

MEJORES PRÁCTICAS

DE CALIDAD Y
GESTIÓN EN SALUD

Edición 5

Medellín - 2022
ISSN 2390 - 0776



Mejores Prácticas de Calidad y Gestión en Salud

N° 5 Medellín de 2022
Fundación Los Guayacanes Colombia
Carrera 63B N° 32E-67
www.fundacionguayacanes.org

Comité Editorial

Juan Carlos Murillo Correa
Claudia María Murillo Correa
Piedad Cristina Ortega Arango
Valentina Jiménez Castro

Autores

Juan Carlos Murillo Correa
Claudia María Murillo Correa

Agradecimientos

Hospital General de Medellín
Hospital Universitario Departamental de Nariño
Clínica El Rosario
Centro Cardiovascular Colombiano (Clínica Cardio VID)

Colaboradores

Corrección

Valentina Jiménez Castro

Diseño y diagramación

Jonatan Parra Manrique

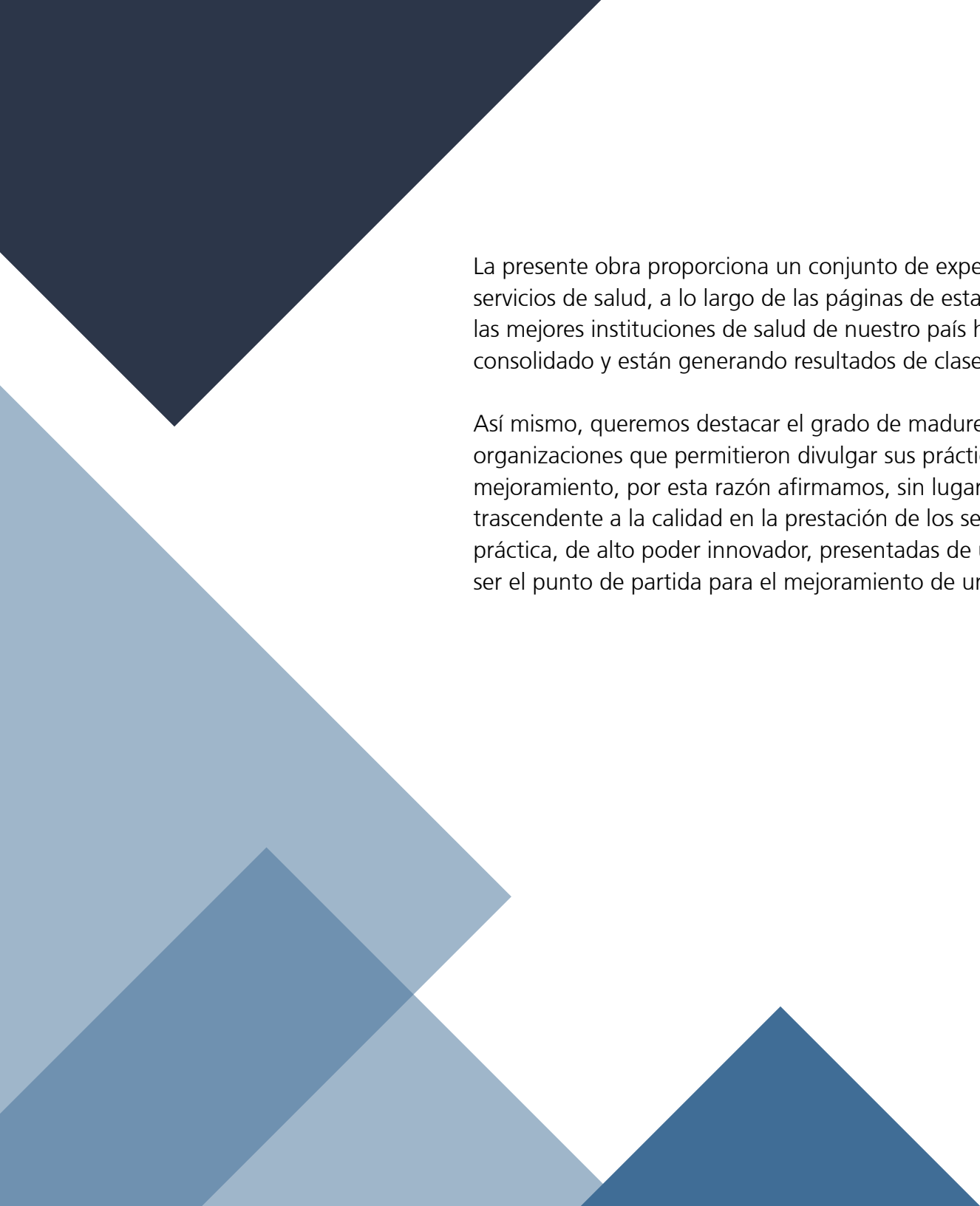
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, sin permiso previo del editor

ISSN 2390 - 0776
Medellín, septiembre de 2022

Prólogo

Para la Fundación Guayacanes, una experiencia exitosa es aquella práctica desarrollada que responde a una necesidad, sensible al contexto, con capacidad de generar resultados positivos y de impacto en salud, sostenible en el tiempo, con alta posibilidad de réplica, que se desarrolla de manera articulada con todos los interesados y que ha logrado contribuir objetivamente en la transformación de la cultura, los comportamientos y hábitos de la organización o comunidad para generar bienestar integral. Hoy estamos convencidos y lo hacemos con conocimiento de causa al recorrer las diferentes instituciones del sector salud, que en el país, los diferentes actores del sector salud han desarrollado diversas iniciativas de alto valor, que son exitosas en sus entornos, que deben ser identificadas, divulgadas y reconocidas para que puedan generar grandes transformaciones, es por esto que la Fundación busca generar conocimiento útil para contribuir al mejoramiento del sector salud en el país.

En la Fundación, la generación del conocimiento se desarrolla a partir del reconocimiento TOP BENCH Excelencia en la gestión, donde las organizaciones postulan sus experiencias y el grupo de evaluadores identifica buenas prácticas, las cuales son consolidadas y sistematizadas a través del libro de mejores prácticas de calidad y gestión en salud, a partir del cual comienza un proceso de divulgación de estas buenas prácticas mediante nuestro evento Club Bench de Experiencias Exitosas y el podcast Momentos Club Bench.



La presente obra proporciona un conjunto de experiencias exitosas en la prestación de servicios de salud, a lo largo de las páginas de esta publicación, el lector podrá conocer como las mejores instituciones de salud de nuestro país han desarrollado iniciativas, que se han consolidado y están generando resultados de clase mundial.

Así mismo, queremos destacar el grado de madurez y responsabilidad social de las organizaciones que permitieron divulgar sus prácticas para que sean utilizadas con fines de mejoramiento, por esta razón afirmamos, sin lugar a dudas, que este libro representa un aporte trascendente a la calidad en la prestación de los servicios de salud, debido a que las de aplicación práctica, de alto poder innovador, presentadas de una manera sencilla y concisa, lo que permitirá ser el punto de partida para el mejoramiento de un gran número de instituciones.

Contenido

Diseño e implementación del proceso de atención nutricional Hospital General de Medellín	6
Estrategia de humanización denominada campana de la vida dirigida a pacientes del servicio de oncología Hospital Universitario Departamental de Nariño	15
Fortaleciendo vínculos de confianza Clínica El Rosario - Sede Tesoro	24
Soporte de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en pacientes con infección por SARS COV2 Centro Cardiovascular Colombiano - Clínica Cardiovascular (Clínica Cardio VID)	34
Programa seguridad del paciente en tiempos de pandemia Hospital General de Medellín	44



Diseño e implementación del proceso de atención nutricional en el **Hospital General de Medellín**



Institución ganadora Top Bench

Nivel: Gestión clínica - Categoría: Plata

Antecedentes:

Con la adopción del actual direccionamiento estratégico del HGM 2016-2027, que establece como visión: “Para 2027 seremos un hospital público universitario líder por su modelo de atención innovador y por ser generador de experiencias positivas en sus usuarios, sus colaboradores y su entorno”, y con las nuevas directrices y normas que desarrollan la Ley Estatutaria de Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) para el Sistema de Salud, resulta necesario revisar y ajustar el modelo de atención de la organización.

El Plan de Desarrollo 2016-2019, como parte del Plan Estratégico 2016-2027, incluyó entre sus objetivos: consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia. Este objetivo incluye el Programa Estratégico de Atención Centrada en el Usuario y su Familia, el cual debe ejecutarse a través del Proyecto: Implementación del Modelo de Gestión Basado en el Flujo del Paciente.

En este contexto, el Modelo de Atención Nutricional surge a partir de la necesidad de integrar los recursos (humanos, físicos, económicos, científicos) existentes en torno al manejo nutricional de los pacientes y encaminarlos a un modelo de atención estandarizado e integral que permitiese el beneficio de pacientes y colaboradores previniendo la incidencia de desnutrición intra y post hospitalaria y contribuyendo a la solución de la problemática en salud que constituyó en su momento la falta de integración de dichos recursos, que además impedía establecer objetivamente el impacto que la atención nutricional tenía sobre los pacientes, su calidad de vida y el proceso de atención en general.

Teniendo en cuenta lo anterior, se instaura el Modelo de Cuidado Nutricional del HGM, que está enmarcado y alineado a los principios rectores, objetivos y programas estratégicos del Modelo de Atención Hospitalario (Código ES-PLI-GP002D01) y que permite actualmente, verificar mediante indicadores articulados, específicos y cuantificables, resultados objetivos sobre el impacto que el proceso de atención le implica al estado nutricional del paciente durante y después de la hospitalización y el curso de la enfermedad, la estancia hospitalaria, el manejo integral de la enfermedad y, en ese orden de ideas, posibilitan mejoras en el proceso de atención nutricional intrahospitalario y de seguimiento después del alta.

Propósito fundamental y descripción de la experiencia:

A lo largo de los años, el Hospital General de Medellín se ha caracterizado por ser una institución pionera del manejo integral y multidisciplinario a sus pacientes y enfocado en la calidad del servicio ofrecido; el equipo de nutrición y dietética se conforma a lo largo de la historia institucional y ha evolucionado de forma paralela a las exigencias del desarrollo científico, social y económico que ha propuesto el servicio hospitalario a nivel institucional, municipal y gubernamental.



En el año 2019, en contexto con el objetivo de instaurar un modelo de gestión integral para el cuidado hospitalario y con miras a ofrecer mayor satisfacción en la atención a los pacientes se evidencia la necesidad de identificar tempranamente el riesgo nutricional en los pacientes ingresados al servicio y por consiguiente, disminuir los índices de desnutrición hospitalaria, mejorar la atención nutricional y desarrollar herramientas efectivas para la cuantificación y la observación objetiva de resultados; de allí nace la propuesta de desarrollar el Modelo Integral de Atención Nutricional, que se desarrolla a partir de la unión de recursos científicos, de investigación y de talento humano tanto nuevos como ya existentes y que implica la consolidación de los mismos en un sistema integrado encaminado a la atención nutricional exitosa y de manera directa al mejoramiento de resultados en indicadores relacionados con la disminución de complicaciones por malnutrición o depleción proteico calórica asociada al curso de la enfermedad, la satisfacción del usuario al alta y el seguimiento posterior a esta.

El Hospital General de Medellín actualmente atiende en promedio 8.500 pacientes durante un periodo de 6 meses y de acuerdo a los indicadores arrojados mediante el tamizaje nutricional al ingreso hospitalario (herramienta desarrollada dentro del contexto del Modelo Integral de Atención Nutricional), durante el último semestre del año 2020 se tamizaron 3.023 pacientes, de estos, 1.012 llegaron a la institución con riesgo nutricional moderado o alto, asociado a pérdidas de peso severas y/o disminución de la ingesta alimentaria adyacentes al curso de la enfermedad y de acuerdo a los objetivos de manejo, requirieron atención nutricional temprana e individualizada.

El Modelo de Cuidado Nutricional del Hospital General de Medellín tiene como propósito fundamental propender por un manejo nutricional individualizado e integral para los pacientes durante su estancia hospitalaria, enfocado en recuperar o mantener el estado nutricional, disminuir las complicaciones clínicas relacionadas con la malnutrición, impactar sobre los días de estancia hospitalaria y costos en la atención en salud, incidir de manera positiva en la calidad de vida del paciente y medir objetivamente logros y resultados mediante indicadores de seguimiento específicos y cuantificables.

El Modelo de Cuidado Nutricional inicia desde el momento del ingreso, con aquellos pacientes que tienen orden de hospitalización desde el servicio de urgencias o consulta externa; confluyendo en tres grandes momentos: ingreso, atención y puertas de intercambio.

Al momento del ingreso, se identifican las entradas necesarias para el proceso de cuidado nutricional (tamizaje nutricional) que constituyen los insumos de orientación de las acciones del equipo de nutrición durante el proceso de atención en materia de alimentación y nutrición; asimismo, durante la atención, el usuario y su familia participan activamente a lo largo de un conjunto de procesos y procedimientos asistenciales relacionados con nutrición (control de ingesta, cultura y cotidianidad alimentaria, gustos y rechazos, valoración nutricional, intervención nutricional, plan de egreso y recomendaciones nutricionales para el alta) e integrados para garantizar una respuesta coordinada a sus necesidades, riesgos, preferencias y expectativas; además, las puertas de intercambio permiten concluir de manera pertinente el ciclo de cuidado nutricional hospitalario, direccionando al paciente a las instituciones y/o programas pertinentes para la continuidad de su atención de manera ambulatoria y entregando recomendaciones efectivas acordes a sus necesidades patológicas y nutricionales específicas.

Del mismo modo, los diferentes momentos del Modelo de Cuidado Nutricional se interrelacionan entre sí mediante cuatro elementos articuladores que de manera transversal engloban todo el Modelo de Cuidado Nutricional, dichos componentes son la atención humanizada, la gestión del riesgo y seguridad del paciente, involucramiento del paciente y su familia y por último la educación y cultura nutricional, basados en las necesidades específicas del paciente, la normativa vigente y las directrices propias de la institución para los grupos poblacionales específicos. En el componente educativo se incluye a los funcionarios del hospital con la finalidad de generar cultura alimentaria y nutricional.

El diseño e implementación del Modelo de Cuidado Nutricional se origina a partir de la identificación de las falencias que surgen en la atención nutricional del mismo, y la incapacidad para medir la eficacia y eficiencia del proceso, donde faltaba articulación, estandarización y monitoreo adecuado que permitiera la mejora continua; todo lo anterior es posible ahora mediante la aplicación de listas de chequeo, indicadores específicos, paciente, trazador y encuestas de satisfacción, que son dirigidas por el departamento de calidad.

Por otro lado, el Modelo de Cuidado Nutricional es posible gracias al apoyo de la alta gerencia, el trabajo mancomunado del departamento de calidad y finalmente dirigido por el equipo de nutrición del Hospital General de Medellín, siempre con miras a prestar un servicio con los mejores estándares de calidad. La implementación del modelo ha permitido, entre diversos logros, una mayor cobertura en la atención nutricional, instaurar procesos más estandarizados y exitosos, que a nivel externo han generado reconocimiento al HGM, ejemplo de ello es el premio a la excelencia en la atención en salud (OES), que ha permitido la generación de conocimiento a través de investigaciones que se han desarrollado en la institución y que alimentan la metodología del manejo nutricional, logrando extenderse a la comunidad en general a través del canal institucional como medio de divulgación masiva.

Además de todo el avance y el desarrollo de indicadores para manejo institucional, esta experiencia permitió durante el segundo semestre del año anterior, la atención nutricional individualizada a más de 1.000 pacientes, logrando así el abordaje integral de los mismos y la identificación de gustos y preferencias individuales. Siendo la alimentación un factor fundamental de satisfacción en la atención integral del paciente, ha sido posible mejorar los indicadores de evaluación y calidad de la atención mediante encuestas realizadas a los usuarios al momento del alta hospitalaria.

Entorno:

El Hospital General de Medellín se encuentra situado cerca al corazón de la ciudad y se constituye como el único hospital público de alta complejidad en el departamento de Antioquia, municipio con más de 6 millones de habitantes y que como capital tiene la segunda ciudad más grande del país; las condiciones ambientales son favorables en este punto geográfico de la ciudad y de acuerdo al desarrollo tecnológico y económico se ha alcanzado la infraestructura necesaria para ofrecer atención de calidad, con servicios básicos completos (agua, energía, gas, red de internet, entre otros) y servicios avanzados y tecnológicos para la atención de pacientes complicados y requirentes de abordaje especializado de tercer y cuarto nivel de complejidad.

Dentro de su cobertura de atención ofrece sus servicios a todos los pacientes del régimen subsidiado, algunos del régimen contributivo y población carente de cobertura registrada para el servicio de salud, dentro de la cual se enmarca gran cantidad de pacientes extranjeros y personas en condición de calle, en general, la institución atiende habitantes de todo el departamento de Antioquia y de otras ciudades del país de acuerdo a las necesidades de abordaje, disponibilidad profesional y de especialidades; más del 90% de los pacientes adultos que ingresan a la institución son incluidos dentro del Modelo de Atención Nutricional Integral y se constituyen beneficiarios del mismo.

Relaciones:

Con apoyo de la industria se diseñó el Modelo de Cuidado Nutricional orientado a la estandarización y mejora en los procesos, encaminado a lograr que la atención del paciente sea integral y con calidad; acompañamiento que no concluyó con el diseño del modelo, sino que continúa siendo clave en la actualización, generación y divulgación del conocimiento.

Para el desarrollo de la experiencia, el equipo científico y académico de ABBOTT ofreció su apoyo, (de manera independiente y excluida, de la relación farmacéutica que le asocia a la institución) mediante la asignación de recurso humano, técnico y de acompañamiento continuo en la creación, formación, desarrollo y puesta en marcha del Modelo de Atención Nutricional que hoy opera de manera exitosa y en marcha a la mejora.

Retos:

Aunque se ha mejorado de manera significativa y gratificante el proceso de seguimiento nutricional externo mediante las puertas de intercambio, es necesario aún concluir herramientas y/o indicadores que permitan medir la magnitud de la intervención al egreso hospitalario, alcanzar una conexión efectiva con el manejo nutricional ambulatorio y del mismo modo, instaurar métodos eficientes para cuantificar el impacto de la intervención nutricional oportuna sobre la estancia hospitalaria.



Con el fin de asegurar la sostenibilidad del Modelo de Atención Nutricional y la permanencia en el tiempo, se ha creado la herramienta sistematizada de tamizaje nutricional en la historia clínica electrónica institucional, que además es de imperativo seguimiento semanal y que permite la medición objetiva de resultados mediante indicadores específicos.

Para asegurar el aprendizaje y desarrollo continuo de conocimientos encaminados a la atención integral del paciente mediante reuniones educativas semanales obligatorias para todos y cada uno de los colaboradores del Hospital General de Medellín, las cuales son evaluadas individualmente y que dentro de su pliego de temas desarrollados incluye el Modelo de Atención Nutricional instaurado en la institución. Además, se establecieron protocolos y guías que rigen de forma objetiva y con información basada en la evidencia, el manejo nutricional del paciente hospitalizado de acuerdo a sus necesidades específicas e individuales, que son actualizados periódicamente y establecidos como responsabilidad del profesional nutricionista quien debe velar por su cumplimiento mediante el seguimiento exhaustivo a la evolución clínica del paciente y la educación continua al personal interdisciplinario involucrado en la atención del mismo.

Lecciones aprendidas:

Los principales aprendizajes que ha permitido la experiencia se focalizan en la importancia de lograr una articulación sincrónica entre el modelo y el proceso de atención nutricional, la medición a través de indicadores específicos ha permitido realimentar el proceso continuamente, logrando una mayor cobertura en atención del paciente desde la intervención y educación durante el tamizaje nutricional hasta la atención individualizada en pacientes que así lo requieren de acuerdo a su estado nutricional al momento y después del ingreso a la institución, ha facilitado la identificación de oportunidades de mejora en todo el proceso de atención nutricional y ha involucrado de forma positiva al paciente y su entorno dentro del trayecto terapéutico nutricional durante el curso de la estancia hospitalaria, aportando efectividad al macro proceso de atención integral y de calidad exigido en la institución.



Estrategia de humanización
denominada campana de la vida
dirigida a pacientes del servicio de oncología
Hospital Universitario
Departamental de Nariño



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

Institución ganadora Top Bench

Nivel: Humanización y atención centrada en las personas
Categoría: Bronce

Antecedentes:

El perfil epidemiológico en salud de los colombianos y nariñenses registra al cáncer como la primera o la segunda causa de muerte y según la OPS se espera que esta carga se duplique para el año 2040, esto requiere acciones oportunas y efectivas para lograr un impacto favorable a nivel poblacional e individual sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad.

Según la OMS, “el cáncer es una enfermedad mortal que año tras año cobra la vida de millones de personas (adultos y niños) alrededor del mundo y hace parte de un grupo de enfermedades que ha causado grandes secuelas tanto sociales, económicas y psicológicas”.

En Colombia la perspectiva epidemiológica del cáncer es similar al ámbito mundial, por lo cual los sistemas y las instituciones de salud están llamados a buscar estrategias para responder a los nuevos desafíos sanitarios. Esta enfermedad afecta a todas las poblaciones, debido a su gravedad genera un alto impacto en la vida de las personas que la padecen y por ende causa una fuerte afectación en el área emocional, por tanto, es importante que los servicios de salud construyan herramientas que ayuden a sobrellevar los efectos tanto físicos, psicológicos, sociales que producen la enfermedad del paciente.

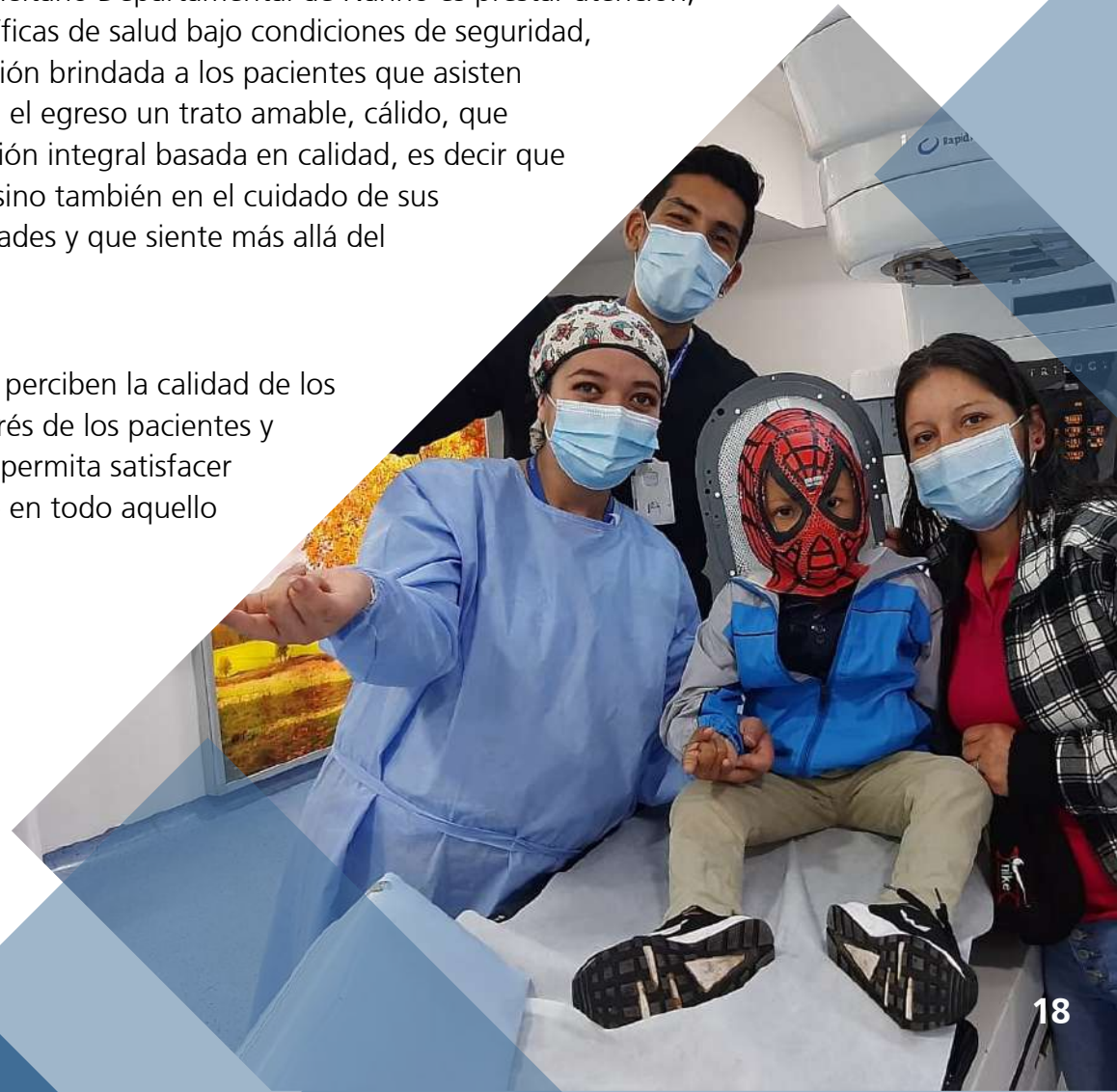
El Hospital Universitario Departamental de Nariño por tratarse de una institución pública en la Unidad Oncológica presta atención de salud de manera multidisciplinaria y dentro de los más altos niveles de excelencia y humanización, brinda atención de carácter integral a los pacientes y sus familias con todas las patologías malignas: cáncer de mama, tumores del aparato digestivo, tumores urológicos, tumores del aparato genital femenino, tumores de piel, cáncer de pulmón, tumores del sistema nervioso central, patología hematológica maligna y benigna, para el tratamiento de esta enfermedad ofrece servicios de quimioterapia y radioterapia, contiguo a ello en el marco de la política de humanización de la institución, el personal sanitario intrínsecamente ha conllevado a realizar acciones a favor de la dignificación de los seres humanos, es por eso que se han trazado actitudes, habilidades para atender, cuidar y tratar a los pacientes diagnosticados con una enfermedad maligna respetando la dignidad en todo momento. Además, en esta clase de patologías, los cuidados humanizados adquieren una importancia especial en aquellos pacientes cuya esperanza de vida es corta y requieren de cuidados paliativos; en virtud de lo anterior, adoptaron la práctica de celebrar la terminación de los tratamientos de cáncer; adoptada del Centro Md Anderson, dicha institución cuenta la historia que en el año 1996, el almirante Irve Le Moyne, como símbolo de agradecimiento por haber finalizado su tratamiento de radioterapia, en gratitud, dono, la campana de bronce de su barco, la cual fue instalada en la institución. De aquí nace este simbólico momento de tocar tres veces la campana para los pacientes que terminan su tratamiento de cáncer.

En la actualidad esta práctica ha sido adoptada en las instituciones de salud que tienen habilitado unidades oncológicas, como símbolo de esperanza, ante la posibilidad de vencer el cáncer y de realizar un cierre simbólico de este arduo proceso.

Propósito fundamental y descripción de la experiencia:

El propósito de la estrategia de humanización denominada “la campana de la vida”, dirigida a todos los pacientes que terminan el tratamiento con cáncer del Hospital universitario Departamental de Nariño es prestar atención, cuidado y tratamiento de acuerdo a las condiciones específicas de salud bajo condiciones de seguridad, respeto, información, educación y continuidad de la atención brindada a los pacientes que asisten al servicio de oncología, generando desde el ingreso hasta el egreso un trato amable, cálido, que permita entre el paciente y el personal sanitario una atención integral basada en calidad, es decir que no solo se debe enfocar al tratamiento de la enfermedad sino también en el cuidado de sus emociones como ser holístico, entender que tiene necesidades y que siente más allá del dolor físico o enfermedad que lo hace sensible.

Es importante tener en cuenta que las personas atendidas perciben la calidad de los servicios a través de su propia experiencia humana. El interés de los pacientes y familiares es recibir un trato amable, digno, humano, que permita satisfacer las necesidades reales y potenciales del paciente, centrado en todo aquello que genere bienestar.



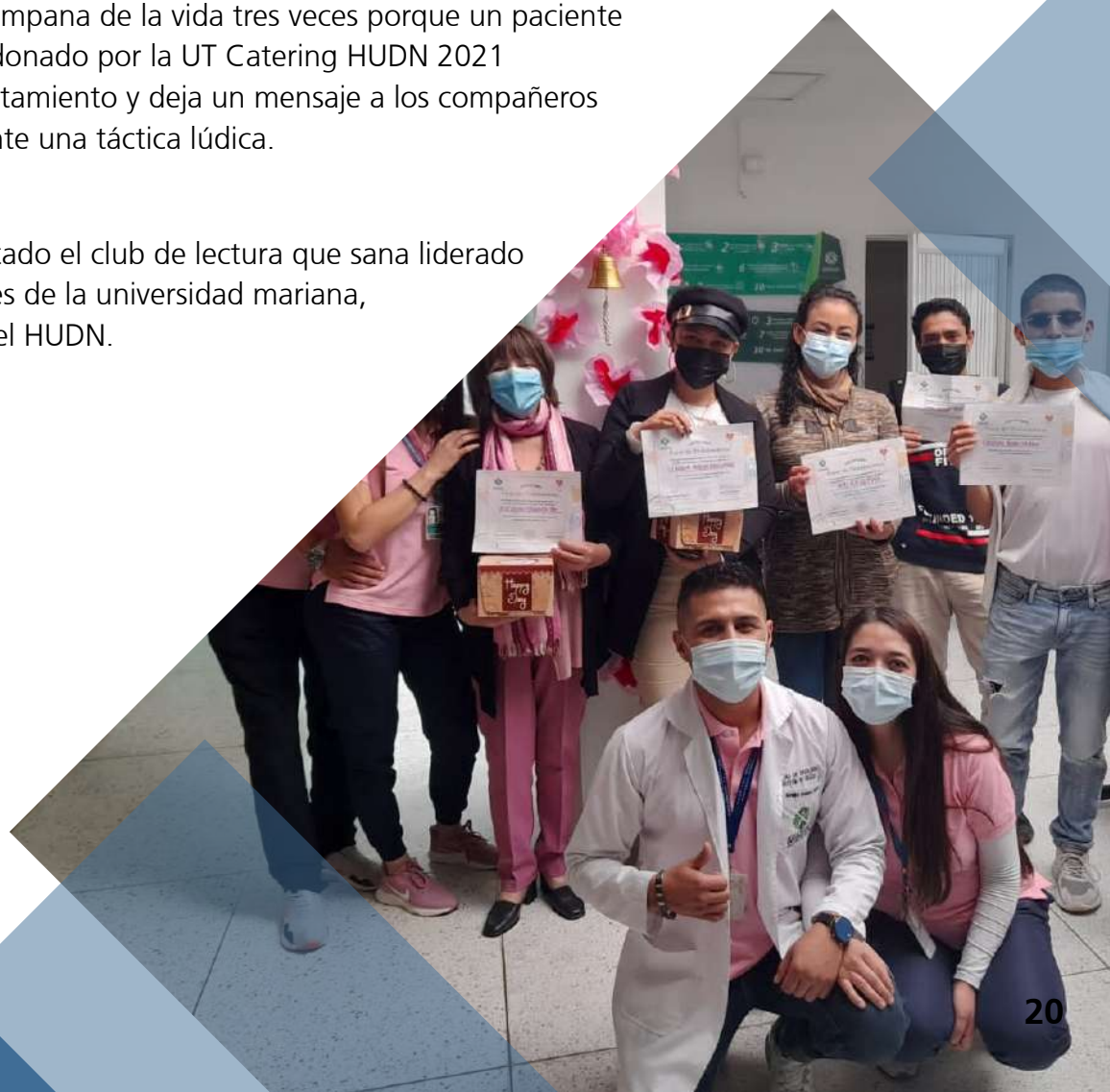
La campana de la vida como estrategia de humanización del Hospital Universitario Departamental de Nariño se desarrolla en el área de oncología, y está dirigida a todos los pacientes que terminan su tratamiento de cáncer.

Cuando un paciente llega a la Unidad Oncológica del Hospital Universitario Departamental de Nariño es valorado por el médico especialista, quien de manera humanizada y enfocado en el buen trato y la dignidad del ser humano determina la conducta para cursar tratamiento a seguir radioterapia o quimioterapia, posteriormente es valorado por el área de psicología quien cumple una tarea importante para ayudar a afrontar, asimilar y convivir con la enfermedad. En caso de tratarse de niños, esta área se encarga que junto a la familia el tratamiento de radioterapia sea percibido como un juego enmarcado en una actividad lúdica dedicado a favorecer la adherencia al tratamiento y que le permitan afrontar eficazmente la estadía en la unidad oncológica en esta actividad es muy fuerte la participación de la familia.

Cuando el paciente pasa a tratamiento de radioterapia o quimioterapia se encuentra con un grupo humanizado quien atiende la estancia en el servicio y este grupo está conformado por enfermeras, auxiliares de enfermería, tecnólogos de radioterapia, ingeniero físico médico, médico especialista, gestor de casos, etc.

La enfermera jefe del servicio de oncología realiza permanente seguimiento y educación a los pacientes que están cursando tratamiento para patologías de cáncer y es quien bajo un registro consolida el número de pacientes, nombres y apellidos y día de terminación de quimioterapia o radioterapia, el día que finaliza el tratamiento el paciente toca tres veces la campana y el personal de salud aplaude en señal de victoria, así mismo a través de los parlantes del Hospital se da a conocer el código rosa que significa “hoy en el servicio de oncología se toca la campana de la vida tres veces porque un paciente está venciendo el cáncer”, se hace entrega de un detalle donado por la UT Catering HUDN 2021 y se entrega un diploma donde consta que concluyo el tratamiento y deja un mensaje a los compañeros que aún se encuentran en la etapa de tratamiento mediante una táctica lúdica.

Aunado a ello, los días martes y jueves se tiene implementado el club de lectura que sana liderado por el área de psicología y acompañados de los estudiantes de la universidad mariana, la universidad de Nariño y los colaboradores voluntarios del HUDN.



Entorno:

El desarrollo de la experiencia se realiza en la sala de espera de la Unidad Oncológica del Hospital Universitario Departamental de Nariño, donde se instaló una campana que se toca tres veces para expresar felicidad y alegría de un paciente al haber terminado un tratamiento de cáncer, lo que simboliza esperanza y apoyo para todas las personas que siguen luchando contra la enfermedad, “mucho cuidado, su uso tiene una regla de oro solo se debe hacer sonar cuando sucede algo maravilloso, tan maravilloso que es vencer al cáncer”.

Se tiene establecido la implementación del código rosa que es transmitido por el alto parlante del hospital para hacer saber que en el servicio de oncología se celebra la terminación de un tratamiento, ya que el toque de la campana nos permite dar una buena noticia y animar a los pacientes que aún se encuentran en el tratamiento a seguir luchando contra la enfermedad.

Los beneficiarios son todos los pacientes diagnosticados con patologías cancerígenas y que terminan su tratamiento de oncología y radioterapia.

Relaciones:

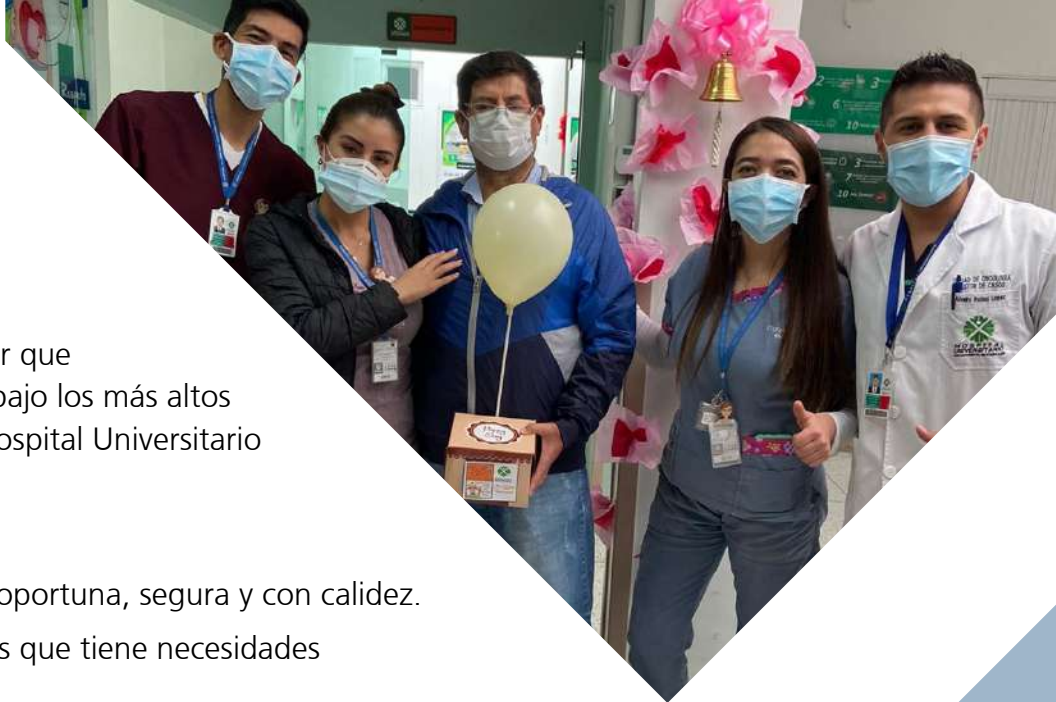
La experiencia de humanización denominada “campana de la vida” dirigida a los pacientes oncológicos del Hospital Universitario Departamental de Nariño, es apoyada por un grupo interdisciplinario de salud: oncólogo clínico, radioncólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, tecnólogos de radioterapia, ingeniero físico médico, ginecólogo oncólogo, coordinadora de soporte terapéutico, además la primera dama del departamento de Nariño, la empresa UT Catering HUDN 2021, grupo de voluntarios del HUDN estudiantes de la Universidad de Nariño y la Universidad Mariana.

Retos:

Los principales desafíos de la estrategia de humanización es lograr que los pacientes oncológicos tengan una atención en salud integral bajo los más altos principios de humanización por parte del personal sanitario del Hospital Universitario Departamental de Nariño.

- Ofrecer cuidados de calidad humana que comprenda atención oportuna, segura y con calidez.
- Tratar al paciente oncológico y a su familia como seres holísticos que tiene necesidades de comprensión, amor y cariño.
- Ser centro de referenciación en estrategias de humanización para pacientes oncológicos.

Para asegurar la sostenibilidad es una política documentada y avalada por el gerente para ser implementada de estricto cumplimiento en el servicio de oncología e incluir valores agregados de apoyo a las estrategias de humanización en los pliegos de licitación de contratos con terceros.



Lecciones aprendidas:

- La atención humanizada en los servicios de salud responde a un modelo de servicio de calidad basado en un trato amable, digno y respetuoso al paciente y la familia.
- La relación paciente personal sanitario ha permitido generar actos de confianza que fortalece la satisfacción de los usuarios durante la estadía en la unidad oncológica.
- Promover acciones encaminadas al acompañamiento de los pacientes y sus familias durante todo su proceso oncológico.
- La estrategia de humanización garantiza satisfacción del paciente al generar experiencias memorables a través de hacer que el paciente sea único e importante.
- Esta estrategia permite dar un valor agregado para los servicios de salud.
- El paciente se siente acompañado, ya que no es el único que tiene la enfermedad, tiene a su favor un grupo que realiza acompañamiento para asumir y superar su enfermedad, el paciente y su familia.



Fortaleciendo vínculos de confianza **Clínica El Rosario - Sede Tesoro**



Institución ganadora Top Bench

Nivel: Humanización y atención centrada en las personas
Categoría: Plata

Antecedentes:

La Clínica El Rosario desde su fundación se ha conducido por el pensamiento organizacional que emana el Carisma de Marie Poussepin, fundadora de las Hermanas de la Caridad Dominicas de la Presentación, la cual recomienda: “por los enfermos harán todo lo que la caridad pueda inspirarles”, partiendo esta, la clínica orienta su servicio hacia una atención humanizada centrada en la persona.

El personal asistencial, médico y de enfermería de la Unidad de Cuidado Neonatal de la Sede Tesoro, inmersos en la cultura de atención humanizada centrada en la persona, se preocupa por dar a sus usuarios una atención integral que vela por la vida y la dignidad. Hace dos años, en la búsqueda de fortalecer el vínculo entre el recién nacido y su familia, se realizó un trabajo para el aumento del tiempo de contacto, piel a piel y de acompañamiento, además la inclusión de abuelos y hermanos. Otras acciones para disminuir la angustia en relación con la hospitalización del recién nacido fueron el fomento la lactancia materna y aumentar la habilidad de los padres para el cuidado en casa, lo que dio lugar a la experiencia “Fortaleciendo Vínculos de Amor”.

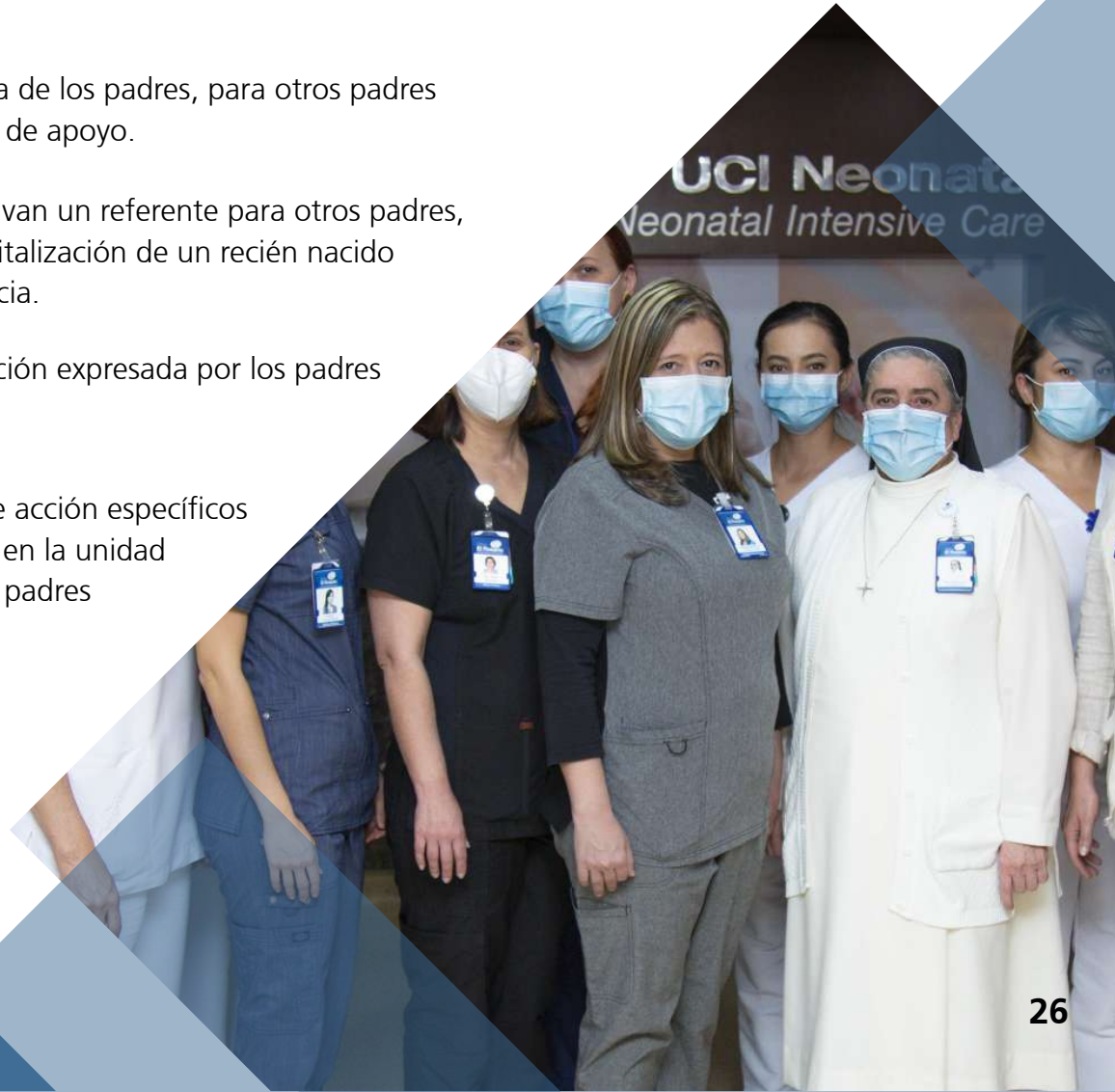
Durante este proceso, una familia, de forma generosa y desinteresada, compartió la experiencia vivida sobre la hospitalización de sus hijos de forma escrita en una carta, dirigida a otros padres, “con un propósito muy claro y es compartir la experiencia y el modelo mental que desarrolle a lo largo de ella para poderla sobrellevar e incluso, disfrutar”, al recibir este valioso regalo, con el fin de realizar una recopilación de experiencias, invitamos a otros padres que quisieran compartir su experiencia de manera escrita. Así, surge la idea de editar un libro, al cual le llamamos “Cartas de Papás para Papás”, como una herramienta que pudiera servir de apoyo y educación a otros padres que tuvieran sus hijos y/o hijas en la unidad de cuidado neonatal.

Propósito fundamental y descripción de la experiencia:

Desarrollar estrategias que aporten en la mitigación de la angustia e incertidumbre presentada por los padres que se encuentran con recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidado neonatal:

1. Compartir experiencias contadas desde la perspectiva de los padres, para otros padres en iguales o parecidas condiciones, como una forma de apoyo.
2. Establecer un grupo de apoyo de padres, que se vuelvan un referente para otros padres, de cómo enfrentar la situación generada por la hospitalización de un recién nacido al sentirse identificado con quien ya vivió la experiencia.
3. Identificar oportunidades de mejora según la percepción expresada por los padres e implementar las diferentes acciones que requieran.

A partir del análisis Ishikawa se determinaron los planes de acción específicos para intervenir y, priorizar el principal problema detectado en la unidad de cuidados neonatales, la **angustia e incertidumbre** de padres y familia por la hospitalización del recién nacido.



Se buscaron estrategias de fácil acceso que aportaran a la mitigación de las emociones y sentimientos negativos vividos por los padres, y que generen entornos de seguridad y tranquilidad para padres y cuidadores.

- Publicar las cartas escritas por padres para otros padres en situación similar con el fin de compartir su experiencia.
- Identificar y dar respuesta a las necesidades y expectativas de los padres / cuidadores al ingreso de la unidad neonatal.
- Socializar los recorridos del funcionamiento del entorno de la unidad de cuidado neonatal para padres.
- Información y educación del personal médico y de enfermería, sobre temas específicos como duelo perinatal y comunicación asertiva, para fortalecer competencias de escucha y comunicación que lleve a la implementación de un lenguaje más humano y cercano a los cuidadores, ya que el uso de lenguaje especializado crea una barrera en la comunicación con las familias de los recién nacidos.

Con el fin de evaluar las necesidades de manera objetiva y sistematizada, se desarrolló una encuesta para padres que tenían a sus recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidado neonatal, para determinar que estrategia sería la más conveniente para intervenir la problemática detectada. Se realizaron 30 encuestas, no se tuvo criterios de exclusión y se obtuvo los siguientes resultados:

- Frente a las necesidades y sentimientos con respecto a la hospitalización de los recién nacidos: el 86.6% de los padres indicaron como primera necesidad conocer la información sobre la enfermedad, respecto al tratamiento, cuidado y pronóstico, el 66.67% considera necesario el acompañamiento del personal asistencial, el 50% indica la necesidad de conocer el entorno de la unidad y el 50% conocer sobre experiencias previas de otros padres.
- Con respecto a las estrategias que consideran los padres, pueden ser un apoyo para enfrentar la hospitalización del recién nacido en la unidad neonatal: el 76.7% considera que el médico y el personal de enfermería informe como es la experiencia, el 46.7% indicó necesario conocer las experiencias de otros padres que han tenido hospitalizado su recién nacido, el 3.3% buscar en internet y el 6.7% vivir la experiencia sin conocer otras.
- Se indagó con los padres cuál era la forma como les gustaría conocer la experiencia de otros padres: el 60% indicó por medio de historias escritas contadas desde la perspectiva de quien ya lo vivió y con grupos de apoyo de padres expertos que comparten su experiencia, solo un 6.7% expresó que no estaría de acuerdo con este tipo de actividades. Por último, el 50% de los padres indicó que el acercamiento se podría dar de manera tanto virtual como presencial y el 77% manifestó que está dispuesto en participar de la iniciativa.

Al buscar publicaciones sobre cómo se ha logrado la mitigación de la incertidumbre y estrés de los padres, los resultados indican estrategias para aumentar el tiempo de acompañamiento por parte de los padres con la creación de unidades abiertas (acompañamiento 24 horas a sus recién nacidos), estrategia que desde hace 4 años se inició en nuestra unidad ampliando el horario de acompañamiento, además de la participación de abuelos y hermanos mayores de 7 años, como mecanismo de fomento de la educación en los padres y en la comunicación. No se encontró desarrollo de estrategias que permitan ser adaptadas por otros profesionales o instituciones, además de la estrategia canguro y la de las unidades abiertas.

En un estudio realizado en Suecia, Dykes (2021), sobre los sentimientos de los padres con recién nacidos con peso bajo hospitalizados, los resultados mostraron que especialmente las madres expresaron la necesidad y el deseo de conocer la experiencia de otros padres que viven o vivieron la misma situación, ellos plantean la necesidad de crear grupos de familias de apoyo para padres de niños nacidos con bajo peso para la edad gestacional.

Entorno:

La iniciativa nació en la unidad neonatal, buscando dar respuesta a las necesidades identificadas en la encuesta, proceso que se dio al tiempo que la iniciativa de los padres de dejar por escrito sus experiencias para la lectura de otros padres. Los beneficiados de estas acciones son padres que ingresaran con sus recién nacidos por múltiples causas a la unidad neonatal y padres que se encuentran aún con sus bebés en gestación, pero que dentro de las posibilidades por las patologías de la madre o feto puede estar, la necesidad de hospitalización luego del nacimiento.

Relaciones:

Luego de la encuesta y la lectura de la carta inicial, se incentivó a que el personal médico y de enfermería para iniciar la recopilación de otras cartas con experiencias de otros padres de la unidad neonatal de la Clínica Rosario sede Tesoro, además se contó con el apoyo del programa de educación al paciente y familia y de comunicaciones. Luego de la recopilación de las 14 experiencias, se analizó la posibilidad de la publicación de un libro. Se llevó la propuesta inicial de la creación del libro, ante la alta dirección, la cual aprobó y prestó su apoyo para que esta iniciativa fuera posible.

La estrategia se fue integrando, con la participación de todo el equipo de la unidad de cuidados neonatales, en compañía con la coordinación del área, las líderes de humanización y educación al paciente y familia. Para la ilustración, se contactó a la artista canadiense Amanda Greavette, miembro de la liga de la leche canadiense y creadora de 'The Birth Project', una serie de pinturas que expresan la belleza del embarazo y nacimiento, quien generosa y desinteresadamente realizó la donación de sus obras para que sirvieran de apoyo al libro.

Luego de la presentación del libro a los padres coautores de este, surgió la iniciativa de la creación de un grupo de apoyo por ellos mismos, estrategia ya planteada al interior de la institución y que actualmente se encuentra en implementación.

Para asegurar que la experiencia fuera sostenible, se realizaron varias actividades incentivando al personal médico y de enfermería para el conocimiento del libro y el apoyo a la lectura, además de la realización de la encuesta para los padres, posterior a la lectura. Para evaluar el impacto del libro como estrategia de acompañamiento.

Se realizó una guía de información al ingreso para los padres de nacidos prematuros, la cual fue revisada por el grupo de apoyo de padres, dándole la importancia a su punto de vista y a la comprensión de toda la extensión de esta.

Se realizó un inicial video para el conocimiento de la unidad para familias que ingresen a la unidad y para aquellas que por la condición materna o del feto haya la posibilidad de requerir ingreso a la misma.

Retos:

Cada vez que ingresa un recién nacido a la unidad neonatal, se da a conocer a sus padres y/o cuidadores con las herramientas que se cuentan para transmitir información sobre la unidad neonatal que les ayuda a la orientación y conocimiento sobre la atención, lo que busca disminuir la ansiedad e incertidumbre al dejar a su recién nacido hospitalizado. Entre los retos luego de esta experiencia, está mantener la experiencia a través del tiempo, ser referente para otros servicios de la clínica y los siguientes:

- Una segunda edición del libro con más experiencias desde diferentes vivencias.
- Continuar con la realización de videos para el conocimiento de los cuidados del recién nacido a término y prematuro.
- Fortalecer los grupos de apoyo y grupo de pacientes expertos.
- Continuar el trabajo en humanización en la unidad neonatal para que las familias se sientan.



Lecciones aprendidas:

Las estrategias que estamos desarrollando en la unidad neonatal con el fin de intervenir los impactos por la disrupción del binomio madre/hijo y a nivel familiar, nos han demostrado que: la participación de la familia es vital, las experiencias previas de otros padres contadas a las familias de diferentes maneras (grupo de apoyo, lectura del libro) puede generar tranquilidad y confianza. Al ver la publicación, las familias autoras del libro se sintieron sorprendidos, escuchados y apoyados por la institución, además admiraron la forma textual en la publicación de las cartas y demostraron gran disposición a continuar participando de actividades de apoyo. Además, que el conocimiento del entorno al ingreso favorece la capacidad de adaptación y la confianza.

- En la encuesta luego de la lectura del libro: el 70% sintió sensación de apoyo, tranquilidad y confianza y disminución del estrés e incertidumbre, el 13% sensación de apoyo, 13% sensación de tranquilidad y confianza. El 100% la consideró que es una herramienta innovadora para generar acompañamiento y conocimiento durante el proceso de hospitalización. El 97.2% de los padres considera que a través de la estrategia implementada del libro se favorece la humanización en la atención al paciente y familia.
- En cuanto a actividades de entrenamiento de los padres en programa canguro, se lleva un indicador desde 01/2020 de proporción de pacientes, familia o cuidador que participa de actividades de educación y entrenamiento en técnica canguro, con una mediana de 92.62%, que está afectado por las medidas de restricción en relación con la pandemia.
- Se lleva indicador de satisfacción del usuario, en el cual en el último año se han realizado 64 encuestas donde se ha encontrado en 96.8% de usuarios satisfechos con la atención con calificación muy buena (la máxima calificación), con un 3.1% buena, sin calificaciones para regular o mala atención.

Otros indicadores sobre satisfacción:

- Información por enfermería: 87.5% calificaron como muy buena, buena, 9.3%, 1.5 para regular y mala.
- Información por personal médico: 95.3% la calificaron muy bueno y el 4.6% buena, sin calificación de regular o mala. Acogida y trato a los pacientes: 85.9% muy buena, 14% buena. Oportunidad en la atención 95.3% muy buena y 4.6% buena. Respeto a la dignidad y privacidad 95.3% muy buena y 4.6% buena. Recomendaría el servicio a un familiar o amigo: definitivamente si: 98.4%, 1.6% probablemente si, sin calificación para probablemente no o definitivamente no.



Soporte de oxigenación por membrana extracorpórea
(ECMO) en pacientes con infección por SARS COV2
Centro Cardiovascular Colombiano
Clínica Cardiovascular (Clínica Cardio VID)

CLÍNICA CARDIO 
Obra de la Congregación Mariana 

Institución ganadora Top Bench

Nivel: Gestión clínica - Categoría: Oro

Antecedentes:

El soporte de oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) se inicia en el año 1971. Para el año siguiente, en los Estados Unidos de América, se reporta el primer paciente adulto que sobrevive luego de este tipo de terapia y en 1976, sobrevive el primer neonato. Luego de zestos eventos, este soporte viene en continua expansión y conocimiento, especialmente para el soporte cardiaco y respiratorio avanzado; con el advenimiento de la pandemia de influenza en el año 2009, se considera la terapia como una estrategia de rescate en pacientes con alta probabilidad de fallecer a causa del síndrome de dificultad respiratorio agudo (SDRA).

Para explicarlo de una manera sencilla, el ECMO es la posibilidad de asumir con dispositivos la función del pulmón, el corazón o ambos al mismo tiempo, cuando el soporte con el ventilador mecánico es insuficiente para mantener la oxigenación y la eliminación de dióxido de carbono por los pulmones o cuando la función del corazón es insuficiente a pesar de medicamentos u otros dispositivos como el balón de contra pulsación intra-aórtico.

En la clínica Cardio VID, se comienza a realizar esta terapia en el año 2012 para el soporte de pacientes pediátricos con falla cardíaca y el 20 de julio de 2013, se inicia en pacientes adultos en una paciente con fracaso cardiopulmonar luego de trasplante de pulmón y desde el año 2014 se comienza a realizar ECMO móvil, en la cual nos desplazamos a otras unidades de cuidado intensivo para iniciar la terapia cuando el paciente por sus condiciones no puede ser transportado a una institución con la posibilidad de proveer dicho soporte extracorpóreo.

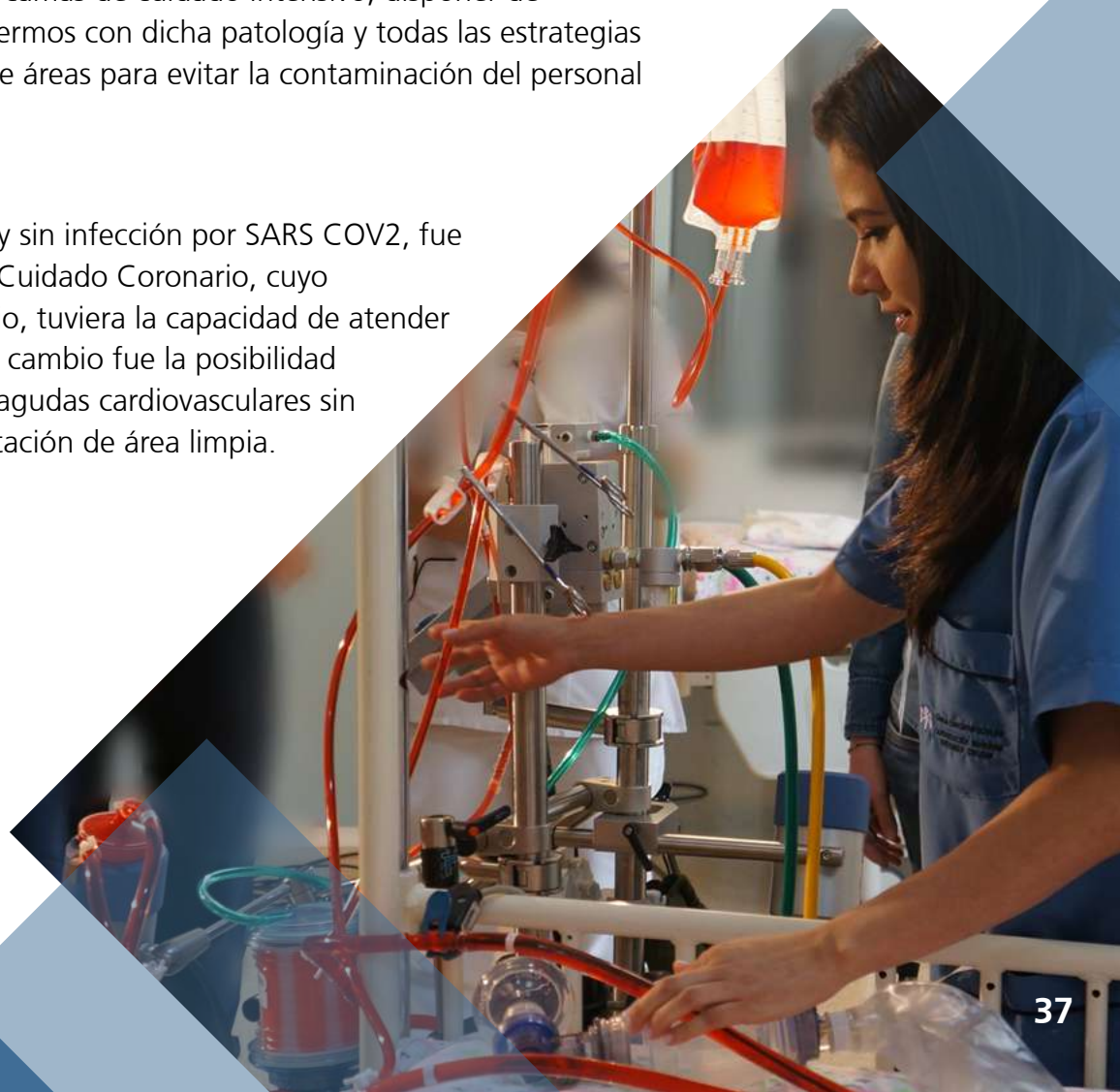
Ahora bien, con base en las estimaciones de epidemias previas que llevan a SDRA grave, como fue el brote H1N1 en el 2009, se calculó que el requerimiento de ECMO sería de 2,6 casos por millón de habitantes; durante la pandemia de coronavirus MERS 2012 en el Oriente Medio, la necesidad de ECMO fue del 5,6% en los pacientes que requirieron ventilación mecánica invasiva. Un comportamiento similar ha sido el porcentaje de requerimientos de ECMO en la epidemia COVID-19, pues según la experiencia inicial en China, la necesidad de ECMO estuvo alrededor del 2,8% de los pacientes con COVID-19 de UCI en ventilación mecánica. Ante esta perspectiva, con la presencia de múltiples pacientes con SDRA grave como principal complicación grave asociada a la infección por SARS COV2, se hace necesario buscar las estrategias para la atención de pacientes graves cuando la ventilación mecánica fracasa como primera línea de tratamiento para rescatar los pacientes.z

Para la clínica fue evidente que la capacidad instalada para la atención de pacientes con ECMO para la ciudad de Medellín y el departamento de Antioquia era insuficiente, a la fecha, solo dos instituciones tienen la capacidad para suministrar dicha terapia, la clínica SOMER, ubicada en el municipio de Rionegro y la clínica Cardio VID, ubicada en la capital del departamento.

Propósito fundamental y descripción de la experiencia:

La meta inicial de la Organización VID fue aumentar la capacidad instalada para los pacientes con COVID-19 de manera global, este objetivo inicial involucra aumentar camas de cuidado intensivo, disponer de camas hospitalarias específicas para la atención de los enfermos con dicha patología y todas las estrategias para que dicha atención sea segura, como la separación de áreas para evitar la contaminación del personal y de pacientes sin la infección.

Inicialmente, para mantener la atención de pacientes con y sin infección por SARS COV2, fue necesario realizar todos los ajustes para que la Unidad de Cuidado Coronario, cuyo funcionamiento era el de un servicio de cuidado intermedio, tuviera la capacidad de atender pacientes de cuidado intensivo; la finalidad de este primer cambio fue la posibilidad de continuar con la atención de pacientes con patologías agudas cardiovasculares sin COVID-19. Esta área, aún en la actualidad, tiene la connotación de área limpia.



El segundo paso involucró los cambios en la Unidad de Cuidado Intensivo, los cuales se enumeran a continuación, aunque esta nominación no cumple un orden cronológico y muchos de los ajustes se realizaron de forma simultánea.

- Se crea una estratificación del riesgo para la Clínica y las Unidades de Cuidado Intensivo, de acuerdo con la ocupación por pacientes Covid-19, ésta permite hacer ajustes en tiempo real para asignación de personal, recursos económicos y tecnológicos y priorizar la atención de los pacientes.
- Entrenamiento de todo el personal de la Clínica en el uso de equipos de protección personal, prevención de la enfermedad y tratamiento de ésta.
- Adquisición de tecnología, como ventiladores de cabecera, monitores, monitores de transporte, capnógrafos, bombas de infusión, dispositivos de hemofiltración continua, etc.
- Entrenamiento de médicos de planta, internistas, anestesiólogos y enfermeras.
- Contratación de personal nuevo.

Una vez cumplidos estos objetivos, la meta, fue aumentar la capacidad de ECMO con la premisa de mantener la posibilidad de supervivencia de los pacientes acorde con lo reportado en otros países y las sociedades científicas, pero considerando las siguientes limitaciones:

- Un entorno financiero adverso.
- Limitación de recurso humano.
- Escases de insumos para ECMO.

A la fecha nuestra capacidad máxima de atención de ECMO para pacientes con diferentes patologías está en ocho pacientes adultos, sin alterar el funcionamiento normal de cuidado intensivo; hemos fortalecido el transporte terrestre de pacientes en ECMO que son rescatados en otras unidades de cuidado intensivo y transportados a la clínica para continuar su atención y comenzamos nuestro programa de transporte aéreo de pacientes en ECMO, lo que ha permitido traer pacientes en ECMO desde Montería, Sincelejo y Bucaramanga. También brindamos el servicio de ECMO para pacientes pediátricos.

Con el fin de fortalecer el transporte terrestre a nivel local, nos hemos reunido y creado convenios de cooperación con el CRUE (Centro de Regulación de Urgencias y Emergencias) de la ciudad de Medellín para optimizar la capacidad de transporte y así disminuir los riesgos para los pacientes y el personal asistencial, mejorar la capacidad de respuesta y optimizar los tiempos de traslado.

Igualmente, hemos informado a los diferentes aseguradores del régimen contributivo, subsidiado y aseguramiento voluntario acerca de las novedades del programa y los desenlaces clínicos de los pacientes.

Como estrategia para mejorar el pronóstico de estos pacientes, se aumentó la frecuencia de las reuniones internas del grupo, llamadas por nosotros, “grupo primario”, en estas reuniones se busca mejorar la logística de ECMO móvil, discutir casos difíciles, evaluar la demanda insatisfecha, analizar los criterios de asignación de la terapia y proponer estrategias de tratamiento; adicionalmente se realizan rondas tres días a la semana en conjunto con cirugía cardiovascular y perfusión de los pacientes que aún están en la terapia para ajustar el tratamiento y planear la atención y están además involucrados cuando la condición clínica del paciente lo amerita los comités de ética, y trasplante de corazón y pulmón.

Entorno:

Los centros de ECMO a nivel mundial, logran un alto desempeño con múltiples estrategias, pero existen algunas de vital importancia, como son un alto estándar de entrenamiento, el uso frecuente de la terapia o el reentrenamiento continuo, la discusión grupal de casos clínicos y la asesoría de otros grupos.

La Clínica Cardio VID, como centro proveedor de ECMO, no es ajeno a esta realidad. En tiempos sin pandemia, el entrenamiento de una enfermera certificada para proveer la terapia ECMO, tiene una duración aproximada de tres meses. Este, por ejemplo, fue uno de los retos más grandes durante este tiempo, lograr entrenar el personal adecuado, en menor tiempo y con los mismos estándares de calidad, pues el papel de la enfermera ecmóloga es central para garantizar los resultados en salud de los pacientes sometidos a dicho soporte extracorpóreo.

También fue necesario hacer ajustes en la función de todo el equipo involucrado en la atención de los pacientes; este equipo está conformado por intensivistas, cirujanos, anestesiólogos, perfusionistas, terapeutas respiratorias, fisioterapeutas, médicos de planta, internistas, auxiliares de enfermería, cardiólogos, neumólogos, ecocardiografistas, personal administrativo y otras dependencias como laboratorio clínico, farmacia, banco de sangre y el departamento de compras.

Relaciones:

La envergadura de este proyecto fue tal, que involucró a las direcciones de la clínica, la junta directiva de la clínica y la Organización VID, en otras palabras, fue necesario convocar a múltiples estamentos de la Congregación Mariana.

Este cambio en la posibilidad de atender más pacientes, hace parte de una estrategia a nivel nacional: durante la pandemia, es creado el consorcio ECMO red Colombia, el cual está integrado por varios centros de ECMO a nivel nacional, incluyendo la Clínica Cardio VID; la idea de esta estrategia es brindar asesoría a las diferentes clínicas del país para mejorar el manejo previo a ECMO, de acuerdo con la demanda de esta tecnología, ayuda en la gestión de la remisión al centro ECMO y/o a definir cómo puede llevarse a cabo el mejor proceso para contar con un equipo de transporte en ECMO, que pueda ir a la institución donde se encuentra el paciente para iniciar allí la terapia en la UCI, para luego ser trasladado al centro ECMO más cercano y con disponibilidad para aquellos pacientes con COVID-19 y SDRA grave refractario al manejo y/o con choque asociado a disfunción miocárdica.

Adicionalmente, esta estrategia ha permitido compartir experiencias en la atención de pacientes, la discusión y resolución de casos difíciles y la creación de grupos de estudio. Igualmente, se publica el primer consenso en Colombia para la atención de pacientes con falla respiratoria grave secundaria a infección por SARS COV2 con el aval de la asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI). Este consorcio tiene la meta de perpetuarse en el tiempo y de lograr una coordinación nacional para la asignación de los recursos de ECMO en todo el país.

Adicionalmente, se han creado lazos de cooperación a nivel internacional a través del capítulo latinoamericano de ELSO (Extracorporeal Life Support Organization).

Adicional a todo lo anterior, se ha divulgado la experiencia en los medios de comunicación masivos, específicamente en los canales de Telemedellín, Canal Caracol, Canal RCN, Teleantioquia y Tele VID.

Retos:

Aún tenemos retos actuales y a futuro, aún estamos enfrentamos al desabastecimiento de insumos propios de la terapia ECMO, en especial oxigenadores; el entrenamiento continuo del personal, aumentar el número de personas certificadas en la atención de estos pacientes y una vez termine la pandemia, aumentar la cobertura de la terapia para pacientes con trauma, maternas, choque cardiogénico y como puente a cirugías de alto riesgo; de igual forma la posibilidad de proveer ECMO móvil para pacientes pediátricos y la consolidación del centro a nivel internacional.



Lecciones aprendidas:

- El papel relevante que juega la innovación en la aplicación e implementación de esta experiencia.
- La importancia que tiene el trabajo en equipo para lograr resultados exitosos en la atención de pacientes con tecnologías complejas que exige un alto nivel de coordinación.
- La relevancia del trabajo colaborativo interinstitucional, para poder llevar a cabo este trabajo de rescate y traslado de pacientes para ECMO.



Programa seguridad del paciente
en tiempos de pandemia
Hospital General de Medellín



Institución ganadora Top Bench

Nivel: Seguridad del paciente y gestión del riesgo
Categoría: Oro

Antecedentes:

Continuando con el propósito de mejorar la seguridad del paciente en nuestras instituciones, más recientemente pasamos de la recomendación estatal de trabajar en seguridad del paciente, a la obligatoriedad de tener una estructura exclusivamente dedicada a la seguridad del paciente, de tener una Política de Seguridad, un Programa de Seguridad del Paciente y de definir procesos institucionales asistenciales seguros.

La tasa estimada, en el ámbito mundial, de eventos adversos en hospitales oscila entre un 4 y un 17% de los cuales, hasta un 50% son considerados evitables. El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS. Hecho en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) evidencio que, en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención. En el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%.

En el año 2009 en el Hospital General de Medellín se implementa la Política de Seguridad del Paciente y se inicia con el Programa de Seguridad del Paciente. La recolección y tabulación de la información para generar indicadores y medir la gestión se realizaba 100% manual, llevando los reportes a la herramienta Excel, y así la tabulación se tornaba dispendiosa e inoportuna, sin ninguna integración con historia clínica electrónica SAP, por lo cual en el año 2016 se plantea un proyecto con el cual se definen esquemas de trabajo, medición y trazabilidad de la gestión.

En el año 2020 nos enfrentamos a la pandemia con miles de retos para mantener y/o fortalecer la cultura de seguridad a pesar de los factores contributivos externos a los que nos vimos enfrentados.

Propósito fundamental y descripción de la experiencia:

El Hospital General de Medellín definió la inclusión de la seguridad de los pacientes como elemento clave de su plataforma estratégica y se ha adherido a las recomendaciones emanadas desde los organismos internacionales, nacionales y locales, cuyo objetivo sea el mejoramiento de la seguridad en el proceso de atención, a través de estrategias como: la cultura en seguridad de los pacientes, el fomento de la información y la participación de los pacientes en su proceso asistencial, el impulso del desarrollo de buenas prácticas clínicas, la formación del equipo de salud en la gestión de riesgos, el desarrollo de sistemas de prevención, control y de notificación de eventos adversos y, la promoción de la investigación en seguridad. Todo ello, orientado al mejoramiento de la prestación del servicio y, por ende, a la reducción de los factores contributivos de eventos adversos relacionados con la atención en salud.

Una de las oportunidades de mejora que de manera repetitiva habían realizado al Hospital diferentes evaluadores de premios, certificaciones y entes de control, había sido el evidenciar el cierre de ciclos, de manera específica, con la sugerencia de mejorar el proceso de gestión de eventos adversos, donde se pudiera tener trazabilidad de la intervención realizada a cada uno de los eventos reportados.

La gestión de los eventos adversos debe ser oportuna y eficiente, pero no se tenía sistemas de alertas y notificaciones visibles por las partes interesadas para realizar la intervención rápida con los equipos de trabajo y los grupos de mejoramiento, además de evidenciar lo realizado.

Por ser un proceso manual, el inicio del análisis y gestión de los eventos adversos dependía de un grupo de personas del Comité de Seguridad del Paciente, que en ocasiones era extemporáneo por la manualidad que les requería y no permitía realizar un análisis juicioso, con el tiempo suficiente para generar un buen resultado. Al sistematizar el programa de seguridad del paciente, se obtiene una herramienta fundamental para poder llevar a los equipos de trabajo y tener datos en tiempo real de las desviaciones y turbulencias que se presentan en todos los tiempos, con mayor razón en tiempos de pandemia y con esto la intervención y las alarmas se activan de manera oportuna.

Objetivo general:

Proteger al paciente de la ocurrencia de eventos adversos identificando los posibles problemas de seguridad del paciente durante la prestación del servicio en el hospital, priorizar los riesgos; planear, implementar y evaluar métodos de gestión mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

Desarrollo del programa:

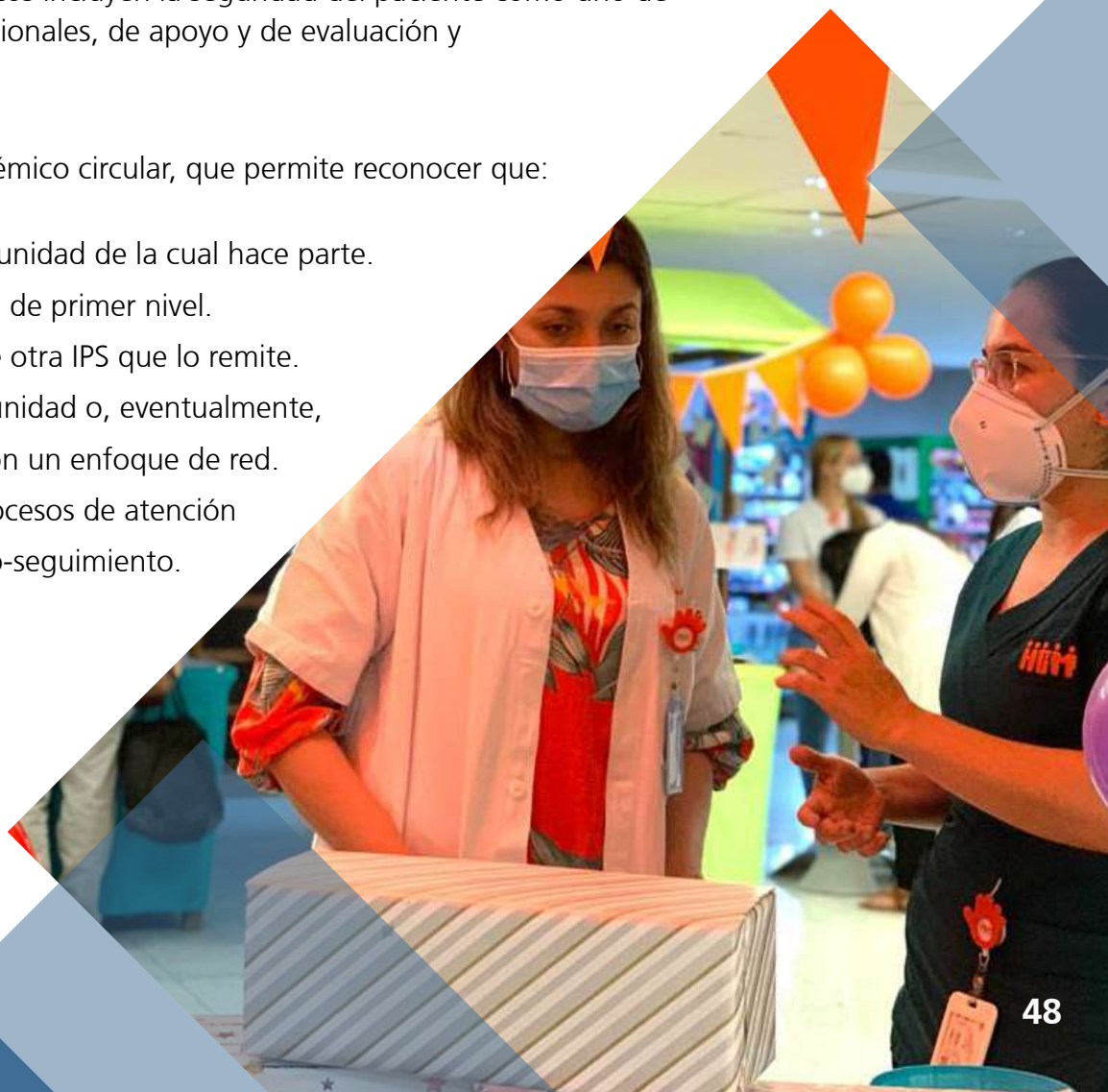
La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes, con un enfoque en tratamiento de riesgos del proceso de atención, y articulación de los sistemas integrados de calidad con que cuenta el Hospital General de Medellín.

Ejes conductores del programa de seguridad del paciente:

Apoyo de la alta dirección. Los elementos del direccionamiento estratégico como la misión, visión, mega, propuesta de valor, principios, valores y objetivos estratégicos incluyen la seguridad del paciente como uno de los ejes transversales a todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control de la institución.

Modelo de Atención, está diseñado con un enfoque sistémico circular, que permite reconocer que:

- El usuario procede de un entorno familiar y de una comunidad de la cual hace parte.
- En el marco de la red de servicios tiene asignada una IPS de primer nivel.
- El usuario puede proceder de su IPS de primer nivel o de otra IPS que lo remite.
- Al momento de su egreso, retornará a su familia y comunidad o, eventualmente, a otra IPS que continuará con su proceso de atención con un enfoque de red.
- En términos generales, la secuencia de los diferentes procesos de atención incluye 3 grandes momentos: ingreso, atención y egreso-seguimiento.



Política seguridad:

- Permitir que sea el experto quien haga las cosas.
- Confiar cada vez menos en la memoria.
- Gestionar el riesgo de cada actividad.
- Alertar sin miedo sobre el error.
- Compartir el aprendizaje.
- Ante la duda, pedir ayuda o adhesión a las guías de práctica clínica, adhesión a las guías de procedimientos de enfermería.
- Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras.

Cultura de la seguridad: Conjunto de conocimiento, experiencias, valores, creencias y actitudes que comparten los miembros de una organización, rigen su comportamiento y afectan los resultados. Por lo tanto, si las personas de una organización alinean estas características de comportamiento en torno a la seguridad de los pacientes, el resultado final no será distinto al de tener una organización que entrega seguridad a sus pacientes.

Cultura del reporte: Con la cultura del reporte se busca que se informen las fallas para evitar que otros las cometan, acto que obviamente se verá facilitado si se promueve la cultura no punitiva.

Cultura justa, no punitiva: Se relaciona con actos involuntarios y de ninguna manera, tolera comportamientos conscientemente riesgosos e irresponsables, que colocan en claro riesgo a los pacientes.

Seguridad psicológica: Liderazgo efectivo, transparencia, búsqueda activa de eventos adversos.

Segunda víctima: Acompañar al funcionario que intervino en la ocurrencia del evento adverso.

Informar del evento adverso: Prepare la conversación, realice la entrevista.

Estrategias para la seguridad en la atención del paciente:

Desarrollo taxonómico: Una de las limitaciones señaladas para la comparación entre las cifras de los distintos estudios mencionados ha sido la utilización de definiciones distintas, es decir, la ausencia de una taxonomía común en seguridad del paciente.

Retroalimentación: Es el proceso por el que se utiliza la información obtenida de los eventos notificados para mejorar la seguridad del sistema, de forma que el círculo se cierra.

Mejoramiento continuo de la seguridad del paciente: La Institución busca satisfacer las necesidades del cliente y exceder sus expectativas, controlando el riesgo, mediante un proceso estructurado que selectivamente identifica y mejora todos los aspectos de cuidado y servicio de manera continua.

Estandarización de Guías de Práctica Clínica (GPC)

Herramientas de análisis (ACR): Análisis causa raíz.

Protocolo de Londres: Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los eventos adversos considerados como Centinelas, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer los factores contributivos, ya que cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones.

Herramientas de evaluación y control:

- Visitas de Calidad.
- Paciente Trazador.
- Auditoría de historias clínicas.
- Evaluación de adherencia a guías/instructivos.
- Encuesta Clima de Seguridad, Encuestas de Satisfacción de Usuarios, Gestión de Reclamos y Sugerencias.
- Comités y grupos relacionados: Comité de Emergencias, Comité de Evaluación de Estancia.
- Hospitalaria, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Farmacia y Terapéutica, Comité de Infecciones y Vigilancia Epidemiológica, Comité de Transfusiones, Comité de Historias Clínicas, Tecnovigilancia,
- Comité de Maternidad Segura.



Comité Gerencial de Seguridad del Paciente: Este comité reúne otros grupos y/o comités que son parte de un equipo que debe analizar las causas de fallas o desviaciones que se producen en el proceso de atención del paciente y utilizar la información para diseñar y promover acciones de mejora, e introducir los principios de gestión de riesgos de una forma integral en las actividades y en la cultura de la Institución.

Comité de Seguridad del Paciente: Grupo que brinda asesoría en el ámbito de sus funciones.

Grupos de Mejoramiento: Grupos multidisciplinarios conformados para el despliegue de información y novedades institucionales, la socialización e intervención de inquietudes o problemáticas observadas en el área y para la gestión y el despliegue de indicadores de productividad y de calidad en la atención. Existen 4 grupos de mejoramiento para la gestión y análisis de los eventos de seguridad: Grupo de mejoramiento de hospitalización y UCIS, Grupo de mejoramiento de clínicas quirúrgicas, Grupo de mejoramiento ambulatorios, Grupo de mejoramiento de ayudas diagnósticas.

Rondas de Seguridad: Herramienta de carácter educativo para incrementar la gestión clínica en la atención en salud, consistente en la visita realizada a un servicio u área de la Institución, con el fin de socializar el proceso para la gestión de los eventos adversos y promover la seguridad del paciente.

Promoción y Capacitación: Gestores de Calidad y tutores de calidad: Grupo multiplicador de todas las estrategias de mejoramiento de la calidad. En pandemia esta estrategia fue la que, a pesar de los sentimientos de miedo del personal, fue fundamental en el acompañamiento del personal nuevo y afrontamiento de situaciones que se generaron.

Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente: Personas que apoyan al equipo de salud en el desarrollo y promoción de actividades de prevención de riesgos, entre ellos los de eventos adversos.

Gestión de conocimiento, Referenciación Competitiva, Investigación

Buenas prácticas para la seguridad del paciente:

- Procesos institucionales seguros.
- Procesos asistenciales seguros.
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales.

Entorno:

El programa de seguridad del paciente en el Hospital General de Medellín inicia desde los procesos de apoyo, incluye todos los procesos de atención integral en salud, docencia, servicio e investigación y posterior a su tratamiento, implica todos los macroprocesos de planeación; gestión integral de la calidad, gestión de la innovación, gestión jurídica y evaluación y control y finalmente el análisis de la atención que se brinda en el hospital hasta el cliente interno como externo (paciente, aseguradores, cuidadores), como factores críticos de éxito en el logro de los resultados.

Relaciones:

- La alta dirección y la junta directiva están comprometidas con el programa de seguridad del paciente.
- Referente nacional e internacional en seguridad del paciente con informes de referenciación.

Retos:

- Aprendizaje organizacional con la pandemia.
- Mantener la cultura de seguridad en la alta rotación de personal y aumento de unidades cuidado crítico.
- Mantener en 2021 el Galardón Hospital Seguro.
- Superar aún más los retos que nos dejó la pandemia, fortaleciendo las prácticas seguras con los grupos como tutores y gestores de calidad.
- Fomentar la cultura del reporte en todos los funcionarios de la institución.
- Convertirnos una institución PLANETREE, con atención centrada en la persona.

Lecciones aprendidas:

- La innovación tecnológica ha generado transformación institucional al Hospital General de Medellín, logrando CULTURA DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.
- Simplificar e interpretar los requisitos exigidos por la norma o por los estándares superiores de calidad en un contexto HGM a través del reporte, análisis y gestión de los eventos adversos.
- Permitir realizar trazabilidad del proceso, para cierre de ciclos.
- Fortalecimiento de la comunicación asertiva entre los diferentes actores (tareas y roles definidos).
- Oportunidad en las acciones de mejora (preventiva y correctiva).
- Se logra sistema de información en tiempo real y confiabilidad en la seguridad del dato (medición confiable de indicadores de resultado).

- Referenciación competitiva del **programa de seguridad del paciente HGM** en el ámbito nacional e internacional.
- Fortalecimiento de los grupos de apoyo con los tutores y gestores de calidad.
- Trabajo en equipo como único recurso para afrontar los factores externos que trajo la pandemia, como desabastecimientos, tecnología nueva, apertura acelerada de unidades de alta dependencia, reclutamiento de personal con poca experiencia.
- Conmemoración día internacional del paciente con enfoque lúdico como un festival para apoyar la salud mental de la persona.