



MINISTERIO
DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

NOMBRE DE LA MEJOR PRÁCTICA

MARCANDO PASOS: MEJORA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA DEL PIE
DIABÉTICO EN EL HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA, DICIEMBRE 2019 - SEPTIEMBRE DE
2021

FECHA: 23 DE SEPTIEMBRE DE 2021

Índice

PRESENTACIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	4
CRITERIO 1. LIDERAZGO Y COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN.....	5
CRITERIO 2. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	7
CRITERIO 3. GESTIÓN DE LA INTERVENCIÓN, PROYECTO O PRÁCTICA IMPLEMENTADA.....	13
CRITERIO 4. GESTIÓN DEL EQUIPO DE MEJORA.....	21
CRITERIO 5. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN DE LAS MEJORES PRÁCTICAS.....	23
CRITERIO 6. RESULTADOS DE LAS MEJORES PRÁCTICAS.....	24
CRITERIO 7. SOSTENIBILIDAD Y MEJORA.....	31
GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	34
ANEXOS.....	36

PRESENTACIÓN

Información de la organización

Nombre: Hospital Nacional General Santa Rosa de Lima

Dirección: Barrio La Esperanza, sobre calle Ruta Militar, salida a San Miguel

Teléfono: 2792-4400

Correo electrónico: direccionhnsrl@gmail.com

Somos un hospital de segundo nivel de atención que se ubica en la categoría IE, caracterizado por la atención de usuarios con bajo riesgo y que cuenta las especialidades básicas de: Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia. Como un aspecto fuerte se cuenta con la subespecialidad de ortopedia, otorrinolaringología y neonatología. En las áreas de hospitalización y emergencia la atención es las 24 horas del día y los 365 días del año, realizando cirugía de emergencia las 24 horas, en la consulta externa especializada se atiende los días de lunes a viernes en horario de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

El hospital nacional Santa Rosa de Lima, es parte de la Micro Red Santa Rosa de Lima, que la integran las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de los seis municipios: San José la Fuente, Bolívar, Pasaquina, Santa Rosa de Lima, El Sauce y Concepción de Oriente. La Micro Red de Anamorós que también es parte el hospital la integran: Lislique, Anamorós, Nueva Esparta y Polorós. Por accesibilidad geográfica se atienden usuarios de los municipios del departamento de Morazán (Jocoro, El Divisadero, Sociedad y Corinto), lo mismo que se atienden a población de los países de Honduras y Nicaragua.

Nombre de los integrantes del equipo de la mejor práctica

Nombre	Cargo
Dra. Glenda Patricia Medrano	Asesora de medicamento
Dra. Jenny Carolina Torres	Coordinadora de Consulta Externa y servicios de apoyo
Dr. Eduardo Antonio Arriaza	Médico cirujano
Licda. Delmy Aracely Fuentes	Jefa de enfermería
Tec. Eva Lisseth Álvarez	Técnico en informática
Lic. Celestino Salvador	Psicólogo

Descripción de la mejor práctica

La diabetes mellitus es una enfermedad que causa la mortalidad y morbilidad en El Salvador; así se tiene que, para el año 2019, se tenía 2,489 egresos hospitalarios con diabetes por complicaciones periféricas (pie diabético), si se revisa los últimos cinco años, existe una tendencia ascendente de casos. Cuando la enfermedad progresa trae múltiples consecuencias insuficiencia renal, amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y nuevos casos de ceguera entre adultos. La úlcera del pie diabético son una de las complicaciones más comunes y graves de la diabetes, que aparte de ocasionar discapacidad física, aumenta las posibilidades del deterioro de la salud mental y en forma extrema la muerte. De acuerdo este contexto, se consideró a bien implementar un proyecto de mejora que mediante un abordaje integral y eficaz contribuya a mejorar la calidad de los procesos de atención de la patología del pie diabético en los usuarios que asisten al hospital.

OBJETIVOS

Objetivo General

Mejorar de manera sustentable los procesos de atención de la patología del pie diabético mediante una intervención eficaz y oportuna en usuarios que asisten al Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, en el periodo de diciembre del 2019 - a septiembre del 2021

Objetivos Específicos

- Fomentar acciones de prevención de la patología del pie diabético en los usuarios con diabetes mellitus en el área de consulta externa especializada
- Disminuir los tiempos de espera desde la llegada de los usuarios con pie diabético a la emergencia hasta la realización del procedimiento que corresponda según criterio médico
- Disminuir las complicaciones de los usuarios con la patología de pie diabético mediante la realización de un abordaje integral, eficaz y continuo, evitando con ello la prolongación de los días estancias hospitalaria
- Contribuir a la remisión de las úlceras del pie diabético en los usuarios post-egreso hospitalario mediante el seguimiento sistemático en la Unidad del Pie Diabético (UPD)

CRITERIO 1. LIDERAZGO Y COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

1.1 Liderazgo para promover la mejor práctica

(1) La Dirección del hospital comprometida con la calidad de atención de los usuarios, ha fomentado de manera permanente, la identificación y análisis de los problemas que aquejan al quehacer institucional, para ello, hace uso de los diferentes espacios de encuentro como reuniones de Consejo Estratégico de Gestión, Sala Situacional y con los jefes de departamento y Unidades del Hospital. En estos espacios, se busca la participación activa de cada uno de los asistentes. Hay problemas que requieren más allá de una simple intervención; siendo necesario estimular la formulación de proyectos de mejora que trasciendan en la prestación de servicios de salud. Si bien es cierto que, no se cuenta con una política de mejora continua de la calidad estructurada; pero se ha delegado en la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC), la responsabilidad de promover, la identificación, formulación y ejecución de proyectos de mejora. En el hospital la UOC funciona desde, setiembre del año 2015, quien entre algunas de las funciones se encuentran, asesorar a la Dirección, participar en el análisis de los problemas presentados y capacitar en metodologías y herramientas de la calidad.

(2) Un elemento importante que permitió la promoción de la mejor práctica fue que estuviera considerada en las actividades de gestión de la Programación Anual Operativa (POA) año 2020 y nuevamente en el año 2021. La Dirección del hospital dio a conocer la mejor práctica en primer lugar, con los jefes de departamentos del hospital en reuniones sostenidas, en las cuales explicaba los beneficios y trascendencia que tendría el proyecto para los beneficiarios directos y para sus familiares. En segundo lugar, se utilizó el espacio de rendición de cuenta y de Asamblea General de empleados para resaltar la importancia de este tipo de proyectos.

(3) Entre los principales momentos que ha tenido participación la dirección del Hospital se pueden mencionar: la conformación del equipo responsable de conducir el proyecto de mejora, (ver anexo 1) la asignación de espacio físico para la UPD (transitoria) (ver anexo 3) y compra de los insumos necesarios para cumplir con los objetivos del proyecto,(ver anexo 4) el otorgamiento del tiempo necesario para que el personal de enfermería y médicos pudieran asistir a las actividades de formación tal como estaban programadas (ver anexo 7). La Dirección del Hospital también ha estado muy involucrada en las reuniones de avances del proyecto, entrega de resultados, monitoreo, evaluaciones y revisando la información proporcionada por el equipo de mejora.

1.2 Cómo la alta dirección ha fortalecido el rol y responsabilidades del equipo

A partir de julio del año 2019, con el nombramiento de la nueva dirección, la UOC del hospital, presenta a la dirección y Comité de Gestión, la iniciativa de realizar una intervención a la problemática que se experimenta con el incremento significativo de usuarios con patología de pie diabético (análisis de información del SIMMOW), con la nueva administración, se generó un cambio de escenario; caracterizado por confianza, flexibilidad para hacer propuestas de mejora. Esta confianza se vio reflejada en la credibilidad y autonomía otorgada hacía el equipo gestor del proyecto de mejora; elemento que favoreció el empoderamiento del equipo, agilizar la toma decisiones de manera autónoma durante la ejecución del proyecto.

Para el desarrollo de la mejor práctica, el hospital no contaba con un presupuesto asignado. Sin embargo, para la implementación fue necesario realizar una estimación de necesidades de insumos, equipo médico y mobiliario para el equipamiento de la UPD, presupuesto económico que fue autorizado por la Dirección. Implicó que para efecto del proyecto se asignará recursos financieros adicionales, los cuales fueron obtenidos de las economías salariales del hospital.

El análisis de información con el equipo de mejora y los departamentos hospitalarios involucrados en el proyecto, no solo permitió la valoración del proyecto propio, si no también motivar a otras áreas para realización de proyectos de mejora. Entre otras iniciativas de proyecto de mejora en la institución se puede mencionar el proyecto de Entrega domiciliar del medicamento para usuarios con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), que fue una iniciativa coyuntural por la pandemia de la covid-19 y aprovechando el conocimiento y experiencia en metodología de mejora continua de la calidad.

La Unidad Organizativa de la Calidad, ha jugado un rol importante para dar soporte a la mejor práctica, quien realizó un seguimiento de cerca y ejerció un liderazgo en las diferentes fases del proyecto, pues sirvió de enlace con el área de cirugía y Estadística y Documentos Médicos (ESDOMED). Otra de las facilidades que proporcionó la dirección para la ejecución de la mejor práctica se pueden agrupar de la siguiente manera: espacio físico para realización de las reuniones de coordinación y de capacitación, compra de insumos de laboratorios, como reactivos para realizar pruebas de hemoglobina glucosilada y micro albúmina, y medicamentos específicos para tratar ulceración de pie diabético como parches, hidrogel entre otros (ver anexo 4), permitió el apoyo de otras jefaturas tales como: Unidad Financiera Institucional (UFI), Epidemiología, ESDOMED, Nutrición y Fisioterapia.

El seguimiento de la mejor práctica estuvo determinado, por la información que se compartía con la Dirección en donde se, destacaban los avances obtenidos, pero también las dificultades encontradas y la búsqueda de alternativas para superar los obstáculos. Este tipo de acciones fueron importantes porque permitió consensuar las estrategias más viables en un momento determinado (ver anexo de reunión de discusión de avances del proyecto).

En reunión celebrada con jefes de departamento del Hospital (ver acta de reunión noviembre de 2019), se realizó sensibilización con la finalidad que tomaran conciencia de la importancia, trascendencia e impacto de la buena práctica orientada a la prevención de la aparición de la patología del pie diabético y la atención integral de la misma. Se enfatizó que la mejor práctica contribuiría en alguna medida a la atención ágil y oportuna para la pronta recuperación de los usuarios mediante seguimientos de las curaciones de úlceras por médico cirujano formado en este tipo de abordaje. Si bien es cierto que, no se puede establecer una relación directa entre una atención integral y de calidad y disminución de los días estancia hospitalaria de los usuarios porque esta depende de múltiples variables como: respuesta individual a los protocolos de tratamiento, características propias de sistemas inmunológicos, gravedad de la enfermedad, antecedentes de patología y comorbilidad con otras enfermedades; en consecuencia, la práctica de una atención integral constituye solamente una condición que contribuye a mejorar la calidad de vida de los usuarios.

1.3 Reconocimiento a equipos de trabajo

(1) La política instaurada por el Ministerio de Salud (MINSAL) a partir del año 2015, que permite el reconocimiento interno a las mejores prácticas, con la intencionalidad de fortalecer la calidad e iniciativas de proyectos de mejora en las instituciones de salud. Este tipo de iniciativas constituye un fundamento para que las instituciones hospitalarias presenten experiencias exitosas para que puedan ser generalizada en otros establecimientos. El hospital de Santa Rosa de Lima, ha aprovechado este tipo de reconocimientos para capacitar a miembros del equipo en herramienta de la calidad y ciclos de mejora continua.

(2) A iniciativa de la dirección hospitalaria, al evaluar los resultados positivos que se han obtenido luego de la implementación del proyecto se ha entregado a cada miembro del equipo gestor diplomas de reconocimiento por el esfuerzo y desempeño en la ejecución de las diferentes fases del proyecto (entregado el 24 de octubre 2020 en la celebración del día del hospital). Si bien es cierto, que no existe una política que sustente el reconocimiento constante para los equipos de mejora, pero la dirección hace esfuerzos por mantener la motivación y compromiso del equipo gestor a través de reforzadores que se efectivizan en ocasiones de celebraciones importantes de la institución y en reuniones de Consejo Estratégico de Gestión y con jefes de departamento.

CRITERIO 2. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA

2.1 Identificación y selección de la oportunidad de mejora

(1) La identificación de la mejor práctica surge del análisis realizado con los jefes de departamento del hospital, utilizando la técnica de lluvia de ideas, como herramienta que sirvió para conocer la gama de los principales problemas que afectaban en su momento a la institución (Ver acta de reunión de 10 de diciembre del año de 2019). Fue necesario que un miembro del equipo conocedor de la técnica explicara el procedimiento para obtener los resultados que se esperaban de la aplicación de la técnica y se designó a otro miembro del equipo de calidad responsable de en-listar los problemas identificados, estableciendo al final aquellos que se consideraron críticos y que necesitaban intervenir, entre los cuales se pueden enlistar en la tabla 1.

Tabla 1. Principales problemas identificados con la técnica de lluvia de ideas.

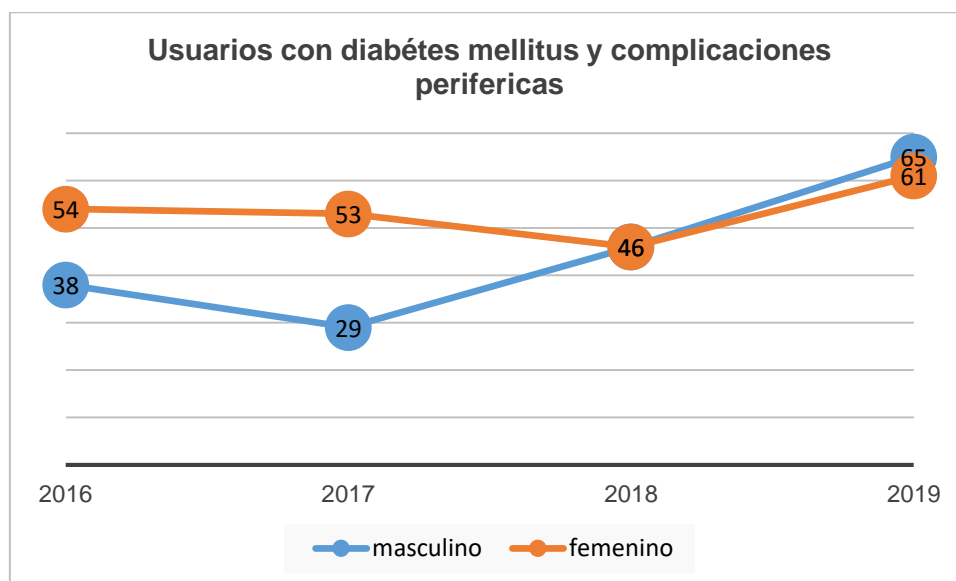
Problemas	
<ul style="list-style-type: none">• Estancia prolongada de los usuarios en hospitalización• Reingresos de usuarios frecuente con más complicaciones• Limitada educación en salud a los usuarios luego del alta	<ul style="list-style-type: none">• Dilatado tiempo para realizar procedimiento en usuarios con pie diabético.• Alto costo económico para la institución, usuarios y familiares en la recuperación de la patología con diabetes.

<ul style="list-style-type: none"> • Limitado apoyo de los familiares en la recuperación de los usuarios hospitalizados • Alta incidencia de casos de diabetes y pie diabético • Poca adherencia al tratamiento por parte de los usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Débil coordinación entre el segundo y primer nivel de atención para el seguimiento de los usuarios. • Limitada aplicación de instrumentos técnicos jurídicos para el manejo de usuarios con ECNT. • Deficiente proceso en la ruta de atención para el manejo del usuario con pie diabético
--	--

Fuente: Identificación de problemas en reunión del equipo de calidad, 10 de diciembre de 2019.

Una vez determinado los problemas, fue necesario continuar con el análisis de información del SIMMOW, para valorar la magnitud del problema, se tomó como parámetro los últimos cuatro años. El resultado de este análisis se observa en el gráfico 1.

Gráfico 1. Egresos hospitalarios con diabetes mellitus con complicaciones periférica



Fuente: Elaboración propia con datos del SIMMOW.

En el gráfico se observa la tendencia ascendente del número de egreso por la patología de pie diabético y es una enfermedad que está afectando de igual manera a mujeres y hombre porque en los dos últimos años la situación es pareja.

(2) Para la priorización del problema se tomó a bien utilizar la herramienta de la matriz de Hanlon, la cual sirvió de base para determinar el orden de importancia de cada uno de los problemas identificados. Entre los parámetros utilizados para determinar la priorización del problema se describen en la tabla 2.

Tabla2. Parámetros utilizados en la priorización del problema.

Parámetro	Descripción
Magnitud del problema	Se refiere a la cantidad de personas afectadas por el problemas, en este caso, Número de personas afectadas por la patología del pie diabético
Severidad del problema	Este elemento comprende la gravedad del problema, que esta puede ser considerada para el caso del proyecto de mejora; la primera, el sufrimiento y el dolor que implica para la persona que sufre de una patología del pie diabético, la recuperación es un proceso lento, genera incapacidad para realizar las actividades laborales y por último el coste económico para la institución que atiende este tipo de patología
Efectividad de la solución	En este parámetro se toma en cuenta si se cuenta con la capacidad institucional para poder brindar un aporte a la solución del problema
Factibilidad de la intervención	Este parámetro no está relacionado directamente con la efectividad, pero determina si la práctica de mejora puede ser implementada, para ello retoma una serie de factores como: P= pertinencia, E= económico, R= recursos, L= legalidad, A= accesibilidad

Para la asignación de los puntajes en cada uno de los componentes se tomó en cuenta el valor mínimo y máximo que cada componente tiene y para obtener el puntaje total de los problemas a priorizar se utilizó la siguiente formula: Formula aplicada: $A+B \times C \times D$. A= magnitud, B= severidad C= efectividad, D= factibilidad.

Tabla 3. Matriz de priorización de problemas.

Problema	Magnitud	Severidad	Efectividad	Factibilidad					
				P	E	R	L	A	Total
Estancia prolongada de los usuarios	4	7	1	1	1	0	1	1	8.8
Limitado apoyo de los familiares en la recuperación de los usuarios	7	5	0.5	1	0	1	0	1	3.6
Alto costo para la institución para la recuperación de los usuarios con diabetes	3	8	1	1	1	1	1	0	8.8
Limitada aplicación de instrumentos técnicos jurídicos para el manejo de usuarios con diabetes	8	5	0.5	1	0	0	1	1	3.9
Deficientes procesos en la ruta de atención para el manejo del pie diabético	9	10	1.5	1	1	1	1	1	28.5

Fuente: Elaboración propia, análisis realizado por el equipo de mejora en reunión celebrada el 14 de enero del 2020.

(3) Para el análisis de la causa raíz fue necesario utilizar la herramienta del árbol del problema, que permitió identificar las macros causa y micro causas del problema, así mismo los efectos que el problema generaba tanto para los usuarios como para la institución (ver anexo 2.) El problema seleccionado a intervenir estaba relacionado con la deficiente atención a los usuarios con la patología del pie diabético, a pesar que es una de las complicaciones más frecuentes de quienes padecen diabetes mellitus. Entre estas limitantes se pueden mencionar: demora en la realización de los procedimientos en la infección de ulceraciones (entre 8 a 24 horas), dificultades de comunicación entre profesionales médicos responsables de la atención del usuario (interistas y cirujanos), no se hacía uso de los servicios de apoyo (nutricionista y psicólogo) y la falta de seguimiento de los usuarios después del egreso hospitalario. Estas limitantes, contribuía a que los usuarios permanecieran por periodos de tiempo prolongados en el hospital, para lograr cicatrizar las úlceras en el mejor de los casos, reinfecciones en las úlceras por lo que ameritaban nuevos ingresos hospitalario y otras veces, terminaba en amputaciones de miembros inferiores. Este tipo de problemas, generaba insatisfacción en los usuarios, porque les limitaba el poder incorporarse a la cotidianidad de su hogar, costos económicos de bolsillo para los familiares para trasladarse a visitarle al hospital, o el pago de algún examen complementario, como Doppler arterial y para el hospital también significaba altos costos económicos por la cantidad de días estancias (11 días promedio).

La realidad identificada a transformar con la mejor práctica se consideró los siguientes impactos:

Impacto en los Usuarios:

- Contribuir a la calidad de vida a través de la pronta recuperación
- Reducción de los tiempos desde que consulta en la emergencia hasta la realización de los procedimientos si lo amerita
- Evitar las re-ulceraciones y amputaciones de miembros inferiores.

Impacto para las familias.

- Les permitirá tener a sus familiares en menor tiempo en sus casas,
- Disminución de los costos económicos en trasladarse a visitar al usuario cuando se encuentra ingresado.
- Reunificación familiar y fortalecimiento del vínculo familiar

Impacto para el Hospital:

- La reducción de los días estancias hospitalaria de los usuarios con patología de pie diabético
- Disminución de los costos económicos
- Fomento de la sinergia e integración del equipo interdisciplinar

- Fortalecimiento de las competencias técnicas del personal médico y de enfermería.

Para otra parte interesada:

- Le permite al servicio de cirugía mantener camas desocupada por la recuperación pronta de los usuarios,
- Disminución de las referencias de usuarios complicados al Hospital Regional San Juan de Dios de San Miguel.

2.2. Recolección y análisis de la información

(1) Para la recolección de la información en la identificación del problema, se utilizó la herramienta metodológica de la lluvia de idea y para el análisis de las causas que generaba el problema se requirió de la herramienta del árbol del problema; también se recurrió al sistema de información del SIMMOW, en el cual se tenía registrado el número de usuarios con este tipo de problemas.

(2) El disponer de información confiable es uno de los requisitos de todo proyecto de calidad. En este sentido, para efecto de la mejor práctica, fue preciso tener en cuenta, fuentes primarias de información que sustentaran los datos para el análisis y la intervención. Se seleccionó el expediente clínico, porque es el documento legal donde se registra el historial y los cuidados del usuario tratado. Del expediente clínico se obtuvo los datos para determinar si el usuario estaba siendo atendido por las diferentes disciplinas, el tiempo de espera entre que se indicaba un procedimiento y la realización del mismo; para ello, fue necesario construir una matriz en donde se colocaba los datos antes mencionados (ver anexo). En estas fuentes se puede obtener información actualizada y que refleja la confiabilidad de los datos extraídos. Para determinar el tamaño la muestra de los expedientes clínicos y que está estuviera acorde con parámetros estadísticos, fue necesario aplicar la formula estadística de selección de muestra para poblaciones finitas, con la intencionalidad de darle validez científica al procedimiento y robustez a la muestra obtenida.

Entre las principales herramientas de recolección de información utilizada para la mejor práctica se pueden mencionar: Libro de registro de procedimiento realizado en la Unidad de pie diabético, donde se registra el procedimiento y los datos sociodemográficos. Hoja de Estratificación de riesgo a padecer la patología del pie diabético y la escala San Eliam que mide la evolución de la úlcera, la matriz recolección de los tiempos de espera (ver anexo N), matriz de las intervenciones por diferentes disciplinas en el continuo de atención de los usuarios con pie diabético (ver anexo N) y la encuesta de satisfacción de usuarios, que se aplicaba durante las intervenciones de seguimiento.

(3) Es necesario mencionar que, para efectos de la mejor práctica a implantar se consideró a bien determinar tres brechas: acciones para la prevención de la patología del pie diabético, tiempo de demora entre indicación del procedimiento hasta la realización y el seguimiento a los usuarios post-egreso para la curación de las úlceras. La primera brecha, se cuantificó el número de usuarios-as diabetes mellitus que reciben consultas con medicina interna. Para la segunda brecha, se tomó en cuenta a usuarios con patología de pie diabético que habían estado hospitalizado en el año 2019, esta información constituye la línea de base o situación inicial. Así se tiene que, fueron un total de 120

usuarios con diagnóstico de egreso de diabetes mellitus con complicaciones periféricas según lo reportado en el SIMMOW. De este total de usuario se obtuvo una muestra de 91 usuarios a quienes se les reviso el expediente clínico para establecer la brecha existente. La tercera brecha que está referida al seguimiento de las curaciones de las úlceras en la UPD, se tomó datos del libro de procedimiento de pequeña cirugía. Para efectos de una mejor comprensión se describen las brechas entre la situación inicial y la deseada en la tabla 4.

Tabla 3. Brechas entre la situación inicial y la deseada

Variable	Situación inicial o línea de base año 2019	Brecha existente	Situación deseada año 2021
Acciones de prevención de la patología del pie diabético en usuarios con diabetes mellitus en la consulta externa	3,264 usuarios que asisten a sus controles en la consulta externa y que no tienen estratificación del riesgo a padecer la patología del pie diabético.	816 usuarios	Iniciar con el 25% de usuarios (816) a quienes se les haya estratificado el riesgo de padecer pie diabético e indicaciones de exámenes clínicos como hemoglobina glucosilada y micro albumina en orina
Tiempo de demora entre indicación del procedimiento hasta la realización	promedio de tiempo de demora fue de 5 horas con 45 minutos.	2 horas con 45 minutos	Promedio de tiempo de demora de 3 horas
Seguimiento a los usuarios post-egreso para curación de las úlceras	4 usuarios, que representa el 3.3% de un total de 120 usuarios con esta patología. significa que la brecha a reducir era del 96.7%.	116 usuarios que deberían estar en seguimiento que porcentaje equivale a 96.7%.	Contar con un porcentaje de seguimiento en la Unidad de pie diabético de los usuarios con post-egreso hospitalario del 80% (96 usuarios)

Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos del SIMMOW, expediente clínico y libro de registro de seguimiento.

CRITERIO 3. GESTIÓN DE LA INTERVENCIÓN, PROYECTO O PRÁCTICA IMPLEMENTADA

3.1. Planificación de las mejores prácticas

(1) En la misión y visión del Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, se considera que somos una institución responsable de brindar atención integral e integrada de salud, con eficacia, eficiencia y calidad; por tanto, este proyecto que está orientado a la mejora de los procesos de atención de los usuarios con patología de pie diabético; se enmarca en la filosofía institucional; ya que el abordaje de la enfermedad estuvo pensado hacerlo desde el enfoque de la integralidad, involucrando a las diferentes disciplinas, actuación con diligencia y eficacia en la realización de procedimientos de intervención en las úlceras del pie diabético, apegado a procesos establecidos. Todo este esfuerzo de la mejor práctica fue encaminado para contribuir a mejorar la calidad de vida de los usuarios que sufren los efectos de la discapacidad a consecuencia de la patología del pie diabético.

El objetivo general es mejorar de manera sustentable los procesos de atención de la patología del pie diabético mediante una intervención eficaz y oportuna en usuarios-as que asisten al Hospital Nacional Santa Rosa de Lima, en el periodo de diciembre del 2019- a septiembre del 2021

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Fomentar acciones de prevención de la patología del pie diabético en los usuarios-as con diabetes mellitus en el área de consulta externa especializada.
- Disminuir los tiempos de espera desde la llegada del usuario-a con pie diabético a la emergencia hasta la realización del procedimiento que corresponda según criterio médico.
- Disminuir las complicaciones de los usuarios-as con la patología de pie diabético mediante la realización de un abordaje integral, eficaz y continuo, evitando con ello la prolongación de los días estancias hospitalaria.
- Contribuir a la remisión de las úlceras del pie diabético en los usuarios-as post-egreso hospitalario mediante el seguimiento sistemático en la Unidad del pie diabético.

(2) Para la elaboración del plan de trabajo se tomó en cuenta los aportes de cada uno de los integrantes del equipo, para que fuera de conocimiento de todos y se asumiera el compromiso en la ejecución y monitoreo del mismo, el plan se presenta en la tabla 5.

Tabla 5. Plan de trabajo.

Fase	Actividad	Indicadores	Tiempo	Responsables
Preparación	Identificación del problema.	Número de problemas identificados.	Diciembre 2019	Dra. Patricia Medrano y Celestino Salvador
	Priorización del problema.	Problema priorizado según herramienta de Hanlon	Enero 2020	Equipo de mejora
	Análisis de las causas del problema	Causas y efectos identificado de la problemática del pie diabético	Enero 2020	Equipo de mejora
Planeación	Conformación del equipo de mejora	Equipo conformado	Diciembre 2019	Dr. Marcelino Humberto Mejía
	Elaboración del perfil del proyecto	Perfil elaborado	Enero de 2020	Dra. Medrano Dr. Arriaza Licda. Fuentes Lic. Salvador
	Presentación del proyecto al Director y al Consejo Estratégico de Gestión	Proyecto socializado	Marzo 2020	Lic. Salvador
	Elaboración de los procesos de atención.	Número de procesos elaborados	Mayo 2020	Dra. Medrano Dr. Arriaza Licda. Fuentes Lic. Salvador
Organización	Elaboración de planes de capacitación	Plan elaborado	Abril de 2020	Celestino Salvador
	Organización de grupos para asistir a la capacitación	Número de grupos organizados y convocados	Abril de 2020	Licda. Delmy Fuentes y Dr. Arriaza
	Escogitación y coordinación de facilitadores.	Número de facilitadores seleccionados	Abril 2020	Lic. Celestino Salvador
	Elaboración de solicitud de compra de insumos y equipo			Dra. Medrano Dr. Arriaza Licda. Fuentes
Ejecución	Capacitación del personal médico y de enfermería	Número de capacitaciones realizadas	Abril y mayo de 2020	Dra. Medrano Dr. Arriaza Licda. Fuentes Lic. Salvador

	Implementación de los procesos de atención en las áreas de emergencia, hospitalización y unidad de pie diabético.	Resultado de Indicadores de procesos implementados	Junio 2020	Dr. Arriaza y Licda. Fuentes
	Incorporación de usuarios post-egreso a seguimiento en Unidad de pie diabético	Número de usuarios en seguimiento para remisión de úlceras	Junio 2020 a septiembre de 2021	Dr. Arriaza y jefe de enfermera de hospitalización de cirugía
Evaluación y control	Evaluación de resultados de indicadores propuestos	Número de informes elaborado	Enero a diciembre del 2020 y de enero a agosto 2021	Equipo de mejora
	Aplicación de encuestas de satisfacción de usuario	Resultados de encuestas de satisfacción analizadas	diciembre del 2020 y de enero a agosto 2021	Equipo de mejora

(3) En relación al financiamiento del proyecto, no se disponía de un presupuesto asignado para su ejecución, pero debido a la diligencia y priorización de parte del Director, quien desde la misma asignación de fondos GOES y algunas economías salariales, se realizaron esfuerzos para contribuir a la mejor práctica, retomando del rubro de insumos médicos para la compra de los insumos y equipos que eran prioritarios para la implantación de la mejor práctica. Estos insumos se detallan a continuación.

Tabla 6. Presupuesto para la implantación de la mejor práctica

Rubro	Ítems	cantidad	Valor unitario	Total
Insumos y medicamento	Apósito de alginato de calcio 4"X 8"	150	\$ 3.60	\$ 540.00
	Apósito de hidocoloide extrafino 6"X6"	100	\$ 4.60	\$ 460.00
	Apósito de hidocoloide grueso 6"X6"	50	\$ 4.20	\$ 210.00
	Gel lubricante tubo de 113 g.	75	\$2.75	\$206.25
	Fusidato de sodio o asido fusidico 2% ungüento tópico, tubo 15 gramos	400	\$13.77	\$ 5,508.00
	Reactivo de hemoglobina glicosilada	1,200	\$ 1.75	\$ 2,100.00
	Reactivo de microalbúmina en orina	900	\$ 0.55	\$ 500.00

	Subtotal			\$ 9,524.25
Equipo e inmobiliario médico	Equipo para aire acondicionado mini Split, de 24,000 BTU	1	\$ 675.00	\$ 675.00
	Estante metálico de cinco entrepaños	1	\$505.00	\$505.00
	Banco giratorio de acero inoxidable	1	\$ 158.20	\$ 158.20
	Canapé para examen universal	1	\$200.00	\$200.00
	Carro de curaciones	1	\$ 420.00	\$ 420.00
	Gradilla de dos peldaños antideslizante	1	\$ 42.00	\$ 42.00
	Silla de rueda, tipo manual para traslado del paciente adulto	1	\$ 197.75	\$ 197.75
	Impresor de inyección de tinta a color	1	\$ 250.25	\$ 250.25
	Monitor led de (18.5"-19")	1	\$125.00	\$125.00
	UPS 750 VA	1	\$130.00	\$130.00
	Subtotal.			\$2,703.00
Capacitación	Alimentación (Refrigerio)	75	\$ 75.00	\$ 75.00*
Recursos humanos	Médico cirujano	288 (anuales)	\$17.027	\$ 4,903.77
	Enfermera	288 (anuales)	\$ 2.65	\$ 763.20
	Subtotal			\$5,666.97
COSTE TOTAL DEL PROYECTO				17,894.22

*El dinero para pago de refrigerio no es parte del presupuesto del hospital, fue una donación de un profesional de la medicina.

3.2 Implantación de la mejor práctica

¿Cómo se implementó las mejores prácticas?

(1) La estructura del proyecto está comprendida en cinco fases, las cuales tienen una continuidad secuencial y de transversalidad. Cada una de estas fases se describe a continuación.

Fase I: La de Preparación, los pasos o actividades principales se fundamentó en la conformación del equipo de mejora, el análisis de la información para la identificación de la situación problemática, la aplicación de las herramientas de calidad como lluvia de ideas, matriz de Hanlon y diagrama del árbol del problema. También en esta fase se trabajó la sensibilización con el personal de salud desde la dirección hospitalaria y luego con la formulación del proyecto

Fase II. La de Planificación, comprende la puesta en marcha de algunas actividades programadas, principalmente las relacionadas con la coordinación: elaboración del perfil del proyecto, selección de los facilitadores de la capacitación, programación del personal a capacitar, logística del tiempo y espacio físico. La elaboración de planes de capacitación por temáticas específicas: Nutrición en usuario con pie diabético, anatomía y abordaje de la patología del pie diabético, rehabilitación del usuario con pie diabético.

Fase III. La de Organización, comprende las actividades de gestión como la compra de insumos, la organización de los planes de capacitación, la selección de los facilitadores y la conformación de los grupos que asistieron a la capacitación.

Fase IV. La de ejecución, está fase estuvo determinada por la implementación de los talleres de capacitación, aplicación de los procesos de atención en las áreas de emergencia, hospitalización y Unidad de pie diabético y la incorporación de los usuarios post-egreso hospitalario en el seguimiento para las respectivas curaciones, implementar el apoyo de otras disciplinas complementarias en el abordaje del pie diabético y realizar acciones de prevención en usuarios con diabetes en la consulta externa

Fase V. La de evaluación y control, en esta fase se hace un monitoreo por el equipo gestor del proyecto, quienes cada mes realizan un monitoreo a los indicadores establecidos por cada uno de los objetivos planteados en el proyecto.

(2) Desde el inicio de la formulación del proyecto se identificaron otros actores importantes para asegurar la efectividad de la mejor práctica, entre los que se pueden describir en la tabla 7. Los mecanismos utilizados para el involucramiento estuvieron determinados desde la convocatoria oficial de la Dirección a las reuniones de preparación del proyecto y las de seguimiento del mismo.

Tabla 7. Participación Departamentos o Unidades involucradas en la mejor práctica.

Departamento o Unidad	Participación Directa	Participación indirecta	Aportes a la mejor práctica
Alimentación y Dietas (nutricionista)	X		Orientación y establecer plan de manejo nutricional para usuarios hospitalizados y de consulta externa
	X		Servir alimentos según prescripción clínica para usuarios hospitalizados con pie diabético
Departamento de cirugía	X		Evaluación inicial del usuario desde el triage, realización de procedimiento e ingreso si fuera necesario
Enfermería	X		Apoyo en los procesos de atención de hospitalización y seguimiento
Consulta externa (a través de medicina interna)	X		Realizar actividades de prevención mediante la estratificación del riesgo a padecer la patología de pie diabético

Salud Mental	X		Evaluación y tratamiento de la salud mental de los usuarios con patología de pie diabético hospitalizados y en seguimiento
Fisioterapia	X		Rehabilitación del usuario luego de la cicatrización de las úlceras
ESDOMED		X	Búsqueda de expedientes clínicos para recolección de información
UACI E UFI		X	Autorización y compra de insumos y equipos médicos para realización de procedimientos a los usuarios con pie diabético.
Laboratorio Clínico	X		Realización de química sanguínea y los urocultivos para determinar el tipo de antibiótico a utilizar

(3) En la siguiente tabla se describen las principales dificultades identificadas y las acciones realizadas para superarlas con la intencionalidad de avanzar en la implementación de la mejor práctica.

Tabla 8. Principales dificultades y acciones realizadas para superarlas.

Dificultades identificadas	Acciones realizadas para superar las dificultades
Dificultad para concretar reuniones de trabajo por las funciones propias y otras asignadas al equipo gestor	Programación de jornadas en tiempo extra para asegurar la participación de la mayoría de miembros del equipo
El retraso en la construcción de infraestructura para el funcionamiento de la Unidad de Pie diabético	Ocupación de un espacio físico en el área de emergencia destinado a pequeña cirugía, pero con la mejor práctica se destinó un horario exclusivo para curaciones de úlceras de pie diabético (10:00 am a 1:00 pm), los días lunes miércoles y jueves.
Inasistencia de personal médico generales y especialistas a las capacitaciones programadas	Reprogramación de capacitación en fines de semana (sábados).
Limitado uso de herramienta de valoración de la úlcera del pie diabético según la escala San Elián	Sensibilización del responsable de la Unidad de pie diabético sobre la importancia del uso de la escala San Elián para una evaluación integral.
Falta de insumos médicos y reactivos para la realización de procedimientos	Se gestionó la compra de insumos, medicamentos y reactivos para utilizar en los procedimientos del pie diabético.

3.3. Control y seguimiento

(1) El control de la mejor práctica se realizó a través del monitoreo, el cual tenía dos momentos el primero que se realiza mediante reuniones del equipo gestor para valorar los avances de la mejor práctica, esta contemplaba el seguimiento a los procesos de capacitación, la utilización de papelería construida para fines del proyecto como: Escala de estratificación del riesgo a padecer patología del pie diabético, Escala San Elián en la evaluación inicial en la emergencia y la evolución de la úlcera en el seguimiento del usuario post-egreso. El otro momento del control, estaba relacionado con la evaluación de la cadena de resultados a través de indicadores de insumo, procesos, productos, efectos e impactos. Estos indicadores eran evaluados cada mes, para ello, fue necesario revisar los expedientes clínicos de los usuarios; mediante el análisis de los resultados se identificaban algunas limitantes en el cumplimiento de indicadores que era necesario buscar nuevas estrategias para lograr las metas propuestas.

En la tabla 9 se presentan los indicadores que sirvieron de insumo para el seguimiento y control del proyecto.

Tabla 9. Cadena de resultados según indicadores del proyecto.

Tipo	Indicador
Insumo	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de usuarios post-egreso hospitalario derivados a la Unidad de pie diabético. • Porcentaje de insumos y medicamentos adquiridos para el tratamiento de la patología del pie diabético
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Duración del periodo desde la aprobación del proyecto hasta su iniciación
Producto	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto promedio en servicios de salud por usuario egresado • Porcentaje de profesionales que han recibido los talleres de capacitación en manejo de la patología del pie diabético • Porcentaje de usuarios que tienen una evaluación de estratificación del riesgo a padecer la patología del pie diabético • Número de usuarios con determinación de la hemoglobina glucosilada al año • Porcentaje de usuarios que cuentan con una evaluación integral por las disciplinas disponibles en el hospital • Porcentaje de usuarios que terminan su programa de tratamiento en la Unidad de Pie diabético
Efecto	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de usuarios atendidos con patología de pie diabético que perciben mejorías en su condición de salud durante y después de su egreso hospitalario • Disminución en el promedio de horas de espera entre indicado el procedimiento que corresponda y su realización por el médico tratante • Disminución del promedio de días estancia hospitalaria en los usuarios con la patología del pie diabético • Porcentaje de reducción de costo económico por usuario egresado

	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del gasto económico de bolsillo para los familiares de los usuarios hospitalizados • Porcentaje de usuarios con patología del pie diabético que se encuentran satisfecho con la atención recibida
Impacto	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de usuarios con patología del pie diabético que perciben mejorías en sus condiciones de vida después de dado de alta. • Porcentaje de usuarios que luego de haberse dado de alta se encuentra realizando actividades cotidianas

(2) Para la medición de la mejor práctica se construyeron una serie de indicadores catalogados en la cadena de resultados como: Indicadores de insumo, procesos, productos, efectos e impactos a los cuales se le asignaron porcentajes de cumplimiento de acuerdo a la capacidad instalada de la institución y las posibilidades de resolución de los recursos involucrados en el proyecto. Los periodos de evaluación fueron cada mes, lo cual permitía tomar acciones puntuales de readaptación y toma de decisiones del equipo gestor de la mejor práctica.

(3) Entre algunas desviaciones encontradas se pueden encontrar en la siguiente tabla 10.

Tabla 10. Desviaciones encontradas y sus respectivas soluciones

Desviaciones	Medidas de solución
Resistencia del personal médico para apegarse a los procesos de atención establecidos	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión con jefe de residentes, jefe de cirugía y jefe de servicios de apoyo. • Impresión de los procesos de atención y colocación en cada una de las áreas (emergencia y hospitalización)
Limitada cobertura en la aplicación de la escala de estratificación de riesgo a padecer pie diabético	Se gestionó con el Director el apoyo para que involucrara a otros médicos cirujanos aplicar la hoja de estratificación de riesgo.
Sobredemanda de usuarios en seguimiento clínico en la UPD	Se gestionó para que el médico responsable de la UPD dispusiera de más días para realizar los seguimientos clínicos.

(4) El mecanismo utilizado para la evaluación de los resultados fue la revisión de las escalas de estratificación de riesgo utilizada en la consulta externa, teniendo en cuenta que, no era posible aplicarle esta escala a la totalidad de usuarios con diabetes mellitus por la sobredemanda que tiene el medico de medicina interna y porque también se encuentra en un momento de utilización del expediente clínico electrónico. En este sentido, se decidió solo tomar el 25% de la

población usuaria que corresponde a 816 usuarios. En relación a la demora del tiempo que transcurre entre que se prescribe el procedimiento hasta su realización, se revisó el expediente clínico, obteniendo en la línea de base un promedio de tiempo de 5 horas con 45 minutos, identificándose una brecha de 2 horas con 45 minutos, considerándose que se tiene proyectado llegar a un promedio de tiempo de 3 horas. Con la implementación de la mejor práctica se ha logrado reducir el promedio de tiempo de demora a 3 horas con 15 minutos en la última evaluación del año 2021. Significa que, todavía se tiene una brecha de 15 minutos que es importante reducir. En el seguimiento de los usuarios post-egreso con patología de pie diabético, con la implementación de la mejor práctica se ha logrado reducir la brecha de manera significativa; del 3% que se tenía para el año 2019, en la última evaluación realizada en agosto de 2021, se tiene un porcentaje de cumplimiento de 100%; implica que, la brecha se ha logrado cerrar porque todo usuario post-egreso hospitalario ha tenido un seguimiento en UPD.

CRITERIO 4. GESTIÓN DEL EQUIPO DE MEJORA

4.1 Integración del equipo de mejora

(1) La conformación del equipo de mejora se realizó de acuerdo a los criterios de selección establecidos previamente en reunión del Director con jefe de UOC y jefe de cirugía. Se buscaba que los integrantes del equipo, fueran personas que estuvieran relacionadas con la atención de los usuarios beneficiarios con el proyecto, pero que, además, cumplieran con algunos criterios específicos que son fundamental para el éxito de una intervención, entre las características que más sobresalen se encuentran.

- Conocimiento previo en el manejo del pie diabético
- Dominio en el uso de herramienta de calidad
- Experiencia para el trabajo en equipo
- Actitud y compromiso por la mejora continua de la atención del usuario
- Comunicación efectiva con las diferentes disciplinas que son parte importante en la mejor práctica.

Para lograr la efectividad en el desempeño, la Dirección hospitalaria generó sensibilización y motivación para que los miembros del equipo pudieran estar comprometidos con la mejor práctica, cada vez que se presentaba el proyecto ante diferentes recursos de la institución en procesos de capacitación, Consejo Estratégico, Jefes de departamento y Asamblea General de empleados, se identificaba el compromiso del equipo y visualizaba algunos elementos que se estaba pendiente de cumplir o de reajustar. Otro recurso útil para asegurar el desempeño de los miembros, fue el plan de trabajo, el cual se revisaba en reuniones del equipo y en estas se tomaban nuevos compromisos para avanzar en la implementación de la mejor práctica.

Mediante la integración del equipo gestor del proyecto, se habían identificado habilidades interpersonales positivas para el trabajo en equipo, que era necesario potencializarla en beneficio de la mejora en los procesos de

atención de los usuarios con la patología del pie diabético. Para ello se involucró a los miembros del equipo desde la planificación y ejecución de los procesos de capacitación y que también fueran parte de las asesorías virtuales para la construcción del informe de postulación.

4.2 Desarrollo del equipo de mejora

(1) El dominio de habilidades y competencia son básicos en todo proyecto de mejora, en este caso, por ser una intervención que requería de una atención especializada, se identificó las competencias de médico cirujano capacitado en el exterior, y que estaba en la disposición de apoyar con la mejor práctica. Por otro lado, se tomó en cuenta las experiencia y competencias de otros profesionales que tenían dominio en la aplicación de herramientas de metodología de proyecto. A continuación, se presenta algunos elementos que fueron importante para su elaboración e implementación el dominio de los profesionales integrantes del equipo de mejora.

- Diseño e implementación del protocolo de actuación de la Unidad del pie diabético menciona la formulación y ejecución de proyecto.
- Diseño e implementación de los procesos de atención en las áreas de emergencia, Unidad del pie diabético y hospitalización.
- Diseño e implementación del programa de capacitación para personal multidisciplinario, enfermeras, medico, nutricionista, fisioterapeuta, y psicólogo.

Para solventar las limitantes encontradas, el equipo gestor programó y desarrolló actividades de capacitación entre las cuales se pueden mencionar: uso de herramientas de calidad, ciclo de mejora continua de la calidad, epidemiología del pie diabético, nutrición para el usuario con pie diabético, rehabilitación del pie diabético y sensibilización para un trato humanizado en la atención de estos usuarios.

(2) La efectividad del equipo en el desarrollo de la mejor práctica, estuvo determinada en la realización de las reuniones de seguimiento, en las cuales estaban presente solo el equipo gestor del proyecto, con una agenda definida, cumplimiento de compromisos anteriores, avances o retrasos en el logro de indicadores y de las actividades contempladas en el plan de trabajo. En otras ocasiones, se realizaba reuniones con el Director, para el análisis de los principales hallazgos y solicitando apoyo para solventar las limitantes identificadas. Significa que el control y seguimiento involucra a diferentes unidades. La Unidad de emergencia y Departamento de Cirugía que es responsable del cumplimiento de los procesos de atención definidos previamente, Jefatura de consulta externa y servicio de apoyo responsable de evaluar los indicadores de prevención, la Unidad del pie diabético, el cumplimiento de los procesos de atención inmediata en la emergencia y de seguimiento de los usuarios post-egreso y la Unidad Organizativa de la Calidad quien realiza las encuestas de satisfacción del usuario.

CRITERIO 5. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN DE LAS MEJORES PRÁCTICAS

5.1. Gestión del conocimiento en la mejor práctica

(1) La generación de aprendizaje es un elemento clave en todo proyecto de intervención, pues permite aprender de la experiencia y compartirla con otros para que esta sea utilizada o inclusive mejorada. En este sentido con la implantación de la mejor práctica, se realizaron las siguientes iniciativas.

- Socialización de los procesos de atención de la patología del pie diabético, desde la entrada al hospital hasta su seguimiento post-ingreso.
- Realización de actividades de capacitación con profesional especialista en elaboración de insumos para la rehabilitación del pie diabético (Lic. Ortesis y prótesis)
- Compartir los resultados de la mejor práctica con el Consejo Estratégico de Gestión
- Divulgación de la mejor práctica con personal médico, técnicos y personal administrativo en Asamblea General de empleados.

(2) Después de la implementación de la mejor práctica se puede considerar como elementos de innovación los siguientes: la implementación de procesos de prevención y atención de la patología del pie diabético de acuerdo a estándares internacionales y la capacidad instalada en la organización hospitalaria. Se ha diseñado e implementado un protocolo de actuación de la UPD y la implementación del seguimiento sistemático del usuario post-ingreso hospitalario atendido por médico cirujano.

5.2. Gestión de la innovación en las mejores prácticas

(1) La innovación de la mejor práctica, tomo en cuenta como elementos prioritarios, el apego a los procesos de atención diseñado para el abordaje de la patología del pie diabético, ya que permitía la disminución de los tiempos de espera desde que ingresaba, hasta que se le realizaba un procedimiento en el miembro afectado. El cambio de ser hospitalizado en cirugía y no en medicina interna, facilitaba la agilidad con que se realizaban los procesos, pues se le daba prioridad a la infección tisular del pie. Estos cambios en el manejo hospitalario estuvieron pensados en lograr la recuperación inmediata, que se traducía en beneficio para el usuario, pues le permitía la disminución del dolor, menos días de estancia hospitalario y la reincorporación al núcleo familiar.

Un mecanismo que permite la gestión del conocimiento es compartir las experiencias exitosas, respaldadas en resultados medibles; permitiendo demostrar que, mediante este tipo de mejores prácticas, se logró descongestionar los servicios de hospitalización de Medicina Interna y cirugía, donde anteriormente pasaban los usuarios con este tipo de patologías por largos periodos de tiempo (entre 11 a 12 días promedio), mantener una relación continua con el usuario y sus familiares en el seguimiento post-egreso hospitalario.

El desempeño de la institución ha mejorado considerablemente en el sentido que, la estrategia ha demostrado ser efectiva en termino de reducción del tiempo de espera desde que ingresa el usuario al hospital hasta que se le realiza el procedimiento necesario, disminución de los días estancia hospitalaria, recuperación inmediata y con ello mejora en la calidad de vida. Puede considerarse que en las dimensiones de calidad se ha logrado impactar la reducción del gasto de bolsillo de los familiares que realizaba visitas frecuentes al usuario para el cuidado intrahospitalario, asegurar el continuo de atención de las ulceraciones mediante los seguimientos post-egreso hospitalario y para el hospital ha permitido hacer uso racional de los insumos y medicamentos para este tipo de patología. Entre algunos de los valores agregados que generó la mejor práctica se pueden mencionar: La reincorporación a su dinámica familiar, pudiendo estar al frente de algunas actividades como cuidado de hijos y observar la realización de actividades domésticas e incluso algunos que participan en actividades comerciales. También se logró fortalecer la comunicación entre las diferentes disciplinas para el manejo de este tipo de patología.

CRITERIO 6. RESULTADOS DE LAS MEJORES PRÁCTICAS

6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional

(1) En el proyecto de mejora fueron identificadas tres brechas, cada una de acuerdo a los objetivos planteados; considerando que, las fuentes de información para definir la reducción de las brechas fueron diferentes: hoja de evaluación de la estratificación del riesgo a padecer la patología del pie diabético, expediente clínico y el libro de seguimiento de los usuarios post-egreso. En la siguiente tabla se describen los datos obtenidos.

Tabla 11. Reducción de brecha en acciones de prevención de la patología del pie diabético.

Año	Población en control por diabetes mellitus en consulta externa	Usuarios proyectados a evaluar	Usuarios evaluados	Usuarios no evaluados de acuerdo a lo proyectado	Brecha
2020	3,264	0	0		
2021	2,544 (100%)	636 (25%)	356	280	(44.3%)
	Nota. Es necesario mencionar, que la evaluación incluye hasta agosto, se tiene proyectado que al finalizar el año se evalúen otros 212 usuarios lo que permitirá reducir aún más la brecha identificada.				

Fuente: Hoja de estratificación del riesgo y detección del pie diabético.

Según lo plasmado en la tabla se tiene que, en el año 2021, que se inició con la implementación de la mejor practica se ha logrado un porcentaje mayor del 53% de lo proyectado, quedando una brecha del 44.3% para cumplir con el 100%; implica que, se ha avanzado en alguna medida, pero no lo suficiente para lograr la meta programada; es de manifestar que al cerrar el año se espera disminuir con mayor efectividad la brecha observada en la última medición (agosto 2021).

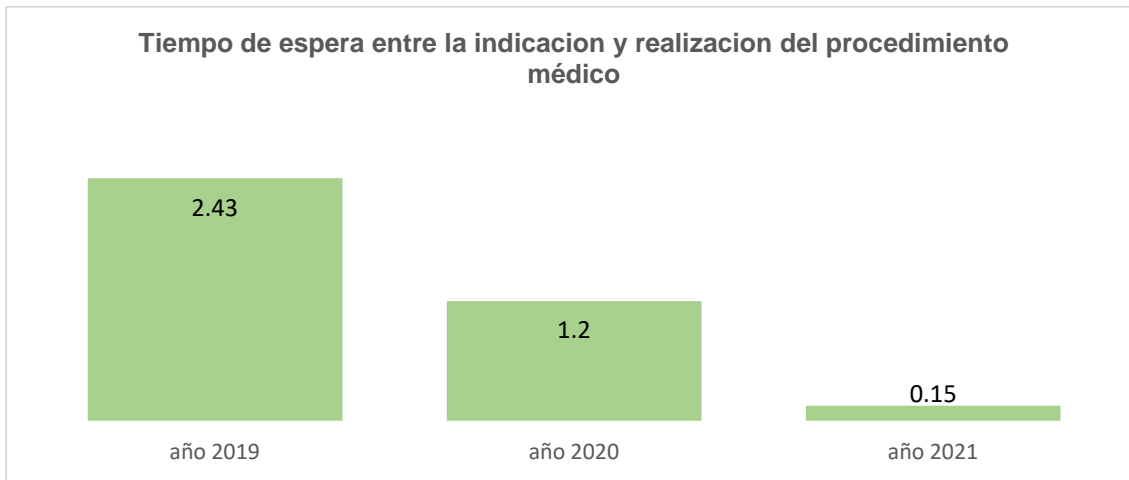
La otra brecha identificada con el proyecto era la demora en el tiempo de espera desde que llegaba a la emergencia, indicación de procedimientos y la realización del mismo. Esta reducción se presenta en la tabla 12.

Tabla 12. Disminución de tiempos de espera para la realización de los procedimientos médicos o quirúrgicos

Año	Promedio de tiempo de espera	Brecha
2019	5 horas con 45 minutos	2 horas con 45 minutos
2020	4 horas con 20 minutos	1 hora con 20 minutos
2021	3 horas con 15 minutos	0.15 minutos

Fuente: Expediente clínico y matriz de evaluación de los tiempos de espera.

Gráfico 2. Reducción de la brecha de tiempo de demora entre la indicación y realización de procedimiento médico



Fuente: elaboración propia según datos de la matriz de evaluación de los tiempos de espera

Tal y como se observa en la tabla 12 y gráfico 2, la disminución de los tiempos de espera o de demora entre la indicación y realización de los procedimientos médicos quirúrgico según amerita cada caso, se observa que, en el año 2019 cuando se realizó la evaluación de línea de base se obtuvo un promedio de tiempo de 5 horas con 45 minutos, que corresponde a una brecha de 2 horas con 43 minutos y con la implementación de la mejor práctica se ha logrado llegar a un promedio de tiempo para el año 2021 de 3 horas con 15 minutos. Es importante que para efecto de la mejor práctica se ha considerado como meta, contar con un tiempo promedio de espera de 3 horas, significa que todavía en la última evaluación se tiene una brecha mínima de 15 minutos de demora que es necesario continuar esforzándose por reducir en futuras mediciones.

En la tercera brecha identificada, en relación a los usuarios que se encontraban en seguimiento en la Unidad de pie diabético se presenta en la tabla 13.

Tabla 13. Número de usuarios en seguimiento post-egreso hospitalario

Año	Usuarios en seguimiento post-egreso hospitalario		Usuarios que no han asistido al seguimiento post-egreso hospitalario	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
2019	4	3.3%	116	96.7%
2020	88	68.2%	41	31.8%
2021	74	100%	0	0

Nota. Es de hacer notar que la evaluación corresponde hasta el mes de agosto

Fuente: Libro de seguimientos de usuarios post-egreso hospitalario en Unidad de pie diabético.

Se puede identificar en la tabla una reducción en la brecha identificada en la línea de base con respecto a la última evaluación en el mes de agosto. En la línea de base para el año 2019 sólo se tenía un 3.3% de usuarios en seguimiento post-egreso hospitalario, significa que solo se brindaba la atención mientras se encontraba hospitalizado el usuario y luego del alta, la indicación era que realizara el seguimiento en las UCSF más cercana según recomendación médica. Con la implantación de la mejor práctica se tiene mayor número de usuarios en seguimiento para el año 2021, la brecha identificada es de 36.3% la cual se puede reducir aún más al finalizar el año. Otro dato relevante es que de los seguimientos la mayoría de usuarios han asistido entre cuatro a siete curaciones que se han realizado en la UPD en la tabla 14 se presentan el promedio de veces que los usuarios han asistido.

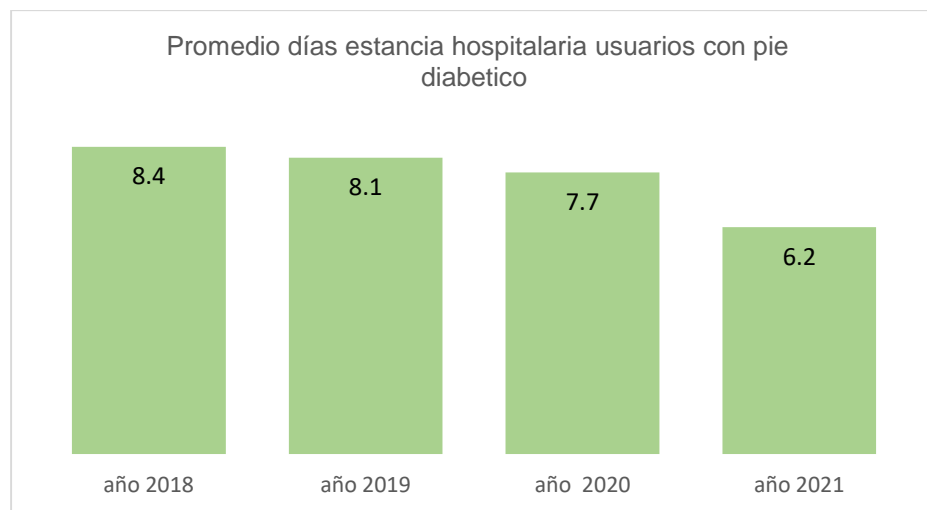
Tabla 14. Número de veces que han asistido a seguimientos clínicos año 2021

Rango de asistencia	Número de usuarios	Porcentaje
10 a 13 veces	9	12.2
7 a 10 veces	5	6.8
4 a 7 veces	23	31
1 a 4 veces	37	50

Fuente: elaboración propia según libro de registro de seguimiento.

Es necesario enfatizar que el número de asistencia depende de varios factores, uno está relacionado con la condición o gravedad de la patología, otro depende de los mecanismos de cicatrización de cada usuario y otra depende de las condiciones económicas, que algunos usuarios residen en zonas geográficas de difícil accesibilidad y que no disponen de un medio de transporte y por la complicación de movilización de su pie prefieren no asistir. En resumen, el porcentaje de adherencia y asistencia a los seguimientos posteriores post-egreso hospitalario es bastante aceptable.

Gráfico 3. Disminución del promedio días de estancia hospitalaria



Fuente: SIMMOW

Es importante señalar que para efectos de la mejor intervención se toma en cuenta la comparación en los últimos tres años, el 2019 como línea de base; en el gráfico se observa una disminución significativa en el promedio de días estancias para el año 2021. En la siguiente tabla se muestran los datos que hacen alusión al número de egreso y el total de días estancias hospitalaria.

Tabla 15. Egresos hospitalarios y su relación con los días estancia hospitalaria

año	Total de egreso	Total de días estancias	Diferencia
2019 (completo)	120	972	
2020 (Completo)	129	993	-21
2020 (Enero-agosto)	89	685.3	
2021(Enero-agosto)	74	458.8	226.5

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a datos del SIMMOW

En relación a los días estancias hospitalaria se observa un leve aumento en comparación del año 2019 y 2020, pero se explica que en el año 2020 fueron mayor número de egreso, pero en promedio de los días estancias hay una disminución significativa; sin embargo, para el año 2021 la reducción de días estancia es muy importante porque son alrededor de 226 días menos. Si se hace un análisis agrupado de los dos años con la intervención comparado con el año 2019, son 205 días menos de estancia hospitalaria; este dato es relevante si se tiene en cuenta el costo económico por día para cada usuario con problema de patología de pie diabético es de \$112:00 a \$130.00.

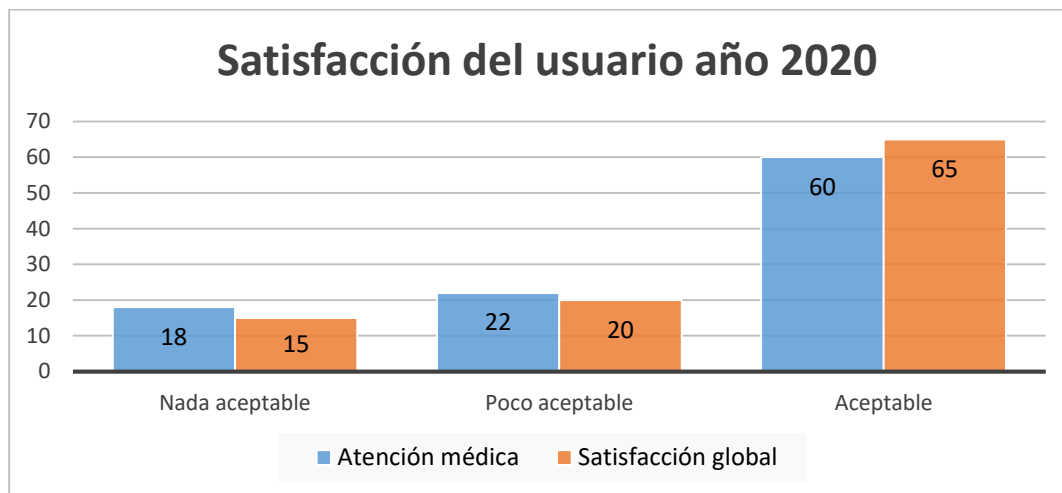
6.2 Resultado en orientación al ciudadano

(1) Entre algunos de los resultados identificados se pueden destacar

- Agilización de los procesos de intervención en la ulceración del pie, un promedio de tiempo de 3 horas desde la indicación hasta su realización
- Reducción de los días estancias hospitalaria para los usuarios (en promedio 6.2 días)
- Seguimiento de los usuarios post-egreso hospitalario en la UPD para las curaciones, reevaluaciones por médico especialista (cirujano)
- Cicatrización en menor tiempo de las ulceraciones del pie diabético
- Mejora de la satisfacción del usuario (85%)

(2) En relación a los resultados dirigidos al ciudadano se han realizado aproximaciones para conocer los niveles de satisfacción mediante una encuesta de tipo escala de Likert, en la cual se tienen tres valoraciones 1 nada aceptable, 2 poco aceptable y 3 aceptable; mediante este instrumento se estaba explorando sobre cuatro aspectos importante, satisfacción con la atención médica, tiempo de espera, autonomía en la toma de decisiones y la satisfacción global con la UPD. Para efectos de la muestra utilizada fueron 35 encuesta en dos evaluaciones realizadas en el año 2020 sin intervención y el año 2021 con intervención; los resultados de satisfacción se muestran los gráficos 4 y 5.

Gráfico 4. Resultado de satisfacción del usuario de la UPD, sin intervención año 2020.

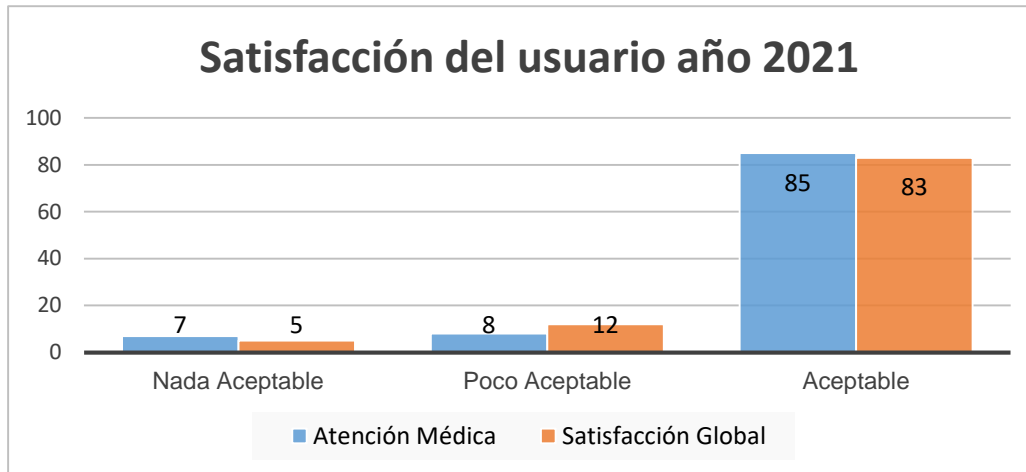


Fuente: Resultado de encuesta de satisfacción al usuario año 2020

En este gráfico se observa que, la atención médica y la satisfacción global de toda la UDP es aceptable porque sobrepasa el 60% de los usuarios que expresaron que se sentían satisfechos; sin embargo, existe un pequeño porcentaje que no lo consideran aceptable este proceso de atención. Para el año 2021, la percepción de la satisfacción de los usuarios ha mejorado, llegando al 85%; significa que este resultado es positivo en términos de satisfacción, pero todavía queda un reto por seguir mejorando para lograr un nivel de satisfacción mayor.

Los resultados de satisfacción después de la intervención se muestran en el gráfico 5.

Gráfico 5. Resultado de satisfacción del usuario de la UPD, con intervención.



Fuente: Resultado de encuesta de satisfacción al usuario año 2021

(3) El impacto a los usuarios más sentido, es la pronta reincorporación a su núcleo familiar por los periodos cortos de hospitalización. Pero se pueden agregar otros impactos como: la reducción del gasto de bolsillo al no tener los familiares que estar visitando al usuario mientras se encuentra hospitalizado, recuperación de las úlceras en un entorno más acogedor y cotidiano, la incorporación en algunos casos si las úlceras no son tan complejas a realizar actividades laborales, mejorías en la salud mental de los usuarios y sentido de independencia y autodeterminación.

6.3. Resultado relacionado a otras partes interesadas

(1) Entre los principales resultados a partes interesadas relacionados con las mejores prácticas se pueden citar.

- **A la institución:** Ahorro institucional al disminuir el promedio de días estancias (ver grafica número 3), reconocimiento y prestigio a nivel de la comunidad de usuarios (ver resultados de encuesta de satisfacción), mejora de las sinergias del trabajo en equipo de las diferentes disciplina, médicos, enfermería y servicios de apoyo, lo mismo que el fortalecimiento de las competencias técnicas para el abordaje de la patología del pie diabético.
- **Al equipo de mejora:** experiencias de aprendizaje positivo en el trabajo con usuarios con este tipo de problema, sensibilización con esta temática, dominio de habilidades en la metodología y uso de herramientas de calidad, motivación y sentido de identidad institucional con la UPD.
- **Al servicio de cirugía general:** Les genera un valor agregado en la oferta de servicio de cirugía y descongestión del área de cirugía.
- **A la emergencia:** Realización de un trabajo de atención de acuerdo a procesos previamente establecido, mayor confianza en la toma de decisiones por el apoyo de médico cirujano capacitado en el manejo de patología de pie diabético.

(3) Entre los beneficios que ha generado la implantación de las mejores prácticas a otras partes interesadas se encuentran.

- **Para el primer nivel de atención:** Disminución de casos en el área de curaciones y en consecuencia ahorro de insumos médicos.
- **Para el segundo nivel de atención:** en este caso para el Hospital San Juan de Dios San Miguel, se evitan las referencias de usuarios con úlceras complejas y disminuye la saturación por este tipo de patologías.

6.4 Resultados financieros o de relación costo beneficio.

(1) Con la implantación de la mejor práctica, mediante un proceso de atención eficaz y oportuna se logró reducir el número de días estancias, el cual se traduce en una disminución de los costos por cada día estancia, esta valoración se puede visualizar en la siguiente tabla.

Tabla 16. Reducción de los costos de egresos hospitalarios en relación a la disminución de días estancias.

Costo día hospitalización	Número de egreso al año	Total de días estancias al año	Costo individual por día estancia hospitalaria	Costo total por número de día estancia hospitalaria	Ahorro institucional
Año 2019 completo	120	972	\$138.3	134,427.6	-----
Año 2020 completo	129	993.3	\$127.7	\$126,844.41	\$7,583.19
Año 2020 enero-agosto	89	685	\$127.7	87,474.5	-----
Año 2021 enero-agosto	74	458.8	\$112.4	\$51,569.12	\$35,905.38

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a datos del SIMMOW y el PERC.

Es importante mencionar, tal y como lo muestra la tabla existe una reducción significativa de los días estancias hospitalaria en los usuarios con pie diabético, logrando con la mejor práctica un ahorro institucional de \$ 43,488.57, en los dos años de implantación de la mejor práctica.

(2) Se puede considerar que los costos beneficios está relacionado, con el abordaje de la patología de pie diabético de acuerdo a procesos establecidos, minimizando tiempos de demora en las intervenciones de las úlceras, utilizando los insumos necesarios permite la recuperación más pronta y con ello disminuir los días estancias hospitalaria (ver gráfico 3). Por otra parte, para el usuario también representa una disminución en el gasto de bolsillo porque disminuye las visitas de los familiares al usuario hospitalizado, se puede obtener un promedio del gasto que incluye transporte y alimentación de \$10.00 por cada visita que hacen al hospital y si se multiplica por el promedio día estancia sería de

\$ 80.00. En la actualidad el promedio de día estancia es de 6.2 días, equivale a decir que, el gasto por familiar que visita al usuario hospitalizado es de \$60.00, teniendo una reducción significativa de \$20.00, dinero que puede ser utilizado en otros rubros de la economía familiar.

CRITERIO 7. SOSTENIBILIDAD Y MEJORA

7.1 Sostenibilidad.

(1 y 2) En la siguiente tabla se enlistan los principales riesgos identificados por el equipo de mejora y las estrategias necesarias a implementar para mitigar los riesgos que vulneren la posibilidad de sostenibilidad de la mejor práctica.

Tabla 17. Sostenibilidad, riesgos y estrategias

Riesgos identificado	Estrategias de sostenibilidad
Desabastecimientos de insumos y medicamentos	Incorporar en el presupuesto anual de insumo y medicamento, las cantidades necesarias de acuerdo a datos históricos y coordinar con otros hospitales de la red pública el prestamos de algunos medicamento en caso extremo de desabastecimiento
Desmotivación de los usuarios para continuar con los seguimientos clínicos post-egreso hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un plan de educación que incluya jornadas de motivación psicológica para la continuidad y adherencia al tratamiento y al auto cuidado. • Coordinar con el primer nivel de atención para la visita domiciliar con el objetivo de motivar a los usuarios que continúen con su seguimiento clínico en la UPD
Contratación de nuevo personal médico y de enfermería	Disponer de un plan de capacitación continua y que contenga el proceso de inducción a los nuevos recursos contratados sobre la práctica que se está implementando en el hospital.
Cambio del médico coordinador de la UPD, quien está capacitado en el abordaje de la patología del pie diabético	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar a otros médicos cirujanos y generales en la realización de los procedimientos de seguimiento de los usuarios en la UPD • Implementar jornadas de sensibilización con el personal médico y de enfermería sobre la importancia del tratamiento adecuado de este tipo de patología para fomentar el compromiso en beneficio del proyecto
Deficiente apego a los procesos de atención establecidos en la emergencia y hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar programa de educación continua con personal médico y de enfermería • Evaluación mensual de los indicadores y metas establecidas en cada uno de los procesos establecidos
Sobredemanda de usuarios en la UPD para seguimiento clínico	Gestionar con el jefe de cirujanos la asignación de más horas para el médico responsable de la UPD
Limitados monitoreo de los	Establecer una calendarización de la realización de monitoreo y evaluación

indicadores de cumplimiento en las áreas de atención	de los indicadores, dejando el equipo responsable de dicha acción
--	---

(3) Entre los indicadores considerados por equipo gestor para continuar evaluando la sostenibilidad de la mejor práctica se tienen los siguientes en la tabla 17.

Tabla 17. Evaluación de indicadores para asegurar la sostenibilidad y los responsables de evaluarlos

Indicador	Responsable
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de usuarios post-egreso hospitalario derivados a la Unidad de pie diabético 	Licda. María Celedonia López (Enfermera jefe del área de medicina y cirugía en hospitalización)
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de abastecimiento de insumos y medicamentos 	Dra. Glenda Patricia Medrano (Asesora de medicamento y responsable de planificación del hospital)
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de profesionales capacitados en manejo de la patología del pie diabético 	Lic. Celestino Salvador (Coordinador del proyecto)
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de usuarios que tienen una evaluación de estratificación del riesgo a padecer la patología del pie diabético 	Dra. Jenny Carolina Torres (coordinadora de consulta externa y de servicios de apoyo) y Celestino Salvador
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de usuarios que cuentan con una evaluación integral por las disciplinas disponibles en el hospital 	Equipo gestor del proyecto
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de usuarios que terminan su programa de tratamiento en la Unidad de Pie diabético 	Dr. Eduardo Antonio Arriaza (Médico responsable de la UPD) y Licda. Delmy Aracely Fuentes (Jefe de enfermería)
<ul style="list-style-type: none"> Disminución en el promedio de horas de espera entre indicado el procedimiento que corresponda y su realización por el médico tratante 	Equipo gestor del proyecto
<ul style="list-style-type: none"> Disminución del promedio de días estancia hospitalaria en los usuarios con la patología del pie diabético 	Equipo gestor del proyecto
<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención en la UPD 	Dr. Edwin Aníbal Alfaro (Responsable de la UOC)

7.2 Mejora

(1) La organización hospitalaria ha considerado de mucha importancia la mejora continua para asegurar la eficientización de la mejor práctica y para ello se proyecta implementar las siguientes estrategias.

- Continuar gestionando la construcción de infraestructura física adecuada para el funcionamiento de la UPD.

- Desarrollar talleres de capacitación continua con personal médico, enfermería y servicios de apoyo con temáticas de formación técnica y de desarrollo personal que fomente la integración, compromiso y trabajo en equipo.
- Pasantía del médico cirujano y enfermera responsable de la UPD a hospitales con experiencia en este tipo de abordaje como el Hospital San Rafael, Zacamil y el Rosales.
- Incluir a personal de la Unidad de manejo del dolor y cuidados paliativos del hospital para que se integren en el apoyo a estos usuarios en fase avanzada.
- Promover en la micro-red de Santa Rosa de Lima y Anamorós con personal del primer nivel par que motiven a los usuarios de su área geográfica de influencia para continuar con los seguimientos clínicos en la UPD posterior al egreso hospitalario.
- Implementar un programa de educación con usuarios y familiares que fomente la prevención y el cuidado permanente para la recuperación de la salud.

(2) Entre los indicadores y mecanismos de seguimiento se ha considerado para asegurar que el proyecto implementado mejore continuamente se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 18. Indicadores y mecanismo de seguimiento que asegura la mejora continua.

Indicador	Mecanismo de seguimiento	Responsable
Abastecimiento de insumos y medicamento	Monitoreo mensual del abastecimiento	Dra. Glenda Patricia Medrano
Porcentaje de usuarios que tienen una evaluación de estratificación del riesgo a padecer la patología del pie diabético al año	Evaluación mensual de las hojas de estratificación del riesgo a padecer pie diabético	Dra. Jenny Carolina Torres
Porcentaje de usuarios con pie diabético ingresados y que tienen interconsulta con psicología y nutricionista	Monitoreo trimestral de los expedientes clínicos (muestra de expedientes)	Dra. Jenny Carolina Torres
Porcentaje de usuarios que terminan el programa de seguimiento clínico en la UPD	Evaluación trimestral del libro de registro para determinar el número de altas de los seguimientos	Dr. Eduardo Antonio Arriaza
Número de reuniones de análisis de las limitantes de la evolución de la mejor práctica	Monitoreo trimestral de los expedientes clínicos (muestra de expedientes)	Equipo gestor del proyecto

Informe de análisis de evaluación de indicadores presentados a la Dirección y su Consejo Estratégico de Gestión	Comparación entre número de egresos hospitalarios y usuarios que asisten a los seguimientos clínicos	Equipo gestor del proyecto
---	--	----------------------------

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Glosario

- **Días estancia hospitalaria:** Unidad de medida de permanencia del usuario en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo
- **Doppler:** Este examen utiliza ultrasonido para examinar el flujo sanguíneo en las arterias y venas grandes en brazos o piernas
- **Egreso hospitalario:** Usuarios que estando previamente ingresados (es decir que al menos han producido una estancia) desocupa la cama que tenía asignada. Los motivos de alta hospitalaria pueden ser: alta médica, alta voluntaria, referencia a otro hospital de mayor complejidad o por defunción
- **Hemoglobina glicosilada:** es el valor de la fracción de hemoglobina (glóbulos rojos) que tiene glucosa adherida. Luego de que los alimentos son digeridos, el nivel de glucosa libre que circula en torrente sanguíneo, se eleva, al estar circulando libremente, la glucosa, tiene contacto con los glóbulos rojos y puede adherirse de manera permanente
- **Infección tisular:** es la infección de todo tejido por un patógeno o una injuria (herida) en donde hay producción de material purulento que destruye el tejido ya sea piel en forma extrema hasta el hueso, con una recuperación muy lenta.
- **Ingreso hospitalario:** Es la admisión del usuario quien requiere los servicios del hospital por diferentes situaciones de salud
- **Micro albúmina:** es una cantidad pequeña de una proteína llamada albúmina. Se encuentra normalmente en la sangre
- **Patología:** grupo de síntomas asociados a una determinada dolencia o enfermedad
- **Patología de pie diabético:** procesos infecciosos, isquémicos o ambos, en los tejidos que conforman el pie diabético, abarcan desde las lesiones cutáneas como infección ulceración, destrucción de los tejidos profundos hasta la gangrena extensa la cual tiene el riesgo de la amputación, asociado a complicaciones neurológicas

- **Proceso de atención:** en medicina es el conjunto de intervenciones o procedimientos realizados, o mandados realizar, por el médico para cuidar a los pacientes y subsanar sus problemas de salud
- **Remisión de úlceras:** es la atenuación o desaparición completa en el paciente de los signos y síntomas de su enfermedad, como consecuencia del tratamiento. El término también puede usarse para referirse al período durante el cual ocurre esta disminución
- **Seguimiento clínico:** Cuidado que se brinda a un paciente durante cierto tiempo después de terminar el tratamiento de una enfermedad. La atención de seguimiento consiste en reconocimientos médicos regulares.
- **Usuarios en salud:** es la persona que utiliza y elige los servicios de salud. En torno al usuario se organizan todas las prestaciones que se otorgan en la Red de Establecimientos de Salud
- **Úlceras:** En Biología las úlceras son heridas abiertas, acompañadas de difícil cicatrización que afectan la piel.

Abreviaciones

- **ECNT:** Enfermedades Crónicas No Transmisible
- **ESDOMED:** Departamento de Estadística y Documentos Médicos
- **HNSR:** Hospital Nacional Santa Rosa de Lima
- **MINSAL:** Ministerio de Salud
- **POA:** Plan Operativo Anual
- **PERC:** Producción, Eficiencia, Recursos y Costos
- **UACI:** Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
- **UCSF:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar
- **UPD:** Unidad de Pie Diabético
- **UFI:** Unidad Financiera Institucional
- **UOC:** Unidad Organizativa de la Calidad
- **SIMMOW:** MorbiMortalidad. Estadísticas Vitales

ANEXOS

Anexo 1. Acta de conformación del equipo de mejora



MINISTERIO
DE SALUD



HOSPITAL NACIONAL SANTA ROSA DE LIMA

Santa Rosa de Lima, 23 de diciembre de 2019.

CONFORMACION DE PROYECTO DE MEJORA "UNIDAD DE CUIDADOS Y MANEJO DE PIE DIABETICO"

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA NO. 148

A propuesta de la respectiva Dirección el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, y de conformidad al Art. 50 del Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud, RESUELVE: Conformar y Oficializar el Proyecto DE MEJORA "UNIDAD DE CUIDADOS Y MANEJO DE PIE DIABETICO", del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, a partir del 06 de diciembre de 2019, el cual estará conformado por los siguientes empleados:

CELESTINO SALVADOR BONILLA	Coordinador
EDUARDO ANTONIO ARRIAZA BARRIENTOS	Colaborador
JENNY CAROLINA TORRES APARICIO	Colaborador
CINDY MERCEDES ESCOBAR TORRES	Colaborador
DELMY ARACELY FUENTES BONILLA	Colaborador
YANIRA DE LA PAZ ROMERO DE SORTO	Colaborador
JUAN ANTONIO BLANCO VASQUEZ	Colaborador
RICARDO MANUEL HENANDEZ LEIVA	Colaborador
EVA LISSETH ALVAREZ SALMERON	Colaborador
CARLOS LUIS HERNANDEZ CORNEJO	Colaborador
GLENDA PATRICIA MEDRANO RAMIREZ	Colaborador

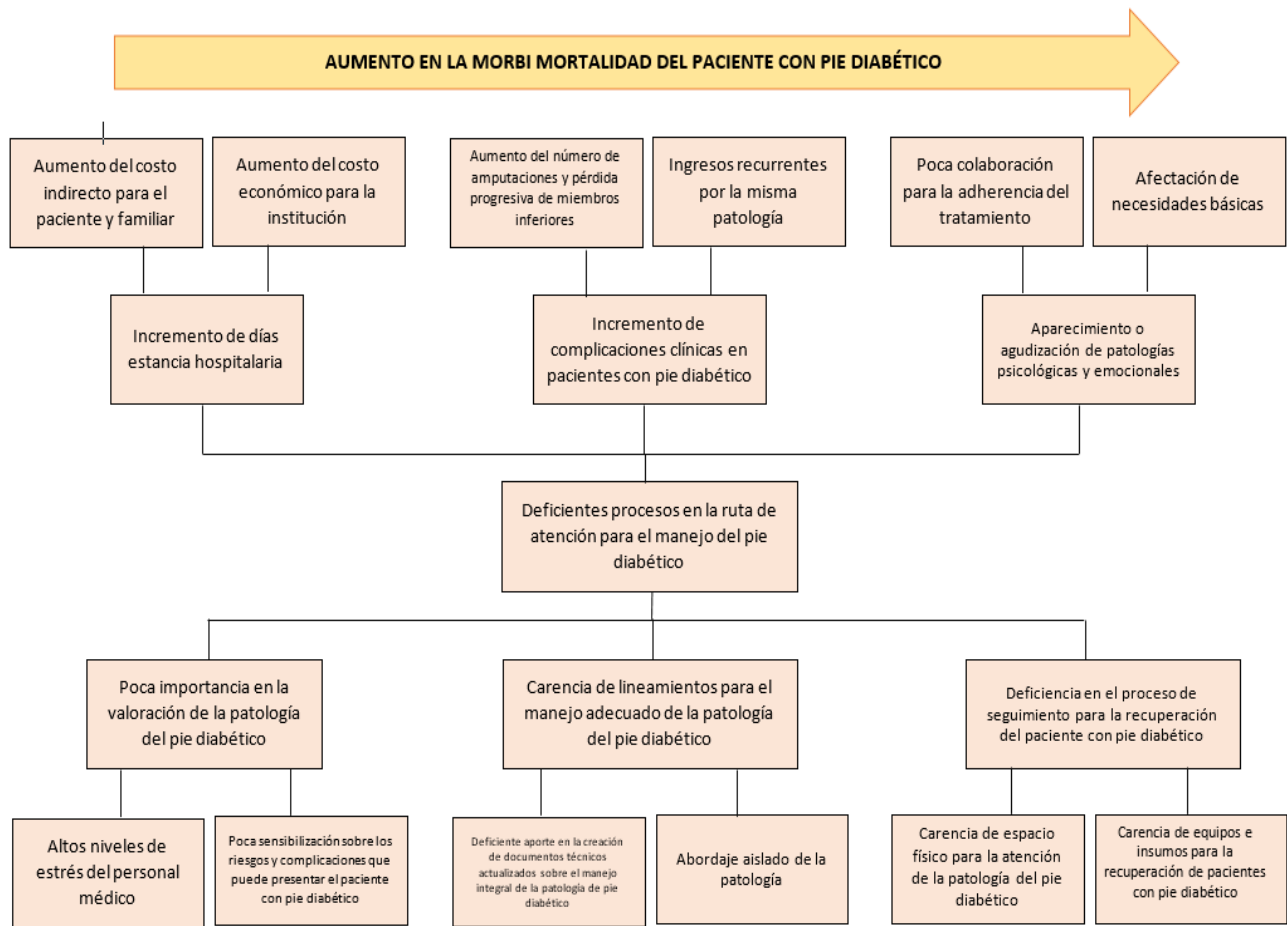
En base a lo anterior, se incita a los miembros mencionados asumir las responsabilidades señaladas. HAGASE SABER.



DIOS, UNION, LIBERTAD

DR. MARCELINO HUMBERTO MEJIA CANALES
DIRECTOR

Anexo2. Análisis de las causas del problema (árbol del problema)



Anexo 3. Acta de asignación del espacio físico para funcionamiento de la UPD

Lugar de reunión: Auditorium Hospital Santa Rosa de Lima.

Fecha: 8 de Enero de 2020. Hora de inicio: 1:15 p.m.

DIRIGIDA POR: Licda. Delmy Aracely Fuentes Bonilla

Objetivo: Solicitar área para curación de pacientes del programa de Pie Diabético.

PARTICIPANTES

#	NOMBRE	CARGO	Presente
1	Licda. Delmy Aracely Fuentes Bonilla	Jefe de Enfermería	Presente
2	Dra. Glenda Patricia Medrano Ramirez	Coordinadora Planificación	Presente
3	Celestino Salvador	Psicologo	Presente
4	Dra. Jenny Carolina Torres	Jefe de Consulta Externa	Presente
5	Dra. Glenda Patricia Medrano Ramirez	Coordinadora de Calidad	Presente
6	Dr. Francisco Eduardo Parada Bonilla	Jefe de Residentes	Presente
7	Dra. Gloria Angelina Polío	Epidemióloga	Presente
8	Licda. Roxana de la Paz Hernandez	Administradora	Presente

PUNTOS DE AGENDA:

1. Bienvenida
2. Objetivo de la reunión
3. Presentación y aprobación de la agenda
4. Abordar la solicitud para espacio físico para la Unidad de Pie Diabético
5. Puntos varios.
6. Acuerdos

DESARROLLO DE REUNIÓN:

Punto 1 y 2.- Se da la bienvenida y presenta el objetivo de la reunión.

Punto 3.- Se presenta la agenda, la cual es aprobada por los participantes.

Punto 4.- Abordar la solicitud para espacio físico de la Unidad de Pie Diabético

Se plantea la necesidad de un espacio físico para la realización de las curaciones de los usuarios post egreso Hospitalario con patología de Pie Diabético. Considerando que se había planteado la posibilidad de la construcción de una infraestructura específica para la Unidad de Pie Diabético, para iniciar el proyecto de mejora, en virtud que no se visualiza la construcción de dicha área a corto plazo, se considera prioritario la asignación de un espacio para dar inicio con el proyecto planificado. Es importante hacer mención que el Dr. Eduardo Arriaza médico cirujano sera el responsable de la atención de dicha unidad.

Acuerdos:







1. Asignar el área de Séptica en la Unidad de Emergencia de manera transitoria.

Punto de agenda	N° Acuerdo (correlativo)	Acuerdos pactados	Responsable	Fecha de Cumplimiento	Observaciones
4		Asignar el área de Séptica en la Unidad de Emergencia de manera transitoria.	Dr. Mejia	Desde Febrero	

Elaborado por:  Licda. Delmy Aracely Fuentes Bonilla, Jefe de Enfermería

 Dr. Marvelino Humberto Mejia Canales, Director Hospital Nacional Santa rosa de Lima

Anexo 4. Orden de compra de insumo para tratamiento de pie diabético




		GOBIERNO DE EL SALVADOR		
Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima		UNIDAD DE ADQUISICIONES		
UACI del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
		PREVISIÓN NO:		
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS				
Lugar y Fecha:	Santa Rosa de Lima, 10 de Septiembre del 2020		No.Orden:249/2020	
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE		NIT		
CORPORACION CEFA, S. A. DE C. V.		06142704001062		
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
200	Cada Uno	LINEA 0202 Atención Hospitalaria—Adquisición de Medicamentos desieros en la compra conjunta Codigo: 0320065 Fusidato de Sodio 4 Acido Fusidico 2% Unguento Tópico, Tubo 15 Gramo. FUCIDIN UNGUENTO 2%, Marco: LEO Pharmaceuticals, Tubo de 15 Gramos, Lab. Fabricante: Leo Pharmaceuticals, Código: Irlanda.	\$13.77	\$2,754.00
TOTAL.....				\$2,754.00
SON: dos mil setecientos cincuenta y cuatro 06/200 dolares				
OBSERVACION: Especifico: 54108, Fondo General, Credito a 30 dias, Tiempo de Entrega 7 dias hábiles despues de recibir orden de compra, Administradora de la Orden: Dra. Glenda Patricia Medrano Ramirez, Médico Asesor de Suministros, (Categoría de la Empresa: Grande) LIBRE DESTIN No. 742020				
LUGAR DE ENTREGA: Almacén del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima				
LUGAR DE NOTIFICACIONES: Tel. 2259-1100, Email: cefaelisalvador.com.sv				
				
				
				
Elaborado por: vlfones				

Anexo 5. Matriz de datos de tiempo de demora para realización de procedimiento

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA									
PROYECTO DE MEJORA MARCADO PASOS									
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE INDICADORES									
Expediente									
Tiempo de consulta									
solicitud									
consulta									
Promedio									
Tiempo de Ingreso									
Consulta									
ingreso									
Promedio									
Tiempo de procedimiento									
indicación									
realización									
Promedio									

Anexo 6. Hoja de estratificación del riesgo y detección del pie diabético

Hoja1

MINISTERIO DE SALUD		
HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA		
Estratificación del Riesgo y Detección del Pie Diabético	SI	No
1 Existe historia de úlcera o amputación		
2 Pérdida de sensación protectora		
3 Presencia de enfermedad Arterial Periférica	Ausencia de pulso tibial	
	Ausencia de pulso pedal Dorsal	
4 Presencia de deformidad en los pie		
5 Evaluar existencia de Movilidad Limitada		
6 Evaluar la higiene del pie	adecuado	
7 Evaluar existencia de presión anormal como Callo		
8 Uso de Calzado	Inadecuado	
9 Existe Enfermedad Renal en etapa terminal		

Hoja1

Categoría de riesgo de lesión	Características	Frecuencia
0 Muy bajo	Sin LOPS y sin PAD	Una vez al año
1 Bajo	LOPS o PAD	Una vez cada 6-12 meses
2 Moderar	LOPS + PAD, o LOPS deformidad del pie + o PAD + deformidad del pie	Una vez cada 3-6 meses
3 Alto	LOPS o PAD, y uno o más de los siguientes: - historia de una úlcera en el pie - la amputación de la extremidad inferior (menor o mayor) - enfermedad renal en etapa terminal	Una vez cada 1-3 meses

Anexo 7. Informe de capacitación



MINISTERIO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD



Informe de capacitación teórica			
Programa	Marcando pasos: proyecto de mejora de los procesos de atención de la patología del pie diabético en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima.		
Profesional Responsables	Dra. Glenda Patricia Medrano Dr. Eduardo Antonio Arriaza Dra. Jenny Carolina Torres Licda. Delmy Aracely Fuentes Bonilla Celestino Salvador Bonilla		
1.	Espacio destinado para la recolección de datos de registro		
	Grupo N°: 1	Datos sobre las y los participantes	
	Descripción	Sexo	Mujer Hombre
	Fecha: 22/04/2021	Sub total	15 3
	Hora: 8:00 a.m a 4:00 p.m	Total General	18
	Modalidad: presencial	Lugar: Área de consulta externa	
	Espacio destinado para la recolección de información sobre la sesión		
2.	Categoría C.A. (componentes actitudinales)	Observaciones	
Componente Afectivo-Emocional	<p>2.1. De manera general: ¿Cómo percibió que se sintieron las y los participantes en el desarrollo de la sesión?</p> <p>2.2. ¿Qué reacciones emocionales y sentimentales de las y los participantes podría destacar?</p> <p>2.3. ¿En qué momento identificó que las y los participantes conectaron las emociones que han expresado, con su diario vivir?</p>	<p>La percepción que se tiene es que los y las asistentes se sintieron muy a gusto con la temática desarrollada, identificando elementos propios del quehacer en la práctica hospitalaria.</p> <p>Puede identificar dos reacciones básicas, alegría por estar realizando un trabajo que les permite transformar vida y también un poco de incertidumbre por la necesidad de conocer más para comprender a cada uno de los usuarios atendidos.</p> <p>Cuando se habló del significado de experiencia, construida desde los diferentes aportes, resaltando como marcamos a los otros con nuestras actitudes y comportamientos. Se redescubre el rol de enfermería y médico en este tipo de</p> <p>Durante la sesión se observó entusiasmo en los ejercicios que se proponía para su realización, lo mismo que las participaciones eran de tipo espontáneas</p> <p>Es muy loable desde la actitud de enfermería que están conscientes que se van a enfrentar a una atención más profesional pero también más personalizada, el lado humano del sufrimiento les exige estar preparados-as</p> <p>Algunas participantes hablaron de algunas experiencias vividas con algunos casos atendidos.</p>	

		atención de calidad y apegada a un enfoque de derechos	
Componente Cognitivo	<p>2.4. Según las participaciones de las y los participantes : ¿qué tipos de pensamiento expresaron?</p> <p>2.5. ¿Qué nuevos conocimientos considera que las y los docentes aprendieron?</p> <p>2.6. ¿Qué nivel de atención logró percibir en las y los docentes a lo largo de la sesión?</p> <p>2.7. ¿Podría indicar qué recursos personales evidenció en las y los docentes para el trabajo con este tipo de personas que padecen la patología del pie diabético?</p>	<p>Los pensamientos identificados fueron de tipo positivo, principalmente como los participantes están valorando el proyecto a ejecutar con los usuarios con la patología del pie diabético, están conscientes de las nuevas exigencias que implican pero se observan motivados para asumir esta responsabilidad</p> <p>Aprendieron sobre las escalas de valoración de la evolución de la úlcera del pie diabético, el uso de plantillas en la recuperación, la importancia de la nutrición como pilar importante en la mejoría del estado de salud</p> <p>El nivel de atención fue muy positivo. Se les observaba la motivación durante toda la jornada. A pesar de problemas en el espacio físico, pues se generan interrupciones por la consulta con los usuarios.</p> <p>- la solidaridad con las personas más vulnerables - compromiso con su labor enfermería y médicos en la entrega a diario para brindar una atención de calidad</p>	<p>Algunas participantes manifestaron la necesidad de cambiar y de adaptación a la nueva realidad para brindar una mejor atención, principalmente porque este tipo de usuarios han estado relegados en el sentido que son etiquetados, como negativitas o poco colaboradores</p> <p>Si bien es cierto se buscaba generar sensibilización sobre la patología, pero también se intentaba generar conocimientos básicos sobre el proceso de atención del pie diabético.</p> <p>Un elemento clave de la atención es la participación y estar en sintonía con el contenido que se está abordando y en este caso fue muy bonito escuchar todos los aportes que los participantes hacían.</p> <p>Esta solidaridad se demuestra en el acompañamiento a los usuarios en esta etapa difícil de recuperación, en la búsqueda de resolver aunque sea mínimos detalles que son muy significativos para el usuario</p> <p>Se observaba que se la estaban pasando bien a la hora de los ejercicios</p>
Componente Conductual	2.8. ¿Las y los asistentes participaron en las actividades que implicaban movimientos	Se pudo constatar la participación de los asistentes en los ejercicios propuestos, respondiendo preguntas de los	



MINISTERIO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD




Riscos?	ponentes de las diferentes temáticas	
2.9. De manera general: ¿Qué nivel de participación identificó en las y los asistentes?	El nivel de participación fue alto, en el sentido que siempre estaban dispuestos a participar, no le hacían esperar, sino que de manera espontánea solicitaban el uso de la palabra.	Siempre rescato este elemento de participación del grupo y en alguna medida se intenta fomentar estos espacios para que todos tengan la oportunidad
2.10. ¿Identificó algún comportamiento o alguna conducta por parte de las y los participantes que le gustaría destacar?	La persistencia, el entusiasmo y respeto es meritorio de reconocer en los y las participantes.	Me gustó mucho la actitud proactiva de los y las asistentes en todo este proceso de formación
3.	Espacio destinado para la recolección de comentarios generales	
	<ul style="list-style-type: none"> Considero que tengo más experiencia para tratar a pacientes con pie diabético. He aprendido a cómo cuidar los pies, no solo en mi trabajo, sino que también en mi familia, ya que mi esposo es diabético. Considero que este tipo de formación me sirve para brindar un trato más humanizado. Con mucho entusiasmo para poner en práctica todo lo aprendido en esta jornada Motivada por seguir ayudando a mi prójimo. <p>Nota: estos comentarios fueron extraídos de la hoja de evaluación de la jornada</p>	

Anexos	
<ul style="list-style-type: none"> Anexo 1: consolidado de asistencia de enfermería en base a listado de asistencia 	
1.	Sonia Margarita Delgado
2.	Estela de los Ángeles Pineda de Fuentes
3.	Ana Ingrid López
4.	Josefa Antonia Montiel
5.	Ruth Ester Majano
6.	Cristian Alberto Moreno
7.	Doris Isabel Umazor
8.	Yanira de la Paz Romero
9.	Katla Lorena Santos
10.	Orbelina Emperatriz Zelaya
11.	Alba Luz Soto Martínez
12.	María Concepción Benítez

13.	Marvin Fidel Pereira
14.	Dora Esmeralda Chavarría
15.	Gabriela Nathaly Escobar
16.	Fernando Alexander Hernández
17.	Ana Elida de Parada
18.	Norma Haydee Lazo de Rivera
Nota. Es de hacer notar que en esta ocasión solamente asistió 1 medico, el resto es personal de enfermería	
Anexo 2. Resultados de la prueba teórica antes y después de la jornada de capacitación	

N° de participante	Nota de Pre-test	Nota de Post-test
1	8	8
2	6	10
3	8	9
4	6	9
5	7	8
6	6	7
7	8	8
8	6	7
9	6	9
10	9	9
11	5	9
12	8	9
13	4	8
14	6	8
15	6	9
16	6	7
TOTAL	105	132
Nota promedio	6.5	8.25

Anexo 8. Proceso de atención en la UPD

<p>Logo</p> 	<p>Departamento o servicio</p> <p>Clínica de atención al pie diabético</p>	<p>Revisión N°1</p> <p>Fecha: 13 de mayo 2020</p>
<p>Título del proceso: Ingreso del usuario con diagnóstico de pie diabético.</p>		
<p>Objetivo: Asegurar la atención de calidad, continua y oportuna a los usuarios-as con diagnóstico de pie diabético, desde el momento del triage, emergencia, clínica de atención al pie diabético hasta su ingreso a los servicios de hospitalización si las complicaciones de salud lo ameritan.</p>		
<p>Responsabilidad: Médico residente, Cirugía general, medicina interna, ortopedia, enfermera, psicología y nutricionista.</p>		
Responsable	Paso N°	Actividad
<p>Médico Residente</p>	<p>1</p>	<p>1.1 Categorización de la gravedad de la patología según lineamiento de Triage</p> <p>1.2 Evaluación inicial y completa del usuario-a (aplicación de la escala San Elián)</p> <p>1.3 Historia clínica</p> <p>1.4 Prescripción de exámenes pre-quirúrgico según evaluación</p> <p>1.5 Presentación de caso a médico cirujano</p>
<p>Médico cirujano</p>	<p>2</p>	<p>2.1 Recibe a usuario-a y realiza evaluación de la lesión.</p> <p>2.2. Elaboración de nota de evaluación</p> <p>2.3 Decisión de la intervención a realizar.</p> <p>2.3.1 curación de la lesión</p> <p>2.3.2 Interconsulta con medicina interna para evaluación general</p> <p>2.3.3 ingreso a medicina interna sin intervención quirúrgica (usuario descompensado pasa a MI, usuario compensado a CG)</p> <p>2.3.4 alta con seguimiento</p> <p>2.4 elabora indicaciones médicas</p> <p>2.5 toma de cultivo de secreciones</p> <p>2.6 realiza interconsulta con nutrición y psicología</p> <p>2.7 entrega de expediente completo a enfermera de la Unidad para su ingreso</p>
<p>Enfermera de la clínica de pie diabético</p>	<p>3</p>	<p>3.1 Tramita ingreso en archivo</p> <p>3.2 Cumple indicaciones médicas de ingreso</p> <p>3.3 Traslado del usuario-a al servicio de hospitalización con expediente clínico y sus respectivos exámenes.</p> <p>3.4 Presenta al usuario-a al servicio de medicina interna o cirugía general para su respectivo ingreso</p>
<p>Nutricionista</p>	<p>4</p>	<p>4.1 Evalúa estado nutricional del usuario-a</p> <p>4.2 Investiga hábitos de alimentación y factores de riesgo</p>

		<p>4.3 Determina diagnóstico nutricional</p> <p>4.4 Define el tipo de dieta alimenticia según condición del usuario-a</p> <p>4.5 Establece plan terapéutico</p> <p>4.6 Determina el seguimiento</p>
Psicólogo	5	<p>5.1 Evaluación del estado psicológico y emocional del usuario-a</p> <p>5.2 Identificación de factores de riesgo</p> <p>5.3 ubicar en etapa de cambio conductual</p> <p>5.4 aplicación de escalas psicométricas</p> <p>5.5 Definir plan de tratamiento</p> <p>5.6 Establecer seguimiento del caso si fuera necesario.</p>
<p>META:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la atención de calidad y oportuna del usuario-a con diagnóstico de pie diabético. • Disminuir el tiempo de espera entre la primera evaluación del usuario-a en la emergencia y la realización de procedimiento por el cirujano u ortopeda. • Asegurar la atención integral del usuario-a con diagnóstico de pie diabético. 		<p>PERIODICIDAD DE MEDICION</p> <p>Mensual</p>
<p>INDICADOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo entre la consulta en emergencia y la realización del procedimiento e ingreso del usuario-a a hospitalización. • Número de usuarios-as con diagnóstico de pie diabético evaluado contra número de usuarios con intervención de diferentes disciplinas en el manejo de su condición de enfermedad. 		

Anexo 9. Hoja de seguimiento clínico en la UPD

HOSP. DE DIA
HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA
PROCEDIMIENTOS HOSPITAL DE DIA
UNIDAD DE PIE DIABETICO
 NUMERO DE EXPED. _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD _____ SEXO Masc. Fem.

DIRECCION DE RESIDENCIA: _____

DEPTO. _____ MUNICIPIO _____

DIAGNOSTICO :	CONSULTA	FECHA	PROCEDIMIENTO	TIPO DE CIRUGIA
PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.	CÓDIGO	FECHA	CODIGO DE CIRUJANO (S/M/O/W)	TIPO DE CIRUGIA

Retorno A: _____

Recomendaciones: _____

Nombre y Firma del Médico Responsable: _____

DIAGNOSTICO :	CONSULTA	FECHA	PROCEDIMIENTO	TIPO DE CIRUGIA
PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.	CÓDIGO	FECHA	CODIGO DE CIRUJANO (S/M/O/W)	TIPO DE CIRUGIA

Retorno A: _____

Recomendaciones: _____

Nombre y Firma del Médico Responsable: _____

DIAGNOSTICO :	CONSULTA	FECHA	PROCEDIMIENTO	TIPO DE CIRUGIA
PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.	CÓDIGO	FECHA	CODIGO DE CIRUJANO (S/M/O/W)	TIPO DE CIRUGIA

Retorno A: _____

Recomendaciones: _____

Nombre y Firma del Médico Responsable: _____

Tipo de Cirugía:	1. Cirugía Mayor Emergencia Hospitalaria	3. Cirugía Mayor Eléctrica Hospitalaria	5. Cirugía Menor
	2. Cirugía Mayor Emergencia Ambulatoria	4. Cirugía Mayor Eléctrica Ambulatoria	

Anexo 10. Encuesta de satisfacción del usuario



MINISTERIO
DE SALUD



MARCANDO PASOS: MEJORA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA DEL PIE
DIABÉTICO.

Encuesta de Satisfacción sobre los servicios de atención de la patología del pie diabético

Numero de encuesta: _____

Datos Generales.

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Lugar de Residencia: Urbano _____ Rural _____

Número de veces que ha estado ingresado-a por prolema de ulceras en el pie _____

Indicaciones: Por favor, valore del 1 al 3 donde 1 es "Inaceptable", 2 es " Poco Aceptable", 3 es "Aceptable" su impresión general de la atención durante el tiempo que permaneció ingresado y el seguimiento en la Unidad del Pie Diabético del Hospital Santa Rosa de Lima.

Nº	Items	1	2	3
1	La información ofrecida por el doctor le parecio			
2	El trato del médico la considera			
3	La actitud del personal de enfermería fue			
4	El tiempo que espero para ser atendido desde que lo evaluaron en la emergencia le parece			
5	El tiempo de espera cuando viene a los controles de seguimiento lo considera			
6	Considera que la frecuencia con que le hacen las curaciones es			
7	Las explicaciones sobre tratamiento a seguir en mi problema del pie fueron			
8	Las opciones de tratamiento que le plantearon para que pensara fueron			
9	Las indicaciones sobre lo que podia hacer para mejorar su salud fueron			
10	En términos generales el nivel de atención de la Unidad del pie diabetico es			

Anexo 11. Diploma de reconocimiento



Anexo 12. Fotografías del proceso de seguimiento en la UPD

