

HOSPITAL NACIONAL DE SANTA ANA



RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS 2022

NOMBRE DE LA MEJOR PRÁCTICA

**“MODELO BUNDLE COMO ESTRATEGIA INTEGRADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD EN
LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN EL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, ENERO 2021 A JUNIO 2022”**

Dra. Carmen Dinora Zuleta de Viana.

Directora

Representante Legal

Septiembre 2022.

Información General de la Organización.

Equipo postulador de la mejor practica

Licda. Araceli de los Ángeles Linares de Cornejo	Coordinadora de la Mejor Practica, Enfermera supervisora gestora del Departamento de medicina Interna
Dra. Roxana Idalia Dueñas de Hernández	Médico especialista de endocrinología del servicio de 2º Medicina Hombres
Licda. Laura Cecilia Ochoa de Valencia	Jefe del departamento de fisioterapia
Licda. Alcira Eugenia García de López	Enfermera jefa de Unidad de servicio de 2º Medicina hombres
Licda. Roció Yasmin Esquivel de Vásquez	Enfermera jefa de Unidad de servicio de 1º Medicina mujeres
Téc. Sara Gabriela Hernández de Rodríguez	Técnico en Enfermería del servicio de 2º medicina mujeres
Licda. Armida de los Ángeles Estrada de Umaña	Enfermera jefa de Unidad de servicio de 1º Medicina Hombres
Dra. Sandra Marlene Villafuerte de Marroquín	Jefe de Unidad Organizativa de Calidad del hospital de Santa Ana, Asesor de la mejor práctica.

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

Licda. Araceli de los Ángeles Linares de Cornejo
Coordinador del proyecto
Teléfono: 2891-5017
Correo electrónico: Araceli.Linares@salud.gob.sv

➤ **Contacto Alterno para el Reconocimiento:**

Dra. Sandra Marlene Villafuerte de Marroquín
Jefe Unidad Organizativa de Calidad
Tel. 2435-9609 Fax 2435-9529.
Correo electrónico: Sandra.villafuerte@salud.gob.sv

Tabla de Contenido

1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección.....	5
1.1. ¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación, implantación de la mejor práctica y empodera a los miembros del equipo para su desarrollo?.....	5
1.2. Fortalecimiento del rol y responsabilidades del equipo.....	7
1.3. Reconocimiento a equipos de mejora.....	7
2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora.....	8
2.1. ¿Cómo se identificaron las oportunidades de mejora o los problemas a resolver?.....	8
2.2. Recolección y análisis de la información.....	16
3. Gestión de la intervención, proyecto o práctica implementada.....	18
3.1 Planificación de la mejor práctica.....	18
3.2 Implantación de la mejor practica.....	21
3.3 control y seguimiento.....	23
4. Gestión del equipo de mejora.....	26
4.1 Integración al equipo de mejora.....	26
4.2 Desarrollo del equipo de mejora.....	27
5. Gestión del conocimiento e innovación de las mejores prácticas.....	28
5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica.....	28
5.2 Gestión de la innovación en las mejores prácticas.....	29
6. Resultados de la mejor práctica.....	30
6-1.- Resultado en la Eficacia/eficiencia organizacional.....	30
6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.....	34
6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas.....	34
6.4 Resultados financieros o de la relación costo beneficio.....	35
7. Sostenibilidad y mejora.....	36
7.1.- Sostenibilidad.....	36
7.2 Mejora.....	37
GLOSARIO DEL MODELO PUP.....	38
ANEXOS.....	39

PRESENTACION

El Hospital Nacional de Santa Ana esta categorizado como hospital Regional de referencia para la zona occidental de Salud de segundo nivel de atención, con una dotación de camas censables de 469, siendo la oferta de servicios las 4 especialidades médicas, 24 subespecialidades, 3 Unidades de cuidados intensivos para la atención de recién nacido, del paciente adulto, y pediátrico y servicios de ambulatorios de mediana y alta complejidad.

La mejor práctica se focaliza en el departamento de medicina Interna del hospital que tiene una asignación de 97 camas, en el que predominan los ingresos de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal estadio 4 y 5) en condiciones de riesgo para desarrollar eventos adversos durante la estancia hospitalaria tales como, deterioro del estado mental, incontinencia urinaria o fecal, poca movilidad, deficiente nutrición y actividad disminuida lo que resulta en el apareamiento de eventos adversos como son las úlceras por presión.

Las Úlceras Por Presión (UPP) constituyen un importante problema para la salud relacionado con la calidad y seguridad, tanto para el paciente como para el personal sanitario, debido a que se incrementa la estancia hospitalaria con el riesgo de contraer infecciones asociadas a la atención sanitaria de piel y tejidos blandos; además se incrementa la carga de trabajo de los profesionales de la salud, lo que repercute en la baja calidad asistencial de los pacientes y eleva los costos a la institución por la utilización de insumos, medicamentos.

En el mes de septiembre del año 2020, se evidenció a través de un monitoreo realizado por las unidades de fisioterapia y Unidad Organizativa de la Calidad (UOC), que los casos de UPP, presentaban resultados alarmantes en la institución a predominio de los servicios del departamento de medicina interna, lo que dio inicio a la oportunidad de mejora.

La presente mejor práctica tiene el enfoque de implementar un modelo de atención tipo Bundle (termino propuesto por el Institute for Healthcare Improvement), que consiste en concentrarse en el cumplimiento confiable de un grupo de las mejores prácticas relacionadas al evento adverso que se quiere prevenir; entendiéndose para este proyecto como un paquete de acciones que abordan aquellos pacientes con riesgo de presentar úlceras por presión en el que el personal médico, enfermería y fisioterapia en forma integral e integrada ejecutan actividades de prevención tendientes a minimizar el riesgo y complicaciones a dichos pacientes.

La funcionalidad del modelo radica en que el equipo de mejora adoptó las recomendaciones fundamentadas en medicina basada en la evidencia nivel tipo A y B1 de Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) para la edición española y Pan Pacific Pressure Injury Alliance, entidad que aporta elementos para prevenir este evento adverso según investigaciones de alta y

moderada calidad. Lo anterior, se suma a la integración de los esfuerzos de los profesionales de la salud del hospital de Santa Ana, ambos comprometidos con la prestación de los cuidados seguros y de calidad, sensibles a los valores, preferencias y necesidades de salud del usuario y su familia. Por lo anterior, se presentan los resultados de la mejor práctica a 18 meses de su implementación.

OBJETIVOS DE LA MEJOR PRÁCTICA

OBJETIVO GENERAL.

Implementar un modelo de atención integral e integrado (Modelo Bundle) apoyado en medicina basada en la evidencia, que prevenga y reduzca los riesgos evitables de úlceras por presión en el paciente ingresado en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional de Santa Ana, contribuyendo a brindar un servicio de calidad y seguridad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Estandarizar e implementar un conjunto de herramientas e intervenciones, respaldado por su alta calidad de evidencia científica para la prevención y vigilancia de pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión.
2. Evaluar al usuario mediante un procedimiento que permita identificar desde su ingreso, el riesgo de desarrollar úlceras por presión y ejecutar un paquete de medidas de prevención.
3. Fortalecer los conocimientos y competencias en el equipo de profesionales y la familia, que permita brindar un plan de cuidados en la prevención de úlceras por presión.
4. Disminuir el riesgo IAAS relacionados a piel y tejidos blando por úlceras por presión.

Descripción del cumplimiento de los criterios y subcriterios de evaluación.

1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección.

1.1. ¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación, implantación de la mejor práctica y empodera a los miembros del equipo para su desarrollo?

Desde el año 2012 el Ministerio de salud (MINSAL) inicia su incursión en la postulación de proyectos de Reconocimiento interno a las mejores prácticas en la RIIS; por lo que, en el año 2014, la alta dirección del hospital de Santa Ana, invito a las Unidades organizativas a participar en la postulación, motivando a presentar iniciativas que promuevan el desarrollo de estrategias de mejora en beneficio del ciudadano; por lo que delega a la Unidad Organizativa de la Calidad Institucional (UOC), como la responsable de capacitar, asesorar y facilitar herramientas metodológicas en el marco del sistema de gestión de calidad con aplicación del ciclo PHVA, dirigido a los equipos de mejora continua (R.H. acuerdo 310, 2015 septiembre). Además,

involucra a la jefatura de la división respectiva a la que pertenece el proyecto y que en el presente le fue asignado a la división de enfermería quien forma parte del Consejo de gestión estratégico; otorgándole autoridad para apoyar al equipo de mejora para diseñar y ejecutar la mejor práctica, asignarle los recursos idóneos, facilitar el tiempo para las reuniones, medir periódicamente los objetivos dando seguimiento a los compromisos adquiridos por el consejo estratégico.

Las mejores prácticas son evaluadas en conjunto con la Unidad de Calidad en forma periódica (3 veces al año) siendo esta última la asesora de los equipos de mejora, como parte de la función asignada por la Dirección.

Es importante hacer mención que los avances se presentan al Consejo de gestión Estratégica con el propósito de socializar los resultados, incentivar y apoyar al equipo y motivar a la réplica por otras unidades del hospital. Para dar soporte a la mejor práctica la Alta Gerencia elaboro la política de calidad Institucional a partir del año 2014, la que fue actualizada por los coordinadores de los diferentes comités de Calidad para el periodo 2018 – 2023; en este documento, se enuncia en el eje N°2 que *“La gestión del conocimiento en el capital humano en temas de calidad, constituirá una rutina institucional para avanzar hacia una cultura de excelencia del servicio”*. Es de hacer mención que a partir del Plan operativo anual del hospital (POAH) del año 2016 se han establecido estrategias dirigidas a mejorar continuamente la calidad de los procesos misionales. En el POAH del año 2020 en el objetivo general se encuentra plasmado el fundamento que dio origen al desarrollo de la mejor práctica a postular: *“Brindar servicios hospitalarios de salud dirigidos a satisfacer a los usuarios y profesionales sanitarios, bajo estándares de calidad, seguridad e innovación tecnológica, bajo un enfoque de derechos y equidad, fortaleciendo el talento humano y la investigación”* y de igual manera en el objetivo específico 1 y 3: *“Fortalecer el modelo de gestión por procesos en la dirección de humanizar los servicios de salud en el Hospital, en el marco de estándares de calidad y políticas de seguridad”* y *Asegurar la implementación de la gestión clínica en los servicios asistenciales, incorporando modelos innovadores que aseguren la satisfacción ciudadana”,* respectivamente.

Es importante mencionar que la alta dirección mediante el consejo Estratégico de gestión participa en la selección de la mejor práctica, cuya función es apoyar las iniciativas de mejora y evaluar los resultados con el propósito de expandir las mejores prácticas a todos los servicios.

¿Cómo la máxima autoridad divulga y da a conocer las mejores prácticas en diferentes espacios?

Entre los mecanismos que la alta gerencia ha sistematizado desde el año 2015 para dar a conocer la mejor práctica, podemos mencionar, las reuniones gerenciales del consejo estratégico de gestión, instancia administrativa en donde se ventilan y toman decisiones los jefes de división, las Unidades asesoras y la Dirección. En estos espacios, el equipo de Mejora es respaldado y se compromete el consejo con la mejor práctica. De igual manera hace uso de memorándum dirigido a todas las jefaturas, comunicación vía electrónica y banner del equipo de mejora colocado en el pasillo principal del hospital, para que todo el talento humano de la institución y los usuarios conozcan el proyecto.

1.2. Fortalecimiento del rol y responsabilidades del equipo.

La alta dirección ha fortalecido el rol y responsabilidad de los equipos brindándoles las herramientas técnicas para la formulación de los proyectos de mejora, con la asesoría y acompañamiento de la unidad de calidad hospitalaria. Además, ha gestionado capacitación especializada a los miembros del equipo de la división de enfermería para el mejor desarrollo de las actividades, lo que le da la autonomía y confianza que la alta dirección le brinda para la ejecución de los proyectos; lo anterior motiva y anima en la realización de estos. El apoyo para el desarrollo e implementación de la mejor práctica por parte de la alta Gerencia es identificado en varias etapas:

- a) Planificación del proyecto (revisión y aprobación).
- b) Acompañamiento por parte de la UOC del hospital, quien asesora, capacita y monitorea tres veces al año, acompañando en el proceso de evaluación al jefe de la división de enfermería.
- c) La alta dirección apoya el desarrollo de la implantación de la mejor práctica, mediante el fortalecimiento de los conocimientos al equipo gestor en ciclo PHVA, gestión procesos y capacitación especializada.

Un actor clave ha sido la unidad de calidad, la cual en su misión debe apoyar el desarrollo de los proyectos de mejora; En este proceso ha dado acompañamiento a la supervisión, monitoreo y evaluación de las metas e indicadores propuestos; además, ha contribuido a la elaboración de herramientas para evaluación y el diseño del procedimiento de prevención de úlceras por presión.

1.3. Reconocimiento a equipos de mejora.

¿Cómo la alta dirección o las jefaturas reconocen a cada miembro de los equipos su trabajo respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en las mejores prácticas?

La organización tiene dos modalidades definidas de incentivos: placa de reconocimiento grupal la que es entregada en el espacio de Reunión del consejo estratégico en la que el director reconoce públicamente la labor del equipo (24 octubre, día del hospital) y, además, brinda un diploma de reconocimiento individual a cada miembro, destacando su participación en el proyecto. Además, se realiza una nota de felicitación la que anexa al expediente personal destacando el aporte individual de cada miembro

¿Qué incentivos ha definido la organización para promover el desempeño efectivo como equipo que desarrollan la mejor práctica?

La organización cuenta con una política de incentivos no financieros denominada “Reconociendo tu desempeño”, en la que se establecen las categorías que optan al premio de Calidad, documento que data del año 2015, vigente a la fecha, lo que constituye la base normativa para premiar el esfuerzo del equipo de la mejor práctica.



imagen 1. Reconociendo el desempeño del equipo de Mejora del proyecto PUP (PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION), 24 de octubre 2021.

2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora.

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

En una supervisión ejecutada en el mes de septiembre del año 2020 por la unidad de fisioterapia y UOC a todas las áreas hospitalarias, se evidenció que, de 63 solicitudes de interconsultas al departamento de fisioterapia, se contabilizó un total de 24 pacientes con úlceras por presión (UPP), de los cuales 14 pertenecían a pacientes ingresados en los servicios de medicina interna lo que constituyó un 58 % del total de interconsultas. Al ser analizado con los 303 egresos de medicina interna de ese mes, se documentó que el 4.62% de pacientes atendidos por fisioterapia presentaban úlceras por presión (UPP) en diferentes grados de severidad, por lo que se procede a realizar supervisiones en los meses de octubre a diciembre 2020 para medir el evento adverso y disponer de una línea.

A continuación, se presenta el gráfico de los hallazgos encontrados en el monitoreo:

Gráfico N° 1. Identificación del problema



Fuente: libro de registro de atención a pacientes con UPP del departamento de fisioterapia.

En este gráfico se puede observar que la incidencia de úlceras por presión para el mes de septiembre en el departamento de medicina fue de 4.62 %, siendo el pico máximo en el mes de octubre con 5.99% con un promedio en 4 meses de 4.34%. Para el presente proyecto se tomó como línea de base el dato del mes de septiembre 2020.

Para identificar las oportunidades de mejora, el equipo aplicó la lluvia de ideas como herramienta de calidad con el propósito de buscar posibles causas que explicaran el apareamiento de UPP, la cual se muestra a continuación.

Tabla N° 1. lluvia de ideas, producto del equipo de Mejora.

IDENTIFICACION DE CAUSAS DE UPP EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA SEPTIEMBRE 2020	
1	Aumento de pacientes con enfermedades crónicas
2	Personal con limitada participación para realizar cambios de posición.
3	Limitada orientación a paciente y familiar
4	Pacientes con factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos para desarrollar UPP.
5	Recurso Humano limitado para brindar cobertura a la demanda de pacientes (médicos y enfermeras)
6	No se dispone de un programa de prevención de UPP
7	No hay escala de riesgo y formulario de valoración de grado de lesión
8	Familiar no participa en el cuidado
9	Déficit de equipos, insumos y medicamentos para prevenir UPP
10	Pacientes en abandono
11	Limitado involucramiento por parte del médico
12	Estancia hospitalaria prolongada de los pacientes crónicos
13	Falta de registros estandarizados
14	Medio ambiente contaminado
15	Limitada capacitación al personal sanitario para prevenir el problema

Como ya se comentó, la mejor práctica dio inicio con los resultados de una supervisión que denotó el incremento de úlceras por presión en Medicina Interna. Por lo anterior, la aplicación de la lluvia de ideas por parte del equipo se enfocó a enlistar las posibles causas que dieron origen a este problema.

Seguidamente el equipo agrupó por categorías las ideas vertidas:

Tabla N° 2. Clasificación por categoría de lluvia de ideas en las variables recursos humano, entorno, método y equipo.

RECURSO HUMANO	ENTORNO	MÉTODO	EQUIPO
2. Personal con limitada participación para realizar cambios de posición.	1. Aumento de pacientes con enfermedades crónicas No transmisibles.	6- No se dispone de un programa de prevención para UPP	9. Déficit de equipos, insumos y medicamentos
3. Limitada orientación a paciente y familiar.	4- Pacientes con factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos para desarrollar UPP	7- No hay escala de riesgo y formulario de valoración de grado de lesión.	
5- Recurso Humano limitado para brindar cobertura a la demanda de paciente	10- Pacientes en condición de abandono.	12- Estancia hospitalaria prolongada de los pacientes crónicos	
8. Familiar no participa en el cuidado	14. Medio ambiente contaminado.	13. Falta de registros estandarizados para registrar el problema	
11- limitado involucramiento del médico		15- Limitada capacitación al personal	

¿Qué parámetros utilizaron para la priorización de problemas?

Entre los parámetros que utilizó el equipo para la priorización de las causas de las UPP y la valoración de las oportunidades de mejora tenemos:

Para priorización de las causas: la magnitud del problema, la Severidad ante la ocurrencia del evento de UPP y el impacto institucional.

Para la priorización de la oportunidad de mejora, se analizó la eficacia de la intervención mediante los siguientes criterios:

- Que la oportunidad de mejora estuviera centrada en el usuario.
- Que el abordaje de las causas fuera de conformidad a políticas sanitarias nacionales e internacionales.
- Costos justificables de la intervención.
- Interés de la Alta gerencia y de los participantes para el abordaje del problema.
- Evidencia de las intervenciones (medicina basada en la evidencia tipo A y B1)

¿Cuáles herramientas de calidad aplicaron para la priorización del problema análisis de causa raíz?

En esta etapa, las herramientas de calidad que se utilizaron fue la parrilla de ponderación para evaluar la **importancia de las causas del problema (incidencia de UPP)**, producto de la lluvia de ideas (tabla N° 1); otorgando un puntaje de 1,3, o 5 según el equipo asigne a la variable (magnitud, severidad y el impacto económico para la institución, el paciente y su familia), la que se muestra a continuación.

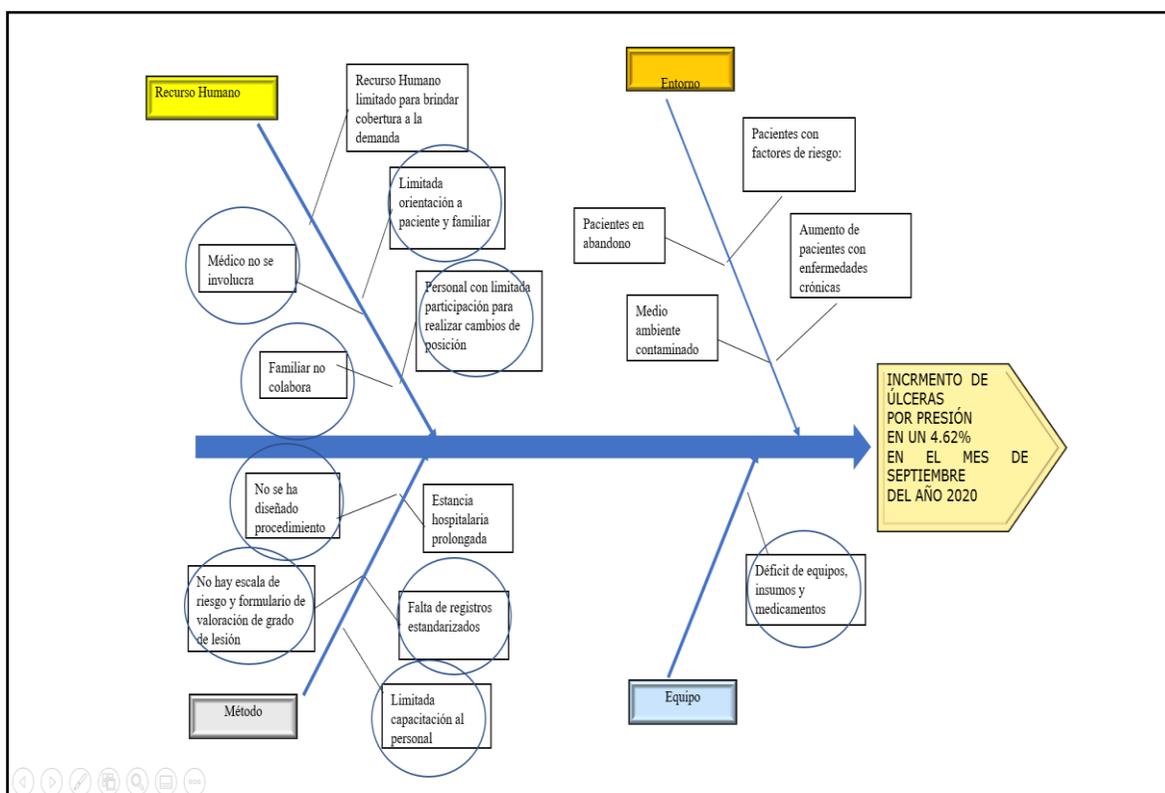
Tabla N° 3. Parrilla de ponderación 1-3-5 de la importancia de las causas de ocurrencia de UPP.

Lluvia de ideas de causas que originan UPP	MAGNITUD	SEVERIDAD	IMPACTO ECONOMICO	TOTAL
1. Aumento de pacientes con enfermedades crónicas No transmisibles	5	5	5	15
2. Personal con limitada participación para realizar cambios de posición.	3	3	5	11
3. Limitada orientación a paciente y familiar	3	3	5	11
4. Pacientes con factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos	5	5	5	15
5. Recurso Humano limitado para brindar cobertura a la demanda	5	5	5	15
6. No se dispone de un programa de UPP	5	5	5	15
7. No hay escala de riesgo y formulario de valoración de grado de lesión	5	5	5	15
8. Familiar no hay corresponsabilidad	5	5	5	15
9. Déficit de equipos, insumos y medicamentos	3	3	3	9
10. Pacientes en abandono	1	3	5	9
11. Médico no se involucra en la prevención de UPP	3	3	5	11
12. Estancia hospitalaria prolongada	3	3	5	11
13. Falta de registros estandarizados para abordar el problema	5	3	5	13

14. Medio ambiente contaminado	3	3	5	11
15. Limitada capacitación al personal	3	5	5	13

Como se puede observar existen causas con puntajes de 15 (6 causas) pero que, en algunas de estas el equipo de mejora no puede ejercer intervención; tal como lo es el incremento de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, esto permitió realizar un segundo análisis del problema aplicando el diagrama de causa y efecto de ISHIKAWA para clasificar y seleccionar las causas a tratar. Tal como se ilustra en la imagen 2, Diagrama de causa efecto.

Imagen N°2. Diagrama causa efecto de ISHIKAWA.



Seguidamente, el equipo realizó revisión documental apoyada en medicina basada en la evidencia con la finalidad de contar con recomendaciones de alto nivel según la calidad de la investigación, nos referimos a evidencia A y B1, lo que permitió seleccionar las causas en el diagrama de ISHIKAWA y agruparlas en 7 intervenciones posibles, las cuales nuevamente fueron procesadas con la misma asignación de 1-3-5 para valorar la factibilidad y eficacia de las intervenciones, lo que se muestra en la tabla N°3 y 4.

Tabla N° 4. Factibilidad de la intervención según ponderación asignada de 1,3,5 por parte del equipo y analizando las variables de Recursos Humanos, materiales, conformidad a las políticas sanitarias, interés de la comunidad hospitalaria para involucrarse y costos justificables para la institución en relación con la mejor práctica.

INTERVENCION	RECURSOS HUMANOS	MATERIAL, EQUIPO Y RECURSOS ECONOMICOS	CONFORME A LAS POLITICAS SANITARIAS	INTERES DE LA COMUNIDAD HOSPITALARIA PARA INVOLUCRASE	COSTOS JUSTIFICABLES	PUNTAJE
1. Diseñar procedimientos y protocolos basados en evidencias, así como sistemas de documentación estandarizados.	5	5	5	5	5	25
2. Diseñar e implementar un paquete de acciones de acuerdo con el riesgo del paciente	5	5	5	5	5	25
3. Gestionar el equipamiento y sus normas de uso para reducir la incidencia de las lesiones por presión.	5	3	5	5	5	23
4. Implementar estrategias de recordatorios de cambios posturales para promover la adhesión a los planes de cambios posturales	5	5	5	3	5	23
5. Capacitar a los profesionales sanitarios sobre las lesiones por presión para lograr el involucramiento efectivo para la prevención y vigilancia.	5	5	5	5	5	25
6. Supervisar monitorear y evaluar en forma periódica para evaluar los objetivos del modelo de atención.	5	5	5	5	5	25
7. Involucrar a la familia desarrollando la corresponsabilidad en la prevención de UPP	3	5	5	5	5	23

Como se puede observar al ser sometido al análisis las posibles intervenciones, 4 de estas alcanzaron 25 puntos y 3 con 23 puntos. Por lo que, el equipo tomó la decisión de abordar estratégicamente las 7 intervenciones propuestas que fueron sometidas al análisis.

TABLA N° 5. EFICACIA PREVISTA PARA LA INTERVENCION: PONDERACION DE 1.3.5.

Evidencia de la eficacia	Puntaje	Factores locales que inciden negativamente con la eficacia	Puntaje	Tiempos requeridos para observar cambios	Puntaje	Total
Existe mucha evidencia en la literatura nacional e internacional	5	Hay pocos factores locales	5	Cambios observables en poco tiempo, casi inmediato	5	15
Existe poca evidencia	3	Hay mediana cantidad	3	En tiempo mediano	3	
No hay evidencia	1	Hay muchos factores locales	1	Se necesita mucho tiempo	1	

Cómo se puede observar en la tabla número 5 al ser analizada la eficacia prevista de la intervención se otorgó un puntaje de 15 puntos ya que el equipo consideró que existía mucha evidencia en la literatura nacional e internacional con pocos factores locales que incidieron negativamente con la eficacia y que los tiempos que se requerían para observar los cambios era a corto plazo lo que totalizó un puntaje igual a 15 Por lo anterior este análisis constituyó que el modelo bundle que constituye el elemento funcional de nuestro proyecto se visionará a tener los resultados previstos.

Tabla N° 6. Nivel de evidencia científica para las intervenciones, A y B1.

INTERVENCIONES	EVIDENCIA DE LA EFICACIA	FACTORES LOCALES QUE INCIDEN NEGATIVAMENTE	TIEMPO REQUERIDO PARA OBSERVAR CAMBIOS	PUNTAJE
Diseñar procedimientos y protocolos basados en evidencias, así como sistemas de documentación estandarizados.	5(A)Existe mucha evidencia en la literatura nacional e internacional	5 Hay pocos factores locales	3 en tiempo mediano	13
Diseñar e implementar un paquete de acciones de acuerdo con el riesgo del paciente	5(A)Existe mucha evidencia en la literatura nacional e internacional	3 Hay mediana cantidad	5 Cambios observables en poco tiempo, casi inmediato	13
Gestionar el equipamiento y sus normas de uso para reducir la incidencia de las lesiones por presión.	3(B1) Existe modera evidencia	3 Hay mediana cantidad	3 en tiempo mediano	9
Implementar estrategias de recordatorios de cambios posturales para promover la adhesión a los planes de cambios posturales	3 (B1) Existe modera evidencia	3 Hay mediana cantidad	3.En tiempo mediano	9
Capacitar a los profesionales sanitarios sobre las lesiones por	5 (A) Existe		3.En tiempo mediano	

presión para lograr el involucramiento efectivo para la prevención y vigilancia.	mucha evidencia en la literatura nacional e internacional	5 Hay pocos factores locales		13
Supervisar, monitorear y evaluar en forma periódica para evaluar los objetivos del modelo de atención.	3(B1) Existe modera evidencia	5 Hay pocos factores locales	5 Cambios observables en poco tiempo, casi inmediato	13

Interpretación, A: Alta calidad en la evidencia: más de un estudio de nivel 1 de alta calidad que proporcionan evidencia directa y conjunto de evidencias consistente.

B: Estudios de nivel 1 de calidad moderada que proporcionan evidencia directa, o estudios de nivel 2 de calidad alta o moderada que proporcionan evidencia directa o la mayoría de los estudios tiene resultados consistentes y las inconsistencias se pueden explicar.

El equipo de mejora una vez efectuado el análisis procedió a realizar el esquema de tortuga para la construcción del procedimiento de seguridad del paciente en relación con la UPP considerando los recursos, indicadores y herramientas necesarias para la intervención, tal como se muestra en el Anexo 1. Esquema de Tortuga para identificar los elementos del proceso.

¿Cómo proyectaron el impacto esperado para abordarla oportunidad de mejora?

La proyección de los impactos se describe en la tabla N° 7 la que destaca los 3 actores principales, paciente /familia, equipo de profesionales y el hospital.

Tabla N° 7. Proyección del impacto.

	IMPACTO
Paciente (usuario y familia):	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a la seguridad en su estancia hospitalaria implementando las herramientas utilizadas en el programa que permitan la identificación oportuna del riesgo. • Mejorar la satisfacción de la familia, ya que el programa involucra la participación del cuidador mediante acciones corresponsabilidad. • Reducir la incidencia de IAAS de piel y tejido blando. • Reducir el gasto de bolsillo de los usuarios.
Equipo de profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación oportuna y tratamiento de la lesión según grado. • Trabajo en equipo multidisciplinario • Reducción de carga laboral • 100% de personal registra los casos con una participación activa. • 100% de personal capacitado.
El hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Se fortalece la imagen corporativa del hospital al contar con un programa de seguridad lo que contribuye a garantizar el cumplimiento del estándar internacional de calidad y seguridad (punto de acreditación hospitalaria). • Satisfacción por parte de los proveedores internos que ofertan el servicio. • Mejoramiento del programa de seguridad del paciente • No se genera gastos adicionales en la atención del paciente, ya que un evento de UPP hace que se active un protocolo específico para la atención con incremento de días estancia hospitalaria y llamada de médicos especialistas. • No se presentan demandas, Los usuarios o la familia no presentan quejas en la ODS. • Disminuir el costo de las IAAS de piel y tejidos blanda.

2.2. Recolección y análisis de la información.

¿Qué metodología y herramientas aplicaron para la recolección, clasificación, consolidación, y análisis de la información que fue necesaria para la identificación de problemas, causas, alternativas de solución, el desarrollo y ejecución del proyecto de mejora?

A continuación, se presenta una tabla que ilustra la metodología y herramientas aplicadas en cada etapa del proyecto.

Tabla N° 8. Metodología aplicada según etapas del proyecto.

Metodología Y herramientas	Lluvia de ideas	Espina de pescado	Búsqueda recomendaciones de medicina basada en la evidencia	Parrilla de análisis de importancia de causas del problema	Parrilla de análisis de intervención factibilidad	Eficacia prevista de la intervención	Esquema de tortuga	Supervisión y monitoreo	Reuniones y diseño de matrices de captación de datos.
Recolección	x							x	x
Clasificación	x								x
Consolidación									x
Análisis		x		x	x	x			x
Diseño de intervención	x		x		x	x	x	x	x

En todas las anteriores el equipo de mejora realizó:

- Discusión de los resultados del monitoreo realizado por el departamento de fisioterapia el cual fue tomado como insumo para la selección del problema.
- Análisis y evaluación de los resultados para establecer la brecha existente.
- Análisis de los resultados de las supervisiones y monitoreo realizados por la UOC y equipo de mejora.

¿Cuáles fuentes de datos utilizó el equipo para verificar la confiabilidad?

Entre las fuentes de datos que fueron utilizadas en el proyecto tenemos: el libro de control de fisioterapia de pacientes con UPP el cual permite obtener datos estadísticos relacionados a número de pacientes con UPP en cada servicio de hospitalización, el censo diario de pacientes y libro de ingresos –egresos y el informe de la

Unidad de epidemiología en relación a las infecciones asociadas a la atención sanitaria de piel y tejidos blandos.

A continuación, se presenta la matriz en la cual se consolidó la información recolectada en los 4 servicios de medicina interna ante la ocurrencia de eventos de caída.

Tabla N° 9. Registro de pacientes con UPP.

HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA.

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA MATRIZ DE REGISTRO DE ATENCIÓN DE PACIENTES DE UPP

SERVICIO	N° DE CAMA	EXPEDIENTE	NOMBRE	DIAGNOSTICO	EDAD	LOCALIZACIÓN DE UPP	ESTANCIA HOSP.	PROCEDENCIA

¿Cómo se determinó y cuál era la brecha existente entre la situación inicial (línea base) y la situación o proyección deseada?

Para determinar la brecha se midió y analizaron las variables principales de estudio que a continuación se muestran en la tabla N° 10

Tabla N° 10. Determinación de Brechas del proyecto.

LÍNEA DE BASE SEPTIEMBRE 2020	BRECHA	META: junio 2022
4.62 % eventos de UPP (14 UPP /303 egresos del mes de septiembre)	3.62%	Reducir a <1% .
El hospital no dispone de un modelo de atención para la prevención de UPP	100%	El hospital ha definido un modelo de atención que incorpora un conjunto de herramientas e intervenciones para la prevención de UPP
Paciente no se identifica ante el riesgo de UPP a su ingreso	100%	El 90 % pacientes son identificados al ingreso aplicando escala de riesgo estandarizada.
La institución no dispone de acciones para orientar al usuario y la familia	No se dispone de lineamientos ni de material de orientación e información al usuarios y familia 100%	Diseñar e implementar acciones de orientación e información al usuario y a la familia mediante el diseño de material ilustrativo.
Personal médico, paramédico y enfermería NO está formado para un abordaje integral de la prevención de úlceras por presión	100%	100% Personal de staff, residentes y enfermeras capacitados en abordaje integral en prevención de UPP
0.79% IAAS de piel y tejido blando por úlceras por presión.	0.29%	Reducir la tasa de IAAS de piel y tejidos a < o igual al 0. 5%

3. Gestión de la intervención, proyecto o práctica implementada.

3.1 Planificación de la mejor práctica.

¿El proyecto está orientado con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

La declaración de la Misión del hospital para el año 2021 expreso : *“Somos un hospital público de referencia para la región occidental que brinda servicios de asistencia y docencia promoviendo un modelo de gestión bajo estándares de calidad y seguridad, a través de un equipo con principios éticos que procura satisfacer a nuestros usuarios”*; Lo anterior da a conocer a los clientes internos y externos que la oferta de servicios del hospital se enmarca en estándares de calidad y seguridad, por lo que se puede afirmar que la mejor práctica se encontró sustentada en la misión del hospital. De igual manera, en relación a la visión de *“Ser reconocido como un hospital público que brinda servicios de salud bajo estándares de calidad y seguridad con enfoque de derechos y equidad, a través de un modelo de gestión transparente, eficiente, que incorpora tecnología acorde a las necesidades de nuestros usuarios y que fomenta el desarrollo del talento humano en docencia, asistencia e investigación con alto valor ético”*, es por ello que la dirección apoya y promueve iniciativas que van encaminadas a la visión de la institución apostándole al talento humano mediante procesos de capacitación y entrenamiento, en este caso para prevenir la UPP. Por lo tanto, podemos aseverar que la mejor práctica, fue planificada acorde a la misión y visión de la organización en el marco a la seguridad del paciente y que además innova herramientas diseñadas por el equipo de mejora, que contribuyen a garantizar cuidados que brindan seguridad en la atención por parte del equipo multidisciplinario reduciendo el riesgo de UPP mediante la aplicación de recomendaciones fundamentadas en medicina basadas en la evidencia.

¿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 planeados a fin de reducir la brecha identificada?

El proyecto fue planificado por equipo de mejora del departamento de medicina interna y el acompañamiento de la UOC, a partir del mes de septiembre de 2020, con metodología participativa aplicando el ciclo PHVA, definiendo las fuentes de información; cabe mencionar que en el periodo de septiembre a diciembre del 2020 se realizó el levantamiento de la línea de base y con los datos obtenidos se diseñó la planificación de la mejor práctica, con sus objetivos, brechas, metas e indicadores para iniciar en el 2021. Seguidamente, se presentó a la jefatura de división de Enfermería y al consejo estratégico previa revisión por la UOC para su aprobación.

El equipo de mejora fue seleccionado tomando en cuenta las calificaciones técnicas (médico subespecialista en endocrinología, fisioterapeuta, enfermería), experiencias, funciones y que estuviesen certificados en gestión de procesos, ciclo PHVA, y/o gestión y administración hospitalaria. El equipo fue oficializado mediante memorándum de UOC- de la calidad-dirección con fecha 20 de septiembre del 2020, lo que les faculta para desarrollar la mejor práctica.

A continuación, se muestra el plan de trabajo diseñado el cual fue sujeto a mejoras durante el desarrollo de la mejor práctica.

Tabla N° 11. Planificación de la mejor práctica de prevención de riesgo de Úlceras por presión en el paciente hospitalizado en el departamento de medicina interna.

PLANIFICACION DE LA MEJOR PRACTICA			
ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO
ETAPA I: a) CONFORMACION DEL EQUIPO	Selección del equipo	Jefe de división de enfermería, departamento de medicina interna y UOC	Septiembre 2020
	Oficialización del equipo por la dirección	Dirección y UOC	Septiembre 2020
b) Levantamiento de línea de base	Medición de UPP en el departamento de medicina	Equipo de mejor práctica (EMP)	Septiembre-diciembre 2020
c) Investigación	Revisión de modelos internacionales.	EMP	Enero a marzo 2021
	Revisión de escalas de riesgo de UPP a nivel internacional.	Médico Subespecialista del 2MH.	Enero a marzo 2021
ETAPA II: ORGANIZACIÓN:	Designación de Roles a los miembros del equipo en base experticia, valores, cualificación técnica y cargo que desempeñan en los servicios de medicina	Enfermera gestora del departamento de medicina interna.	Enero a marzo 2021
ETAPA III: DISEÑO DE HERRAMIENTAS	Elaboración y validación de herramientas en campo	Enfermera Gestora Y UOC.	Enero a marzo 2021
ETAPA IV: DISEÑO de un modelo de atención para PUP	Elaboración de un modelo que integre herramientas, procedimiento y bundles de prevención	Equipo de mejora.	Abril 2021
	Aprobación del Modelo por Alta Gerencia	Dirección y UOC	Mayo de 2021
ETAPA V IMPLEMENTACION	Elaboración de programa de capacitación. Logística para el desarrollo de jornadas de socialización y capacitación. Desarrollo de jornadas: a) Socialización a jefe del dpto., staff y jefes médicos de servicios de medicina, jefes de división de enfermería, enfermeras supervisoras, equipo multidisciplinario de medicina, enfermeras jefas de unidad de servicios de medicina y servicios ambulatorios.	Equipo de mejora y UOC	Junio – julio 2021
	b) Capacitación a médicos residentes y personal de Enfermería de servicios de medicina y servicios ambulatorios y personal de fisioterapia	Equipo de mejora, jefe de fisioterapia Enfermeras jefas de unidad de medicina y de servicios ambulatorios, jefe de residentes de medicina Interna.	Junio – julio 2021 A partir de junio.
	Gestión de insumos, materiales y equipos		

	c) Aplicación del modelo		
Etapa VI: control y correcciones en marcha	Elaboración de lista de chequeo. Supervisión, monitoreo y evaluación	EMP y UOC.	Agosto 2021 a junio 2022.
Etapa VII: rendición de cuentas al Consejo Estratégico de gestión	Presentación de resultados de la evaluación del modelo	EMP	Agosto 2021 Mayo 2022

¿Se asignó presupuesto durante la planificación, como se financio el proyecto?

Para la ejecución del proyecto se utilizaron los fondos asignados al presupuesto institucional 2021, aclarando que no fue necesario una asignación de otras fuentes de financiamiento.

A continuación, se detallan los costos del Modelo de atención los cuales fueron agrupados según tipo de procesos: administrativo, servicios de apoyo y de enfermería como parte del proceso misional.

Tabla N° 12. Descripción de los requerimientos del programa de prevención de UPP.

DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO	CANTIDAD MENSUAL	COSTO MENSUAL	CANTIDAD REQUERIDA ANUAL	COSTO ANUAL
COSTOS ADMINISTRATIVOS					
Capacitación personal multidisciplinario	al \$2.50			245	\$612.50
Banner	\$30.00	-	-	1	\$30.00
Sello de identificación de PUP	\$13.50	-	-	8	\$108.00
Impresión de herramientas	\$0.05	1000	\$50.00	12000	\$600
Documentos anillados	\$3.50	-	-	10	\$35.00
Subtotal					\$1,385.50
COSTOS RELACIONADOS A FARMACOS Y ADITAMENTOS EN LA ATENCION POR FISIOTERAPIA					
Colchones anti escaros	\$101.08	-	-	60	\$ 6,064.80
Crema hidratante cold cream	\$40.00	1 galón	\$40.00	12 galones	\$480.00
Pomadas (nevaderm, silverdiacina)	\$2.00	10 tubos	\$20.00	120 tubos	\$240.00
Huata	\$3.98	30 rollos	\$119.40	360 rollos	\$1,432.80
Azúcar morena	\$0.85	5 libras	\$4.25	60 libras	\$51.00
Subtotal					\$8,268.60
COSTOS RELACIONADOS A LOS INSUMOS PARA LA ATENCION POR ENFERMERIA					
Gasa estéril	\$0.03	30 paquetes	\$0.90	360 paquetes	\$10.80
Guantes	\$3.25	3 cajas	\$9.75	36 cajas	\$117.00

Solución salina	\$0.60	10 litros	\$6.00	120 litros	\$72.00
Jabón clorhexidina	\$27.00	½ galón	\$13.50	6 galones	\$162.00
Esparadrapo	\$3.10	4 rollos	\$12.40	48 rollos	\$148.80
Venda de gasa	\$0.46	30 rollos	\$13.80	360 rollos	\$165.60
Subtotal					\$665.4
Total, costos de mejor práctica al año					\$10,319.50

Como podemos observar el programa de prevención tiene un monto de \$10,319.50 para el departamento de medicina interna lo que representa para la institución el disponer de un modelo costo efectivo de seguridad para la prevención de UPP.

3.2 Implantación de la mejor práctica.

¿Cómo se implanto la mejor práctica?

La mejor práctica se desarrolló en 6 fases para su implantación las cuales se detallan a continuación:

Tabla N° 13. Fases para implantación de la mejor práctica.

Fases	Estrategias	Metodología y /o herramientas	Ubicación de la Prueba piloto
1. diseño del modelo y aprobación por la dirección: descripción del modelo de PUP, selección y diseño de las herramientas técnicas para la implementación y la supervisión	a) Revisión documental de medicina basada en la evidencia b) Presentación del modelo a la dirección	Selección de la evidencia A y B1 Reunión con el equipo y la Dirección.	
2. Aplicación de herramientas específicas y del procedimiento de PUP por parte de los equipos responsables de la atención directa en la emergencia y hospitalización.	Aprender haciendo	Herramientas: -Escala de EMINA de identificación del riesgo al ingreso -Registro de cambio de posición (ver anexo N°) -Registro del paciente en el modelo PUP -Lineamientos de cuidadores -Tríptico -Sello de identificación del modelo PUP -Recordatorio para cambios de posición mediante alarmas	2°MM Y 2°MH
3. Ejecución Sistema de control	Diseñar herramientas para la supervisión en campo, unificar objetivo y criterios de supervisión y monitoreo en coordinación con la UOC y realizar prueba piloto	Lista de chequeo de supervisión y monitoreo	4 servicios de medicina
4. Mejoramiento del modelo de PUP	Revisión de herramientas y acciones correctivas	Reuniones de discusión y análisis	
5. Rendición de cuentas ante el consejo	Reunión del Consejo Estratégico de gestión.	Presentación de resultados	

6.. Evaluación de satisfacción del usuario	Entrevista al usuario o familia de los Servicios de medicina	Encuesta de satisfacción al usuario aplicada por ODS-INFOCA	
---	--	---	--

¿Cómo el equipo identificó y gestiona la participación de otras áreas de la organización y/o partes interesadas para el logro de los objetivos de las mejores prácticas?

La participación de otros actores fue determinada mediante el análisis de las recomendaciones internacionales fundamentadas en medicina basada en la evidencia nivel tipo A y B1 de Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) para la edición española y Pan Pacific Pressure Injury Alliance y el diagnóstico de necesidades; A continuación, se presenta una tabla que resume los apoyos requeridos y el mecanismo de participación.

Tabla N° 14. Participación y apoyo requerido de otras áreas del Hospital.

UNIDAD ORGANIZATIVA	APOYO REQUERIDO	MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN
Dirección	Autorización de los fondos para la implementación del programa	Presentación de la mejor practica ante el consejo para el apoyo financiero
UFI	Gestión de fondos	Presentación del modelo para Asignación de fondos
UACI	Compra de equipo e insumos para la MP	Coordinación con jefaturas y tramite de compra.
Unidad de comunicaciones	edición de videos educativo	Coordinación para editar video del equipo de mejora
Administración: servicios generales	Impresión de herramientas	Aprobación de la impresión
Unidad de asesoría de suministros	Sostenibilidad de medicamentos, insumos y equipo	Abastecimiento de los insumos en el LIME y cuadro básico de insumos médicos.
ODS /INFOCA	Investigar la satisfacción del usuario y/o la familia en relación al programa	Pasar la encuesta de satisfacción

¿Qué dificultades identifico el equipo para la implantación de la mejor práctica y que acciones realizaron para superarlas?

Las acciones que se consideraron para superar las dificultades se enfocaron a los elementos de estructura y recursos humanos, los que se describen a continuación.

Tabla N° 15. Dificultades y acciones para superarlas.

DIFICULTADES	ACCIONES PARA SUPERARLAS
Limitada participación del personal médico y enfermería del departamento de medicina en la aplicación de medidas para garantizar la seguridad del paciente.	Capacitar al personal sobre la responsabilidad de garantizar la seguridad del paciente a través de la metodología de reflexión con enfoque humanizado.
Personal de la Unidad de emergencia no identifica a pacientes con riesgo de UPP	Retroinformación a la jefatura de la unidad de emergencia de la falla del procedimiento en el momento de la recepción del paciente al ingreso para la corrección en el equipo.

Inadecuada evaluación de factores de riesgo de UPP en el paciente	Elaboración de instructivo
Insuficiente incorporación al plan terapéutico (corresponsabilidad) por parte del cuidador	Diseñar un medio de orientación e información para la familia para desarrollar la corresponsabilidad y la comprensión del cuidado de la prevención de úlceras de presión.
Personal de enfermería limitado con Índice OCUPACIONAL \geq a 100% en los servicios de medicina	Reorganización diaria del recurso con asignación específica de acuerdo a la necesidad del paciente. Para este modelo es la Asignación 3 de la enfermería: identifica al paciente, revisar control de registro de pacientes, orientación el cuidador.
Lograr la cobertura de capacitación al 100% del personal de las áreas seleccionadas	Capacitación en cascada. Diseño de una video conferencia sobre el programa de PUP y su ubicación en los 7 ordenadores de las áreas seleccionadas.
El personal no cumple el cambio de posición según lo normado (cada 2 horas)	Implementar un recordatorio en los servicios, se adoptó una alarma musical.

3.3 control y seguimiento.

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

Para el control y seguimiento se diseñaron herramientas tales como:

1. Para el cumplimiento de plazos se utilizó la programación de actividades que permitió evaluar el grado de avance del proyecto.
2. Para asegurar la participación y desempeño del equipo se realizó una asignación de actividades de conformidad a los conocimientos, habilidades blandas, experiencia y competencias de desarrollo personal.
3. Para garantizar las participaciones de los otros actores, se dio a conocer al jefe de departamento el contenido temático de la mejor practica para que autorizara la convocatoria del personal médico con la finalidad de socializar el modelo de PUP. De igual manera a nivel de formación de pregrado, post grado médico, servicio social de enfermería y grupos de práctica de las diferentes instituciones formadoras, se socializo el modelo para obtener el involucramiento de personal de nuevo ingreso (médicos residentes de primer año y personal de enfermería).
4. Para el monitoreo y evaluación de la mejor practica se desarrollaron las siguientes actividades:
 - Monitoreo Bimensual del cumplimiento del PUP en los meses de junio a diciembre 2021 y luego con una periodicidad mensual de enero a junio 2022.
 - Análisis de los resultados del monitoreo PUP para ejecutar oportunidades de mejora
 - Presentación de informe de avances al consejo de gestión Estratégico para el apoyo y sostenimiento del modelo, cada 6 meses.
 - Diseño de un tablero de control de indicadores según componente siguiendo el modelo de Dr. Avedis Donavedian (componente de estructura, procesos y resultados).

¿Qué tipo de medición de la mejora implementaron?, ¿establecieron indicadores?, ¿cada cuánto midieron?

Las evaluaciones de los resultados fueron monitorizadas en los primeros 6 meses (junio a diciembre 2021) con una periodicidad bimensual. Luego para el año 2022 se realizaron los análisis en forma mensual de los eventos de UPP. El énfasis fueron la medición de indicadores de proceso y resultados lo que permitió conocer el grado de avance durante la aplicación de la mejor práctica y enfrentar las desviaciones.

Seguidamente, se presenta una tabla resumen de los logros que se obtuvieron ante la aplicación de la mejor práctica.

Tabla N°16. Construcción de indicadores y fuentes de información.

OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACION
Objetivo general: Implementar un modelo integral e integrado basado en la evidencia que prevenga, y reduzca los riesgos evitables de úlceras por presión contribuyendo a la seguridad del paciente en los servicios del departamento de medicina interna del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.		
Componente de estructura		
1.Estandarizar, implementar y evaluar un conjunto de herramientas e intervenciones, para la prevención y vigilancia de pacientes con riesgo de úlceras por presión respaldado por la alta calidad de la evidencia (evidencia tipo A)	Modelo de atención para prevenir la UPP estructurado, multifactorial y adaptado a la medida diseñado e implementado	Documento aprobado por la dirección.
	Procedimiento de calidad y seguridad de prevención, vigilancia y notificación de UPP elaborado	Procedimiento elaborado
2.Fortalecer los conocimientos y competencias técnicas en el talento humano que permita implementar en forma efectiva el modelo de prevención de úlceras por presión.	% de profesionales sanitarios del departamento de medicina interna con formación sobre la prevención y el tratamiento de las lesiones por presión	Listado de personal que asiste a la capacitación
Componente procesos		

<p>3. Identificar al usuario de riesgo desde el momento de su ingreso para reducir la incidencia de UPP y adoptar medidas de prevención con reevaluaciones en su estancia hospitalaria</p>	<p>% de pacientes identificado por servicio con riesgo de UPP mediante el uso de escala estandarizada.</p> <p>% de pacientes a quienes se les aplica el paquete de medidas de prevención según calificación de riesgo (ver anexo 7).</p>	<p>Hoja de escala de EMINA para valoración de riesgo en expediente clínico.</p> <p>matriz de registro de pacientes del programa de PUP en los servicios.</p>
<p>4. Desarrollar la corresponsabilidad mediante un conjunto de acciones que mejoren la orientación, entrenamiento y la máxima implicación del paciente y la familia en la planificación de los cuidados.</p>	<p>Diseño de material dirigido a orientar e implicar a la familia y paciente en la prevención de UPP</p> <p>% de pacientes con riesgo de presentar UPP que reciben información sobre prevención y tratamiento de las lesiones por presión, entrenamiento en habilidades de autocuidado y apoyo psicosocial</p>	<p>Tríptico y lineamientos elaborados</p> <p>Resultados de encuesta de satisfacción.</p>
<p>Componente de resultados</p>		
<p>5. Medir la incidencia de UPP en el departamento de medicina Interna para evaluar la eficiencia del modelo</p> <p>6. Reducir el riesgo de IAAS relacionados a piel y tejidos blandos mediante la implementación de acciones del programa PUP.</p> <p>7. Evaluar la percepción de la satisfacción del modelo de prevención de UPP en el paciente y/o su familia</p>	<p>% de pacientes egresado que desarrollaron úlceras por presión en su estancia hospitalaria en los servicios de medicina interna.</p> <p>% de IAAS de piel y tejidos blandos EN UPP en el departamento de medicina.</p> <p>% de usuarios o familia satisfechas con el modelo de atención de UPP.</p>	<p>Registro de fisioterapia</p> <p>Informe de la Unidad de Epidemiología (sala situacional)</p> <p>Resultados de la encuesta de satisfacción (informe de resultados de encuesta al mes de junio 2022)</p>

¿Ante las desviaciones presentadas en la práctica, cómo aseguró el equipo la adopción de medidas correctivas o acciones de mejora?

La adopción de medidas ante las desviaciones encontradas o necesidades del programa, han sido discutidas en el espacio gerencial para la toma de decisiones en sala situacional.

TABLA N° 17. Adopción de medidas ante desviaciones encontradas.

Desviaciones	Acciones para superarlas
El registro de monitoreo y supervisión inicial no daba respuesta a los indicadores planteados al ser aplicada en campo	La UOC en conjunto con la enfermera gestora de la mejor practica modificaron la herramienta de supervisión y monitoreo como resultado de la prueba piloto.
El personal de nuevo ingreso desconocía el modelo de UPP	Socializar y capacitar en el procedimiento del modelo PUP, practica sistematizada.
Necesidad de colchones los fines de semana y días festivos y nocturnidad	Se definió un stock por servicio para dar respuesta desde el ingreso del paciente.
Incumplimiento de los cambios de posición de acuerdo con el horario establecido por parte del personal	Selección de la herramienta y el sonido musical para que el personal multidisciplinario se active e involucre en los cambios de posición como Mecanismo de recordatorio de los cambios de posición en las salas de internación
identificación de los registros del programa	Se diseño un sello de identificación del modelo (ver imagen N°)
Expediente electrónico carece de registros de PUP	Mantener registros del modelo en expediente en físico y colocar nota en expediente electrónico

4. Gestión del equipo de mejora.

4.1 Integración al equipo de mejora.

¿Cómo la organización aseguró la integración de los miembros del equipo de mejora y el desempeño del equipo de trabajo?

El mecanismo de nombramiento del equipo fue mediante memorándum de la dirección UOC 2,019, donde se le comunico a la jefatura de la división de enfermería que el máximo nivel de conducción institucional respaldaría el proyecto y por lo anterior solicito que se le brindara todo el apoyo para ejecutar la Mejor práctica.

Entre los elementos que la institución visualizo para sostener la integración del equipo podemos mencionar, que los participantes comparten la misión y visión institucional, la experiencia y el liderazgo que los caracterizaba, el espíritu de servicio, y el deseo de aprender e innovar.

De la misma forma, la selección del equipo fue realizada mediante el análisis efectuado por el nivel máximo de conducción de la división de enfermería del hospital quien es conocedor de las competencias de cada uno de sus integrantes. Seguidamente, se muestra un cuadro que resume los criterios que se utilizaron para la conformación del equipo.

Tabla N° 18. Criterios para selección del equipo de mejora.

Miembros del equipo de mejora	Conocimientos	Competencias Intratégicas y de desarrollo personal	Experiencia laboral
Coordinador de la mejor practica: Enfermera gestora del departamento de medicina interna	Licenciatura en Enfermería Diplomada en docencia Curso de gestión	Liderazgo, Coaching, Responsabilidad, Iniciativa, Creatividad y organizada.	28 años de servicio 15 años de jefatura de servicio 9 años de supervisión. Coordinadora del comité de PAE.

Medico subespecialista	Doctorado en medicina y posgrado de endocrinología Curso de competencias directivas, gestión por procesos y MCC	Responsable Dominio propio Autocontrol Perseverante	Jefe de departamento de medicina interna 2020-2021 Coordinador del comité de mortalidad medico quirúrgica.
Enfermeras jefas de Unidad	Licenciatura en Enfermería Curso de competencias directivas, gestión por procesos y MCC, cursando diplomados de UTI	Responsabilidad Trabajo en equipo Liderazgo Aprendizaje continuo	Rangos de experiencia de los miembros: 10-35 años Miembros del comité de Calidad, docencia y servicio y protocolos de la enfermería.
Jefatura de la Unidad de fisioterapia.	Licenciatura en Fisioterapia diplomada en competencias directivas, gestión por procesos y MCC	Responsable, Trabajo en equipo. Creativa e innovadora, Coordinadora de mejor practica ganadora del premio MINSAL: Plan hogar 2019.	30 años de experiencia laboral y Docencia

4.2 Desarrollo del equipo de mejora.

¿Cómo el equipo de mejora se integró al proyecto considerando las competencias conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor práctica?

La gestión del conocimiento del equipo de mejora fue orientado a la contribución que cada uno de sus miembros pudiese aportar dando valor agregado al proyecto. Por consiguiente, se muestra un cuadro que permite visualizar con claridad las asignaciones de los miembros según tipo función dentro de la mejor práctica y con su respectivo aporte.

Tabla N° 19. Integración del equipo de mejora considerando competencias conocimientos y habilidades.

<i>Miembros del equipo de mejora</i>	Contribución a la mejor practica
<i>Coordinador de la mejor practica</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Diseño del modelo de bunde PUP • Supervisión y monitoreo • Creación del sello • Selección de alerta de recordatorio • Socialización del modelo a equipo médicos de medicina interna personal de enfermería de nuevo ingreso
<i>Medico subespecialista</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Selección de la escala EMINA • Socialización del modelo al equipo médicos de medicina interna y consulta externa
<i>Enfermeras jefas de Unidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño del procedimiento • Diseño de Herramientas técnicas para los registros • Flayer • Elaboración de lineamientos • Presentación ante el consejo en relación con la Mejor práctica. • Supervisión y monitoreo
<i>Jefe de la Unidad de Fisioterapia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos de fisioterapia • Facilitar las fuentes de información para medir la línea de base y el grado de avance. • Coordinadora del programa Plan hogar

¿Qué medidas de control y seguimiento aplicó el equipo de mejora para asegurar su efectividad en el desarrollo del proyecto?

Entre las medidas principales para el control y seguimiento de la mejor práctica que llevó a cabo el equipo para medir el grado de avance del proyecto, podemos mencionar:

- Revisión documental y selección de indicadores internacionales de medicina basado en la evidencia (tipo A).
- Definir los indicadores de medición de la mejor practica KPI.
- Desarrollo de una prueba piloto para medir la efectividad de las herramientas de supervisión.
- Programación de supervisión mensual para evaluar los indicadores
- Reuniones para análisis de datos y ver resultados.
- Elaboración de tablas en Excel para el procesamiento de datos de incidencia de UPP, Infecciones asociadas a la atención sanitaria y egresos del departamento de medicina Interna.
- Presentación al consejo de gestión estratégico en reuniones de rendición de cuentas de la Unidad de Calidad.

5. Gestión del conocimiento e innovación de las mejores prácticas.

5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica.

¿Qué iniciativas realizaron, la alta dirección, la Unidad de Calidad, las jefaturas y el equipo de mejora para generar aprendizaje a partir de la mejor práctica?

Las iniciativas realizadas para generar y difundir el aprendizaje por parte de la alta dirección, la Unidad Organizativa de la Calidad y las jefaturas se presentan en la Tabla N° 20.

Tabla N° 20. Iniciativas para generar aprendizaje a partir de la mejor práctica.

ACTORES	INICIATIVA IMPLEMENTADA	APRENDIZAJE GENERADO
Alta dirección	Programación en la agenda del consejo de gestión para socializar los avances de la mejor practica (3 reuniones /año)	Conocimiento de la importancia del modelo BUNDLE para la prevención de UPP y la necesidad de incorporación dentro del programa de seguridad del paciente y expansión a otros servicios priorizados.
UOC	Coaching de la mejor práctica con expansión al servicio de cirugía	Difusión del modelo al equipo gestor del Departamento de Cirugía para iniciar la expansión (servicio de primero cirugía mujeres)
Jefaturas de enfermería y medico subespecialista	Retroalimentar al equipo de profesionales y socializar los avances y resultados. Asignar un área específica para las herramientas del programa	Fortalecer los conocimientos en el personal médico de staff y residentes y de enfermería de los servicios ambulatorios y del departamento de medicina, además del personal de nuevo ingreso a la institución. Tener disponibilidad y accesibilidad las 24 horas las herramientas del programa para realizar consultas.

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

Dentro de las lecciones aprendidas de la mejor práctica, el equipo capitalizó la experiencia adquirida para enriquecer el desarrollo durante la implementación del modelo, entre las que podemos mencionar:

1-Análisis y reajuste de las herramientas para ejecutar la supervisión y monitoreo en las salas de internación del departamento de medicina.

2-Mejoramiento del material audiovisual para facilitar el nivel de comprensión del paciente y la familia

3-Establecimientos de horarios para los cambios de posición de los pacientes.

4-Asignación de un recurso responsable a diario que supervise la implementación del programa

5-Coordinación con la empresa privada para actualización de conocimientos sobre prevención de úlceras por presión

6-Coordinación con otras mejoras prácticas para el fortalecimiento del modelo, en este caso con el equipo de Plan Hogar para enseñar y orientar a la familia para mejorar la calidad de vida en el hogar.

5.2 Gestión de la innovación en las mejores prácticas

Se refiere a cómo el equipo de mejora y la organización promueven y aprovechan la innovación de las mejores prácticas para lograr un desempeño superior.

¿Cómo utilizó la organización y el equipo la innovación para agregar valor y mejora en el desempeño de la institución?

El equipo para promover y aprovechar los recursos con los que cuenta la institución y que a su vez aportaron valor agregado, tuvo a bien generar cambios en la forma como se hacían las cosas en pacientes con riesgo de UPP, tales como:

1. Elaboración de un modelo de atención basado en un Bundle de medidas que se aplican según el grado de riesgo del paciente.
2. Adopción de la escala internacional de riesgo de UPP de EMINA
3. Adecuación de alertas de recordatorios para el personal para ejecutar los cambios de posición
4. Implementación de un sello de programa PUP, para identificar los registros del paciente con riesgo
5. Elaboración de lineamientos para cuidadores
6. Elaboración de un tríptico para orientación a familiar y pacientes.
7. Asignación de un stock mínimo de colchones anti escara por servicio para ser colocados en los pacientes de riesgo que ingresan fines de semana o festivos.
8. Participación de todo el equipo multidisciplinario en el modelo de UPP (médicos, enfermera y fisioterapia).

6. Resultados de la mejor práctica.

6-1.- Resultado en la Eficacia/eficiencia organizacional.

¿Cuál es la reducción de la brecha identificada después de aplicar la mejor práctica?

Los principales resultados de la mejor practica tomando en cuenta las brechas identificadas se muestran a continuación:

Reducción en la incidencia de UPP: partiendo de una línea de base de 4.62 % para el año 2020 de eventos de UPP (14 UPP /303 egresos del mes de septiembre) con una brecha de 3.62% y una meta proyecto de < 1% de UPP; se puede evidenciar que se obtuvo un logro a junio de 0.24 % de UPP. En relación al total de egresos del departamento de medicina interna de enero a junio 2022 (2.252 egresos), el porcentaje de presentación de UPP fue del 0.93%, que al compararlo al año 2021 que fue de 1.59 % en relación a 4697 egresos, se evidencia reducción en la brecha como resultado de la implementación gradual de las actividades. A continuación, se muestra una tabla en Excel que ilustra en forma comparativa los años 2021- 2022, cifras absolutas de presentación de casos de UPP y su incidencia, expresada en porcentaje en relación con los egresos del departamento de medicina interna.

Tabla N° 21. Datos comparativos de los años 2021 y 2022 en relación con la presentación de UPP.

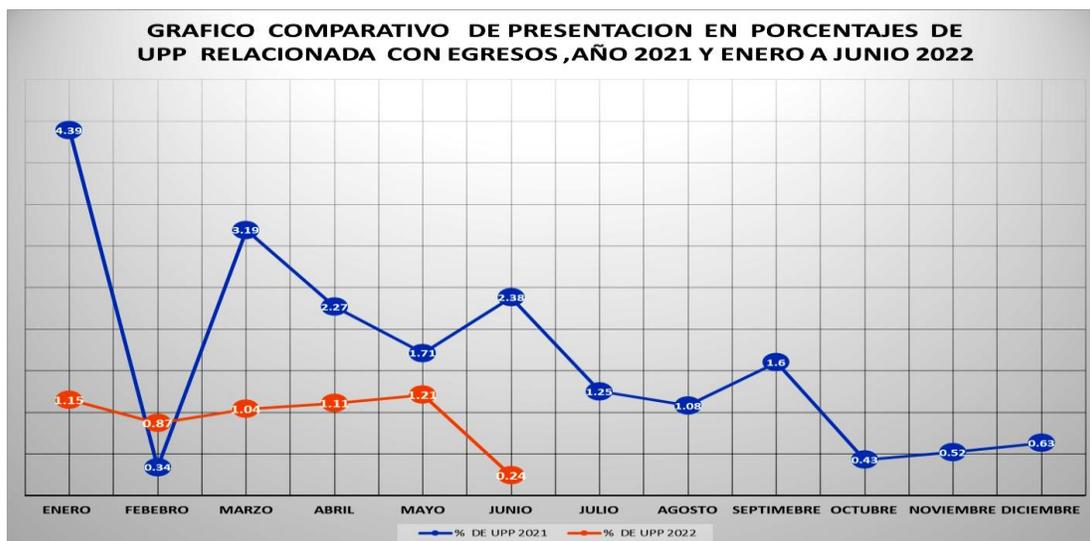
Tabla de % UPP del departamento de medicina Interna y su relación con los egresos. HNSA. Año 2021 a junio 2022						
MES	Egresos	Casos UPP	% de UPP 2021	Egresos	Casos UPP	% de UPP 2022
Enero	296	13	4.39	346	4	1.15
Febrero	290	1	0.34	342	3	0.87
Marzo	376	12	3.19	381	4	1.04
Abril	308	7	2.27	359	4	1.11
Mayo	407	7	1.71	410	5	1.21
Junio*	420	10	2.38	414	1	0.24
Julio	480	6	1.25			
Agosto	459	5	1.08			
Septiembre	499	8	1.6			
Octubre	464	2	0.43			
Noviembre	382	2	0.52			
Diciembre	316	2	0.63			
Total	4697	75	1.59	2252	21	0.93%

Fuente: simmow.salud.gob.sv, y registro de Unidad de fisioterapia 2021 y 2022.

* Inicia el Monitoreo de la intervención con una duración de 1 año (junio a junio 2021-2022).

De igual forma se ilustra el comportamiento de la incidencia de UPP entre ambos periodos en el siguiente gráfico evidenciando tendencia a la baja.

Gráfico N° 2. Comportamiento de las UPP.



A continuación, se presenta una tabla de datos del año 2022 que comprende el periodo de enero a junio y que relaciona el total de egresos del periodo con la proporción de casos de UPP en el departamento de medicina interna, siendo la meta de la mejor practica la presentación < al 1% de UPP, obteniendo al mes de junio un resultado del 0.24% tal como se observó en el grafico N°2.

Tabla N° 22. Resultados del año 2022 de la UPP egresos de enero a junio 2022, total de casos e incidencia de UPP de enero a junio 2022.

VARIABLE	ENERO A JUNIO 2,022
Egresos de medicina interna	2,252
N° de casos de UPP	21
% global de UPP de 6 meses	0.93%

Fuente: registros de la mejor práctica 2021-2022.

En relación con la presentación de IAAS de piel y tejidos blandos tomando como línea de base 0.79% IAAS (fuente unidad de epidemiología), con una brecha de 0.29% y una meta de 0.5% a junio, se obtuvo como resultado el logro propuesto con cero casos en el mes de junio.

Gráfico N° 3. Comportamiento de infecciones asociadas a la atención sanitaria 2021 y 2022.

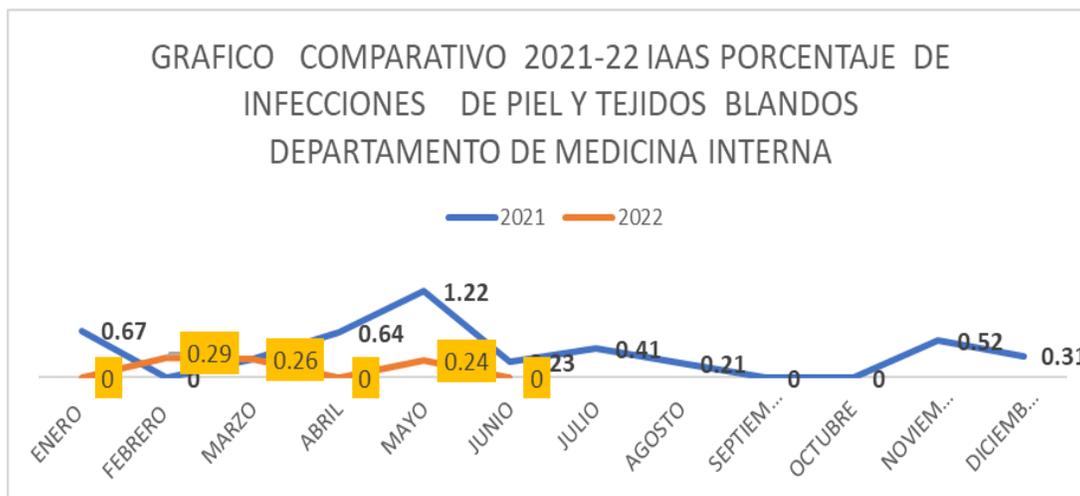


Tabla N° 23: Logros por objetivos, según medición de indicadores.

LÍNEA DE BASE SEPTIEMBRE 2020	BRECHA	META: junio 2022	Logro de enero junio 2022	Fuente de la evidencia
4.62 % eventos de UPP (14 UPP /303 egresos del mes de septiembre)	3.62%	Reducir 2022: <1%	Junio :0.24% Enero a Junio :0.93% (21 eventos de úlceras /2252 egresos*100)	Registro de monitoreo Excel
El hospital no dispone de un modelo de atención para la prevención de UPP	100%	El hospital ha definido un modelo de atención que incorpora un conjunto de herramientas e intervenciones para la prevención de UPP Procedimiento de calidad y seguridad de prevención, vigilancia y notificación de UPP elaborado (ver anexo 4)	100% el hospital dispone de un modelo fundamentado en medicina basada en la evidencia que incluye el procedimiento de atención y 5 Bundles según riesgo (se adjunta un CD del modelo Bundle)	Documento elaborado que incluye el procedimiento.
Paciente no se identifica ante el riesgo de UPP a su ingreso	100%	El 90 % pacientes son identificados al ingreso aplicando escalas de riesgo (ver anexo 3. De escala de riesgo)	90% de pacientes son identificados al ingreso	Expedientes de Unidad de emergencia de pacientes en riesgo
La institución no dispone de acciones para orientar al usuario y la familia	No se dispone de lineamientos ni de material de orientación e información al usuarios y	Diseñar e implementar acciones de orientación e información al usuario y a la familia mediante el diseño de material ilustrativo.	100% se ha diseñado trípticos de orientación y lineamientos para cuidadores (ver anexo N°5)	Material diseñado

	familia 100%			
Personal médico, paramédico y enfermería NO está formado para un abordaje integral de la prevención de PUP	100%	100% Personal de staff, residentes y enfermeras capacitados en abordaje integral en prevención de UPP	100% se ha socializado el modelo y sus resultados al departamento de medicina (Ver anexo 6)	Programación y lista de participantes
0.79% IAAS de piel y tejido blando por PUP	0.29%	Reducir la tasa de IAAS de piel y tejidos < o igual al 0. 5%	Promedio de enero a junio 2022 0.13% Junio: 0%	Informe de unidad de epidemiología
7.Evaluar la percepción de la satisfacción del modelo de prevención de UPP en el paciente y/o su familia	No se ha medido	Mayor al 85%	Percepción de la satisfacción (calificación mediante estrellas): 68% excelente (5 estrellas) 20% muy bueno (4 estrellas) Global :88%	Informe de Resultados de la encuesta de satisfacción

- Se ha socializado el modelo y sus resultados a todo el equipo de profesionales médicos y para médicos del departamento de medicina en el 100% (evidencia, lista de asistencia).
- Satisfacción del modelo basado en la medición de percepción de la satisfacción al usuario y la familia obteniendo un resultado del 88% siendo la meta >85%. (ver gráficos de encuesta de satisfacción al usuario).
- Se ha diseñado trípticos de orientación y lineamientos para cuidadores, grado de cumplimiento 100% (ver anexo N° 5)
- El hospital dispone de un modelo fundamentado en medicina basada en la evidencia que incluye el procedimiento de atención y 5 bundles según riesgo con sus herramientas respectivas (Se adjunta archivo digital).

¿En qué aspectos ha mejorado la eficacia /eficiencia organizacional al implementar la mejor práctica?

Se ha logrado la identificación oportuna del usuario con riesgo de presentar UPP desde su ingreso a través de la implementación de la escala EMINA y el personal multidisciplinario aplica las acciones de prevención, registrando los cambios de posición en las herramientas implementadas y colocando en los pacientes de riesgo colchones anti escaras de manera oportuna.

Todo lo anterior da como resultado el cumplimiento del estándar de Calidad y seguridad de paciente y dar cumplimiento a la estancia hospitalaria según normativa que de acuerdo con la complejidad del paciente puede ser de 7 a 8 días siendo eficientes con la utilización del recurso cama hospitalaria y optimización los equipos multidisciplinarios.

6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.

¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano?

Para obtener los resultados de la percepción del ciudadano se ejecutó una encuesta para medir la satisfacción al usuario que exploró las variables relacionadas a los atributos definidos por el equipo de mejora al otorgar la entrega del servicio, tales como: orientación, medidas adoptadas, trato amable por el equipo y dotación de todos los insumos o aditamentos para la prevención de UPP.

A continuación, se muestran en el Anexo 2, los resultados relacionados a los atributos de calidad investigados en la encuesta de percepción de la satisfacción, presentados en los gráficos 1, 2 Y 3. Es de hacer mención que la meta proyecto era lograr la satisfacción en un umbral >85% obteniendo como resultado un 88% en promedio en forma global de todos los atributos.

6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas.

¿Cuáles son los resultados generados a otras partes interesadas relacionadas con la mejor práctica?

Gracias a la implementación del programa en el depto. de medicina interna se han logrado obtener los siguientes resultados.

Tabla N° 25. Resultados generados a otras partes interesadas relacionadas con la mejor práctica.

Partes interesadas	Resultados
Fisioterapia	Reducción de carga laboral ante la atención de pacientes por UPP.
Alta Gerencia	Reducción de costos hospitalarios Mantener el estándar de estancia hospitalaria en medicina interna Mantener el estándar de seguridad de paciente
Departamento de cirugía y sala de operaciones	Se reduce la utilización de horas quirófano ante la reducción de UPP optimizando los quirófanos para otras morbilidades.
Comité de IAAS	Reducción en la incidencia de IAAS.
Familia	Satisfacción con el servicio otorgado Se reducen los costos indirectos (relacionados al cuidado de la paciente intrahospitalaria por parte del cuidador)

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

- Detección temprana del riesgo de presentar UPP para la prevención efectiva.
- Satisfacción al usuario y la familia.
- Aportar nuevos conocimientos al talento humano.
- Trabajo en equipo e integración de equipos multidisciplinarios.
- Se reducen la incidencia de IAAS de piel y tejidos blandos y UPP.
- Se mantiene el estándar de estancia hospitalaria según tipo de patología ya que con la presentación de UPP se prolonga el día de estancia.
- Se optimiza el uso de antibióticos.
- Humanización del servicio.

6.4 Resultados financieros o de la relación costo beneficio.

¿Qué beneficios financieros ha obtenido la organización con la ejecución de la mejor práctica?

Reducción de costos en día- cama ocupada, que de acuerdo al sistema PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos) el día cama para la especialidad de medicina interna tiene un costo de **\$244.84** dólares/día; por lo que al mantener el estándar de estancia hospitalaria de máximo 8 días para medicina interna (o de acuerdo a la complejidad de la patología), un paciente con UPP prolonga la estancia hospitalaria con intervalos de 14 hasta 30 días (o más) lo que equivale a \$3,427.76 a \$7,345.20 (respectivamente). Lo anterior incluye todos los elementos de estructura para la ejecución del procedimiento de atención hospitalaria.

¿Cuáles son los resultados de la relación costo beneficio de la implantación de la mejor práctica?

El modelo de PUP en relación a los costos- beneficios fue calculado mediante el sistema PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos) del hospital, en el cual el día cama ocupada para los servicios de medicina interna tiene un valor de \$ 244.84 dólares para la institución, al prevenir complicaciones, es decir; eventos adversos agregados a la patología que motivó el ingreso, representa para la institución un ahorro por paciente que puede oscilar entre \$1,469.04 hasta \$5,387.20 dólares (costo total egreso por 14 días de estancia hasta 30 días, respectivamente), ya que al presentar UPP se incrementa, como ya se hizo mención, el día estancia/ hospitalaria, hasta por un monto de \$7,345.20 (hasta 30 días), cuando en términos del estándar de hasta 8 días debería de ser de \$,1958.72 (total egreso).

Por lo anterior, el costo/beneficio al implantar la mejor práctica se traduce en los siguientes aspectos:

Reducción de los costos directos: Al mejorar la utilización de los recursos, en este rubro se incluyen los costos de todos los insumos consumidos que generarían la presentación de un evento adverso como lo es la presentación de una UPP, ya que, si no se gestionara el riesgo, se incrementan los costos relacionados a los medicamentos, los estudios necesarios para el diagnóstico, las consultas con especialistas médicos y para médicos.

Reducción de costos indirectos: Esto sería el salario que se deja de percibir el paciente ante la presentación de un evento adverso que no permitirá acudir al trabajo, o el valor monetario del tiempo que un familiar ocupa en cuidar al enfermo, en general son los costos asociados a pérdidas en productividad.

Los beneficios directos al implantar el Modelo de PUP, le permite a la Alta dirección optimizar el presupuesto por cada rubro, ya que, si no hay acciones para reducir el riesgo de eventos adversos la institución derivaría sus recursos de estructura (abastecimiento, recurso humano, equipo etc.) a tratar las UPP para reducir el impacto de la morbi- mortalidad del usuario. Seguidamente, se muestra en anexo 7, una tabla que ilustra el total de pacientes por mes identificados de riesgo de desarrollar UPP, a los cuales se aplicaron el paquete de bundles, para tener una idea de lo que hubiese representado en costos al hospital, de no haber intervenido en forma preventiva.

7.- Sostenibilidad y mejora.

7.1.- Sostenibilidad.

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

Tabla N° 26. Posibles riesgos y oportunidades de mejora que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada.

RIESGO IDENTIFICADOS	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	METODOS DE VERIFICACIÓN
Personal de nuevo ingreso y rotativo desconoce sobre el programa PUP.	Asegurar que el programa PUP sea ejecutado con calidad técnica.	Capacitar sobre el programa a personal nuevo ingresos y rotativo.	Equipo de la mejor practica y equipo gestor del departamento.	Libro de actas o listado de asistencia.
Limitado compromiso del personal relacionado a la seguridad del paciente	Reducción en la presentación de eventos adversos, humanización y MCC.	Definir asignaciones y Monitoreo constante sobre el cumplimiento de las medidas en el programa de PUP y Autoevaluación por parte de la jefatura de cada servicio de internación y equipo de la mejor práctica.	Jefatura de enfermería y equipo de la Mejor práctica.	Lista de chequeo e informes de supervisión.
Desabastecimiento en insumos o aditamentos para poder realizar los cuidados de prevención en los pacientes.	Sostenibilidad del modelo.	Gestionar con la dirección cada año las necesidades del modelo.	Jefatura de enfermería Y fisioterapia.	Cuadro básico de medicamentos e insumos. Colchones anti escaras.

¿Cuáles estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad sistematización y estandarización de la iniciativa implementada?

Entre las estrategias que ha definido el equipo podemos mencionar:

- Capacitación continua al personal que interviene en la atención de los pacientes.
- Ejecución del plan de mejora de humanización a personal para concientizar sobre el cuidado de prevención como parte de los estándares de seguridad de paciente.
- Monitoreo y autoevaluación por parte de las jefaturas del servicio de internación para evaluar el cumplimiento del modelo.
- Gestionar en el presupuesto el costo del modelo.
- Incorporar en el programa de calidad y seguridad del paciente el capítulo de prevención del ulcers por presión.
- Incorporar a la UDP para que socialice el modelo con personal de nuevo ingreso.

- Diseñar material audiovisual para ser colocado en los ordenadores de los 21 servicios responsables de la atención directa del paciente.
- Supervisión y evaluación del modelo por parte de la UOC con presentación de informes al nivel MINSAL.
- Expandir el modelo al departamento de cirugía.

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

Tabla N° 27. Indicadores, roles y responsabilidades implantados para evaluar la mejora en el desempeño en la institución y asegurar la continuidad del proyecto.

INDICADORES	ROLES	Responsabilidades
N° de rendición de cuentas al consejo estratégico en relación a los avances del MODELO (semestral)	Evaluación del modelo en marcha	Vigilar el cumplimiento del modelo
N° de servicios intervenidos con el modelo hacia otros departamentos (cirugía)	Capacitación al personal operativo para expandir al modelo	Dotar de herramientas del modelo
N° de colchones anti-escara abastecidos por la dirección	Gestión y abastecimiento	Sostenibilidad del modelo
Profesionales de nutrición y psicología incorporados a la estrategia en los departamentos de medicina y cirugía	Contribuir a mejorar la calidad de atención definida en el modelo	Complementar las acciones de la enfermería
Estándar incorporado al programa de calidad y seguridad del paciente	Documentar el modelo en el marco de la calidad y seguridad de paciente.	Implementar el modelo establecido

7.2 Mejora.

¿Cuáles estrategias ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la práctica implantada?

1. Sistematización de la mejor práctica
2. Incorporación en el programa de calidad y seguridad de paciente de la institución
3. Rendición de cuentas cada 6 meses ante el consejo
4. Monitoreo y supervisión por parte de la UOC
5. Expansión al departamento de cirugía
6. Gestión de compra de insumos y medicamentos
7. Coordinación del modelo con a mejor practica de Plan hogar de fisioterapia
8. Control mensual por parte de la Unidad de Epidemiología en relación con las IAAS
9. Reporte de quejas por parte de la ODS en relación a las UPP

10. Involucramiento de la UDP para socializar el programa a los profesionales de nuevo ingreso.

¿Qué mecanismos de seguimiento ha considerado o está utilizando el equipo para asegurar que el proyecto o iniciativa implementada mejore continuamente?

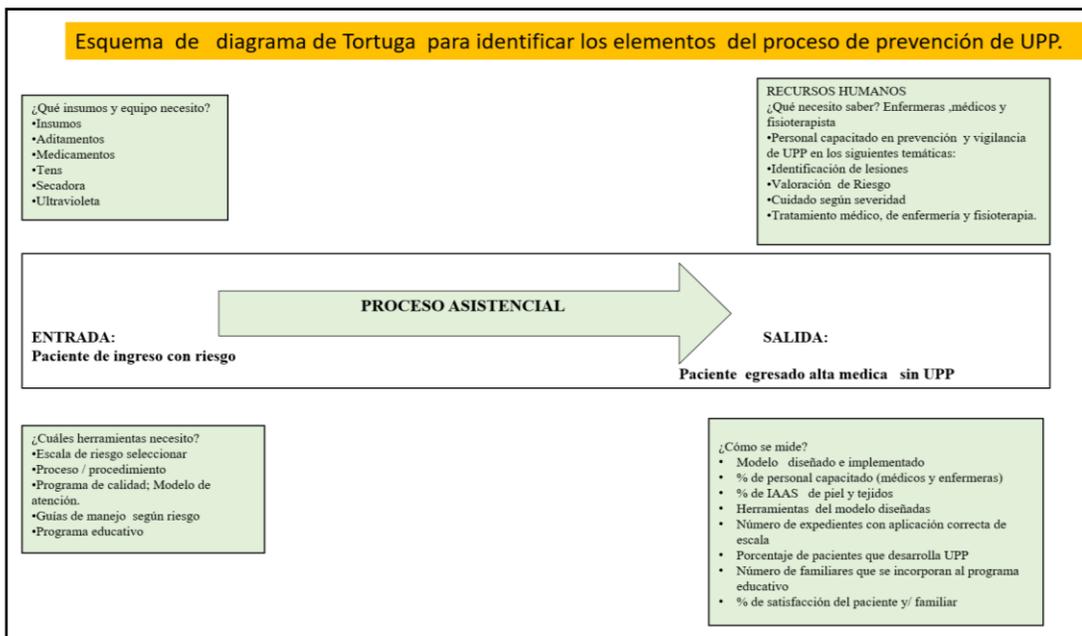
- % de pacientes con UPP.
- % de IAAS de piel y tejidos blandos por UPP.
- % de enseñanza de plan hogar a pacientes y familiares sobre prevención de UPP.
- % de profesionales de nuevo ingreso y rotativo capacitados en el programa.
- N° de profesionales de nutrición y psicología incorporados al modelo.

GLOSARIO DEL MODELO PUP

ADITAMENTOS: Cosa que se añade para completar o complementar algo.
BUNDLE: Conjunto de prácticas necesarias, para cuidar en forma segura y eficiente a los pacientes con distintos factores de riesgo.
Ciclo PHVA (planificar –hacer-verificar-actuar): Es una estrategia interactiva de resolución de problemas para mejorar procesos e implementar cambios.
COLCHON ANTIESCARAS: Es una superficie especial que reparte el peso del cuerpo, aliviando la presión y evitando el apareamiento de UPP.
EVIDENCIA NIVEL TIPO A: Existe mucha evidencia en la literatura nacional e internacional.
EVIDENCIA NIVEL TIPO B1: Existe moderada evidencia en la literatura nacional e internacional.
EMP: equipo de la mejor práctica.
ESCALA EMINA: Es una escala de valoración de riesgo de UPP, valora 5 ítems: estado mental, movilidad, incontinencia nutrición actividad. Cada uno puntúa del 0 al 3; por lo tanto, la puntuación total de la escala oscila entre 0 y 15: 0 para los pacientes que no tienen riesgo y 15 para los de máximo riesgo.
GNEAUPP: Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas.
IAAS: Infecciones asociadas a la atención sanitaria.
LIME: Listado institucional de medicamentos esenciales.
MCC: Mejora continua de la calidad.
MODELO: Es un bosquejo que representa un conjunto real con cierto grado de precisión y en la forma más completa posible, pero sin pretender aportar una réplica de lo que existe en la realidad.
ODS: Oficina por el derecho a la salud.
PPPIA: Pan Pacific Pressure Injury Alliance.
PERC: Producción, eficiencia, recursos y costos.
POAH: Plan operativo anual hospitalario.
PUP: Prevención de úlceras por presión.
RIISS: Redes integrales e integradas de los servicios de salud.
SIMMOW: Sistema de Morbi mortalidad en Línea.
TRIPTICO: Es un folleto informativo cuya hoja está dividida en tres partes, de las cuales sus laterales se doblan sobre la del centro.
UACI: Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.
UDP: Unidad de desarrollo institucional.
UPP: Úlceras por presión.
UOC: Unidad organizativa de la calidad.
UFI: Unidad financiera institucional.

ANEXOS

Anexo 1. Esquema de tortuga para análisis del diseño del proceso de PUP



Anexo 2. resultados de la encuesta de satisfacción realizada en junio 2022.

Gráfico 1. evaluación de la orientación al usuario sobre las medidas de prevención.

¿Cómo califica la orientación sobre la prevención de úlceras por presión?

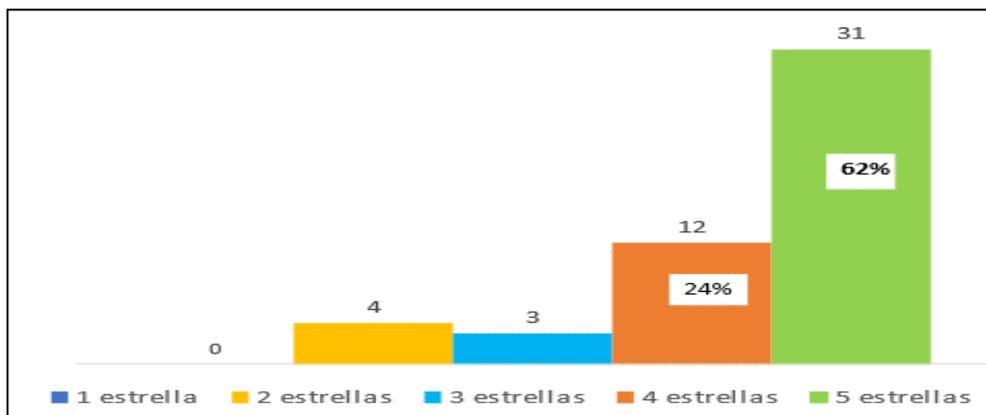


Gráfico 2. Evaluación de las medidas adoptadas por el personal.

¿Cómo califica las medidas adoptadas por el personal que le atiende para evitar úlceras?

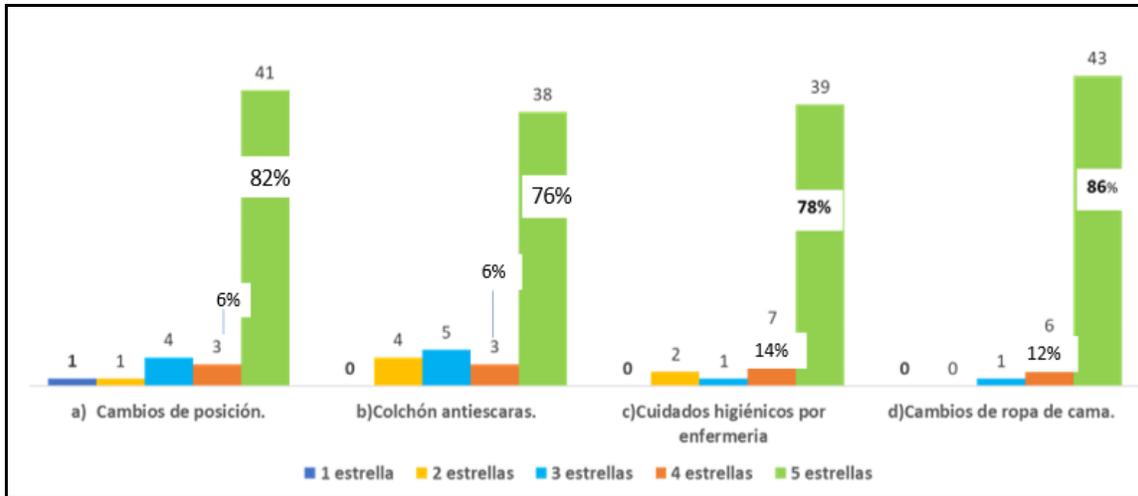
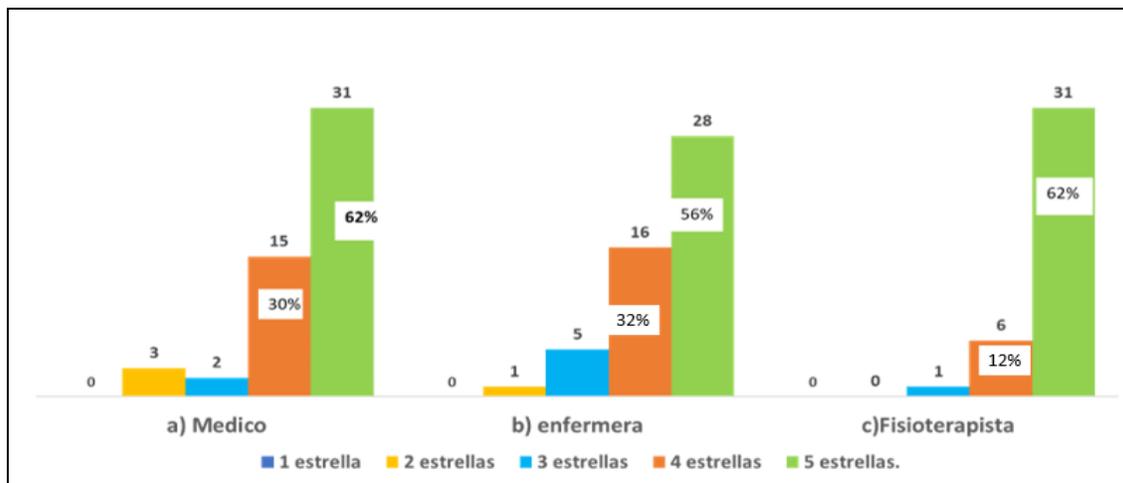


Gráfico 3. Evaluación del trato por parte del equipo multidisciplinario.

¿Cómo califica el trato por parte del personal en relación al tratamiento brindado?



Anexo 3. Resultados de la mejor practica: escala de EMINA para identificación del paciente.



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN
VALORACIÓN DE RIESGO



NOMBRE: _____ EDAD: _____
 EXP: _____ FECHA DE INGRESO: _____
 DIAGNOSTICO: _____
 CLASIFICACION DE RIESGO (EMINA): _____

ESCALA EMINA

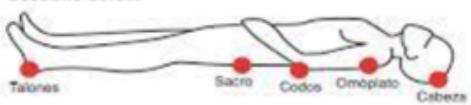
PUNTOS	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	HUMEDAD/ INCONTINENCIA	NUTRICION	ACTIVIDAD
0	orientado	completa	No	correcta	deambula
1	Desorientado, apático, pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hiperkinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	incompleta	Siempre precisa ayuda
3	comatoso	inmovil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula
TOTAL					

Clasificación de riesgo: sin riesgo= 0, riesgo bajo= 1-3, riesgo medio= 4-7, riesgo alto= 8- 15

*fuente: Fuentesal, C. Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Enfermería Clínica 2011

PRESENCIA DE ULCERA: SI () NO() GRADO DE LESION: _____
 Localización de la lesión (Marque con una X)

Decúbito dorsal



*Grado de lesión:

GRADO 0: eritema blanqueable
 GRADO 1: eritema, calor y edema
 GRADO 2: pérdida del grosor parcial de la piel, rotura o abrasión
 GRADO 3: pérdida del grosor total de la piel, destrucción subcutánea hasta musculo
 GRADO 4: destrucción extensa con necrosis tisular y afección del hueso.

*fuente: European pressure ulcer advisor y panel and pan pacific pressure injury alliance

FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE

Anexo 4. Procedimiento de PUP

		Departamento División de enfermería	Revisión No (1) Fecha: abril 2021 pág. N° 1/1	
TITULO DEL PROCESO GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (PUP)				
Objetivo: Fortalecer la seguridad del paciente a través de la prevención y reducción de la incidencia de Ulceras por presión (UPP) en pacientes de alto riesgo.				
Alcance: Inicia: Identificación del paciente con riesgo de UPP en la Unidad de Emergencia. Finaliza: Informe de resultados del programa por servicio				
Responsable: jefe de división de enfermería y equipo gestor del departamento de medicina interna.				
Referencia: - Ley de derechos de derechos y deberes del paciente. -Manual de indicadores y estándares de enfermería -Escala de valoración de riesgo de desarrollar UPP				
Definición: -La ulcera por presión es toda lesión de piel producida, cuando se ejerce presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo de este nivel; con consecuencia se produce una degeneración rápida de los tejidos. -Escala de Emina: Escala de riesgo que indican el nivel de riesgo de ulceras por presión				
Responsable	N°	Actividad		
Personal médico y de enfermería en servicios ambulatorios	1	Identifica a paciente en condición de ingreso con riesgo de presentar ulceras por presión a través de la aplicación de escala de Emina y en caso de evidenciar lesión se procede a calificar el grado de lesión y lo registra en formulario de evaluación de UPP, firma y sello de enfermera responsable. Coloca escala de Emina al inicio del expediente y sello del programa en formulario de identificación; traslada a paciente al servicio de hospitalización.		
Personal de enfermería del servicio de hospitalización	2	Recibe e identifica en el paciente riesgo de UPP y verifica datos en escala de Emina; asigna unidad de acuerdo a protocolo establecido según riesgo y grado de lesión y lo anota en matriz de registro de PUP.		
Persona médica, de enfermería y fisioterapeuta.	3	Desarrolla acciones de prevención UPP según riesgo y grado de lesión. Evalúa a diario la continuidad de las medidas.		
Enfermera jefa de unidad	4	Planifica y registra en acciones de enfermería los cuidados a brindar.		
Personal de enfermería.	5	Cumple cuidados y realiza anotaciones en registro de acciones de enfermería y expediente clínico e informa en entrega de turno el estado de paciente para darle seguimiento		
Personal de fisioterapia	6	Elabora y registra su plan de manejo según riesgo y grado de lesión en el expediente clínico, ejecuta plan de tratamiento según guía de atención y realiza anotaciones de seguimiento.		
Enfermera jefa de unidad	7	Elabora informe mensual con análisis y lo envía a División de Enfermería.		
Enfermera Supervisora	8	Elabora informe de resultados del programa y lo deriva al departamento de medicina interna, división de enfermería y unidad de calidad.		
Indicador del programa				
Indicador	Construcción del Indicador	Fuente	Meta	Periodicidad de la Medición.
Proporción de pacientes que	Número de pacientes que desarrollaron ulceras por presión en el departamento de medicina interna /Número de pacientes	Registro de pacientes con riesgo de presentar úlceras por presión en el servicio y registro	<1%	Mensual



desarrollaron úlceras por presión en los servicios de medicina interna.	con riesgo de presentar úlceras por presión. *100	de la unidad de fisioterapia		
---	---	------------------------------	--	--

Anexo 5. Lineamientos de cuidadores y tríptico.



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (PUP)

LINEAMIENTOS DE CUIDADORES



ORIENTAR A CUIDADORES SOBRE:

Higiene.

- Mantenga una higiene básica de la piel
- No utilizar sobre la piel alcoholes para realizar masajes (colonias aromáticas).
- Mantener áreas genitales secas (libres de orina y heces).
- Mantener la cama limpia, seca, libre de humedad y sin arrugas.
- Para la higiene diaria lave la piel con agua y jabón (pH neutro no irritativos), seque cuidadosamente por empapamiento los pliegues cutáneos.
- Proteja la piel del exceso de humedad

Zonas de presión y cambios de posición:

- Inspeccione la piel alrededor de los dispositivos diagnósticos y terapéuticos al menos 2 veces/día para buscar señales relacionadas con la presión en el tejido circundante (equipo de oxígeno, sujetadores, tensiómetro, férulas).
- Cuidar el colchón anti escaras si su paciente está siendo uso de él.
- Realizar cambios de posición dependiendo el estado del paciente cada 2 horas.
- Realizar masajes con crema hidratantes
- Observar zonas con mayor riesgo de lesiones y reportar si observa algún cambio en la superficie de la piel, grado de hidratación, fragilidad de la piel, color, endurecimientos o lesiones no existentes.




- Utilizar almohadas y cojines de espuma para reducir la superficie de contacto entre las prominencias óseas.




- Inspeccione la piel cada vez que se aplican los cambios posturales.

Tríptico de prevención de UPP.

¿QUÉ SON?

Son lesiones en la piel o debajo de ella.
Causadas por una presión mantenida en una zona del cuerpo.
Se llaman también **ESCARAS** o **LLAGAS**.
Son difíciles de curar.
Pueden comprometer seriamente la salud.

¿POR QUÉ SE PRODUCEN?

PRESIÓN: el peso del cuerpo aprieta los tejidos entre la cama y el hueso.
FRICCIÓN: al subir al paciente hacia la cabecera arrastrándolo.
DESLIZAMIENTO: cuando el paciente está sentado y se va resbalando poco a poco.
MACERACIÓN: producida por humedad excesiva de la piel: Piel húmeda (con orina y heces).

¿DÓNDE APARECEN?

Paciente sentado: 
Paciente acostado boca arriba: 

Paciente acostado lateralmente: 

¿CÓMO SE PREVIENEN?

1º Higiene y cuidado de la piel

Lave la piel prestando atención a los pliegues cutáneos.
Aclare y seque minuciosamente sin frotar enérgicamente.
SI agua tibia y jabón suave.
NO agua caliente, colonia o alcohol.
Mantener la piel **SECA** (sin heces y orina) y bien **HIDRATADA**.

2º Realizar cambios posturales

Pacientes encamados → cada 3 horas
Pacientes sentados → cada 1 hora

ALIMENTACIÓN ADECUADA

Rica y variada: que le guste y prefiera.
Si tiene problemas para masticar o tragar: comida triturada.
Líquidos (entre 1 litro y medio a 2 litros diarios): agua, zumos, infusiones.
Ambiente agradable y comidas con buena presentación.





A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN



Recomendaciones para prevenir las úlceras por presión dirigida a cuidadores y paciente

DIVISIÓN DE ENFERMERÍA

Anexo 6: capacitación al personal sanitario

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (PUP)

LISTADO DE PERSONAL PROGRAMADO PARA CAPACITACIÓN
JUNIO- JULIO 2021

SERVICIO	CATEGORÍA DE PERSONAL	PERSONAL PROGRAMADO	PERSONAL CAPACITADO	PORCENTAJE
DEPTO DE MEDICINA	EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO	6	6	100%
	PERSONAL MEDICO	38		
DIVISION DE ENFERMERIA	JEFES SUPERVISORAS	2	2	100%
		12		
SERVICIOS DEPTO. DE MEDICINA	1MM PERSONAL DE ENFERMERIA	13	13	100%
	2MM PERSONAL DE ENFERMERIA	13		
	1MH PERSONAL DE ENFERMERIA	14		
	2MH PERSONAL DE ENFERMERIA	13	12	100%
U. DE EMERGENCIA GENERAL	PERSONAL DE ENFERMERIA	61	30	50%
U. DE EMERGENCIA RESPIRATORIA	PERSONAL DE ENFERMERIA	27		
CONSULTA EXTERNA	PERSONAL DE ENFERMERIA	33	33	100%
DEPTO. DE FISIOTERAPIA	PERSONAL DE FISIOTERAPISTAS	11	11	100%
TOTAL		243	243	100%

Anexo 7. Tabla de registros de pacientes identificados de riesgo de UPP.

TABLA: REGISTRO DE PACIENTES CON UPP
DEPTO DE MEDICINA
ENERO A JUNIO 2022

MESES	SERVICIOS									
	1MM		2MM		1MH		2MH		TOTAL	
	PACIENTES REGISTRADOS EN MODELO	PACIENTES CON UPP	PACIENTES REGISTRADOS EN MODELO	PACIENTES CON UPP	PACIENTES REGISTRADOS EN MODELO	PACIENTES CON UPP	PACIENTES REGISTRADOS EN MODELO	PACIENTES CON UPP	PACIENTES REGISTRADOS EN MODELO	PACIENTES CON UPP
ENERO	45	--	10	-	18	4	10	-	83	4
FEBRERO	16	1	10	1	16	1	6	-	48	3
MARZO	37	4	12	-	15	-	24	-	88	4
ABRIL	42	2	5	-	35	2	28	-	110	4
MAYO	56	-	25	4	35	1	40	-	156	5
JUNIO	54	-	20	-	21	-	23	1	118	1
TOTAL	250	7	82	5	140	8	131		603	21