

EVALUACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA



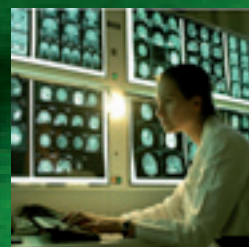
Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PAQUETES INSTRUCCIONALES

BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD





MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA
Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ.
Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS
Secretaria General





DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)

RODRIGO HERNANDEZ HERNANDEZ
Coordinador Grupo de Calidad

SANDRA INÉS ROZO BOLAÑOS
Coordinadora Proyecto de Preparación de IPS para la Acreditación

FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA
Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDÉS
Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios

LIZ ADRIANA MORENO MORENO
Consultor Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios



EQUIPO UT UNIVERSIDAD CES – GESAWORLD S.A

DR. LUIS F GIACOMETTI ROJAS
Director Regional Gesaworld SA – Director Estratégico
del proyecto UT Universidad CES – Gesaworld SA

DR FERNANDO ACOSTA RODRIGUEZ
Coordinador operativo del proyecto. Director de la
Unidad de Extensión Universidad CES.

DR DAVID VIVAS CONSUELO
Coordinador técnico del proyecto. UT Universidad
CES – Gesaworld SA. Director del CIEGS Universidad
Politécnica de Valencia (España)

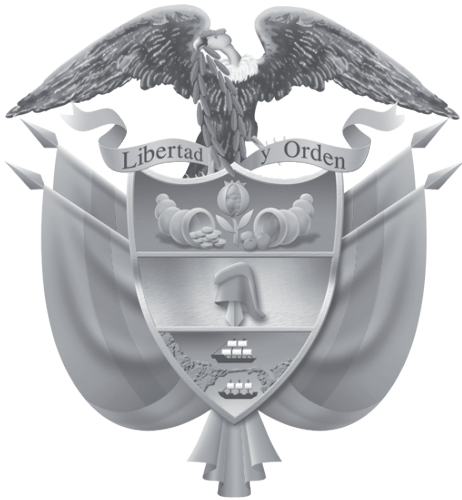
DR. JAIME EDUARDO ORDÓÑEZ MOLINA, MD, PHD.
Consultor Experto en línea de Evaluación de Pruebas
Diagnósticas antes del Alta Hospitalaria. UT Universidad
CES – Gesaworld SA. Autor

DR. ARIEL HABED LÓPEZ
Coordinador técnico de proyectos, Gesaworld SA. UT
Universidad CES – Gesaworld SA

Este material fue financiado con recursos del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios.



“EVALUACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA”



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



MARCO TEÓRICO



**“EVALUACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ANTES
DEL ALTA HOSPITALARIA”**



La instrucción del presente paquete está dirigida a todo el personal de la institución a nivel directivo, ejecutivo y administrativo que intervienen de forma directa en la gestión de la atención del paciente dentro de la institución. Para su desarrollo, se recomienda que el instructor o capacitador de la temática de **“Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria”** desarrollada en el presente documento, sea un profesional del sector de la salud, con amplia experiencia tanto en la gestión de servicios de salud como en la investigación de eventos adversos.

La metodología a implementar para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas, fundamentales en cualquier práctica; las cuales se desglosan en la Guía de Sesión Educativa del presente paquete. Así mismo, presentan el ambiente y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental que se sigan las instrucciones que allí se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.





INTRODUCCIÓN

La falta de seguimiento realizada a los resultados anormales de las pruebas diagnósticas, es uno de los problemas de seguridad más complejos de la atención en salud. La ausencia de acciones oportunas sobre los resultados de las pruebas diagnósticas, pone en peligro la seguridad de los pacientes y la satisfacción de los usuarios, pese a que hayan investigaciones que han demostrado que tanto los pacientes como los médicos están preocupados por este tema; éstos mismos estudios han puesto de relieve la necesidad permanente de abordar esta brecha en la calidad de la atención en salud. Además, la falta de un diagnóstico oportuno se ha convertido en el área de más rápido crecimiento de los litigios por mala praxis.

Existe evidencia creciente que señala, que la falta de evaluación y seguimiento de los resultados anormales de las pruebas es un error común en materia de salud que puede comprometer la seguridad del paciente, conllevando a una falta de oportunidad en el diagnóstico. Sin embargo, las causas exactas de estos retrasos en el diagnóstico y una evaluación global del problema, continúan siendo difíciles de determinar. Los datos disponibles sugieren que, los problemas causados en los sistemas de información por una inadecuada gestión de las pruebas con re-

sultados anormales o de aquellas cuyos resultados se pierden, contribuye ampliamente a la falta de oportunidad en el diagnóstico.

Sin embargo, poco se sabe sobre la epidemiología y las consecuencias clínicas del extravío de resultados anormales. Por ejemplo, Roy * y sus colaboradores encontraron que aproximadamente el 6 % de los pacientes hospitalizados en un importante centro médico académico habían reingresado por causas prevenibles, relacionadas con el desconocimiento, que sus médicos tratantes tenían de los resultados de las pruebas diagnósticas. Del mismo modo, Schiff * y sus colaboradores observaron tasas importantes de pacientes con hipotiroidismo e hiperpotasemia, que se perdieron y que habían sido identificados por las pruebas de laboratorio en un hospital de una zona urbana .

Actualmente, éste problema está empezando a recibir mucha atención internacional. Por ejemplo, la Agency for Healthcare Research and Quality en un esfuerzo por prevenir los eventos adversos, ha lanzado una recomendación a los pacientes: “no tener noticias de los resultados de las pruebas no son buenas noticias”, y les recomienda que deben exigirle a sus médicos evaluar todos los resultados de sus pruebas diagnósticas. En resumen, queda mucho trabajo por hacer para garan-





tizar la seguridad, eficacia y oportunidad en el proceso de la evaluación de los resultados de las pruebas diagnósticas.

A pesar del creciente reconocimiento de los problemas en la evaluación y seguimiento de los resultados de las pruebas diagnósticas, el diseño de soluciones sólidas es un reto, que depende de una serie de factores, tales como el amplio espectro de pruebas que deben comunicarse a los pacientes. La amplia gama de métodos que utilizan los centros de pruebas de laboratorio y de imagenología para informar los resultados de las pruebas a los pacientes, por ejemplo, teléfono, correo electrónico, fax, cartas, y el gran número de pasos involucrados en la comunicación de resultados de las pruebas a sus pacientes.

Estos factores generan múltiples oportunidades para que se produzcan errores. Una solución propuesta por algunos investigadores, ha sido el uso de sistemas computarizados para ayudar en la gestión de resultados; sin embargo, estos sistemas dependen de la comunicación electrónica de los resultados de cada centro de pruebas de laboratorio y de imagenología a un archivo electrónico al cual puedan acceder los médicos; tecnología a la cual no hay acceso en la mayor parte de los hospitales en el país.

Esta brecha de calidad en la gestión de los resultados de las pruebas diagnósticas pone en evidencia, la necesidad de un examen crítico de los sistemas que utilizan los médicos para realizar esta importante tarea. Investigaciones previas sugieren que estos sistemas pueden ser insuficientes. Por ejemplo, Boohaker * y sus colaboradores encontraron que tres cuartas partes de los médicos no notificaron rutinariamente a los pacientes sus resultados normales, y hasta un tercio de los médicos ni siquiera les notificaron los resultados anormales de sus pruebas diagnósticas.

Boohaker* y sus colaboradores también encontraron que menos de una cuarta parte de los médicos tenían un método fiable para identificar a los pacientes pendientes para hacer seguimiento, en aquellos casos que tuviesen resultados anormales en las pruebas diagnósticas. Un análisis reciente de los casos de mala praxis de negligencia médica a gran escala por parte de una aseguradora, demostró que, alrededor de una cuarta parte de los casos de mala praxis diagnóstica pueden atribuirse a fallas en el sistema de seguimiento. En conjunto, estos estudios sugieren que el resultado de la evidencia actual sobre los sistemas de seguimiento, no se ajustan a las necesidades de los pacientes ni de los médicos.





1. OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la gestión de la evaluación de las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.

Objetivos específicos

- Promover el conocimiento sobre la importancia de evaluar todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.
- Promover la investigación sobre la relación entre la ausencia de evaluación de las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario y la falta de oportunidad en el diagnóstico de los pacientes.
- Favorecer y facilitar la implementación de sistemas que permitan asegurar que todas las pruebas diagnósticas ordenadas intra-hospitalariamente sean evaluadas antes del alta de los pacientes.
- Promover el análisis causal que permita identificar los motivos por los cuáles se quedan sin evaluar pruebas diagnósticas antes del egreso hospitalario, de forma tal que el sistema pueda mejorarse continuamente.

- Promover la toma de decisiones clínicas con base en los resultados de todas las pruebas diagnósticas ordenadas a los pacientes.

DEFINICIÓN

Error por falta de evaluación de pruebas diagnósticas

Un error por falta de evaluación de pruebas diagnósticas, sucede si el resultado de un examen ordenado a un paciente queda pendiente de evaluación por parte del médico tratante al momento de ser dado de alta, por lo cual tampoco queda registrado su resultado en la epicrisis del paciente. Este error en la atención médica no sólo conduce a un potencial evento adverso relacionado con la falta de oportunidad en el diagnóstico, sino que, además va en contraposición de la normatividad vigente, específicamente la Resolución 3374 de 2000 del antiguo Ministerio de la Salud, que reglamenta los datos básicos que deben reportar las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud –IPS- y las EAPB * sobre los servicios de salud prestados.

Un ejemplo de lo anterior es el de un paciente hospitalizado por tos y fiebre, que al momento del alta tenga aún pendiente





la evaluación de un cultivo de esputo en búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistente. Al darse de alta el paciente sin la evaluación de este resultado, faltará información en la epicrisis que le sería de utilidad al médico de atención primaria que continúa tratando al paciente en posteriores oportunidades.

3. SITUACIÓN ACTUAL

Los exámenes de laboratorio o de imagenología pueden ordenarse por alguna de las siguientes razones:

- Tamizaje
- Descartar una patología
- Confirmar una patología
- Seguimiento del paciente
- Pronóstico del paciente

Cualquiera que sea la razón por la que se ordene un examen a un paciente, todas las pruebas diagnósticas deben ser evaluadas por los médicos tratantes, sin excepciones, ya que no tiene sentido alguno realizar pruebas que no serán utilizadas en la toma de decisiones sobre la salud del paciente. Si bien es cierto, que en ocasiones pueden tomarse decisiones clínicas antes de tener el resultado de una prueba diagnóstica ya realizada (por ejemplo, iniciar antibióticos inmediatamente después de tomar la muestra para

hemocultivos seriados en pacientes con sospecha clínica de sepsis), esto no significa que dichos exámenes no deban considerarse en la evaluación y seguimiento posteriores del paciente.

Si las pruebas diagnósticas que se realizan a los pacientes no son tenidas en cuenta durante el proceso de atención, esto significaría entonces que en realidad dichas pruebas no eran necesarias.

Lo anterior conduce a dos problemas -tanto para el paciente como para la institución-, en primer lugar se comete un error en la atención, ya que se expuso al paciente a un riesgo innecesario, habiendo realizado una prueba cuyo resultado no era necesario para la toma de decisiones; y en segundo lugar, hay un deterioro en el patrimonio económico del sistema de atención, ya que se están utilizando recursos físicos y humanos en la realización de exámenes que no son evaluados por los médicos tratantes.

Con base en el desarrollo del actual SO-GCS, la mayor parte de las pruebas diagnósticas que se realicen a los pacientes deben estar indicadas en las Guías de Práctica Clínica (GPC) que actualmente desarrolla el MPS, excepto en aquellos casos que la situación clínica del paciente, obligue a realizar algún examen que no esté indicado en la misma GPC, en cuyo





caso, el médico tratante debe señalar en la historia clínica la razón por la cual se justifica la realización de dicha prueba.

Lo anterior significa que todas las pruebas diagnósticas que se realicen a los pacientes son necesarias para que el proceso diagnóstico y terapéutico tenga la mayor eficacia posible. Por esa razón es necesario que la totalidad de los exámenes de laboratorio e imagenología que se le realicen a los pacientes sean tenidos en cuenta al momento de tomar las decisiones, de lo contrario, significaría tener un sistema ineficiente, en el que se realizan procedimientos innecesarios.

Algunos estudios han tratado de determinar cuáles son los exámenes que con mayor frecuencia quedan sin ser evaluados en los pacientes hospitalizados, aunque estos pueden variar dependiendo del nivel de complejidad de cada IPS, así como de las políticas de calidad y los procesos que se tengan al interior de los hospitales. A continuación, se señalan las pruebas diagnósticas en las que con mayor frecuencia se han cometido errores por falta de evaluación de resultados, éstas corresponden a un hospital universitario de tercer nivel de atención localizado en el Harlem en Nueva York, cuya población está compuesta fundamentalmente por personas latinas y afroamericanos (Tabla 1).

Tabla 1. Pruebas diagnósticas más comunes cuyos resultados no son evaluados por los médicos tratantes

Prueba	Indicaciones
Prueba de VIH, serologías para hepatitis viral	Empeoramiento de la función renal
Citología de líquido pleural	Descartar malignidad
Coprocultivo	Descarta diarrea bacteriana
Pruebas de función tiroidea	Antecedentes de hipotiroidismo
Titulación de <i>Helicobacter pylori</i>	Dispepsia, dolor abdominal
Titulaciones de ANCA y de ASLO	Síndrome nefrótico
Cultivo de garganta, crioglobulinas	Biopsia de piel con vasculitis

Otros estudios no sólo han identificado las pruebas que no fueron evaluadas por los médicos tratantes, sino que además ponen en evidencia que sus resultados hubiesen cambiado el abordaje diagnóstico de los pacientes. Las pruebas diagnósticas sin evaluación, que a continuación se enseñan, corresponden a las identificadas en dos hospitales de tercer nivel en Boston, Massachusetts (Estados Unidos) (Tabla 2).



Tabla 2. Pruebas diagnósticas que no fueron evaluadas y sus resultados en dos hospitales de Boston, Massachusetts

Diagnóstico al alta	Situación al alta	Resultados de las pruebas no evaluadas
Resultados que requerían atención urgente		
Cetoacidosis diabética, tromboflebitis séptica	Paciente dado de alta para tratamiento ambulatorio con vancomicina para tromboflebitis séptica por <i>Staphylococcus aureus</i> meticilino-resistente	En el hemocultivo creció <i>Clostridium perfringens</i> durante el tratamiento con vancomicina
Dolor torácico, fibrilación auricular	Paciente tratado para fibrilación auricular	Nivel de TSH < 0,01 μ UI/ml (rango normal, 0,40 – 5,0 μ UI/ml), consistente con un hipotiroidismo
Embolia pulmonar	Paciente que recibe levofloxacina para infección del tracto urinario	En el urocultivo crecieron >100.000 colonias de <i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente a levofloxacina
Úlcera duodenal	Paciente dado de alta sin tratamiento antibiótico	En el urocultivo crecieron > 100.000 colonias de <i>Pseudomona aeruginosa</i>
Celulitis facial, uso de drogas intravenosas	Paciente que recibe nafcilina para la celulitis facial y los abscesos	En el cultivo de la herida creció <i>Staphylococcus aureus</i> meticilino-resistente
Resultados que no requerían atención urgente		
Gastritis	Paciente que ingresó con epigastralgia debida posiblemente a gastritis y fue dado de alta con tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, pero sin antibióticos	Los resultados en las pruebas serológicas para <i>Helicobacter pylori</i> fueron positivos





Lumbalgia, incontinencia urinaria, pruebas de función hepática alteradas e hipercalcemia	Paciente que ingresó con lumbalgia e incontinencia urinaria	Los niveles de ferritina sérica (18 µg/L) son consistentes con deficiencia de hierro
Angioedema debida a lisinopril	Paciente intubado por angioedema y dado de alta sin tratamiento antibiótico	El último rayos X de tórax fue consistente con una neumonía inicial
Síndrome de abstinencia de alcohol, convulsiones	Paciente que ingresó con convulsiones y síndrome de abstinencia de alcohol	TAC de tórax, tomada en urgencias para descartar embolia pulmonar, encontró nódulos pulmonares; hubiera sido recomendable un seguimiento
Hepatitis alcohólica	Paciente con niveles elevados de aminotransferasa que posiblemente se deben a la gran ingesta de alcohol	La carga viral de hepatitis C fue 4.680.920 UI/ml

Los resultados mencionados en la Tabla 2 corresponden al estudio de Roy y colaboradores, en el que los autores reportaron que el 9,4 % de las pruebas que no fueron evaluadas, tenían resultados que requerían algún tipo de atención que no fue identificada oportunamente (191 exámenes). Como puede verse, la magnitud de este error en la atención no es baja, y sus consecuencias aún no han sido del todo determinadas. Lo que sí es claro es que éste es un error que es fácil y totalmente evitable.





4. REINGENIERÍA DEL PROCESO DE DAR ALTA A LOS PACIENTES

Otros estudios señalan que una de cada 5 hospitalizaciones presenta eventos adversos después del alta, algunos de los cuales pueden generar consultas a urgencias o reingresos que son prevenibles. A pesar de este hallazgo, los procedimientos para dar de alta a los pacientes usualmente no están estandarizados; además, el proceso de atención del SGSSS no permite la mayor parte de las veces que los médicos tratantes en los hospitales continúen manejando al paciente de forma ambulatoria. Esta tarea recae muchas veces en otros médicos a quienes no se les envía la totalidad de la información necesaria para poder continuar eficientemente el proceso de atención.

Por ejemplo, a las epicrisis frecuentemente les faltan datos importantes y no se envían oportunamente al médico que continuará manejando al paciente, lo que conduce a que estos médicos no tengan la totalidad de la información necesaria, incluyendo el resultado de las pruebas diagnósticas, cuyo resultado no haya sido evaluado por el médico tratante en el hospital que por tanto no se mencionan en la epicrisis, impidiendo un correcto manejo ambulatorio del paciente. De igual forma,

en muchas ocasiones a los pacientes no se les da instrucciones al momento del alta, y muchos no entienden la terapéutica que deben continuar con sus medicamentos, y ni siquiera recuerdan su diagnóstico principal.

Con más de 5 y medio millones de egresos hospitalarios anuales en Colombia, los errores por falta de evaluación de pruebas diagnósticas al momento del egreso hospitalario generan reingresos innecesarios y mayores costos. Existen algunas intervenciones que han demostrado una reducción en las tasas de reingreso hospitalario y en los costos, así como en las consultas a los servicios de urgencias y los eventos adversos después del alta, mientras que hay otros que han demostrado poco o ningún efecto.

Dichas intervenciones durante el proceso del alta también han demostrado mejorar el seguimiento por parte de los médicos que continúan manejando el tratamiento ambulatorio, así como una mayor satisfacción del paciente. La mayor parte de los estudios en los que se soportan dichas intervenciones se han centrado en diagnósticos específicos o en poblaciones altamente seleccionadas, como por ejemplo los adultos mayores.

Otros estudios se han centrado en aspectos específicos de los procesos, tales





como un mayor acceso al seguimiento del paciente en la atención primaria, la conexión con servicios asistenciales de transición, o en el mejoramiento de la capacidad de los pacientes para cuidar por sí mismos después del alta.

5. PROCESO DE ASEGURAMIENTO DE EVALUACIÓN DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Si bien es cierto que lo ideal es que el proceso de evaluación de todas las pruebas diagnósticas debería controlarse desde un principio en todos los servicios de los hospitales, también es cierto que al igual que la mayor parte de los procesos, el problema no es de igual magnitud en todos los servicios; incluso, en aquellos servicios en los que pueda haber una magnitud igual en la prevalencia de pruebas que se quedan sin ser evaluadas, esta falta de evaluación de dichas pruebas no genera resultados igualmente graves, tales como el reingreso hospitalario, pues esto depende no sólo de la lectura de las pruebas sino también de las patologías subyacentes de los pacientes.

Con base en este concepto, se propone entonces un proceso de cuatro pasos:

- Determinar las tasas de reingresos hospitalarios.

- Evaluar y priorizar las oportunidades de mejoramiento.
- Desarrollar un plan de implementación de las estrategias.
- Evaluar los progresos del hospital.

Determinar las tasas de reingresos hospitalarios.

Los hospitales necesitan recopilar información sobre sus tasas de reingreso, ya que los pacientes, las EAPB y todas las partes interesadas en la atención de la salud, consideran de importancia fundamental la tasa de reingresos hospitalarios, lo cual se evidencia en el Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud (http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/ind_calidad/indicador.aspx?indicador_id=86).

Identificar las tasas de reingreso y sus tendencias en los hospitales es una importante ayuda en la toma de decisiones, para focalizar mejor las estrategias y reducir las tasas de reingreso. Los indicadores de reingresos hospitalarios que pueden ser de utilidad son los siguientes:

- **Tasas de reingreso según patología.**
- **Tasas de reingreso según médico que dio el alta.**





- **Tasas de reingreso según sitio de remisión** (hogar, asilo, etcétera).

- **Tasas de reingreso a diferentes períodos de tiempo.** Evaluar los reingresos a los 7, 30, 60 y 90 días. Los períodos de tiempo cortos pueden reflejar fallas en el proceso de atención intrahospitalario y los períodos de tiempo largos reflejan fallas en el proceso de atención ambulatorio.

Evaluar y priorizar las oportunidades de mejoramiento.

Una vez determinadas las tasas y las tendencias de los reingresos evitables, deben priorizarse los servicios o áreas de priorización, proceso que pretende capitalizar las oportunidades de mejoramiento para el hospital, a través de los siguientes pasos:

- **Priorizar poblaciones específicas de pacientes.** Si se ha identificado que las tasas de reingresos son mayores en ciertos servicios o en determinada población con condiciones específicas, deben priorizarse los esfuerzos en dichas poblaciones o servicios. Por ejemplo, los adultos mayores que tienden a tener múltiples comorbilidades, podrían ser una población en la que los hospitales tuviesen un proceso de evaluación del riesgo más rigurosa, para determinar e identificar sus

principales factores de riesgo durante el egreso hospitalario.

- **Enfocarse en áreas prioritarias para el hospital y en aquellas que tengan procesos de mejoramiento en marcha.** Los programas obligatorios y voluntarios de mejoramiento de la calidad, es decir, el SUH y el SUA pueden utilizarse como vehículos de implementación de estos procesos en aquellos servicios hospitalarios en que se encuentren más avanzados los procesos de calidad.

Desarrollar un plan de implementación de estrategias

Las estrategias que han presentado mejores resultados para evitar que ninguna prueba diagnóstica se quede sin evaluación antes de dar de alta a los pacientes, son los sistemas de historia clínica electrónica. Pero ni aún en los países más desarrollados, la totalidad de los hospitales cuentan con este recurso de manejo de la información.

La historia clínica electrónica, si bien sería el sistema ideal de administración de la información de salud, su implementación es un proceso lento en cualquier país, ya que las posibilidades económicas de las diferentes regiones y de sus hospitales son diferentes, y por tanto la velocidad de implementación en la totalidad de un territorio nacional dependerá de la dispo-





nibilidad de recursos económicos de las regiones con mayores deficiencias; por tal razón, las estrategias propuestas incluyen tanto la historia clínica electrónica como la historia clínica en papel.

• Historia clínica electrónica

varias características para apoyar la toma de decisiones respecto al grado de anormalidad de cada uno de los resultados generando avisos y recordatorios en el mismo sistema, de forma tal que todos los resultados, especialmente los anormales, no se queden sin ser evaluados.

Poon y colaboradores hicieron una encuesta entre 168 médicos, 48 % de los cuales utilizaban la historia clínica en papel, con el fin de identificar cuáles serían las características que debería tener un sistema de historia clínica electrónica para que ninguna prueba de laboratorio quedara sin ser evaluada. En dicha encuesta se plantearon nueve opciones, pero sólo tres fueron las que obtuvieron los mayores puntajes, así:

- Priorización de los resultados, de forma tal que el sistema señale las pruebas con resultados anormales antes que aquellas con resultados normales.
- Recomendaciones para la toma de decisiones en caso que los resultados de las pruebas sean anormales.

- Una lista con los resultados de todas las pruebas que se le han realizado al paciente.

La importancia de este tipo de estudios se fundamenta en la identificación de las necesidades de los usuarios de un sistema, previo a su desarrollo o implementación, de forma tal que la nueva tecnología pueda resolver efectivamente los problemas y expectativas que ella misma genera.

Sung y colaboradores añadieron una aplicación a la historia clínica electrónica que permitiera enviar un correo electrónico automáticamente a los pacientes desde el laboratorio, pero esta aplicación tuvo mayor utilidad en los pacientes ambulatorios que en los hospitalizados. Este sistema depende mucho del nivel de penetración del Internet en la población, y por tanto su implementación a nivel nacional estaría relacionada de forma directa con el desarrollo socioeconómico de cada región.

La Administración de Salud de los Veteranos de guerra de los Estados Unidos (Veterans Health Administration), también utiliza un sistema de historia clínica electrónica que permite varias opciones: reportar todos los resultados, reportar sólo los resultados anormales, o generar un reporte de los resultados en orden de importancia utilizando banderas (similar a los sistemas de semáforo). Las dos princi-





pales ventajas que reportan los usuarios de este sistema son la facilidad de hacer una verificación electrónica de los resultados reportados y establecer un procedimiento estándar para el manejo de los mismos, aún en ausencia del médico que haya ordenado los exámenes.

• Historia clínica en papel

No hay duda que el mecanismo ideal de administración de grandes cantidades de información es a través de procesos electrónicos, éstos tienen muchas ventajas entre las que podemos mencionar: almacenamiento de volúmenes importantes de datos, velocidad para recuperar la información, conservación de la información en buen estado, procesos de seguridad que permiten controlar quienes pueden consultar la información, generación de alarmas que permitan identificar procesos pendientes, entre muchos otros.

Pero la implementación de la historia clínica electrónica en la totalidad del territorio nacional, dadas las diferencias socioeconómicas existentes en las regiones, e incluso entre las IPS al interior de cada región, es un proceso contemplado a largo plazo; por lo cual deben implementarse estrategias basadas en la historia clínica en papel. Todos los procesos, independientemente de la forma que se utilicen para desarrollarlos, bien sea electrónico o

de papel, se diseñan bajo mecanismos similares en los que el objetivo principal es dar respuesta a un problema claramente identificado.

En este caso, el problema es dar el egreso hospitalario a los pacientes sin que se hayan evaluado la totalidad de sus pruebas diagnósticas, lo cual se manifiesta a través de reingresos hospitalarios que eran evitables. Considerando que la historia clínica es el documento en el que se fundamenta la totalidad de la atención, tanto desde el punto de vista clínico, como desde el punto de vista administrativo, lo más práctico en este caso es dirigir la atención hacia la historia clínica ya que existe una normatividad nacional que la regula.

Lo anterior facilita la implementación de los procesos, ya que es más fácil determinar un único proceso para todo el país, en vez de tener que adaptar varios procesos según las características administrativas de cada IPS implícitas en los procesos de atención. La historia clínica es un documento que en términos generales, está compuesta de la siguiente forma:

- Hoja de ingreso con datos administrativos
- Evolución diaria, que incluye todos los registros clínicos del paciente, desde su ingreso y el tiempo de estancia hospitalaria.





- Órdenes médicas, en las que se registran principalmente los medicamentos, pruebas de laboratorio, alimentación ordenadas al paciente, además de solicitudes como las interconsultas, entre otras.
- Hoja de medicamentos e insumos, en la que enfermería registra los medicamentos e insumos utilizados en cada paciente.
- Hoja de signos vitales, documento en el que enfermería registra única y exclusivamente los signos vitales del paciente y su evolución en el transcurso del día, lo que permite tomar decisiones clínicas importantes sobre el paciente por la facilidad de su lectura e interpretación.
- Anexos: resultados de las pruebas de laboratorio e imagenología.

Asimismo, cada servicio podrá añadir alguna hoja adicional, dependiendo de las necesidades propias de cada uno, por ejemplo, Unidades de Cuidado Intensivo.

La estructura de la historia clínica es relativamente sencilla, pero los errores por la falta de evaluación de las pruebas diagnósticas se dan principalmente por el desconocimiento que dichos exámenes se habían ordenado. Esto sucede porque la orden se encuentra junto a muchas otras; de igual forma en la evolución diaria hay una gran cantidad de registros clínicos de todo el pro-

ceso de hospitalización y no es fácil identificar la interpretación de todas las pruebas, y los anexos en muchas ocasiones son tantos que no es fácil encontrar los resultados. Esto hace que el paciente sea dado de alta sin la evaluación de todas sus pruebas y que en su epicrisis, dicha información tampoco sea considerada.

El problema en este caso se centra, en que la misma prueba diagnóstica debe tenerse en cuenta en varios de los apartes de la historia clínica: órdenes médicas, evolución diaria y anexos. Esto va en contravía de la sencillez que debe tener un proceso para que sea seguro y realmente efectivo; entre más pasos tenga un proceso para alcanzar un resultado exitoso es más probable que fracase porque si falla un sólo paso, falla la totalidad del proceso; es decir, cada paso se convertirá en un factor de riesgo para la seguridad del paciente. La propuesta consiste en simplificar el proceso de ordenar y registrar las pruebas diagnósticas con la finalidad que ninguna quede sin ser evaluada.

Tal y como ya se mencionó al señalar las diferentes partes de la historia clínica, hay una que permite tomar importantes decisiones médicas, y esto se debe tanto a la importancia de lo que se evalúa como a la sencillez del procedimiento de registro, se trata de la hoja de los signos vitales. Ésta consiste en una tabla de cinco columnas





y con tantas filas como sea necesario; las columnas contienen la fecha y la hora y cada uno de los signos vitales: presión arterial, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria. El éxito de esta forma de administrar la información, se fundamenta en la forma de presentarla: una tabla, que permite evaluar de forma resumida todos los datos y tomar decisiones bien informadas.

De forma similar, la administración de la información de las pruebas de laboratorio e imagenología puede hacerse en una tabla que señale: fecha en que se ordena la prueba, examen ordenado, fecha del reporte y resultados (Tabla 3). De esta forma puede identificarse cuáles exámenes ordenados están pendientes por ser ejecutados o por ser interpretados por parte de los médicos, independientemente del médico tratante. Esto último es muy importante porque la mayor parte de los pacientes deben ser evaluados por varios médicos, y esta forma de administración de la información facilita los procesos de comunicación entre los médicos, además de la supervisión de la realización de todos los exámenes ordenados.

Tabla 3. Hoja de resultados de pruebas de laboratorio e imagenología

Fecha de la orden	Prueba ordenada	Fecha del reporte	Resultados	Firma





Este tipo de formato facilitaría mucho la administración de la información sobre las pruebas diagnósticas, permitiendo identificar tanto aquellas que aún están pendientes por ser realizadas, como los resultados de las que ya se realizaron, así como su evolución en caso de ser necesario el seguimiento de algunas de ellas. Esta propuesta no reemplaza en ningún momento a la historia clínica electrónica, dada la gran cantidad de ventajas que ofrece dicho mecanismo de administración de la información, convirtiéndolo en un método más costo-eficiente que la historia clínica de papel. Pero mientras el país alcanza a cubrir la totalidad de sus IPS con la nueva tecnología, esta práctica puede disminuir los reingresos hospitalarios innecesarios causados por la falta de evaluación de las pruebas diagnósticas.

Evaluar los progresos del hospital

Tan importante como la implementación de la práctica propuesta anteriormente es su medición, con el fin de evitar reingresos hospitalarios prevenibles, además de mejorar la oportunidad en la determinación de los diagnósticos. Éste cuarto paso es especialmente crítico, ya que estos paquetes instruccionales están dirigidos a mejorar la seguridad del paciente, y el paso inicial para hacerlo es establecer

la magnitud de los eventos adversos que se presentan y el resultado de las prácticas propuestas para evitarlos y controlarlos. Sólo a través de la medición continua es posible determinar la eficacia de esta práctica, con el fin de hacer los ajustes que la misma necesite.

Al igual que en el primer paso, los indicadores de reingresos hospitalarios que pueden ser de utilidad son los siguientes:

- **Tasas de reingreso según patología.**
- **Tasas de reingreso según médico que dio el alta.**
- **Tasas de reingreso según sitio de remisión** (hogar, asilo, etcétera).
- **Tasas de reingreso a diferentes períodos de tiempo.** Evaluar los reingresos a los 7, 30, 60 y 90 días. Los períodos de tiempo cortos pueden reflejar fallas en el proceso de atención intrahospitalario y los períodos de tiempo largos reflejan fallas en el proceso de atención ambulatorio.

Finalmente, con el fin de mantener los esfuerzos de las IPS en la reducción de los reingresos prevenibles, estos indicadores o parte de ellos, podrían incluirse dentro de los indicadores clave en el PAMEC, además de reportarlos al Observatorio de Calidad de la Atención en Salud del MPS.





6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

• **Costos de la mala calidad:** Es la suma total de los recursos desperdiciados, tales como capital y mano de obra, por causa de la ineficiencia en la planificación y en los procedimientos de trabajo. El costo de la mala calidad es importante porque ayuda a medir el desempeño e indica dónde se debe llevar a cabo una acción correctiva y que sea rentable*. (García M, Quispe C, Raez L. “Costo de la calidad y la mala calidad”. Industrial data. 2002; 5: 15-21). A diferencia del sector productivo, en el área de servicios los costos de la mala calidad son más complejos de evaluar, porque no sólo deben considerarse los costos tangibles producidos por los reprocesos de atención, sino también los costos intangibles tales como la insatisfacción del usuario o la mala imagen de la empresa. En el área de la salud este concepto es aún más sensible, porque los costos de la mala calidad se reflejan en morbilidad, discapacidad o muerte.

• **Costos de oportunidad:** se refiere a aquello de lo que un agente (individuo o grupo) se priva, o renuncia cuando hace una elección o toma una decisión *. (Case KE, Fair, RC. •Principios de Microeconomía”. 8ª ed. Bogotá; Editorial Prentice Hall: 2007). El costo de oportunidad se

entiende como aquel costo en que se incurre al tomar una decisión y no otra. Es aquel valor o utilidad que se sacrifica por elegir una alternativa A y desperdiciar una alternativa B. Tomar un camino significa que se renuncia al beneficio que ofrece el camino descartado.

• **Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.*(República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud –SOGCS- del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS).

• **Reingreso:** Ante la ausencia de una definición estándar de reingreso, se han utilizado diversas definiciones del mismo: ingreso por idéntico diagnóstico, ingreso urgente por el mismo diagnóstico, e ingreso urgente por el mismo diagnóstico una vez excluidas las remisiones a otros hospitales y las altas por fallecimiento (exitus letalis). Siempre referido a 30 días tras el alta, si bien algunos autores emplean períodos diferentes. Ante las diversas defi-





niciones las tasas de reingresos pueden variar en el mismo centro hospitalario. Independientemente de la definición escogida, la tasa de reingresos es una medida de la calidad de la atención en salud.* (García C, Almenara J, García JJ. “Tasa de Reingresos de un Hospital Comarcal”. Rev. Esp. Salud Pública. 1998; 72: 103-10).

• **Riesgo hospitalario:** Es la probabilidad que un evento negativo suceda al interior de las instalaciones hospitalarias. Por la misma naturaleza de los servicios que se prestan en los hospitales, al interior de los mismos existen múltiples factores de riesgo a los cuales se exponen todos los pacientes, tales como: factores de riesgo biológicos, físicos, psicosociales, químicos y eléctricos, entre otros. Cuando dichos eventos negativos se presentan durante el proceso de atención, nos referimos entonces a un evento adverso; por tanto, cuando los pacientes reingresan a un hospital por una causa prevenible, se están exponiendo innecesariamente a estos riesgos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

a. American Hospital Association. Hospitals in pursuit of excellence. A guide to superior performance improvement. AHA Qua-

lity Center. [Internet] [Disponible aquí.](#)

b. Bachman SS, Tobias C, Master RJ, Scavron J, Tierney K. A managed care model for Latino adults with chronic illness and disability: results of the Brihgtwood Health Center Intervention. Journal of Disability Policy Studies. 2008; 18: 197-204.

c. Boutwell A, Griffin F, Hwu S, Shannon D. Effective interventions to reduce rehospitalizations: a compendium of 15 promising interventions. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009.

d. Greenwald JL, Denham CR, Jack BW. The hospital discharge: a review of a high risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. J Patient Saf. 2007; 3: 97-106.

e. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. A randomized trial. Ann Intern Med. 2009; 150: 178-87.

f. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA.





Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med.* 2009; 360: 1418-28.

g.
Kanaan SB. Homeward bound: nine patient-centered programs cut readmissions. *California Healthcare Foundations*; 2009.

h.
Leonhardt K, Bonin K, Pagel P. Guide for developing a community-based patient safety advisory council. Prepared by Aurora Health Care, Wisconsin. AHRQ Publication No. 08-0048, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2008. [Internet] [Disponible aquí](#).

i.
Minott J. Reducing hospital readmissions. *Academy Health.* [Internet] [Disponible aquí](#).

j.
Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med.* 2003; 18: 646-51.

k.
Osei-Anto A, Joshi M, Audet AM, Berman A, Jencks S. Health care leader action guide to reduce avoidable readmissions.

Health Research & Educational Trust, Chicago, IL. January 2010.

l.
Patient-centered primary care collaborative. Joint principles of the patient centered medical home. [Internet] [Disponible aquí](#).

m.
Poon EG, Gandhi TK, Sequist TD, Murff HJ, Karson AS, Bates DW. "I wish I had seen this test result earlier!" Dissatisfaction with test result management systems in primary care. *Arch Intern Med.* 2004; 164: 2223-8.

n.
Roy CL, Poon EG, Karson AS, Ladak-Merchant Z, Johnson RE, Maviglia SM, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Ann Intern Med.* 2005; 143: 121-8.

o.
Sung S, Forman-Hoffman V, Wilson MC, Cram P. Direct reporting of laboratory test results to patients by mail to enhance patient safety. *J Gen Intern Med.* 2006; 21: 1075-8.

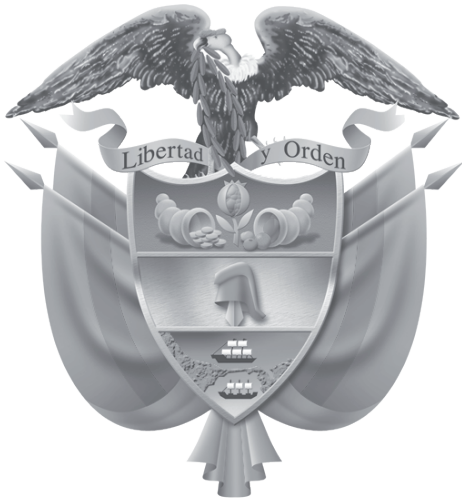
p.
Sweenay L, Halpert A, Waranoff J. Patient-centered management of complex patients can reduce costs without shortening life. *Am J Manag Care.* 2007; 13: 84-92.





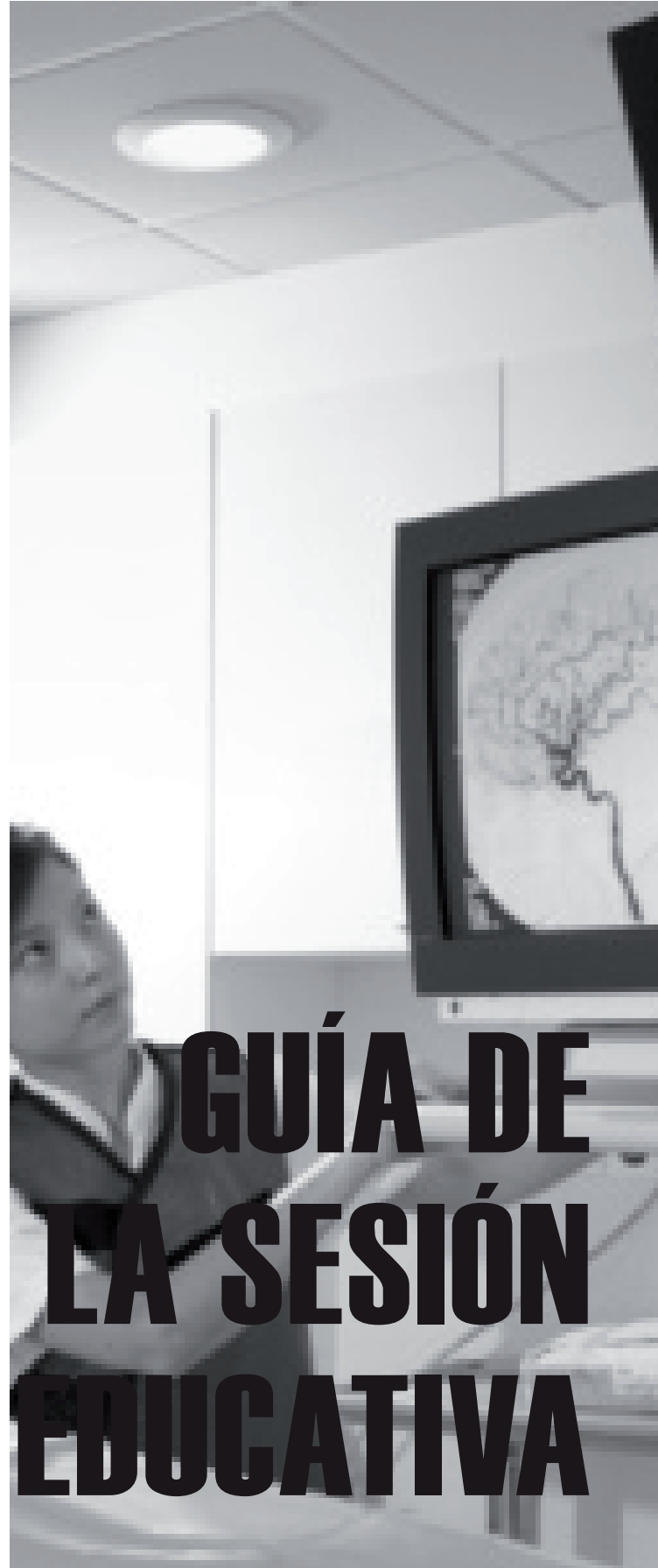
q.
Wahls TL, Cram PM. The frequency of missed test results and associated treatment delays in a highly computerized health system. *BMC Family Practice* 2007; 8: 32.





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



GUÍA DE LA SESIÓN EDUCATIVA



**“EVALUACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ANTES
DEL ALTA HOSPITALARIA”**



La presente guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática acerca de las buenas prácticas en la atención del paciente, para ilustrar el proceso de la Evaluación de las Pruebas Diagnósticas antes del Egreso Hospitalario; se recomienda al instructor que profundice sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas. Se anexa al presente documento el archivo con las técnicas didácticas sugeridas.

Como instructor también debe comprender a profundidad cómo funciona la Guía del Alumno, para poder guiarlo en su proceso de aprendizaje. Recuerde que, como multiplicador e instructor tiene la responsabilidad de la implementación de los paquetes dentro de su institución y de los resultados que cada uno de ellos busca.





1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

Competencia Específica

Reducir los reingresos hospitalarios, como resultado a la falta de evaluación en la totalidad de las pruebas diagnósticas del paciente hospitalizado, mediante un proceso de mejoramiento continuo de fácil implementación y seguimiento.

Competencias Institucionales

- Aplicar a su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano las disposiciones del código de ética y el buen gobierno.
- Asumir el liderazgo y la gestión en un equipo de trabajo, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conceptualizar sobre los conceptos de reingreso hospitalario evitable, oportunidad, costos de la mala calidad, costos de oportunidad, riesgo hospitalario.
- Identificar las características clínicas de

los pacientes que presentan mayor tasa de reingresos hospitalarios secundarios a la falta de evaluación de la totalidad de las pruebas diagnósticas.

- Analizar que factores de riesgo adicionales pueden tener los pacientes en quienes no se evalúan la totalidad de sus pruebas diagnósticas antes del alta.
- Argumentar la relación existente entre los factores de riesgo con la cultura de seguridad del paciente y los procesos organizacionales, con el fin de proponer acciones preventivas adicionales a las sugeridas en esta práctica.
- Proponer prácticas de seguridad y planes de acción con el fin de reducir la tasa de pacientes en quienes no se evalúa la totalidad de sus pruebas diagnósticas antes del egreso hospitalario.

3. CONOCIMIENTOS

De Conceptos y Principios

- Reingresos hospitalarios como un evento adverso prevenible secundario a la falta de evaluación de la totalidad de las pruebas diagnósticas.
- Oportunidad como una de las características en las que se fundamenta el SO-GCS, y como se afectan los pacientes



cuando hay ausencia de ésta.

- Costos de la mala calidad, con el fin de identificar los resultados negativos que pueden presentar los pacientes por falta de evaluación de la totalidad de sus pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.

- Costos de oportunidad, con el fin de identificar los costos causados por los re-procesos de atención de los pacientes en los que debe incurrir el SGSSS por la falta de oportunidad en la evaluación de las pruebas diagnósticas.

- Riesgos hospitalarios como factores a los que deben exponerse los pacientes de forma innecesaria al tener que reingresar a los hospitales.

De Procesos

- Historia clínica electrónica como método ideal de administración de la información en los hospitales.

- Círculo de la calidad como técnica de mejoramiento continuo, en los procesos de atención en salud.

- Hoja de resultados de pruebas de laboratorio e imagenología como herramienta de trabajo para administrar información clínica de importancia.

- Indicadores de reingresos hospitalarios con el fin de monitorear el proceso y hacer las acciones correctivas necesarias.

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Para el desarrollo del paquete se privilegia una estrategia metodológica que permita desarrollar las competencias del hacer, es decir, instrucciones de prácticas. Para ello, se plantea trabajar en momentos de aprendizaje que se fundamentan en el trabajo en equipo. (Figura 1).



Figura 1. Mapa conceptual que muestra los ambientes de aprendizaje y su secuencia lógica.



A continuación, se procederá a explicar detalladamente las actividades que desarrollará el instructor, en cada uno de los momentos de aprendizaje.

MOMENTO DEL INSTRUCTOR

Es el momento de la clase, durante el cual se desarrollará aproximadamente el 35% del tiempo destinado para el paquete instruccional y corresponde al primer momento de instrucción teórica por parte del instructor. El instructor deberá facilitar previamente al estudiante la información sobre la Evaluación de Pruebas Diagnósticas antes del Egreso Hospitalario, entregando el material de lectura (Marco Teórico) para su estudio y profundización con su respectiva bibliografía; igualmente, se sugiere que el abordaje de esta temática se oriente en las siguientes fases:

Motivación

En esta fase, el capacitador busca generar motivación, crear expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación del grupo. Instaurar la reunión, informando a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo. Precisar una agenda de trabajo, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Ubicación

Una estrategia para facilitar el proceso de aprendizaje es ubicar a los participantes en problemáticas de su entorno o de su interés; esta participación puede estimularse desarrollando preguntas que permitan:

- Identificar experiencias de los alumnos sobre este aspecto.
- Generar un diálogo para precisar el diagnóstico de la realidad.
- Problematizar y explorar necesidades y expectativas.
- Precisar los objetivos del aprendizaje.

Tanto en la Motivación como en la Ubicación, el instructor puede valerse de la asignación de roles, tales como el del paciente, el médico, el familiar del paciente, la enfermera o el gerente de la IPS, entre otros, para promocionar la participación activa de los alumnos.

Adquisición

En esta fase, el instructor procura que el participante interprete la información que





está recibiendo, que la clasifique y organice, según su nivel, desarrollo y comprensión. Es el momento en que el instructor, valiéndose de la información contenida en el paquete instruccional “Evaluación de Pruebas Diagnósticas antes del Egreso Hospitalario”, expone al alumno todo el Marco Teórico, para lo cual como instructor:

- Explique los procedimientos, las teorías y los hechos que soportan el problema en estudio.
- Haga un planteamiento interdisciplinario, utilizando diversos referenciales para incluir todas las actividades asignadas.
- Traduzca la información según el nivel de educación de cada alumno y utilice su lenguaje.
- Apóyese en la experiencia previa de los alumnos y ejemplifíquela con base en su realidad.
- Prefiera preguntas polémicas en vez de afirmaciones categóricas.

AUTO-APRENDIZAJE

Este momento transcurre paralelo al Momento del Instructor, puesto que hace referencia a la manera en que los alumnos se apropian de los conocimientos imparti-

dos. Para este caso particular, el instructor debe:

- Entregar al estudiante la “Guía del Alumno” sobre “Evaluación de Pruebas Diagnósticas antes del Alta Hospitalaria” y explicar el desarrollo de este documento.
- Invitar a participar activamente al estudiante en la sesión de formación.

TRABAJO EN EQUIPO

El trabajo en equipo facilita los mecanismos de aprendizaje, convirtiendo este momento de formación en eje fundamental para desarrollar una propuesta pedagógica que contribuya a la formación de aprendizajes significativos, y por lo tanto al que mayor intensidad horaria se le asigna. Se sugiere realizar actividades en grupos que cubran por lo menos el 50 % total de la formación. Durante este momento se privilegiará la implementación de estrategias didácticas pertinentes para lograr los objetivos de formación del paquete instruccional.

Para este caso particular sobre “Evaluación de Pruebas Diagnósticas antes del Egreso Hospitalario”, se recomienda desarrollar como estrategia de trabajo, la denominada estudio de casos. El instructor desarrollará este momento de la siguiente manera:



Organización

- Explicar mediante un ejemplo el significado y el diseño de la técnica Estudio de Casos. Un grupo estudia analítica y exhaustivamente un “caso” con todos los detalles para extraer conclusiones. Esta técnica permite analizar amplia y detalladamente una situación problema.
- Organizar a los participantes en equipos asistenciales interdisciplinarios, donde estén todos los involucrados en la atención del paciente.
- Formular con precisión la situación o problema relacionado. Debe relatarse detalladamente y entregarse el caso que debe ser analizado, asignar un secretario relator de las soluciones grupales y definir un tiempo prudencial para su discusión; además de atender las inquietudes que le presenten.
- Dividir todo el grupo en subgrupos para que éstos conozcan de una situación problema, la analicen, discutan y puedan presentar soluciones diferentes de acuerdo con sus conocimientos y experiencias.
- Una vez se ha discutido en cada equipo el problema y su solución se procede a la socialización ante la plenaria frente a la toma de decisiones, producto de la re-

flexión y el análisis; debe concederse un tiempo prudencial para la revisión de cada decisión grupal. Permitir que cada equipo exprese libremente los reingresos hospitalarios evitables generados por la falta de evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.

- Invitar a que el grupo plenario participe, opine y argumente en torno a las soluciones presentadas por los diferentes subgrupos. Permitir e incentivar una participación profunda y de reflexión.

ACOMPañAMIENTO

Este momento es transversal en todo el tiempo en el que se desarrolla el Trabajo en Equipo, pues hace referencia al acompañamiento que hace el instructor durante la implementación de la técnica didáctica, durante el cual debe:

- Orientar al estudiante (funcionario) en su proceso de aprendizaje individual y grupal, tanto en la sesión presencial como en el trabajo individual,
- Asumir las funciones de tutor en lo referente a la aplicación práctica de lo aprendido.

EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN



Este momento corresponde al 15 % del tiempo total de la formación y tiene que ver con el cierre de esta, en ella el instructor debe:

- Reunir a los estudiantes en sesión plenaria y proponer la explicación de las conclusiones grupales; el grupo debe tratar de ponerse de acuerdo sobre la mejor solución.
- Proponer la creación de mesas de trabajo que monitoreen la implementación de las acciones encaminadas a evaluar la totalidad de las pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.
- Invitar a los alumnos a desarrollar la autoevaluación que se presente en la Guía del Alumno.
- Clausurar la sesión.

Agenda propuesta “Evaluación de las Pruebas Diagnósticas antes del Alta Hospitalaria”

AMBIENTE / MOMENTO	MINUTOS
MOMENTO DEL INSTRUCTOR	85
Motivación	5
Ubicación	10
Adquisición	70
TRABAJO EN EQUIPO	120
Organización	10
Técnica didáctica	90
Resultados	20
EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	35
Conclusiones	15
Recomendaciones	10
Autoevaluación	5
Cierre de la sesión	5
TOTAL TIEMPO	240





AMBIENTES DE APRENDIZAJE

- Aula-taller.
- Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud del MPS.
- Entorno laboral.
- Marco teórico Evaluación de las Pruebas Diagnósticas antes del Alta Hospitalaria.
- Guía del Alumno.
- Estudio de caso, plenarias.

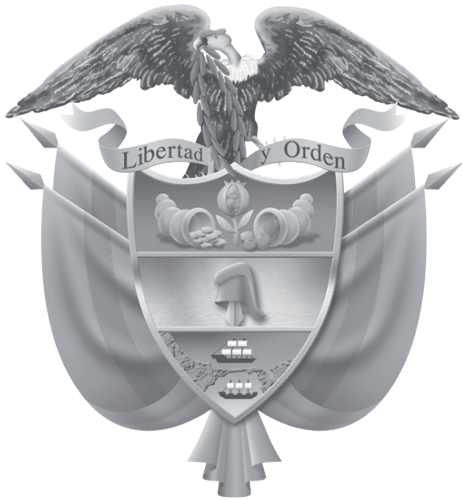
5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El capacitador conceptúa si los funcionarios han logrado los resultados de aprendizaje si éstos, de manera individual o grupal:

- Expresan adecuadamente, oral o por escrito, los referentes teóricos sobre la Evaluación de las Pruebas Diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.
- Explican y entienden las principales consecuencias por la falta de evaluación de la totalidad de las pruebas diagnósticas antes del Egreso.

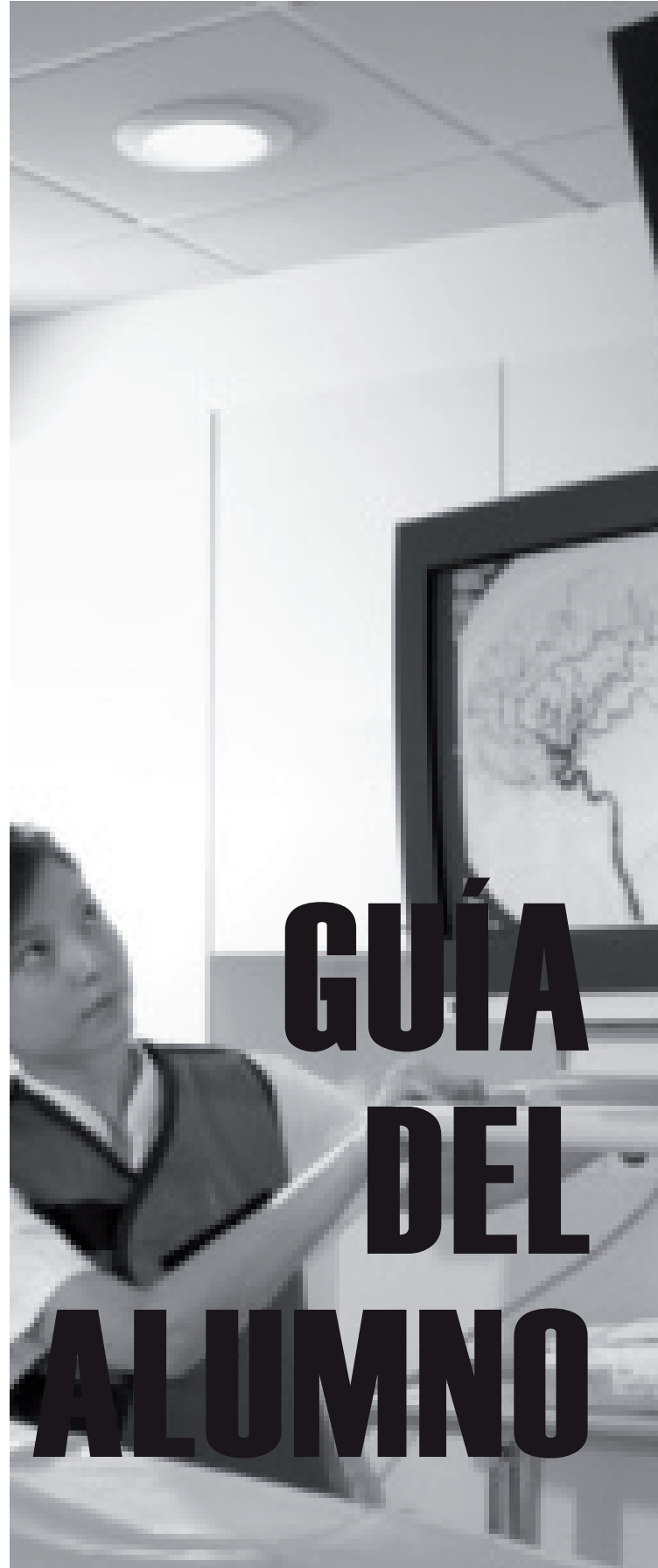
- Identifican los factores contributivos que predisponen a la falta de evaluación de la totalidad de las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario, y comprenden cuáles decisiones administrativas y procesos organizacionales permiten que esto continúe sucediendo.
- Proponen mecanismos de control, basados en los factores contributivos y en las buenas prácticas para evaluar la totalidad de las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario. El alumno deberá presentar evidencias de conocimiento y de desempeño en las actividades de formación, tal y como aparece en la Guía de Aprendizaje.





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



GUÍA DEL ALUMNO



**“EVALUACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS ANTES
DEL ALTA HOSPITALARIA”**



La siguiente guía tiene como función orientar al alumno durante el proceso de instrucción del paquete. Para alcanzar los objetivos del paquete es imperativo que el alumno desarrolle cada una de las responsabilidades aquí descritas y participe conjuntamente con el instructor en el desarrollo de las técnicas didácticas. Finalmente, es vital comprender que el impacto que puede llegar a tener este paquete depende de la forma en que todo el personal asistencial hospitalario se apropie de las recomendaciones aquí planteadas.

Una atención segura en salud sólo es posible si todos los profesionales asistenciales y el personal de atención en general, están instruidos en el desarrollo de Buenas Prácticas de Atención en Salud, en este caso, prácticas para la Evaluación de las Pruebas Diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.





1. INTRODUCCIÓN

Modalidad de formación presencial y guiada, con actividades extra clase.

Competencias específicas a desarrollar:

- Disminuir los reingresos hospitalarios secundarios a la falta de evaluación de la totalidad de las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.
- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano las disposiciones del código de ética y el buen gobierno.
- Asumir el liderazgo y la gestión en un equipo de trabajo, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conceptualizar sobre la evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario que generan dificultades en el proceso de eva-

luación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.

- Analizar cuáles son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras que generan la falta de evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales.
- Proponer acciones correctivas y preventivas en el proceso de evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.

3. CONOCIMIENTOS

De Conceptos y Principios

- Reingresos hospitalarios evitables secundarios a la falta de evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.
- Acciones inseguras que contribuyan a los reingresos hospitalarios evitables.
- Factores contributivos de acciones inseguras relacionadas con la falta de evaluación de pruebas diagnósticas que generan reingresos hospitalarios.





- Cultura organizacional y su implicación en la generación de factores contributivos en el ámbito de la evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.
- Acciones correctivas y preventivas relacionadas con la falta de evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del egreso hospitalario para prevenir reingresos hospitalarios prevenibles.

De Procesos

- Historia clínica electrónica como método ideal de administración de la información en los hospitales.
- Círculo de la calidad como técnica de mejoramiento continuo, en los procesos de atención en salud.
- Hoja de resultados de pruebas de laboratorio e imagenología como herramienta de trabajo para administrar información clínica de importancia.
- Indicadores de reingresos hospitalarios con el fin de monitorear el proceso y hacer las acciones correctivas necesarias..

4. INTRODUCCIÓN

Es muy importante el acompañamiento durante el desarrollo del curso; la expe-

riencia del aprendizaje permite un desarrollo de capacidades y competencias de conocimiento sobre la seguridad en el proceso de evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario, promoviendo atenciones más seguras.

Esta guía desarrolla la problemática mencionada y además da los lineamientos sobre las prácticas más seguras que usted debe reforzar para ser más efectivo en su diario quehacer. De esta forma se contribuirá a mejorar la seguridad en lo relacionado con la evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario, a la seguridad compartida del equipo multidisciplinario, paciente, familia y a las diferentes estrategias que surgen para la prevención, orientación y educación de los diferentes actores.

Estimado Alumno

En los servicios de hospitalización, a los pacientes se les realizan múltiples pruebas de laboratorio e imagenología como apoyo, tanto al procedimiento diagnóstico como de seguimiento a la terapéutica, las cuales hacen parte fundamental del proceso de atención en salud. De igual forma, durante la atención intrahospitalaria los pacientes son evaluados por varios médicos,





en ocasiones por la necesidad de interconsultas pero la mayor parte de las veces responde a procesos administrativos de las IPS más que a la evolución del cuadro clínico.

La participación de múltiples médicos en la evaluación de los pacientes hospitalizados responde a la necesidad de hacer procesos más eficientes al interior de las IPS, y en principio puede ofrecer una ventaja al ofrecer a un mismo paciente varias opiniones profesionales sobre el proceso diagnóstico y terapéutico.

Pero dicho proceso al mismo tiempo genera un problema en la administración de la información de los resultados de las pruebas diagnósticas, en parte por la falta de continuidad en el seguimiento del paciente por parte del mismo profesional.

Lo anterior puede conducir a que el paciente sea dado de alta y algunas de las pruebas diagnósticas ordenadas se queden sin ser evaluadas, lo que pone en riesgo la salud del paciente porque esto se ha encontrado asociado a reingresos hospitalarios. La responsabilidad que estos reingresos se puedan prevenir recae sobre todo el personal que, como equipo, participa en el proceso de atención en salud.

Los trabajadores asistenciales profesionales, tecnólogos y técnicos del sector de la salud necesitan renovar sus conocimientos constantemente para poder dar respuesta a los continuos cambios y demandas, tanto sociales como sanitarias. El progresivo aumento de la complejidad de los sistemas de prestación de servicios de salud, que exige de los prestadores de servicios de salud la adopción de políticas de seguridad del paciente y sistemas de administración del riesgo, y el nuevo rol protagónico del usuario en todos los procesos, requieren un mejoramiento en la formación mediante programas de estudio adaptados a esta nueva realidad.

La base de esta actualización de conocimientos debe tener en cuenta la mejor evidencia posible y las capacidades, habilidades y destrezas de los profesionales dedicados al cuidado de la población. Al finalizar el desarrollo de las actividades propuestas, usted deberá volver a formular sus conceptos sobre estos aspectos y contrastarlos con los que construyó al inicio, lo cual le permitirá ser consciente de su avance en el aprendizaje. Durante el desarrollo de esta guía, se le recomienda participar permanentemente en las sesiones presenciales fijadas en el cronograma propuesto.

Solicite la asesoría y acompañamiento del instructor encargado, interactúe con



sus compañeros del curso y, de ser posible, con funcionarios del Ministerio de la Protección Social, esta acción le permitirá obtener una mayor fundamentación para identificar la Política de Seguridad del Paciente y las actividades necesarias para cumplir el proceso de Evaluación de las Pruebas Diagnósticas antes del Egreso Hospitalario. Finalmente, se le recomienda participar en la sesión de socialización programada para esta actividad y obtenga sus propias conclusiones al escuchar las experiencias presentadas por cada uno de los integrantes de los grupos de estudio.

***USTED ES QUIEN PUEDE HACER
MÁS SEGURA LA ATENCIÓN A
LOS PACIENTES***

5. PLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

A continuación se presentan una serie de actividades mediante las cuales se contribuirá al desarrollo de competencias, habilidades y destrezas necesarias para identificar y controlar las acciones inseguras, los factores contribuyentes y las fallas latentes, del tema de Evaluación de Pruebas Diagnósticas antes del Egreso Hospitalario y las implicaciones que

éstas conllevan, para poder finalmente desarrollar las buenas prácticas en torno a la promoción de acciones correctivas y preventivas al respecto; de su empeño y atención dependen los resultados de la presente instrucción.

Actividades de Aprendizaje

- Participar activamente en las sesiones de clase, atendiendo las orientaciones del instructor.
- Intervenir en el estudio de caso propuesto por el instructor, relacionado con la Evaluación de Pruebas Diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.
- Participar en el debate dirigido o discusión del estudio de caso.
- Identificar cuáles son las acciones inseguras que se presentan en su institución, relacionadas con la falta de evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.
- Identificar qué factores contributivos están asociados con las acciones antes mencionadas.
- Indagar y profundizar sobre el tema, revisando la bibliografía específica del tema (ver Marco Teórico).





- Proponer el desarrollo de mesas de trabajo dentro de su institución para la óptima implementación de prácticas que prevengan la falta de evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.

6. EVALUACIÓN

Los siguientes son los criterios que le permitirán a usted, al docente y al grupo en general, verificar si se han alcanzado las competencias, habilidades y destrezas en el paquete Evaluación de Pruebas Diagnósticas antes del Egreso Hospitalario; a modo de autoevaluación, pregúntese si usted:

- Identificar a fundamentación teórica de la evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.
- Es capaz de identificar cuáles son las acciones inseguras que predisponen a la falta de evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario Señala los factores contribuyentes y su estrecha relación con las acciones inseguras antes mencionadas.
- Determina claramente las ventajas de la historia clínica electrónica en la administración de la información de salud, así como la utilidad de la Hoja de Resultados de las Pruebas de Laboratorio

e Imagenología en la historia clínica de papel.

El instructor conceptuará sobre su desempeño a través de la observación en un proceso que utilizará para estos efectos; que específicamente se trata del desarrollo de un caso o de un juego de roles. Finalmente, se espera que dentro de su institución disminuya la tasa de reingresos hospitalarios secundarios a la falta de evaluación de todas las pruebas diagnósticas antes del Egreso Hospitalario.

7. AMBIENTES DE APRENDIZAJE

- Aula-taller.
- Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud del MPS.
- Entorno laboral.
- Marco teórico Evaluación de las Pruebas Diagnósticas antes del Alta Hospitalaria.
- Guía del Alumno.
- Estudio de caso, plenarias.





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia