

RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRÁCTICAS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA RED INTEGRAL E INTEGRADA DE SALUD (RIIS): HACIA LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y TRATO HUMANIZADO. 3^A EDICIÓN 2017

**PROYECTO DE MEJORA:
DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) COMO ALTERNATIVA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5**

Octubre 2017

**Periodo Ejecución del proyecto:
Enero 2016- diciembre 2017**



PROYECTO DE MEJORA:

**DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) COMO ALTERNATIVA DE CALIDAD EN LA
ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5**

**UNIDAD DE TERAPIA DIALITICA
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA ANA**



EQUIPO DE MEJORA

**DR. CARLOS ALBERTO
SALINAS
JEFE DE UNIDAD DE
DIALISIS**

**LICDA. YOLANDA DE ROJAS
JEFE DE ENFERMERAR**

**LICDA. LAURA OLMEDO
ENFERMERA SUPERVISORA
DE LA UNIDAD.**

**LICDO. ISRAEL RAMIREZ
ENFERMERO U.TD.**

**DR SANDRA DE
MARROQUIN
JEFE UNIDAD DE CALIDAD**



**RECONOCIMIENTO INTERNO A LAS MEJORES PRÁCTICAS DE MEJORA CONTINUA DE
LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA RED INTEGRAL E INTEGRADA,
RIIS
3 EDICIÓN 2017**

CONTENIDO

PAG.

	Información general de la organización.....	4
1.	Presentación.....	5
2.	Introducción.....	5
3.	Antecedentes.....	6
4.	Justificación.....	6
5.	Objetivos.....	7
6.	Metodología.....	7
7.	Principios fundamentales para la mejor practica.....	11
A.	Liderazgo y compromiso de la Alta Dirección para promover la mejor practica.....	11
B.	Apoyo para el desarrollo e implantación de la mejor practica.....	12
C.	Reconocimientos a equipos de trabajo.....	12
D.	Identificación y selección de la oportunidad de mejora.....	13
E.	Recolección y análisis de la información.....	14
F.	Gestión de la mejor practica.....	14
G.	Implantación de la mejor practica.....	16
H.	Control y seguimiento.....	17
I.	Gestión del equipo de trabajo.....	18
J.	Gestión del conocimiento e innovación de la mejor practica.....	18
K.	Resultados de la mejor practica	19
L.	Sostenibilidad y mejora.....	19
8.	Anexos.....	22

INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN

➤ **Información de la Organización:**

MINSAL, Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

Dirección: Final 13 avenida sur N° 1, Santa Ana.

Tel. fax 24359529

Email: direccionesantaana@gmail.com

Pág. Web

Categoría de la organización: Hospital Público.

➤ **Categoría a la que postula: Reconocimiento a las Mejores Prácticas MINSAL 2017.**

➤ **Tipo de empresa: Hospital Regional.**

➤ **Nombre de la Mejor Práctica: “DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA COMO ALTERNATIVA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5”.**

➤ **Nombre de los integrantes del equipo de la Mejor Práctica:**

Dr. Carlos Alberto Salinas E.	Jefe de Unidad de Terapia Dialítica
Lcda. Yolanda Elizabeth Ramos	Enfermera jefa de Unidad de terapia Dialítica
Tec. Israel Antonio Ramírez	Enfermero Diálisis peritoneal continua ambulatoria
Lcda. Laura Cecilia Olmedo	Enfermera supervisora de la Unidad de Terapia Dialítica
Dra. Sandra de Marroquín	Jefe de Unidad Organizativa de Calidad del hospital

➤ **Nombre del Coordinador Responsable de la Estrategia de la Empresa:**

Dr. Ramón Antonio Abrego González

Cargo: director, Representante Legal.

Teléfono: 24359500

Ext. 9502

Fax: 24359529

Correo Electrónico: direccionesantaana@gmail.com; rabrego@salud.gob.sv

➤ **Contacto Alternativo para el Reconocimiento:**

Dra. Sandra Marlene Villafuerte de Marroquín

Jefe Unidad Organizativa de Calidad

Tel. 2435-9538 Fax 2435-9529.

Correo Electrónico: unidadcalidadhospitalsantaana@gmail.com

Miembros de la Alta Dirección, MINSAL:

Ejecutivos	Cargo
Dra. Elvia Violeta Menjivar	Ministra de Salud
Dr. Julio Oscar Robles Ticas	Viceministro de Servicios de Salud
Dr. Eduardo Espinoza Fiallos	Viceministro de Políticas de Salud.

Dr. Ramón Antonio Abrego González
Director Hospital San Juan de Dios de Santa Ana
Representante legal

1. Presentación

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) llaman a los países miembros a prevenir la enfermedad renal crónica y a mejorar el acceso a su tratamiento. Después de lo anterior expuesto, el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana desde el año 2000, presenta en su perfil epidemiológico dentro de las primeras 5 causas de atención en los servicios de hospitalización, la enfermedad Renal Crónica a consecuencia de la diabetes mellitus, la hipertensión renal y la enfermedad cardiovascular; es evidente entonces, que los esfuerzos institucionales de la actual gestión deberían focalizarse en fortalecer la gestión de la asistencia clínica de dicha patología, tal como se plasmó en la Plan Anual de Gestión institucional del Hospital 2016, en su objetivo estratégico general el que se enuncia: "Conducir los procesos para la atención de salud integral a la persona y su entorno hospitalario, de acuerdo a la capacidad instalada y resolutive, así como al nivel de complejidad institucional delegada" y además, en el objetivo específico: b) Implementar la gestión clínica que conduzca la producción de resultados con alto nivel de rendimiento y calidad. De igual manera, en el PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL DEL MINSAL 2014-2019, documento que responde a los distintos convenios y tratados nacionales e internacionales, que en materia de salud integral ha suscrito el Ministerio de Salud y el Gobierno de El Salvador y que dentro de los más relevantes se encuentran la Declaración de San Salvador, "Abordaje integral de la enfermedad renal túbulo-intersticial crónica de Centroamérica (ERTCC) que afecta predominantemente a las comunidades agrícolas", del 26 de abril de 2013; cuyo objetivo es "reconocer el grave problema de salud pública ocasionado por esta enfermedad y fortalecer la respuesta a la epidemia en la población de Centroamérica y República Dominicana, fundamentado en el compromiso de las autoridades de salud de la región con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al bienestar de las generaciones actuales y futuras".

Con este propósito, las autoridades realizan esfuerzos encaminados a potencializar la intersectorialidad como estrategia para el abordaje integral de la enfermedad renal e iniciativas como la Unidad de gestión clínica renal con miras a mejorar la calidad de los servicios a dichos pacientes. En ese mismo contexto, se presenta el proyecto de mejora: **DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) COMO ALTERNATIVA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 5, para ser considerado por sus resultados como una estrategia costo beneficio para el paciente y la institución, en el marco de la estrategia de ambulatorización de los servicios, para mejorar el abordaje del paciente con ERC en terapia de sustitución.**

2. Introducción

El Hospital está categorizado como regional y de referencia para toda la zona occidental, por lo que la planificación de sus servicios no debe limitarse a los datos del departamento sede, sino en atender y ser resolutivo a los problemas de salud de la Región, entre ellos la ERC estadio 4 y 5 con predominio de los departamentos de Sonsonate y Ahuachapán.

En este sentido se comprende que en los planes de gestión anual del quinquenio 2009-2014 y 2014-2019 del hospital, se visualicen los esfuerzos para atender dicha patología.

En el año 2015 Epidemiológicamente, la mortalidad se dirigía a la carga de la hipertensión arterial esencial en primer lugar con un 10.2% del total de fallecidos, seguido de la Insuficiencia renal crónica no especificada como la segunda causa con un 7.9%,

Las tasas de letalidad por causa específica de la Diabetes Mellitus (DM) para el 2015 constituyó el 10.5%, la Hipertensión (HTA) el 41% y la Enfermedad Renal Crónica (ERC) 9.2% (1313 egresos con 121 fallecidos). Las características de estos pacientes en su mayoría son masculinos, de procedencia rural y mayores de 50 años con antecedentes de DM E HTA de larga evolución no detectados en forma oportuna y siendo catalogados como estadio 4 y 5.

En el año 2016 la capacidad instalada del hospital dirigida a los elementos de estructura (recursos humanos, fármacos, insumos médicos y no médicos) y tecnología, resultaron limitados para esta población con afección renal, por lo que se inicia la búsqueda de estrategias ya probadas que demuestren ser eficaces y efectivas para el paciente y su familia y traiga como resultados la mejora en la calidad de vida del usuario con ERC.

Es por ello por lo que el equipo de mejora de la Unidad de Terapia dialítica concentra sus esfuerzos ante las limitadas ofertas de servicios para el usuario, lo que trae como consecuencias, tasas de Reingresos para el

año 2015 de hasta el 2.07% en el departamento de medicina interna (promedio mensual de 550 egresos en dicho departamento), en el que el 50% de los reingresos, lo constituye dicha población con indicación de modalidad peritoneal y con incremento en las Infecciones Asociadas a la atención sanitaria, relacionadas a los accesos dialíticos.

Basado en las consideraciones anteriores y con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los usuarios con ERC y eficientizar los costos institucionales, es que se diseña el presente proyecto el cual ha sido apoyado por la Alta Dirección del hospital desde el año 2016 a la fecha.

3. Antecedentes

La atención del paciente con enfermedad renal inicia el año 1998 en el hospital, asignado camas para su abordaje en el departamento de medicina interna (8 camas en los servicios de medicina mujeres y hombres, respectivamente). En el transcurso del tiempo La población de pacientes con enfermedad Renal se ha incrementado, a tal grado que a la fecha se cuenta con un banco de pacientes de 500 mensual estadio 5.

El Hospital Regional habilito la unidad de terapia dialítica desde el año 1987 con la misión de dar respuesta a las necesidades de la red de hospitales del occidente del país, con la siguientes características : 1 medico nefrólogo ,5 enfermeras graduadas, 23 camas asignadas ,23 máquinas para diálisis peritoneal y 11 para hemodiálisis , con una cobertura del servicios de lunes a domingo de 24 horas y ofertando Modalidades de terapia dialítica (hemodiálisis y diálisis peritoneal automatizada intrahospitalaria) ;su producción es de 2000 terapias dialíticas mensual y, de estas 1000 pertenecen a la modalidad peritoneal institucional , que debido a la limitada disponibilidad de camas y de personal de enfermería , no se logra atender a un 100% de pacientes , por lo que únicamente el 70% reciben su atención (se programan 23 terapias y la necesidad real es para 30) lo que representa una demanda insatisfecha del 30% mensual .

Desde el año 2015 se planifico por el equipo de mejora la estrategia de diálisis peritoneal ambulatoria domiciliar para dar inicio en el año 2016 con una sub meta de 60 pacientes para el año 2017 (meta programa 150) y, en un futuro el 100% de los pacientes, la cual ha traído beneficios al usuario, la familia y a la institución misma, ya que nos permite reducir la tasa de reingresos de estos pacientes, reducir la incidencia de IAAS, eficientizar los recursos hospitalarios, reducir el gasto de bolsillo al paciente y familia, contribuir a mejorar la calidad de vida de los mismos.

4. Justificación

La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública que presenta un ascenso en el número de casos con aumento en la morbilidad y mortalidad. Actualmente está considerada una patología catastrófica por la problemática que enfrenta los sistemas de salud debido a la macro inversión económica que demandan y la falta de recursos humanos en estos programas .La atención integral así como los tratamientos sustitutivos demandan cada vez más recursos humanos de enfermería y medicamentos e insumos para la realización de las terapias de sustitución ;por lo anterior ,el hospital, prioriza la modalidad de atención ambulatoria dirigida a enfermedades crónicas degenerativas entre ellas la atención al pie diabético y al paciente con ERC estadio 5 ,apostándole en este último a la modalidad de DPCA como una estrategia de costo beneficio al usuario, en sus diferentes escenarios (familia,comunidad,laboral e institucional).Las dimensiones de la calidad de acceso a los servicios y la oportunidad de la atención son elementos que no se lograban asegurar en el paciente renal ,es de hacer mención que la inclusión de un paciente en una determinada modalidad de diálisis, influye sobre su morbilidad, mortalidad y la propia supervivencia de la técnica.

El menor coste de la Diálisis peritoneal y su carácter de técnica domiciliaria, hacen que en muchos de estos pacientes pueda estar indicada por el menor número de conexiones y menor dedicación por ello del asistente y, optimización de los recursos hospitalarios; reduciendo además en el paciente los riesgos potenciales al ser hospitalizado como lo son las IAAS(infecciones asociadas a la atención sanitaria), reingresos y en relación a los profesionales sanitarios , el agotamiento, el cual es insuficiente para realizar estos procesos.

5. Objetivos

General:

Contribuir a mejorar la atención oportuna del paciente con enfermedad renal crónica estadio 5, mediante la incorporación a la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) como estrategia de Calidad.

Específicos:

- a) Reducir los ingresos hospitalarios en Pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria en el departamento de medicina interna.
- b) Disminuir la tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria relacionadas al acceso dialítico en estos usuarios.
- c) Reducir la demanda insatisfecha en un 15 % en la atención de pacientes renales.
- d) Promover el autocuidado del paciente y la participación de la familia en el grupo de apoyo de salud renal
- e) Mejorar la sobrevida del paciente mediante la adherencia al programa
- f) Contribuir a la satisfacción de usuario con el sistema de salud a través del programa

Período de ejecución del proyecto: Enero 2016 a diciembre 2017.

6. Metodología

a) Identificación de problemas:

La unidad de terapia dialítica en el año 2015 presentaba los siguientes problemas: Hacinamiento por infraestructura inadecuada, tasas de reingresos de pacientes con Enfermedad Renal Crónica al departamento de medicina Interna de 1.03 % (8 pacientes en promedio de Diálisis peritoneal) debido a procedimientos de diálisis insuficiente, Saturación del servicio de medicina interna por paciente renales que necesitaban terapia dialítica (50%), demanda insatisfecha en la Unidad de Terapia dialítica de un 30% (7 de 30 usuarios diarios) en la modalidad de diálisis peritoneal; Insatisfacción del usuario y la familia por falta de terapias, Incremento de estrés laboral del personal médico y paramédico por recurso humano insuficiente, altos costos hospitalarios en la atención de pacientes por reingreso, altas tasas de infecciones asociadas a la atención sanitaria relacionadas al acceso dialítico en los pacientes con diálisis peritoneal; lo anterior fue producto de técnica lluvia de ideas aportadas por el equipo que labora en la unidad de Terapia Dialítica. (Ver anexo 1)

b) Priorización de problemas:

El equipo de mejora mediante la parrilla de ponderación de problemas, asignó puntajes del uno al cinco, explorando las siguientes variables por cada uno de los problemas que se presentaban en la Unidad: si contaba con el apoyo de las autoridades del hospital para el abordaje, la factibilidad económica de la intervención, severidad y magnitud del problema, si el problema era de conformidad a políticas sanitarias, la existencia de evidencia científica para el abordaje, costos justificables y tiempo requerido para la solución de problemas. Esto permitió mediante el consenso, que el equipo de mejora seleccionara el problema de mayor puntaje previo análisis, tomando la decisión de priorizar la demanda insatisfecha (7 pacientes diarios) en terapia de sustitución tipo diálisis peritoneal con puntaje de 41, asignado por el equipo de mejora (Ver anexo 2)

c) Enunciado del problema:

La unidad de terapia dialítica del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana únicamente logra atender al 70% de la demanda diaria de pacientes en diálisis peritoneal (23 de 30 pacientes diarios) con una brecha de 30% (7 pacientes diarios).

d) Análisis de la situación:

El equipo de mejora seleccionó la metodología de Causa –Efecto de ISHIKAWA, ya que esta técnica permite visualizar y analizar las causas posibles que generan el problema. De esta forma, se realizó la representación gráfica de las siguientes posibles causas:

- Limitado recurso humano de enfermería para efectuar el procedimiento
- Alta incidencia de IAAS relacionadas a tunelitis y sitios de catéter
- Infraestructura inadecuada para la realización del procedimiento
- Poco involucramiento de la familia (corresponsabilidad) en la terapia
- Equipo Limitado para realizar procedimiento.

Basado en las consideraciones anteriores ,se procedió a realizar un proceso de análisis para valorar las posibles intervenciones ,aplicando la parrilla de ponderación con escala de puntuación del 1-5 que bajo la metodología de consenso, el equipo priorizo potencializar la DPCA como estrategia para mejorar el abordaje de los usuarios con ERC 5.(Ver anexo 3); a continuación se sometieron nuevamente mediante la parrilla de ponderación con puntajes de 1-5 las intervenciones afín de seleccionarlas y ser propuestas en el plan de mejora (ver anexo 4)

e) Diseño Plan de Mejora:

utilizando las herramientas de calidad previamente descritas, el equipo se dispuso a realizar el plan de mejora, el cual describe a continuación:

Nombre de la Unidad organizativa: Unidad de Terapia dialítica		
Dependencia: División medica		
Equipo de Mejora: Dr. Carlos Salinas, Lcda. Yolanda Rojas Lcda. Laura Olmedo Tec. Israel Ramírez		
Problema identificado: La unidad de terapia dialítica del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana únicamente logra atender al 70% de la demanda diaria de pacientes en diálisis peritoneal (23 de 30 pacientes), con una brecha de 30%(7 pacientes)		
Programa de mejora: desarrollar el programa de DPCA como alternativa de calidad al paciente y a la institución.		
Objetivo: implementar la terapia dialítica ambulatoria manual y automatizada, mediante un plan estructurado satisfaciendo las necesidades e innovando dentro del programa DPCA, incorporando al paciente a su desempeño laboral y familiar. Específicos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el conocimiento del paciente familia y personal • Lograr la aplicación de principios y técnicas en el desarrollo de los diferentes procedimientos • Mejorar la calidad de vida del paciente • Mejorar el apoyo familiar • Disminuir los costos hospitalarios • Incorporación al paciente en su desempeño laboral • Descongestionar los servicios hospitalarios y crear un mayor compromiso del paciente y su grupo familiar 		
Proceso mejorado: Reducir la demanda insatisfecha de usuarios con enfermedad Renal estadio V.		
Metas a lograr para el año 2017, diciembre.		
Variables	Línea de base al 2015	Meta a diciembre 2017
Nº de pacientes en diálisis peritoneal	150 usuarios	60 usuarios incorporados a la DPCA
% de ingresos al departamento de medicina interna de pacientes renales crónico estadio 5 con	1.5%	Reducir en un 0.5% (1%)

modalidad peritoneal ambulatoria.		
Tasa de IAAS acceso dialítico	5.9 X 1000 de catéter	Reducir a 3 X1000 DIAS
Procesos de educación e información a la familia	Planes de educación deficientes	Fortalecer el proceso de educación e información y orientación a paciente y familia
% de satisfacción percibida por el paciente y/la familia.	30% insatisfecho	Incrementar la satisfacción de los pacientes en el programa DPCA en un 80%.

f) **Ejecución del Plan de Mejora:** Este plan se realizó en varias fases las cuales se detallan a continuación:

1. Presentación del proyecto a la Alta Dirección y al consejo de Gestión estratégica para su aprobación.
2. Conformación del equipo de mejora,
3. Coordinación con las unidades relacionadas con el programa, (transporte, nutrición, psicología. Trabajo social.
4. Diseño e implementación del proceso de atención de DPCA (ver anexo 5)
5. Capacitación a técnico de enfermería para instrucción a pacientes.
6. Diseño e implantación de un protocolo de incorporación progresiva a pacientes (ver anexo 6)
7. Gestión con la dirección para los insumos y readecuación de la Unidad de diálisis para el centro de capacitación de DPCA.
8. La selección de pacientes mediante criterios, los cuales se enuncian el proceso.
9. Capacitación al paciente.
10. Visitas domiciliarias por enfermería, médico, trabajo social, nutricionista y psicólogo para verificar las condiciones del hogar y evaluación del paciente.
11. Inscripción al programa DPCA.
12. Seguimiento de pacientes mediante visitas domiciliarias por el equipo.
13. Evaluación en marcha y corrección de situaciones encontradas.

g) **Evaluación de resultados y realimentación.** Los resultados a junio 2017 se exponen en la siguiente tabla:

Objetivo	Indicador	Meta	Fuente de verificación	Resultados a junio 2017
Reducir los ingresos hospitalarios en el departamento de M. Interna por Paciente renal en diálisis peritoneal	% de pacientes que ingresan al Depto. de M.I. (1.5%)	Reducir en 1 % los ingresos en este grupo de pacientes	Censos de pacientes de medicina interna	0.92%
Disminuir la tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria relacionadas a infección del sitio del catéter y tunelitis.	% de peritonitis x 1000 días catéter	Reducir a 3 X 1000 de catéter (base 5.9)	Informe de IAAS mensual	3 x 1000 días
Reducir la demanda insatisfecha a un 15 % en la atención de pacientes renales de diálisis peritoneal.	% de demanda insatisfecha Línea de base 150 pacientes en diálisis peritoneal	Reducir a 3 pacientes diarios la demanda, (de 7 a 3 diarios)	Censos de Unidad de Terapia dialítica	60 pacientes incorporados de una meta de 150 pacientes

Promover el autocuidado del paciente y la participación de la familia.	Documento de educación diseñado e implementado. % de pacientes que asisten a los grupos de apoyo.	Documento elaborado e implementación del plan y de los materiales	Documento Elaborados, materiales de información al usuario.	Se cuenta con plan de educación y % de pacientes participando activamente: 50 pacientes.
--	--	--	--	---

h) Sistematización de los procesos de mejora:

Para que el hospital progrese y se adapte a los cambios, el aprendizaje y documentar las lecciones de sus experiencias es clave con el objetivo de identificar y comprender las buenas prácticas y que puedan ser compartidas y /o replicadas con otras instituciones. En base a las consideraciones anteriores, el equipo de mejora describe las experiencias en el orden de presentación durante el desarrollo del proyecto:

1. Identificación, Selección del problema, análisis y evaluación de las intervenciones, para ello utilizaron la herramienta de calidad ya mencionadas (lluvia de ideas, parrilla de ponderación de problemas y evaluación de intervenciones de que nos permite asignar puntuación de 1-5 mediante el análisis de las variables) y análisis causa efecto de ISHIKAWA.
2. Elaboración de un proceso para la modalidad de DPCA y de criterios para la selección de paciente que cumplieran las siguientes condiciones: apoyo familiar, cavidad peritoneal funcional, condiciones en la vivienda (agua potable, energía eléctrica, un área exclusiva para la realización de su procedimiento), capacidad en el paciente o cuidadores en el dominio de la técnica de conexión-desconexión.
3. Diseño de herramientas técnicas tales como: hoja de Balance Hídrico del paciente, visita domiciliar, consulta médica, hoja de atención de enfermería, lista de chequeo de enfermería, hoja de consulta nutricional y cronogramas para la atención psicológica, nutricional, hoja de entrega de insumos y lista de chequeo que contiene los requisitos.
4. Realización de primera visita domiciliar por grupo multidisciplinario: psicóloga, nutrición enfermería y trabajo social con el objetivo de validar la calificación de entrada al usuario al programa
5. Visita de seguimiento (segunda visita) para verificar que se ha cumplido con los requisitos
6. Incorporación al paciente al programa, para ello se ha diseñado una lista de chequeo que contiene los requisitos de entrada.
7. Introducción del paciente al sistema en línea del MINSAL SIAP informando el cambio de modalidad.
8. Solicitud del consentimiento informado.
9. Evaluación nutricional y psicológica de inicio al programa.
10. Asignar cita para control de exámenes laboratorio.
11. Aplicación de Eritropoyetina y Hierro y si hay necesidad se trasfunde.
12. Programa de cita para entrega de insumos cada 2 meses.
13. Visita subsecuente cada 2 meses, en donde se evalúa: verificación de la terapia, lavado de manos condiciones higiénica del hogar y recomendaciones en forma estricta.
14. La incorporación a terapia automatizada ambulatoria en algunos casos (8 usuarios)
15. Evaluación periódica del programa para la detección de fallas y sus correcciones.
16. Diseñar un plan de control de infecciones asociadas a la atención sanitaria para la unidad de terapia dialítica.
17. Diseñar un programa de educación en salud renal al usuario y familia con apoyo de todo un equipo multidisciplinario.

El programa ha presentado algunas limitantes tales como:

- Desabastecimiento de insumos médicos el cual se ha solventado mediante donaciones de la empresa privada. y personas altruistas e iglesias y gestiones de la dirección con otros hospitales.
- Falta de transporte, el cual se está trabajando gestionando con la comunidad, la alcaldía, y en futuro inmediato a través de la coordinación con la RIIS. Al momento se ha superado remitiendo oportunamente el programa de visitas a la unidad de transporte.

- Aceptación de la modalidad ambulatoria del paciente, solventada con ayuda psicológica, enfermería y testimonios de otros pacientes.

i) **Estandarización de experiencias exitosas:** estas se pueden clasificar a dos niveles:

A nivel de paciente y grupo familiar:

1. Se ha mejorado el conocimiento del paciente y familia, sobre su cuidado y patología.
2. Se ha mejorado la calidad de vida e incorporado al paciente en los diferentes escenarios de su vida (familia, comunidad, escuela, laboral)
3. De igual manera se ha reducido el gasto del bolsillo a la familia al no tener que desplazarse al hospital.
4. Se ha generado mayor compromiso del paciente y su grupo familiar en el auto cuidado
5. Los pacientes de Guatemala han permanecido en el programa e incorporados al programa de trasplante renal en su país.
6. El resultado del programa ha permitido que 5 pacientes retornen a su vida laboral y puedan ser beneficiados por el ISSS de Santa Ana.

A nivel del hospital

1. Se ha habilitado un espacio físico para la educación a pacientes y familia.
2. Se han contribuido a reducir los costos hospitalarios (ver anexo 7,8,9)
3. Se ha reducido la demanda insatisfecha a de 7 a 3 pacientes, al momento se ha cumplido con el protocolo de incorporación progresiva cuantificando 6º pacientes, es decir se alcanzó la meta a junio 2017.
4. Se ha diseñado registro para el control de entrega de insumos médicos y no médicos por paciente cada 2 meses.
5. Se ha fortalecido la atención del paciente mediante el abordaje integral multidisciplinario.
6. Se ha diseñado un programa para el control de las IAAS.
7. Reducción de las IAAS en los accesos dialíticos.
8. Se han reducido los ingresos a los servicios de medicina interna.
9. Alianza estratégica con la empresa privada para beneficiar a los pacientes con programas educativos, y fortalecimiento de la diálisis ambulatoria en automatizada y gestión del conocimiento del personal sanitario institucional.

7. Principios fundamentales para la mejor práctica

a) Liderazgo y Compromiso de la Alta Dirección para promover la mejor práctica

- a) ¿De qué manera la alta dirección promueve la Implementación de mejores prácticas?
La alta dirección promueve la mejor practica comisionando a la Unidad de Calidad institucional como el ente responsable de capacitar, asesorar y acompañar en metodología PHVA a los equipos de mejora continua de las unidades organizativas del hospital; otro mecanismo es mediante la incorporación de objetivos estratégicos relacionados a mejorar la calidad de los procesos asistenciales de los usuarios en el plan anual operativo institucional; facilita además, espacios tales como el consejo Estratégico y el comité directivo de IAAS con el propósito de discutir y apoyar estrategias para el desarrollo de los proyectos.
- b) ¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor práctica? La alta dirección se involucra mediante la supervisión del equipo de Alta dirección (ESHO, equipos de supervisión hospitalaria) quienes evidencia las situaciones diagnosticas de cada unidad y surgen compromisos mutuos; Este espacio gerencial permitió conocer más de cerca y Priorizar los problemas de la unidad de Terapia dialítica y ubicarlo en el plan estratégico institucional ya que afectaban y afectan a las poblaciones que representan los principales problemas de atención en el hospital. Otra manera de involucrarse es mediante la gestión de los insumos y medicamentos, es decir todos los requerimientos del programa para lograr las metas propuestas.
- c) ¿Cómo la alta dirección empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la mejor práctica? Los empodera brindando las herramientas técnicas para la formulación de los proyectos

de mejora con la asesoría y acompañamiento de la Unidad de Calidad Hospitalaria. Además, ha gestionado capacitación especializada a los miembros del equipo para el mejor desarrollo de las actividades por personal externo especializado y gestionando las necesidades del equipo en relación con el programa.

d) ¿Cómo la alta dirección da a conocer la mejor práctica a toda la organización?

La alta Gerencia interesada en promover, y motivar a la realización de buenas prácticas, socializo el proyecto a través de reunión con las diferentes jefaturas de las unidades hospitalarias en el espacio de sala situacional, al consejo estratégico de gestión, informando a la vez al personal mediante carteleras y flyer que contienen información del proyecto; además, visualizando avances y limitantes de los mismos para las intervenciones oportunas.

b) Apoyo para el desarrollo e implantación de la mejor práctica.

a) ¿Cómo apoya la alta dirección el desarrollo y la implantación de la mejor práctica? La Alta gerencia facilita los permisos para que el equipo realicen las siguientes actividades: capacitación del equipo responsable directo del programa, realización de visitas domiciliarias , autorización del transporte ; de igual manera apoya las coordinaciones multidisciplinarias para el desarrollo del programa , autoriza impresión de la papelería de cada uno de los registros diseñados, gestiona los insumos, medicamentos y capacitaciones de los equipos para el fortalecimiento de la modalidad. Y fortaleció la infraestructura de la UTD (readecuación).

b) ¿Qué medios utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor práctica? El medio que ha definido la Alta gerencia son la supervisión y seguimiento por parte de la UOC, comité de IAAS, ESHO (equipo de supervisión hospitalaria); además ha fortalecido al grupo de apoyo de Salud renal integrando a la unidad de trabajo social, capacitación continua, sistema de control domiciliario y dotación de necesidades para el funcionamiento del programa (insumos y medicamentos). Ha dotado de medios electrónicos para la implementación del registro nacional de pacientes en diálisis y asigno a la unidad de Terapia Dialítica, de un asistente administrativo para apoyar las actividades administrativas; destaca así mismo el apoyo con la readecuación de la unidad para el centro de capacitación de Diálisis Ambulatoria.

c) ¿Cómo la alta dirección generó compromiso de las jefaturas y líderes del equipo para el desarrollo de la mejor práctica? El equipo se ha comprometido mediante:

- Presentando el programa en consejo de gestión estratégica.
- Dotándoles de las necesidades para implantar el programa.
- Sosteniendo reuniones con el equipo de mejora y sus desafíos.
- Capacitando en forma periódica a los miembros del equipo.
- Dotándoles de insumos, infraestructura, equipo y apoyo logístico según los requerimientos del programa.

c) Reconocimiento a equipos de trabajo

a) ¿Qué políticas e incentivos aplica la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes de equipos que desarrollan mejores prácticas?

El Hospital cuenta con un plan de incentivos no financiero desde el año 2013 fundamentado principalmente en reconocer y premiar el esfuerzo de las Unidades Organizativas ; es por ello que para seleccionar la practica ejemplar La Dirección conformo una comisión de calidad constituida por miembros que han tenido la oportunidad de participar en las mejores prácticas y se les comisiona para es cogitar del banco de proyectos en ejecución, los que han demostrado resultados positivos a la institución en beneficio del paciente Luego de un proceso técnico, los equipos exponen sus avances al consejo estratégico y las jefaturas en el espacio de sala situacional. Lo anterior, reta a los equipos de mejora a que los procesos deben de mejorar la calidad en la atención y de esta forma la aplicación de la política de calidad institucional debe de ser coherente con los proyectos de mejora. En la institución la facilitación del tiempo y los espacios necesarios para mejorar el programa es una motivación para el equipo del proyecto.

b) ¿Cómo la organización reconoce a cada miembro de los equipos y su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en las mejores prácticas?

La dirección estimula al equipo comprometiéndose en un reconocimiento público ante los logros alcanzados. La alta gerencia reconoce públicamente, estimula a cada miembro del equipo en forma individual mediante un diploma de excelencia y entrega una placa de reconocimiento al equipo de mejora en el espacio de Sala situacional. De igual manera el fortalecimiento de las necesidades para el funcionamiento del programa motiva al equipo, reduciendo las brechas que limitan el buen desempeño de los recursos.

RECONOCIMIENTO DE LA ALTA GERENCIA A LAS MEJORES PRACTICAS OCTUBRE 2017



ESPACIO GERENCIAL SALA SITUACIONAL ANTE LAS JEFATURAS DEL HOSPITAL.

d) **Identificación y selección de la oportunidad de mejora**

- a) **Cómo se identificó la oportunidad de mejora o problema a resolver?**
Se identificó mediante la técnica de lluvia de ideas de los problemas que presenta la unidad de terapia dialítica en el año 2015 por parte del equipo que labora en la unidad, e informes generados por el comité de IAAS, análisis del perfil epidemiológico del departamento de medicina interna, reporte mensual de pacientes y reporte de demanda insatisfecha de la Unidad de terapia dialítica. Todo lo anterior, constituyo las fuentes de datos que generaron la visualización de todos los problemas de la Unidad. Seguidamente se sometieron los problemas a la parrilla de ponderación para la selección de las temáticas a intervenir. (ver anexo 1)
- b) **¿Qué parámetros utilizaron para la priorización de la oportunidad de mejora?** En la parrilla de priorización se enunciaron las siguientes variables: factibilidad técnica y financiera, magnitud y, severidad del problema, impacto económico, conformidad con las políticas sanitarias, intereses hospitalarios, evidencia científica y apoyo del equipo (ver anexo 2).
- c) **¿Cuáles herramientas de calidad aplicaron para la priorización de problemas?** Las herramientas de calidad empleadas fueron las siguientes: Lluvia de ideas, parilla de ponderación de problemas (1-5) con las variables anteriormente enunciadas, Análisis causa- efecto de ISHIKAWA, y el plan de mejora continua de la calidad (anexo 1-4).
- d) **¿Cómo proyecto el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora?**
Se observó el comportamiento de la demanda insatisfecha de los años 2014-2015, al igual que el perfil de IAAS de los pacientes de la Unidad de diálisis ;se realizó el análisis de los costos directos e indirectos de las diferentes modalidades dialíticas(ver anexo 7,8,9) ;lo anterior permitió al equipo estimar los beneficios del programa para el usuario y su grupo familiar(incorporación a los

diferentes escenarios de la vida del usuario), y a nivel institucional: costos del programa ahorro que trae consigo la implementación del mismo (recursos humanos, agua, espacio físico ahorro energético, reducción de estancias hospitalarias ante infecciones nosocomiales, disminución de ingresos hospitalarios .

- e) La oportunidad de mejora se relaciona con la autoevaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad de la Gestión Pública.?

Si, está vinculado con los principios relacionados al desarrollo de la gestión por procesos, la continuidad en la prestación de servicio de la empresa pública y los principios de eficiencia economía y eficacia.

e) Recolección y análisis de la información

- a) Metodología aplicada para la recolección y análisis de la información (mostrar evidencia): el equipo gestor realizó una revisión sistemática y análisis de la información generada por el departamento de epidemiología ,los informes mensuales de IAAS ,sistema de estándares de calidad específicamente el 26 del departamento de medicina interna y la producción de la unidad de terapia dialítica; Así mismo, la revisión de registros de programación de terapias dialíticas peritoneales en donde se evidenciaba la reprogramación de pacientes por limitada de disponibilidad de cupos en donde se priorizaban las situaciones de emergencias. Otra metodología era la observación directa de los pacientes quienes se encontraban insatisfechos por el limitado acceso a la terapia. Posteriormente, con la aplicación de las herramientas de calidad se pudo realizar un abordaje técnico científico para la construcción y mejoramiento del plan de mejora de la Unidad.
- b) Herramientas utilizadas para la recolección, clasificación, consolidación y análisis de la información (mostrar evidencia): el equipo ha diseñado herramientas tales como: hoja de Balance Hídrico del paciente, hoja de visita domiciliar, consulta médica, hoja de atención de enfermería ,lista de chequeo de enfermería, hoja de consulta nutricional y cronogramas para la atención psicológica, nutricional ,hoja de entrega de insumos y lista de chequeo que contiene los requisitos para asegurar que el paciente se encuentra apto para ser incorporado al programa.
- c) Las fuentes de datos que utilizó y verificación de su confiabilidad.: las fuentes que se utiliza para diseñar ,evaluar y dar seguimiento son :SIMOW ,expediente clínico ,censos de la Unidad, sistema de citas, SIEC(sistema integrado de enfermedades crónicas) hospital de día, VIGEPES 01,y últimamente el registro nacional de pacientes en diálisis, e instrumentos propiamente diseñados para el programa: control de visitas domiciliarias ,registro de control de entrega de insumos al paciente y del transporte .
- d) ¿Cómo determinó y cuál es la brecha existente entre la situación actual y la situación deseada?
La unidad posee un banco de datos de pacientes en diálisis peritoneal institucional y el registro de control de la demanda insatisfecha (23/30, brecha de 7 usuarios que no recibían su terapia),lo que permitió establecer la línea de base de partida; además los informes del comité de IAAS que arrojaban datos de infección en sitios de catéter de hasta 5.9 por 1000 días de catéter; de igual manera ,la observación directa de la demanda lo que incluso motivo a la iglesia a contribuir brindando albergue a los pacientes procedentes de Áreas Geográficas de largas distancias al hospital, las quejas de los servicios del departamento de Medicina Interna por el hacinamiento y sobredemanda de usuarios con ERC 5 que ameritaban terapias .Todo lo anterior, motivo al diseño de indicadores y metas del programa.

f) Gestión de la Mejor Práctica

- a) Planificación de la mejor práctica:
Para la identificación, selección del problema, análisis y evaluación de las intervenciones, se utilizaron la herramienta de calidad ya mencionadas (lluvia de ideas, parrilla de ponderación de problemas y evaluación de intervenciones de que nos permite asignar puntuación de 1-5 mediante el análisis de las variables) y análisis causa efecto de

ISHIKAWA.

Establecimiento de objetivos metas e indicadores

Elaboración de un proceso para la modalidad de DPCA y de criterios para la selección de paciente que cumplieran las siguientes condiciones: **apoyo familiar, cavidad peritoneal funcional, condiciones en la vivienda (agua potable, energía eléctrica, un área exclusiva para la realización de su procedimiento), capacidad en el paciente o cuidadores en el dominio de la técnica de conexión-desconexión.**

Diseño de herramientas técnicas propias del programa

Capacitación del equipo técnico para la DPCA

Coordinación con otras unidades organizativas para la selección del equipo de multidisciplinares según roles y funciones para el seguimiento para el desarrollo del programa de salud renal

Establecimiento de un cronograma donde se establecían visitas de evaluación del paciente y su seguimiento.

Finalmente, este programa fue presentado a la Alta Dirección para su aprobación.

- b) ¿Cómo la mejor práctica está orientada con la visión, misión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización? En la misión y visión del hospital san juan de dios de Santa Ana se expresa que los equipos que brindamos el servicio estamos calificados y comprometidos con los usuarios y que nuestras acciones deben de estar basadas en principios de Calidad, equidad, ética y humanismo; por tanto este proyecto de mejora en la atención de paciente Renal es acorde con la filosofía institucional ya que contribuye a mejorar la calidad de vida del usuario, disminuyendo sus ingresos, a nivel hospitalario, reduciendo la demanda insatisfecha; como valor agregado se ha mejorado el ambiente laboral del personal de la unidad tal como lo establece la política institucional de Calidad.

En cuanto a los lineamientos estratégicos, el funcionamiento del programa se fundamenta en el modelo de gestión por procesos y, los principios inspiradores de la carta IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA y es visualizado en el plan estratégico del Hospital 2016-2017 objetivo 3 y 4, lo que asegura el apoyo de la alta dirección.

- c) ¿Cómo la organización seleccionó al equipo de trabajo para el desarrollo de la mejor práctica: seleccionó al equipo en base a las capacidades técnica y funciones específicas que desarrolla el equipo de trabajo en la UTD; ¿además, el compromiso demostrado con el paciente y la institución, el grado de motivación y espíritu servicio?
- d) ¿Cuáles son los objetivos definidos para la mejor práctica?
General: Contribuir a mejorar la atención oportuna del paciente con enfermedad renal crónica estadio 5, mediante la incorporación a la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) como estrategia de Calidad.

Específicos:

- Reducir los ingresos hospitalarios en Pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria en el departamento de medicina interna.
- Disminuir la tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria relacionadas al acceso dialítico en estos usuarios.
- Reducir la demanda insatisfecha en un 15 % en la atención de pacientes renales.
- Promover el autocuidado del paciente y la participación de la familia en el grupo de apoyo de salud renal
- Mejorar la sobrevida del paciente mediante la adherencia al programa
- Contribuir a la satisfacción de usuario con el sistema de salud a través del programa

- e) ¿Cómo se definió el plan de trabajo, cómo se asignó a los responsables a cada actividad y cuál es el mecanismo de control y seguimiento utilizado para el logro de los objetivos

planteados a fin de reducir la brecha identificada?

El proyecto se planificó con el personal de unidad diálisis en noviembre 2015 con metodología participativa; posteriormente, se presentó a la dirección del hospital, al consejo de gestión, y jefe de división médica para su aprobación (diciembre 2015); los responsables del programa se asignaron en base a sus capacidades, competencias y especialidades y como cada uno de ellos desarrollaría un rol específico en la atención del usuario.

Seguidamente se elaboró un cronograma para la implantación del mismo que incluía la capacitación a personal técnico de la unidad.

Se establecieron los criterios de selección de los pacientes (los cuales ya se mencionaron) y en relación con los mecanismos de control estos se enfocaron principalmente a: incorporación paciente al programa, capacitación a pacientes, control de visita domiciliar, asistencia de pacientes a cita médica y control de insumos y medicamentos y control de IAAS.

f) ¿Cuál fue el presupuesto de la mejor práctica y cómo se financió?

Este proyecto es desarrollado desde su inicio con fondos GOES asignados al hospital, los cuales se describen en. presupuesto de la mejor práctica (anexo 7). Es de resaltar, que la unidad fue readecuada para la gestión del programa constituyéndose en el centro de capacitación para diálisis ambulatoria, cuya fuente de financiamiento es el presupuesto asignado al hospital.

g) Implantación de la mejor práctica.

a) Pasos. Etapas o estrategias desarrolladas: El proyecto se desarrolló en varias etapas:

1. Identificación, Selección del problema, análisis y evaluación de las intervenciones, para ello utilizaron la herramienta de calidad ya mencionadas (lluvia de ideas, parrilla de ponderación de problemas y evaluación de intervenciones de que nos permite asignar puntuación de 1-5 mediante el análisis de las variables) y análisis causa efecto de ISHICAWA. (ver anexo1- 4).
2. Elaboración de un proceso para la modalidad de DPCA y de criterios para la selección de paciente que cumplieran las siguientes condiciones: **apoyo familiar, cavidad peritoneal funcional, condiciones en la vivienda (agua potable, energía eléctrica, un área exclusiva para la realización de su procedimiento), capacidad en el paciente o cuidadores en el dominio de la técnica de conexión-desconexión.**
3. Diseño de herramientas técnicas tales como: hoja de Balance Hídrico del paciente, visita domiciliar, consulta médica, hoja de atención de enfermería, lista de chequeo de enfermería, hoja de consulta nutricional y cronogramas para la atención psicológica, nutricional, hoja de entrega de insumos y lista de chequeo que contiene los requisitos. |
4. Realización de primera visita domiciliar por grupo multidisciplinario: psicóloga, nutrición enfermería y trabajo social con el objetivo de validar la calificación de entrada al usuario al programa
5. Visita de seguimiento (segunda visita) para verificar que se ha cumplido con los requisitos
6. Incorporación al paciente al programa, para ello se ha diseñado una lista de chequeo que contiene los requisitos de entrada.
7. Introducción del paciente al sistema en línea del MINSAL SIAP informando el cambio de modalidad
8. Solicitud del consentimiento informado
9. Evaluación nutricional y psicológica de inicio al programa
10. Asignar cita para control de exámenes laboratorio
11. Aplicación de Eritropoyetina y Hierro y si hay necesidad se trasfunde
12. Elaboración del Programa de cita para entrega de insumos cada 2 meses
13. Visita subsecuente cada 2 meses, en donde se evalúa: verificación de la terapia, lavado de manos condiciones higiénica del hogar y recomendaciones en forma estricta.

14. La incorporación a terapia automatizada ambulatoria en algunos casos (8 usuarios)
15. Evaluación periódica del programa para la detección de fallas y sus correcciones
16. Diseño de un plan de control de infecciones asociadas a la atención sanitaria para la unidad de terapia dialítica
17. Diseño de un programa de educación en salud renal al usuario y familia con apoyo de todo un equipo multidisciplinario

b) ¿Cómo se identificó el apoyo de otras áreas de la organización para el logro de los objetivos?

El equipo analizo las necesidades del paciente renal para la implementación del programa es decir el banco de actores involucrados (médico, enfermero entrenado, nutricionista, trabajador social, psicólogo) y Mediante notas giradas a través del director del hospital, se logró la colaboración de las diferentes áreas.

c) ¿Cuáles fueran las dificultades presentadas para el logro de la implementación de la mejor practica?

La disponibilidad de un área adecuada en un inicio para adiestramiento la cual se corrigió con la construcción del centro de capacitación por parte de la dirección del centro hospitalario.

La falta de transporte para las visitas domiciliars la cual hasta a la fecha se están superando mediante la entrega oportuna de las fechas programadas de visitas domiciliars a trasporte, trabajo social, nutrición y psicología.

La falta de insumos y de medicamentos las cuales se han suplido mediante gestiones realizadas por la dirección.

En algunos casos las viviendas de los usuarios no contaban con espacios adecuados lo cual fue superado mediante alianzas con las alcaldías locales (meta pan).

h) Control y Seguimiento.

a) Como se realizó el control y seguimiento en el desarrollo de la mejor práctica.

Se planifico la incorporación de pacientes según el siguiente protocolo: 4 mensuales el primer año hasta llegar a 50 pacientes y el 2 año incorporación 1 cada mes con el objetivo de llevar a 60 pacientes. (ver anexo 6).

Además, la programación de seguimiento de los usuarios en las visitas domiciliars.

Reuniones periódicas del equipo en relación con la solución de las fallas que se presentan.

b) Ante las desviaciones que se presentaban durante el desarrollo, como se aseguró la adopción de medidas y cuáles fueron las medidas que se tomaron para prevenir que se volvieran a presentar.:

Las limitantes han sido relacionadas al trasporte para las visitas, lo cual ha sido superado con el apoyo de la Dirección y la entrega oportuna de la programación. A futuro inmediato mediante la coordinación en RIIS, se espera un mejor desempeño del programa.

En relación con los insumos, las gestiones oportunas de la dirección para el traslado entre hospitales y compras de libre gestión tratan de corregir esta limitante.

c) Como se aseguró que la participación de otras áreas en la mejor practica fueran efectiva:

Girando las notas de cooperación a las diferentes disciplinas, y apersonándose la jefatura con cada actor involucrado. Además, estos actores participan en forma activa en el plan educativo del grupo de apoyo aportando temas según su especialidad.

d) Como se realizó la evaluación de los resultados y reducción de la brecha al aplicar la mejor práctica.:

El equipo de mejora realiza reuniones mensuales a fin de detectar y corregir fallas

A través de evaluación periódica del cumplimiento de metas de los procesos del servicio de la unidad de diálisis, para evaluar los beneficios y oportunidades de extenderlo hacia otros pacientes (ver anexo 12)

Supervisión, monitoreo y evaluación bimensual dirigida a los pacientes del programa de diálisis

ambulatoria. (ver anexo 12)

Aplicación de la metodología: Ciclo PHVA para evaluar áreas de mejora.

Evaluación de la satisfacción de los usuarios sobre la atención brindada (ver anexo 11).

Plan de prevención y valoración de riesgos de la Unidad de diálisis para identificar obstáculos e intervenir oportunamente.

Supervisión por parte de la unidad de la división médica.

i) Gestión del Equipo de Trabajo.

- a) Integración del equipo de trabajo. como se aseguró la integración del equipo de trabajo, el desempeño de los miembros del equipo, como se aseguró la sinergia entre ellos y como se contribuyó al desarrollo de la mejor practica?

El equipo fue designado por la alta gerencia, el cual se conformó con el siguiente personal: un representante de la unidad de nutrición, de psicología, un representante trabajo social, el enfermero responsable y el medico nefrólogo, dirigente del proyecto; dicho equipo ha sido capacitado motivado, incentivado lo cual contribuye al buen desempeño del mismo.

- b) Desarrollo del Equipo de Trabajo: ¿cómo se evaluó conocimientos y habilidades de cada miembro que contribuyeron a la mejor práctica, se gestionó fortalecimiento de estas competencias? ¿Qué control y seguimiento se dio a los miembros del equipo de trabajo para asegurar la efectividad de la mejor práctica?

Se impartieron talleres de capacitación especializada al equipo responsable sobre atención al paciente renal por parte de la empresa BAXTER, y talleres de Bioseguridad al personal de enfermería y diplomado de gestión por procesos y ciclo MCC al médico nefrólogo y a la jefa de enfermería de la unidad.

j) Gestión del conocimiento e Innovación de la Mejor Práctica.

- a) ¿Qué iniciativas se han realizado para generar aprendizaje a partir de la mejor práctica? La sistematización del proceso de atención al usuario desde la selección del usuario hasta el seguimiento en sus domicilios (ver anexo 5).

Además, se han elaborado los criterios de selección para los usuarios a ser incorporados del sistema de salud (ver anexo 5)

Conformación e Integración del equipo multidisciplinario en la atención del usuario con ERC.

Acercamiento del hospital hacia la comunidad (hospital de puertas abiertas).

- b) ¿Cuáles son los elementos de innovación generados a partir de las experiencias y lecciones aprendidas de la mejor práctica? Actualización de la modalidad de terapias dialíticas en El Salvador en conformidad con las tendencias mundiales lo que favorece al paciente a la familia y a la institución , Se ha diseñado el Protocolo del programa del programa (ver anexo 6), implementación de un programa de educación al paciente, se han fortalecimiento los conocimientos del personal de la unidad y del paciente ,optimización de los recursos de enfermería, corresponsabilidad del paciente y la familia en el programa , se ha diseñado un proceso para la atención del usuario(anexo 5) y elaboración de un sistema de control en la entrega de insumos y medicamentos.

- c) ¿Que se consideró para generar los elementos de innovación? Bienestar del paciente y su grupo familiar, actualización de las terapias dialíticas, oportunidad de gestionar el conocimiento en el capital humano de la UTD, los elementos de estructura de las unidades tales como descongestionar la UTD, así como, los servicios del departamento de medicina interna, y el acercamiento del hospital a la comunidad.

- d) ¿Cómo esta innovación agrega valor y mejoro el desempeño de la organización? El paciente y la familia no se desplazan a la UTD, ES DECIR EL ACCESO al servicio en su domicilio como dimensión de calidad en el servicio, optimización de los recursos de enfermería, la participación del paciente y la familia en el programa, incorporación del paciente a su vida laboral, la sensibilización de las alcaldías manifiesta al apoyo del programa en los pacientes según AGI, mejor coordinación del sistema de salud entre estos el ISSS y los ECOS familiares para la continuidad de la asistencia clínica.

k) Resultados de la Mejor Práctica.

- a) ¿Cuál es la reducción de la brecha identificada durante la planificación y después de aplicar la mejor práctica?

La implementación de la mejor práctica ha permitido:

- Reducción de la demanda insatisfecha a un 15% (lo que equivale a 100 pacientes mensuales de 200)
- Disminución en la aparición de aparición de IAAS de accesos dialíticos a 0.9 x 1000 días catéter (antes 5.9 por 1000 días catéter (ver anexo 10)
- Disminución en los ingresos en estos pacientes incorporados al programa (ver anexo 12)
- Ahorro mensual de la institución: paciente en modalidad institucional tiene un costo de \$ 1674 (costos directos e indirectos) vs. ambulatoria \$542 (por usuario) siendo el ahorro de \$1132 por usuario (. ver anexo 9)
- Proteger y Eficientizar el desempeño del capital humano de la institución, en vista que se mejora el ambiente laboral y la sobrecarga de trabajo.

- b) ¿En que aspectos se ha mejorado después de implementar la mejor práctica?

los aspectos que se han mejorado con la mejor practica son entre otros, la. descongestión de los servicios de medicina interna, eficiencia en los recursos de la unidad, contribuir a la seguridad y economía familiar del paciente, la reducción de IAAS (ver anexo 10), optimización de los recursos institucionales, terapias dialíticas actualizadas que facilitan la preparación para trasplante renal.

- c) ¿Cuáles son los resultados y el impacto en los usuarios? Mejora de la economía familiar del paciente, del estado de salud mental de los usuarios, la inserción a su vida laboral (ver anexo 9 y 13), y un hospital sensible de puertas abiertas a la comunidad y contribución a mejorar el estado biológico del paciente.

- d) ¿Cuáles son los resultados y beneficios generados en otras partes relacionadas a la mejor práctica?

Trabajo en equipo, satisfacción al ver la mejora de calidad de vida del paciente. Alianzas con las alcaldías (Jojutla, Metapán, San Francisco Menéndez), fortalecimiento del sistema único de Salud: subsistema de referencia y retorno hacia los ECOS, el apoyo de la empresa privada al programa en relación con las capacitaciones al personal.

- e) ¿Qué beneficios financieros se han obtenido con la ejecución de la mejor práctica y cuáles son los resultados costo/beneficio de su implementación? (Ver anexo 7-9).

Como ya se hizo mención en el apartado de reducción de brechas, este programa ha permitido generar ahorros al paciente y su familia y a la institución (ver anexo 9) En relación con el usuario y la familia los gastos de bolsillo se contabilizan en promedio de \$ 160 (8 veces al mes asistía a la diálisis institucional, incluye alimentación y transporte).

l) Sostenibilidad y Mejora.

- a) ¿Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada? Los riesgos identificados están enfocados al Desabastecimiento de insumos y medicamentos entregados a los usuarios, servicio de transporte limitado para realizar las visitas de seguimiento ante las prioridades institucionales que se presentan

(referencias a tercer nivel) ,recurso único de la subespecialidad para la atención (un médico Nefrólogo), la no aceptación del paciente a la incorporación del programa y el incremento de usuarios con patología renal que amerite terapia dialítica de causa no tradicional así como la falta de cumplimiento de las metas para el control de las enfermedades crónica (DM E HTA)

b) ¿Qué estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, la sistematización y Estandarización de la mejor práctica?

- Continuar alta Gerencia incorporándolo al Plan Anual Operativo de la Institución.
- Mantener informados a la Alta Gerencia mediante reportes mensuales con respecto al grado de abastecimiento, solicitud oportuna de los insumos y medicamentos del programa y los resultados obtenidos
- Evaluación periódica del programa para ver el cumplimiento de metas y objetivos.
- Mantenimiento de alianzas estratégicas para la asesoría oportuna y corrección de fallas de drenaje de la cavidad en las pacientes
- Gestión con la empresa distribuidora de insumos y medicamentos para la entrega domiciliar de estos lo cuales debe de ser contemplado en las bases de licitación.
- Gestión con las autoridades del MINSAL/HNSJDDSA para la unificación del programa a todos los centros hospitalarios que brindan el servicio mediante la conformación de un equipo de trabajo conjunto interinstitucional e intersectorial.
- Expansión del proyecto a primer nivel en relación con el seguimiento por los equipos de atención primaria especializada ECOS.
- Entrenar a recursos de médicos y para médicos en esta especialidad
- Tendencia mundial a las terapias domiciliarias que apoyan el programa
- Fortalecimiento de las guías de las buenas prácticas clínicas al primer nivel en enfermedades crónicas
- Detección oportuna de las causas no tradicionales, a través de la búsqueda activa de los ECOS.

Realización de tamizajes en la atención primarias en búsqueda de signos tempranos de la Enf.Renal.

c) ¿Qué indicadores,roles,responsabilidades ha implantado la organización para evaluar desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejor práctica?

Los indicadores que se han planteado en el futuro inmediato son:

- % De usuarios satisfechos con el programa
- % de reducción de demanda insatisfecha
- % de ingresos de los pacientes en modalidad de terapia dialítica domiciliar
- Reducciones IAAS de la población beneficiada.
- N° de instituciones y/o alianzas que apoyan el programa
- N° de usuarios que participa en programa educativo de salud renal
- Implantación de la unidad de gestión renal en la zona occidental
- Tasa de letalidad por causa específica (renal) de los incorporados al programa
- % de abastecimiento de los fármacos e insumos utilizados en programa.

En relación con los roles, capacitar a los equipos de los ECOS en detección temprana, Diagnostico, Referencia oportuna, y seguimiento al paciente.

En relación con los equipos del hospital, diseñar y ejecutar programa educativo.

- d) ¿Cuáles estrategias se han definido para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada? Entre las estrategias más importantes se destacan: el fortalecimiento de la intersectorialidad, cooperación efectiva dentro del sistema único de salud, programa de educación continua al personal sanitario, búsqueda activa en casos, conformación de un equipo multidisciplinario interinstitucional para el abordaje de la patología renal.
- e) ¿Qué indicadores y mecanismos de seguimiento se han implantado para asegurar la mejora continua de la practica desarrollada? Visitas domiciliar cada dos meses, control médico con toma de exámenes trimestral, consulta nutricional y psicológica cada tres meses, e informes mensuales de análisis de indo cumplimiento de indicadores y metas los cuales ya fueron enunciados.

ANEXO 1

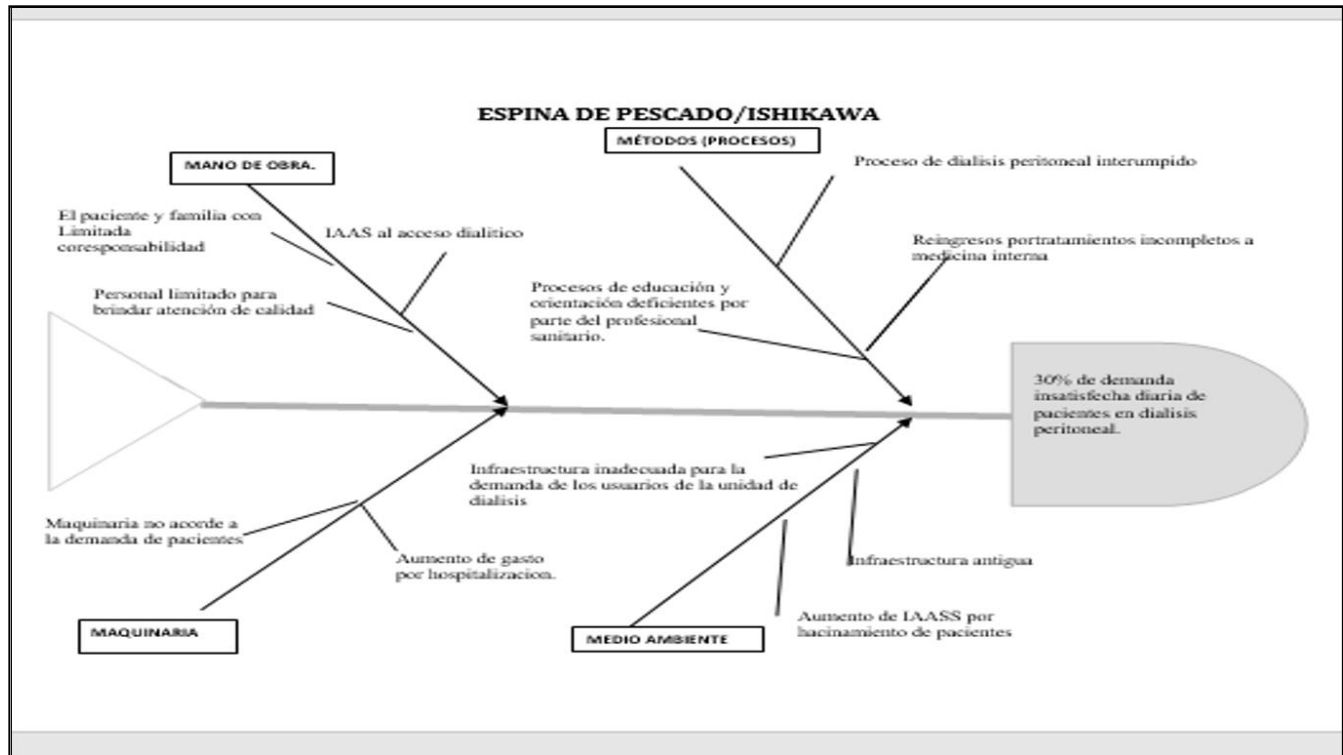
IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMA MEDIANTE LLUVIA DE IDEAS:
PROBLEMA DE LA UNIDAD DE TERAPIA DIALITICA.
1. Demanda insatisfecha de 7 paciente diarios 30 %
2. Incremento de peritonitis
3. Hacinamiento por infraestructura inadecuada
4. reingreso por diálisis insuficiente
5. Saturación servicio de medicina interna por paciente renales que necesitan terapia dialítica
6. Insatisfacción del cliente externo por falta de terapias.
7. Incremento estrés laboral del personal médico y paramédico
8. Recurso humano insuficiente
9. Altos gastos hospitalarios en la atención de pacientes con reingreso.
10. Altas tasas de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la que

ANEXO 2

PARRILLA DE PONDERACION DE PROBLEMAS.

EJEMPLO : SELECCION DEL PROBLEMA MATRIZ DE SELECCION DE PROBLEMAS	MAGNITUD	SEVERIDAD	IMPACTO ECONÓMICO	FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCION	CONFORME A POLITICA SANIATARIAS	COSTOS JUSTIFICABLES	INTERES HOSPITALARIO	EVIDENCIA	TIEMPO REQUERIDO	TOTAL
1- una demanda insatisfecha de 4 paciente diarios.	5	5	5	5	5	3	5	5	2	41
1Hacinamiento debido al espacio físico asignado.	5	5	5	2	2	5	5	5	3	38
3. 5% reingresos que ameritan terapia dialítica	3	5	5	3	5	5	3	5	3	37
Incremento del 20% de pacientes que requieran terapia dialítica.	3	3	5	5	5	5	5	3	3	32

**ANEXO 3.
ANÁLISIS CAUSA EFECTO DEL PROBLEMA SELECCIONADO.**



**ANEXO 4.
PARRILLA DE PONDERACION DE LAS INTERVENCIONES.**

INTERVENCIONES	ES POSIBLE TÉCNICAMENTE	ES EFICAZ PARA EL PROBLEMA	TIENE EL APOYO DE LOS DIRECTIVOS	ECONOMICAMENTE ES POSIBLE	PUNTAJE
DPCA	5	5	5	3	18
Incremento en la selección de pacientes	5	5	2	3	15
Diseño de un procesos de DPAD	5	5	5	5	20
Diseño y ejecución de un programa de capacitación, orientación e información al paciente y familia	5	5	5	5	20
Establecer un sistema de control de infecciones asociadas a la atención sanitaria.	5	5	5	5	20
Remodelación del área de diálisis	3	3	2	2	10
Gestión para la compra de insumos	3	4	3	3	13

ANEXO N 5. PROCESO DE ATENCION DEL PACIENTE EN EL PROGRAMA DE DPCA.

<p>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA ANA</p>	<p align="center">Nombre de la Unidad Organizativa: Unidad Terapia Dialítica</p>	<p align="center">Revisión N° (0) Fecha: enero 2016</p>
<p align="center">TITULO DEL PROCESO: DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA (DPCA).</p>		
<p>OBJETIVO: Implementar la terapia dialítica ambulatoria manual y automatizada mediante un plan estructurado satisfaciendo las necesidades del usuario con enfermedad renal crónica estadio 5 al mejorar el acceso del servicio.</p>		
<p>ALCANCE: Aplica a los usuarios incorporados al programa de DPCA.</p>		
<p>RESPONSABLES: Equipo multidisciplinario de la Unidad de Terapia dialítica</p>		
<p>RESPONSABLE</p>	<p>N.º</p>	<p>ACTIVIDAD</p>
<p>Médico nefrólogo</p>	<p align="center">1</p>	<p>Evaluación de los pacientes , selecciona según criterios los que aplican para el programa que se encuentren en el programa de Diálisis peritoneal intermitente o hemodiálisis y que cumplan criterios de inclusión: que tengan catéter peritoneal, apoyo familiar, presenten un peritoneo funcionando, que tengan una área adecuada y específica para tratamiento, es decir las condiciones de la vivienda (agua, energía eléctrica), capacidad en el paciente o cuidadores en el dominio de la técnica de conexión-desconexión. Luego, Refiere a pacientes a personal de enfermería responsable del programa. 7</p>
<p>Enfermero del programa</p>	<p align="center">2</p>	<p>Entrevista a paciente y familiar, a continuación, realiza visita domiciliar para constatar las condiciones de vida y si aplica para el ingreso al programa.</p>
<p>Enfermero</p>	<p align="center">3</p>	<p>Aprobado el cumplimiento de requisitos, inicia capacitación involucrando al equipo multidisciplinario. Realiza vista subsecuente con la finalidad de verificar que el paciente cumpla con los requisitos previamente establecidos en la visita inicial. De cumplir los requisitos se le da cita para toma de exámenes de: Prueba de PEP, CTV y toma de cultivo de líquido peritoneal.</p>
<p>Nutricionista</p>	<p align="center">3</p>	<p>Detectar problemas durante la visita y los controles programados cada dos meses, relacionados a su especialidad para mejorar o mantener el estado nutricional del paciente,</p>
<p>Nefrólogo</p>	<p align="center">4</p>	<p>Verifica resultados del examen y le comunica al paciente que es apto para el programa, establece plan a seguir en base al tipo de concentraciones de soluciones de diálisis. Y lo deriva con enfermero responsable del programa para despacho de insumos.</p>

**ANEXO 6:
PROTOCOLO DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA DPCA.**

mes	PACIENTES	2016	2017
enero	4	4	4
Febrero	4	8	-
marzo	4	12	4
abril	4	16	-
mayo	4	20	-
junio	4	24	4
julio	4	28	
agosto	4	32	8 INICIA
septiembre	4	36	
octubre	4	40	
noviembre	4	44	
diciembre	6	50	
total		50	62

**ANEXO 7
TABLA DE COSTO DE LA MEJOR PRACTICA.**

REQUERIMIENTOS DEL RPOGRAMA	Cantidad	Precio unitario en dolares	Tota en dolaresl
Insumos			
minicaps	175200	0.5	87600
mascarilla	43800	0.5	21900
pinza	1440	1	1440
Medicamentos			
Soluciones al 1.5	131400	3.5	459900
Soluciones al 2.5	43800	3.5	153300
			724140
capacitaciones			
alimentacion	120 platos comida	2	240
	120	2	240
Papeleria de apoyo			
total			724620
Recurso humano			
Tecnico enfermeria	1	425 por 24 meses	10200
medico	1 (1 horas diaria)	200 mensul por 24 meses	4800
Total			739620

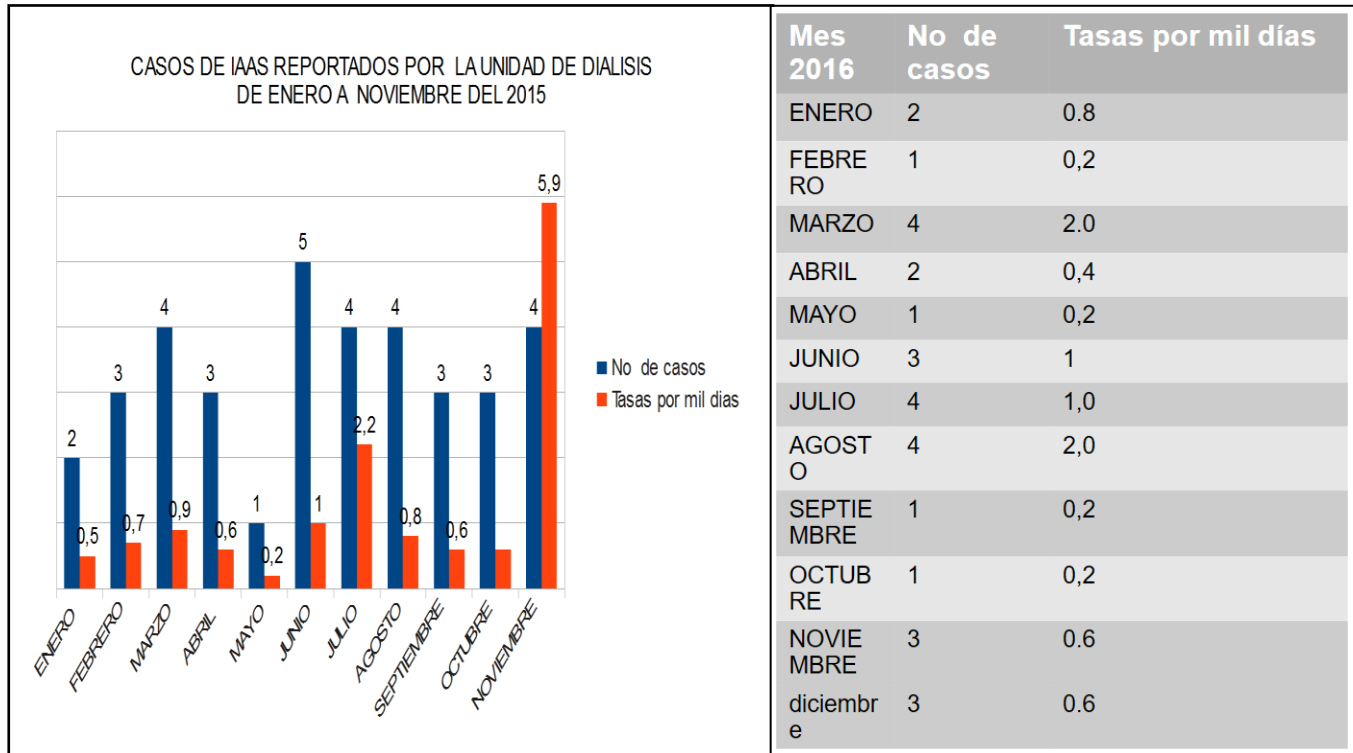
ANEXO 8
TABLA DE COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS

Insumos y medicamentos cada paciente	Día por paciente	Por mes	Costo por mes diálisis ambulatoria	Costo por mes diálisis intrahospitalaria
Solución de diálisis al 1.5% de 2000cc bolsa gemela	3	90	315 dólares (3.5)	
Solución de diálisis al 2.5% de 2000cc bolsa gemela	1	30	105 dólares (3.5)	
Solución de diálisis al 4.25% de 2000cc				
Sol 5000cc 4.25%		12		108 dólares(9 unidad)
Sol. 5000 cc 1.5%		36		324 dólares(9 unidad)
Set para maquina cicladora		4		100 dólares(25 unidad)
Minicaps	4	120	60 dólares (0.5)	60 dólares
Mascarilla	4	120	60 dólares(0.5)	
Pinza	1		2 dólares	2 dólares
Total			542 dólares	594-542=52 dólares

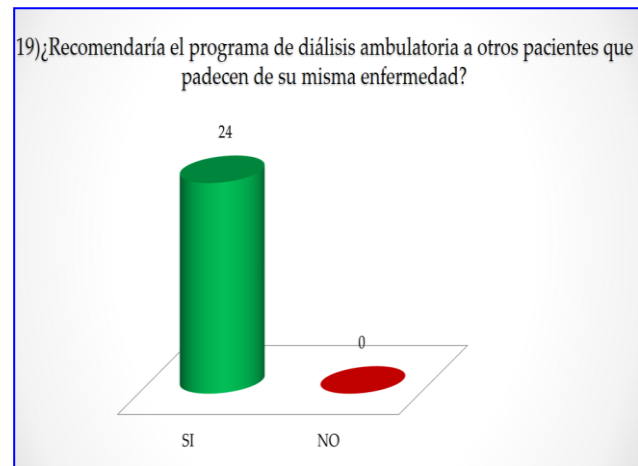
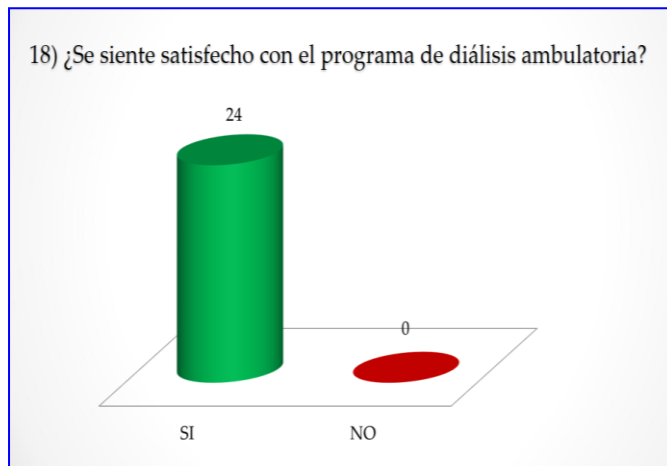
ANEXO 9:
RESULTADOS DEL PROGRAMA PROYECTADOS
AHORRO INSTITUCIONAL y DEL USUARIO.

	diálisis ambulatoria mensual	diálisis hospitalaria mensual	ahorro por paciente en diálisis ambulatoria mensual institucional	por 60 pacientes mensual
Costos directos \$ (Insumos y medicamentos)	542	594 mas Día cama hospital 115 dólares por 8 veces=920 dólares total al mes 1514	1514-542=972	58320
Costos indirectos		transporte y alimentacion:20 dólares por 8 veces= 160 dólares	Ahorro en transporte y alimentacion mensual 160	9600
Total por modalidad	542	1674		
Ahorro institucional por dos años 58320 por 24 meses				1,399680
Ahorro en este grupo por dos años 9600 por 24 meses				230400

ANEXO 10.
RESULTADOS DEL PROGRAMA: LINEA DE BASE DE IAAS, FUENTE INFORME DE IAAS 2015 VRS 2016.



ANEXO 11
RESULTADOS DEL PROGRAMA, ENCUESTA DE SATISFACCION



ANEXO 12
RESULTADOS DEL PROGRAMA, INFORME DE SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO
SEPTIEMBRE 2017.

A continuación, detallamos el monitoreo realizado a 30 pacientes en el programa de DPCA en el cual se extrajeron expedientes para hacer el estudio de reingresos desde el inicio a dicho programa hasta la fecha, encontrando lo siguiente:

- | |
|--|
| Peritonitis 1 |
| Peritonitis Secundaria 2 |
| Anemia 2 |
| Estado Congestivo 4 |
| Sobre carga Hídrica 3 |
| Neumonía 5 |
| ACV 1 |
| Tune-Litis de sitio de inserción de catéter 1 |
| Crisis Hipertensiva 1 |

Cabe mencionar que de los 30 expedientes monitoreados 10 pacientes no han tenido reingreso (33%) desde su incorporación a la modalidad de DPCA y, que pacientes que anteriormente presentaba peritonitis posterior al traslado a DPCA no han presentado infección

ANEXO 13
BENEFICIOS PARA EL PACIENTE, INSERCIÓN A SU VIDA LABORAL

