

Ministerio de Salud

Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

Postulación al Reconocimiento Interno a las Mejores Prácticas,

5ª edición

Implementación de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT), en la atención de pacientes del Departamento de Oncología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, período enero a diciembre 2018.



Equipo:

- α) Dr. Estuardo Pineda, Médico Especialista Dpto. de Oncología.
- β) Licda. Yaneth Guadalupe Elías, Enfermera Jefa de Unidad del Dpto. de Oncología.
- γ) Licda. Teresa Margarita Valle Deras, Enfermera Supervisora de Área.
- δ) Licda. Patricia Mirnabel Mejía Jerez, Enfermera del Dpto. de Oncología.
- ε) Enf. Marta Elena Aquino Amaya, Enfermera del Dpto. de Oncología.

Índice

Contenido	Pág.
Presentación	3
Objetivos	4
Criterios de evaluación	5
1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección	5
2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora	9
3. Gestión de la mejor práctica	13
4. Gestión del equipo de mejora	21
5. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica	22
6. Resultados de la mejor practica	24
7. Sostenibilidad y mejora	27
Glosario de términos claves	30
Anexo 1: Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT)	31
Anexo 2: Algoritmo	32
Anexo 3: Hoja de cuidado Integral de enfermería en la atención del paciente oncológico	33
Anexo 4: Acta de conformación del Equipo EVAT	35
Anexo 5: Permiso Oficial	36
Anexo 6: Acta Sala Situacional del 3 de Abril del 2019	37
Anexo7: Diploma de reconocimiento al Equipo EVAT	38
Anexo 8: Diploma de reconocimiento a los miembros del Equipo EVAT	39
Anexos 9: Diploma de reconocimiento como expertas en EVAT al personal de enfermería del Departamento de Oncología como lo demuestra la foto	40
Anexos 10: Formularios establecidos para vaciar la información previamente elaborados por el hospital San Judas	41
Anexo 11: Jornadas de capacitación EVAT	44
Anexo 12: Encuesta de satisfacción del usuario	45

Presentación

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es una Institución especializada de tercer nivel de atención y de referencia nacional para la población infantil de El Salvador, su función primordial es brindar asistencia médica a los niños menores de 12 años, aunque se atienden hasta los 18 años de edad aquellos con enfermedad crónica.

El Hospital ofrece 32 especialidades (médicas, quirúrgicas y de consulta externa) cuenta con 13 servicios hospitalarios, y 12 servicios de atención ambulatoria. El perfil epidemiológico del hospital incluye 30 patologías más frecuentes y las primeras cinco son: Enfermedades del apéndice, Tumores (neoplásicos) malignos, traumatismos de cabeza, Influenza (gripe) y neumonías y quemaduras y corrosiones.

Una de las especialidades que se ofrece es Oncología, departamento ubicado en el 8º nivel del hospital, con una infraestructura y capacidad para 24 cunas, con una plantilla de 24 profesionales de enfermería y 6 ayudantes de enfermería, 5 médicos oncólogos, 1 médico pediatra, 3 médicos residentes, 1 algólogo y 1 psicóloga, todos con alto grado de compromiso y responsabilidad, en la atención de éstos pacientes. Para el 2018 se atendió un promedio de 34 pacientes al mes y egresaron 402 pacientes en el año, que equivale al giro de 1.4 camas al año, 96.58% de ocupación del departamento.

Para mejorar la calidad de atención y la calidad de vida de los pacientes y sus familias se ha trabajado en el desarrollo e introducción de innovaciones para la detección y tratamiento del deterioro clínico de pacientes, con el sistema denominado “sistemas de alarma temprana” traducido al inglés Early Warning Scoring Systems (EWSs). El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom (HNNBB), mantiene una estrecha relación con el Hospital St Jude Children Research (de ahora en adelante Hospital San Judas), quienes han acompañado y apoyado en diferentes ámbitos el trabajo que se realiza en beneficio de la población infantil, en la prevención y tratamiento del cáncer. Actualmente se está impulsando el Proyecto de Implementación de las Escalas de Valoración de Alerta Temprana (EVAT- PEWS en inglés) del anexo 1 y el seguimiento del algoritmo (anexo 2) en cada toma de signos vitales de acuerdo a la edad del paciente, **y cuya meta es mejorar el cuidado intrahospitalario y la supervivencia de los pacientes oncológicos hospitalizados.**

Objetivos

Objetivo General.

Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad infantil con la implementación de manera sistemática de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT), identificando de forma anticipada el deterioro del paciente ingresado en el Departamento de Oncología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, período enero a diciembre 2018.

Objetivos Específicos

1. Detectar oportunamente al paciente con riesgo de deterioro clínico atendidos en el Dpto. de Oncología para intervenir en la prevención de las complicaciones, traslado a UCI y la mortalidad.
2. Reportar oportunamente el deterioro del paciente ingresado en el Dpto. de Oncología para el establecimiento de tratamiento y medidas de intervención de los pacientes.
3. Diseñar e implementar la hoja de registro de la EVAT de acuerdo a las necesidades de cuidado al paciente del Dpto. de Oncología.
4. Registrar diariamente por cada paciente la escala EVAT en hoja de enfermería establecida en el expediente.
5. Registrar mensualmente en formatos establecidos los eventos de deterioro, seguimiento del algoritmo, porcentaje de errores en la aplicación de la EVAT y mortalidad en los pacientes hospitalizados.

Criterios de evaluación

1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección.

1.1. Liderazgo para promover la mejor práctica.

1.1.1. ¿De qué manera la alta dirección promueve la implantación de la mejor practica?

El MINSAL establece el reconocimiento de las mejores prácticas en acto público cada fin de año, desde el año 2015, en el que reconoce los trabajos de mejoras practicas desarrolladas en los establecimientos de la RIIS; esto como incentivo a los equipos de mejora que proponen diferentes alternativas de solución para mejorar la calidad del servicio ofrecido e intervenir en los problemas que a diario se dan en los establecimientos de salud.

La Dirección del Hospital Bloom establece dentro de los objetivos de su POA, específicamente en el número cinco que se debe fortalecer el proceso de mejora continua de la calidad, basándose en el trabajo de diferentes comités de apoyo a la gestión. Además, a través de la UOC del hospital da apoyo y seguimiento a las mejoras prácticas desarrolladas en los servicios del hospital.

1.1.2. ¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor práctica?

La alta dirección se involucra en la creación de la mejor práctica desarrollada, tanto directa como indirectamente:

- Al gestionar que el equipo gestor trabaje de acuerdo a lineamientos emitidos por la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC).
- Facilita que el equipo gestor presente en la sala situacional donde participa el Director, Sub Director, y jefes de departamento incluyendo el jurídico, los avances y proyecciones del proyecto. En febrero del 2018 se les dio a conocer la Hoja de Cuidados de Enfermería en Oncología, y se dió la autorización para la utilización de la hoja como parte del expediente clínico del paciente. Anexo 3.
- Permitió el desarrollo de las jornadas de capacitación dentro de la institución, permitiendo la participación del personal, el uso de las instalaciones en reunión y uso de equipo necesario.
- Solicita información de los avances del proyecto por medio de la UOC del hospital.



Miembros del equipo EVAT HNNBB 2018

1.1.3. ¿Cómo la alta dirección empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la mejor práctica?

La alta dirección del hospital empodera y facilita la toma de decisiones por parte del equipo, al designar un equipo de trabajo de la mejor práctica a través del Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad del hospital, por medio de acta de conformación. Anexo 4

La designación del equipo en forma oficial, permitió al equipo la libertad para desarrollar actividades que fortalecen el trabajo, la gestión de necesidades indispensables para la implementación de la hoja (EVAT).

Ha permitido el empoderamiento, la toma de decisiones por parte del equipo, facilitando el apoyo de los jefes de división y de las unidades involucradas en el proyecto de mejora; además permite y facilita las convocatorias programadas a jornadas de capacitación y de refuerzos y el envío de informes que permiten llevar registros de información actualizada.

Miembros del equipo EVAT gozaron de permisos personales, para asistir a la segunda etapa de capacitación en mayo del 2018 realizada en la ciudad de Guatemala.

La Dirección otorgó el permiso oficial a los compañeros tanto médico como a enfermera representantes de nuestro país El Salvador para asistir a la ciudad de Querétaro en México en el primer congreso internacional de EVAT en abril del 2019 y en donde tuvieron una destacada participación (Anexo 5).

1.1.4. ¿Cómo la alta dirección da a conocer la mejor práctica a toda la organización?

La dirección del hospital facilita la divulgación del proyecto de mejora en diferentes campos como:

- Sala situacional (3 de abril del 2019) Anexo 6; fecha en que se presentaron los primeros resultados del proyecto EVAT, obteniendo muchos elogios, así como la solicitud y el apoyo verbal de su implementación en todos los servicios de hospitalización del HNNBB tanto de medicina como de cirugía. Además, por medio de la UOC los mecanismos de difusión que se utilizó fueron los siguientes:
- Inauguración del programa de capacitación del proyecto EVAT con la asistencia y participación de las altas autoridades del Hospital Bloom, representantes del Hospital San Judas, de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica de Guatemala y representante del Ministerio de Salud 2018.



Representantes del Hospital San Judas, y la UNOP 2018



Autoridades del HNNBB y Representante del MINSAL inauguración del Proyecto EVAT 2018



Asesoramiento y acompañamiento para la ejecución del proyecto, de la Dra. Asya Agulnik del Hospital San Judas, el Programa de St. Jude Global y expertos en la EVAT de hospitales de Latino América.

Divulgación de resultados a las autoridades del hospital, Socialización de resultados EVAT a jefes y coordinadoras del HNNBB FEBRERO 2019 como lo demuestran las siguientes fotos:



Divulgación de resultados a jefas de enfermeras feb.2019

1.2 Apoyo para el desarrollo e implementación de la mejor práctica

1.2.1. ¿Cómo apoya la alta dirección el desarrollo e implantación de la mejor práctica?

La alta dirección del hospital reconoce la importancia de la mejora continua de la calidad, por lo que apoya y facilita la ejecución de este proyecto que ayudará a identificar el deterioro temprano de los pacientes, recibir una atención adecuada y oportuna; a la vez que mejora su calidad de vida.

El equipo gestor no cuenta con una asignación presupuestaria específica para la ejecución de actividades plasmadas en el plan de trabajo, por lo que trabaja con el presupuesto asignado al hospital; es decir el salario de los miembros del equipo EVAT y el de todo el personal que labora en el Dpto. de Oncología forma parte del presupuesto del MINSAL. Sin embargo el salario de un miembro del equipo es cancelado por la Fundación Ayúdame a Vivir y las enfermeras líderes reciben una remuneración salarial de parte del Hospital San Judas por el trabajo desarrollado en horas extra laboradas.

Cabe destacar que el uso de material, insumos y equipo lo facilita el hospital, los refrigerios para las capacitaciones son financiados por los miembros del equipo EVAT, las reuniones de trabajo y jornadas de capacitación se desarrollan en horas laborales.

1.2.2. ¿Qué medios utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor practica?

El equipo EVAT recibe soporte técnico de la dirección a través la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC) quien permite la asignación de un recurso con función de gestión de la calidad responsable de la

elaboración virtual de la hoja de enfermería de oncología y además brinda apoyo técnico para asesoría y validación del proyecto.

Los medios que facilita la Dirección para dar soporte a la mejor práctica son también: el tiempo (horas por recurso humano), espacio físico, equipo de uso médico, materiales e insumos médicos y equipo informático.

Por otra parte, anualmente se solicita que se presenten los logros alcanzados por los comités de apoyo a la gestión, de manera que los resultados de la mejor práctica se presentan en los informes que la dirección solicita se le presenten de parte del Jefe de la UOC trimestralmente; así también se establece la estrategia como actividad de la programación anual operativa del servicio.

1.3. Reconocimiento a equipos de mejora

1.3.1. ¿Qué políticas e incentivos ha definido la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes del equipo que desarrollan la mejor práctica?

Actualmente el hospital no cuenta con una política de incentivos colectivos que permitan promover el desempeño efectivo del personal, pero reconoció por medio de la jefatura de la Unidad Organizativa de la Calidad el buen desarrollo de la buena práctica haciendo entrega de un diploma al equipo ejecutor como reflejo de la mejoría de la capacidad de respuesta con la aplicación de la mejor práctica y su alto compromiso en la continuidad y sostenibilidad del proyecto (Anexo N°7).

1.3.2. ¿Cómo la organización reconoce a cada miembro de los equipos su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en la mejor práctica?

Como parte del incentivo en la ejecución del proyecto de mejora, la dirección gestiona tomar en cuenta el trabajo desarrollado por el equipo en las evaluaciones del desempeño que las jefaturas realizan. Algunos integrantes han recibido diplomas de reconocimiento por su trabajo en beneficio de la población que atiende la institución, entregados por el Dpto. de Oncología a enfermeras líderes del equipo (Anexo 8), ha otorgado permisos oficiales a algunos miembros del equipo para asistir a evento internacional "Taller anual 2019 del proyecto multicéntrico EVAT" desarrollado en Querétaro, Méjico del 22 al 23 de marzo (Anexo N°3 y se promueve la educación permanente de todo el personal de oncología como lo demuestra la siguiente foto.



Refuerzo educativos de EVAT en charlas matutinas al personal de oncología 2019

Se entrega también de parte del equipo EVAT un diploma de reconocimiento como expertas en EVAT al personal de enfermería del Departamento de Oncología en el mes de septiembre del año 2019 (Aexo9)

El equipo de trabajo EVAT eligió a las primeras tres personas más destacadas en la ejecución del proyecto de mejora de EVAT y les otorgo un reconocimiento mediante la entrega de un pin.



Imposición de pin a enfermera del Dpto. de Oncología 2018 como primer lugar en la elaboración de EVAT.

2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora

2.1. Identificación y selección de la oportunidad de mejora

2.1.1. ¿Cómo se identificaron las oportunidades de mejora o los problemas a resolver?

La metodología que se aplicó para la identificación de las oportunidades de mejora y análisis del problema fue la revisión de casos que se trasladan a UCI, registros de ingresos en el servicio y el uso de la técnica de calidad de lluvia de ideas; cuyo listado resultante luego se detalla a continuación:

1. Dificultad en el cuidado individualizado de enfermería en pacientes oncológico paliativo.
2. Manejo de líneas PICC y Catéteres Port en los servicios de hospitalización.
3. Exigencias en la calidad de atención del paciente oncológico.
4. Recarga laboral del personal de enfermería en el Dpto. de Oncología del HNNBB.
5. Exigencias del MINSAL para mejorar la calidad de atención de enfermería.
6. No aplicación de la Escala de valoración de alerta temprana EVAT, para la identificación oportuna en el deterioro del paciente.
7. Manejo del Stress del personal de enfermería en oncología.
8. Insuficiente satisfacción del usuario interno y externo.
9. Deficiente aplicación de medidas para la prevención de infecciones asociadas a la atención del paciente oncológico.

2.1.2. ¿Qué parámetros utilizaron para la priorización de la oportunidad de mejora?

Los parámetros utilizados por el equipo para la priorización de la oportunidad de mejora de todas las establecidas en la lluvia de ideas, se centró en:

Magnitud del Problema; por el impacto en los resultados en el estado del paciente al no aplicar la hoja EVAT.

Severidad del Problema; la disminución de la mortalidad en el paciente oncológico, al intervenir oportunamente al identificar signos y síntomas de alarma, la disminución de costos para la institución y mayor profesionalismo para enfermería.

Eficacia de la Solución: con la intervención al identificar oportunamente eventos de deterioro en los niños ingresados se previene complicaciones y se contribuye la pronta recuperación del paciente.

Factibilidad de la Intervención: se cuenta con todos los recursos necesarios, personal capacitado y con disponibilidad al cambio en la Mejora Continua en beneficio de la atención que se brinda al paciente.

2.1.3. ¿Cuáles herramientas de calidad aplicaron para la priorización del problema?

La herramienta de calidad aplicada es la Escala de Priorización de Hanlon Modificado, en donde se determinó un puntaje **de 1 a 10 en cuanto a mayor importancia** para su intervención relacionado a la

magnitud y severidad del problema; un puntaje de 0.5-1.5 según la eficacia de la intervención y 0-1 si no era factible.

Cuadro de HANLON modificado, definición de puntaje 2018

Problema	Magnitud del Problema (0-10)	Severidad del Problema (0-10)	Eficacia de la Solución (0.5-1.5)	Factibilidad de la Intervención (0-1)	Puntuación de prioridad: (A + B) C x D
Dificultad en el cuidado individualizado de enfermería en pacientes oncológico paliativo.	8	8	1.5	1	24
Recarga laboral del personal de enfermería en el servicio de oncología del HNNBB.	7	7	0.5	0.5	3.5
No aplicación de la Escala de valoración de alerta temprana EVAT, para la identificación oportuna en el deterioro del paciente	10	10	1.5	1	30
Exigencias del MINSAL para mejorar la calidad de atención de enfermería.	7	7	1	1	14
Manejo del Stress del personal de enfermería en oncología.	7	7	0.5	1	7
Manejo de líneas PICC y Catéteres Port en los servicios de hospitalización.	7	7	1	1	14
Insuficiente satisfacción del usuario interno y externo.	6	6	1	1	12
Exigencias en la calidad de atención del paciente oncológico.	7	6	1.5	1	19.5
Deficiente aplicación de medidas para la prevención de infecciones asociadas a la atención del paciente oncológico.	8	7	1	1	15

Al priorizar se identifica que el problema que necesita mayor intervención es la “No aplicación de la Escala de Valoración de Alerta Temprana EVAT, para la identificación oportuna en el deterioro del paciente” que a su vez permite resolver otros problemas identificados como: Dificultad en el cuidado individualizado de enfermería en pacientes oncológico paliativo, la deficiente aplicación de medidas para la prevención de infecciones asociadas a la atención del paciente oncológico, las exigencias en la calidad de atención del paciente oncológico, las Exigencias del MINSAL para mejorar la calidad de atención de enfermería, y mejorar la satisfacción del usuario interno y externo.

2.1.4. ¿Cómo proyectó el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora?

El impacto que el equipo proyecto al intervenir la oportunidad de mejora está enmarcado en los siguientes ámbitos:

Institucional:

- a) Liderazgo Institucional a nivel nacional con la innovación de este sistema en el cuidado del paciente.
- b) Instaurar un criterio clínico común y estandarizado para la atención al paciente pediátrico oncológico.
- c) Monitoreo continuo de los cambios clínicos que pueda presentar el paciente, mejorando la prestación de servicios de salud oncológicos pediátricos.

- d) Disminuir el incremento de los costos hospitalarios por traslados a UCI y de la mortalidad asociada a la no detección temprana del deterioro del paciente.
- e) Profesionales de enfermería actualizados y aplicando la EVAT.
- f) Mejora del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en el Dpto. de Oncología.
- g) Satisfacción del personal médico y de enfermería.
- h) Reducción de las estancias hospitalarias y un uso "más racional" de los recursos.
- i) Reducción de traslados no planificados a UCI.
- j) Minimizar los problemas relacionados a la seguridad del paciente.
- k) Continuar con el asesoramiento y acompañamiento para la ejecución del Proyecto del Hospital San Judas, Programa de St. Jude Global y expertos en la EVAT de hospitales de América Latina.

Usuarios:

- a) La Supervivencia del paciente oncológico hospitalizado.
- b) Prevención de complicaciones y eventos adversos en el paciente hospitalizado.
- c) Reducción del gasto del bolsillo de los familiares del paciente al disminuir los días estancia hospitalaria y prevenir complicaciones.
- d) Incorporación a la vida familiar.
- e) Aumento de la satisfacción del usuario, paciente, padre, madre y/o cuidador.

Alianza con St. Jude Children´s Research Hospital:

- a) Contribuir a la creación de un sistema de mejora de la calidad de rastreo de eventos de deterioro de pacientes pediátricos oncológicos hospitalizados.
- b) Generar una línea de base de los eventos de deterioro clínico de los pacientes con cáncer hospitalizados en Oncología del HNNBB.

Medio ambiente:

- a) Disminución de desechos bioinfecciosos.
- b) Disminución de desechos plásticos.
- c) Disminución de desechos nocivos a la salud.
- d) Disminución de desechos peligrosos radiactivos.

2.1.5. ¿Cuáles son los estándares que se relacionan con la buena práctica?

Los estándares de calidad e indicadores de evaluación en salud que están relacionados con el problema seleccionado a intervenir son los siguientes:

Estándares de Calidad:

- Estándar 25: Proporcionar atención médica a todos los pacientes con priorizados que presente una urgencia con calidad técnica y satisfacción al usuario.
 - Porcentaje de caídas en los pacientes.
 - Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días.
- Estándar 26: Los pacientes hospitalizados en los establecimientos de II y III nivel del MINSAL recibirán a atención con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción.
 - Los indicadores de éste estándar son:
 - Porcentaje de complicaciones asociadas a procedimientos.
 - Reingresos en menos de 72 horas.
 - Se documenta en el expediente clínico.
 - porcentaje de expediente clínicos en el cual se registra la firma del especialista en la nota de evolución y en la indicación de alta según condición del paciente.
 - Tasa de infecciones asociadas a catéter venoso central (IACVC).
 - Tasa de flebitis en pacientes ingresados, relacionadas al cuidado de enfermería.
- Estándar 28: Que todo paciente que requiera un proceso quirúrgico mayor o menor en quirófano, se le efectúe oportunamente, con calidad técnica, accesibilidad y satisfacción en los hospitales de II y III nivel del MINSAL.
 - Porcentaje de complicaciones quirúrgicas.

- Estándar 29: Calidad de Atención y Trato Humanizado: Los y las usuarios/as reciben calidad de atención y trato humanizado en los establecimientos de salud de la RIISS.
 - Porcentaje de pacientes a quien se les aplica proceso de atención de enfermería.
 - Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención de enfermería.
 - **Indicadores de Hospitalización**
 - En general los indicadores de hospitalización muestran la eficiencia en el uso de las camas de internamiento, los índices principales que se evalúan son:
 - Porcentaje de Ocupación.
 - Giro de Cama.
 - Estancia Hospitalaria.
 - Índice de Sustitución.
- Cada uno de estos indicadores, tienen que analizarse integralmente y en relación a los resultados de los otros índices.

2.1.6. ¿Cómo se relaciona el tema de la oportunidad de mejora con la Autoevaluación de la CICGP del establecimiento?

El proyecto EVAT de mejora se relaciona con la autoevaluación de la CICGP del hospital al responder al plan de mejora del 2017 en el apartado en el que se refiere a la “Elaboración de mapas de procesos y establecer procesos esenciales institucionales” y al estar inmersa en todas finalidades de la carta iberoamericana de la calidad en la gestión pública del HNNBB las cuales literalmente dicen:

1. Definir las bases que configuran un sistema profesional y eficaz de la función pública, entendiendo a este como una pieza clave para la gobernabilidad democrática de las sociedades contemporáneas, y para la buena gestión pública.
2. Configurar un marco genérico de principios rectores, políticas y mecanismos de gestión llamado a constituir un lenguaje común sobre la función pública en los países de la comunidad iberoamericana.
3. Servir como fuente de inspiración para las aplicaciones concretas, regulaciones, desarrollos y reformas que en cada caso resulten adecuadas para la mejora y modernización de los sistemas nacionales de función pública en dicho ámbito.

2.2 Recolección y análisis de la información.

2.2.1. ¿Qué metodología aplico para la recolección, clasificación, consolidación, análisis de la información que fue necesaria para el desarrollo y ejecución de la mejor practica?

La metodología aplicada para la recolección se realizó a través de:

- Rastreo de eventos de deterioro en un periodo de 6 meses, mediante la revisión del expediente clínico
- Revisión de la calidad de las anotaciones de enfermería del expediente clínico del paciente.
- Se tomó en cuenta los datos registrados en el sistema informático SIMMOW.
- La clasificación, consolidación y análisis de la información recolectada por los diferentes medios se realizó mediante el vaciamiento de la información recolectada en cuadros previamente establecidos de información sistemática.
- Se desarrollaron reuniones de análisis con el equipo de trabajo.

2.2.2. ¿Cuáles herramientas aplico el equipo para la recolección y análisis de la información?

Las herramientas utilizadas por el equipo gestor para la recolección y análisis de la información fueron los formularios establecidos para vaciar la información previamente elaborados por el hospital San Judas, Registros escritos del servicio (Ver anexo N°10).

Además, se utilizó:

- a) Diagrama de causa y efecto,
- b) Razón de mortalidad infantil y,
- c) Matriz de priorización Hanlon,

Ayudando a una adecuada comprensión de la problemática que derivara en una mejor práctica.

2.2.3. ¿Cuáles fuentes de datos utilizo el equipo para verificar la confiabilidad?

La fuente de los datos utilizados para verificar la confiabilidad de la información recolectada son:

- El expediente clínico, para el rastreo de los eventos de deterioro en un periodo de 6 meses.

- Las hojas de anotaciones de enfermería "HOJA DE CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO- EVAT." del expediente clínico.
- Sistema informático SIMMOW
- Censos y registros de atención del servicio.

2.2.4. ¿Cómo determinó y cuál es la brecha existente entre la situación actual (línea base) y la situación o proyección deseada?

Para determinar cuál es la brecha existente entre la situación actual (línea base) y la situación o proyección deseada se partió del hecho que; 16 paciente (100%) entre junio a diciembre del 2017, sufrieron algún tipo de deterioro clínico:

- 4 requirieron aminas y ventilaron mecánicamente.
- 3 presentaron paro cardiorrespiratorio en el Dpto. de Oncología.
- 15 de ellos se trasladaron a la UCI.
- 5 (31.25% de 16 pacientes) fallecieron.

LÍNEA DE BASE: 2017	PROYECCIÓN: 2018	BRECHA:
0% de niños ingresados en el Dpto. de Oncología, diagnosticados con cáncer a quienes se les identifico oportunamente riesgo de deterioro (16-100% pacientes sufrieron deterioro clínico y no fueron detectado oportunamente)	80% (13 pacientes) de niños ingresados en el Dpto. de Oncología, diagnosticados con cáncer a quienes se les identifico oportunamente riesgo de deterioro (aplicación de Hoja EVAT)	80% (13 en base a 16 pacientes que sufrieron deterioro clínico y no fueron detectado oportunamente)

3. Gestión de la mejor práctica

3.1 Planificación de la mejor práctica

3.1.1. ¿La mejor práctica está orientada con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

La mejor práctica está orientada con la aplicación de la hoja EVAT a dar respuesta a lo que se establece por el HNNBB en su Misión: Somos un Hospital público de referencia que brinda atención a la población pediátrica a través de servicios especializados, con recursos humanos multidisciplinarios, desarrollando una gestión basada en valores que garantizan la satisfacción del usuario.

Visión: Convertirnos en el Hospital público de referencia líder en atención especializada que brinde servicios médicos de avanzada a la población pediátrica, basada en la búsqueda permanente del crecimiento profesional y excelencia científica e investigación, comprometidos con un sistema de valores que evidencie y garantice la satisfacción del usuario.

Y el objetivo que establece para lograrlo es: Establecer una administración hospitalaria eficiente que garantice un servicio de salud de calidad y fortalezca el desarrollo institucional.

Además se relaciona con la visión, misión y objetivos del Dpto. de Oncología:

Misión: Somos un departamento que ofrece tratamiento integral a todos los pacientes en edad pediátrica que sean diagnosticados o referidos a nuestra institución con patología neoplásica, con recurso humano multidisciplinario, desarrollando una gestión basada en valores que garanticen la satisfacción del usuario.

Visión: consolidarnos como el departamento líder en oncología pediátrica, capaz de ofrecer el mejor tratamiento posible para cada tipo de cáncer, basado en protocolos de tratamiento actualizado y que ofrezcan las mejores posibilidades de supervivencia en nuestro país.

Uno de los **objetivos** es garantizar el continuo del cuidado del paciente oncológico.

3.1.2. ¿Cómo la organización selecciono al equipo de mejora para el desarrollo la mejor práctica?

Los criterios para seleccionar a cada uno de los integrantes del equipo para el desarrollo la mejor práctica fueron:

- Equipo multidisciplinarios.
- Profesionales con el conocimiento en el tema de implementación.
- Con iniciativa.
- Responsabilidad.

Enfermeras: se necesitaban dos enfermeras responsable, sociables, dinámicas, competentes, que les guste enseñar, con buena salud física y mental, para ser líderes del proyecto.

Enfermera Supervisora: como supervisora de área, es necesario tener los conocimientos del proyecto para empoderarse y poder supervisar, controlar y dar seguimiento al mismo en todas las etapas para garantizar el éxito de lo planificado.

Enfermera Jefe de unidad: es la encargada de programar al personal a las jornadas de capacitación, trabaja, supervisar y participar en la ejecución.

Médicos Oncólogo / Pediatra: quienes tendrán la función de coordinador del equipo.

Médico intensivista: tener conocimientos del proyecto, para informar o socializar con el personal a su cargo y apoyar con la evaluación del paciente y agilizar los traslados a UCI.

La delegación se hace por medio de acta de conformación del equipo en la Unidad Organizativa de la Calidad del hospital (Anexo 4).

3.1.3. ¿Cuáles son los objetivos definidos para la mejor practica?

Los objetivos planteados desde que se identificó el problema son:

Objetivo General.

Contribuir a la disminución de la morbi mortalidad infantil con la implementación de manera sistemática de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT), identificando de forma anticipada el deterioro del paciente ingresado en el Dpto. de Oncología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, período enero a diciembre 2018.

Objetivos Específicos

- 1) Detectar oportunamente al paciente con riesgo de deterioro clínico atendidos en el Dpto. de Oncología para intervenir en la prevención de las complicaciones, traslado a UCI y la mortalidad.
- 2) Reportar oportunamente el deterioro del paciente ingresado en el Dpto. de Oncología para el establecimiento de tratamiento y medidas de intervención de los pacientes.
- 3) Diseñar e implementar la hoja de registro de la EVAT de acuerdo a las necesidades de cuidado al paciente del Dpto. de Oncología.
- 4) Registrar diariamente por cada paciente la escala de la EVAT en hoja de enfermería establecida en el expediente.
- 5) Registrar mensualmente en formatos establecidos los eventos de deterioro, seguimiento del algoritmo, porcentaje de errores en la aplicación de la EVAT y mortalidad en los pacientes hospitalizados.

3.1.4. ¿Cómo se definió el plan de trabajo, como se asignó a los responsables de 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 identificad.

El plan de trabajo del equipo EVAT se resume en el siguiente cuadro.

Plan de trabajo EVAT 2018

Objetivos del plan:				
<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar e implementar la hoja de registro de la EVAT de acuerdo a las necesidades de cuidado del paciente del Dpto. de Oncología. • Registrar diariamente por cada paciente la escala EVAT en hoja establecida de enfermería en el expediente. • Registrar mensualmente en formatos establecidos los eventos de deterioro, seguimientos del algoritmo, porcentajes de errores en la aplicación de EVAT mortalidad de los pacientes hospitalizados 				
Actividades	Indicadores	Monitoreo seguimiento	Evaluación	Responsables/ ejecuci
Conformación de un equipo multidisciplinario para la EVAT.	Equipo de trabajo conformado	Reuniones de evaluación	Cumplimiento de funciones de cada miembro	Enfermera jefa de oncología y Supervisora de oncología.
Revisión documental de las diferentes Escalas de Valoración de Alerta Temprana (EVAT) empleadas en otros países, República Dominicana, Tijuana y Honduras. Revisar la hoja de Registros de Enfermería utilizada en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios del HNNBB.	Hoja de registro de EVAT elaborado.	Reunión de trabajo	Determinar la EVAT a implementar	Enfermera jefa de oncología. Supervisora de oncología. Asesora técnica
Adaptación a nivel salvadoreño de la EVAT, retomando la hoja de Registros de Enfermería utilizada en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, incorporando: <ul style="list-style-type: none"> • Los 5 componentes de la EVAT. • La Escala de Valoración del Dolor (EVA). • Elementos específicos del cuidado y tratamiento para el paciente de oncología. • Se retoma el Plan de Atención de Enfermería, como herramienta importante para el profesional de enfermería, en el sentido de proveer un cuidado integral, continuo, y de calidad, con base a las necesidades del paciente. 	Hoja de registro de EVAT adaptada.	Revisión de hoja EVAT elaborada	Hoja de registro de EVAT, impresa y lista para implementar	Enfermera jefa de oncología. Supervisora de oncología. Asesora técnica
Elaboración del Proyecto de Mejora de la Calidad.	Proyecto elaborado.	Desarrollo de actividades planificadas	Cumplimiento de actividades	Enfermera jefa de oncología y Supervisora de oncología.
Presentar Proyecto de Mejora de la Calidad a las autoridades de la Institución.	Proyecto presentado para Autorización obtenida.	Gestión para la autorización	Proyecto Autorizado	Equipo de trabajo EVAT.

Incorporar observaciones si es necesario.	Observaciones Incorporadas, si es necesario.	Proyecto modificado	Proyecto implementar a	Enfermera jefa de oncología y Supervisora de oncología. Asesora técnica2.
Validación del formato de la EVAT, en Hoja de Cuidado Integral de Enfermería del paciente oncológico.	Formato validado.	Hoja validada impresa	Impresiones de hojas a utilizar	Equipo de trabajo EVAT.
Se desarrollaran sesiones de Socialización del formato antes mencionado, interdisciplinar y multidisciplinar.	Listado de asistencia.	Formato socializado.	Personal involucrado con el conocimiento a aplicar	Equipo de trabajo EVAT
Aplicar la hoja de registros EVAT en la atención del paciente hospitalizado en el Departamento de oncología.	-Registros de enfermería en expedientes clínico.	Revisión diario de expedientes clínicos	Hojas aplicadas en cada expediente de pacientes ingresados	Personal de enfermería de oncología. Supervisoras. Enfermeras líderes.
Registro diario de EVAT en cada paciente con cada toma de signos vitales.	-Reportes de supervisión. -Registros de enfermeras líderes.			
Registro de rojos (pacientes deteriorados).	Libro de rojos. Registros de enfermeras líderes.	-Revisión de registros en libros correspondientes. -Revisión de expedientes.	Informes mensuales elaborados y socializados.	Personal Equipo de trabajo EVAT.
Revisión de anotaciones de enfermería.	-Registros de enfermería en expedientes clínico.			

3.1.5. ¿Cuál fue el presupuesto de la mejor práctica, como se financio el proyecto?

No se proporcionó un presupuesto adicional para implantar la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT), si se realizó la gestión necesaria para optimizar el presupuesto ya asignado, organizando de manera efectiva al personal de salud del Dpto. de Oncología y disponer de los recursos materiales, insumos y medicamentos existentes a fin de desarrollar la mejor práctica. Se contó con la colaboración de la alta dirección, que a través de su gestión y autorización el Hospital San Judas, aporta ayuda con insumos materiales y la capacitación del recurso humano de enfermería.

- a) **Internas:** El Hospital facilitara los permisos en horas de trabajo para, que el personal del Dpto. de Oncología realice las actividades que sean necesarias para planificar, capacitar y ejecutar el proyecto, así como, la impresión de las hojas de EVAT.

A través del almacén de insumos médicos del HNNBB se obtienen, jeringas de diferente tamaño, algodón, descartables, agujas, catéteres y guantes etc. La farmacia es la encargada de proporcionar los medicamentos a cumplir que requieran los niños; capacitación y asesoría por Hospital San Judas, a través del Programa de St. Jude Global y expertos en la EVAT de hospitales de América Latina al equipo EVAT El Salvador, y éstos a su vez al personal de oncología y supervisoras del hospital.

El almacén de insumos diversos que proporciona los plumones, papelería entre otros, la lavandería: proporciona la ropa limpia para la higiene de los usuarios. El departamento de cocina es la encargada de proporcionar la dieta que requieren los niñas/os. Por su parte el archivo genera el expediente físico del usuario. Es decir todos en mayor o menor medida participan en la calidad de la atención del paciente oncológico.

- b) **Externas:** Acompañamiento, capacitación y asesoría por Expertos del Hospital San Judas, el Programa de St. Jude Global y expertos en la EVAT de hospitales de América Latina y el aporte de la Fundación Ayúdame a Vivir.
- c) **Donación de parte de un miembro del equipo:** 24 tablas tamaño oficio y de 8 plumones de colores requerido para el inicio de la implementación del proyecto.

Los costos estimados para la realización anual de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT), incluyendo recurso humano (horas trabajo asignadas), material e insumos se estima de \$27,141.70

Detalle de las fuentes de Financiamiento, para la atención de un paciente:

Recurso/Insumo/	Financiamiento		Costo Total
	Interno	Externo	
Recurso Humano (médicos y enfermeras)	\$4,788.00	\$3,036.00	\$7,824.00
Impresión de las hojas de la Escala EVAT.	\$7.20	--	\$7.20.
Papelería y útiles	\$3.50	--	\$3.50
Medicamentos	\$ NO	NO	\$NO
Alimentación	\$ NO	\$190.00	\$190.00
Pago de horas extras a enfermera del Dpto. de Oncología	\$ NO	\$6,072.00	\$6,072.00
Capacitación y asesoría por Expertos	-	\$3,000.00	\$3,000.00
24 tablas tamaño oficio y de 8 plumones de colores requerido para el inicio de la implementación del proyecto.	-	\$30.00	\$30.00
Pizarras	-	\$15.00	\$15.00
Otros		\$10,000.00	\$10,000.00
Costo Total	\$4,798.70	\$22,343.00	\$27,141.70

3.2 Implantación de la mejor práctica

3.2.1. ¿Cómo se implementó la mejor práctica?

Previo su implementación de la mejor practica se realizó una prueba piloto la cual permitió incorporarle algunas modificaciones a las hojas a sugerencia del personal de enfermería en lo referente al plan de cuidados (Anexo N°3).

La fecha de inicio del proyecto fue en agosto del 2018 (previamente se realizó una prueba piloto en el mes de julio) y fue en noviembre del mismo año que el Hospital San Judas otorgo oficialmente la implantación de EVAT en el Dpto. de Oncología del HNNBB.

Para el desarrollo del proyecto fue necesario plantearse cuatro fases, las que se detallan a continuación:

1. Fase de Planificación:

- a) Conformación de un equipo multidisciplinario para la EVAT.
- b) Elaboración del Proyecto de Mejora de la Calidad.
- c) Presentar Proyecto de Mejora de la Calidad a las autoridades de la Institución.
- d) Incorporar observaciones si es necesario.
- e) Diseño de hoja EVAT:
 1. Revisión documental por el equipo médico y de enfermería del Dpto. de Oncología, de las diferentes Escalas de Valoración de Alerta Temprana (EVAT) empleadas en otros países, entre ellas de República Dominicana, Tijuana y Honduras.
 2. Revisión de la hoja de registros de enfermería utilizada en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios del HNNBB.
 3. La adaptación a nivel salvadoreño de la EVAT, retomando la hoja de Registros de Enfermería utilizada en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, incorporando los 5 componentes de la EVAT y la Escala de Valoración del Dolor (EVA), elementos específicos del cuidado y tratamiento para el paciente de oncología. De igual manera, se retoma el Plan de Atención de Enfermería, que constituye una herramienta importante para el profesional de enfermería, en el sentido de proveer un cuidado integral, continuo, y de calidad, con base a las necesidades de cuidado del paciente.
 4. Revisión del formato desarrollado para el Dpto. de Oncología.

2. Fase de Ejecución

- a) *Validación:* se programa la Validación del formato de la EVAT, llamada Hoja de Cuidado Integral de Enfermería del paciente Oncológico.
- b) *Socialización:* desarrollo de sesiones de socialización del formato antes mencionado, interdisciplinar y multidisciplinar.
- c) Selección de enfermeras líderes en el Dpto. de Oncología, que serán responsables de replicar la capacitación recibida, para el éxito de la implementación.
- d) Participación activa y comprometida de las enfermeras líderes en la pasantía realizada en hospital de Guatemala.
- e) Programación y desarrollo de las jornadas de capacitación al resto de personal del Dpto.
- f) Asesoramiento y acompañamiento para la ejecución del Proyecto, de la Dra. Asya Agulnik del Hospital San Judas, en el Programa de St. Jude Global y expertos en la EVAT de hospitales de América Latina.
- g) Aplicación progresiva de la Hoja de Cuidado Integral de Enfermería del Dpto. de Oncología en la atención del paciente hospitalizado.
- h) Establecer un sistema de registro del rastreo de deterioro clínico del paciente, a partir de la implementación del proyecto.

3. Fase de Monitoreo.

- a) Monitoreo del uso de la hoja por enfermería.
- b) Revisión de expedientes que contienen la hoja EVAT.
- c) Revisar la calidad de los datos registrados en la Hoja EVAT.
- d) Casos con intervención oportuna luego de la aplicación de la Hoja EVAT.
- e) Reunión del equipo para consolidar información, realizar análisis y toma de decisiones en la implementación de nuevas estrategias según resultados.

4. Fase de Evaluación

- a) Revisión de los casos que fueron traslado a la UCI, aun con la aplicación de la Hoja.
- b) Reuniones del equipo para evaluar resultados.
- c) Presentación de informes a la alta dirección a través del Jefe de la Unidad Organizativa de la calidad.

1.2.2. ¿Cómo el equipo identificó y gestionó la participación de otras áreas de la organización y/o partes interesadas para el logro de los objetivos de la mejor practica?

El equipo a través de la revisión de la necesidad de implementar el uso de la Hoja EVAT, identificó a todo el personal y las áreas que deberían estar involucradas en la atención directa de este tipo de paciente oncológico, por lo que en reunión del consejo estratégico de gestión del hospital desarrollada en la oficina de la dirección, estando presentes las jefaturas del hospital, se socializa la mejor práctica a implementar; solicitando el apoyo ya que requería del trabajo en equipo y coordinación de diferentes disciplinas como: Laboratorio clínico y Banco de sangre, auxiliares de servicio, enfermería, médicos residentes, médicos especialistas y personal de enfermería del Dpto. así como de las áreas de los servicios de apoyo, administración, UFI, División Médica, y de Enfermería. Además se socializo con enfermeras supervisoras de la División de Enfermería del hospital para el apoyo en el monitoreo y seguimiento en los diferentes turnos.

3.2.3. ¿Qué dificultades identificó el equipo para la implantación de la mejor práctica y qué acciones realizaron para superarlas?

Dentro de las dificultades que se presentaron en la implementación de la mejor práctica se encuentran detalladas en el siguiente cuadro:

Cuadro de dificultades del equipo EVAT 2018

DIFICULTADES	ACCIONES REALIZADAS
Los cupos para la capacitación en el centro de excelencia de la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP) en Guatemala eran limitados, para realizar la visita de dos días programada con enfermera del HNNBB.	El Dr. Estuardo Pineda Oncólogo Pediatra. ya tenía conocimientos del tema y se habló con el y cedió su cupo para la supervisora de oncología.
No se obtuvo misión oficial para la capacitación en UNOP	El equipo hizo uso de los permisos personales que por ley tenía derecho.
La obtención de insumos es engorrosa y normalmente no hay fondos, para compras de 24 tablas tamaño oficio y de 8 plumones de colores requerido para el inicio de la implementación del proyecto.	La compra la efectuó (donación) un miembro del equipo.
Nuevo formato del Proceso de Atención de Enfermería exigido por el MINSAL	Incorporación del nuevo formato en hoja de enfermería.

3.3 Control y seguimiento

3.3.1. ¿Cómo realizó el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor práctica?

El control y seguimiento de las etapas del desarrollo de EVAT se realizó mediante el registro e identificación de errores de escala de valoración, en el seguimiento de los algoritmos, reuniones del equipo para verificación de cumplimiento de parte de los responsables de cada actividad establecida en cada una de las fases, análisis de riesgos para el cumplimiento de objetivos y el seguimiento a los resultados de los indicador de avance a cargo de las líderes del proyecto quienes tienen la responsabilidad de informar a las jefaturas de oncología y al Hospital San Judas.

Al introducir la hoja de EVAT, el equipo analiza según ocurrencia del evento para identificar brechas y lecciones aprendidas.

El equipo gestor hizo la revisión retrospectiva de los casos activados luego de la aplicación de a hoja, monitoreo mensuales de los estándares de calidad y verificación de reporte de los libros de activación de la hoja EVAT.

3.3.2. ¿Ante las desviaciones presentadas en la práctica, como aseguró el equipo la adopción de medidas para prevenir que no vuelvan a suceder?

Ante las desviaciones presentadas e identificadas durante la prueba piloto y el proceso de implementación, el equipo adopto las medidas de seguridad siguientes, para prevenir que no vuelvan a suceder en el personal de enfermería:

Cuadro de desviaciones presentadas y medidas de seguridad del equipo EVAT 2018

Desviaciones presentadas	Medidas de seguridad
Desconocimiento del personal sobre los resultados positivos obtenidos con la mejor práctica	Se da a conocer los resultados y avances del proyecto al personal de enfermería en reuniones administrativas y charlas matutinas.
Resistencia al cambio de parte del personal.	-Se hace énfasis en el trabajo humanitario, su importancia y las repercusiones positivas y negativas en el paciente y su familia. -También se dio la libertad de cambiar de servicio a aquella compañera que no estuviera de acuerdo con el proyecto.
Inadecuada aplicación de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT) de parte de enfermeras del Departamento de Oncología	-Se realizan capacitaciones de refuerzo sobre conocimientos de EVAT a cada miembro del personal que lo requiera. -Se realizan capacitaciones de refuerzo en forma grupal cuando el problema detectado lo presentaban varias enfermeras. -Se capacita al personal nuevo en la unidad sobre conocimientos de EVAT. -Se estimuló el trabajo del personal de oncología premiando a los tres primeros lugares con menos errores.

3.3.3. ¿Cómo se aseguró el equipo que la participación de otras áreas o partes interesadas fuera efectiva para el logro de los objetivos esperados?

El equipo EVAT asegura la participación de otras áreas o partes interesadas y que fueran efectivas para el logro de los objetivos esperados mediante las siguientes medidas:

- Está establecido que el coordinador médico es el responsable y/o encargado de capacitar en EVAT a los médicos residentes de primero, segundo y tercer año, así como a los médicos internos (estudiantes de medicina).
- Coordinación con las jefaturas de la unidad de Cuidados Intensivos (UCI), para evaluación y manejo de pacientes y en caso que fuera necesario trasladar pacientes a dicha unidad.
- División de enfermería en la capacitación del proyecto EVAT a fin de que participaran activamente en la supervisión, control y seguimiento del mismo.
- Es responsabilidad de las enfermeras líderes capacitar al personal de enfermería nuevo.
- EVAT forma parte del manual de inducción al personal nuevo del Departamento de Oncología.
- Es responsabilidad de la enfermera reportar EVAT amarillo o rojo al médico y a la supervisora de turno.
- Comunicación efectiva con el Hospital San Judas y el Programa de St. Jude Global con expertos en la EVAT de hospitales de América Latina; para el acompañamiento, capacitación y asesoría por Expertos.
- UACI gestiona la compra de insumos para el buen funcionamiento del Dpto.
- UFI es la encargada de efectuar los pagos salariales al personal.
- Servicios generales en pequeña o en gran medida participan en la atención del paciente ingresado.
- Administración siempre está presente cuando se le solicita apoyo en mejora del paciente.
- Alta dirección: es a quien se le rinde informes.

3.3.4. ¿Cómo se realizó la evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al aplicar la mejor práctica?

La evaluación de los resultados y la reducción de la brecha se realizaron mediante la comparación de los datos de la línea base del segundo semestre del 2017, con los datos obtenidos en el mismo período del siguiente año 2018 con la aplicación de EVAT.

Cuantitativamente la brecha se ha superado, partiendo del antes y después de la implantación de la mejor práctica en lo siguiente:

- En el 2018 se institucionalizó la hoja de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT) para la atención oportuna del paciente oncológico y seguimiento en el manejo, lo cual facilitó el análisis retrospectivo de los casos para verificar si el manejo iba acorde a la mejor práctica.

- El equipo evalúa los resultados obtenidos en la evolución de los pacientes que han resuelto favorablemente, evidenciándose que antes de la implantación la capacidad resolutoria de la oportunidad en la atención de los casos que se trasladaban a la UCI era de un bajo porcentaje, siendo trasladados 15 (94 %) pacientes de 16, de los cuales 5 fallecieron por lo delicado de su situación. Al implementar la mejor práctica a partir de julio 2018 se esperaba aumentar la capacidad resolutoria al 80% (13 pacientes), sobrepasando lo proyectado al resolverse localmente en el Depto. de Oncología el 100% (46 identificados y solo pasaron 9 a UCI por su estado crítico desde su ingreso), de pacientes identificados.
- Es importante hacer notar que de todos los casos referidos posterior a la implantación de la mejor práctica solo 9 fueron trasladados a la UCI por su misma patología; y la capacidad resolutoria del personal supuso a lo proyectado.

4. Gestión del equipo de mejora

4.1 Integración al equipo de mejora

4.1.1. ¿Cómo la organización asegura la integración y el desempeño de los miembros del equipo de trabajo?

La institución optimiza el trabajo del equipo en el desarrollo de la mejor práctica seleccionado a los miembros del equipo basándose en el perfil tanto personal como profesional de ellos; entre ellos, médicos especialistas y personal de enfermería con experiencia en la atención de este tipo de pacientes, iniciativa en su entorno laboral, responsables al momento de cumplir con su función y liderazgo en la conducción de personal involucrado.

El equipo de trabajo fue constituido por personal multidisciplinario y fue nombrado oficialmente por medio de acta de conformación, delegando a la Unidad Organizativa de la Calidad su elaboración Anexo N°4).

El perfil de cada uno contribuye a ayudar a que desde sus diferentes campos de acción apliquen y valoren el uso de la Hoja EVAT, mejorando la identificación temprana de signos de alarma y la obtención de los resultados esperados.

4.1.2. ¿Cómo la organización asegura la cooperación entre los miembros del equipo de mejora y como estas contribuyen al desarrollo de la mejor práctica?

La dirección del hospital asegura la cooperación entre los miembros del equipo EVAT y que éstos contribuyan al desarrollo de la mejor práctica asignando personal que:

- Reconoce la importancia de EVAT, apoya y facilita la ejecución de este proyecto, ayuda a identificar el deterioro temprano de los pacientes, que ellos reciban una atención adecuada y oportuna.
- Capacitando en el cuidado integral del paciente oncológico.
- Profesional con atestados en el diagnóstico y tratamiento del paciente oncológico.
- Jornadas de capacitación dentro de las horas laborales.
- Equipo EVAT trabaja con el presupuesto asignado al Dpto. de Oncología.

Al desarrollar la mejor práctica todos los conocimientos y habilidades de cada uno fortalecen el trabajo en conjunto del equipo.

4.2 Desarrollo del equipo de mejora

4.2.1. ¿Cómo el equipo de mejora realiza la mejor práctica considerando las competencias de sus integrantes?

El personal médico y de enfermería de oncología son profesionales capacitado en el manejo del paciente con cáncer, con alto grado de responsabilidad, humanismo y con conocimientos en cuidados paliativos; muchos de ellos con varios años de experiencia en el ramo, además personal nuevo que también inyecta dinamismo al grupo.

Enfermeras: responsable, sociables, dinámicas, competentes, que les guste enseñar, con buena salud física y mental, para ser líderes del proyecto.

Enfermera Supervisora: como supervisora de área, era necesario tener los conocimientos del proyecto para empoderarse y poder supervisar, controlar y dar seguimiento al mismo en todas las etapas para garantizar el éxito de lo planificado.

Enfermera Jefe de unidad: es la encargada de programar al personal a las jornadas de capacitación, supervisar y participar en la ejecución.

Médico Oncólogo / Pediatra: quien tendrá la función de coordinador del equipo.

Médico intensivista: tener conocimientos del proyecto, para informar o socializar con el personal a su cargo, apoyar con la evaluación del paciente y agilizar los traslados a UCI.

4.2.2. ¿Cómo el equipo de mejora evaluó los conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor práctica?

El equipo de mejora evaluó los conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor práctica de cada uno de los miembros, por lo que fue necesario:

- Médico Oncólogo jefe del departamento experto en el tema.
- El equipo realizó la revisión bibliográfica, el análisis correspondiente y generó la metodología a utilizar para la implementación de la mejor práctica: talleres con el personal involucrado, realizando las adaptaciones necesarias para la implementación local.
- Convocatoria al personal operativo que brindaba atención al paciente para talleres de formación en aplicación de la Hoja de EVAT.
- Selección de líderes del equipo de trabajo de acuerdo a sus habilidades y destrezas: desarrollo de parte teórica y práctica de los talleres.
- Para balancear las competencias de los integrantes del equipo se designó como coordinador al médico de staff de oncología.

4.2.3. ¿Qué control y seguimiento aplico el equipo de mejora para asegurar su efectividad en el desarrollo de la mejor practica?

El control y seguimiento que el equipo aplico para asegurar la efectividad en el desarrollo de EVAT, se realizó mediante:

- El registro e identificación de errores de escala de valoración.
- En el seguimiento de los algoritmos.
- Revisiones periódicas de los resultados en su aplicación
- Reuniones de verificación de cumplimiento de actividades programadas.
- Análisis de riesgos para el cumplimiento de objetivos.
- Seguimiento del indicador de avance a cargo de las líderes del proyecto quienes tienen la responsabilidad de informar a las jefaturas de oncología y pasar el informe al Hospital San Judas en forma mensual. Anexo N°10

5. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica

5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica.

5.1.1. ¿Qué iniciativas realizo la organización para generar aprendizaje a partir de la mejor practica?

La institución, como iniciativa para generar aprendizaje a partir de la mejor práctica realizo diferentes iniciativas, entre ellas:

- Implementó talleres para mejorar las competencias del personal médico y de enfermería en la aplicación de la hoja de EVAT, lo que permitió la incorporación de la hoja en el expediente clínico para la atención oportuna al paciente y disminuir los traslados la UCI.
- Se coordinó con las diferentes áreas involucradas para la facilitación del proceso a intervenir.
- Asegurar la existencia de papelería y garantizar una correcta aplicación con el paciente.
- Se incorporó la aplicación de la hoja EVAT, asegurando que durante los diferentes turnos se aplique e intervenga oportunamente a los pacientes en riesgo.
- El proyecto EVAT dio lugar a la fusión de varias hojas del expediente clínico tales como: hoja de balance hídrico, de signos vitales, escala del dolor, notas de enfermería, plan de cuidados de enfermería y EVAT permitiendo visualizar toda la información en una sola y facilitando la toma de decisiones al personal de salud, a la vez que reduce el consumo de papelería y tinta e implica reducción de costos para el hospital. Anexo N°3

5.1.2. ¿Cómo la organización y el equipo incorporo las experiencias y lecciones aprendidas para la creación de nuevas prácticas?

Para abordar la solución a la problemática la organización y el equipo incorporo las experiencias y lecciones aprendidas para la creación de nuevas prácticas socializando los conocimientos adquiridos en las capacitaciones impartidas por el hospital San Judas tan en el Salvador y Guatemala al resto del personal de enfermería del Dpto. de Oncología, dividido en cuatro grupos incluyendo a enfermeras supervisoras como lo demuestra las fotos del Anexo N° 11

Incorporando la hoja de EVAT a las nuevas prácticas hospitalarias a través de:

- Conformación de un equipo multidisciplinario (Oncólogo, pediatras, enfermera, enfermera supervisora) con funciones específicas para la atención del paciente oncológico
- La creación e implementación de la hoja de EVAT para analizar el evento de deterioro desde que llega el paciente al servicio, la hora que se activó, el personal que participó, los diferentes servicios de apoyo que participaron, el estado del paciente, resultados, si se trasladó a UCI, algunas observaciones/eventos especiales.
- Impresión de hoja EVAT para ser colocada en las áreas de atención, lo cual facilita al equipo multidisciplinario seguir los pasos adecuados y mejorar el tiempo de resolución, la disminución de complicaciones y disminuir traslados a UCI.
- La realización de talleres de capacitación sobre la hoja EVAT y la metodología de aplicación para lograr la efectividad en su desarrollo.

5.2.1. ¿Qué considero el equipo para generar elementos de innovación en la mejor practica?

Para generar elementos de innovación de la mejor práctica se consideró la formación del equipo responsable de impartir los talleres, tiempo para la ejecución, la programación del recurso humano, disponibilidad de insumos y medicamentos, acciones de control y el análisis de los resultados, lo cual ha permitido darle sostenibilidad a través del tiempo.

Se consideró también diseñar y realizar talleres de aplicación de la hoja EVAT en los cuales se presentaba un caso hipotético para que el personal realizase el llenado como si se tratara de un caso real, permitiendo que la actividad fuera dinámica.

Algunos elementos específicos son:

Nivel personal e institucional:

- ❖ Liderazgo Institucional a nivel nacional con la innovación de este sistema en el cuidado del paciente.
- ❖ Instaurar un criterio clínico común y estandarizado para la atención al paciente pediátrico oncológico.
- ❖ Monitoreo continuo de los cambios clínicos que pueda presentar el paciente, mejorando la prestación de servicios de salud oncológicos pediátricos.
- ❖ Alianza con el Hospital San Judas: Contribuir a la creación de un sistema de mejora de la calidad de rastreo de eventos de deterioro de pacientes pediátricos oncológicos hospitalizados.
Generar una línea de base de los eventos de deterioro clínico de los pacientes con cáncer hospitalizados en oncología del HNNBB.

Usuarios:

- ❖ Procedimiento de intervención oportuna del paciente en riesgo de traslado a UCI.
- ❖ Proceso de seguimiento y análisis de intervenciones oportunas de pacientes ingresados en el Dpto. de Oncología.

5.2.2. ¿Cómo el equipo de mejora utilizo la innovación de la mejor práctica para agregar valor y mejorar el desempeño organizacional?

El equipo de mejora utilizo la innovación de la mejor práctica para agregar valor y mejorar el desempeño organizacional a través de la reorganización y reprogramación de actividades de enfermería y para la redefinición de algunos procesos que se detallan a continuación:

1. Queda establecido el uso permanente de la Hoja de Cuidado Integral de Enfermería en la atención del paciente hospitalizado con la EVAT.
2. Se utilizara EVAT para saber el estado del paciente durante la visita médica, en la entrega de pacientes al cambio de turno y durante la ronda de supervisión de enfermería.

3. Se implementa el Libro para el seguimiento de EVAT rojos e interconsultas a UCI por parte del personal médico asignado al área.
4. Se realiza reconocimiento anual a personal de enfermería con menor porcentaje de omisiones y errores.
5. Capacitación permanente a personal nuevo.
6. Retroalimentación de resultados obtenidos con el personal del Dpto. de Oncología.
7. Se espera que el HNNBB se convierta en un centro de excelencia en EVAT a nivel nacional e internacional a través del Dpto. de Oncología.

La mejor práctica le ha permitido al personal involucrado mejorar la atención del paciente y las competencias para la atención a los que presentan complicaciones, contribuyendo con ello a que la institución ofrezca una atención segura a los que presentan signos de alarma.

Se incorporó innovaciones en las intervenciones de prevención como resultado de la aplicación de la hoja EVAT, para tratar de evitar el traslado de pacientes a UCI.

6. Resultados de la mejor práctica

6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional.

6.1.1. ¿Cuál es la reducción de la brecha identificada durante la planificación, después de aplicar la mejor practica?

El equipo de mejora analiza los resultados de la implementación de la mejor práctica para evaluar los datos y el impacto en la reducción de la brecha establecida, determinando que se incrementó el porcentaje de niños ingresados en el Dpto. de Oncología, diagnosticados con cáncer a quienes se les identifico oportunamente riesgo de deterioro de un 0% del año 2017 a un 100% (16 pacientes identificados oportunamente en el año 2018), luego de aplicar la intervención de mejora. (Aplicación de la hoja de EVAT) como lo demuestra la siguiente tabla.

LINEA DE BASE: 2017	PROYECCIÓN: 2018	BRECHA:	EVALUACIÓN
0% de niños ingresados en el Dpto. de Oncología, diagnosticados con cáncer a quienes se les identifico oportunamente riesgo de deterioro (16, 100% pacientes sufrieron deterioro clínico y no fueron detectado oportunamente).	80% (13 pacientes) de niños ingresados en el Dpto. de Oncología, diagnosticados con cáncer a quienes se les identifico oportunamente riesgo de deterioro (aplicación de hoja EVAT).	80% (13 en base a 16 pacientes que sufrieron deterioro clínico y no fueron detectado oportunamente)	46 (100%) pacientes identificados oportunamente en el año 2018. BRECHA SUPERADA

6.1.2. ¿En qué aspectos ha mejorado la eficacia/eficiencia organizacional al implementar la mejor practica?

La mejor práctica ha contribuido a mejorar la eficacia/eficiencia del hospital al:

- Identificar pacientes con riesgo de presentar complicaciones y disminuir los trasladados a la UCI
- Tratar oportunamente de forma precoz las potenciales complicaciones que se desarrollan,
- Ha permitido fortalecer las competencias del personal médico y de enfermería que participan en la atención de estos eventos, reflejado en la capacidad de resolución y consecuentemente la reducción de muerte por esta causa.
- Recursos humanos, infraestructura e insumos médicos disponibles sin incurrir en gastos adicionales del presupuesto anual establecido para la institución.

6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.

6.2.1. ¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano?.

En cumplimiento a la Carta Iberoamericana de la Calidad en Gestión Pública (CICGP) en el HNNBB se realizan encuestas de percepción de la atención brindada (ver anexo 12), en agosto del 2019 a los familiares de los pacientes ingresados en el Dpto. de Oncología y se obtuvieron resultados favorables: **el 95.8% de los encuestados está satisfecho con la atención que reciben sus hijos y dicen sentirse apoyados por el personal de enfermería, pero el 100% refieren que reciben la atención en el momento que su niño/a lo necesita, lo cual es muy gratificante para el personal.**

6.2.2. ¿Cuál es el impacto para el ciudadano después de la implementación de la mejor practica?

Institución:

Luego de implementada la mejor práctica el impacto en los resultados obtenidos con el paciente son los siguientes:

- α) La Supervivencia del paciente oncológico hospitalizado se incrementó.
- β) Se mejora la prevención de complicaciones y eventos adversos en el paciente hospitalizado.
- χ) Reducción del gasto de bolsillo de los familiares del paciente al disminuir los días estancia hospitalaria.
- δ) Incorporación de los pacientes a la vida familiar
- ε) Aumento de la satisfacción del usuario, paciente, padre, madre y/o cuidador., al identificar mejoría en el estado de salud del paciente y mejora en la calidad del cuidado del personal que lo atiende.

6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas

6.3.1. ¿Cuáles son los resultados generados a otras partes interesadas relacionadas con la mejor practica?

Los resultados generados a otras partes interesadas en la mejora del paciente ingresado en el Dpto. de Oncología son:

- **Hospital San Judas, y el Programa de St. Jude Global y expertos en la EVAT de hospitales de América Latina:** satisfacción en los resultados obtenidos con la asistencia técnica ofrecida al personal que lo implemento.
- **Institución:**
 - Disminución de costos hospitalarios por traslados a UCI y de la mortalidad asociada a la no detección temprana del deterioro del paciente.
 - Reducción de las estancias hospitalarias y un uso "más racional" de los recursos.
 - Prevención de complicaciones y eventos adversos en el paciente hospitalizado.
 - Reducción de traslados no planificados a UCI.
 - Minimizar los problemas relacionados a la seguridad del paciente.
- **Recurso Humano:**
 - Profesionales de enfermería actualizados y aplicando la EVAT.
 - Mejora del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en el Dpto. de Oncología.
 - Satisfacción del personal médico y de enfermería en la mejora del paciente, con las intervenciones realizadas.
 - Asesoramiento y acompañamiento para la ejecución del Proyecto, de profesionales internacionales como el Hospital San Judas y el Programa de St. Jude Global y expertos en la EVAT de hospitales de América Latina.

6.3.2. ¿Qué beneficios ha generado la implantación de la mejor práctica a otras partes interesadas?

Al estar implementada la mejor práctica en el HNNBB se ha logrado ver el beneficio de tener sistematizada la respuesta ante un paciente que se está complicando, disminuir los traslados a UCI y lograr incidir en la disminución de muertes prevenibles. Los familiares de las pacientes se ven beneficiados al no tener que incurrir en gastos extra por tener al paciente ingresado en el hospital.

Por otro lado, el personal de salud que brinda atención a estos pacientes expresa satisfacción, cuando luego de una intervención oportuna se resuelve el cuadro, ya que se evita complicaciones o en el peor de los casos una muerte, apoyando efectivamente el desarrollo de lo planificado. Además, se contribuye a un esfuerzo nacional para la reducción de la morbi-mortalidad infantil y a la atención de calidad en los pacientes ingresados en el hospital.

Los beneficios para los proveedores de salud son: 1) Reforzar anualmente los conocimientos a través de talleres teórico prácticos sobre las prácticas apropiadas, la educación continua y permanente dirigidas a las enfermeras del Dpto. de Oncología, permitiéndoles ampliar los conocimientos en temas relacionados al

diagnóstico precoz y oportuno, manejo y tratamiento adecuado, 2) Promover el trabajo en equipo 3) Estandarizar el procedimiento que oriente la atención en casos con recomendaciones explícitas del que hacer, 4) Mejora continua de la práctica y toda la prestación de los servicios de la calidad en salud.

Los beneficios para el sistema de salud se enfocan en: 1) Mejor capacidad resolutive del hospital, 2) Estandarizar la atención mediante la adherencia de protocolos y guías y 3) contribuye a Mejorar la imagen del sistema de salud 4) Empoderamiento del personal de médico y de enfermería 5) Aplicación de procesos internacionales de vanguardia en salud.

6.4. Resultados financieros o de la relación costo beneficio.

6.4.1. ¿Qué beneficios financieros ha obtenido la organización con la ejecución de la mejor practica?

En el ámbito sanitario la prioridad es el restablecimiento de la salud del paciente y su recuperación sin secuelas, permitiéndole así la incorporación a la vida familiar y productiva. En ese sentido resulta difícil establecer un costo financiero a la vida de los pacientes, dado que la vida es invaluable. El costo/beneficio se orientará entonces desde el punto de la inversión y ahorro en salud que ha generado la implantación de la Hoja EVAT al MINSAL, al mismo tiempo el ahorro que representa para la familia.

De junio a diciembre 2017 se identificó la brecha: tomando en cuenta 16 casos de pacientes ingresados en el Dpto. de Oncología, diagnosticados con cáncer a quienes se les identifico inoportunamente riesgo de deterioro (no aplicación de Hoja EVAT) y que fueron atendidos en el hospital ; con la ejecución de la mejor práctica se lograron los siguientes beneficios financieros:

- Reducción de costos en la Unidad de Cuidados Intensivos al disminuir los traslados desde el Dpto. de Oncología, se disminuye el costo día cama ocupado.
- Reducción del costo día cama ocupado del Dpto. de Oncología, al intervenir oportunamente al paciente antes que su estado de salud se complique más.
- Permitió más giros de cama ocupada.
- Que más paciente se beneficiados con EVAT al favorecer los traslados de pacientes ingresados Infectología y Medicina Interna por falta de cupo en oncología.
- Menores gastos familiares.
- Menor sufrimiento físico y espiritual para el paciente.

6.4.2. ¿Cuáles son los resultados de la relación costo beneficio de la implantación de la mejor practica?

Para el análisis de resultados en la relación costo beneficio de la aplicación de la **Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT)** en el HNNBB se enfoca en cuatro aspectos: **a.** Costos de la atención del niño en oncología del HNNBB **b.** Costos de la implantación de la mejor practica **c.** El ahorro que la mejor practica genera al evitar trasladarlo a UCI para cuidados especializados. **d.** Ahorro familiar.

No podemos hablar de reducción de costos para el Hospital, pues como se explicó previamente no es posible intervenir en el número de casos que se presenten anualmente ni en las variantes clínicas y de intervención a realizar en cada caso, para ejemplo para el año 2017 se presentaron 16 casos a los que aún no se les aplicaba la escala de valoración de alerta temprana y para el 2018 se presentaron 46 casos a los que si se les aplico la escala de valoración de alerta temprana, interviniendo oportunamente, lo que dio como resultado únicamente 9 casos que se trasladaron a la UCI pero por el estadio de su enfermedad. Como es de todos conocidos en la rama de salud y especialmente en pediatría el proceso salud enfermedad es dinámico y no siempre se presenta de la misma manera, es decir no todos los niños van a responder de la forma que se quiere o se espera. Sin embargo el ahorro estimado para el MISSAL es el siguiente.

Ahorro estimado para el MINSAL resultado de la implantación de estrategia “Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT)” EN HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM.					
	DATOS de pacientes a quienes se les aplico Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT)		DATOS de pacientes trasladados a UCI a quienes no se les aplico Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT)		Ahorro Institucional MINSAL
	No. de casos presentados a quienes se intervino con la Hoja EVAT	Costo de atención en Departamento de Oncología	No. de traslados a UCI	Costo de atención en UCI	
2017	16	\$4,800.00	15	\$15,000.00	\$1,000.00
2018	46	\$13,800.00	11	\$11,000.00	\$ 35,000.
TOTAL	56	\$18,600.00	26	\$26,000.00	\$36,000.00

En la tabla se presenta los resultados semestrales de traslados de pacientes a la UCI por el no cumplimiento de la escala de valoración temprana (EVAT) de la línea de base establecida en el 2017 y se compara con los del 2018: en la cual se determinó que el 100% de las pacientes con aplicación de la escala no fue necesario el traslado a UCI, lo que implicó un ahorro para el hospital de 36,000.00.

7. Sostenibilidad y mejora

7.1 Sostenibilidad (50 puntos)

7.1.1. ¿Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada?

Dentro de los riesgos identificados para garantizar la sostenibilidad de la mejor práctica alcanzada se encontraron:

- La ocurrencia de una muerte aun con la intervención oportuna del personal involucrado, lo que puede desmotivar al equipo.
- El no capacitar oportunamente a los recursos humanos de nueva incorporación al departamento por recarga de trabajo ya existente.
- Falta de monitoreo y supervisión del desarrollo de la estrategia.
- Falta de algunos de los insumos y/o necesarios para la atención de los pacientes.
- Falta de interés de las autoridades del hospital.
- Falto de estímulos al personal.
- No reconocimiento de la labor realizado por el personal de oncología.
- Ausentismo frecuente del personal.

7.1.2. ¿Cuáles estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la mejor practica?

Entre las estrategias que se han previsto para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la mejor práctica están:

1. La institucionalización de la estrategia de **Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT)** a partir del 2018 en todo el hospital.
2. La estrategia se incluye en la Programación Anual Operativa del Dpto. de Oncología
3. La Dirección y UOC designan a los integrantes del equipo que liderara la estrategia buscando asegurar la sostenibilidad ante la posibilidad de ausencia de alguno de los profesionales del equipo.

4. El monitoreo continuo a través de los estándares de calidad, análisis de casos, revisiones mensuales del seguimiento del manejo de los pacientes a través de los estándares de calidad y de los reportes de casos activados y por el Departamento de Estadística.
5. Fortalecer un liderazgo sólido y la búsqueda de un mayor compromiso y participación de los trabajadores del Dpto. de Oncología hacia una cultura de calidad y seguridad del paciente mediante el fomento de buenas prácticas, un programa de sensibilización y capacitación continua.
6. Institucionalización de la estrategia de aplicación de **Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT)** incorporándola en los objetivos estratégicos del hospital.
7. Involucramiento de las jefaturas médicas y de enfermera de los diferentes departamentos de hospitalización en el inicio de rastreo de eventos de deterioro o línea basal.

7.1.3. ¿Qué indicadores, roles, responsabilidades ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejor practica?

Para evaluar el desempeño de la mejor práctica el equipo de mejora en coordinación con el Dpto. de Oncología del hospital establece los siguientes indicadores:

- Número de casos diagnosticados en los que se aplicó la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT).
- Porcentaje de casos en que se activó la EVAT: No. de casos en que se activó la EVAT /No. de casos presentados en el periodo X 100.
- Porcentaje de pacientes atendidos según EVAT que fueron traslado a UCI.
- Porcentaje de pacientes atendidos según EVAT que no fueron traslado a UCI.
- Razón de mortalidad infantil el Dpto. de Oncología.

7.2 Mejora

7.2.1. ¿Cuáles estrategias ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la practica implantada?

Dentro de la mejora continua de la mejor práctica se han desarrollado como estrategias, para asegurar la continuidad las siguientes:

- Capacitaciones anuales al personal sobre aplicación, seguimiento y evaluación de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT).
- La continuidad en la realización de evaluaciones mensuales de los resultados obtenidos.
- La concientización al personal de la problemática de muertes y traslado a UCI de pacientes no intervenidos oportunamente.
- El aseguramiento en la disponibilidad de insumos necesarios para la continuidad en el desarrollo de la mejor práctica.
- Plan de contingencia ante lo imprevisto en el proceso de activación de la aplicación de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT).
- Proporcionar reconocimiento a la personal de enfermería que más EVAT elabora.
- Gestionar permisos para que miembros del equipo asistan a los eventos internacionales de EVAT.
- Convertirnos en un centro de excelencia en EVAT a nivel nacional e internacional.

7.2.2. ¿Qué indicadores y mecanismos de seguimiento ha implantado el equipo para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?

Para asegurar la mejora continua de la mejor práctica el equipo gestor de la mejor práctica del hospital desarrolla los siguientes mecanismos e indicadores:

- Evaluación de los resultados teóricos prácticos del personal pre y posterior al desarrollo de los talleres de capacitación a enfermeras que aplican la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT).
 - Evaluación del desempeño del personal en la correcta aplicación de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT).
 - Socialización de los resultados a las jefaturas de los servicios en informe anual de labores de la UOC.
 - La verificación del llenado correcto de la hoja de Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT).
 - Verificar el cumplimiento de la activación de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT) según lineamiento establecido.
 - La institucionalización de la mejor practica en el hospital.
- Seguimiento de los siguientes indicadores:

- Numero de recursos humanos capacitados en aplicación de la Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT)
- Número de equipos necesarios y disponibles en el Departamento de Oncología.
- Reuniones bimensuales de evaluación del equipo gestores.
- Números de ciclos PEVA aplicados por el equipo gestor

Glosario de términos clave:

Anotar los términos que podrían no ser conocidos por miembros del jurado, ya que algunos son profesionales no relacionados con salud.

Términos	Definición
EVAT	Escalas de Valoración de Alerta Temprana
HNNBB	Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom
Eventos de deterioro	Situación en la que los pacientes se complican
UNOP	Unidad Nacional de Oncología Pediátrica.
Aminas	Administración de medicamentos que le mejoren la circulación y presión sanguínea.
Ventilaron	Colocación de un tubo en la traque que le permita respirar y recibir el aporte de oxígeno necesario para vivir.
Balance Hídrico	Registros de líquidos ingeridos y excretados por paciente.
Intubación	Colocación de un tubo en la traque al paciente por parte del médico para que pueda respirar.
Proveedores de Salud	Personal médico y de enfermería que atiende directamente al paciente.
UOC	Unidad Organizativa de la Calidad.
CICGP	Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública.

Anexo 1 Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT)



Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT) Instrumento para referencia



Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT)					
	0	1	2	3	Resultado
Comportamiento / Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> Alerta/durmiendo apropiadamente Paciente está alerta en su basal 	<ul style="list-style-type: none"> Con sueño, somnoliento cuando no lo molestan Responde sólo a estímulos verbales 	<ul style="list-style-type: none"> Irritable, difícil de consolar Responde sólo a estímulos dolorosos 	<ul style="list-style-type: none"> Letárgico, confundido, sin fuerzas No responde a estímulos Convulsiones nuevas, frecuentes o prolongadas Las pupilas no reactivas a la luz o anisocoria 	
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> Color de piel adecuado para el paciente Llenado capilar ≤ 2 segundos (seg) Pulsos periféricos normales 	<ul style="list-style-type: none"> Pálido Vasodilatado Llenado capilar 3 segundos Taquicardia leve* 	<ul style="list-style-type: none"> Llenado capilar 4 segundos Taquicardia moderada* Pulsos periféricos disminuidos 	<ul style="list-style-type: none"> Marmóreo Llenado capilar ≥ 5 segundos Taquicardia severa* Bradicardia sintomática (síncope, hipertensión, hipotensión y conciencia alterada) Ritmo cardíaco irregular. 	
Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> Sin retracciones Patrón respiratorio normal o en su basal Saturación $>95\%$ o en su basal 	<ul style="list-style-type: none"> Taquipnea leve* Leve trabajo respiratorio (aleteo nasal, retracción intercostal) Hasta 1 litro de oxígeno por bigotera. Saturación 90%-94% sin oxígeno o 5% $<$ de su basal 	<ul style="list-style-type: none"> Taquipnea moderada* Moderado trabajo respiratorio (aleteo nasal, retracción intercostal, quejido, uso de músculos accesorios) 2-3 litros de oxígeno por bigotera. Nebulización cada 4 hrs Saturación 88-89% sin oxígeno o 10% $<$ de su basal 	<ul style="list-style-type: none"> Taquipnea severa* Frecuencia respiratoria debajo de lo normal para la edad* Severo trabajo respiratorio (moviendo cabeza, disociación tóraco-abdominal, jadeo) Oxígeno con mascarilla con reservorio (no post operatorio) o >3 litros de oxígeno por bigotera. Nebulización con frecuencia $>$ cada 4 horas Saturación $<90\%$ con oxígeno o 15% $<$ su basal Apnea 	
Preocupación de la enfermera	No preocupada	Preocupada			
Preocupación de la familia	No preocupada y presente	Preocupada o ausente			
Resultado total					

* Por favor refiérase a Referencia de Frecuencia Cardíaca y Respiratoria

Basado en Bonafide C, et al. Development of Heart and Respiratory Rate Percentile Curves for Hospitalized Children. Pediatrics 2013;131:e1150.

SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardíaca para Niños

Edad	El aumento de la frecuencia cardíaca			
	Normal (por minuto)	Leve 1	Moderada 2	Severa 3
Menor de 3 meses	119-164	165-171	172-186	≥ 187
3 meses - 5 meses	114-159	160-167	168-182	≥ 183
6 meses - 8 meses	110-156	157-163	164-178	≥ 179
9 meses - 11 meses	107-153	154-160	161-176	≥ 177
12 mes - 17 meses	103-149	150-157	158-173	≥ 174
18 mes - 23 meses	98-146	147-154	155-170	≥ 171
2 años	93-142	143-150	151-167	≥ 168
3 años	88-138	139-146	147-164	≥ 165
4 años - 5 años	83-134	135-142	143-161	≥ 162
6 años - 7 años	77-128	129-137	138-155	≥ 156
8 años - 11 años	72-120	121-129	130-147	≥ 148
12 años - 14 años	66-112	113-121	122-138	≥ 139
15 años - 18 años	62-107	108-115	116-132	≥ 133

Frecuencia Respiratoria Para Niños

Edad	El aumento de la frecuencia respiratoria			
	Normal (por minuto)	Leve 1	Moderada 2	Severa 3
Menor de 3 meses	30-56	57-62	63-76	≥ 77
3 meses - 5 meses	28-52	53-58	59-71	≥ 72
6 meses - 8 meses	26-49	50-54	55-67	≥ 68
9 meses - 11 meses	24-46	47-51	52-63	≥ 64
12 mes - 17 meses	23-43	44-48	49-60	≥ 61
18 mes - 23 meses	21-40	41-45	46-57	≥ 58
2 años	20-37	38-42	43-54	≥ 55
3 años	19-35	36-40	41-52	≥ 53
4 años - 5 años	18-33	34-37	38-50	≥ 51
6 años - 7 años	17-31	32-35	36-46	≥ 47
8 años - 11 años	16-28	29-31	32-41	≥ 42
12 años - 14 años	15-25	26-28	29-35	≥ 36
15 años - 18 años	14-23	24-26	27-32	≥ 32

Saturación y Uso de Oxígeno (Evaluación Respiratoria)

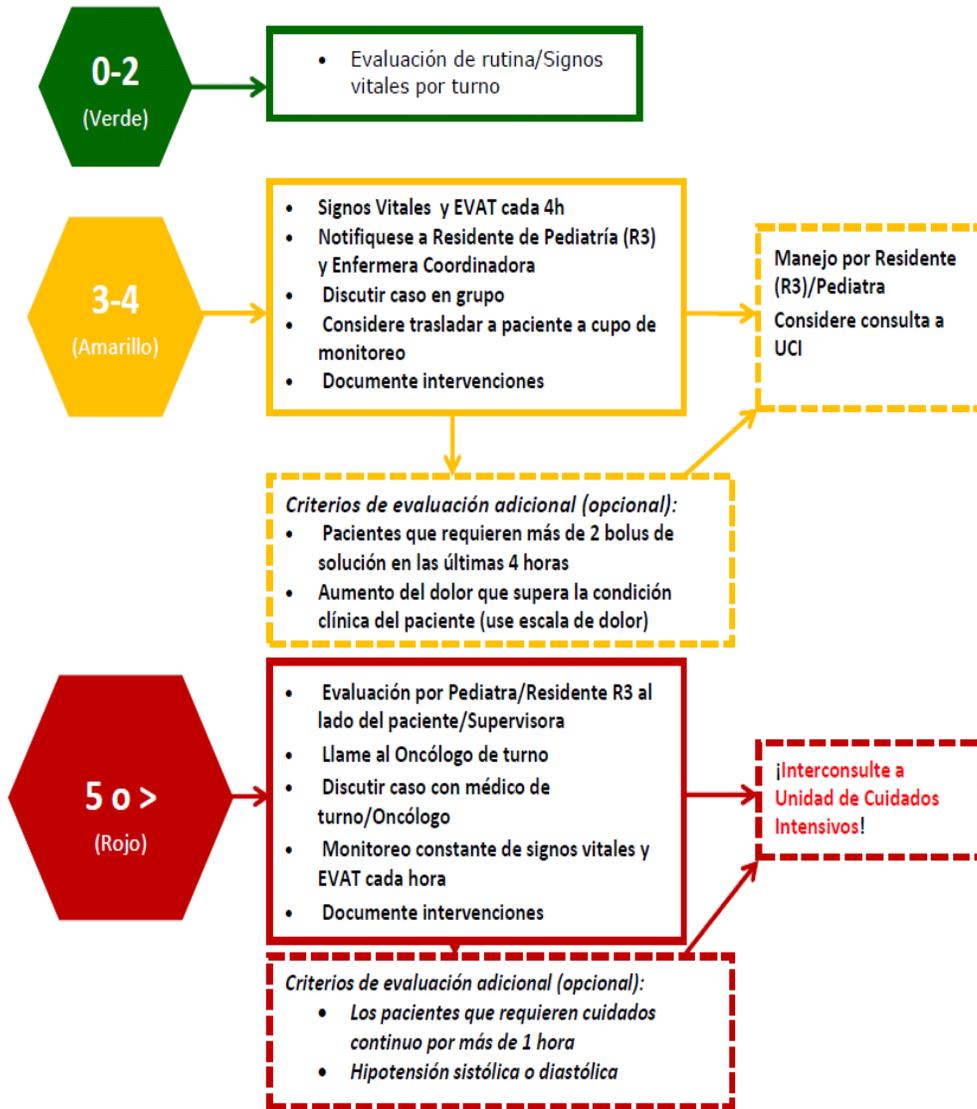
	Normal	Leve 1	Moderada 2	Severa 3
Saturación de Oxígeno (SpO ₂)	95-100%	90-94% sin oxígeno	88-89% sin oxígeno	$<90\%$ con oxígeno
Uso de Oxígeno	no	O ₂ via CBN hasta 1L	>1 a 3L O ₂ via CBN	$>3L$ O ₂ CBN o mascarilla con reservorio

Anexo: 2 Algoritmo.



EVAT

Escala de Valoración de Alerta Temprana Algoritmo para la evaluación



Para asistencia inmediata en cualquier momento:

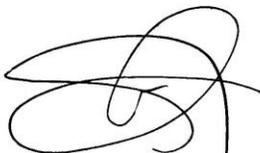
LLAMA A UCI 1224 1225

Anexo 4: Acta de Conformación del Equipo EVAT.

ACTA DE CONFORMACION DEL EQUIPO PARA PROYECTOS DE MEJORA DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

Reunidos en la Unidad Organizativa de la Calidad del hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, se procede a la conformación del **EQUIPO PARA PROYECTOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD** en el servicio de oncología quienes realizarán el proyecto titulado "Implementación de la escala de valoración temprana (EVAT), en la atención de pacientes del departamento de oncología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom". Quedando conformado por las siguientes personas: **Dr. Estuardo Enrique Pineda Urquilla, Licda. Yanet Guadalupe Elías, Licda. Teresa Margarita Valle Deras, Licda. Patricia Mirnabel Mejía Jerez, Lic. Marta Elena Aquino Amaya.**

En fe de lo cual firmo, San Salvador, ocho de febrero del dos mil dieciocho.



Dr. Luis Ernesto Martínez Romero
Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad

Anexo 5: Permisos Oficiales



Permiso Ingreso Critico

7 de febrero de 2019
Memphis, Tennessee, EUA
V.P.O. Hernandez

Licda. Patricia Mirnabel Mejía Jerez
Hospital de Niños Benjamín Bloom
El Salvador

El Programa de Medicina Crítica Global del St. Jude Children's Research Hospital tiene el agrado de extenderle una cordial invitación al Taller Anual 2019 del Proyecto Multicéntrico EVAT.

Dicha reunión se llevará a cabo en la ciudad de **Querétaro, Querétaro, México los días 22 al 23 de marzo del presente año** y contará con la presencia de más de 75 expertos en oncología infantil, cuidados críticos infantiles y salud global provenientes de 15 países de Norte América, Latino América y el Caribe.

El evento tendrá la modalidad de taller y será realizado por el Departamento de Medicina Pediátrica Global del St. Jude Children's Research Hospital en colaboración con el Hospital Infantil Teletón de Oncología (HITO).

Los gastos de viaje redondo y hospedaje serán cubiertos por el St. Jude Children's Research Hospital. Si usted tiene alguna pregunta con respecto al evento, favor de escribir al correo electrónico PROYECTOEVAT@STJUDE.ORG.

Esperamos contar con su presencia.

Dra. Asya Agulnik
Directora del Proyecto EVAT Multicéntrico
Department of Global Pediatric Medicine
St. Jude Children's Research Hospital
262 Danny Thomas Pl. MS 721
Memphis, TN 38105

Anexo 6: Acta Sala Situacional del 3 abril 2019



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM EL SALVADOR

Acta 05		Reunión Sala Situacional	
Fecha:	03/04/2019	Hora:	09:00
Lugar:	Oficina Dirección HNNBB		
Asistentes			
Dr. Carlos Enrique Carmona Pineda		Dr. Jorge Milla	
Dr. Rafael Oscar Santamaría		Licda. Digna de Rosa	
Dr. Pablo Antonio Romero		Dra. Jennifer Villalobos Alberto	
Dr. Mario Gamero		Licda. Suly Juana Argueta de Flores	
Licda. Marta Elena Aquino Amaya		Dr. Francisco Fuentes Choto	
Dr. Carlos Gabriel Alvarenga		Licda. Cecilia Meléndez Nerio	
Licda. Teresa Margarita Valle		Licda. Guillermo Barahona	
Dra. Lourdes Dueñas de Chicas		Dr. Luis Guillermo Castaneda	
Ing. Alma Nadire Molina de Arévalo			
Puntos a tratar (agenda)			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Firma de asistencia y acta anterior. 2. Cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019 3. Avances y proyecciones del Proyecto EVAT, Servicio de Oncología (Licda. Teresa Margarita Valle Deras, Coordinadora de Oncología) 			
ACUERDOS DE SALA DEL 13 DE MARZO 2019			
<p>15/08/2019 10:45</p> <p>• MANTENER LA SALA SITUACIONAL ACTUALIZADA DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES, UTILIZANDO</p>			



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM



GOBIERNO DE EL SALVADOR



MINISTERIO DE SALUD

La Unidad Organizativa de la Calidad

Hace un merecido reconocimiento a :

Los miembros del Equipo EVAT

Por su valioso aporte a la niñez salvadoreña

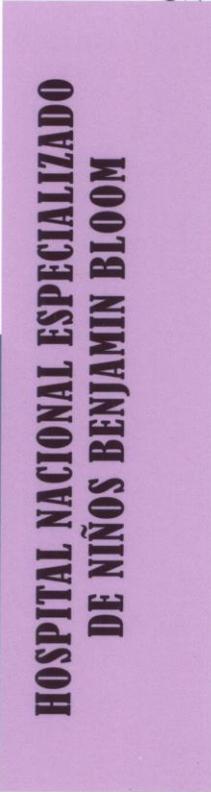
“En el marco de la Mejora Continua de la Calidad con el desarrollo de buenas prácticas e innovación del proyecto EVAT en el Departamento de Oncología del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Octubre 2019”



Dr. Luis Ernesto Martínez Romero
Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad
HNNB



**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM**

**HOSPITAL NACIONAL ESPECIALIZADO
DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**

**GOBIERNO DE
EL SALVADOR**

**MINISTERIO
DE SALUD**

La Unidad Organizativa de la Calidad

Otorgan el presente Diploma de Reconocimiento a:

Marta Elena Aquino Amaya

Por su excelente desempeño:

*“Como parte del Equipo de EVAT y su alto compromiso en la
continuidad y sostenibilidad del proyecto en el HNNBB”*



Dr. Luis Ernesto Martínez Romero
Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad
HNNBB

Anexo 9: Diploma de reconocimiento como expertas en EVAT al personal de enfermería del Departamento de Oncología como lo demuestra la foto.



Anexo 11: Jornadas de capacitación EVAT



FASE DE CAPACITACION

Se realizaron 4 Jornadas de Capacitación durante el mes de Junio de 2018 , con la siguiente distribución:

- 1) 5/6/18 : 5 Enfermeras Supervisoras y 4 Enfermeras**
- 2) 19/6/18: 3 Enfermeras Supervisoras y 6 Enfermeras**
- 3) 26/6/18: 1 Enfermeras Supervisoras y 6 Enfermeras**
- 4) 28/6/18: 4 Enfermeras**



Anexo 12: Encuesta de satisfacción del usuario

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
DIVISION DE ENFERMERIA

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA

ENCUESTA DE SATISFACCION DIRIGIDA A PADRES DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA

AGOSTO 2019

Objetivo: Evaluar la percepción de los usuarios externos de la atención recibida con EVAT.

Instrucciones: Por favor lea la encuesta y conteste cada pregunta con honestidad.

La encuesta es anónima.

1. ¿Está usted satisfecha con la atención que recibe su niño/a?; SI _____ NO _____

Si su respuesta es NO ¿PORQUE? _____

2. ¿Cree que la atención que recibe su niño ha sido en el momento que lo necesita?

SI- _____ NO _____

3. ¿Se ha sentido apoyada por el personal durante la hospitalización? SI _____ NO _____

Si su respuesta es NO ¿PORQUE? _____

“Gracias por su participación