

GUIAS DE BUENAS PRACTICAS SEGURAS IPS CEMDES

INTRODUCCIÓN

La elaboración de los requisitos de esta Norma Técnica Sectorial se basa en las siguientes premisas:

- La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas en la IPS .
- **Para entregar atenciones seguras es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales cuando son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente.**
- **Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de impunidad.**
- **El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención.**
- **El riesgo para un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende existe en todas las Instituciones prestadoras de servicios de salud, hospitales y clínicas del mundo.**

El principal objetivo, es guiar a todas las instituciones cobijadas por el **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud** que deban implementar la política institucional de seguridad del paciente.

No siempre la terminología es equivalente, por lo cual el programa institucional de seguridad del paciente debe homologar sus términos de manera que integre a la terminología internacional, de forma tal que sus desarrollos particulares puedan ser comparables; pero manteniendo las especificidades de los requerimientos terminológicos identificados en el país.

La Política de Seguridad del Paciente de Colombia ha propuesto un marco de referencia nacional que trata de adaptarse a los desarrollos internacionales, en particular a la "International Classification for Patient Safety (ICPS)" de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud.

1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica Sectorial establece los requisitos que deben cumplir las Instituciones para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye cuatro grupos de requisitos que apuntan a:

- Obtener procesos institucionales seguros
- Obtener procesos asistenciales seguros
- **Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad**
- **Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales**



Los requisitos que aplican a una institución específica, dependen de los servicios que esta institución haya declarado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Los requisitos contenidos en esta Norma Técnica Sectorial son aplicables a:

- Prestadores hospitalarios
- Prestadores ambulatorios
- Prestadores independientes
- Entidades administradoras de planes de beneficios en su relación a sus propios procesos operativos, administrativos y con su red de prestadores

Se considera que una institución que implemente los requisitos de esta norma tendrá una alta probabilidad de proteger a sus pacientes, de acuerdo al perfil

de riesgo del país;¹ lo cual no la exime de profundizar en los riesgos originados por sus características particulares

2. MODELO CONCEPTUAL Y DEFINICIONES:

El modelo conceptual y definiciones para efectos de esta norma es el establecido por los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” expedidos por el Ministerio de la Protección Social de Colombia.

Adicionalmente, las prácticas se clasifican en dos categorías: Buena práctica esencial y Buena práctica complementaria de acuerdo a las siguientes definiciones:

BUENA PRÁCTICA ESENCIAL

Es la buena práctica que se considera **indispensable para obtener un entorno seguro de atención** en salud, y su cumplimiento es posible en las actuales condiciones de desarrollo de los sistemas de atención en salud de nuestro país. Puede ser exigible como requisito esencial a través de las condiciones requeridas para la habilitación

BUENA PRACTICA COMPLEMENTARIA

Es la buena práctica que se considera **deseable** para ofrecer una atención en salud segura y para su cumplimiento en la totalidad de instituciones de salud, en las actuales condiciones del país, se podrían requerir procesos de mejoramiento. La buena práctica complementaria puede ser exigible a través de las condiciones requeridas para la acreditación en salud.

PRACTICAS SEGURAS

- **PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS**

Programa de Seguridad de Pacientes que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos

Debe contemplar al menos los siguientes elementos:

- *Política institucional de Seguridad del Paciente*

se exige que:

- Esté en armonía con el direccionamiento estratégico de la organización
- Defina la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente - Promueva un entorno no punitivo
- *Promoción de la cultura de seguridad*

La cultura de seguridad fue declarada por consenso de expertos al interior como la primera práctica a desarrollar en las instituciones de salud. Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y la proficiencia de una organización. Se debe caracterizar por:

- **Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua - Percepción compartida de la importancia de la seguridad** - Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.
- Enfoque pedagógico del error como base, el cual lleva al aprendizaje organizacional que se origina de la conciencia del error cometido.

En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto-reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente.

Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en favorecer al interior el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer un castigo.

Es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución; una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación de la "Encuesta de Clima de Seguridad"

- *Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo:*

Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo para el conocimiento de la frecuencia y perfil de la ocurrencia de eventos adversos en el país y la monitorización de los procesos de mejoramiento de la seguridad del paciente. Se debe dar claridad a la institución acerca de lo que debe y no debe esperar de cada una de las metodologías:

- **Reporte:**

Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son muy útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. El reporte no es la metodología a través de la cual se puede inferir cual es la frecuencia o el perfil de los eventos adversos en una institución.

Tener un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica la definición de:

- Proceso para el reporte de eventos adversos
- Que se reporta
- A quien se le reporta
- Como se reporta
- A través de que medios
- Cuando se reporta
- Como se asegura la confidencialidad del reporte
- Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros
- El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó
- Como se estimula el reporte en la institución

- **Análisis y gestión**

Para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del EA, el Protocolo de Londres es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y recomendada para el análisis de los EA.

Se debe precisar cual será el manejo dado a la lección aprendida, como se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento.

- *Capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la Seguridad en los procesos a su cargo*

- En cuanto al contenido:
- orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud
- ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianidad de la institución
- Que la forma como se presenten los contenidos al trabajador de la salud sea sencilla y concreta

- **Coordinación de procedimientos y acciones reciprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador**

- *Procedimientos de referencia de pacientes:*

Definir procedimientos para que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen su atención.

- *Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS:*

Procedimientos para asegurar la oportunidad de entrega de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, así como la disponibilidad de los POS.

- *Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios:*

Deben acordarse procedimientos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante los diferentes momentos de transición de responsabilidad entre los prestadores de servicios.

- **Estandarización de procedimientos de atención**
- *Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que aseguren la seguridad del paciente:*

Se ha identificado como riesgo para la seguridad del paciente, los procedimientos iniciales de atención en las instituciones de salud. Se debe diseñar, implementar y auditar la efectividad de:

Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición.

- Procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas.
- Procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias).
- Procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.

Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia:

Entendidas como la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su estadía en la organización.

- Para su diseño y desarrollo deben tenerse en cuenta no solo las patologías más frecuentes, sino un amplio número de patologías posibles.
- Realizar evaluación de la Guía, previamente a su adopción, con instrumentos diseñados para tal efecto (p.e.: instrumento AGREE o equivalentes)
- Incluir las guías de procedimientos de enfermería, de instrumentación quirúrgica y de todas aquellas disciplinas que intervienen en la atención (protocolización de la Guía).
- Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.
- *Definición por parte de la institución de procedimientos según estándares que un profesional puede desarrollar* ²
- *Identificar y mejorar conductas y procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes:*
 - Seguridad de los Neonatos
 - Procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las áreas
 - Protocolos de atención a pacientes motivados en razones administrativas y no clínicas: ej. La inducción a maternas solamente durante el día por razones de disponibilidad de personal y no por la condición clínica de la paciente
- *Evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos*

Es importante que la institución tenga claro que el reporte de eventos adversos no tiene como finalidad conocer la real frecuencia de ocurrencia de estos, sino generar insumos para el análisis y la gestión. El conocimiento de la frecuencia y el perfil se desarrolla a través de estudios de incidencia o de prevalencia, para el caso de las instituciones latinoamericanas se recomienda la utilización de estudios de prevalencia en capa,

- **Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente**

Siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con el perfil de la institución se recomienda: (uno o varios):

- a. Implementar indicadores que midan el esfuerzo intrainstitucional:
 - proporción de gestión de eventos adversos
 - proporción de reporte de eventos adversos
 - b. Indicadores que midan la extensión de la vigilancia de eventos adversos en una red o en una región: Proporción de IPSs o EAPB que vigilan o que gestionan EA.
 - c. Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador, etc. De acuerdo a la institución
- **Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio**

La literatura soporta el efecto benéfico de esta práctica en la reducción de la frecuencia de los errores de medicación, los cuales incluyen daños serios a los pacientes:

- Orden médica hecha por computador en toda la institución³.
- Generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de Eventos Adversos o indicios de atención insegura.

- **Procurar la seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud**

Debe incluir:

Ambiente físico seguro

- Evaluar las condiciones de localización segura.
- Evaluación de las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional)
- Evaluar las condiciones de suministro de agua potable, y fluido eléctrico acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales
- Evaluar las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria

Equipamiento tecnológico seguro

- Implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial, biomédico, administrativo)
- Elaboración e implementación de un modelo de seguridad del equipamiento
- Evaluar si la tecnología existente en la institución satisface la necesidad de Seguridad.

- **PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS⁴:**

- **Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención**

Los estudios de prevalencia de eventos adversos señalan a la infección intra-hospitalaria como el evento adverso más frecuente en el mundo y fue el primer reto declarado por la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

- Bacteremia asociada a catéter
- Infección urinaria asociada a Sonda vesical
- Neumonía asociada a ventilador

Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de (ITT) infecciones transmitidas por transfusión.
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de cavidad.
- La prevención de neumonías noscomiales y en especial la asociada a ventilador. - La prevención de Endometritis.

Se deben desarrollar acciones encaminadas a :

- Lograr cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos, - Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo.
- Involucrar a los pacientes en la prevención de la infección nosocomial
- Aislamiento de pacientes que lo requieren

- Vacunación de todos los miembros del equipo de Salud para los biorriesgos prevenibles por este medio, en especial pero no exclusivamente para Tétanos, Difteria, Sarampión, Rubeola, Paperas, Hepatitis B, Influenza Estacional, Fiebre Amarilla y otras de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.

Impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

1. Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente
2. Lavado de manos antes de realizar una tarea aséptica
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o muebel del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente

4.2.3. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de Caídas

Se debe implementar:

4.2.3.1 Clasificación del riesgo de caídas de los pacientes que se encuentra en casa

Que contemplen como mínimo:

- Antecedentes de caídas
- Identificación del paciente:
 - Que está agitado
 - Funcionalmente afectado
 - Necesita ir frecuentemente al baño
 - Tiene movilidad disminuida
 - Pacientes bajo sedación

4.2.3.2 Procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente

- Lactante que se encuentra sobre una camilla en cualquier servicio de la institución sin supervisión de un adulto
- Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra causa que no le permita atender ordenes

- Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos
- Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie

4.2.3.3 Procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente:

- No fue considerado el riesgo de caída en el diseño de los procesos
- Ausencia de superficie antideslizante en el piso
- Ausencia de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas
- Camillas sin barandas
- Iluminación inadecuada
- Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Referente a prácticas esenciales:

- Generalidades sobre la Seguridad del Paciente
- Monitorización de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente
- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
- Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos
- Prevención de escaras o úlceras por presión (decúbito)
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental
- Atención segura del binomio madre - hijo
- Mejoramiento de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
- Garantizar la funcionalidad de los procesos de consentimiento informado

Referente a prácticas complementarias:

- Evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico
- Prevenir el cansancio del personal de salud
- Prevención de la malnutrición o desnutrición
- Ilustrar al paciente acerca del autocuidado de su seguridad

Dada en Magangue , a los 15 días del mes de Julio de 2023

JASIBIS PAOLA NORIEGA MARTINEZ
GERENTE