



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL AREA DE HEMODIÁLISIS DEL
SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN DE
LA CIUDAD DE GUAYAQUIL: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE
MANUAL DE ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS.**

Previo a la obtención del Grado Académico:

MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

AUTOR:

Leandro Pío Valero Peñafiel

TUTORA:

Vera Salas, Laura Guadalupe, Mgs

Guayaquil, Ecuador

2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **MD. LEANDRO PÍO VALERO PEÑAFIEL**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**.

TUTORA

CPA Laura Guadalupe Vera Salas, Mgs.

REVISORAS:

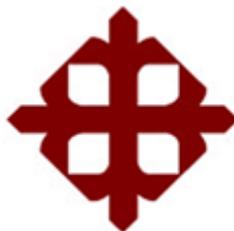
Ing. Elsie Zerda Barreno MAE

Eco. Glenda Gutiérrez Candela, Mgs

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Ec. María del Carmen Lapo Maza, Mgs.

Guayaquil, a los 11 días del mes de marzo del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE LA SALUD

Yo, Leandro Pio Valero Peñafiel

DECLARO QUE:

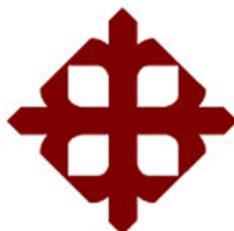
El proyecto de investigación **“Evaluación de la Calidad del Área de Hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón De La Ciudad De Guayaquil: Propuesta de Implementación de un Manual de Estandarización de Procesos”** como requisito para la obtención del Grado Académico de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizó del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de Investigación de Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 11 días del mes de marzo del año 2016

EL AUTOR

Md. Leandro Pio Valero Peñafiel



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN

Yo, Leandro Pio Valero Peñafiel

DECLARO QUE

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la publicación en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación** titulado **“Evaluación de la Calidad del Área de Hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón De La Ciudad De Guayaquil: Propuesta de Implementación de un Manual de Estandarización de Procesos”** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 11 días de mes de marzo del 2016

EL AUTOR

Md. Leandro Pio Valero Peñafiel



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE LA SALUD

← → ↻ <https://secure.urkund.com/view/17873119-898649-549776#DcUxDoAgDAXQuzD/mBbaQrmKcTbEDYMsjMa76/DynnDPuFwgsSKFAIJ4QIUv5L/jnECUq8Icx+jX72to92hEoLsZtlMxLxl>

URKUND

Document: [Tesis final - Dr. Valero DEFINITIVA.docx](#) (D18050572)

Submitted: 2016-02-18 03:08 (-05:00)

Submitted by: dr.leandrovalerop@hotmail.com

Receiver: maria.lapo.ucsg@analysis.urkund.com

Message: Trabajo de Titulación Maestría Gerencia en Servicios de Salud. [Show full message](#)

2% of this approx. 47 pages long document consists of text present in 5 sources.

Rank	Path/Filename
1	http://documents.tips/documents/guias-de-centros-de-hemodialisis-senefro-2006.html
2	http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_5_11/san13511.htm
3	http://www.readbag.com/nefrologiaalicante-es-userfiles-guias-centros-hd
4	MODELO DE ATENCIÓN Y SU INCIDENCIA EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE S...
5	http://docplayer.es/8317792-Peritencia-de-la-carrera-facultad-de-medicina.html
Alternative sources	
Sources not used	

0 Warnings | Reset | Export | Share

94% #1 Active | Urkund's archive: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Tesis final - Dr. Valero 8 nov.docx 94%

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Proyecto de Investigación Requisito para la obtención del Grado Académico MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Tema: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL AREA DE HEMODIÁLISIS DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE MANUAL DE ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS. Autor: Md. Leandro Pio Valero Peñafiel Tutora: Vera Salas, Laura Guadalupe, Mgs

Guayaquil, Ecuador 2015 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Leandro Pio Valero Peñafiel, como requerimiento parcial para la obtención del Título

de Magister en Gerencia de Servicios de Salud. TUTORA _____ CPA Laura Guadalupe Vera Salas, Mgs. DIRECTORA DEL PROGRAMA _____ Ec. Maria del Carmen Lapo Maza, Mgs.

Guayaquil, a los 18 días del mes de noviembre del año 2015

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Yo, Leandro Pio Valero Peñafiel DECLARO QUE: El trabajo de investigación "Evaluación de la Calidad del Área de Hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón De La Ciudad De Guayaquil: Propuesta de Implementación de un Manual de Estandarización de Procesos" como requisito para

la obtención del Grado Académico de MASTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Proyecto de Investigación Previo a la obtención del Grado Académico MAGISTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Tema: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL AREA DE HEMODIÁLISIS DEL SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL: PROPUESTA DE IMPLEMENTACION DE MANUAL DE ESTANDARIZACION DE PROCESOS. Autor: Md. Leandro Pio Valero Peñafiel Tutora: Vera Salas, Laura Guadalupe, Mgs

Guayaquil, Ecuador 2015 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por Leandro Pio Valero Peñafiel, como requerimiento parcial para la obtención del Título

de Magister en Gerencia de Servicios de Salud. TUTORA _____ CPA Laura Guadalupe Vera Salas, Mgs. DIRECTORA DEL PROGRAMA _____ Ec. Maria del Carmen Lapo Maza, Mgs.

Guayaquil, a los 19 días del mes de octubre del año 2015

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Yo, Leandro Pio Valero Peñafiel DECLARO QUE: El trabajo de investigación "Evaluación de la Calidad del Área de Hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón De La Ciudad De Guayaquil: Propuesta de Implementación de un Manual de Estandarización de Procesos" previa

la obtención del Grado Académico de MASTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme

DEDICATORIA

A Leandro Sebastián y Leandro Alfredo por ser el combustible en mi transformación de una persona común a una persona extraordinaria.

A Pedro y Alberto que en algún lugar también celebran este triunfo.

Md. Leandro Pio Valero Peñafiel

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por sus infinitas bendiciones en mi vida, por poner en mi camino a las personas indicadas que me ayudan a crecer emocional y profesionalmente, por ponerme en el lugar correcto y darme la sabiduría, inteligencia, paciencia y disciplina para desempeñar mi profesión.

A Vicente y Teodora por enseñarme la fórmula del éxito: Deseo, determinación y disciplina.

A Cinthia por levantarme y acompañarme en el día a día de la maestría.

A Laura, por la paciencia y guía al realizar su trabajo como tutora para culminar mi trabajo de investigación.

Como olvidarme de Jorge quien me informó de la maestría.

A Pablo por su ayuda desinteresada.

A Paola por su infinita cooperación.

Dr. Leandro Valero

CONTENIDO

DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
CONTENIDO	VIII
INDICE DE TABLAS	XIII
INDICE DE FIGURAS.....	XIV
RESUMEN	XV
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN	1
Objeto de estudio:	3
Campo de acción:.....	3
Planteamiento del problema:.....	3
Formulación del problema	6
Justificación	6
Preguntas de investigación.....	9
Objetivos	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos	10
CAPITULO 1	11
1. Fundamentación Teórica.....	11
1.1. Marco Teórico.....	11
1.1.1. Salud.....	11

1.1.2.Enfermedad Renal Crónica	11
1.1.3.Hemodiálisis.....	12
1.1.3.1.Tipos de Hemodiálisis	13
1.1.3.2.La extracción de la sangre en la Hemodiálisis:	13
1.1.4.Diálisis Peritoneal (DP):.....	13
1.1.4.1.Formas de Diálisis Peritoneal	14
1.1.5.Definición área de Hemodiálisis	14
1.1.6.Gestión Clínica	14
1.1.6.1.Atención en centros hospitalarios	16
1.1.6.2.Unidad de Hemodiálisis de Pacientes Crónicos.....	16
1.1.6.3. Diálisis de Pacientes Agudos	17
1.1.6.4.Diálisis Domiciliaria	17
1.1.6.5.Objetivos de una Unidad de Diálisis	18
1.1.6.6.Importancia del servicio médico de hemodiálisis	19
1.1.7.Evaluación de la Calidad	20
1.1.8.Calidad total	23
1.1.8.1.Evaluación de la calidad, concepto y antecedentes	24
1.1.8.2.Elementos de la evaluación de la calidad.....	25
1.1.8.3.Funciones de la calidad	25
1.1.8.4.La Función de la Dirección en el Sistema de Calidad.....	26
1.1.8.5.Sistemas de gestión de la calidad	27

1.1.8.6.Principios de la Calidad.....	28
1.1.8.7.Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	31
1.1.8.8. La calidad de vida del paciente.....	34
1.1.8.9. Manejo de la población en tratamiento renal sustitutivo y epidemiología de la insuficiencia renal crónica (IRC).....	40
1.1.8.10. Instrumentos de mejora (Feedback, Benchmarking, Planes de Mejora, Evaluación Global).....	41
1.1.8.11. Actividades desarrolladas e instrumentos utilizados para alcanzar los objetivos	41
1.1.8.12. Grupo de Trabajo de Calidad en Hemodiálisis.....	41
1.2. Marco Conceptual.....	43
1.3. Marco Legal.....	46
1.3.1. El derecho a la salud en la Constitución de la República.....	46
1.3.2. Plan Nacional del Buen Vivir.....	47
1.3.3. Ley Orgánica de Salud.....	49
CAPITULO II.....	51
2. Marco Referencial.....	51
2.1. Contextualización.....	51
2.2. Niveles de Atención en Servicios de Salud.....	52
2.3. Misión.....	57
2.4. Visión.....	57
2.5. Análisis FODA del Área de Nefrología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón	58

Figura 5: <i>Producción de pacientes atendidos en consulta externa</i>	60
2.7. Organigrama Funcional del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón y de su Área de Nefrología.	62
Figura 7: <i>Organigrama Funcional del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón</i>	62
CAPITULO III.....	66
3. Metodología de la Investigación.....	66
3.1. Aspectos generales.....	66
3.2. Diseño metodológico.....	66
3.3. Método	67
3.4. Técnicas de Recolección de Información	67
3.6. Resultados de la entrevista	68
3.7. Análisis de resultados de las encuestas	69
CAPÍTULO IV.....	80
4. PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MANUAL ESTANDARIZADO DE PROCESOS DE ATENCIÓN A PACIENTES HEMODIALIZADOS EN EL HOSPITAL ABEL GIBLERT PONTÓN	80
4.1. Planteamiento de la propuesta.....	80
4.2. Objetivos de la propuesta.....	80
4.2.1. Objetivo general.....	80
4.2.2. Objetivos específicos	80
4.3. Estrategias y Acciones	81
4.4. Metodología de Implementación de la Propuesta.....	82

4.5. Propósito	82
4.6. Formas de difusión de la propuesta.....	82
4.7. Protocolo de atención médica a los pacientes	83
4.7.1. Resumen Historia Clínica.....	83
4.7.2. Antecedentes personales y familiares	83
4.7.3. Exploración física.....	83
4.7.4. Enfermedad actual	84
4.7.5. Serología y química sanguínea	84
4.7.6. Ingreso al área de hemodiálisis.....	84
4.7.7.2. Cuidados Propios del Paciente.....	86
4.7.7.3. Análisis y síntesis de los datos	87
4.7.7.4. Indicaciones generales.....	87
4.7.7.5. Requisitos que debe cumplir el paciente para acceder a los servicios de diálisis peritoneal	88
4.7.7.6. Manejo y evaluación médica en diálisis.....	88
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES.....	91
BIBLIOGRAFIA	93
APENDICE: Tríptico.....	97
.....	98

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: percepción sobre la aplicación de las normas básicas de cortesía por parte de equipo médico para con los pacientes al ingresar a la unidad de hemodiálisis.....	69
Tabla 2 ¿cómo calificaría el estado del equipo utilizado para la realización de las diálisis en los pacientes?.....	70
Tabla 3 ¿a cada paciente le realizaron exámenes generales previos al ingresar al programa de hemodiálisis?	71
Tabla 4 ¿cómo califica la calidad de la atención médica en el área de hemodiálisis para con el paciente?	72
Tabla 5 ¿cómo paciente antes de comenzar con el tratamiento de hemodiálisis, le explicaron en qué consistía el procedimiento?.....	73
Tabla 6 ¿quién se encarga del traslado del paciente con el tiempo de anticipación al área de hemodiálisis?	74
Tabla 7 ¿después del procedimiento en el área de hemodiálisis el paciente se queda un tiempo en recuperación?.....	75
Tabla 8 ¿siempre le realizan a los pacientes exámenes de sangre posterior al procedimiento?	76
Tabla 9 ¿cómo paciente recibe la atención adecuada del personal del área si le hace algún requerimiento?.....	77
Tabla 10 ¿el medico del servicio de hemodiálisis aclara a los pacientes si le formula alguna duda?.....	78

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Niveles de atención, niveles de complejidad, categoría y nombres de establecimientos de salud	54
Figura 2: Distribución zonal del ecuador.....	55
Figura 3: Análisis foda.....	58
Figura 4: Estrategias del foda.	59
Figura 5: Producción de pacientes atendidos en consulta externa.	60
Figura 6: Producción de pacientes atendidos en el área de emergencia.	61
Figura 7: Organigrama funcional del hospital dr. Abel gilbert pontón.....	62
Figura 8: Organigrama funcional del hospital dr. Abel gilbert pontón área de nefrología.....	63
Figura 9: Cantidad de pacientes hemodializados en el hospital abel gilbert pontón en los años 2013-2014.....	64
Figura 10: Análisis de normas básicas.....	69
Figura 11: Calificación de los equipos de hemodiálisis.....	70
Figura 12: Análisis de realización de exámenes previos.	71
Figura 13: Resultados de la calidad de atención.....	72
Figura 14: Aclaración de inquietudes previa a iniciar procedimiento.	73
Figura 15: Con respecto al traslado del paciente.	74
Figura 16: Resultados en relación a la recuperación del paciente.	75
Figura 17: Control posterior a procedimientos.	76
Figura 18: Atención de los requerimientos del personal del área.....	77
Figura 19: Resultados en cuanto aclaración de dudas por parte del paciente.....	78

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, aborda la necesidad de evaluar los aspectos relacionados con el funcionamiento interno y manejo de la unidad de Hemodiálisis del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil. Se realizó un estudio de campo y descriptivo, mediante el cual se logró detectar la obligación de instaurar un sistema de valoración de la calidad presentado como propuesta. Se implantan las sugerencias necesarias así como la cesación del trabajo de investigación.

La investigación expone una visión general sobre la serie de estas normas. Se explica también el formato de uso e implementación de las normas, principal referencia para la fabricación de la enmienda final que engloba la creación de un sistema de evaluación de la calidad. A medida que progresa el trabajo de investigación, se exhiben las bases documentales donde se revisa temas fundamentales, en la que se exponen el historial, la aplicación de códigos éticos y formulismos clínicos, que aseguran una buena atención. El tema abarca una visión general sobre la sucesión de estas directrices, manifestando las que prevalecen, sus beneficios y ventajas como es, lineamientos en el manejo de los pacientes, la supresión de errores y un perfeccionamiento en la calidad de servicio que induce una considerable mejoría tanto para el hospital como para los usuarios.

Palabras clave: hemodiálisis, calidad, gestión, protocolos, indicadores, normas.

ABSTRACT

This research addresses the need to evaluate aspects related to the internal operation and management of the hemodialysis unit of the Hospital Dr. Abel Gilbert Ponton city of Guayaquil. A field study descriptive, whereby it was possible to detect an obligation to establish a system of quality assessment presented as a proposal was made. The necessary suggestions as well as the cessation of the research are implemented.

The research presents an overview of the series of these standards. The format of use and implementation of primary reference standards for the manufacture of the final amendment that includes the creation of a system of quality assessment is also explained. As the research progresses, the documentary bases where fundamental issues, which are discussed history is reviewed, the application of ethical codices and medical formalities, which ensure good care is. The theme includes an overview of the succession of these guidelines, expressing the prevailing, its benefits and advantages as, guidelines on the management of patients, removing errors and improving the quality of service that induces a significant improvement for both the hospital and users.

Keywords: hemodialysis, quality, management, protocols, indicators, standards.

INTRODUCCIÓN

Los protocolos clínicos son el pilar fundamental en el funcionamiento de un centro hospitalario. Son un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud. Constituyen por tanto, una ayuda explícita para el médico en el proceso de decisión clínica al reducir el número de alternativas diagnósticas y terapéuticas, entre las que ha de elegir, hasta hacerlas en muchos casos únicas. También son definidas como aquellas disposiciones que guían el proceder en miras de la excelencia en calidad para la mejora del tratamiento en todos los procedimientos que se realice a cada paciente.

El Hospital en el cual se llevó a cabo la investigación lleva el nombre del Dr. Abel Gilbert Pontón, quien demostró gran amor a su profesión dejando su legado en su recordada frase: “Mis manos no me pertenecen: son del pobre cuando las necesita y del rico cuando las paga”. Al finalizar la década del 60, atendiendo la necesidad de los servicios de salud de una población vulnerable, comienza la construcción y equipamiento de un nuevo Hospital en el corazón de Guayaquil, en la parroquia Febres Cordero. En su cartera de servicios presenta varias especialidades entre las cuales esta nefrología, una de las más concurridas por los pacientes de todo el litoral y país.

De acuerdo a estas eventualidades nace el interés de encarar en el siguiente trabajo de investigación a la calidad como táctica y alternativa para orientar victoriosamente a la atención de los pacientes, así como confrontar el actual manejo a fin de mermar los déficit que existen en el área de Nefrología del Hospital de la

referencia. El tema de calidad, entonces se encuentra enfocando a la atención que se brinda a los pacientes, por ser considerada una parte del hospital de importancia, debido a los beneficios que aporta en la salud y tratamiento de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar las características, procesos y resultados, así como la estructura de las unidades de hemodiálisis, utilizando tanto criterios nacionales como internacionales, apegados a la normatividad o lineamientos existentes y aplicables a este tipo de establecimientos con relación a la calidad en el servicio médico con el propósito de generar un diagnóstico de funcionamiento del área de hemodiálisis que permita proponer las guías de evaluación.

En el capítulo I se abordan los conceptos y teorías sobre la gestión en calidad, el modelo terapéutico, los tipos de Diálisis, objetivos y centros de atención hospitalarios, los conceptos de calidad tomado de distintas opiniones y su evolución, en los cuales el desarrollo de la Calidad en relación con el individuo doliente de dicha patología se convierte en motor y centro del sistema sanitario, por cuanto los elementos, funciones y sistemas de gestión, las necesidades del paciente son el eje primordial sobre el que se articulan las prestaciones asistenciales y la organización de los servicios hospitalarios, como pieza integrante de una estructura médica y social debe constituirse como una empresa.

El capítulo II describe la situación de la entidad analizada y su participación en el sistema sanitario del país, ubicación, historia de su evolución de casa de salud hasta la actualidad a Hospital de Especialidades, miembros y áreas que lo conforman, su misión y visión, enfocándose en el servicio de nefrología con todas sus características las funciones que cumple y los procedimientos que se realizan, los principios éticos y básicos como la beneficencia, autonomía, justicia y equidad.

El capítulo III se refiere al diseño de la investigación, sus objetivos, las herramientas, procedimientos de recolección y análisis de datos y resultados del estudio los cuales sirvieron de base para la presentación de la propuesta. En el capítulo IV se examinan los procesos de calidad más relevantes, procediéndose a un análisis comparativo de los mismos. Se describen los objetivos, acciones y estrategias a través de las normas ISO como práctica clínica apropiada fundamentada en la mejor evidencia. Finalmente se procede a recopilar un análisis comparativo entre la gestión de calidad total y los sistemas de aseguramiento de la calidad.

Objeto de estudio:

La calidad del servicio de Hemodiálisis del Hospital “Abel Gilbert Pontón”

Campo de acción:

Área de hemodiálisis del servicio de nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón

Planteamiento del problema:

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad que implica la pérdida gradual de la función de los riñones (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutierrez, Fajardo, 2006). En estos últimos años se ha apreciado un crecimiento considerable de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y en consecuencia de personas sometidas a Hemodiálisis. Entre los pacientes recurrentes, cada vez es mayor el número de pacientes de edad avanzada afectando más al grupo entre 45 a 65 años; con mayor frecuencia el sexo masculino es el más afectado, con un porcentaje en E.E.U.U. (53%). Se estima que 55,000 pacientes reciben como medicación un proceso renal sustitutivo con diálisis y que al menos una cifra semejante no tiene aproximación a este tipo de tratamiento. (Castro, 2010).

En Latinoamérica son hospitalizados anualmente para recibir tratamiento renal sustitutivo un aproximado de 168 pacientes por millón de población (ppm). Similar a lo que sucede en otros países, el porcentaje de pacientes mayores de 65 años con tratamiento renal sustitutivo, en Latinoamérica ha aumentado progresivamente (Castro, 2010).

Algunos datos representativos señalan cifras de prevalencia, incidencia y su relación de diálisis y trasplante renal en 20 países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Venezuela, Uruguay) en el 2006 encontrando que, en una población de 544.233.817 habitantes, 478 ppm (pacientes por millón de población) se encontraban en tratamiento renal sustitutivo distribuida de la siguiente manera: un 59,2% en hemodiálisis, un 20,4% en diálisis peritoneal y un 20,4% con trasplante renal (Cusumano et al., 2008).

La Hemodiálisis genera cambios en los estilos de vida y en las conductas cotidianas de las personas que se someten a ella, tales como la dieta alimentaria, la ingesta de líquidos y uso de medicamentos (Álvarez et al., 2001). La prevalencia de los problemas afectivos cambia, dependiendo el autor, entre 25 y 50%, aunque otros autores señalan el 70%. (Callahan, 2000). Por ejemplo, se diagnosticaron con depresión al 21.2% de los 8,601 pacientes en hemodiálisis en el reporte en el Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) que presentó en 1999 (Callahan, 2000).

En Ecuador, estadísticas oficiales señalan que cada año se incrementa en mil pacientes la cifra de enfermos con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), falleciendo tres pacientes cada día a la espera de trasplante renal. De 1 700 pacientes que anualmente

presentan algún tipo de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) al menos 500 de ellas son candidatas potenciales a un trasplante. Sólo el 35% de los pacientes con problema renal llegan a recibir en un área de salud tratamiento, pero alrededor de 1 000 pacientes son beneficiados con el programa del Ministerio de Salud Pública, tanto en los hospitales de especialidades, como en las diferentes unidades de diálisis. (Urzua, 2011).

Fue en la segunda mitad del siglo XX, cuando se designo un interés excepcional a la evaluación de la calidad, por sus criterios de proyección, observación, aseguramiento y mejoramiento, esto incide en la necesidad de los centros hospitalarios para implementar un enfoque de calidad en su administración y en todas las áreas que le competen. La evaluación indica la necesidad de integrar en los sistemas de trabajo organizacionales, métodos de calidad, que les permitan en cada sector, ser más estructuradas, dar una mejor atención a los pacientes ingresados, y asegurar principalmente un adecuado servicio.

Debido a esta situación se genera la necesidad de la implementar sistemas de evaluación de la calidad de las distintas áreas que brindan servicio en los hospitales públicos del Ministerio de Salud, ya que establece un fenómeno de crecimiento dentro del entorno sanitario, cuyo objetivo esencial es la persistencia en la cooperación que se brinda a los pacientes, para lo cual deviene preciso utilizar indicadores clínicos y de gestión que posibiliten medir los resultados (Callahan, 2000). El empleo de evaluadores clínicos no conjetura simplemente la adquisición de resultados, puesto que compromete también su análisis y sobre esa base, el empleo de un plan de perfeccionamiento que en última instancia debe repercutir en una mejor atención médica.

La utilización de ciertas herramientas de gestión clínica puede ser eficiente

para alcanzar mejorar la calidad asistencial, así como su eficacia y efectividad. Al conocer cuál es la importancia de que existan lineamientos de atención dentro de cada área de salud se puede exponer que dentro de la sala de hemodiálisis del Hospital en estudio está lejos de aproximarse a estos estándares de calidad, lo que ocurre en la actualidad se evidencia en la falta de programación adecuada de los turnos de los pacientes con criterio de hemodiálisis, así mismo el aumento de pacientes que empeoran sus condiciones clínicas por no recibir tratamiento oportuno y se observa una cifra alta de días de estancia hospitalaria de pacientes en hemodiálisis. Esta conflictiva puede aducirse a la ausencia de protocolos escritos para la realización de procedimientos de hemodiálisis.

Otro indicativo es la falta de equipamiento, la infraestructura inadecuada y escasos recursos humanos o a la descoordinación entre las áreas hospitalarias para la prestación del servicio. Cabe recalcar que el personal de salud de dicha área pone su contingente de conocimientos y hace las adecuaciones para brindar óptimas condiciones a los pacientes que ingresan a tener este servicio pero no es solo el esfuerzo del equipo encargado, va más allá, de aquello se hace énfasis en pretender una evaluación al sistema de calidad de este segmento del hospital.

Formulación del problema

¿Cómo influye el cumplimiento con las guías de acción para el manejo de pacientes con enfermedad renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en la calidad del servicio que brinda el área de nefrología del hospital Abel Gilbert Pontón?

Justificación

En la República del Ecuador, la salud es un derecho primordial cuya prestación garantiza el Estado ya que se encuentra establecido en la Constitución, que

es la norma máxima que define los derechos y obligaciones de los ecuatorianos. Este derecho se liga a otros, como el derecho al líquido vital, la educación, la cultura física, al empleo, la seguridad social, los ambientes limpios y otros que amparen el Buen Vivir. En relación a la salud, el Estado garantiza que la prestación de sistemas de salud se administrara por los principios de equidad, calidad, eficiencia, eficacia, universalidad, solidaridad, interculturalidad, precaución y bioética, con perspectiva de género y generacional. Las comunidades desvalidas, es decir los niños, adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores, discapacitados y pacientes con enfermedades catastróficas tienen derecho prioritario a los sistemas de salud, sean estos públicos o privados. Las competencias de salud son exclusivas al Estado central.

La obligación del Estado en relación al cumplimiento de las políticas de salud es llevada a cabo por el Sistema Nacional de Salud. Este sistema está conformado por las instituciones, programas, políticas y recursos, acciones y actores en salud. La máxima autoridad en el sector de la Salud es ejercida por el Ministerio de Salud Pública, que es el organismo rector y es responsable de formular las políticas y regular las funciones referentes a la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. La atención de salud es apreciada como un sistema público y se concede a través de entes estatales o privadas, conservando siempre los principios de seguridad, calidad y calidez.

El Plan Nacional del Buen Vivir, que es la planificación de los objetivos de Estado, establece que las políticas de salud del Estado promoverán la universalización del acceso a la atención primaria de salud de todos los habitantes. Este instrumento declara que las políticas de salud promoverán las prácticas de calidad de vida, favoreciendo la expansión de la calidad y la cobertura de los servicios asistenciales. El objetivo dos del Plan de la referencia señala que uno de los pilares fundamentales

para el reconocimiento igualitario de los derechos de los ecuatorianos es el acceso a la salud con atención especializada y protección especial, para lo cual se consolida la red integral pública de salud.

De acuerdo a estas eventualidades nace la predilección de abordar en el siguiente trabajo de investigación, a la evaluación de la calidad, como táctica y alternativa para ofrecer exitosamente el servicio de hemodiálisis. El tema de calidad, entonces se encuentra enfocando a la elaboración de una guía protocolaria para asegurar la calidad en el área de hemodiálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón.

La evaluación de la calidad del área de hemodiálisis del servicio de nefrología del hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil , mejorará los procedimientos clínicos que se hacen en dicha área proyectándose a corto plazo, mejorar el manejo hemodialítico, pasos de bioseguridad, mejor monitorización del paciente en hemodiálisis, mejor dosificación y adecuación del tratamiento hemodialítico, mejor reconocimiento de parte de los familiares y pacientes de las distintas modalidades en hemodiálisis, a mediano plazo mejora y ampliación de estructura física del área de hemodiálisis, dotación del recurso humano para el área de hemodiálisis, disminución de la estancia de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, certificación de calidad por normas internacionales (ISO 90001 2000, acreditación Canadá) , la disminución del presupuesto económico que ocupa el hospital en dichos pacientes, largo plazo una área de hemodiálisis con la mejor gestión de calidad en el país y porque no en toda Latinoamérica.

Es conveniente realizar esta investigación porque disminuirá la estancia de pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, lo que llevará a la disminución del presupuesto económico que ocupa el hospital en dichos pacientes.

La población con tratamiento renal sustitutivo se sentirá protegida, gustosa y que está

siendo atendido con calidad y calidez por parte del área de hemodiálisis, recibiendo así un mejor estilo de vida. Beneficiándose de estos resultados principalmente el ente primordial por lo que existe esta área que son los pacientes con tratamiento renal sustitutivo, los cuales reciben un servicio de calidad, los familiares de los pacientes que se sienten seguros y tranquilos de que sus pacientes están bien tratados, las personas que trabajan en el área de nefrología, los cuales año a año recibirán reconocimiento de parte de la administración del hospital y del estado por su buen trabajo, la administración del hospital quienes recibirán de parte del Ministerio de Salud Pública reconocimientos por su buena gestión de calidad, y el estado en general, por la disminución de gastos, por la baja tasa de reingreso y aumento de estancia hospitalaria de pacientes con tratamiento renal sustitutivo.

Con las guías de protocolos de procesos y gestión de calidad de pacientes con tratamiento renal sustitutivo, mejorará la distribución de los pacientes que se realicen hemodiálisis en el área del servicio de nefrología. Se obtendrá con esta investigación, acceso para realizar una mejor investigación, análisis y estadísticas, de los pacientes con tratamiento renal sustitutivo de toda la región Litoral o Costa y de todos los demás lugares que da cobertura el Hospital Abel Gilbert Pontón.

Preguntas de investigación

1. ¿De qué modo trascienden las imperfecciones del funcionamiento interno del Departamento de Nefrología?
- 2.- ¿De qué manera la implementación de un sistema de evaluación de la calidad contribuirá a mejorar la atención a los pacientes que requieran hemodiálisis?
- 3.- ¿Cuál es la envergadura de implantar un sistema de evaluación de la calidad?
- 4.- ¿Cuáles es el provecho que alcanzará el área de hemodiálisis al desarrollar un proceso de evaluación de la calidad?

5.- ¿Cuáles son los procesos y procedimientos que deben ser estandarizados para garantizar la calidad de atención a los pacientes hemodializados en el área de Nefrología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón?

Objetivos

Objetivo general

Analizar el efecto del cumplimiento con las guías protocolarias para el manejo de pacientes hemodializados en la calidad de los servicios del área de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil durante el año 2014, a través de una investigación de campo para desarrollar una guía de procedimientos que mejore la calidad de la atención.

Objetivos específicos

1. Describir la situación actual del área de Hemodiálisis del Hospital Abel Gilbert Pontón a través de un análisis estadístico para identificar los recursos disponibles y las necesidades a satisfacer.
2. Identificar los procedimientos hemodialíticos de mayor eficiencia en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con requerimiento de tratamiento renal sustitutivo describiendo sus aplicaciones y metodologías para identificar las mejores prácticas de calidad aplicables.
3. Desarrollar una guía protocolaria de atención a pacientes hemodializados en el área de Nefrología del Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil en base a los resultados obtenidos para garantizar la calidad del servicio.

CAPITULO 1

1. Fundamentación Teórica

1.1. Marco Teórico

1.1.1. Salud

La Organización Mundial de la Salud OMS, define a salud no solo como la ausencia de enfermedades, sino al estado de completo bienestar físico, mental y social. Esta definición fue adoptada en el año 1948, y a pesar de su antigüedad, sigue siendo considerada como vigente por su institucionalidad. Esta definición implica superar el enfoque asistencialista y considerar a la salud como un fenómeno social en el cual concurren diversas disciplinas que se articulen entre sí. La salud compromete que todas las carencias fundamentales de las personas estén englobadas, tanto sanitarias, como afectivas, nutricionales, sociales y culturales.

1.1.2. Enfermedad Renal Crónica

La enfermedad Renal Crónica es un problema de salud pública que figura entre las diez principales causas de muerte a nivel mundial, lo cual se debe fundamentalmente a que está asociada a otras enfermedades crónicas y degenerativas, siendo la diabetes mellitus y la hipertensión arterial las de mayor asociación. Es un estado caracterizado por la disminución significativa y progresiva de la función de los riñones, expresada por un filtrado glomerular o (FC), aclaramiento de la creatinina estimados menores de 60 ml/min/1.73 m², o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos tres meses (García, 2013). El daño renal puede diagnosticarse utilizando procedimientos de biopsia o de marcadores como la excreción urinaria de albúmina o proteínas elevadas (Soriano, 2013).

La National Kidney Foundation (2002) clasifica a la enfermedad renal crónica en diversos estadios que reflejan la progresión de la enfermedad, clasificándola en cinco niveles:

Estadio 1: Riesgo aumentado de enfermedad renal crónica

Estadio 2: Daño renal con FG normal

Estadio 3: FG moderadamente disminuido

Estadio 4: FG gravemente disminuido

Estadio 5: Fallo renal

Los estadios avanzados, principalmente el cinco requieren tratamiento renal sustitutivo para corregir la función de los riñones.

1.1.3. Hemodiálisis

La hemodiálisis también es conocida como terapia de sustitución renal o riñones artificiales ya que se encarga de desechar las sustancias dañinas de la sangre cuando los riñones no cumplen dicha función. Este proceso de depuración de la sangre consiste en extraerla a través de una sonda hueca y pasarla por un filtro de doble compartimiento donde la sangre pasa por los capilares de un compartimiento a otro y las soluciones de diálisis pasan en sentido contrario bañando dichos capilares así la sangre queda separada de los líquidos por una membrana semipermeable (Rodríguez, 2013). El fin de esta terapia es lograr que solutos y el agua circulen entre la sangre y el baño para disminuir los niveles elevados de sustancias tóxicas que normalmente serían eliminadas por un riñón sano.

La diálisis debe ser prescrita por un Nefrólogo quien después de valorar al paciente y determinará varios parámetros necesarios para que el tratamiento este acorde a las necesidades del paciente. Así como:

- Tiempo y duración
- Tamaño del dializador

- Tasa de flujo de sangre en diálisis
- Tasa de flujo del dializado

1.1.3.1. Tipos de Hemodiálisis

De acuerdo al diagnóstico del paciente pueden existir dos tipos de tratamientos (Rodríguez, 2013):

- Temporal: Se realiza a través de un catéter en el cuello, tórax o ingle. Por poco tiempo hasta remplazar con fistula arteriovenosa.
- Permanente: Quirúrgicamente se une una arteria con una vena en el brazo. Se realiza en pacientes en los cuales no se puede recuperar una adecuada función renal.

1.1.3.2. La extracción de la sangre en la Hemodiálisis:

Se emplea un acceso vascular (Fistula Arterio-Venosa ó Catéter), apropiado para purificar la sangre a través del filtro y así eliminar las toxinas aglomeradas en el organismo.

En ocasiones la necesidad de hemodiálisis acuciante no permite aguardar la creación de la Fistula, en estos casos se dispone de un dispositivo llamado catéter: en el cuello, en la ingle o debajo de la clavícula que posibilita la extracción de la sangre para la hemodiálisis (Flores, 2011).

1.1.4. Diálisis Peritoneal (DP):

Es el empleo de una membrana que se localiza en el abdomen del mismo paciente, conocida como membrana peritoneal para sacar toxinas de la sangre del paciente. (Flores, 2011). Esta modalidad de diálisis utiliza como filtro de purificación una membrana biológica ubicada en el abdomen del mismo paciente conocido como Peritoneo. Esta característica le otorga un pilar ideal para la depuración sanguínea. El suplemento del líquido de diálisis se lo

debe ejecutar cada 4 a 6 horas para lograr una mejor depuración de la sangre. (Flores, 2011).

1.1.4.1. Formas de Diálisis Peritoneal

La diálisis peritoneal puede ser realizada en el domicilio y puede ser:

Diálisis Peritoneal Continúa Ambulatoria (DPCA) que se realiza a través de la membrana peritoneal en forma manual o Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) que se realiza a través de la membrana del peritoneo utilizando para ello una máquina llamada cicladora.

1.1.5. Definición área de Hemodiálisis

La actividad del Área de Nefrología Clínica tiene por objetivo el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad renal, ya sea de origen vascular, glomerular o túbulo-intersticial. Se realiza seguimiento de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, iniciando la preparación para el tratamiento sustitutivo renal mediante diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante.

La enfermedad renal crónica, se caracteriza por ser una patología irreversible, que involucra un tratamiento esencial, e insustituible; mismo que al no ser realizado dará como resultado final, la muerte (Flores, 2011). Tomando en cuenta dicho concepto, se puede explicar la relación que existe entre el paciente que debe acudir al servicio de hemodiálisis y en obtener un servicio de calidad para mejorar su condición de salud.

1.1.6. Gestión Clínica

La gestión de las organizaciones de sistemas de salud se argumenta en el concepto de que todos los elementos que las conforman están conectados entre sí, por lo que el cambio de uno de ellos influye sobre los demás. También ha de fundarse en la necesidad de readecuarse a las prácticas de gestión, a las variaciones externas a fin de alcanzar los objetivos y en la

misión del conocimiento, a fin de eludir la inestabilidad de toma de resoluciones y el logro de una praxis clínica apropiada que certifiquen los mejores resultados en salud. En esta posición, el servicio de Nefrología, como miembro de una organización médica y social debe constituirse como una empresa, y para ello es necesario implantar una planificación estratégica, realizando una observación y desarrollo de los desafíos e impresiones, y del producto que arroje el análisis de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la empresa. (Fernández, 2014)

Toda esta táctica precisa de un control persistente, con colaboración de todos los miembros de la organización y fundarse con valores éticos y de prevalencia de la calidad. Según Fernández et al. (2014), la calidad requiere de un marco teórico de Política de Calidad o principios universales que amparan la organización y sus objetivos, y el curso a través del cual se puede evaluar y valorar la autentica calidad, es el Control de Calidad. En el ámbito sanitario, el éxito de la calidad se puede desplegar a través de las normas ISO 9001:2000 teniendo muy en cuenta, además, el uso de principios del ejercicio clínico apropiado, fundamentada en la mejor convicción disponible.

El prototipo terapéutico de hemodiálisis actual en el área de nefrología es eficaz y eficiente pero con muchos problemas en el momento de llevar a cabo las normas de calidad, ya que se percibe como poco ecuánime. Los pacientes obtienen información apropiada y suficiente acerca de las distintas opciones terapéuticas para que de acuerdo a su situación psicológica, social y clínica, puedan escoger el tratamiento terapéutico, lo que debería manifestarse a través del consentimiento informado (Fernández et al., 2014).

Para la mejora del tratamiento en hemodiálisis se debe ejecutar una metodología de planificación valiosa, basada en un registro de calidad y condicionado en principios de práctica clínica adecuada. Fernández et al., (2014), da una base de definiciones de los centros de hemodiálisis.

1.1.6.1. Atención en centros hospitalarios

Las áreas de tratamiento renal sustitutivo son parte del Servicio de Nefrología, ya que su función es atender tanto a pacientes hospitalizados como a pacientes derivados de centros hospitalarios de menor nivel dentro de la organización de recursos sanitarios de su área.

La distribución utilitaria de los Centros de Diálisis Hospitalarios es:

- **Diálisis de Pacientes Crónicos:**
 - Hemodiálisis regular de conservación.
 - Hemodiálisis regular de conservación para usuarios VHC, VHB y VIH reactivos.
- **Diálisis de Pacientes Agudos:**
 - Hemodiálisis de pacientes agudos
 - Diálisis Peritoneal Irregular
 - Otros métodos:
 - Hemoperfusión
 - Plasmaféresis
 - Técnicas de depuración permanentes.
- **Diálisis Domiciliaria:**
 - Hemodiálisis Domiciliaria
 - Diálisis Peritoneal

1.1.6.2. Unidad de Hemodiálisis de Pacientes Crónicos

Es el área donde se atenderán a pacientes que por su condición clínica no pueden recibir tratamiento domiciliario ni encontrarse en lista de espera para trasplante renal o que por sus particularidades no sean subsidiarios de esta última opción terapéutica.

1.1.6.3. Diálisis de Pacientes Agudos

Entidad donde se atenderán a pacientes que inician el tratamiento de su patología renal o que presenten un proceso agudo lo cual le obligue a ser hospitalizados, aun recibiendo ya el tratamiento sustitutivo en otra área externa al hospital, o pacientes con patología aguda que requieren transitoriamente diálisis. Se podrán efectuar en esta unidad, metodos especiales como:

1. Plasmaféresis
2. Hemoperfusión
3. Técnicas continuas de Depuración extrarenal.

El personal de enfermería y auxiliar de enfermería que trabaje en esta área debe presentar experiencia en este tipo de tratamientos.

1.1.6.4. Diálisis Domiciliaria

Este tipo de diálisis está indicada para el registro y preparación de aquellos pacientes que dispongan por la diálisis en casa, bien Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal (DP).

El personal de salud entrenará en la unidad, en casa o en prestadores externos a los pacientes que decidan este tratamiento dependiendo la estructura del servicio.

- Hemodiálisis Domiciliaria: Hemodiálisis Domiciliaria convencional o Hemodiálisis Diaria Domiciliaria considera el requerimiento de pacientes que por opción personal o prescripción médica se dializarán en su domicilio.
- Unidad de Diálisis Peritoneal (DP): Se indicará a pacientes que principian diálisis peritoneal y su respectivo rastreo, donde se manejan sus complicaciones o negligencias temporales o para pacientes agudos en los que dicho método es de elección.

1.1.6.5. Objetivos de una Unidad de Diálisis

Estenoz (2011) señaló que las unidades de hemodiálisis son unidades médicas que cuentan con recursos humanos e infraestructura y que cumplen los siguientes objetivos:

- Brindar tratamiento dialítico a aquellos pacientes que lo precisan de acuerdo a los principios y con la “adecuación” que indica la demostración científica.
- Estar entre los medios de referencia científica y de operar tecnología de punta.
- Brindar ayuda técnica y científica a los centros satélites.

Los principales objetivos del área de nefrología en su área de servicio de hemodiálisis son:

- Garantizar una vigilancia médica de elevado rigor, perfeccionando sus técnicas vinculados a la hemodiálisis y con gran profesionalidad, así como modernizar los resultados en cuanto a reducción de la morbilidad infecciosa, acceso vascular y cardíaco, el aspecto nutricional de los enfermos, la calidad de vida y la supervivencia.
- Asegurar una excelente preparación de los beneficiarios de trasplante renal, perfeccionar el saber y completamiento del vital humano con que se cuenta, tanto en lo cuantitativo como cualitativo, respaldando su educación continua y colaboración en labores de la docencia, investigación y crecimiento.
- Potenciar la calidad de los aseguramientos con superior nivel de planificación y proyección, estructurando científicamente los requerimientos de insumos e inversiones, en busca de una mayor eficiencia en su uso.
- Aumentar la participación activa en las labores de la ciencia e investigación tecnológica a través de los debates de ciencia y técnica.
- Informatizar la actividad profesional al máximo para incrementar la eficiencia en la asistencia, la enseñanza, el aprendizaje y la investigación.

1.1.6.6. Importancia del servicio médico de hemodiálisis

Velarde (2002) indicó que hemodiálisis es un procedimiento sustitutivo de la función renal, apta de garantizar por varios años una apropiada calidad de vida a pacientes con insuficiencia renal crónica en etapa terminal, que de otro forma fallecerán. El número de años de vida de estos pacientes podría incrementarse hasta 20 y mas aun cuando la hemodiálisis se realiza con los requerimientos establecidos, lo cual es posible si la técnica se efectúa sin grandes desviaciones en los parámetros que precisa su calidad y con un riesgo mínimo atribuible a enfermedades obtenidas en la institución hospitalaria o por la ocurrencia de accidentes.

Se conoce que los pacientes en estadio cinco no han recibido una atención apropiada en períodos anteriores y que la mayoría de ellos son enviados tardíamente a los servicios de nefrología desde los medios de atención primaria y especializada. Entre las principales razones emergen ciertos factores como: edad avanzada, grave comorbilidad, ausencia de síntomas, componentes económicos y diagnóstico retardado.

La cronicidad de esta patología puede afectar potencialmente la calidad de vida de una persona, no solo cuando recibe la prestación de hemodiálisis sino con el adecuado manejo ya que incorpora todos aquellos elementos que forman pieza integral de la persona y excluye los que se encuentran de manera independiente de ella, aunque puedan interactuar. Por su parte la práctica médica tiene como finalidad preservar la calidad de vida a través de proponer su mejor disposición para realizar las diálisis. En este sentido, las personas con enfermedad crónica necesitan valoraciones con relación a la mejoría o al desgaste de su estado funcional y de su calidad de vida (Velarde, 2002).

Los pacientes que se encuentran en los centros de diálisis deben enfrentarse a una enfermedad crónica, agotante y condicionante y además, ajustarse a su total sujeción de una máquina y de un grupo de profesionales involucrados en su tratamiento. El mayor dilema de

estos pacientes es con la enfermedad misma, pero con mucha reiteración se agregan problemas con la incorporación psicológica y conductual, y con la necesidad de autonomía y a la vez de sumisión. En forma predecible, los pacientes en diálisis tienen una alta posibilidad de comportamiento de retrocesión y oposición, expresada en un descenso en el cumplimiento de las indicaciones prescritas, discontinuidad en la asistencia a las sesiones o posturas excesivamente infantiles. Con el tiempo, los pacientes van alcanzando tácticas de adaptación, pero aquellos que están comenzando el procedimiento de diálisis presentarán, con certeza, alguna de estas reacciones. No son extraños las alteraciones psiquiátricas mayores, como depresiones graves, alto peligro de suicidio, variaciones sexuales, episodios de pánico y otros (Torres, 2012).

Uno de los pilares del trabajo psicoterapéutico radica en asociar al paciente y a la familia, a que pueda efectuar el duelo. Duelo de haber dejado de gozar un organismo sano y desertar a aquellos propósitos y estilo de vida que llevaba a cabo hasta que se le manifestó la patología (Kersner, 2010).

1.1.7. Evaluación de la Calidad

Los enunciados de calidad y de evaluación de la calidad se han desarrollado considerablemente a lo largo de los últimos setenta años según (Moreno, 2001). De este modo existen diversos conceptos, planteados por los autores más relevantes en calidad entre los que destacan W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Kaosuro Ishikawa, Philip B. Crosby, Armand V. Feigenbaum, que a la fecha siguen valederos formando parte de la hipótesis de la gestión de las organizaciones, a continuación se describen algunos.

El autor Edwards Deming, cuestionó las formas legendarias de gobernar y valorar a los trabajadores, por lo que sugirió ideas más humanistas y argumentadas en el conocimiento de la transformación natural que en toda fase existe. Las principales contribuciones de

Deming, son los catorce principios para modificar la gestión en la organización y el ciclo

Deming, cuyas etapas son:

- Planificar: establecer objetivos y procesos para obtener resultados, los cuales se traducen en:
 - Hacer: reforzar los procesos.
 - Verificar: ejecutar el seguimiento y la evaluación de los procesos, los resultados respecto a las políticas, los objetivos y los requerimientos para obtener los resultados y anunciar sobre las conclusiones.
 - Actuar: ejecutar acciones para mejorar constantemente el desempeño de los procesos.

Los catorce principios de Deming, señalan cómo se debe dirigir una organización para asentar su éxito por medio de la calidad y se ejercen para evaluar o autoevaluar la actuación de la administración de cualquier organización. Estos son:

- Elaborar constancia de objetivos.
- Admitir la nueva filosofía.

Por otro lado, Juran (1990) afirma que la calidad, se da cuando un producto o servicio es apto para su uso; así la calidad radica en la ausencia de defectos en aquellas características que agradan al usuario, es decir, que la opinión de él es la que orienta que la calidad está en el uso real del producto o servicio, (Juran, 1990). El planteamiento de Juran, es hacia la mejora de la calidad.

Otro autor que ha elaborado importantes contribuciones al análisis de calidad es Kaosuro Ishikawa quien estaba más encaminado a las personas que a las estadísticas, fomentando una mayor participación de todos los empleados. Al igual que otros autores, admitía que la calidad tiene origen por el usuario, y discernir sus necesidades es la base para mejorar; las propuestas deben operarse en forma activa, como oportunidades para renovar la

calidad. (James, Administración y Control de la Calidad, 2008). Sus acotaciones primordiales son: los circuitos de calidad en Japón, el uso de los siete instrumentos básicos de la calidad en la que predominan, el esquema de causa-efecto, también denominado esquema de Ishikawa, y la evocación del control total de calidad, como nueva filosofía, ya que alcanza una organización superior con una mejor condición competitiva, (Gutierrez, 2010). El primordial objetivo de Ishikawa fue comprometer a todos en el desarrollo de la calidad y no sólo a la directiva. (James, 2011).

Otras propuestas como las de Philip B. Crosby se enfocan en los problemas de motivación y expectativas. Algunas de sus contribuciones más relevantes son: catorce pasos, en donde se indica paso a paso la forma en que una organización podía originar y continuar su movimiento por la calidad, decretando la frase *hacerlo bien a la primera vez*, trae como efecto una disminución de riesgos. Este autor emplea el enunciado de prevención para alcanzar cero defectos (Gutierrez, 2010).

Crosby (2007) precisa qué calidad es, concordancia con las necesidades o ejecución de los requisitos. Esta definición se vincula mucho con la fiscalización de los procesos, implantando el efecto de la no conformidad y enfocando la atención en asuntos de prevención.

Para Armand V. Feigenbaum, citado por (Gutierrez, 2010), la calidad es una forma de vida corporativa, una forma de dirigir una organización, En los años 50 definió la calidad total como un sistema eficiente de componer el desarrollo de la calidad, su conservación y los sacrificios de los diferentes grupos en una estructuración para mejorarla, aprobando la atención y mejoramiento de los servicios se efectúen en los niveles más aptos que permitan la complacencia del paciente (James, 2011).

Después de verificar los conceptos antes descritos se precisa a la calidad como aquella que tiene como objetivo la plena complacencia de las necesidades de quien solicita un

servicio, mediante productos y atención elaborados con ausencia de defectos, que alcancen rebasar las perspectivas de los mismos. Cabe indicar que el enunciado de calidad es multidimensional, debido a que los menesteres de los pacientes son múltiples y dispares, pues incluye apariencias como la aptitud para el uso, la seguridad, la fiabilidad, el diseño, es también meable por lo que factores de riesgo y otros no son concluyentes para su aplicación. La calidad, por lo tanto, es estimada como una táctica primordial en todas las características que se ofrece un servicio, ya que principalmente impulsa estable y positivamente las necesidades de las personas, otorga una ventaja, está orientada a la plena complacencia del usuario.

El enunciado de calidad, habitualmente relacionado con la calidad de un producto, mas hoy en día se reconoce como adaptable a toda la actividad empresarial y a todo tipo de organismo como lo es las áreas que dan prestación en cualquier institución pública. De acuerdo con Moreno (2001), el concepto de calidad se encuentra en cuatro categorías elementales: calidad como conformidad, es decir conformidad con las especificaciones determinado en función a los requerimientos de los usuarios; calidad como gozo de las expectativas del paciente; calidad como importe con relación al costo y calidad como excelencia, aplica en aquellos servicios que fusionan los supremos modelos de calidad en sus diversas características. Un sistema es de magnifica calidad cuando se aplica en su realización los mejores constituyentes, la mejor gestión y ejecución de los procesos.

1.1.8. Calidad total

De acuerdo con James Evans (2008), la calidad fue progresando hasta surgir el concepto de calidad total o bien Total Quality. Acorde las organizaciones iniciaron a reconocer la capacidad del enfoque de la calidad, surgió el concepto. La calidad total es una red que se orienta hacia las personas, explora un aumento continuo en la satisfacción del usuario. La calidad total es una orientación total de sistemas y parte integral de una estrategia

de alto nivel, funciona horizontalmente en todas los cargos y jurisdicciones, abarca a todos los empleados, desde el nivel superior hasta el más bajo y se extiende hacia atrás y hacia delante para incorporar la cadena profesionales y la cadena de usuarios (James, 2008).

1.1.8.1. Evaluación de la calidad, concepto y antecedentes

A partir de los años 80 y hasta la actualidad, considerando como referencia al llamado avance de los países desarrollados del cual el mundo occidental difícilmente comienza a entender los factores de su éxito, se plantea la calidad como un tema de trascendencia dentro de las organizaciones (Schonberger, 2013). La resolución de James Atkinson (2005), la evaluación de la calidad es el convenio de toda organización para realizar bien las cosas, es decir, perjudica a cada usuario en el área aplicada y por lo tanto, para que la gestión de la calidad sea triunfal y exitosa, debe ser admitida por todos los componentes donde se aplica la evaluación. Oakland (2001), propone que la observación de la calidad, es una forma general de enriquecer la eficacia y flexibilidad del servicio proporcionado, mediante la expedición de una revolución en el área de labor.. James (2011), confirma que la evaluación de la calidad, es una filosofía de jefatura originada por una orientación práctica, que percibe una evolución que notablemente prepara su responsabilidad de evolución y de mejorías organizativas, es decir, acción orientada hacia la evolución de la calidad en el trabajo y a la organización como un universo.

La evaluación de la calidad de tal modo, se puede estimar como la forma de gobernar un área específica, enfocada en la calidad y fundada en la colaboración de todos los miembros que enfoca a la satisfacción del usuario y al provecho de todos los integrantes de la sociedad. Por otra parte, se valora a la calidad como, el conglomerado de tareas de la función organizativa que define la política de la calidad, los objetivos, las responsabilidades y las implementa por metodos tales como los proyectos de la calidad, el control de la calidad, la salvaguardia de la calidad y la mejora de la calidad. La evaluación de la calidad obra en todo

lo extenso del sistema de la calidad. De acuerdo con Opere, (1995), la gestión de la calidad está en dirección de cada miembro de la organización, y necesita el enérgico estímulo por parte de la dirección, con el objetivo de conseguir la calidad requerida por el beneficiario. De acuerdo con Gutierrez (2010), el progreso del sistema de calidad tiene que evidenciar que la organización es apto de proveer un producto o servicio que de forma coherente cumpla con los requisitos de los pacientes y los estatutos correspondientes, alcanzar una total complacencia de las personas mediante el empleo efectivo del sistema, incorporando la prevención de no-conformidades y el proceso de mejora constante.

1.1.8.2. Elementos de la evaluación de la calidad

James (2011), asegura que la evaluación de la calidad obra con diversos elementos: principios y normas aprobadas por todos, valores evidentes de la organización, misión, política, objetivos de calidad, métodos y prácticas eficaces, requisitos, guía organizacional, comprobación de la propiedad de todos los procesos y sus problemas referentes, empleo del ciclo Deming , el cual ampara cuatro etapas mencionadas anteriormente: planificar, hacer, verificar y actuar. Finalizando la calidad emplea cinco elementos de sistema, como son: proceso, que incorpora organización y sistemas, proyección de la calidad, organización, dirección, control y metodología del diseño; auditoría: sistema, personas y tarea; tecnología, que incluye: serie de manejo y empleo de la información; estructura: que incluye: comunicación, administración y responsabilidades; personas: construcción del equipo, educación y formación, dirección, evolución, incentivos y sostén; tarea: aspectos de la calidad y cambio.

1.1.8.3. Funciones de la calidad

Existen muchas funciones indispensables de la calidad, como lo menciona James (2011) las cuales son: planificación, organización, dirección, personal y control. La

planificación se enfoca al futuro y establece las normas para toda la organización, oferta la capacidad de ser proactivo y anticipar adelantar sucesos y establecer las acciones requeridas para confrontar positivamente a ellos, es primordial para un eficaz y manejable proceso de progreso de la calidad.

Elementos claves que se introducen en el indagación de calidad son: análisis del medio, misión de la calidad, instauración de la política de calidad, objetivos estratégicos de calidad, y proyectos de acción de la calidad (James, 2011). El empleo de organización consiste en aseverar que el área satisface los objetivos de calidad que se ha establecido, lo cual coopera a la evolución de un entorno de trabajo claro, con tareas y obligaciones que contribuyan a la actividad eficiente de una organización y manejar el comportamiento de las personas, grupos y departamentos para realizar los objetivos establecidos por la organización (James, 2011).

1.1.8.4. La Función de la Dirección en el Sistema de Calidad

En cuanto la función directiva, James (2011), hace énfasis en el término liderazgo, el cual precisa la intención de predominar en las actividades de los seguidores, a través de una técnica de notificación hacia la obtención de ciertas finalidades. Los elementos claves que debe manejar la dirección de la empresa o entidad incluyen asignación de labores y obligaciones, crecimiento responsable de la fragmentación de la constitución en unidades específicas soberanas, aumento de peticiones jerárquicas para permitir conexión y mandatos, habilitación y vigor de coordinación (James, 1997).

Para guiar a fin un mandato de calidad eficiente, es indispensable recordar que el cargo ejecutivo debe amparar las piezas claves que son: teorías acicate, patrones de mando y tipos de poder. De acuerdo con Longenecker (2010), la labor de un director ha pasado a ser la de un líder en amaestramiento, mencionando que el acometido de la calidad apunta al

personal, hace mención al recurso humano y lo determina como la técnica de bosquejo de las medidas y funciones de la fuerza de tarea para renovar la eficiencia y eficacia del manejo de la organización. (James, 2011). Los elementos clave que los comprenden son: trabajo en conjunto, disposición para todas las zonas y niveles de actividad de la corporación, cultura altamente encaminada a las personas, orientación multidisciplinar, creación y desarrollo.

El control es un procedimiento que se emplea para afirmar que se complacen los propósitos, por medio de la asesoría alcanzada de la realización autentica del proceso, es declarar la información del proceso es verificada con los patrones esperados y ulteriormente, se toman resoluciones de acuerdo con el producto de esta confrontación, (James, 2011). Los elementos clave que incorporan son: instrumentos de la gestión de la calidad, como: esquemas de flujo, hojas control, histogramas, esquemas causa-efecto, esquema de Pareto, esquema de dispersión, gráficos de control, esquemas de afinidad, esquemas de interrelación, esquemas de árbol, esquemas matriciales, matriz de estudios de datos, esquemas de flechas, gráfico del proceso de resolución del programa.

1.1.8.5. Sistemas de gestión de la calidad

De acuerdo con Evans (2008), un sistema es un conjunto de actividades dentro de una organización entrelazadas para obtener las metas de ésta. Para Feigenbaum (1986), un sistema es un patrón de labor de actividades humanas o de maquinarias que interactúan, orientado por información que obran sobre materiales directos, energía o seres humanos para alcanzar un propósito u objetivo específico en común.

La calidad se puede perfeccionar por medio de un sistema el cual se designa sistema de evaluación de la calidad, el cual solicita la participación de todos los componentes de las zonas donde se necesita aplicar dichos sistemas. De acuerdo con Feigenbaum (1986), los

sistemas para la calidad se originan con el principio básico del dominio total de la calidad, ya que la satisfacción de las personas que emplean un determinado servicio, no puede lograrse mediante la centralización en una sola persona o encargado por la envergadura que cada individuo tiene por derecho propio, de este modo el sistema de calidad total es el cimiento del control total de la calidad. Un sistema de calidad es la esqueleto esencial de trabajo acordada en todo lugar que se propone un servicio, acreditada con técnicas integradas y administrativos efectivos, para dirigir las acciones ordenadas de la fuerza laboral, la administración y la información de una forma eficaz, eficiente y más práctica, para afirmar la satisfacción de los usuarios con la calidad, (Feigenbaum A., 2005).

Un sistema de evaluación de la calidad en la compañía, busca la satisfacción total de los usuarios a través del avance constante de la calidad de todos los procesos ejecutores mediante la colaboración activa de todo el personal que anteriormente ha recibido aprendizaje y entrenamiento (Opere, 1995). Por su parte Summers (1998), comenta que el sistema de evaluación de la calidad es enérgico, puede acoplarse y modificarse, se fundamenta en el conocimiento de los requisitos y expectativas. De tal forma, el sistema de evaluación de la calidad tiene como objetivo satisfacer las necesidades de los usuarios externos e internos al instaurar procedimientos pactados con los integrantes de la organización, que encaminarán los esfuerzos para alcanzar el éxito, estableciendo una satisfacción total en los usuarios, minimizando precios y exigiendo un mejor beneficio de los recursos, con armonía, motivación y control total de las acciones, justificándose principalmente en la mejora constante de los procesos; además, coopera una sólida ventaja competitiva propia y amparada en el tiempo.

1.1.8.6. Principios de la Calidad

Gutiérrez (2010) afirmó que para la adquisición de un nivel óptimo de calidad, el génesis fundamental es el liderazgo; el líder en la corporación es la persona encargada de

encaminarla al éxito de los objetivos. El empleo de este principio orienta normalmente a considerar los menesteres de todas las partes interesadas, establecer una amplia visión del porvenir de la organización, fijar objetivos y metas desafiantes, crear y sostener valores compartidos, imparcialidad y patrones éticos de comportamiento en todos los niveles de la organización, crear confianza y excluir temores, facilitar al personal los recursos necesarios, la constitución y la libertad para proceder con responsabilidad y autoridad.

Otro principio básico es la cooperación del personal, ya que el recurso humano en las organizaciones es el impulsor primordial para lograr cualquier objetivo planteado, el completo involucramiento del mismo crea grandes beneficios, al usar productivamente el sacrificio que realiza para el bien común y de ellos mismos. La asignación del principio, normalmente induce a comprender la importancia de su contribución y su labor en la institución, reconocer las restricciones en su trabajo, admitir la responsabilidad de los enigmas y de su sentencia, estimar su acción de acuerdo a sus objetivos y metas personales, distribuir libremente conocimientos y experiencias, analizar abiertamente las dudas y polémicas. (Gutiérrez, 2010).

El principio de rumbo basado en procesos, instaura la definición de los procesos como, una sucesión de actividades que van incorporando valor mientras se crea un determinado producto o prestación a partir de determinadas contribuciones. Todas las actividades de la organización se encasillan dentro de procesos, que se detallan, tramitan y progresan. La utilización de este principio orienta al ciclo preparar, producir, examinar y ejecutar. Este es un periodo activo, que puede prosperar dentro de cada proceso de la organización y en el régimen de procesos como conjunto. El enfoque fundado en procesos incorpora también definir secuencialmente las actividades indispensables para alcanzar el resultado deseado, fijar responsabilidades y obligaciones claras para el trámite de las actividades clave, analizar y valorar su capacidad, reconocer las desviaciones dentro y entre

las funciones de la organización, centrarse en los elementos que la mejorarán, como los recursos, formulas y elementos.

El enfoque basado en procesos incluye también definir sistemáticamente las actividades necesarias para lograr el resultado deseado, establecer responsabilidades y obligaciones claras para la gestión de las actividades clave, analizar y medir su capacidad, identificar las interfaces dentro y entre las funciones de la organización, centrarse en los factores que las mejorarán, como los recursos, métodos y materiales (Gutiérrez, 2010).

El otro principio, se reconoce como el rumbo de sistema para la valoración, que se encomienda establecer, identificar, comprender y tramitar los procesos interrelacionados como un régimen que colabora a la eficacia y eficiencia de una organización en el éxito de sus objetivos. A través de la gestión de los procesos, las organizaciones alcanzan su mejora y logran sus objetivos más eficazmente. El empleo del principio orienta a estructurar un sistema para lograr los objetivos de la organización de la manera más eficaz y eficiente, comprender las interdependencias existentes entre los distintos procesos del sistema, estructurar los enfoques que concilian e integran los procesos, entender las capacidades organizativas y establecer las restricciones de los recursos antes de proceder, fijar, mejorar constantemente a través de la evaluación.

El siguiente principio es, mejoría constante, se fija como un proceso mediante el cual se plantean acciones dirigidas a la mejora de las actividades establecidas, estas se realizan midiendo los resultados que se han establecido y han actuado en efecto con el servicio. El empleo del principio encamina a aplicar un enfoque coherente a toda la organización para la mejora continua de su desarrollo, suministrar formación en los métodos y herramientas, hacer que la mejora continua de los productos, procesos y sistemas sea un propósito dentro de la organización, y establecer normas para el seguimiento de tales acciones.

El principio enfoque basado en acciones para la toma de decisiones, determina que las

decisiones eficaces se fundan en el análisis de los datos y la información confiable y destacado, que incluye la captación de todos los grupos de interés. La aplicación del inicio orienta a asegurarse de que los datos y la información son exactos, confiables y accesibles. Analizar los datos y la información usando métodos válidos, tomar decisiones y promover acciones con base al análisis objetivo, en equilibrio con la experiencia y la intuición.

Por otra parte la gestión de los recursos, es un asunto importante para la implementación del sistema de evaluación de la calidad, en éstos se incorporan al recurso humano, determinando la competencia necesaria y actividades para el éxito de los objetivos; la infraestructura debe ser apta para alcanzar la satisfacción con los requisitos del servicio que incluye, edificios, espacio de trabajo y servicios asociados; maquinas para los procesos; servicios de apoyo tales como: transporte, comunicación y el ambiente de trabajo adecuado. Referente a la ejecución del servicio, la organización debe plantear y desarrollar los procesos necesarios para la elaboración del mismo, determinar y revisar las condiciones relacionados con el producto y tener una comunicación con el prestador.

En la proyección del bosquejo y desarrollo de lineamientos, es cuando deben decretarse los elementos de entrada relacionados con los requisitos del servicio y ampararse con registros de estos, los productos del diseño y desarrollo deben facilitarse de tal manera que permitan la comprobación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y deben aceptarse antes de su liberación por lo que se ejecuta la verificación, para asegurarse de que el producto resultante es apto de complacer los requisitos de las personas que solicitan el servicio (Gutiérrez, 2010).

1.1.8.7. Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Se trata de un enunciado de reciente aparición. La importancia de su evaluación en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, en terapia de hemodiálisis, es algo

comúnmente aceptado por los clínicos (Estenoz, 2011).

En la literatura médica especializada emergen con reiteración planteamientos acerca de las zonas que deben ser consideradas al estudiar esta condición.

Función física: aptitud para ejecutar las labores físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal.

Sensación de bienestar: Sufrimiento psicológico como bienestar emocional, afecto, ansiedad y depresión.

Función social: cooperación en labores y relaciones sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos.

Participación y realización de las funciones sociales habituales: Trabajo y ejecución de tareas domésticas, cuidado de los niños, cooperación en labores comunitarias.

Síntomas: Experiencia subjetiva de funcionalismo anormal, generalmente indicativo de una alteración o enfermedad.

Función intelectual: Habilidad y aptitud para razonar, pensar, concentrarse y recordar.

Evaluación del propio estado de salud: Impresión subjetiva de la condición de salud actual o previa, resistencia a la afección y prevención por la salud futura.

(Piera C., 2003).

Puede estimarse que la calidad de vida es un juicio que elabora la persona a partir de su propio estado de salud, en relación con determinados estándares construidos acerca de los que ella espera que debiera ser apta de alcanzar. A pesar de la marca personal que cada quien imprime a la percepción de su calidad de vida, constituye una acción generalizada que las enfermedades crónicas la amenoran, por lo que su análisis merece una especial atención, razón por la cual ocupa un lugar central en las ciencias de la salud.

La estimación y mejoría de la calidad asistencial ha sido siempre una alarma de los profesionales sanitarios. Los primeros intentos por evolucionar el concepto de calidad en el ámbito asistencial, se enfocaron a medir la calidad mediante la definición de unos estándares que indiquen que la asistencia prestada era técnicamente adecuada (Estenoz, 2011).

A los efectos, la justificación sanitaria, entendida como la evaluación externa y voluntaria respecto a unos estándares profesionales, se ejecuto a principios del siglo XX en U.S.A. mediante distintas experiencias, que finalizaron en el desarrollo de la Joint Commission. El nuevo impulso de la medicina basada en la evidencia declara la inquietud existente por mejorar y optimizar la calidad de la asistencia médica en su más amplio sentido (Arenas, 2014).

Últimamente se han aplicado determinadas iniciativas, tendentes a asegurar la calidad de la prestación del servicio en hemodiálisis, que exigen la finalización de unos estándares clínicos determinados previamente o bien impulsan la obtención de certificaciones externas. La observación, es decir, la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad, en vínculo con un objetivo o estándar ya establecido, admite seguir muy de cerca un aspecto relevante de la asistencia, pero basado en datos y no en opiniones o impresiones.

Estenoz (2011) señaló que un indicador debe ser válido (medir lo quiere medirse); fiable (proporcionar resultados similares), específico (identificar casos donde existe un problema de calidad que puede mejorar); apropiado (útil para que los resultados de su monitorización puedan actuarse para mejorar); sensible al cambio (en relación a los conocimientos, dotación técnica y equipamiento); aceptado por el personal afectado; relacionable con estándares admitidos por la comunidad científica y en el medio circundante; posibilista (elegido en función al grado de información en contorno con el esfuerzo que implica obtenerlo); claramente definido (mide, cómo se recogen la información y se calcula el indicador).

1.1.8.8. La calidad de vida del paciente

Según la OMS define el término, como la apreciación personal de un individuo de su calidad de vida, dentro de un ambiente cultural en que vive y en relación a sus expectativas, valores e intereses. Es un concepto tridimensional de muy difícil medición (Alcario, 2010). También se define como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Urzua, 2011). Esta incluye el estudio que realiza cada individuo relacionado con la salud y al grado de eficacia para realizar las actividades cotidianas. (Schwartzmann, 2003).

La insuficiencia renal crónica es una patología que trae graves consecuencias para quien la padece, así como para su contexto familiar, quien busca la forma de encarar las necesidades que nacen a partir del diagnóstico que recibe el paciente. Entonces resulta necesario, para las intervenciones, estimar cuáles son los requerimientos que la familia necesita en ese momento y que cambios se generan a partir de que hay una modificación en la vida cotidiana a la que se está acostumbrado a seguir, pueden ir desde la economía familiar hasta producir algunos trastornos o desilusiones en los miembros de la familia que pueden llegar a complicar o a desestabilizar la misma, de tal forma que la oferta se pueda generar en base a las necesidades verídicas y permita resolver los problemas emocionales que se generan a partir de la patología (Alcario, 2010).

La característica fundamental al inicio de la enfermedad es el pavor a lo desconocido y la falta de aceptación de la enfermedad. Originan los primeros síntomas, el paciente manifiesta que algo va mal, con experiencias idénticas a las que ocurren en las enfermedades agudas: permanece en contacto con profesionales sanitarios, acude con frecuencia al hospital y se suspenden las actividades cotidianas. El paciente, espera que los síntomas desaparezcan o mejoren en un corto período de tiempo. Posteriormente, se dará a conocer al paciente de la existencia de una enfermedad crónica que necesitará tratamiento el resto de la vida. En ese

instante el enfermo se centra en las manifestaciones físicas, se encuentra preocupado por la severidad de su enfermedad, así como por el pronóstico y el desgaste físico que lo acompaña. Tanto el enfermo como su entorno familiar centran su atención en los problemas orgánicos. A medida que transcurren los días, aumenta el conocimiento de la enfermedad y la situación pierde el carácter de novedad, empezando así el siguiente período (Alcario, 2010).

La segunda etapa se caracteriza por la obtención de conciencia, período durante el cual el paciente empieza a familiarizarse con su sintomatología y piensa en la transcendencia de su enfermedad que va más allá de las dolencias físicas del momento. Comprendiendo que su enfermedad es crónica, adquiere conciencia de las modificaciones que se van adquiriendo en su forma de vida: alimentación, medicación, empleo y, en total, medita sobre sus limitaciones y capacidades. Esta percepción sobre la enfermedad se avala en los sistemas de valores y convicciones de la sociedad que vive; ésto es, adquiere como referencia la valoración de los dolientes por una enfermedad crónica. Desde esta posición el afectado empieza a visualizarse como alguien que no puede tener proyectos, no puede trabajar, no puede mantener su rol en la familia, no poder realizar sus actividades cotidianas. En definitiva, aparece como un ser vulnerable, débil, lleno de limitaciones y con un riesgo alto de inestabilidad personal, familiar y social (Alcario, 2010). Su estado de ánimo se caracteriza por quebrantos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su dolencia

Antes de la declaración de la patología la persona estaba adaptada, disponía de las habilidades y recursos necesarios para responder a las exigencias establecidas por él mismo y por su entorno familiar y social. La presencia de una patología crónica indica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevas habilidades a fin de acoplarse a su nuevo estado (Alcario, 2010).

Algunas personas toman conciencia de sus restricciones y habilidades, renuevan su imagen personal, sus vínculos familiares, sociales y son capaces de comenzar un nuevo estilo

de vida. Otras ven sólo las restricciones, adoptando una actitud pasiva de dependencia, sin proyectos propios.

Dentro de los factores que influyen en la calidad de vida, se pueden mencionar:

- La independencia funcional. El grado de funcionalidad física, psíquica y económica.
- La persona independiente tiene mayor calidad de vida, que aquella que depende de su familia y/o de la sociedad.
- La vida en su casa, con los suyos, con su pareja. La pérdida de un miembro de la pareja tiene una repercusión negativa en la calidad de vida.
- La relación familiar, social. La soledad objetiva o subjetiva es un factor negativo en la calidad de vida.

Es de conocimiento de todos los profesionales que están más o menos en contacto con estos enfermos, que suelen mostrar conductas depresivas, abatimiento, llantos, dejan de hacer cosas que antes hacían, llegando incluso algunos al aislamiento social. Este fenómeno tiene para algunos cierta base física buscando en el laboratorio la explicación al fenómeno, mientras que otros buscan esta explicación en el fondo de una personalidad ya propuesta. Otros estudios ya más cercanos, buscan causas situacionales y apuntan a la idea de ausencia de apoyo social, trabajo o algunas otras causas (Callahan, 2000).

Las conductas depresivas, que se dan en estos pacientes, si no en todos, sí en la mayoría, están estrechamente ligadas a la entrada del enfermo en el programa de Hemodiálisis y lo que todo ello conlleva. Tras las primeras diálisis en las cuales el enfermo se va encontrando paulatinamente mejor, pasa esa <luna de miel> y se da cuenta de la realidad que le esperará, que no es otra que su permanente dependencia de la máquina si quiere seguir viviendo, o la posibilidad de un trasplante renal si puede recibirlo y si le llega alguna vez.

Un modelo que podría servir de referencia para explicar el proceso que se da en estos

sujetos es la Teoría Conductual o de aprendizaje social de la depresión de Lewinson. Según él, la depresión es el resultado de la reducción de reforzamiento contingente a las respuestas del sujeto; es decir, la disminución de sucesos o cosas agradables, gratificantes, que siguen a una conducta o respuesta. Así la presencia o ausencia de sucesos reforzantes son el principal motivo del inicio y mantenimiento de la depresión. Para Lewinson la obtención del poco reforzamiento o excesivo castigo es causa y origen de la depresión (Callahan, 2000).

Los cambios físicos que se producen en el paciente no sólo son de mal funcionamiento o nulo funcionamiento del riñón sino que otros trastornos se añaden a esta patología a lo largo del tiempo. Anemia, cambios frecuentes en la tensión arterial, cambios hormonales, problemas sexuales, respiratorios, cambios de coloración de la piel, válvula arteriovenosa en el brazo, dolencias osteoarticulares, etc., son algunos de los problemas más frecuentes en ellos, que les obliga unas veces a realizar ocupaciones que nunca habían tenido, o a dejar de hacer algunas de las que había venido practicando toda la vida. Si los cambios son lentos, es más fácil que se adapte a la nueva situación, pero cuando estos cambios son muy bruscos son una condición muy propicia para provocar un estado de tensión elevado. (Callahan, 2000).

Este cambio de vida se centra, pues, en dos puntos fundamentales, pero con evidente repercusión en el resto de la actividad del paciente. Por un lado se produce un reajuste o mejor un desajuste del organismo del paciente y por otro se produce un cambio en el modo de vida.

Uno de los cambios físicos que más marca al paciente y que le hace estar más pendiente de su enfermedad es la falta de orina que le obliga a tener que beber de forma controlada para no tener problemas posteriores, siendo especialmente difícil en ocasiones el control de la ingesta. Algunos de estos problemas son fundamentalmente tan relevantes como para que aparezcan conductas depresivas. El reajuste fisiológico, la anemia, el salir cansado

de la diálisis por problemas durante la misma o simplemente por el cambio analítico y de peso en la misma, pueden ser responsables de que el enfermo experimente con frecuencia una elevada fatiga.

Las frecuentes molestias físicas tanto por las exploraciones a que son sometidos en ocasiones, como los problemas durante la Hemodiálisis, los cambios en el organismo, enfermedades frecuentes que padecen, el descontento por los cambios que ven experimentar en su cuerpo, sobre todo la Fístula arteriovenosa, son elementos los suficientemente aversivos como para generar una respuesta de alerta que hará aumentar la sensibilidad a la estimulación aversiva (Callahan, 2000).

Estos problemas físicos, traerán como consecuencia, en muchos de los enfermos, la restricción de actividades personales y de relaciones interpersonales. El estado de cansancio proveniente de la anemia y lo mal que pasan la hemodiálisis (HD) algunas veces, junto con los períodos prolongados de insomnio que suelen tener, aumenta la sensación de cansancio durante el día. El pase de visita del médico, cada día de diálisis, hace que muchos enfermos estén pendientes de su propio cuerpo para buscarse síntomas que decir al médico o al personal que le atiende, aumentándose así el estado de alerta para buscar indicios o señales de malestar.

Este estado de alerta entorpece la adecuada adaptación a su nueva situación. Estas respuestas de evitación activan más el estado de alerta (quieren evitar encontrarse mal y se vigilan más a sí mismos). Laboralmente, a muchos de estos enfermos se les invita, por parte de la empresa a que dejen de trabajar ya que faltan demasiado al trabajo por sus sesiones de diálisis, con la pérdida de este importante reforzador para las personas, y si se les mantienen en el trabajo no todos conservan el mismo puesto (Callahan, 2000).

Los ingresos hospitalarios repetidos o el malestar frecuente o los pequeños problemas que suelen tener, hacen que se vaya produciendo un distanciamiento de las amistades que

tenían, con la importancia que puede tener para estas personas el perder estos reforzadores, pues acaban circunscribiéndose a la familia muchos de ellos casi de forma exclusiva, pues debido a la disminución de relaciones interpersonales y de actividades reforzantes fuera del domicilio, la fuente de reforzamiento queda constituida casi exclusivamente por la familia y el personal de la sala de Hemodiálisis donde se dializa.

Con los cambios laborales y de régimen de vida, la comunicación y toma de decisiones, la planificación del tiempo libre y las relaciones familiares se ven afectadas. El cansancio y los problemas físicos hacen que las relaciones sexuales en la pareja se vean marcadas de forma muy especial, lo cual provoca en muchos de estas pacientes frecuentes visitas al especialista por problemas de impotencia.

Si la persona enferma es la mujer trabajadora, en la familia los problemas suelen ser, si cabe, más importante, ya que a ella están encomendadas tradicionalmente tareas domésticas. En parejas jóvenes, un elemento importante de la relación es la atracción física, ya que el paulatino deterioro físico, mal olor de aliento, cambio de coloración de la piel, problemas en extremidades por accesos vasculares repetidos, etc., pueden dificultar su atracción y esa funcionalidad evidente que tiene en la relación de pareja se pierde por el deterioro físico y el enfermo puede perder atracción, pérdida que se puede acentuar debido al abandono del cuidado personal.

Evidentemente un factor muy importante en todo este proceso es la estimulación proveniente de su organismo, que fundamentalmente es una estimulación aversiva. Esta exposición de hechos puede hacerlos comprender que es fácil que surjan cefaleas, pérdida de apetito, sed en exceso, llantos, cansancio, malestar físico, fuerte ansiedad por su estado de salud, sentimientos de pesimismo, de inseguridad, irritabilidad, inapetencia sexual, desánimo, apatía por todo y lo que es más grave deseos de morir (Urzua, 2011).

1.1.8.9. Manejo de la población en tratamiento renal sustitutivo y epidemiología de la insuficiencia renal crónica (IRC).

La enfermedad renal crónica (ERC) consiste en el daño renal irreversible, medido como un descenso en las cifras de filtrado glomerular por debajo de 60 mL/min/1,73 m² de superficie corporal, que persiste durante más de tres meses. La National Kidney Foundation, en sus guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative), clasifica la enfermedad renal crónica según la tasa de filtrado glomerular, en varios estadios (Nacional Kidney Foundation), de los que el estadio 5 corresponde a aquellos pacientes que presentan un filtrado glomerular inferior a 15 mL/min, es decir, aquellos en los que es preciso instaurar tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante renal).

Según Fernández, et al (2014), en el año 2005 había 898 pacientes por millón de población (pmp) en tratamiento renal sustitutivo en España, lo que supone 27.765 pacientes (0,063% del total de la población), de los cuales 13.887 (50%) estaban en hemodiálisis; 1.580 (5,7%) en diálisis peritoneal y 12.298 (44,3%) disponían de un trasplante renal funcionante. La incidencia anual de pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo es de 126. En España, la incidencia de pacientes en tratamiento renal sustitutivo se encuentra en una posición intermedia con respecto al resto de países europeos. En los últimos años se está produciendo un incremento progresivo en la prevalencia de la ERC avanzada en los países desarrollados. Por ejemplo, en Estados Unidos, se estima una tasa de incremento anual de casi un 10% de los pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo (Fernández et al., 2014). Este incremento en la incidencia y prevalencia se debe al progresivo envejecimiento de la población y al aumento exponencial de patologías como la diabetes y la hipertensión arterial, que constituyen las primeras causas de ERC avanzada, según datos del registro español.

1.1.8.10. Instrumentos de mejora (Feedback, Benchmarking, Planes de Mejora, Evaluación Global).

Numerosos estudios parecen revelar que el empleo de ciertas herramientas de Gestión Clínica puede ser capaz para conseguir una mejora de la calidad asistencial prestada y aproximar eficacia y efectividad. Así, han demostrado ser en su mayoría instrumentos efectivos para la mejora de la calidad asistencial: el feedback (dar y recibir información poblacional sobre los resultados obtenidos), el benchmarking (conocer los resultados del centro propio en relación a los obtenidos por los centros del entorno), la identificación de áreas de mejora y el diseño e implantación de Planes de Mejora específicos y muy especialmente las actuaciones combinadas (Grol, 2001; Chaundhry, 2006; Bero, 1998; Ashwini, 2003; Kiefe, 2001).

1.1.8.11. Actividades desarrolladas e instrumentos utilizados para alcanzar los objetivos

Desde el punto de vista conceptual son diversos los instrumentos que se han reconocido capaces de inducir una mejora en la asistencia prestada. Estos son los siguientes (Grol, 2001; Chaundhry, 2006; Bero, 1998; Ashwini, 2003; Kiefe, 2001):

- Indicadores de Calidad.
- Feedback.
- Benchmarking.
- Planes de Mejora.
- Evaluación Global.

1.1.8.12. Grupo de Trabajo de Calidad en Hemodiálisis

López (2014) determino que el Grupo de Trabajo de Calidad en Hemodiálisis

debe estar constituido por nefrólogos integrados en la Gestión de la Calidad. El objetivo será crear un foro multidisciplinar que aglutine profesionales con la misma inquietud, permitiendo aunar esfuerzos y centros, generar sinergias y crear una masa crítica suficiente para la ejecución de un proyecto común de Gestión de la Calidad. Como consecuencia de los resultados de los puntos de vista de los especialistas, en primer lugar, debe elaborar indicadores adecuados de calidad que pudieran ser aceptados por toda la comunidad nefrológica. Se empezará elaborando indicadores para el área de HD, al considerarla la más introducida en aspectos de calidad, convirtiéndola así en pionera dentro de la especialidad de nefrología.

En éstas reuniones participaran nefrólogos, expertos en calidad y epidemiólogos y su objetivo fue desarrollar un conjunto de Indicadores de Calidad en Hemodiálisis. El resultado de este trabajo se difundirá por primera vez entre la comunidad nefrológica. Si es necesario se precisa una nueva fase de revisión y consenso, tras ésta primera presentación y la realización posterior de una prueba piloto en el centro (López, 2014).

En los últimos años se han producido importantes progresos técnicos en el tratamiento de la insuficiencia renal (IR), tales como la utilización de membranas más biocompatibles, corrección de la anemia con eritropoyetina, técnicas especiales de diálisis, etc., que han tenido un impacto sobre los resultados clínicos de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis crónica. Sin embargo todavía se conoce poco sobre los factores que influyen en otros resultados del tratamiento como la salud percibida o la satisfacción, para algunos de los cuales las herramientas específicas de medida en esta patología no están lo suficientemente desarrolladas.

El objetivo de la asistencia sanitaria es proveer a los pacientes, en el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible, de aquellos servicios

que mejor preserven o restauren su estado de salud. El interés de profesionales sanitarios y pacientes es que las atenciones que dispensan los primeros sean efectivas, eficientes, aceptables, accesibles, valoradas como útiles por los propios pacientes y basadas en evidencias siempre que sea posible. Es entonces cuando aspectos como la rehabilitación, calidad de vida y satisfacción del enfermo renal cobran más relevancia, ya que estudios previos demuestran la importancia que tiene la opinión del usuario para una mejora constante en la calidad asistencial.

El nivel de satisfacción del paciente con las atenciones y tratamiento que recibe es un resultado mensurable de la intervención clínica, siendo una medida de resultado cada vez más habitual en los ensayos clínicos. Por ello, se han desarrollado escalas específicas para determinadas patologías, normalmente centradas en valoraciones de: empatía, información, competencia profesional, capacidad de respuesta, accesibilidad y confort (López, 2014).

La evaluación de la satisfacción de los pacientes permite por un lado identificar aquellas áreas deficitarias desde el punto de vista del paciente y, por otra parte, nos sirve para evaluar los resultados de los cuidados. Se ha asociado con aspectos relacionados con la salud, tan importantes como la adherencia al tratamiento y las recomendaciones de los profesionales.

1.2. Marco Conceptual

Bioética: Estudio de los aspectos éticos de las ciencias de la vida (medicina y biología, principalmente), así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos (Bernalte, 2007).

Calidad: Conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie (htt).

Calidad de vida: Enunciado empleado para estimar el bienestar social general de individuos (htt).

Calidez: Cualidad de cálido (htt).

Cardiopatía isquémica: La cardiopatía isquémica es una designación genérica para un conjunto de trastornos íntimamente relacionados, en donde hay un desequilibrio entre el suministro de oxígeno y sustratos con la demanda cardíaca (Vacca, 2014).

Control de calidad: El control de calidad son todos los mecanismos, acciones, herramientas que se realizan para detectar la presencia de errores (Estenoz, 2011).

Creatinina: es un compuesto orgánico generado a partir de la degradación de la creatina. Se trata de un producto de desecho del metabolismo normal de los músculos (Lopez, 2007).

Depresión: Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Diabetes mellitus: conjunto de trastornos metabólicos que comparten la característica más común de presentar concentraciones de glucosa elevada en la sangre (Soriano, 2013).

Diálisis: técnica mediante la cual se ejecuta un filtrado artificial de la sangre, en la que se elimina el exceso de líquidos y componentes tóxicos del organismo.

Dieta: es el conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos.

Enfermedad renal crónica: patología caracterizada por la disminución progresiva de la función de los riñones durante más de 90 días, se refleja por la alteración de la tasa de filtración glomerular menor a 60 ml/h (Flores, 2011).

Eficacia: suficiencia para alcanzar el efecto que espera o se desea tras efectuar una acción.

Eficiencia: Capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función.

Equidad: Cualidad que consiste en no favorecer en el trato a una persona perjudicando a otra.

Filtro: dispositivo cilíndrico que posee una membrana semipermeable donde se purifica la sangre.

Gestión de calidad: organización operacional de trabajo, documentada e integrada a las practicas técnicas y gerenciales, para encaminar las acciones de las fuerzas laborables, la maquinarias y la organización de la información de manera hábil y coordinada (Estenoz, 2011).

Hemodiálisis: sistema de depuración de toxinas presentes en la sangre a través de un mecanismo a manera de filtro. Técnica de purificación extracorpórea habitual más empleada en pacientes con disfunción renal aguda, insuficiencia renal crónica terminal, hipercalcemia y acidosis metabólica grave (Flores, 2011).

Hipertensión arterial: Enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias (Lopez, 2007).

Interculturalidad: es un proceso de comunicación e interacción entre personas y grupos donde no se permite que un grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia entre culturas.

Máquina de hemodiálisis: maquina de alta ciencia y gran diversidad que tiene una colección de sistemas de seguridad, dominio de presión y alarmas que nos ayudan en la sesión de diálisis (Soriano, 2013).

Nefrología: rama de la medicina que se dedica al estudio de la anatomía, fisiología, y patología del riñón.

Nefrólogo: Médico especialista en nefrología.

Normas ISO 9001:2000: es una norma internacional aceptada por innumerables organizaciones y empresas que define los requisitos mínimos que debe cumplir un sistema de gestión de calidad para ser certificado.

Planificación estratégica: es el proceso de desarrollo e implementación de planes para alcanzar propósitos u objetivos.

Peritoneo: Membrana que goza de una serie de poros de diversos tamaños que permiten el paso de sustancias (Harrison, 2010).

Solidaridad: Adhesión o apoyo incondicional a causas o intereses ajenos, especialmente en situaciones comprometidas o difíciles.

Trasplante renal: es el trasplante de un riñón en un paciente con enfermedad renal avanzada, es típicamente clasificado como de donante fallecido, o como trasplante de donante vivo (Locatelli, 2004).

Urea: es un compuesto químico cristalino e incoloro, se encuentra abundantemente en la orina y en la materia fecal. Es el principal producto terminal del metabolismo de las proteínas (Lopez, 2007).

1.3. Marco Legal

1.3.1. El derecho a la salud en la Constitución de la República

El Art. 32 de la Constitución de la República, trata sobre el derecho a la salud, al manifestar que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya ejecución se asocia a la práctica de otros derechos como, el derecho al líquido vital, alimentación, a recibir educación, la cultura física, tener un empleo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado respaldará este derecho mediante mandatos económicos, sociales, culturales, educativos y ambientales; y el acceso permanente,

oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. El beneficio de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

De la misma manera, los artículos 358 al 366 en la Constitución de la República proclaman el derecho a la protección de la salud y se establecen los derechos y deberes de todos los ciudadanos al respecto, o sea que, hoy lo que se exige de los poderes públicos y privados es que presten un mejor servicio en esta materia, en atención fundamentalmente al respeto de la dignidad del ser humano, que como he manifestado en líneas anteriores, es la principal característica del Estado constitucional de derechos y justicia. Estos postulados señalan claramente que el Estado tiene la obligación de cuidar la salud de los ciudadanos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, fundada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente basados y socialmente admitidos, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su completa manifestación y a un costo que la comunidad y el país puedan sustentar.

1.3.2. Plan Nacional del Buen Vivir

El Plan Nacional para el Buen Vivir, en conformidad con los mandatos constitucionales define objetivos, políticas y metas preferentes del accionar gubernamental. En su objetivo # 3 se plantea mejorar la calidad de vida de la población, considerando que la vida digna requiere acceso universal y permanente a los servicios necesarios para tal fin. La salud es considerada por este articulado normativo como un instrumento necesario para alcanzar el buen vivir, por lo cual el Estado declara prioridad universalizar el acceso a los servicios de salud.

“El Buen Vivir se planifica, no se improvisa. El Buen Vivir es el estilo de vida que faculta la felicidad y la continuidad de la diversidad cultural y ambiental; es armonía, igualdad, equidad y solidaridad. No es buscar la abundancia ni el crecimiento económico infinito”. Según este proyecto gubernamental la calidad de vida nace por el ejercicio pleno de los derechos al agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para alcanzar las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales (MAIS, 2012).

Para la consecución del bienestar colectivo, es necesario que los servicios de salud sean proporcionados con calidad y calidez de parte de las entidades públicas hacia el ser humano, promoviendo el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que constituyen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, extendiendo los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las estipulaciones y los hábitos de vida de las personas, avalando la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud, fortaleciendo y fortaleciendo la salud intercultural, integrando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud, garantizan el acceso seguro a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un factor integrante del derecho a la libertad sexual de las personas, fomentando entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas, fomentando el tiempo dedicado al ocio activo y el uso del tiempo libre en actividades físicas, deportivas y otras que contribuyan a mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de la población, propiciando condiciones adecuadas para el acceso a un hábitat seguro e incluyente (MAIS, 2012).

1.3.3. Ley Orgánica de Salud

Esta Ley tiene como propósito normalizar las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrada en la Constitución Política de la República y la ley. El sistema nacional de salud se guía por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con perspectiva de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético”.

Esta ley da su propio concepto de la salud en su Art. 3.- “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables”

(LEY ORGÁNICA DE SALUD, 2006).

Es importante recalcar:

Art. 69.- “La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto”.

Esta misma ley orienta las obligaciones del estado con los pacientes con patologías no trasmisibles, el cual también aconseja instruirse sobre la etiología de esta patología, los hábitos del paciente, fomentar la prevención y entregar servicios de rehabilitación, garantizando la disponibilidad y admisión a programas y medicamentos para estas patologías, con hincapié en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos endebles

(LEY ORGÁNICA DE SALUD, 2006).

En el caso de las áreas de salud privada o pública, indica:

Art. 180.- “La autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y otorgará su permiso de funcionamiento. Regulará los procesos de licenciamiento y acreditación. Regulará y controlará el cumplimiento de la normativa para la construcción, ampliación y funcionamiento de estos establecimientos de acuerdo a la tipología, basada en la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad”.

Señala también que los trabajadores de la salud deberán comprometerse de brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, acatando los derechos humanos y los principios bioéticos (LEY ORGÁNICA DE SALUD, 2006).

Como lo indica:

Art. 201. Así como también es su deber exigir condiciones básicas para el cumplimiento de lo señalado en el inciso precedente.

CAPITULO II

2. Marco Referencial

2.1. Contextualización

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) indica actualmente que el Sistema Nacional de Salud debe confrontar, a más de las prorrogas de estos problemas, nuevos retos y necesidades que acontecen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. El poliedro poblacional, muestra una constitución demográfica joven, las clases etarias de 0 a 24 años constituyen algo más del 50% del total de la población, con más del 30% de menos de 15 años. La perspectiva de vida, es de 75 años (72,1 para hombres y 78 para mujeres) y el porcentaje de personas de la tercera edad es del 6,19 %. (INECCEPAL, 2009). Las patologías que con mayor reiteración acarrear a la Enfermedad Renal Crónica constan como las principales causas de muerte, ya que en el 2009, en el país se reportaron 59 714 fallecidos lo que impulsó una tasa de mortalidad de 4.26 muertes por cada mil habitantes, y entre las primeras causas de muerte están en orden de frecuencia, la *diabetes mellitus*, enfermedades cerebro vasculares, accidentes automovilísticos, *enfermedad hipertensiva*, influenza y neumonía, las enfermedades isquémicas del corazón, violencia, insuficiencia cardíaca, cirrosis, cáncer de estómago.

Tanto la Constitución Política como el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, determinan que la habilidad de Atención Primaria de Salud, debe ser el cimiento de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud.

2.2. Niveles de Atención en Servicios de Salud

Para finalidad de planificación administrativa, el estado divide en cinco niveles las atenciones en el área de la salud, los cuales se describen en la figura 1.

2.2.1. El I Nivel de atención, por su relación directa con la población debe cubrir a toda la comunidad, este nivel debe solventar las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los circuitos darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Actividades que se desarrollaran dentro y fuera de la zona.

2.2.2. El II Nivel de Atención engloba todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el grado de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se fomenta nuevas modalidades de atención no exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio). Da continuidad a la atención INICIADA en el primer nivel, de los casos que no son factibles de resolver y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de superior complejidad. Este ingreso se lo ejecuta a través del primer nivel de atención exceptuándose los acontecimientos de urgencias médicas que una vez resueltas serán supervisadas a nivel uno. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

2.2.3. El III nivel de Atención comprenden a los sistemas que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, las organizaciones hospitalarias son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de complejidad eminente, tiene recursos de tecnología de primera, intervención quirúrgica de alto rigor, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con

subespecialidades reconocidas por la ley; se incluyen los siguientes

2.2.4. El IV nivel de atención es el que centraliza la experimentación clínica, preregistro o de procedimientos, cuya convicción no es suficiente para poder implantarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad. Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública

Interinstitucional de Salud (RPIS).

2.2.5. El nivel de Atención Prehospitalaria es el nivel de atención autónomo de los servicios de salud, que presta atención desde que se notifica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutive sea la adecuada.

NIVELES DE ATENCION	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	NOMBRE
Primer Nivel de Atención	1er. Nivel de Complejidad	I-1	Puesto de salud
	2do. Nivel de Complejidad	I-2	Consultorio general
	3er. Nivel de Complejidad	I-3	Centro de salud - A
	4to. Nivel de Complejidad	I-4	Centro de salud - B
	5to. Nivel de Complejidad	I-5	Centro de salud - C
Segundo Nivel de Atención	AMBULATORIO		
	1er. Nivel de Complejidad	II-1	Consultorio de especialidad clínico - quirúrgico
		II-2	Centro de especialidades
	2do. Nivel de Complejidad	II-3	Centro clínico quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	HOSPITALARIO		
	3er. Nivel de Complejidad	II-4	Hospital Básico
	4to. Nivel de Complejidad	II-5	Hospital General
Tercer Nivel de Atención	AMBULATORIO		
	1er. Nivel de Complejidad	III-1	Centros Especializados
	HOSPITALARIO		
	2do. Nivel de Complejidad	III-2	Hospital Especializado
	3er. Nivel de Complejidad	III-3	Hospital de Especialidades
Cuarto Nivel de Atención	1er. Nivel de Complejidad	IV-1	Centro de experimentación pre registros clínicos
	3er. Nivel de Complejidad	IV-2	Centros de alta subespecialidad
Nivel de Atención Prehospitalario	1er. Nivel de Complejidad	APH-1	Unidad de atención prehospitalaria de transporte y soporte vital básico
	2do. Nivel de Complejidad	APH-2	Unidad de atención prehospitalaria de soporte vital avanzado
	3er. Nivel de Complejidad	APH-3	Unidad de atención prehospitalaria de soporte vital especializado

Figura 1: Niveles de Atención, Niveles de Complejidad, Categoría y Nombres de Establecimientos de Salud

Fuente: Ministerio de Salud Pública, MSP 2015

La distribución territorial geográfica de estas redes según el MAIS de acuerdo a un compendio de organización territorial desconcentrada y descentralizada para la gestión de los servicios públicos, que establece nueve zonas de planificación, 140 distritos y 1 134 circuitos. La organización territorial de la red de servicios de salud

consiente responder de manera efectiva a la realidad y necesidades de la población y activar los espacios de acoplamiento intersectorial y participación comunitaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población (MAIS, 2012).



Figura 2: *Distribución zonal del Ecuador.*

Fuente: Plan Nacional del Buen Vivir.

Tanto la Red Pública e Integral de Salud, como la Complementaria deberán garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión definidos por el MSP. El sistema de control de garantía de la calidad incluye:

1. Gerencia estratégica, de proceso y de calidad de los establecimientos de salud, que abarca la organización efectiva y eficiente para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones integrales de salud con criterios de calidez y costo-efectividad.

2. Definición de perfiles para puestos técnicos y de gestión de los servicios de salud, implementación de concursos de contradicción y merecimientos y el registro de profesionales a través de un proceso de certificación y recertificación.

3. Levantamiento de procesos para la gestión de los servicios de salud y de apoyo administrativo

4. La formulación y revisión periódica de guías de práctica clínica y terapéutica basada en evidencia científica.

5. Implementación de Auditoria Integral en Salud.

6. Procesos de licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública e integrada.

7. Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos.

8. Un sistema de capacitación continúa en gestión y gerencia de los servicios de salud y de gestión clínica.

9. Sistema de fármaco vigilancia

10. Implementación de mecanismos para la veeduría y control social de la gestión y atención de los establecimientos de salud.

El Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, en el cual se llevara a cabo la investigación, se encuentra ubicado en la parroquia Febres Cordero de la ciudad de Guayaquil.

Pertenece al Ministerio de Salud Pública y es el principal centro hospitalario de alta complejidad de la zona. Fue fundado el 7 de octubre de 1973 en el Suburbio de esta ciudad por el Señor General de División Guillermo Rodríguez Lara, Presidente de la República, y el Ministro de Salud, Dr. Raúl Maldonado Mejía, quienes nombraron como Director Hospitalario al Dr. Eduardo Iglesias Espinel.

En sus inicios, el hospital funcionó como un gran Centro de Salud, con un personal asistencial conformado por 15 médicos, 2 odontólogos y 15 auxiliares de enfermería. Los servicios fueron abriéndose progresivamente. La Consulta Externa empezó sus actividades en el año de 1974, Ginecología - Obstetricia y Quirófanos en 1975, Fisiatría y Medicina Interna en 1976, llegando a funcionar con capacidad total

en 1978. En este mismo año se inauguró el Laboratorio Patológico.

En 1983 la Subsecretaría de Salud del Guayas ocupa parte del terreno perteneciente al Hospital con el fin de implementar el Servicio de Órtesis y Prótesis. En 1981 se realizaron transformaciones internas en los quirófanos y en el año de 1985 se realiza un reequipamiento del Hospital para el área de Imagenología, cocina, Medicina Interna, UCI.

El 25 de Abril de 2012, mediante acuerdo Ministerial #667, suscrito por la Srta. Carina Vance Nafla, Ministra de Salud Pública, eleva al hospital a categoría 3, convirtiéndolo en Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. Desde diciembre del mismo año, se encuentra en proceso de remodelación.

Actualmente, es un hospital de alta complejidad del Ministerio de Salud Pública, de referencia a nivel nacional, destinado a brindar atención ambulatoria, hospitalización, recuperación y rehabilitación de la salud a poblaciones vulnerables de la región Costa. Posee una amplia cartera de servicios, con personal sanitario especializado en brindar una atención de calidad y calidez, garantizando la gratuidad de todos los servicios, medicamentos e insumos.

2.3. Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

2.4. Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una

atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

2.5. Análisis FODA del Área de Nefrología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón



Figura 3: Análisis FODA

Fuente: Adaptado de (Summers, 1998)

El estudio de cada uno de estos cuadrantes arroja varias variables en cada uno de ellos los que permite formular estrategias para mejorar las debilidades y superar cada una de las

amenazas, afianzando las fortalezas y aprovechando las oportunidades.

A continuación se exponen las estrategias en la siguiente figura.

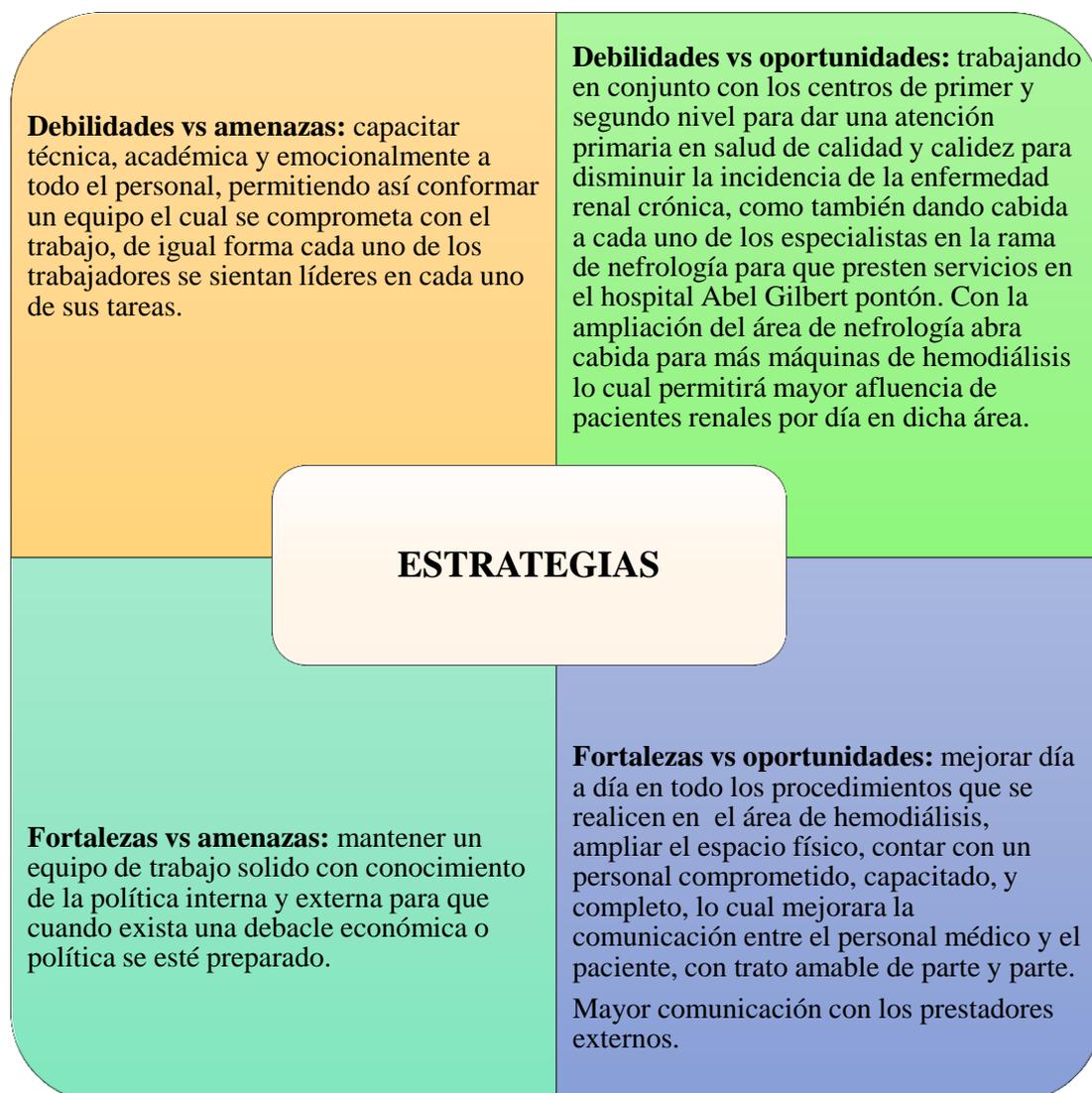


Figura 4: Estrategias FOFA-DODA

Elaborado: Leandro Valero

Tomando en cuenta cada una de estas estrategias llevándolas a cabalidad ayudara a que el área de hemodiálisis brinde una atención de calidad y calidez.

2.6. DETALLE DE LA PRODUCCIÓN DE LOS AÑOS 2013 – 2014 DEL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTÓN.

Durante el año 2013 fueron atendidos por consulta externa alrededor de 285 897 pacientes en todas las especialidades. En cuanto al área de emergencia se obtuvieron resultados de pacientes consultados durante los dos últimos años siendo mayor en el mes de agosto con 30 086 atendidos en el área de emergencia del año 2013 y el mes de mayo con 27 290 del año 2014, teniendo como resultados finales 325 242 y 207 092 respectivamente con relación a todas las especialidades.

Tabla 1: Producción Emergencia 2013-2014

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTON													
PRODUCCIÓN EMERGENCIA 2013- 2014													
CONSULTA EXTERNA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
2013	25039	22282	22806	28244	25529	24106	25118	24526	24951	24474	20558	18264	285897
2014	22977	22087	20225	23383	21105	17443	18710	18894	20088	18032	16254	14324	233522
TOTAL	48016	44369	43031	51627	46634	41549	43828	43420	45039	42506	36812	32588	519419

Figura 5: Producción de pacientes atendidos en consulta externa.

Fuente: Partes diarios del área. Departamento de Sistemas de información de estadísticas.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN
PRODUCCIÓN EMERGENCIA 2013- 2014

CONSULTA EXTERNA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
2013	28039	24870	28070	28324	27370	26232	26336	30086	26361	26622	27088	25844	325242
2014	26115	23638	27290	24171	24787	17840	15739	15378	10744	6586	8549	6255	207092
TOTAL	54154	48508	55360	52495	52157	44072	42075	45464	37105	33208	35637	32099	532334

fuente: Parte diario

Fecha: 08-10-15

Elaborado: Departamento de Sistemas de Información de Estadísticas

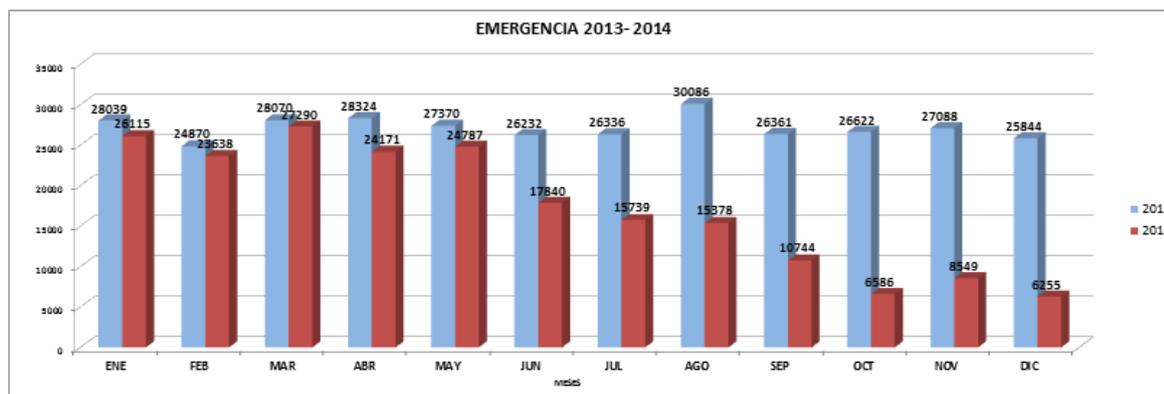


Figura 6: Producción de pacientes atendidos en el área de emergencia.

Fuente: Partes diarios del área.

El Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón cuenta con una amplia gama de especialidades, entre las cuales consta la de Nefrología. Este servicio es uno de los más concurridos debido a la alta tasa de prevalencia de pacientes que presentan enfermedades renales.

El área de Nefrología cuenta con el área de hemodiálisis, la cual se encuentra en un espacio físico de cinco metros cuadrados presentando cinco camillas donde se realiza el procedimiento de hemodiálisis. La capacidad de servicio consiste en cuatro pacientes cada cuatro horas, en tres turnos, los cuales empiezan desde las 7 am a 11 am el primer turno, de 11 am a 15 pm el segundo turno y de 15 pm a 19 pm el tercer turno. Actualmente existen cinco máquinas de hemodiálisis. En esta misma área se realiza la aplicación de abscesos vasculares temporales (catéter para hemodiálisis) a pacientes con infección de catéter, pacientes con trastornos en fistulas arteriovenosas, pacientes que debutan con la enfermedad renal crónica con criterio de hemodiálisis, etc., que se encuentran hospitalizados en el

Hospital Abel Gilbert Pontón.

Los procedimientos actuales de atención a pacientes contemplan que antes de que cada paciente ingrese a hemodiálisis, el personal de enfermería informan a los familiares y pacientes de los beneficios y contraindicaciones que presentan este tipo de tratamiento renal sustitutivo previa obtención de resultado de laboratorios correspondientes.

2.7. Organigrama Funcional del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón y de su Área de Nefrología.

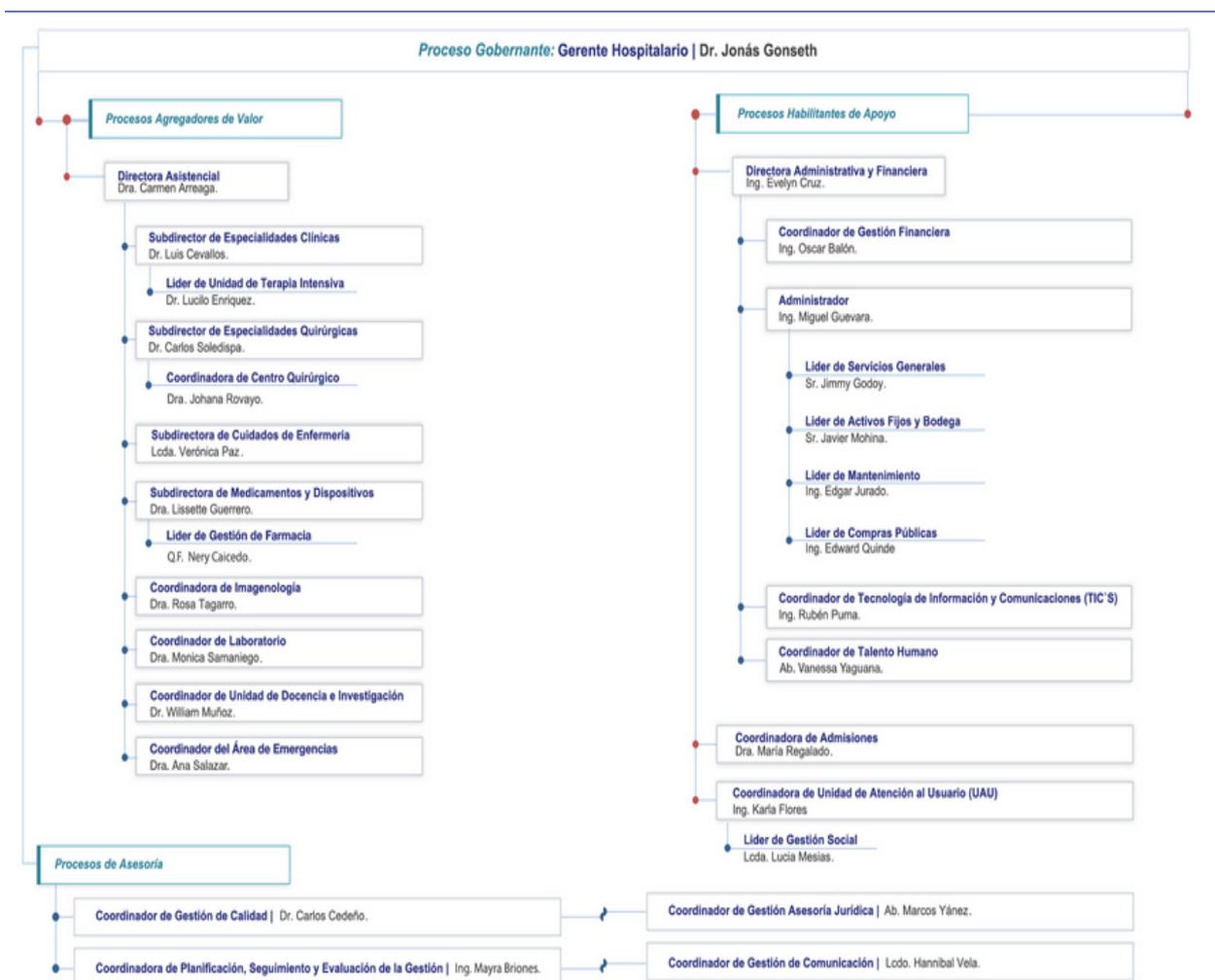


Figura 7: Organigrama Funcional del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón.

Fuente: Dirección Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa (2014)

El área de nefrología esta direccionada por la subdirección de especialidades clínicas.

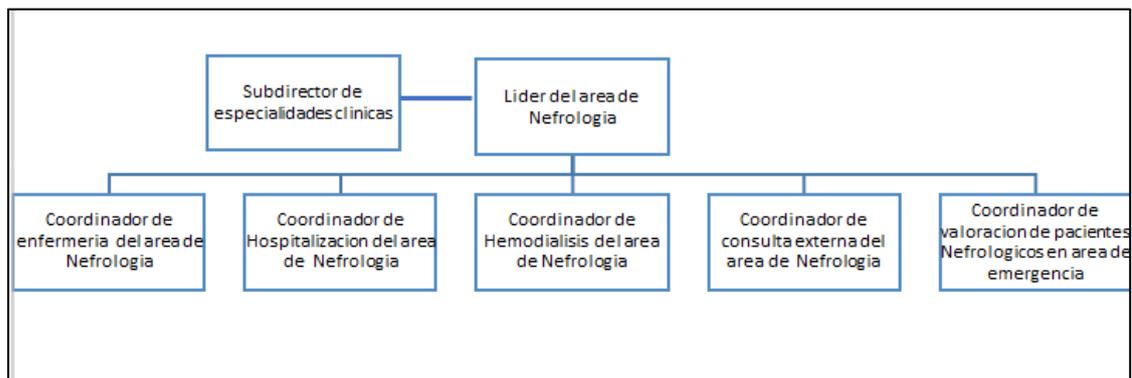


Figura 8: *Organigrama Funcional del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón área de Nefrología.*

Fuente: Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

Este servicio tiene su líder, acompañada por tres especialistas de dicha rama, una nutricionista, un médico internista, un médico general en consulta externa y dos médicos especialistas en medicina interna junto a cuatro médicos generales en el área de hospitalización con vasta experiencia en nefrología, nueve licenciadas en enfermería, cuatro auxiliares en enfermería.

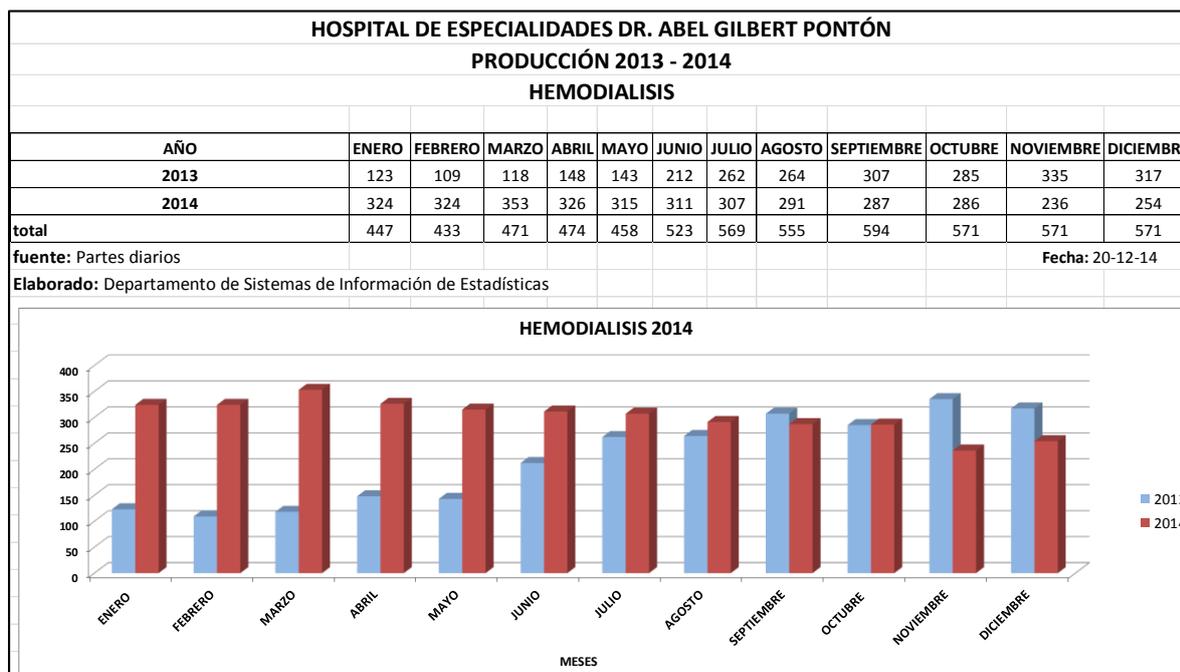


Figura 9: Cantidad de pacientes hemodializados en el hospital Abel Gilbert Pontón en los años 2013-2014.

Fuente: Partes Diarios, Departamento de Sistemas de Información de estadísticas.

Los actuales datos de riesgo de muerte para poblaciones de pacientes en Hemodiálisis o Diálisis Peritoneal, cuando se ajustan por edad, sexo, etnia y comorbilidad son similares, aunque en los primeros años, el riesgo es menor para los incluidos en DP. El riesgo de muerte se asocia, independientemente de la modalidad terapéutica, a edad avanzada, mayor prevalencia de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, insuficiencia venosa periférica, hematócrito elevado y al hecho de cambiar de modalidad terapéutica. En consecuencia, el manejo de la Insuficiencia renal crónica es una parcela de la sanitaria en la que, se deberían aplicar principios éticos y básicos como:

- La beneficencia o el principio por el que al aplicar una alternativa terapéutica, el beneficio esperado deberá ser mayor que el riesgo para el paciente.
- La Autonomía o el respeto a la toma de decisiones por parte del paciente.

- La justicia o equidad, principio según el cual cualquier opción terapéutica válida deberá estar disponible para todas aquellas personas en las que su uso sea apropiado. La toma de decisiones en este caso corresponde al médico, aunque en muchos casos criterios de ordenación de recursos, planificación y eficiencia limiten la aplicación ubicua de este principio.

Desde la perspectiva Socioeconómica, el tratamiento de la Insuficiencia Renal Terminal (IRT) se debe regir también por:

- La Eficiencia o relación entre los resultados obtenidos y los recursos Invertidos. En términos de coste/efectividad o coste/utilidad, el trasplante es más eficiente que la diálisis.
- La Equidad o igualdad de oportunidades a todos los ciudadanos con las mismas necesidades.

En definitiva, parece que la escasa autonomía de los pacientes y posiblemente la equidad y la eficiencia necesiten ser estimuladas, no asumidas. Las carencias en estos ámbitos podrían explicar algunas limitaciones de este modelo terapéutico poco eficiente, lo que obliga a un cambio estratégico.

En el actual Sistema de Salud, los Servicios de Nefrología, como unidades asistenciales han experimentado profundos cambios como consecuencia de los avances de la ciencia médica, transformándose en centros ambulatorios de diagnóstico y tratamiento, lo cual entraña un gran cambio en la filosofía misma de la práctica médica. Por otra parte, la creciente complejidad de las organizaciones, las diferencias culturales entre las mismas y la velocidad de los cambios tecnológicos, obligó a estructurar la asistencia de acuerdo con los principios de las denominadas guías de Gestión en calidad en hemodiálisis, (Angoso, 2006).

CAPITULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Aspectos generales

La evaluación de la calidad del área de hemodiálisis del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón permitirá verificar la satisfacción de los pacientes que reciben su tratamiento e identificar aquellas áreas deficitarias desde el punto de vista del paciente y por otra parte nos sirve para evaluar los resultados de los cuidados, ya que las necesidades del paciente son el eje sobre el que se articulan las prestaciones asistenciales.

3.2. Diseño metodológico

En primer lugar, se realizó un plan para realizar la investigación en el cual se determinó el alcance, el método general, las herramientas, procedimientos de recolección y análisis de datos. Posteriormente mediante una reunión con el Jefe del Área de Docencia se presentó el mismo y se obtuvo el permiso para comenzar el estudio, obteniendo también el compromiso para cooperar abiertamente en el proceso. Se dio a conocer esta noticia a todo el personal del hospital, con resultados favorables, ya que los integrantes del área cooperaron en la investigación ya que era necesario conocer detalladamente el funcionamiento de la organización y así poder relacionar algunas variables.

Este estudio se caracteriza por ser prospectivo, no experimental y longitudinal, según Hernández (1998), pues se registró la información tal y como ocurrían los fenómenos a lo largo del periodo de investigación, sin manipular las variables que se investigaron. El periodo de recolección de datos, comprende de Enero a Diciembre del 2014.

3.3. Método

Se trata de Estudio descriptivo transversal a todos los pacientes en tratamiento con hemodiálisis de la unidad de HD del hospital de referencia para nefrología. Se administró una encuesta. Cada ítem se puntuó en una escala Likert (de 1 a 5) según el grado de satisfacción.

3.4. Técnicas de Recolección de Información

Las técnicas implementadas para recopilar la información fueron, la técnica documental y de campo. Mediante la técnica documental se revisaron textos de consulta general y específicos, teorías de calidad, libros, tesis, páginas de Internet y documentos internos de la organización, con esto se logró desarrollar el sustento teórico de la investigación. En cuanto a la técnica de campo, se utilizaron diversas herramientas, las cuales son: análisis estadístico para conocer las deficiencias en el espacio físico, así como el impacto de las deficiencias en la atención a los pacientes.

3.5. Población y Muestra

La población a investigar estuvo compuesta por 3 614 pacientes del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de los cuales se calculó la muestra probabilística quedando un total de 348 pacientes a encuestar.

Nivel de confianza: 95%

Nivel de error: 5%

Para evaluar el funcionamiento de la organización se requirió de una lista de verificación, y un análisis situacional. La lista de verificación es un instrumento que contiene criterios o indicadores a partir de los cuales se miden y evalúan las características del objeto, comprobando si cumple con los atributos establecidos (Evans J., 2001). También se

implementó un análisis situacional de acuerdo con Lamb (1998) , éste incluye el estudio de los aspectos internos y externos de la organización, clasificados como fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.

Por ultimo se realizo una entrevista con el personal responsable de la organización para recopilar información complementaria a las demás técnicas aplicadas.

3.6. Resultados de la entrevista

La entrevista realizada al Gerente del Hospital, al Subdirector de Especialidades Clínicas, Director del Área de Calidad, a la Jefa del área de Nefrología, doctores y demás encargados del área determinan: El área de Hemodiálisis no cubre la demanda, es una área donde no se lleva los controles de calidad del Agua, Aire y Ambiente requiriendo aún más de un control estricto del mismo para así mejorar cada día la atención con calidad y calidez. Del mismo modo se requiere de la presencia de más personal capacitado y conocedor del área como tal para así cubrir turnos durante los fines de semana y se pueda ampliar los horarios y turnos de los procedimientos.

Esta es un área de capacidad reducida, inadecuada tanto para el personal como para los pacientes, el cual se torna en un ambiente de estrés por no permitir amplia movilidad para el personal. De tal manera que se están tomando ciertos puntos en cuenta para mejorar la atención dentro de la misma. Se tiene esta trabajando en la ampliación de lugares adecuados y con todos los instrumentos necesarios tanto para el personal como para los pacientes se sientan en un ambiente acogedor y adecuado para realizar su trabajo diario.

3.6.1. Plan Anual: Se están realizando más controles exhaustivos y capacitaciones para el personal del área.

Ejemplo:

- Capacitación para el recurso humano
- Control estricto en la calidad del agua, aire y ambiente.
- Construir una área mas adecuada para dicho procedimiento

El lugar no cubre de oferta demanda, la infraestructura no es la adecuada tanto para la seguridad de salud ocupacional, del paciente y la práctica profesional. El personal no tiene una guía o lista de procedimientos que oriente su actuación y que delimite sus responsabilidades en relación al manejo de los pacientes.

3.7. Análisis de resultados de las encuestas

A continuación se detallan los resultados de las encuesta a los Pacientes del área de Nefrología.

Tabla 1: Percepción sobre la aplicación de las normas básicas de cortesía por parte de equipo médico para con los pacientes al ingresar a la unidad de hemodiálisis.

RESPUESTAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Excelente	63	18%
Bueno	198	57%
Regular	52	15%
Malo	31	9%
No responde	4	1%
TOTAL	348	100%

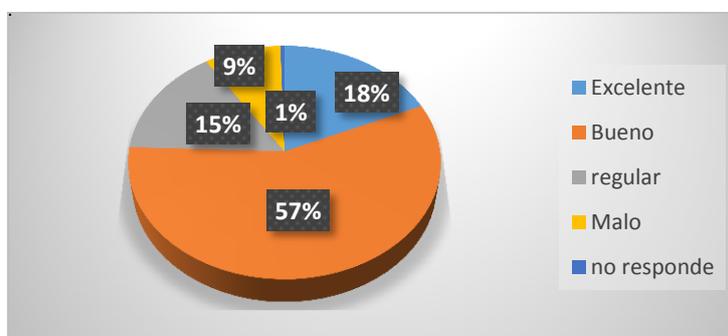


Figura 10: Análisis de normas básicas.

Análisis: el 75 % de los pacientes catalogan entre bueno y excelente las aplicación de las normas básicas de cortesía de parte del equipo medico. Con capacitaciones permanentes ha dicho equipo será fácil llegar al 100% en la aplicación de dichas normas.

Tabla 2 ¿Cómo calificaría el estado del equipo utilizado para la realización de las diálisis en los pacientes?

RESPUESTAS	NÚMERO	PORCENTAJE
Excelente	52	15%
Bueno	216	62%
Regular	45	13%
Malo	31	9%
No responde	4	1%
TOTAL	348	100%

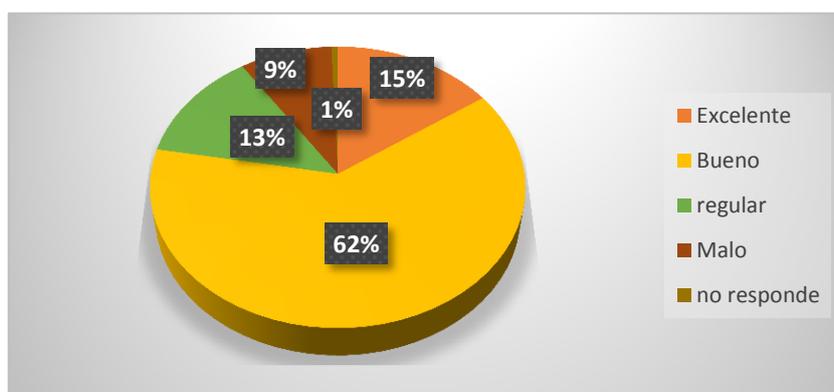


Figura 11: Calificación de los equipos de Hemodiálisis.

Análisis: En esta encuesta la mayor parte de los usuarios reportando el 62% como buena la logística y equipos utilizados para la diálisis. El área de hemodiálisis cuenta con tecnología de punta para el confort de los pacientes.

Tabla 3 ¿A cada paciente le realizaron exámenes generales previos al ingresar al programa de hemodiálisis?

RESPUESTAS	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	334	96%
NO	14	4%
TOTAL	348	100%

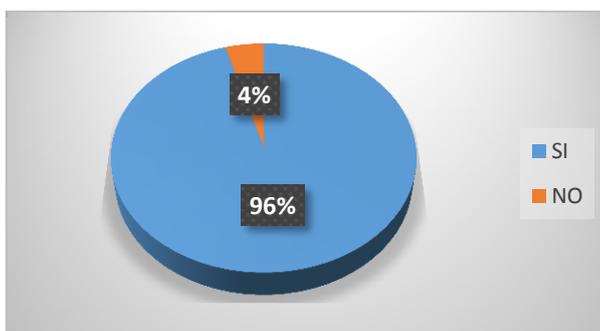


Figura 12: *Análisis de realización de exámenes previos.*

Análisis: Es obligación del equipo medico enviar a realizar exámenes de laboratorio antes de ingresar al proceso de hemodiálisis, en esta encuesta el 4 % de los encuestados indican que no se les realizo dichos exámenes, pero en la revisión del historial medico de los pacientes antes mencionados están presentes los resultados de exámenes de laboratorios previos a la realización de hemodiálisis.

Tabla 4 ¿Cómo califica la calidad de la atención médica en el área de hemodiálisis para con el paciente?

RESPUESTAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Excelente	42	12%
Bueno	207	60%
regular	63	18%
Malo	32	9%
No responde	4	1%
TOTAL	348	100%

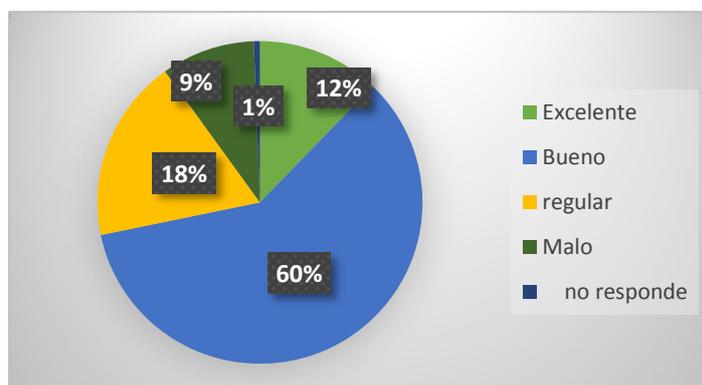


Figura 13: Resultados de la calidad de atención.

Análisis: Este estudio refleja que el personal médico está capacitado para entregar una atención con calidad y calidez reportando un 72% en las encuestas como bueno y excelente, es importante que con las capacitaciones que se les debe de dar al personal de salud mejore aún más la calidad en el área de hemodiálisis.

Tabla 5 ¿Cómo paciente antes de comenzar con el tratamiento de hemodiálisis, le explicaron en qué consistía el procedimiento?

RESPUESTAS	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	247	71%
NO	101	29%
TOTAL	348	100%

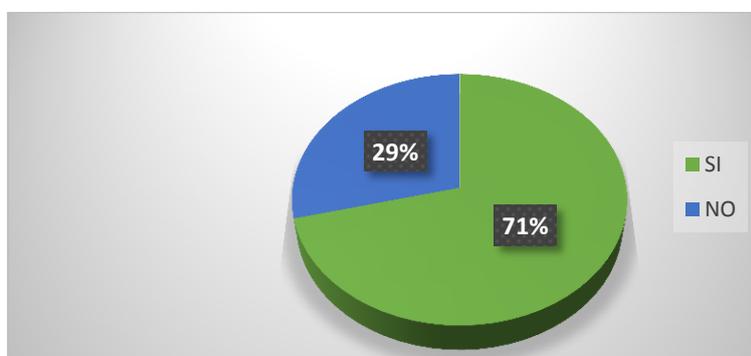


Figura 14: Aclaración de inquietudes previa a iniciar procedimiento.

Análisis: Esta investigación demuestra que aún falta comunicación en el área de hemodiálisis, pero existen casos en los cuales pacientes por su propio cuadro clínico no se les explica dicho procedimiento, siendo orientados sus familiares del procedimiento que se les va a realizar, por lo cual los resultados positivos en las encuestas arrojaron un 71%.

Tabla 6 ¿Quién se encarga del traslado del paciente con el tiempo de anticipación al área de hemodiálisis?

RESPUESTAS	NÚMERO	PORCENTAJE
camillero	271	78%
enfermera	77	22%
TOTAL	348	100%

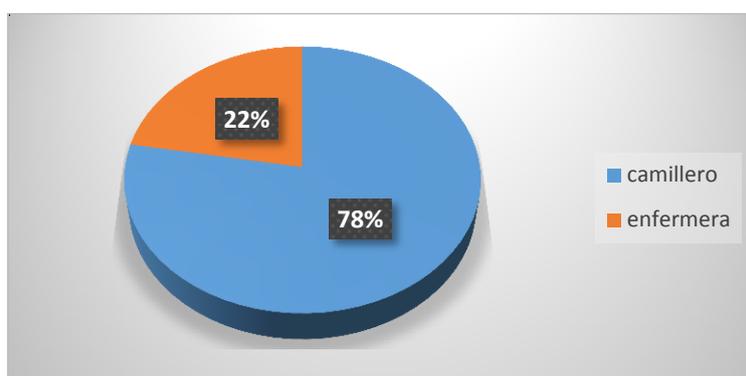


Figura 15: Con respecto al traslado del paciente.

Análisis: Este estudio arroja como resultado que en la expresa que por falta de personal o falta de comunicación, los auxiliares de enfermería tengan que trasladar al paciente reflejando aun el 22% de las encuestas. Se necesitara coordinar con el personal de supervisión para superar este tema.

Tabla 7 ¿Después del procedimiento en el área de hemodiálisis el paciente se queda un tiempo en recuperación?

RESPUESTAS	NÚMERO	PORCENTAJE
NO	24	7%
SI	324	93%
TOTAL	348	100%

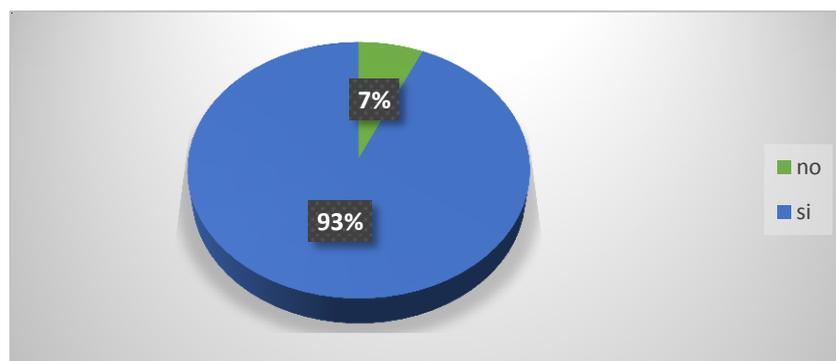


Figura 16: Resultados en relación a la recuperación del paciente.

Análisis: Todo paciente que presenta una anomalía en el procedimiento de la hemodiálisis se queda en el área de recuperación siendo valorado por un medico y una enfermera, en este caso no es la excepción. El 93 % de los Pacientes que no presentan novedad después de 15 minutos son trasladados hasta el área de hospitalización.

Tabla 8 ¿Siempre le realizan a los pacientes exámenes de sangre posterior al procedimiento?

RESPUESTAS	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	272	78%
NO	76	22%
TOTAL	348	100%

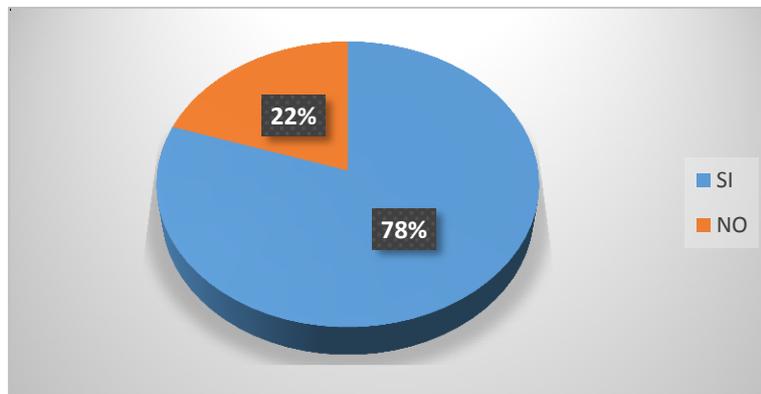


Figura 17: Control posterior a procedimientos.

Análisis: Este estudio refleja que al 78% de los pacientes se le realizan laboratorios postdiálisis, no se le realiza a los pacientes que tienen prescrito por el médico especialista la terapia de hemodiálisis diaria, a estos pacientes se les realiza cada dos días.

Tabla 9 ¿Cómo paciente recibe la atención adecuada del personal del área si le hace algún requerimiento?

RESPUESTAS	NUMERO	PORCENTAJE
NO	70	20%
SI	278	80%
TOTAL	348	100%

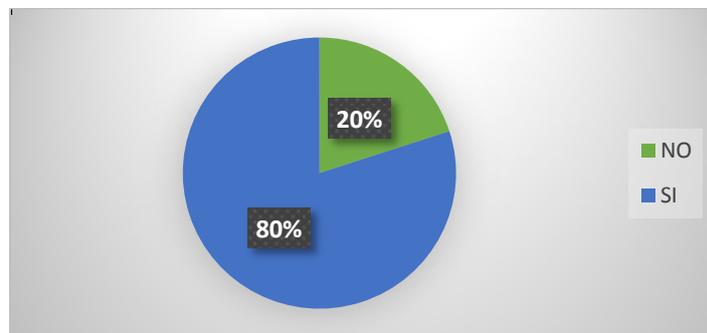


Figura 18: Atención de los requerimientos del personal del área.

Análisis: Este estudio demuestra que el 80% de equipo de trabajo se esmera por dar una atención adecuada, ciertos requerimientos de los pacientes se les escapa de las manos al personal. Con capacitaciones continuas mejorarán los resultados.

Tabla 10 ¿El Médico del servicio de hemodiálisis aclara a los pacientes si le fórmula alguna duda?

RESPUESTAS	NUMERO	PORCENTAJE
SI	323	93%
NO	25	7%
TOTAL	348	100%

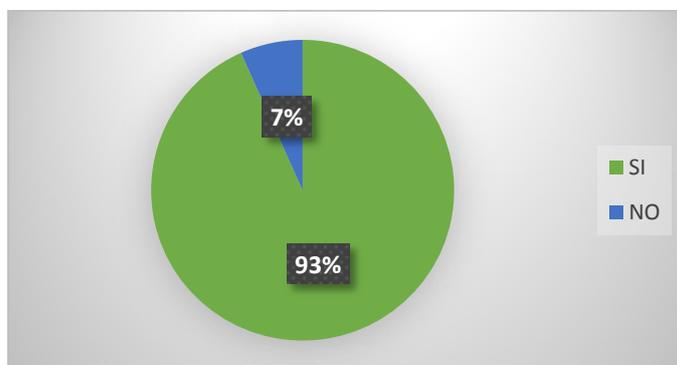


Figura 19: Resultados en cuanto aclaración de dudas por parte del paciente.

Análisis: El médico tiene la obligación de dar atención permanente a cada uno de los pacientes que se realizan hemodiálisis, y en este caso no es lo contrario, el 93% está de acuerdo con las aclaraciones que les realiza el médico de turno en el área de hemodiálisis.

Análisis Integral: los resultados de la encuesta de satisfacción dirigida a los pacientes como método de mejora de la calidad de los procesos, de acuerdo con la norma ISO 9001:2000. Se calculó un tamaño muestral de 3614 pacientes los cuales se tomaron en cuenta por criterios de inclusión y exclusión 348 pacientes a encuestar, asumiendo un porcentaje general de satisfacción del 80%. El ítem mejor valorado fue la satisfacción de los pacientes en la cual se les pregunta si se les hace exámenes generales previos al ingreso del

programa de hemodiálisis en lo cual un 96% de los mismos determinaron que si ya que este es un procedimiento obligatorio para este tipo de pacientes. El peor valorado es el que consulta si se le explico en que consistía el procedimiento de hemodiálisis antes de comenzar el tratamiento el mismo que arrojó como resultado el 29% de los pacientes no se les explico dicho procedimiento.

CAPÍTULO IV

4. PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MANUAL ESTANDARIZADO DE PROCESOS DE ATENCIÓN A PACIENTES HEMODIALIZADOS EN EL HOSPITAL ABEL GIBLERT PONTÓN

4.1. Planteamiento de la propuesta

Luego de la interpretación de los resultados se determinó que el grado de satisfacción de todas las personas durante el periodo objeto de estudio los atributos que determinan todas las personas encuestadas tanto pacientes como profesionales son "regular a malo".

El análisis de la satisfacción de los pacientes en hemodiálisis y de los médicos fue muy útil para diseñar una estrategia de mejora, sobre todo en aquellos aspectos que nos permiten medir el nivel de calidad del área estudiada.

4.2. Objetivos de la propuesta

4.2.1. Objetivo general

Mejorar el servicio de hemodiálisis para los pacientes y las condiciones de trabajo para el equipo médico del área de nefrología del hospital Dr. Abel Gilbert Pontón

4.2.2. Objetivos específicos

1. Mejorar el funcionamiento interno del área de Nefrología.
2. Estandarizar los procesos de hemodiálisis a pacientes.
3. Aumentar la satisfacción de los pacientes de manera permanente.

4.3. Estrategias y Acciones

La propuesta sugiere cambios mediante la incorporación de un enfoque al paciente, los esfuerzos de toda las personas involucradas estarán orientadas a la complacencia total del mismo, aspecto que favorecerá gradualmente los objetivos planteados; con la afiliación de un enfoque basado en procesos, se tendrá un control constante entre las diferentes actividades que se ejecutan, lo que facultará al estableciendo de una mejoría continua permanente. El estilo de dirección, permitirá una participación activa de toda el área de nefrología, así como la toma de decisiones basada en hechos y no de manera empírica. La relación con el paciente y una relación mutuamente beneficiosa con el personal médico aumentarán la calidad en la atención para crear estándares de calidad.

La implantación del sistema de evaluación de calidad propiciará un cambio positivo dentro de la organización, el incremento en la eficiencia y productividad operacional, además de lograr una imagen superior en el ámbito clínico y el aumento de la participación en la salud. Todo a través de un plan estratégico.

La planificación estratégica, entendida como el análisis y desarrollo de los retos e impactos, de las amenazas y oportunidades externas e internas a que se enfrenta el área de hemodiálisis. Toda esta estrategia urge de un control permanente, compartido por todos los involucrados de la organización y basado en valores éticos y de prevalencia de la calidad.

La calidad precisa de un marco teórico de Política de Calidad o principios generales que determinan la organización y sus objetivos, y el proceso a través del cual se puede valorar la calidad real, el Control de Calidad. En el ámbito sanitario, el logro de la calidad se puede desarrollar a través de las normas ISO 9001:2000 haciendo hincapié, además, la aplicación de principios de práctica clínica apropiada, fundamentada en la mejor evidencia disponible.

En conclusión:

1. Los pacientes deben recibir información apropiada y suficiente acerca de las diversas opciones terapéuticas para que de acuerdo a sus condiciones psicológicas, sociales y clínicas, puedan libremente intervenir en la elección terapéutica, lo que debería expresarse a través del consentimiento informado.
2. La mejora se debería realizar mediante una metodología de Planificación Estratégica, sujeta a un Control de Calidad y basada en principios de práctica clínica apropiada.

4.4. Metodología de Implementación de la Propuesta

Este plan se desarrolla utilizando estrategias didácticas, fomentando la parte reflexiva y participativa de los participantes.

4.5. Propósito

- Mejorar la calidad de la atención en salud y la utilización racional de recursos en el cuidado clínico de los pacientes del área de nefrología.
- Disminuir la variabilidad injustificada en el manejo diagnóstico y terapéutico del paciente.
- Ayudar a consolidar una cultura de formulación de políticas en salud y de práctica clínica racional, basada en evidencia, susceptible de ser auditada, evaluada y mejorada.
- Generar modelos de evaluación de resultados de investigación (investigación integrativa: guías de práctica clínica) que permitan de manera pragmática medir e interpretar indicadores de impacto sencillos, válidos y útiles, que sirvan como base de este estudio.

4.6. Formas de difusión de la propuesta

La propuesta será difundida mediante material didáctico, así también a través de trípticos y hojas volantes a todo el grupo de personas que ingresen en el área de nefrología.

4.7. Protocolo de atención médica a los pacientes

Se debe aplicar un proceso de atención a los pacientes que ingresan a recibir su tratamiento de hemodiálisis. A continuación se detallan los procesos a seguir por parte del equipo médico del área de nefrología.

4.7.1. Resumen Historia Clínica

1. El médico especialista realizará una exhaustiva anamnesis donde se familiarizara con los síntomas que indique el paciente.
2. También se valorará raza, edad, sexo, en el caso de ser mujer se valorará estado gestacional, lugar de residencia, hábitos.

4.7.2. Antecedentes personales y familiares

1. El paciente indicará que patologías presenta, tanto clínicas como quirúrgicas, en el caso de mujeres indicará su pasado ginecológico.
2. También indicará todos los pormenores de cada una de las patologías que han presentado sus familiares de primera generación.

4.7.3. Exploración física

1. El médico especialista valorará cada parte del cuerpo del paciente de una manera rápida pero minuciosa para confirmar su diagnóstico con los signos que descubre en dicho procedimiento, o para descartar patologías algunas. En este caso se enfocará con mayor interés en los signos de causa netamente renales.
2. Se llevará a cabo en este período la palpación, percusión, auscultación.

4.7.4. Enfermedad actual

El médico especialista valorará el comienzo y la evolución de la enfermedad, también se estadificará la Enfermedad Renal Crónica, el manejo adecuado de su dieta el cual es guiado por un nutricionista.

4.7.5. Serología y química sanguínea

Es de vital importancia tanto para cada uno de los pacientes como para el personal de salud que trabaja en dicha área que se tenga a mano los resultados de la serología viral para su protección, como ciertos exámenes sanguíneos y urinarios los cuales se los redactarán a continuación:

- **Anemia:** Biometría hemática, % Saturación de transferrina, Ferritina.
- **Nutrición:** Urea, Creatinina, albumina.
- **Adecuación de diálisis:** BUM pre, BUM post, Kt/V.
- **Electrolitos:** Sodio, potasio, cloro.
- **Metabolismo óseo:** Magnesio, fosforo, fosfatasa alcalina, perfil fosfocalcio, PTH, PSH.
- **Serología:** Antígeno de superficie B, virus de hepatitis C, VIH.
- **Urinario:** Proteinuria de 24 horas.
- **Otros:** T3, T4, Beta2microglobulina, PCR, Gasometría arterial.

4.7.6. Ingreso al área de hemodiálisis

El personal de Enfermería será quien mantenga constante comunicación con el paciente y facilite este proceso de acomodación. Lo recibirán en la sala de espera y lo acompañarán durante todo su tratamiento, indicándole sobre normas y procedimientos que se deberán

cumplir durante su sesión de hemodiálisis.

Al inicio se le pesará en una balanza, el paciente nunca lo hará solo, se hará una exhaustiva limpieza en área de catéter o de fistula arteriovenosa, habrá un control de su presión arterial por varias ocasiones, y al finalizar su tratamiento deberá firmar su hoja de control y de medicación especial si la ha recibido, según su programación. Con mucha confianza comunicara sus dudas y temores a enfermería quien coordinará el apoyo necesario según el caso lo requiera. En caso de existir alguna novedad en pleno procedimiento de hemodiálisis se llamara al nefrólogo o médico residente de turno.

4.7.7. Plan de Cuidados

4.7.7.1. Aspectos generales para el cuidado de la fístula

1. El paciente debe recordar que, del cuidado de su acceso vascular depende su vida.
2. Evitar golpes y rozaduras
3. No utilizar ropa apretada en el sitio de la fistula.
4. No utilizar objetos que presionen el brazo donde presenta la fistula, ya que puede llevar a que ésta deje de funcionar.
5. No realizar esfuerzos exagerados ni levante pesos con dicho brazo.
6. No permitir que se le tome presión arterial en el brazo de la fistula.
7. No permitir que se extraiga sangre del brazo de la fistula
8. No permitir que se administre medicación en el brazo de su fistula
9. Se debe comprobar a diario el funcionamiento de la fístula, palpase con los dedos el latido (sentirá una especie de corriente).
10. Evitar apoyarse sobre el brazo de la fístula cuando descansa o duerma.
11. Se debe Comunicar al personal cualquier cambio en el aspecto de su fistula

(inflamación, enrojecimiento, supuración, dolor, endurecimiento).

12. Se debe realizar ejercicios con la mano, con una pelota apretando y aflojando o puede hacerlo con una pesa para mantener el desarrollo de su fístula.
13. No presionar con mucha fuerza el sitio de punción.
14. Verificar que la cinta adhesiva no ejerza tanta presión
15. En casa verificar que no haya sangrado, retirar la gasa y cinta adhesiva (el paciente debe recibir información en la Unidad Renal).

4.7.7.2. Cuidados Propios del Paciente

1. El catéter se usa exclusivamente para la hemodiálisis.
2. Se deberá comunicar en el momento al personal de enfermería cualquier molestia (malestar en el área de catéter, apósito manchado de sangre, dolor)
3. Nunca maniobrar, mojar o mantener sin protección el catéter, ya que debe existir una buena higiene.
4. Se debe asegurar cuando termine la hemodiálisis, que el catéter quede completamente limpio y cubierto.
5. El catéter no debe ser manipulado por terceras personas.
6. El catéter no puede mojarse (cubrirlo cuando se asea)
7. No retirar el apósito.
8. En cada sesión de hemodiálisis el catéter deberá ser curado y se realizará el cambio del apósito.
9. Nunca permitir el tratamiento por el catéter para fuera de la sesión de hemodiálisis.

4.7.7.3. Análisis y síntesis de los datos

Analizar a diario la realización de hemodiálisis a todos los pacientes programados para cada turno, si no se dio analizar el motivo por que no se realizó. Si se cumplieron o no con cada uno de los pasos antes indicados. Realizar estadística mensual, semestral y anual de las hemodiálisis que se realizaron en el área.

4.7.7.4. Indicaciones generales

La higiene personal protege y mantiene la salud del paciente, por eso es necesario:

1. El paciente se debe asear por lo menos una vez al día antes de la hemodiálisis.
2. Mantener sus uñas cortas.
3. Asear frecuentemente su boca, con cepillo y crema dental.
4. Si el paciente es diabético, debe que tener mucho cuidado con sus pies.
5. Siempre lavar sus manos y el brazo del área donde presenta su fistula arteriovenosas con agua y jabón, en el caso de diálisis peritoneal debe seguir las instrucciones de la unidad renal.
6. Usar ropa apropiada (pijama) y zapatillas al ingresar al área de hemodiálisis.
7. El personal de enfermería le inducirá a que elija un lugar adecuado para realizarse el tratamiento de DP. Le otorgará todas las instrucciones necesarias de cómo realizar los intercambios a usted o a un familiar. Le capacitará para que conozca cómo mantener los instrumentos o equipos de DP limpios y en un lugar seco.
8. La enfermera ejecutara visitas domiciliarias, para apoyar y guiar en el tratamiento. Además se le comunicará sobre los requerimientos que recibirá habitualmente.

4.7.7.5. Requisitos que debe cumplir el paciente para acceder a los servicios de diálisis peritoneal

1. Un área adecuada para el recambio.
2. El paciente debe adecuar un espacio único en su casa y/o lugar de trabajo que disponga de un lavamanos, para realizar los recambios.
3. El paciente o un familiar debe tener la disposición para realizar el tratamiento, después de recibir el entrenamiento necesario.
4. Stock de bolsas y materiales suficientes para un mes de tratamiento con diferentes concentraciones

En el caso de la Diálisis Peritoneal Domiciliaria, el paciente deberá aplicar las siguientes normas de aseo y seguridad.

- a) Mantener la cicladora en buen funcionamiento.
- b) Baño diario con cuidado del catéter.
- c) Secarse con una toalla de uso exclusivo para el catéter.
- d) Al curar el catéter debe prestar atención a heridas, costras y sangrado.
- e) 4. El lavado de manos deberá realizarse según las instrucciones dadas en la Unidad de Diálisis, retirándose relojes, manillas, anillos, tomando todas las precauciones necesarias etc.
- f) Indicaciones generales que constan en el Manual de Diálisis Peritoneal.

4.7.7.6. Manejo y evaluación médica en diálisis

El personal médico de especialistas nefrólogos y personal altamente capacitado en diálisis estarán al frente del proceso dialítico y se encargarán de:

1. Avizorar el tratamiento a fin de garantizar el cumplimiento de los parámetros establecidos, con los más altos estándares nacionales e internacionales.

2. Prevenir y Tratar las posibles complicaciones que conlleva un procedimiento complejo e invasivo, garantizando un proceso seguro y confortable.
3. Consulta médica mensual y prescripción de medicamentos e insumos.

CONCLUSIONES

Existe evidencia de la falta de lineamientos que permitan un adecuado manejo del paciente dentro del área de hemodiálisis. Todo esto ha sido derivado de la ausencia de proyección institucional, destinado al desempeño de las funciones de una organización, por el cual se establece el decreto de actuación, así como los objetivos o metas, cuantificables o no (en términos de un resultado final), que se lograrán a través de la inclusión de un conjunto de esfuerzos y para lo cual se requiere combinar recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros.

Es claro que con los resultados del análisis se pudo crear un plan estratégico que permitirá viabilizar la evaluación de la calidad para obtener objetivos más específicos que los del plan y por lo tanto tiene mayor precisión de las acciones y de los recursos para su realización.

La calidad de los servicios también está relacionada con la infraestructura física y tecnológica que tenga el área de nefrología, de nada serviría contar con excelentes profesionales de la salud, si no existe el complemento físico y tecnológico que permita armonizar el trabajo, más aun si brindar la cobertura universal de salud está ordenada por los preceptos constitucionales.

RECOMENDACIONES

Al área de nefrología:

1. Mantener estadísticas actualizadas y un adecuado sistema de control de los casos de los pacientes que reciben tratamiento en las unidades de hemodiálisis de los hospitales del país. Existencia de un líder comprometido con el trabajo, participación de todo el equipo, continua preparación con capacitaciones frecuentes, y lo más importante trabajo en equipo.
2. Existen herramientas para identificar el problema como las tormentas de ideas o graficas de Pareto, así como también herramientas para analizar el problema como el histograma o grafica de control. Pasos importantes que toda empresa debe manejar para poder trabajar en completa calidad.

Al Hospital:

1. Mejorar el sistema de archivo para facilitar la obtención de datos en posteriores investigaciones.
2. Facilitar y promover la investigación analítica en sus áreas.

A los médicos involucrados con la atención:

1. Identificar oportunamente la presencia de factores que puedan poner en riesgo la calidad del servicio ofertado
2. Realizar con prontitud las pruebas diagnósticas pertinentes para la detección de complicaciones en los pacientes
3. Brindar un adecuado manejo a las pacientes dializados, podrá reducir el riesgo, al que están expuestos.

4. Las situaciones que predisponen al incumplimiento de los protocolos clínicos deben de ser estudiados adecuadamente.
5. Utilización estricta de las Guía Prácticas de Nefrología para así mantener una atención eficaz y eficiente con los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- (s.f.). <http://www.oxforddictionaries.com/>.
- <http://www.harmonywithnatureun.org/content/documents/160Ecuador%20Constitucion.pdf>
- LEY ORGÁNICA DE SALUD*. (2006). Obtenido de <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf>
- (2014). *MANUAL DE IMAGEN INSTITUCIONAL*. Quito-Ecuador: MSP.
- al, F. e. (2014). Guía clínica de la sociedad española de Nefrología.
- al., F. e. (2014). Guía clínica de la sociedad española de Nefrología.
- Alcario, A. (2010). Factores Psicosociales que afectan la calidad de vida en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento con Dialisis. *Revista Sociedad Española Enfermería y Nefrología*, 155-160.
- Álvarez et al. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199.
- Angoso, M. A.-U. (2006). "Gestión de calidad en hemodiálisis". En Guías de Centros de Hemodiálisis. *Nefrología*, 26 (supl. 8): 73-87.
- Arenas, M. A. (2014). GESTIÓN DE CALIDAD EN HEMODIÁLISIS. *GUIAS CLINICAS SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGIA.*, 115- 135.
- Ashwini, R. S. (2003). Impact of Quality Improvement Efforts on race and sex disparities in hemodialysis. . *JAMA* , 289: 996-1000.
- Atkinson, S. H. (2005). Individual and district scale determinants of user's satisfaction with primary health care in developing countries. *Social Science and Medicine*, 501, 513.
- Bernalte, B. A. (2007). *Introducción a la Antropología de la Salud, la enfermedad y los sistemas de cuidados*. Ciencias de la Salud, Libros en Red.
- Bero, L. G. (1998). Getting research finding into practice: closing the gap between research and practice: an overview of sistematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* , 317: 465-468.
- Callahan, M. (2000). *Taking a closer look at dialysis and depression*. Mexico: Nefrología.
- Castro, E. (2010). Panorama Epidemiológico de la Insuficiencia Renal Crónica en México.
- Chaundhry, B. W. (2006). Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency and Cost of Medical Care. *Ann Intern Med*, 144(10):742-52.
- Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutierrez, Fajardo. (2006). CALIDAD DE VIDA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 487-500.
- Crosby, P. (2007). Hablemos de Calidad. *McGraw Hill Interamericana S.A.*

- Cusumano et al. (2008). Latin-American Dialysis and Kidney Transplantation Registry: data on the treatment of end-stage renal disease in Latin America. *G Ital Nefrol*, 25(5), 547-553.
- Donabedian, A. (1990). *La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad*. Mexico: 32, 113-117.
- Estenoz, O. G. (2011). Control y gestión de calidad en hemodiálisis.
- Evans J., L. W. (2001). *Administración y Control de Calidad*. Mexico: International Thomson.
- Feigenbaum A., V. (1986). Control Total de Calidad. Mexico: McGraw Hill.
- Feigenbaum A., V. (2005). Control Total de la Calidad. *CECSA Mexico*.
- Fernández, S. M. (2014). Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. *Servicio Nacional de Nefrología*.
- Flores, J. A. (2011). Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y Complicaciones. . *Rev Med Chile*, 137: 137-77. .
- Foundation, N. K. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. 39:1-266.
- García, A. R. (2013). Insuficiencia renal crónica en cirrosis hepática. *Nefrología Sup Ext, Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, 4(3):11-5.
- Grol, R. (2001). Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit and patient satisfaction. . *JAMA*, 283:2578-2585.
- Gutierrez, H. (2010). Calidad Total Y Productividad. *McGraw Hill*.
- Gutiérrez, P. H. (2010). *Calidad Total y Productividad* - . España: ISBN.
- Harrison. (2010). *Aparato digestivo*. Lira 44 Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Hernández, Z. (1998). *La calidad de la educación médica en México*. Mexico: Editores Plaza y Valdéz.
- James. (1997). *Gestión de Calidad Total*. España: Prentice Hall.
- James. (2008). Administración y Control de la Calidad. Mexico.
- James. (2011). Gestión de la Calidad Total.
- Juran, F. G. (1990). Evaluación Estratégica de la Calidad de los servicios Sanitarios. En *Manual Del Control de la Calidad* (págs. 347, 364). New York: Barcelona Reverte.
- Kalindy. (2011). “Construyamos Salud”. Sistematización de la Experiencia “Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud y Calidad de Vida en Poblaciones Rurales de las Provincias de Pichincha y Esmeraldas”. *Corporación Utopía*, Quito.
- Kersner, P. (2010). Aspectos Psicosociales del paciente en Hemodiálisis. . *Rev. Soc Esp. Enferm. Nefrol.*, Vol. 7, No. 1.

- Kiefe, C. A. (2001). Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback: a randomized controlled trial. . *JAMA*, 285:2871-2879.
- Lamb, W. C. (1998). *Marketing Internacional*. Thomson Editores.
- Locatelli, F. A. (2004). Revised European best practice guidelines for the management of anaemia in patients with chronic renal failure. *Nephrol Dial Transplant*, 19 Suppl 2:ii1-47.
- Longenecker, G. (2010). *Administración de Pequeñas Empresas, un Enfoque emprendedor Internacional*. Thomson Editores.
- Lopez, F. A. (2007). *La Salud Cardiovascular*. Madrid: Fundación BBVA.
- López, R. K. (2014). Aplicación de la gestión por procesos en nefrología. Gestión del proceso hemodiálisis. . *SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGIA GUIAS CLINICAS*, 22: 329-39.
- MAIS. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud*. Obtenido de Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública:
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- Moreno, M. (2001). *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones*. España: Ed. Pearson, España.
- Oakland, J. (2001). *Administración por la Calidad Total*. Mexico: CECOSA.
- Opere, M. (1995). *Calidad Total*. En *Instituto Superior de Estudios Empresariales*. Mexico.
- Piera C., B.-G. F. (2003). Resultados del Estudio Internacional de Hemodiálisis DOPPS en Europa y España. *Nefrología*, 23: 437-443.
- Rodríguez, G. D. (2013). Satisfacción percibida por los pacientes en el servicio de hemodiálisis del hospital general de La Palma. *Scielo*, vol.16 no.2.
- Schonberger, M. a. (2013). *A Revolution That Will Transform How We Live, Work and Think*. London: Big Data.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la Salud. *Scielo, Cienc Enferme.*, 9-21.
- Shewhart, W. (1982). *Statistical and quality control*. *Business week*.
- Soriano, C. S. (2013). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología* , 24(Supl. 6).
- Summers, C. (1998). *Quality* Prentice Hall. *Columbus Ohio*.
- Torres, B. R. (2012). Interconsultas y enlace en psiquiatría. . *Boletín de la escuela de medicina, Universidad Católica de Chile.*, Vol. 24, 2. .

- Urzua, A. (2011). Factores Psicosociales Relacionados con la Calidad de Vida en Salud en pacientes hemodializados.
- Vacca, M. (2014). GUIAS COLOMBIANAS DE ELECTROFISIOLOGÍA NO INVASIVA. *Revista Colombiana de Cardiología*, Vol 1.
- Velarde, A. (2002). Evaluacion de la calidad de Vida. In *Trastornos y Enfermedades Crónicas* (pp. 349, 361). Mexico.

APENDICE: Tríptico.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSTGRADO
GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TÍTULO DE TRABAJO DE INVESTIGACION
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL AREA DE HEMODIALISIS DEL
SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT
PONTON DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**



**PREVIA OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE
MASTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTOR
Md. LEANDRO PIO VALERO PEÑAFIEL
TUTOR
CPA: LAURA VERA**

GUAYAQUIL 2015

5. Indicaciones generales

La higiene personal protege y mantiene la salud del paciente, por eso es necesario:

1. El paciente se debe asear por lo menos una vez al día antes de la hemodialis.
2. Mantener sus uñas cortas.
3. Asear frecuentemente su boca, con cepillo y crema dental.
4. Si el paciente es diabético, debe tener mucho cuidado con sus pies.
5. Siempre lavar sus manos y el brazo del área donde presenta su fistula arteriovenosa con agua y jabón, en el caso de diálisis peritoneal, debe seguir las instrucciones de la unidad renal.
6. Usar ropa apropiada (pajama) y zapatillas al ingresar al área de hemodialis.

6. Diálisis peritoneal

El personal de enfermería le asesorará para que elija un lugar adecuado para realizar el tratamiento de DP. Le dará todas las instrucciones necesarias de cómo realizar los intercambios a usted o a un familiar.

1. El personal de enfermería le asesorará para que elija un lugar adecuado para realizar el tratamiento de DP. Le dará todas las instrucciones necesarias de cómo realizar los intercambios a usted o a un familiar.
2. El paciente o un familiar debe tener la capacidad para realizar el tratamiento, después de recibir el entrenamiento necesario.
3. Stock de bolsas y materiales suficientes para un mes de tratamiento con diferentes concentraciones
4. En el caso de la DPA: la cicladora cuidados en la DP
5. Baño diario con cuidado del catéter.
6. Secarse con una toalla de uso exclusivo para el catéter.
7. Al curar el catéter debe prestar atención a heridas, costras y sangrado.
8. El lavado de manos deberá realizarse según las instrucciones dadas en la Unidad de Diálisis, retirándose rebojes, manillas, anillos, etc.
9. Indicaciones generales que constan en el Manual de Diálisis Peritoneal.

6.1 El paciente necesita de estos requisitos para realizarse su Diálisis Peritoneal:

- a. Un espacio adecuado para el recambio
1. El paciente debe acondicionar un espacio único adecuado en su casa y/o lugar de trabajo que disponga de un lavamanos, para realizar los recambios.
2. El paciente o un familiar debe tener la capacidad para realizar el tratamiento, después de recibir el entrenamiento necesario.
3. Stock de bolsas y materiales suficientes para un mes de tratamiento con diferentes concentraciones
4. En el caso de la DPA: la cicladora cuidados en la DP
5. Baño diario con cuidado del catéter.
6. Secarse con una toalla de uso exclusivo para el catéter.
7. Al curar el catéter debe prestar atención a heridas, costras y sangrado.
8. El lavado de manos deberá realizarse según las instrucciones dadas en la Unidad de Diálisis, retirándose rebojes, manillas, anillos, etc.
9. Indicaciones generales que constan en el Manual de Diálisis Peritoneal.

4. Análisis y síntesis de los datos

Analizar a diario la realización de hemodialis a todos los pacientes programados para cada turno, si no se dio analizar el motivo por que no se realizó. Si se cumplieron o no con cada uno de los pasos antes indicados. Realizar estadística mensual, semestral y anual de las hemodialis que se realizaron en el área.

3.2 El paciente debe cuidar de esta manera el catéter:

10. Se debe Comunicar al personal cualquier cambio en el aspecto de su fistula (inflamación, enrojecimiento, supuración, dolor, endurecimiento)
11. Se debe realizar ejercicios con la mano, con una pelota apretada y aligando o puede hacerlo con una pesa para mantener el desarrollo de su fistula.
12. No presionar con mucha fuerza el sitio de punción.
13. Verificar que la cinta adhesiva no ejerza tanta presión
14. En casa verificar que no haya sangrado, retirar la gasa y cinta adhesiva (el paciente debe recibir información en la Unidad Renal).

3.1 El paciente debe cuidar de esta manera el catéter:

1. El catéter se usa exclusivamente para la hemodialis.
2. Se deberá Comunicar en el momento al personal de enfermería cualquier molestia (malestar en el área de catéter, apósito manchado de sangre, dolor)
3. Nunca manipular, mojar o mantener sin protección el catéter, ya que debe existir una buena higiene.
4. Se debe asegurar cuando termine la hemodialis, que el catéter quede completamente limpio y cubierto.
5. El catéter no debe ser manipulado por terceros
6. El catéter no puede mojarse (cubrirlo cuando se asear)
7. No retirar el apósito.
8. En cada sesión de hemodialis el catéter deberá ser curado y se realizará el cambio del apósito.
9. Nunca permitir el tratamiento por el catéter para fuera de la sesión de hemodialis.

1. Protocolo de atención médica a los pacientes

Se debe aplicar un proceso de atención a los pacientes que ingresan a recibir su tratamiento de hemodialis.

A continuación se detallan los procesos a seguir por parte del equipo médico del área de nefrología.

1.1. Resumen Historia Clínica

El médico especialista realizará una exhaustiva anamnesis donde se familiarizará con los síntomas que indique el paciente.

También se valorará raza, edad, sexo, en el caso de ser mujer se valorará estado gestacional, lugar de residencia, hábitos.

1.2. Antecedentes personales y familiares

El paciente indicará que patologías presenta, tanto clínicas como quirúrgicas, en el caso de mujeres indicará su pasado ginecológico.

También indicará todos los pormenores de cada una de las patologías que han presentado sus familiares de primera generación.

1.3. Exploración física

El médico especialista valorará cada parte del cuerpo del paciente de una manera rápida pero minuciosa para confirmar su diagnóstico con los signos que describe en dicho procedimiento, o para descartar patologías algunas. En este caso se enfocará con mayor interés en los signos de causa metabólicamente renales.

Se llevará a cabo en este período la palpación, percusión, auscultación.

1.4. Enfermedad actual

El médico especialista valorará el comienzo y la evolución de la enfermedad, también se estandarizará la Enfermedad Renal Crónica, el manejo adecuado de su dieta el cual es guiado por un nutricionista.

1.5. Serología y química sanguínea

Es de vital importancia tanto para cada uno de los pacientes como para el personal de salud que trabaja en dicha área que se tenga a mano los resultados de la serología viral para su protección, como ciertos exámenes sanguíneos y urinarios los cuales se los redactarán a continuación:

Anemia:

Biometría hemática, % Saturación de transferrina, Ferritina.

Nutrición:

Urea, Creatinina, albumina.

Adecuación de diálisis:

BUM pre, BUM post, KtV.

Electrolitos:

Sodio, potasio, cloro.

Metabolismo óseo:

Magnesio, fósforo, fosfatasa alcalina, perfil fosfocálcico, PTH, PSH.

Serología:

Antígeno de superficie B, virus de hepatitis C, YIH.

Urinario:

Proteinuria de 24 horas.

Otros:

T3, T4, Beta2microglobulina, PCR, Gasometría arterial.

2. Ingreso al área de hemodialis

El personal de Enfermería será quien esté en constante comunicación con el paciente y facilite este proceso de adaptación. Lo recibirán en la sala y le acompañarán durante todo su tratamiento, informándole sobre normas y procedimientos que se deberán cumplir durante su sesión de hemodialis. Al inicio se le pesará en una balanza, el paciente nunca lo hará solo, se hará una exhaustiva limpieza en área de cañeter o de fistula arteriovenosa, habrá un control de su presión arterial por varias ocasiones, y al finalizar su tratamiento deberá firmar su hoja de control y de medicación especial si la ha recibido, según su programación. Con mucha confianza comunicará sus dudas y temores a enfermería quien coordinará el apoyo necesario según el caso lo requiera. En caso de existir alguna novedad en pleno procedimiento de hemodialis se llamará al nefrólogo o médico residente de turno.

3. Aplicar un plan de cuidados

3.1. Aspectos generales para el cuidado de la fistula

El paciente debe recordar que, del cuidado de su acceso vascular depende su vida.

1. Evitar golpes y rozaduras
2. No utilizar ropa apretada en el sitio de la fistula.
3. No utilizar objetos que compriman el brazo donde presenta la fistula, ya que puede llevar a que ésta deje de funcionar.
4. No realizar esfuerzos exagerados ni levantar pesos con dicho brazo.
5. No permitir que se le tome presión arterial en el brazo de la fistula.
6. No permitir que se extraiga sangre del brazo de la fistula
7. No permitir que se administre medicación en el brazo de su fistula
8. Se debe comprobar a diario el funcionamiento de la fistula, palpase con los dedos el latido (sentirá una especie de corriente).
9. Evitar apoyarse sobre el brazo de la fistula cuando descansa o duerma.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Valero Peñafiel, Leandro Pio con C.C: # 1205714205 autor del proyecto de titulación: **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL AREA DE HEMODIÁLISIS DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE MANUAL DE ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS.** Previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 11 días del mes de marzo del 2016

f.

Nombre: Valero Peñafiel, Leandro Pio
C.C: 1205714205

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL AREA DE HEMODIÁLISIS DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL:	
PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE MANUAL DE ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Valero Peñafiel, Leandro Pio	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Vera Salas, Laura Guadalupe, Mgs Ing. Elsie Zerda Barreno MAE Eco. Glenda Gutiérrez Candela, Mgs	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado	
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud	
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	No. DE PÁGINAS:	98
ÁREAS TEMÁTICAS:	PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE MANUAL DE CALIDAD.	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	HEMODIÁLISIS, CALIDAD, GESTIÓN, PROTOCOLOS, INDICADORES, NORMAS.	
<p>El presente trabajo de investigación, aborda la necesidad de evaluar los aspectos relacionados con el funcionamiento interno y manejo de la unidad de Hemodiálisis del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil. Se realizó un estudio de campo y descriptivo, mediante el cual se logró detectar la obligación de instaurar un sistema de valoración de la calidad presentado como propuesta. Se implantan las sugerencias necesarias así como la cesación del trabajo de investigación.</p> <p>La investigación expone una visión general sobre la serie de estas normas. Se explica también el formato de uso e implementación de las normas, principal referencia para la fabricación de la enmienda final que engloba la creación de un sistema de evaluación de la calidad. A medida que progresa el trabajo de investigación, se exhiben las bases documentales donde se revisa temas fundamentales, en la que se exponen el historial, la aplicación de códigos éticos y formulismos clínicos, que aseguran una buena atención. El tema abarca una visión general sobre la sucesión de estas directrices, manifestando las que prevalecen, sus beneficios y ventajas como es, lineamientos en el manejo de los pacientes, la supresión de errores y un perfeccionamiento en la calidad de servicio que induce una considerable mejoría tanto para el hospital como para los usuarios.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	0939895927	E-mail:dr.leandrovalerop@hotmail.com valeroyasociados@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen	
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854	
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec	



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	