de los cuidados
  - Planeamiento de alta y evaluación de las necesidades domiciliarias
  - Educación del paciente y la familia

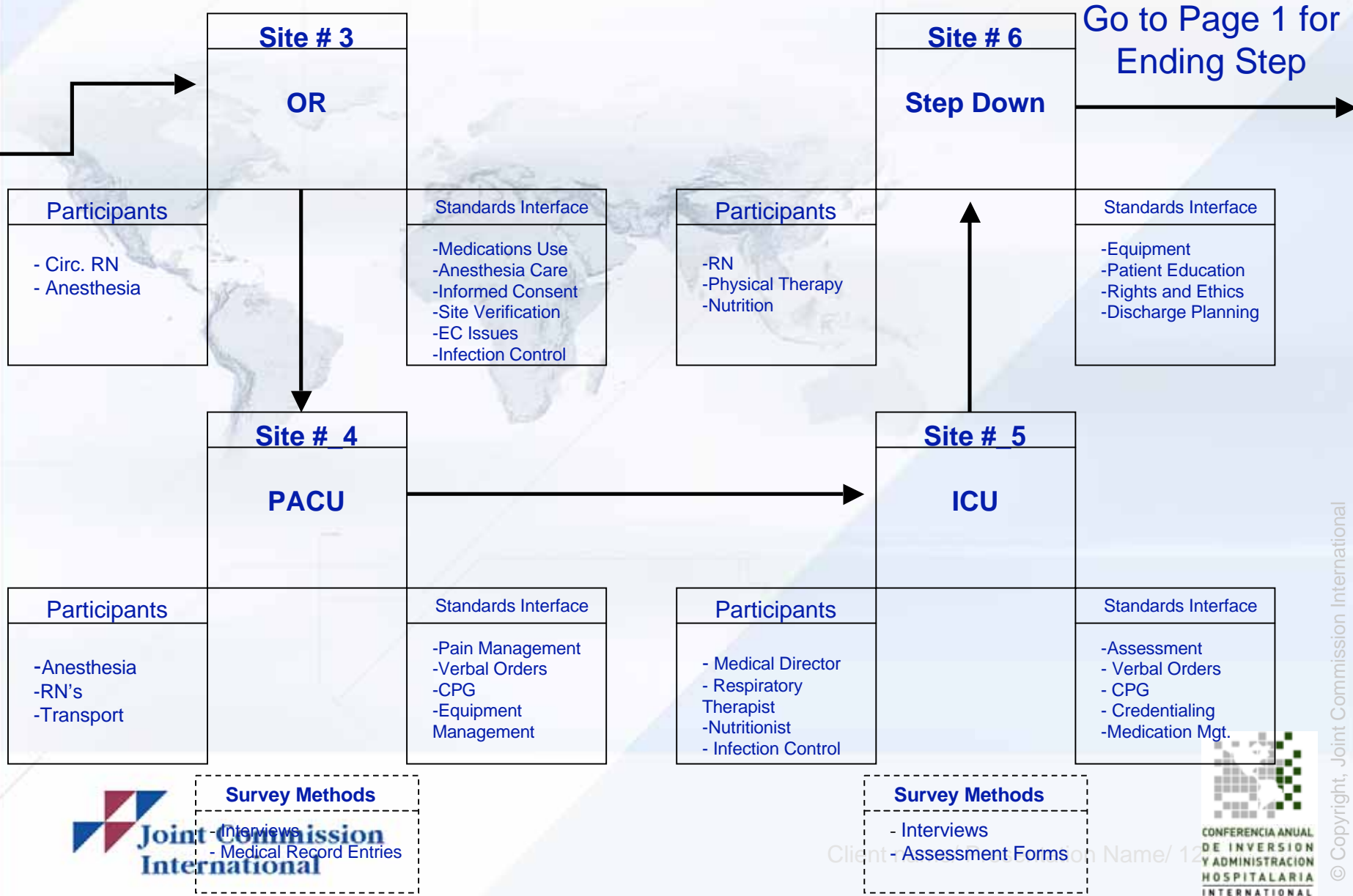
Map of Tracer – Example on a Cardiac Stent Patient

Date: 5/19/02 Medical Record Number: 123456 Hospital: General Hospital, AZ Surveyor: John Doe  
 Clinical Service Group: Cardiology Rationale for Tracer Selection: PFP identified this CSG



Map of Tracer *continued...*

Date: \_\_\_\_\_ Medical Record Number: \_\_\_\_\_ Clinical Service  
 Group: \_\_\_\_\_



**Survey Methods**  
- Interviews  
- Medical Record Entries

**Survey Methods**  
- Interviews  
- Assessment Forms



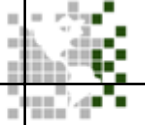
# Agregando los hallazgos del *Tracer*


- Después de que se terminen todos los ejercicios del *tracer*, es importante agregar los temas y vincularlos a los estándares
- Puede ser necesario hacer *tracers* adicionales para validar las conclusiones
- Usar como estrategia para mantener acuerdo con los estándares

# Registrar los hallazgos

- Enumerar los hallazgos importantes mientras se practican los *Tracer* de paciente y de sistemas
- Tener en cuenta:
  - Manejo de medicamentos
  - Control de la infección
  - Uso de datos
  - Ambiente clínico
- Cuando el *Tracer* se ha terminado
  - Revisar y aclarar los hallazgos identificados
  - Convertir a estándares y a elementos medibles

# Metas Nacionales e Internacionales para la Seguridad del Paciente

<u>Meta de seguridad</u>	JC	JCI
<u>Mejorar la exactitud de la identificación del paciente</u>		
<b>Dos identificadores de pacientes</b>	NPSG. 1A	1A
Mejorar la eficacia de la comunicación entre el personal		
Implantar un proceso/procedimiento para la recepción de órdenes verbales o telefónicas, y "lectura de verificación" de la orden completa, de resultados de pruebas clínicas y medicamentos	NPSG. 2A	2A
El uso de "abreviaciones prohibidas"	NPSG. 2B	
Medir y determinar la puntualidad de los reportes de los resultados y valores críticos de pruebas clínicas	NPSG.2C	
Estandarizar las comunicaciones entre personal cuando entregan un paciente	NPSG.2E	 <p>CONFERENCIA ANUAL DE INVERSIÓN Y ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA INTERNACIONAL</p>

<u><b>Meta de seguridad</b></u>	<b>JC</b>	<b>JCI</b>
<u><b>Mejorar la seguridad del uso de medicamentos</b></u>		
<b>Mejorar la seguridad de los medicamentos de alta alerta</b>		<b>3A</b>
<b>Estandarizar las concentraciones disponibles en la organización</b>	<b>NPSG.3B</b>	
<b>Identificar y, por lo menos, repasar anualmente una lista de medicamentos que se ven iguales o sus nombres parecen similares</b>	<b>NPSG.3C</b>	
<b>Etiquetado de envases, soluciones dentro y fuera del campo estéril</b>	<b>NPSG.3D</b>	
<u><b>Reducir el riesgo de infecciones nosocomiales</b></u>		
<b>Conformarse con las guías de la higiene de la mano (CDC)</b>	<b>NPSG.7A</b>	<b>5A</b>
<b>Manejar como evento centinela las muertes inesperadas o la pérdida permanente de función asociada a una infección durante el cuidado médico</b>	<b>NPSG.7B</b>	 <p>CONFERENCIA ANUAL DE INVERSIÓN Y ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA INTERNACIONAL</p>

<u>Meta de seguridad</u>	JC	JCI
<u>Reconciliar exacta y totalmente los medicamentos del paciente</u>		
Reconciliación de los medicamentos a la entrada al hospital	NPSG. 8A	
Reconciliación de los medicamentos durante el alta	NPSG.8A	
<u>Reducir el riesgo del daño al paciente resultado por caídas</u>		
Programa del manejo de caídas	NPSG.9	6A
<u>Protocolo universal para prevenir el sitio incorrecto, procedimiento incorrecto, cirugía incorrecta al paciente</u>		
Conducir un proceso verificable pre-operativo	UP.1A	4B
Marcar el sitio operativo	UP.2B	4C
Conducir un "tiempo limite" antes de empezar cualquier procedimiento quirúrgico	UP.3C	4A



<u>Meta de seguridad</u>	JC	JCI
<u>Incluir al paciente</u>		
Animar a los pacientes a ser incluidos en su propio cuidado como estrategia para la seguridad del paciente	NPSG.13	
<u>Identificar los riesgos de seguridad</u>		
La organización identifica los riesgos hacia la seguridad del paciente	NPSG.15	

**SI PUEDE VER LO INVISIBLE  
PODRA ALCANZAR LO IMPOSIBLE**

**Anónimo**

# Gracias

[djaimovich@jcrinc.com](mailto:djaimovich@jcrinc.com)

+ 1-630-873-6728