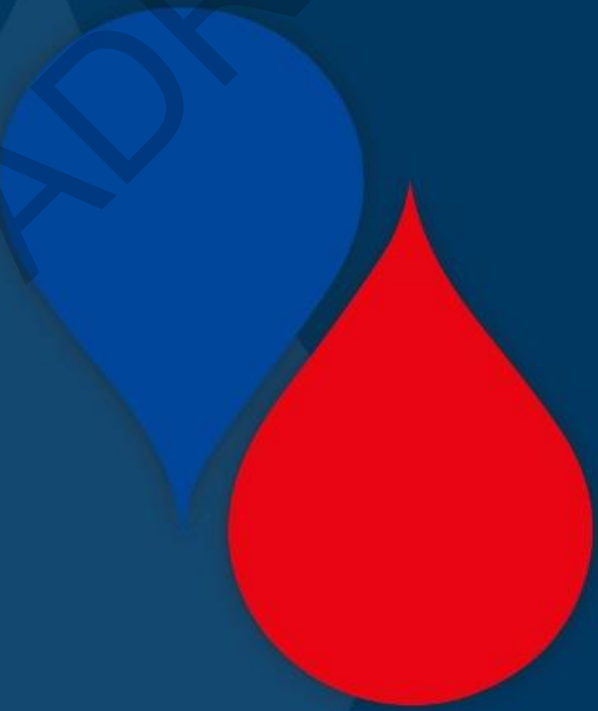
GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE DIÁLISIS

Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina

Edición Especial

Décimo Quinto Aniversario

CADRA



GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE DIÁLISIS

1

Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina

Edición especial

Décimo quinto aniversario

CADRA

PERÍODOS PRESIDENCIALES INSTITUCIONALES

JOSÉ LERCARI (†)

1997 – 2001

HUGO LEDESMA

2001 - 2008

GUILLERMO MÁRQUEZ

2008 - 2010

DARÍO ZAPATA

2010 – 2013

CLAUDIO ALONSO

2013 - Actualidad

CADRA

DIRECCIÓN DE CALIDAD

Director:

Santos Depine

Integrantes:

Elba Hernández

Estela Díaz Williams

Gustavo Villalba

Nora Grinberg

Sergio Bartolomei

Secretaría:

Natalia Roth

CADRA

AUTORES

Capítulo 1
Arquitectura en Hemodiálisis

Estela Díaz Williams

Arquitecta UBA, especializada en Arquitectura para la Salud.
Magister en Integración de Personas con Discapacidad, Universidad de Salamanca, España.
Postgrado en Gerontología, Escuela Salud Pública, Facultad Medicina, UBA.
Miembro integrante de la Dirección de Calidad de C.A.D.R.A.
Integrante del Consejo Asesor de la Ley Escuelas Seguras Gobierno de la Ciudad.
Autónoma de Buenos Aires en representación de los Colegios Privados de Educación.
Especial de la Ciudad de Buenos Aires.
Ex Arquitecta de la Sub-Gerencia de Recursos Físicos del Instituto de Nacional de Servicios Sociales de Jubilados y Pensionados.
Evaluadora del Premio Gestión de Calidad en los Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Ejercicio independiente de la profesión como consultora, proyectista y directora de obra para edificios destinados a salud y discapacidad.

Capítulo 2
Registros en Hemodiálisis

Sergio M. Marinovich

Médico. Especialista en Nefrología y Medio Interno.
Presidente del Comité de Estadísticas y Registros de la Sociedad Argentina de Nefrología.
Coordinador del Registro Argentino de Diálisis Crónica Sociedad Argentina de Nefrología. – Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (SAN-INCUCAI).
Delegado por Argentina del Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH).
Director Médico del Instituto Integral de Nefrología, San Lorenzo, Provincia de Santa Fe.

Capítulo 3
Accidentes Laborales

Elba Hernández

Médica especialista en Nefrología (Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe).
Médica especialista en Auditoria Médica (Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe).
Auditora de la Asociación de Prestadores de Diálisis y Trasplantes de la Provincia de Santa Fe.
Miembro integrante de la Dirección de Calidad de C.A.D.R.A.

CADRA

Capítulo 4
Eventos Adversos

Eduardo Ducasse

Médico Nefrólogo. Egresado Facultad de Medicina .Universidad de Buenos Aires.
Magister en Calidad.
Post-grado en Economía de la Salud con grado de Especialista.
Post-grado en Sistema de Salud y Seguridad Social.
Investigador principal en estudio ECODIAR sobre Economía de la Salud en Diálisis.
Investigador asociado Estudio Multicéntrico CeCodiar "Cuidar el corazón y la función renal residual en nuevos pacientes en diálisis en argentina". 2009 - 2012.
Director Médico del Centro de Enfermedades Renales. Resistencia. Chaco. 1ª Institución de Diálisis en Argentina en Certificar Normas ISO 9000.
Coordinador de la Calidad en Diálisis de la Sociedad Argentina de Nefrología. 2006-2011.
Premio de la Organización Panamericana de la Salud en el marco del Congreso de Calidad de la The International Society for Quality in Health Care (ISQua). Buenos Aires. 2001.
Diploma de Honor de la Sociedad Argentina de Nefrología en reconocimiento a la Certificación con Normas ISO 9000 del Centro de Enfermedades Renales.

Soraya Barreto Ocampo

Lic. en Enfermería. Supervisora del Servicio de Diálisis Peritoneal del Centro de Enfermedades Renales. Resistencia, Provincia de Chaco.
Responsable del Departamento de Docencia e Investigación del Centro de Enfermedades Renales.
Profesor Titular Carrera Profesionalización Auxiliares de Enfermería Universidad Nacional de Entre Ríos.
Investigador asociado Estudio Multicéntrico CeCodiar "Cuidar el corazón y la función renal residual en nuevos pacientes en diálisis en argentina". 2009 - 2012.
Diplomado en Diálisis Peritoneal del "Instituto de Investigaciones Medicas Lanari".
Miembro integrante de la Sociedad Argentina de Enfermeros en Nefrología.
Miembro Integrante del Consejo de Enfermería de la Asociación Nefrológica de Buenos Aires (ANBA).
Miembro Integrante Comité Científico Sociedad Latinoamericana Enfermeros en Nefrología (SLAEN). 2009-2011.

María Ruiz Díaz

Lic. en Enfermería.
Enfermera de Hemodiálisis del Centro de Enfermedades Renales.
Responsable del Programa de Alertas en Hemodiálisis para la Seguridad del Paciente.

CADRA

Cinthia Aponte

Lic. en Enfermería.
Enfermera de Hemodiálisis del Centro de Enfermedades Renales. Resistencia, Provincia de Chaco.
Responsable del Programa de Eventos Adversos en diálisis.
Integrante del Departamento de Docencia e Investigación del Centro de Enfermedades Renales.

Capítulo 5
Reúso en Hemodiálisis

Ana María Cusumano

Médica Nefróloga.
Dra. en Medicina.
Profesora Titular Medicina Interna Instituto Universitario del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC).
Decana de la Escuela de Medicina del Instituto Universitario CEMIC.
Ex directora de los Consejos de Hemodiálisis y de Nutrición de la ANBA.
Ex organizadora y directora del Curso Avanzado de Hemodiálisis de la ANBA.
Ex Coordinadora del Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal de la SLANH.

Capítulo 6
INCUCAI. Situación actual y Marco legal en Diálisis, Lista de espera y Trasplante Renal en la Argentina

Víctor Fernández

Médico especialista en Nefrología, recertificación otorgada por la Academia Nacional de Medicina.
Miembro titular de la Sociedad Argentina de Nefrología.
Ex Ayudante diplomado de la Cátedra de Farmacología. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de La Plata. Cargo ganado por Concurso.
Ex integrante de la Comisión de Medicamentos de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA).
Coautor de Vademécum de Internación, Formulario Terapéutico y su Referencia. Terapéutica (COMRA) con el auspicio de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS-OMS).
Ex Jefe del Servicio de Nefrología y Diálisis del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Presidente Perón de Avellaneda.
Ex integrante de la Comisión Asesora Provincial en Insuficiencia Renal Crónica Terminal del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

CADRA

Ex Director Asociado del Curso Superior de Médico Nefrólogo Universitario. Universidad de Buenos Aires.
Ex Director del Curso para Auxiliares y Técnicos en Diálisis. Organizado por la Escuela de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
Subrogante de la Dirección Científico Técnica del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).
Ex integrante de la Comisión Asesora para la elaboración de las Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Diálisis y las Grillas de Habilitación Categorizante del Ministerio de Salud de la Nación, incorporadas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
Integrante del Comité de Docencia e Investigación del INCUCAI.
Integrante del Registro Argentino de Diálisis Crónica Sociedad Argentina de Nefrología-INCUCAI.

Liliana Bisigniano

Médica Pediatra. 1992 – Título otorgado por la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud de la Nación.
Médica Nefróloga Pediatra. 1996- Título otorgado por la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud de la Nación.
Directora de la Dirección Científico Técnica del INCUCAI 2007 a la fecha.
Miembro de la Sociedad Argentina de Trasplante desde 2005.
Miembro de Sociedad Argentina de Trasplante desde 1999.
Miembro de la International Society for Peritoneal Dialysis desde 1996.
Miembro de la International Pediatric Nephrology Association. desde 1995.
Ex-Subrogante de la Dirección Científico Técnica del INCUCAI.
Miembro de la Sociedad Argentina de Pediatría desde 1991.
Ex-Miembro del Programa de Trasplante Renal del Hospital Nacional de Pediatría ¨Prof. Dr. J.P. Garrahan¨.
Fellow en Nefrología Pediátrica del Hospital Nacional de Pediatría ¨Prof. Dr. J.P. Garrahan¨- 1992-1996.
Residencia Completa en Clínica Pediátrica en el Hospital Nacional de Pediatría ¨Prof. Dr. Juan P. Garrahan¨. 1989-1991.

Carlos Alberto Soratti

Médico. Especialista en Terapia Intensiva.
Presidente. Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) 2009 – a la fecha.
Secretario de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación. 2006 - 2009.
Secretario de Políticas, Regulación e Institutos.
Miembro de la Comisión Intergubernamental de Donación y Trasplante (CIDT).
Vicepresidente de Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. 2005 a la fecha.

CAMARA

Director del Curso de Posgrado: Gestión en el Proceso de Procuración y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células. Universidad Isalud (2011) Universidad de Buenos Aires (2010 a la fecha).
Director Asociado de la Carrera de Especialista en Trasplante Renal para Nefrólogos.
Docente Libre de la Facultad de Medicina.
Representante "ad honorem" ante los Comités Académicos y Núcleos Disciplinarios de la Asociación de Universidades Grupo Montevideo.
Miembro del Consejo Ejecutivo en el "Curso Superior de Perfeccionamiento en Trasplantología" Universidad Católica Argentina. 2004 - 2012.
Coordinador Docente en Postgrado Curso Superior Universitario de Perfeccionamiento en Trasplantología Universidad Católica Argentina. 2004- a la fecha.
Director Curso Familia y Donación – Convenio INCUCAI – Organización Nacional de Trasplantes (ONT). 2004 – 2005.
Docente Investigador Categorizado. Universidad Nacional de Lanús. 1999
Profesor Titular de Salud Pública, por Concurso. Universidad Nacional de Lanús (UNLa) 2004.
Profesor Titular de Farmacología en el Departamento de Salud Comunitaria. UNLa (1999 a la fecha).
Docente de Salud Pública y de Organización y Gestión de Servicios de Salud en Licenciatura y Ciclo Complementario Curricular de Enfermería, Departamento de Salud Comunitaria. UNLa.1999 – 2001.
Miembro de The Transplantation Society (TTS).
Miembro de la International Society for Organ Donation and Procurement. (ISODP).
President. Organ Donation Congress – 11th Congress of the ISODP. 2011.
Socio Fundador y Primer Presidente de la Asociación Argentina de Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante (AAPROTT).
Miembro de la Sociedad Argentina de Trasplantes. SAT.
Premio Fundación ISALUD a la trayectoria. 2011.

CADRA

Capítulo 7
Prevención de Infecciones en Hemodiálisis
Monitoreo Infectológico de acceso vascular
Competencias prácticas e indicadores

Nora Grinberg

Médica. Especialista en Medicina Interna. Especialista en Enfermedades Infecciosas y Medicina Preventiva.
Certificación de Título de Médico Infectólogo por el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos de la Academia Nacional de Medicina.
Docente Adscripta UBA. Carrera Docente.
Médica Infectóloga de la Dirección de Calidad de C.A.D.R.A.
Ex jefa de Trabajos Prácticos Cátedra de Infectología del Hospital Juan A. Fernandez. UBA.
Ex Subdirectora del Curso Superior de Especialista en Infectología. Hospital Juan A. Fernández. UBA.

Miembro Integrante de la Red Infectología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).
Miembro del Comité de Control de Infecciones del Hospital de Quemados de la CABA.
Miembro de la Asociación Médica Argentina.
Miembro de la Sociedad Argentina de Bacteriología.
Médica Infectóloga del Hospital de Quemados de la CABA.
Médica Infectóloga de Eurosistemas (atención paciente HIV/SIDA).CABA.
Ex - Médica de Planta del Servicio de Infectología. Hospital "Juan A. Fernández". 1986- 98.
Ex - Miembro del Comité de Soporte Infectológico en Pacientes Oncohematológicos del Grupo Argentino de Tratamiento de la Leucemia Aguda (GATLA) 1988 - 91.
Ex - Médica Emergentóloga. Hospital "Juan A Fernández". Desde 1989- 90.
Rotación en Servicio de Infectología Hospital Borja Arriarán (Dr. Marcelo Wolff). Santiago de Chile. Chile.
Ex - Médica Infectóloga. Unidad de Encausados de Caseros (Ministerio de Justicia). Desde 1993-98.
Ex - Jefa de Infectología. Hospital "Ramón Carrillo" de Municipio de Malvinas Argentinas. 1997- 99.
Premio Científico Anual de la Asociación de Profesionales del Hospital "Juan A. Fernández". Buenos Aires. 1989.
Premio AMSA "Dr. Alberto Goñi". Buenos Aires, mayo de 1990.
2do. Premio del Poster en III Congreso Internacional de SADEBAC. Buenos Aires, 1994.
Mención de Honor. Cátedra de Organización y Administración Hospitalaria del Hospital Militar Central. Buenos Aires. 1999.
Premio "Juan Montes de Oca 2000". Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Buenos Aires.
Diploma de Honor UBA, 1981.

CADRA

Capítulo 8
Regulación legal del procedimiento dialítico

Gustavo Villalba

Médico.
Máster en Gerenciamiento de servicios de salud por la escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba.
Miembro integrante de la Dirección de Calidad de C.A.D.R.A.
Auditor Médico en la Asociación de Prestadores de Hemodiálisis y Trasplantes del Centro (2.000 a la fecha).
Ex Residente de Nefrología y Medio Interno en el Hospital Nacional de Clínicas, perteneciente a la Universidad Nacional de Córdoba.
Auditor Médico por el Consejo Médico de La Provincia de Córdoba.

Capítulo 9 - Potenciando el talento humano, como estrategia de gestión de calidad y seguridad, para las organizaciones de la salud. El ejemplo de una red de servicios de Nefrología y Diálisis

Santos Ángel Depine

Médico.
Especialista Universitario en Nefrología y Medio Interno (UBA). Certificado (Academia Nacional de Medicina).
Magister en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.
Master en Coaching Organizacional. Universidad del Salvador.
Doctorado en Educación Superior. Cátedra de la UNESCO. Universidad de Palermo.
Profesor Titular Consulto. Metodología de la Investigación y Seminario para la Elaboración del Trabajo Final. Maestría en Coaching y Cambio Organizacional. Facultad de Ciencias de la Administración. Universidad del Salvador.
Profesor Titular. Coaching y Liderazgo. Maestría en Dirección de Empresas. Facultad de Ciencias de la Administración. Universidad del Salvador y Universidad de Deusto.
Profesor del Curso Superior Universitario de Perfeccionamiento en Trasplantología en Pontificia Universidad Católica Argentina.
Profesor Visitante en Universidad Simón Bolívar. Barranquilla, Colombia.
Profesor Visitante en Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
Investigador Principal. Maestría en Coaching y Cambio Organizacional. Facultad de Ciencias de la Administración. Vicerrectorado Académico. Universidad del Salvador
Investigador Extranjero. Colciencias (Colombia), en el área Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Grupo Enfermedades Renales. Categoría A.
Director de Calidad de C.A.D.R.A.
Ex Coordinador del Comité para el Desarrollo de la Nefrología y los Problemas Nacionales de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. 2004-2011.
Ex Coordinador del Comité de Salud Renal de la Sociedad Argentina de Nefrología. 1996-2011.
Ex Interventor del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y otros organismos de la Seguridad Social.
Ex Presidente de la Asociación Argentina de Centros de Diálisis y Trasplantes (1985-1986)
Fundador y Ex Presidente de la Asociación Regional de Diálisis y Trasplantes Renales de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires. (1986-1989).
Fundador y Ex Presidente de la Mesa Coordinadora Nacional de Centros de Diálisis y Trasplantes Renales. 1986-1990.
Ex Presidente de la Comisión Nacional de Prevención y Control de Cólera del Ministerio de Salud. 1991-1992.
Consultor Externo de la Organización Panamericana de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y del Banco Mundial.
Primer Premio Sociedad Argentina de Nefrología. 1977.
Premio Horacio Ferrando. Asociación Argentina de Angiología y Cirugía Cardiovascular. 1984.

CABRA

Premio al Mejor Trabajo en Promoción y Prevención de la Enfermedad Renal. Asociación Colombiana de Nefrología. 2007.
Insignia de Honor. Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. 2007.
Diploma de Reconocimiento de la Secretaria de Salud de Puerto Rico. 2000.
Diploma de Reconocimiento de la Universidad de Puerto Rico. 2000
Diploma de Reconocimiento de la Oficina de OPS/OMS en Puerto Rico. 2000.
Diploma de Reconocimiento de la Sociedad Boliviana de Nefrología. 2007.
Miembro Honorario de la Asociación Colombiana de Nefrología.
Miembro Honorario de la Sociedad Paraguaya de Nefrología.
Miembro Honorario de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología.
Miembro Honorario de la Sociedad Boliviana de Nefrología.
Miembro Honorario de la Sociedad Dominicana de Nefrología.
Decreto del Alcalde Mayor: ¨Exaltación de la labor de un ciudadano¨, Barranquilla. Colombia. 2006.
Decreto del Alcalde y el Honorable Consejo Municipal. ¨Visitante Distinguido¨. La Antigua. Guatemala. 2008.
Carta de Reconocimiento de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión 2012.

Daniel N. Manzor

Médico
Médico Nefrólogo (UBA). Especialista Jerarquizado en Nefrología.
Profesor Adjunto de la Carrera de Nefrología de la Universidad Católica Argentina.
Coordinador operativo del Curso Superior Universitario de Perfeccionamiento en Trasplantología de la Universidad Católica Argentina.
Ex Miembro del Comité para el desarrollo de la Nefrología y los problemas Nacionales de la SLANH.
Ex - Jefe de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria del Sanatorio Central de Avellaneda.
Ex - Jefe de la Unidad Renal de Terapia Intensiva del departamento de urgencia del Hospital Municipal de Agudos Dr. Cosme Argerich.
Ex - Jefe de Servicio de terapia intensiva de Cuidados progresivos de los Servicios Asistenciales de SEGBA en el Sanatorio Güemes.
Ex - Jefe de Servicio de Clínica Médica del Sanatorio Central de Avellaneda.
Ex - Jefe de Servicio de Nefrología y Hemodiálisis del Sanatorio Central de Avellaneda.
Ex - Jefe del Servicio de Nefrología y Hemodiálisis, en el Sanatorio Hispanoamericano de Avellaneda.
Director de la sección "Historia de la Nefrología", de la Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante.
Medalla de Oro y Premio Bienal de la Universidad de Buenos Aires. 1979-1980.

SADRA

COORDINADOR EDITORIAL

Sergio Aldo Bartolomei

Médico Nefrólogo.
Miembro de la Dirección de Calidad de C.A.D.R.A..
Médico Auditor de la Asociación de Prestadores de Diálisis de Santa Fe.
Nefrólogo Invitado al Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Canarias.
Docente de Clínica Médica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario.
Docente del Curso a Distancia ¨Medio Interno en la Práctica Clínica¨. Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe.
Médico Nefrólogo del Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez de Rosario. (HECA)
Médico Consultor de la Sección de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Provincial del Centenario de Rosario.

CADRA

Revisores Editoriales Externos

Liliana Andrade
Médica Nefróloga

Alicia Carlevaro
Médica Nefróloga

Oscar Ferraro
Médico Nefrólogo

Roberto J Fruttero
Médico Nefrólogo

Diana Feler
Médica Nefróloga

Viviana Beatriz Valoni
Médica Nefróloga

PRÓLOGO

Este libro nació con la pretensión de transformarse en una herramienta amigable de consulta y referencia para las organizaciones de salud, principalmente aquellas cuya tarea y responsabilidad está centrada en los tratamientos de reemplazo de la función renal, o sea los servicios de diálisis.

Su importancia radica en que no hace alarde de cuestiones teóricas, sino que ha volcado en cada uno de sus capítulos, las evidencias prácticas que forman parte del quehacer cotidiano, sus fundamentos y sus implicancias, tanto en lo asistencial directo, como en forma indirecta en la microsociedad y la familia que contiene a los que son objeto y sujeto de la acción sanitaria, los enfermos que reciben los tratamientos.

El nacimiento de esta obra, fue una consecuencia casi natural a un mundo y a un momento histórico en el cual el hombre y las organizaciones están sometidos a cambios permanentes, profundos y rápidos. La tecnología avanza a un ritmo antes impensado, proveyendo herramientas de transferencia y globalización de la información y poniéndola a disposición del público en general, muchas veces sin demasiados "filtros" que aseguren la calidad de las mismas.

Conocimiento, no es lo mismo que aprendizaje y/o información. Es un activo intangible cuya posesión genera para quien lo posee, una ventaja competitiva y es también un vehículo de aprendizaje, en el permanente proceso de desaprender para aprender. Por lo tanto debe ser genuino, verdadero y fundado en evidencias.

La C.A.D.R.A. forma parte activa de la sociedad del conocimiento. Es receptora y dadora del mismo y por ello es consciente que el conocimiento debe ser gestionado para que sea efectivo.

Gestionar el conocimiento implica agregarle valor, partiendo del conocimiento previo, la experiencia acumulada por su uso, estableciendo una espiral ascendente de generación de nuevo conocimiento que posibilite el logro de ventajas estratégicas sustentables y sostenibles en los procesos y/o programas desarrollados. Parte de lo general, gestionándolo hacia lo particular, propiciando el empoderamiento de cada integrante de la organización asistencial para que se transforme en un conocimiento aprehendido.

CADRA

Este libro complementa la acción docente en los espacios de educación superior de la C.A.D.R.A., que adquiere especial relevancia dado que al analizar las currículas de muchas escuelas de medicina, se observa que no existe una adecuada gestión del conocimiento. Incluso es habitual que las universidades cumplan un rol de meras transmisoras de conocimiento explícito y sin darle un lugar de importancia al conocimiento tácito, para gestionarlo y transformarlo.

A medida que el lector transite por cada uno de los capítulos, podrá darse cuenta de qué manera cada autor ha gestionado el conocimiento, propendiendo a la creatividad, la innovación y el pensamiento sistémico.

Aquí reside otra de las fortalezas que C.A.D.R.A. ha establecido para este libro. Le da lugar al conocimiento tácito, adquirido fundamentalmente desde la experiencia y lo gestiona, produciendo una transformación de ese conocimiento individual, sesgado por las características personales de los modelos mentales de las personas, en un conocimiento explícito, formal y sistemático, que es comunicado y puede ser compartido.

Lo que cada capítulo expone, resume de manera práctica, contenidos que forman parte habitual de los programas de capacitación permanente que la Dirección de Calidad de C.A.D.R.A. desarrolla en talleres regionales y a nivel nacional, dirigido a entidades y organizaciones de salud, de carácter público, privadas y de la seguridad social

El lector no debe esperar que cada tema se agote en lo expresado en cada capítulo. Por el contrario, los autores esperan que su lectura sea inspiradora y despierte en él la curiosidad de ampliar los conocimientos en cada temática particular.

La C.A.D.R.A., desde la Dirección de Calidad, agradece profundamente a todos y cada uno de los autores, que han aceptado desinteresadamente colaborar con el desarrollo de este libro, sin escatimar esfuerzos para cumplir con los objetivos de calidad y el cronograma editorial establecido.

De la misma manera, hace extensivo su agradecimiento a la Coordinación Editorial y a la Secretaría, que han sido verdaderos articuladores de la adecuada coordinación de acciones para dar cumplimento a los compromisos contraídos.

Santos Ángel Depine
Dirección de Calidad
Confederación de Asociaciones de Diálisis
de la República Argentina (C.A.D.R.A.)

CADRA

C.A.D.R.A.

Indice

CADRA

ÍNDICE

Capítulo 1 – Arquitectura en Diálisis 33

Somos en parte la Arquitectura que habitamos 35

Arquitectura: Conceptos básicos de diseño y construcción 36

Elementos de atención y satisfacción del usuario 36

Seguridad 36

A) Integridad física de las personas 36

B) Bio-seguridad 38

Accesibilidad: 39

A) Diseño Universal 39

B) Circulación libre de riesgos 40

Habitabilidad y Confort Ambiental 40

A) Espacios saludables 41

B) Espacios amigables 41

Sustentabilidad y Mantenimiento 41

A) Mantenimiento en condiciones de uso 42

Mantenimiento Predictivo 42

Mantenimiento Preventivo 43

Mantenimiento Correctivo 43

B) Flexibilidad – Adaptabilidad 43

Entorno Físico e Implantación edilicia 44

A) Vías de acceso y comunicación 44

B) Entorno Saludable 44

Arquitectura: Circulaciones y Áreas Funcionales 45

Circulaciones: circuitos diferenciados, compatibles y no compatibles 45

CADRA

Áreas Funcionales: Locales, características constructivas y equipamiento 49
Áreas Públicas 50
Accesos 50
Sala de Espera 51
Sanitario para Público 52
Recepción y Administración 53
Áreas semi-restringidas: pasillos y *halls* de transferencia, consultorios 56
Pasillos y *halls* de uso de pacientes 56
Pasillos de uso técnico 57
Consultorios 58
Superficies mínimas y condiciones básicas de habitabilidad y confort 59
Funcionalidad 60
Seguridad edilicia y de las instalaciones 60
Bioseguridad 61
Accesibilidad para todos los usuarios 62
Consultorios para Diálisis Peritoneal 62
Equipamiento 62
Local Sanitario 63
Office de Enfermería 63
Box de Limpieza 63
Local de aislamiento 63
Locales de Apoyo y Complementarios 64
Sala de Recuperación para Pacientes Descompensados 64
Office de Limpieza para áreas públicas 65
Áreas Restringidas de uso de Pacientes 65
Salas de Hemodiálisis 65
Características constructivas 68

CADRA

Sectores de uso exclusivo del paciente 69
Sanitario 71
Piletas para el lavado de manos, brazo y fístula 71
Balanza 72
Vestuario y/o guardarropas 72
Sectores de uso exclusivo del personal 73
Áreas para Técnicos y enfermería dentro de la Sala de Diálisis 73
Mesada con pileta para procedimientos limpios 73
Espacios de Guardado 74
Mesada con pileta para procedimientos sucios 74
Escritorio o superficie seca de trabajo y apoyo 75
Locales de apoyo de uso de los técnicos de sala de diálisis 75
Reprocesamiento de filtros 75
Características constructivas 76
Áreas de uso del personal de apoyo y mucamas 79
Office o box de limpieza 79
Otros 80
Sala de Hemodiálisis de uso exclusivo para los pacientes que requieren Aislamiento 81
Locales de uso técnico complementarios a la diálisis 81
Cocina 82
Depósito de Insumos y otros elementos 83
Almacenamiento de agua de red o perforación 85
Local para el Tratamiento del Agua 86
Mezcladora de Bicarbonato 87
Depósitos para Residuos 89
Sanitarios y vestuarios para el Personal 90
Cabina Grupo Electrógeno 90

CADRA

Taller mantenimiento equipos 91
Taller de Mantenimiento edilicio 91
Otros 92
Laboratorio 92
Office Limpio 92
Dirección Médica y Sala de Reuniones 93
Arquitectura: Instalaciones para la seguridad y el confort ambiental 93
Electricidad y gas 93
Electricidad 93
Provisión de Energía Eléctrica Alternativa 94
Instalación de Gas 95
Instalaciones de Protección contra Incendio 95
Instalaciones sanitarias 98
Comunicación e informática 99
Climatización y Ventilación 99
Arquitectura y Documentación 100
Planos y documentación obligatoria 100
Recomendable / si corresponde 101
Especificaciones técnicas de instalaciones y equipos 101
Documentación de control y Registros 102
Arquitectura y Personal Responsable 102
Bibliografía 105

Capítulo 2 – Registros en Hemodiálisis Crónica 109

Definición de variables. Utilidad de llevar un Registro de cada una de ellas. 111

CADRA

1. Variables Finales o Definitivas 113

a. Tasas de Mortalidad cruda y ajustada. Sobrevida Kaplan-Meier. Modelos de Regresión de Cox. 113

b. Tasas de Trasplante renal cruda y ajustada 119

c. Tasas de Internaciones cruda general y por causas 125

d. Tasas de Seroconversión para la Hepatitis B, C y SIDA 129

e. Registro de Ingresos y Egresos de Tratamiento por causas. Balance 131

2. Variables Intermedias o Subordinadas 133

a. Alteraciones Hematológicas: Hematocrito/Hemoglobina, Tratamiento con hierro endovenoso/oral, Tratamiento con Agentes estimulantes de la eritropoyesis, Transfusiones sanguíneas 133

b. Adecuación Dialítica: Dosis de Hemodiálisis (Kt/V) 136

c. Variables nutricionales: Tasa catabólica proteica, Albuminemia, Encuestas nutricionales. 138

d. Accesos vasculares: Prevalencia de Accesos definitivos 141

e. Metabolismo Fosfo-cálcico: Calcemia, Fosfatemia, Producto Fosfo-cálcico Parathormona 143

Bibliografía 145

Capítulo 3 – Accidentes laborales 147

Introducción 149

Definiciones 150

Accidente 150

Accidente de trabajo 150

Enfermedad Profesional 150

Riesgo laboral 151

Técnicas de seguridad 152

Técnicas analíticas de seguridad 152

Técnicas operativas de seguridad 153

CADRA

Ergonomía 154
Ergonomía y Carga Física en el Trabajo 154
a) Trabajo estático y dinámico 155
b) Lesiones por movimientos repetitivos. 155
c) Medidas Preventivas. 156
Ergonómicas 156
Organizativas 156
Factores de Naturaleza Psicosocial. 156
Definición 156
Factores 157
Carga Mental en el Trabajo 157
Definición 157
a) Estrés laboral 158
b) Otros problemas psicosociales, Síndrome de *Burnout* 158
Identificación de los Riesgos 159
Clasificación de los Factores de Riesgo 159
Legislación vigente 160
Ley 19587. Ley de Higiene y Seguridad en el trabajo 160
Decreto 1338/96 160
Ley Nº 24.557. Riesgos del Trabajo 161
Objetivos y ámbito de aplicación de la ley 161
Articulo 1° - Normativa aplicable y objetivos de la Ley sobre Riesgos del Trabajo 161
Artículo 2° - Ámbito de aplicación. 161
Artículo 6° - Contingencias 162
Artículo 7° - Incapacidad Laboral Temporaria. 163
Artículo 8° - Incapacidad Laboral Permanente 163
Prevención de accidentes laborales en las unidades de diálisis 163

CADRA

1. Riesgos Contagio Biológico 163
2. Riesgos por Cargas o esfuerzos 163
3. Riesgos Eléctricos 164
4. Riesgos químicos 164
5. Riesgos ambientales 164
1 - El personal Médico 165
2 - El personal sanitario-Auxiliar, Enfermería y Técnico de Diálisis 165
3 - El personal técnico de mantenimiento 165
4 - El personal de limpieza 167
5 - El personal administrativo 167
Plan de emergencia 168
Desarrollo del Plan de Emergencia 169
Medios materiales 169
Bibliografía 171

Capítulo 4 – Eventos Adversos 173

Introducción 175
¿Qué es el error? 175
¿Por qué es tan frecuente el error? 176
¿Cómo podemos modificar esta situación? 177
¿Cómo se producen los errores? 178
Mecanismos de los errores 179
Errores de acción o por déficit del control de la atención 179
Errores basados en las reglas o normas 180
Errores basados en el conocimiento 180
Errores latentes 180

CADRA

Prevención de errores 180

Errores del sistema 182

Sistema Sanitario 182

Gestión de la calidad en la asistencia sanitaria: 183

Indicadores de errores médicos 183

AMFE de diseño 185

AMFE de proceso 185

Teoría del error humano 187

Teoría del queso suizo 187

Una mirada al factor humano de error: las interrupciones 189

Monitorización y detección de los eventos adversos 190

Indicadores 190

Notificación de incidentes 191

Análisis de los eventos adversos 192

Desarrollo del programa 193

Definición de los eventos 193

Análisis de eventos 197

Gráfica del programa de eventos adversos y sus colores 199

Tasa de eventos 200

Alertas 201

Programa de seguridad del paciente 204

Bibliografía 209

Capítulo 5 – Reuso del hemodiálisis 211

Introducción 213

Tipos de reprocesamiento – Manual - Automatizado 217

CADRA

Salas de reprocesado – Características edilicias 223

Entrenamiento del personal 225

Esterilizantes. Manejo. Reacciones adversas en los pacientes. Reacciones adversas en el personal 226

Ácido peracético 227

Hipoclorito de Sodio 228

Formol 229

Glutaraldehido 230

Calor o Ácido cítrico más calor 231

Reacciones adversas en los pacientes 232

Infecciosas 232

No infecciosas 233

Reacciones adversas en el personal 233

Descarte de filtros 234

Registros de reprocesamiento 234

Reuso y medio ambiente 235

Modelo de Protocolo de reprocesamiento de filtros 236

Bibliografía 238

Capítulo 6 – INCUCAI. Situación actual y Marco legal en Diálisis, Lista de espera y Trasplante Renal en la Argentina 245

Introducción 247

Centro de diálisis 250

Registrar un Centro de Diálisis en el Registro Nacional de Insuficiencia Renal Crónica Terminal 250

Lista de espera y criterios de distribución y asignación Renal en Argentina 253

Inscripción en Lista de Espera para Trasplante Renal 254

CADRA

Criterios de Distribución y Asignación de Riñones provenientes de Donantes Fallecidos en Argentina 260

a) Médicos 260

b) Geográficos 260

Criterios de Distribución 261

Definición de receptores por domicilio 261

Definición de receptor pediátrico 261

Definición de receptor hipersensibilizado 262

Definición de tiempo en lista de espera 262

Definición de donante pediátrico 262

Definición de cero miss match 263

Proceso de distribución y asignación 263

Trasplante Renal 266

Resultados de Sobrevida a nivel Nacional 267

Trasplante Renal en pacientes mayores de 18 años 267

Trasplante Renal en pacientes menores de 18 años 268

Bibliografía 269

Capítulo 7 – Prevención de Infecciones en hemodiálisis. Monitoreo infectológico de acceso vascular. Competencias prácticas e indicadores 271

Introducción 273

Infecciones nosocomiales 273

Infecciones en el acceso vascular 275

1. Prevención de la infección del acceso vascular 276

1. a Prevención de la infección en la confección del AV 276

Tabla 1: Registro de Infección del Sitio Quirúrgico 278

Tabla 2: Lista de Verificaciones de la confección de acceso vascular 280

CADRA

1. b Monitoreo del uso bioseguro del AV 282

Tabla 3: Recomendaciones de CDC y KDOQI para prevenir Bacteriemias en Hemodiálisis 282

Tabla 4: *Bundle* de mantenimiento de cuidado de catéter del NHS National Services 283

2. Diagnóstico y tratamiento eficaz de las infecciones asociadas al acceso vascular 284

Tabla 5: Clasificación de eventos 285

Tabla 6: Vigilancia de Catéteres C.A.D.R.A. 286

Tabla 7: Vigilancia de catéteres tunelizados 287

Tabla 8: Incidencia de bacteriemias asociadas al acceso vascular en pacientes en hemodiálisis 289

Tabla 9: Complicaciones de las Infecciones por *Staphylococcus aureus* en pacientes en hemodiálisis 290

Tabla 10: Prevalencia de colonización nasal por SAMR en UD 294

3. Uso de antimicrobianos 297

Tabla 11: Reporte mensual institucional de consumos de Antimicrobianos 299

Indicadores cuantitativos 300

Indicadores cualitativos 300

4. Prevención de la transmisión de la infección 302

¿Cuándo y qué MRO vigilar? 302

¿Qué aislar? 303

¿Dónde aislar? 304

Bibliografía 306

Capítulo 8 – Regulación Legal del Procedimiento Dialítico 313

Resolución 1704/07 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina 315

Análisis de la Resolución 1704/07 316

Diálisis extracorpórea 316

CADRA

1) Centro de diálisis....316
2) Servicio de diálisis....317
3) Unidad Renal....318
I – Planta Física....319
Infraestructura....319
II – Equipamiento....321
II.a Aparatos y equipos de uso médico....321
II.b Material descartable y/o reutilizable....324
II.c Requisitos para el Reprocesado....324
III – Recursos Humanos....326
III.a Médico....326
III.b Enfermería....328
IV – Marco Normativo de Funcionamiento....330
IV.a Diálisis de los pacientes....330
IV.b Control de Calidad de la Práctica Dialítica....331
V- Insuficiencia Renal Aguda....333
Diálisis Intracorpórea (Peritoneal)....335
I – Planta Física....335
Infraestructura....335
II – Recursos Humanos....337
II.a Médico....337
II.b Enfermería....338
III – Instrucción de Pacientes....339
IV – Diálisis Peritoneal Pediátrica....339
Bibliografía....341

CADRA

Capítulo 9 – Potenciando el talento humano, como estrategia de gestión de calidad y seguridad, para las organizaciones de salud. El ejemplo de una red de servicios de Nefrología y Diálisis. 343

Introducción 346

Marco Teórico 346

Materiales y Métodos 350

Muestra 350

Variables analizadas 350

Instrumento de medición 350

Validación del instrumento 350

Diagnóstico 350

Tabla 1: Dimensiones Organizacionales y Niveles de desarrollo de las Dimensiones 352

Objetivos Específicos 356

Desarrollo 356

Resultados y Conclusiones 362

Tabla 2: *Expresión de los cambios favorables en la cultura organizacional, cuantificadosen el pre test (antes de la capacitación) y el pos test (después de la capacitación)* 363

Tabla 3: *Evaluación del cambio en el Clima Laboral, comparando el pre test (antes del proceso de capacitación) y el pos test (Después del proceso de capacitación)* 363

Tabla 4: *Puntuación de las respuestas obtenidas en el cuestionario de Autoevaluación pre test y pos test de los Directores Médicos y Gerentes de Área* 364

Recomendaciones 366

Bibliografía 367

CADRA

C.A.D.R.A.

Arquitectura en Diálisis

Estela Díaz Williams

Capítulo 1

CADRA

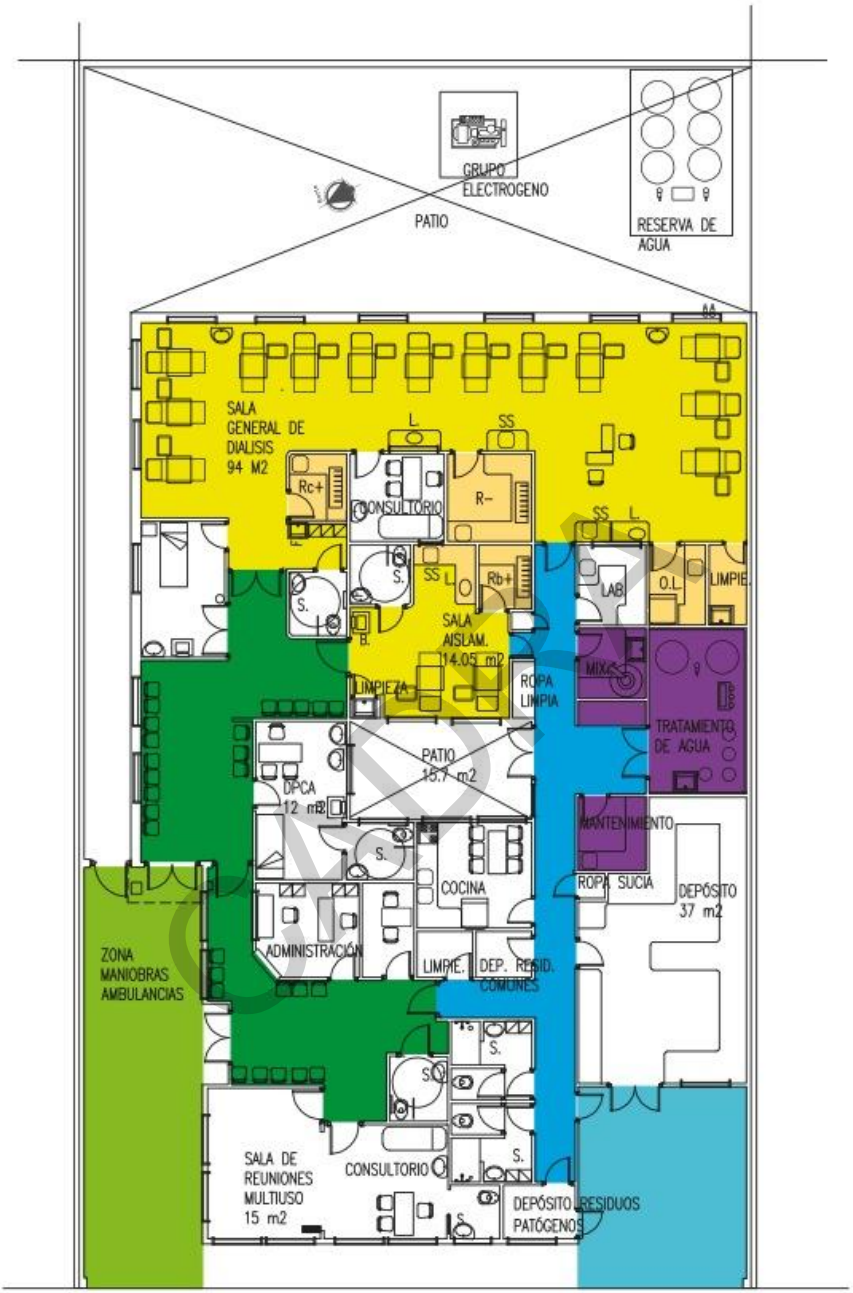
Escalera de tramos rectos con doble pasamanos continuo, carteles de señalización, Narices de escalones con antideslizante y pintura amarilla de advertencia.

Circulación de ancho accesible con solado antideslizante considerando el uso de pacientes en silla de ruedas. Debe colocarse doble pasamanos en sector con rampa.

CADRA

Circulaciones de pacientes pública y semirestringida

diferenciadas de circulación técnica restringida.



Circulaciones de pacientes pública y semirestringida

diferenciadas de circulación técnica restringida.

Áreas Funcionales: Locales, características constructivas y equipamiento

- Áreas públicas: Acceso, Sala de Espera, Recepción/Administración
- Áreas semi-restringidas: pasillos y de transferencia, consultorios
- Áreas restringidas: salas de tratamiento, locales técnicos de apoyo y áreas complementarias.

Acceso principal jerarquizado, rampa y escalones accesibles.

nivel de piso terminado a cielorraso, y/o facilitando la apertura de ventanas al exterior para asegurar la renovación del aire interior.

Sala que ventila e ilumina a patio de aire y luz. Ventanas de fácil apertura y elemento de protección solar externo al local.

"En todo Centro o Servicio debe haber como mínimo dos salas de hemodiálisis"

Las dos salas deben cumplir con los mismos requisitos y contar con las mismas características constructivas, de equipamiento y locales de apoyo ya que en ambas se brinda el mismo servicio y la misma prestación médica. La diferencia es la agrupabilidad de los pacientes por su serología y las normas legales que lo regulan.

Características constructivas

Pisos: impermeables, no resbaladizos ante derrames de líquidos, de fácil limpieza y descontaminación, con zócalo resistente a golpes, con colocación que asegure una buena continuidad piso/muros. Puede ser zócalo sanitario o común, pero con buena adherencia a la superficie de sostén. La superficie de piso no debe presentar fisuras, roturas, piezas sueltas, desgaste de superficie u otros deterioros que deriven en dificultades en el mantenimiento de la limpieza y descontaminación de pisos.

CADRA

Guardado de filtros en bolsas gruesas termo selladas y estanterías resistentes a humedad y químicos.

Guardado de filtros en envases individuales rígidos e identificados.

CADRA

C.A.D.R.A.

Registros en Hemodiálisis Crónica

Sergio Marinovich

Capítulo 2

CADRA

Nota: se pide disculpas a los colegas que conocen lo suficiente de Bioestadística como para realizar las operaciones que aquí se presentan. Pero, lamentablemente, la mayoría de los nefrólogos no están emparentados con estas técnicas y a ellos va dirigido este Capítulo, con el afán de mejorar la calidad de la presentación de las variables de la diálisis crónica (DC).

1. Variables Finales o Definitivas

a. Tasas de Mortalidad cruda y ajustada. Sobrevida Kaplan-Meier. Modelos de Regresión.

Tasa de Mortalidad Cruda: La evaluación de la Tasa de Mortalidad cruda o bruta se realiza considerando a toda la población expuesta a tratamiento en un año en Diálisis Crónica (DC). Por lo tanto deben sumarse los pacientes Incidentes (primer ingreso en la vida a DC), los Reincidentes (vuelven de Trasplante fallido, de otro Centro, de haber recuperado función renal) y los Prevalentes del año anterior (los que se encontraban en DC al final del año anterior).

Existen 2 maneras de realizar el análisis:

- En la primera se cuentan los pacientes que estaban en tratamiento al comienzo del año y se le suma el número de pacientes que estaban en tratamiento al final del año. Esta cifra se divide por 2 y se colocará en el denominador. En el numerador se colocará la cifra de Muertos en el año. Este cociente se multiplica por 100 o por 1000 y el resultado o Tasa se expresa como x Muertos por 100 (o 1000) pacientes, o dicho de otro modo la Mortalidad es de x % o de x ‰. En el ejemplo de abajo se puede comprender mejor la ecuación:

$$\frac{\text{Muertos en el año}}{(\text{Pacientes al inicio} + \text{Pacientes al final})/\ 2} * 100 = \text{x Muertos por 100 pacientes}$$

$$\frac{20}{(90 + 110)/\ 2} * 100 = 20 \text{ Muertos por 100 pacientes}$$

CADRA

las parciales y la posterior determinación de la RME y la χ^2 sobre la Tabla general en comparación a la Tabla referente.

Para evitar ello se publicó hace algunos años una simple calculadora de Mortalidad estandarizada que permite a un Centro de DC comparase con la Mortalidad de Argentina. Está disponible en la página web de la Sociedad Argentina de Nefrología (SAN) en Calculadoras con el Título "Mortalidad Estandarizada comparada con población argentina". Dirección web:

http://san.org.ar/docs/mortalidad_estandarizada.xls .

Se pueden evaluar la Mortalidad estandarizada de los pacientes en HD, en Diálisis Peritoneal (DP) y en ambas, ajustadas por edad, género y etiología. Consta de un instructivo y solo se requiere rellenar los datos que se solicitan, siendo posible introducir hasta 500 pacientes, es decir se adaptó para el uso de todo tipo de Centros de DC, incluso los muy grandes (Figura 1). El nivel de dificultad, usando esta calculadora, es bajo.

CADRA

ANÁLISIS DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA PARA UN CENTRO DE DIÁLISIS COMPARADA CON POBLACIÓN EN DIÁLISIS EN ARGENTINA EN EL AÑO 2007

Pasos a seguir:
1) Ingrese el nombre (o iniciales) de todos los pacientes atendidos en su centro durante el período a analizar
2) Ingrese edad (al final del período), sexo, la fecha de ingreso a TSR, y la fecha de óbito o egreso en quienes corresponda
3) Ingrese una "X" en la columna correspondiente para los pacientes fallecidos
4) Ingrese una "X" en la columna correspondiente para los pacientes con nefropatía diabética como etiología
5) Ingrese la modalidad dialítica de cada uno de los pacientes
(en aquellos pacientes que cambiaron de modalidad durante el período, se pueden cambiar las fechas para efectuar el análisis de una modalidad primero, y de la otra después)

PERÍODO A ANALIZAR | *Desde* | *Hasta* | Analizar HD | Analizar DP | Analizar HD+DP

Intervalo de tiempo a analizar 0 días

PACIENTE	Edad	Sexo	Fecha ingreso	Fecha egreso	Fallecido?	Etiología DBT?	Modalidad
Paciente 1							
Paciente 2							
Paciente 3							
Paciente 4							
Paciente 5							
Paciente 6							
Paciente 7							
Paciente 8							
Paciente 9							
Paciente 10							
Paciente 11							
Paciente 12							
Paciente 13							
Paciente 14							
Paciente 15							
Paciente 16							

Figura 1. Planilla para comparar Mortalidad de un Centro de DC con la de Argentina

TRASPLANTE POR CENTRO DE DIÁLISIS CRÓNICA.						
REFERENCIA TRASPLANTE EN DC ARGENTINA 2010						
	NOMBRE DEL CENTRO			*Atiendo jóvenes NO Diabéticos*		
	AÑO EVALUADO			*2010*		
Trasplantes por 100 paciente-años al riesgo						
TODOS						
Edad en años	Paciente-años exposición al riesgo	tasa de la general	Trasplantes			
			ESPERADOS	OBSERVADOS		
0-9	12.254	**28.12**	3.49	1		
10-19	19.898	**15.22**	2.95	1		
20-29	16.122	**7.66**	1.21	2		
30-39	30.999	**8.13**	2.42	0		
40-49	20.999	**6.32**	1.37	0		
50-59	0.000	**4.69**	0.00	0		
60-69	0.000	**2.31**	0.00	0		
70-79	0.000	**0.71**	0.00	0		
80 o +	0.000	**0.16**	0.00	0		
TOTAL	**100.27**		**11.45**	**4**		
			TASA OBSERVADA con IC95%			
			3.99	1.07	10.21	
RTE	**TASA GENERAL**		**TASA ESTANDARIZADA con IC95%**			
0.34932	**4.02**		**1.40**	0.38	3.59	
RTE (REL TX ESTAND.)		**0.35**				
IC95% LIM. INFERIOR		**0.09**				
IC95% LIM. SUPERIOR		**0.89**				
CHI CUADRADA		**4.85**	SIGNIFICATIVO > 3.84			

CADRA

Figura 2: Tasas crudas y estandarizadas de Trasplante renal de una población en DC menor de 50 años sin Diabetes como causa de IRD.

necesitan de cada paciente son: Días de Internaciones en el año, Cantidad de Internaciones en el año, duración de cada internación y Causas de cada internación.

TABLA 1. INTERNACIONES DE LOS PACIENTES EN HD 1991-2010

AÑO	DIAS DE INTERNACIÓN			CANTIDAD DE INGRESOS			DÍAS POR C/INGRESO
	Nº	P/AER	TASA	Nº	P/AER	TASA	
1991	**200**	30.25	**6.61**	**51**	30.25	**1.69**	**3.9**
1992	**401**	30.08	**13.33**	**70**	30.08	**2.33**	**5.7**
1993	**581**	29.75	**19.53**	**81**	29.75	**2.72**	**7.2**
1994	**402**	33.66	**11.94**	**70**	33.66	**2.08**	**5.7**
1995	**524**	42.08	**12.45**	**92**	42.08	**2.19**	**5.7**
1996	**569**	43.33	**13.13**	**101**	43.33	**2.33**	**5.6**
1997	**453**	46.25	**9.79**	**94**	46.25	**2.03**	**4.8**
1998	**727**	49.58	**14.66**	**110**	49.58	**2.22**	**6.6**
1999	**692**	54.67	**12.66**	**137**	54.67	**2.51**	**5.1**
2000	**971**	53.08	**18.29**	**153**	53.08	**2.88**	**6.3**
2001	**633**	56.17	**11.27**	**125**	56.17	**2.23**	**5.1**
2002	**399**	54.33	**7.34**	**117**	54.33	**2.15**	**3.4**
2003	**471**	54.67	**8.62**	**91**	54.67	**1.66**	**5.2**
2004	**528**	51.08	**10.34**	**101**	51.08	**1.98**	**5.2**
2005	**614**	53.75	**11.42**	**119**	53.75	**2.21**	**5.2**
2006	**421**	52.08	**8.08**	**106**	52.08	**2.04**	**4.0**
2007	**453**	48.50	**9.34**	**83**	48.50	**1.71**	**5.5**
2008	**250**	48.72	**5.13**	**71**	48.72	**1.46**	**3.5**
2009	**363**	48.45	**7.49**	**89**	48.45	**1.84**	**4.1**
2010	**412**	60.41	**6.82**	**101**	60.41	**1.67**	**4.1**
TOTAL	**10064**	940.90	**10.70**	**1962**	940.90	**2.09**	**5.1**

Tasas expresadas como días de internación por paciente años de exposición al riesgo (P/AER) ó Nº de ingresos por paciente años de exposición al riesgo.

CADRA

En la Tabla 1 se observan los días de internación y el número de internaciones en cada año desde 1991 hasta 2010 de un Centro de DC, con sus respectivas tasas expresada como días de internación o Nº de ingresos por paciente años de exposición al riesgo (aquí no se multiplica por 100 porque el numerador es una cifra grande); además se detalla el promedio de días por cada ingreso en cada año. Cada una de las tasas es el cociente entre Días o Cantidad y Paciente años de exposición al riesgo. Se utiliza una planilla de cálculos y las operaciones son sencillas. Nivel de dificultad: Bajo.

Se pueden agrupar los años en períodos de años. Esto es importante para disminuir las fluctuaciones de las Tasas de un año a otro, como se observa en la Tabla 2. Es notorio que en este Centro de DC disminuyeron las Tasas Días y Cantidad en el

tiempo, al igual que los días consumidos en cada internación. Se le puede aplicar el IC95% para cada Tasa y graficarlo como se muestra en la Figura 4.

TABLA 2. INTERNACIONES DE LOS PACIENTES EN HD 1991-2009

PERÍODO DE AÑOS	DIAS DE INTERNACIÓN			CANTIDAD DE INGRESOS			DÍAS POR C/INGRESO
	N	P/AER	TASA	N	P/AER	TASA	
1991-1995	2108	165.82	12.71	364	165.82	2.20	5.8
1996-1999	2441	193.83	12.59	442	193.83	2.28	5.5
2000-2003	2474	218.25	11.34	486	218.25	2.23	5.1
2004-2008	2266	254.13	8.92	480	254.13	1.89	4.7
2009-2010	775	108.86	7.12	190	108.86	1.75	4.1

Tasas expresadas como días de internación por paciente años de exposición al riesgo (P/AER) ó Nº de ingresos por paciente años de exposición al riesgo.

CADRA

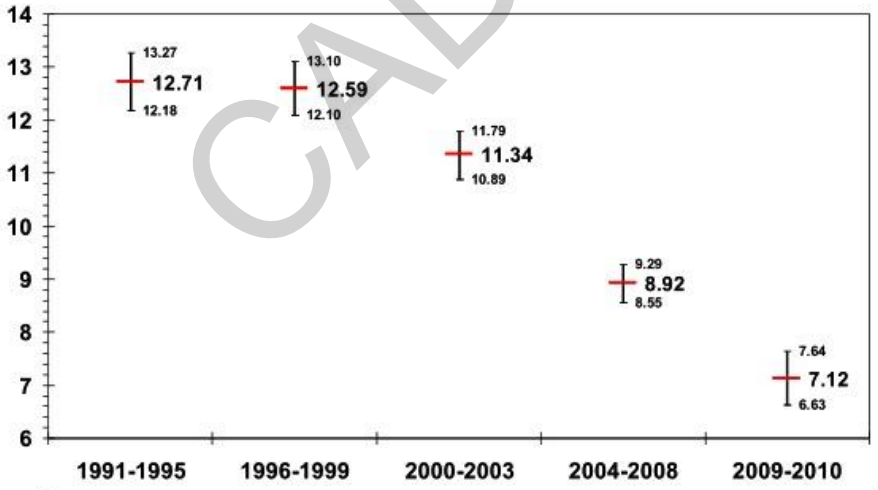


Figura 4: Tasas Días de Internación por Paciente años al riesgo con Intervalo de confianza del 95%

personal es presumible que posea una organización interna con aplicación de buenos procedimientos que llevaron a ese excelente resultado final a prevalencia no es un marcador de bioseguridad en DC en la actualidad, al constatarse que muchos pacientes presentan estos virus antes de su ingreso al Centro de DC.

Tabla 6. Incidencia de HBsAg y AcHVC positivos

AÑO	Incidencia de HBsAg +			Incidencia de AcHVC +		
	Nº	P/AER-	TASA	Nº	P/AER-	TASA
1984	0	0.33	**0.0**			
1985	2	7.00	**28.6**			
1986	2	7.25	**27.6**			
1987	0	9.00	**0.0**			
1988	1	13.25	**7.5**			
1989	1	18.25	**5.5**			
1990	1	22.33	**4.5**			
1991	3	28.66	**10.5**			
1992	2	27.50	**7.3**	2	5.83	**34.3**
1993	2	27.25	**7.3**	1	8.83	**11.3**
1994	0	30.58	**0.0**	3	15.25	**19.7**
1995	0	39.08	**0.0**	4	23.83	**16.8**
1996	0	42.08	**0.0**	5	25.66	**19.5**
1997	0	46.25	**0.0**	5	28.08	**17.8**
1998	0	49.58	**0.0**	3	32.75	**9.2**
1999	0	53.83	**0.0**	2	36.83	**5.4**
2000	0	51.58	**0.0**	0	38.42	**0.0**
2001	0	54.17	**0.0**	0	43.92	**0.0**
2002	0	52.33	**0.0**	0	43.83	**0.0**
2003	0	52.67	**0.0**	0	48.08	**0.0**
2004	0	49.67	**0.0**	0	46.75	**0.0**
2005	0	52.17	**0.0**	0	49.67	**0.0**
2006	0	51.22	**0.0**	0	47.80	**0.0**
2007	0	46.50	**0.0**	0	45.08	**0.0**
2008	0	46.72	**0.0**	0	45.72	**0.0**
2009	0	47.45	**0.0**	0	45.51	**0.0**
2010	0	59.41	**0.0**	0	58.41	**0.0**

N: Número de pacientes que seroconvirtieron a positivos; TASAS expresadas por 100 P/AER-. P/AER-: Paciente años de exposición al riesgo solo de los HBsAg y AcHVC negativos

CADRA

La Seroconversión a Virus B y C de la Hepatitis (HBsAg y Ac-HVC) y a los Anticuerpos del SIDA (Ac-HIV) se expresan como Tasa de seroconversión o Incidencia por 100 P/AER de los negativos (P/AER-) excluyéndose los años de exposición de los que ya eran positivos en ese año calendario. Para obtener la Tasa se ubica en el numerador la cantidad de pacientes que pasaron de negativos a positivos y en el

Figura 5: Evolución de la Hemoglobina mensual promedio entre 2007 y 2010

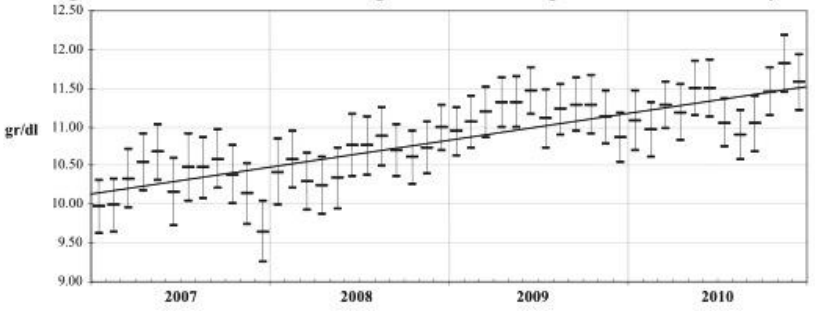
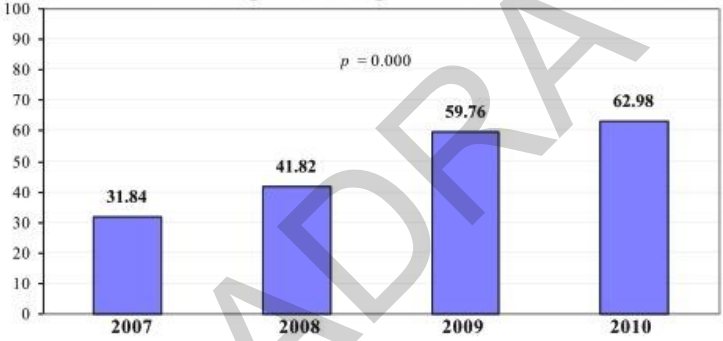


Figura 6: Porcentaje de pacientes con Hemoglobina ≥ 11 gr/dl. 2007-2010



CADRA

El valor de la Hgb objetivo en un paciente en DC mereció la consideración de muchos investigadores en los últimos años. Casi no existen dudas de comenzar a tratar con Hgb inferior a 10 gr/dl. Respecto al Objetivo, según últimas guías o estudios, parece ser de 11-12 gr/dl, tratando de no pasar la línea de 14 gr/dl (máximo 13) porque esto llevaría a mayor cantidad de eventos cardiovasculares, fenómenos trombóticos y mayor riesgo de muerte (Locatelli, 2009).

Para monitorear los depósitos de Hierro se sugiere presentar los valores de Ferremia, Ferritina sérica, Transferrina y Porcentaje de saturación de la Transferrina. La ponderación debe hacerse con intervalo máximo de 3 meses (Tabla 9).

Respecto al tratamiento de la anemia se considera como más importantes, para evaluar y presentar, a las dosis de Hierro endovenoso y de los Agentes Estimulantes de la Eritropoyesis (Tabla 9 y Figura 7). Además es necesario determinar las Unidades de

C.A.D.R.A.

Accidentes Laborales

Elba Hernández

Capítulo 3

CADRA

se sospecha que es producida por el trabajo, hay que realizar la denuncia ante la ART (Aseguradora de Riesgo de Trabajo) y será la Comisión Médica la que definirá si se reconoce la enfermedad profesional en ese caso.

Riesgo laboral:

Todo aquel aspecto del trabajo que tiene la potencialidad de causar un daño.

Del análisis de los riesgos se desprenden las medidas de prevención apropiadas para reducirlos o eliminarlos.

Factores de riesgo:

- Referentes al medio ambiente del trabajo
- Equipo Técnico
- Trabajador

Estudios históricos como el realizado por Bird en EE.UU (año 1969), establecía, siempre con valor orientativo que la relación de proporcionalidad entre accidentes laborales con baja, accidentes de trabajo con lesión, accidentes sólo con pérdidas materiales y accidentes blancos (sin lesión ni pérdidas) era de 1:10:30:600.

Por cada accidente de trabajo con baja se genera un cuantioso número de incidentes con daños.

Aunque esta relación sea diferente según sea el autor que la proponga, se evidencia la importancia del cuantioso número de incidentes que acontecen en las empresas con limitada cultura preventiva.

CADRA

C.A.D.R.A.

Eventos Adversos

Eduardo Ducasse
Soraya Barreto Ocampo
María Ruiz Díaz
Cinthia Aponte

Capítulo 4

CADRA

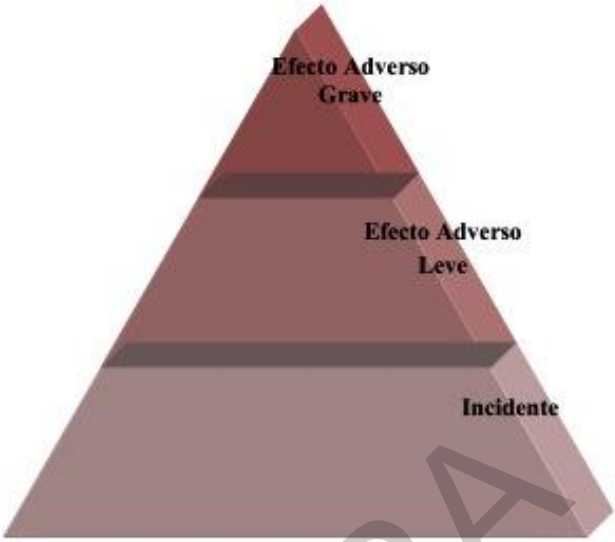


Figura Nº 1 (Pirámide de Heinrich)

CADRA

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA: INDICADORES DE ERRORES MÉDICOS

El IOM define un evento adverso como un daño no intencionado, causado por la atención de profesionales sanitarios, no relacionado con la enfermedad ni con las condiciones subyacentes del paciente. Si bien existen errores-eventos que no llegan al paciente (near misses), su análisis es igualmente importante porque nos habla de procesos o prácticas defectuosas que, pudiendo haber producido daño al paciente, por diversos factores no lo hicieron.

Para aquellos no familiarizados con el reporte, se transcribe algunos de los datos estadísticos publicados: 98.000 personas fallecidas en los hospitales por año en USA, según proyección del estudio de Nueva York, con 3,7% de eventos adversos en hospitalización, de los cuales 13,6% condujeron a fallecimientos y 2,6% a importante

Fig.2. Esquema del modelo del queso suizo explicativo de fallos en el sistema.

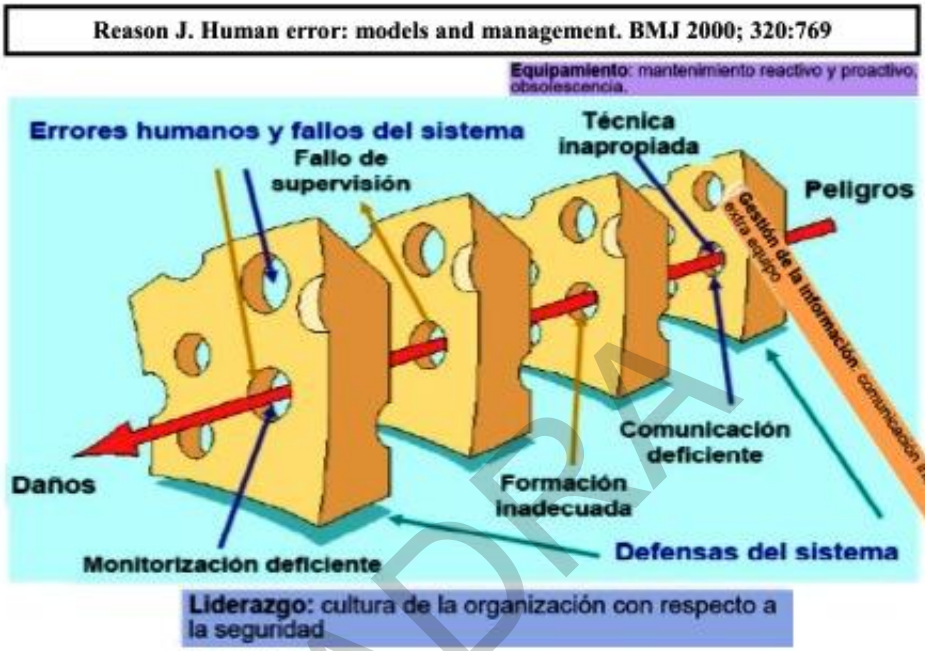


Fig. 2 Depine, S. Competencias Conversacionales en los Centros de Diálisis, como herramienta de calidad. Segunda Jornada de capacitación para los equipos de Salud, Centros de Diálisis y alta complejidad del NEA. Resistencia, Chaco. Junio 2012

CADRA

comités que analizan los eventos; los datos extraídos de la notificación sirven para su análisis y para la introducción de mejoras en la organización (Figura Nº 3).

Fig. 3 Depine, S. Competencias Conversacionales en los Centros de Diálisis, como herramienta de calidad. Segunda Jornada de capacitación para los equipos de Salud, Centros de Diálisis y alta complejidad del NEA. Resistencia, Chaco. Junio 2012.

CADRA

ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS

Es necesario un análisis sistemático de los eventos adversos, errores, defectos de la atención, teniendo en cuenta no solo aspectos clínicos sino otros aspectos (organizativos, estructurales, de los profesionales etc.) que hayan podido influir para que ocurra.

En Nefrología y, específicamente en Hemodiálisis, no ha habido un desarrollo de programas de eventos adversos vinculados al proceso asistencial y, por tanto, tampoco el desarrollo de alertas para prevenirlos. (Cragno, & García, 2009)

ANALISIS DE EVENTOS

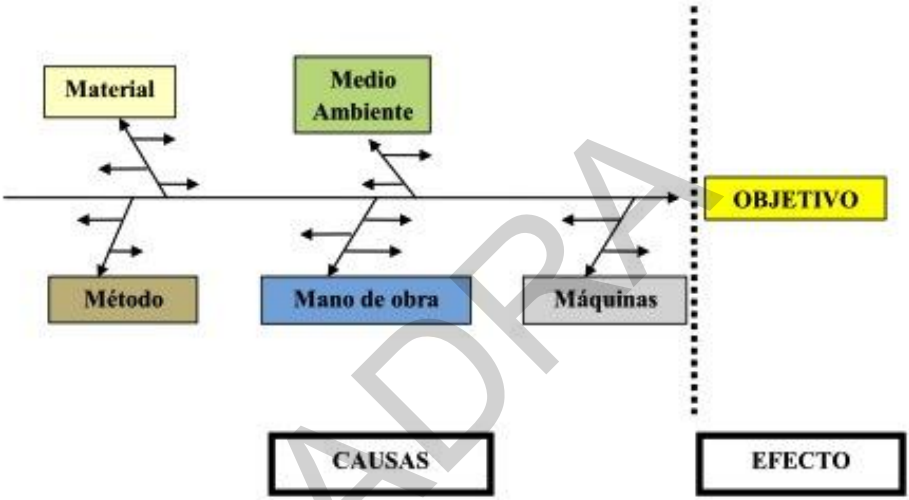
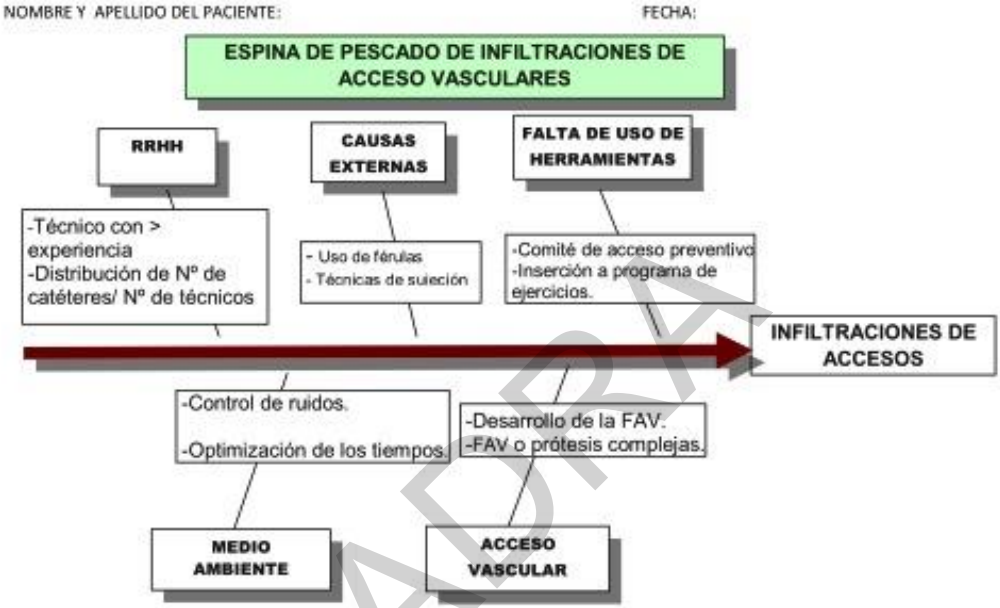


Fig. 4 Centro Enfermedades Renales, diagrama causa – efecto de análisis eventos adversos. www.cercalidad.com.

CADRA



CADRA

Fig. Nº 5 Centro Enfermedades Renales, diagrama causa – efecto de análisis de infiltraciones de accesos vasculares. www.cercalidad.com

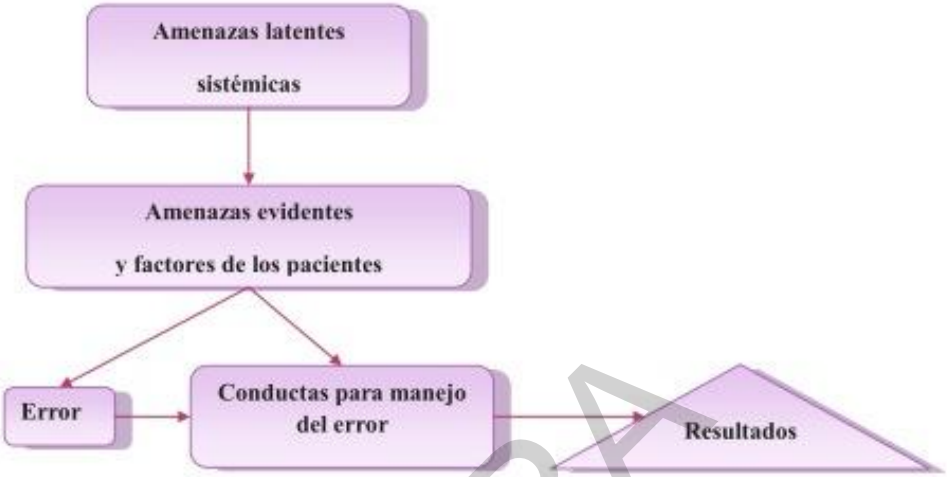


Fig. Nº 7 Centro Enfermedades Renales. Visión del error en medicina. www.cercalidad.com

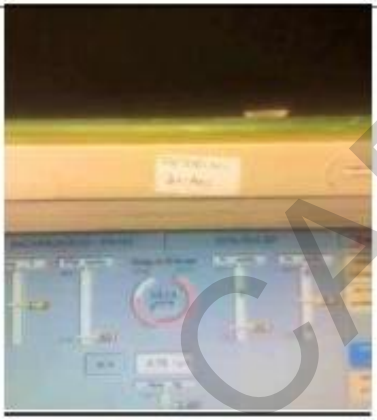
CADRA

El Programa de Seguridad al Paciente

Sugiere:

1- Filtro incorrecto:

- Identificación del filtro con nombres y apellido del paciente. No se realiza consentimiento pues en nuestra cultura regional ha demostrado ser innecesario y lo determinamos junto a nuestro asesor legal
- N° de historia clínica.
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- En sala: identificación con etiquetas autoadhesivas.

	1. Filtro incorrecto Identificación del filtro con nombres y apellido, nº de historia clínica, grupo y factor sanguíneo
	**2. Filtro incorrecto** En sala: identificación con etiqueta autoadhesiva
	3. Reacción al esterilizante: Control con el test antes de conectar y pegarlo al filtro.

CADRA

C.A.D.R.A.

Reuso del Hemodializador

Ana Cusumano

Capítulo 5

CADRA

Introducción:

La práctica del reuso del dializador nació prácticamente en los albores de la hemodiálisis. Así, el primer aparato para hemodiálisis experimental, diseñado para ser utilizado en animales por Abel y col. a comienzos del siglo 20, limpiado con pepsina ácida para digerir la sangre y desinfectado con timol, se reutilizó hasta 30 veces; en ese entonces el objetivo era ahorrar tiempo (Twardoski Z, 2006). No puede sorprender, entonces, que el reuso del dializador en el tratamiento sustitutivo de la función renal por hemodiálisis en el humano aparezca como práctica habitual casi simultáneamente con la diálisis crónica en el mundo. Ya en 1964, se reutilizaban filtros coil, conservados en heladera llenos con la sangre heparinizada del propio paciente (Shaldon S, Silva H & Rosen SM, 1964), y se comercializaban máquinas de reuso a fines de la década del 70.

A continuación puede observarse en la tabla 1 las ventajas y desventajas que se han asociado a la práctica del reuso del dializador.

CADRA

Tabla 1: Ventajas y desventajas del reuso del hemodializador: su evolución en el tiempo

Ventajas	
Reducción de costos.	Ventaja que se mantiene, si bien en algunos paises (por ej. Estados Unidos), la diferencia en el costo entre reusar y no reusar el hemodializador se ha acortado, y ha aumentado el número de centros que lo descartan (Lacson E & Lazarus JM, 2006); en otros paises reusar el dializador es ilegal (caso España, Portugal, Francia, Japón). En Latinoamérica no se reusa en Colombia, Ecuador, Costa Rica, Guatemala y Venezuela (Cusumano A & Hermida H, 2006).
Mejora de la biocompatibilidad de la membrana (Hakim R & Lowrie EG, 1980; Hakim R, Breillat J, Lazarus JM & Port FK, 1994).	Hoy un argumento perimido, dado el desarrollo de membranas biocompatibles.
Disminución de reacciones del 1er. uso tipo A (Dumler F, Zasuwa G & Levin N, 1987).	También ha perdido importancia, ya que las nuevas membranas tienen menor incidencia de reacciones del 1er uso (Bok D, Pascual L, Herberger C, Sawyer R & Levin N, 1980; Fleming S, Foreman K, Shanley K, Mihrshahi R & Siskind V, 1991).
Reducción de la exposición del paciente a plastificantes y material tipo LAL, provenientes del filtro nuevo (Ogden D, 1986; Petersen N, Carson J & Favero M, 1981; Do Luu H & Hutter J, 2000).	Se mantiene, pero se reduce notablemente al preprocesar el filtro previo al 1er uso; con el reuso, los pacientes igual pueden acumular 4,4'metilendianilina, por hidrólisis del poliuretano del potting (Do Luu & Hutter J, 2000).
Disminución del residuo patogénico e impacto sobre el medio ambiente (Upadhayay S, Sosa M & Jaber B, 2007).	Esta ventaja es aún muy importante, dado la necesidad de preservar el medio ambiente, si bien cambios en la composición de la carcaza del dializador (de policarbonato a polipropileno, menos contaminante por estar constituido en un 99% por carbono e hidrógeno), y la fabricación de dializadores de menor tamaño (gracias al desarrollo de membranas de menor espesor y mayor rendimiento) disminuye la magnitud del residuo que se descarta.

CADRA

Desventajas	
Desarrollo de anticuerpos anti N-like (Kaehny W, Miller G & White W, 1977; Koch K, Frei U & Fassbinder W, 1978).	Se asociaba al uso de formol como esterilizante, actualmente en desuso, por lo que ha perdido importancia.
Mayor riesgo infeccioso (pirogenemias y sepsis, contaminación cruzada) (Twardowski Z, 2006; Tokars J, Alter M, Favero M, Moyer L & Bland L, 1990; Tokars J, Alter M, Favero M, Moyer L, Miller E & Bland L, 1993).	Los resultados son controvertidos, y parece vincularse más al no cumplimiento de las normas bajo las cuales debe realizarse el reprocesado.
Exposición de personal y pacientes a productos químicos.	Persiste, si bien con menor importancia, si se cumplen las normas de seguridad por parte del personal, y el adecuado venteo de los ambientes.
Modificación de las características propias de la membrana por los germicidas (*clearance* de urea, de β_2 microglobulina, Kuf) (Cheung A et al, 1999).	Se mantiene, si bien el abandono del hipoclorito de Na como limpiador ha disminuido las modificaciones sobre la membrana.
Aumento de la morbilidad (mayor tasa de internación).	No demostrado (Collins A, Liu J & Ebben J, 2004).
¿Aumento de la mortalidad?	No demostrado. Una revisión reciente, que abarca más de 900 000 pacientes, no encontró ningún efecto significativo ni consistente sobre la mortalidad del reuso comparado con el no reuso, si bien los autores reconocen que la mayoría de los estudios incluidos no son recientes, fueron realizados con membranas convencionales, son observacionales, y no toman en cuenta factores confundidores (Galvao T, Silva M, Almeida Araujo M, Bulbol W & de Melo Pereira Cardoso A, 2012).

CADRA

De lo que no hay ninguna duda es que el motor del reuso ha sido siempre el económico, ya que el dializador fue, y aún continúa siendo, un componente muy importante del costo de la hemodiálisis. Probablemente, de no haberse practicado, no existiría la diálisis como la conocemos hoy en el mundo, y mucho menos en los países del cono sur latinoamericano. Al momento actual, ésta sigue siendo una ventaja para muchos países (entre ellos, Argentina), a lo que se agregan la posibilidad de utilizar filtros de alto flujo

C.A.D.R.A.

INCUCAI
Situación actual y Marco Legal en Diálisis, Lista de Espera y Trasplante Renal en la Argentina

Víctor J. Fernández
Liliana E. Bisigniano
Carlos A. Soratti

Capítulo 6

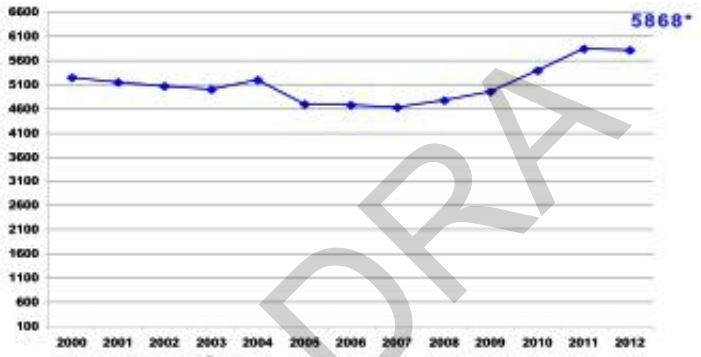
CADRA

LISTA DE ESPERA Y CRITERIOS DE DISTRIBUCION Y ASIGNACION RENAL EN ARGENTINA

Son fuertes las razones que inducen a los pacientes a querer trasplantarse basadas en los buenos resultados y el sustancial cambio en su calidad de vida.

La evolución de la lista de espera renal en los últimos años se expresa en el siguiente gráfico:

Evolución de la Lista de Espera Renal al 27/06/2012



CADRA

En el mismo se observa una meseta entre los 5000 y 6000 pacientes. Los intentos de reducir estos niveles han generado el desarrollo de distintas estrategias con el fin de aumentar significativamente el número de donantes en los establecimientos asistenciales de todo el país.

El Programa Federal de Procuración con el Programa Nacional de Seguimiento del Paciente Neuro-crítico, permitió desde el 2003 duplicar el número de trasplantes en el país; a partir de junio de 2010 se incorporaron el Plan de Desarrollo de Trasplante Renal y la Estrategia Hospital Donante, con el enfoque de profundizar las políticas implementadas, adicionándole el sentido integrador de la enfermedad renal en el primero e instalando en la tarea hospitalaria el eje del cambio con el segundo.

Trasplante Renal

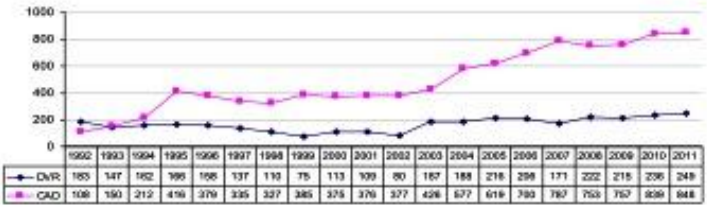
El Trasplante constituye uno de los capítulos más importantes de la historia de la medicina en Argentina, lejos de la espectacularidad o marginalidad con que los medios suelen caracterizar el tratamiento de esta práctica.

En particular, la evolución del trasplante renal ha tenido diferentes etapas en su sostenido crecimiento. Las cifras previas al 2003 mostraban pequeñas variaciones, a partir de ese año y, basado en un programa nacional, el incremento fue significativo duplicando la cantidad de trasplantes con donantes cadavéricos hacia fines del 2007.

En un análisis de los últimos años se observó que la cantidad de trasplantes con riñón(es) de donante cadavérico en la población argentina aumentó desde 591 en 2004 hasta 914 en 2011 (55% de crecimiento numérico) y los realizados con donante vivo relacionado aumentó desde 174 en 2004 hasta 249 en el último año evaluado (43% de crecimiento numérico). En definitiva, la cantidad de trasplantes renales (ambos tipos) creció numéricamente el 51% en 7 años, comenzando con 765 en 2004 y finalizando en 1157 en 2011. Parte de estos trasplantes fueron combinados (riñón-páncreas, riñón-corazón, riñón-hígado y riñón en block) y también están considerados aquí a los trasplantes renales anticipados con donante vivo (*preemptive*), llamados así porque estos pacientes no recibieron tratamiento sustitutivo por diálisis crónica (DC) antes del trasplante.

CADRA

Evolución del número de Trasplantes Renales
1995 - 2011



	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
DVR	183	147	162	166	166	137	110	75	113	109	80	167	188	216	208	171	222	215	236	249
CAD	108	150	212	416	379	335	327	385	375	376	377	426	577	619	760	767	753	757	839	848

C.A.D.R.A.

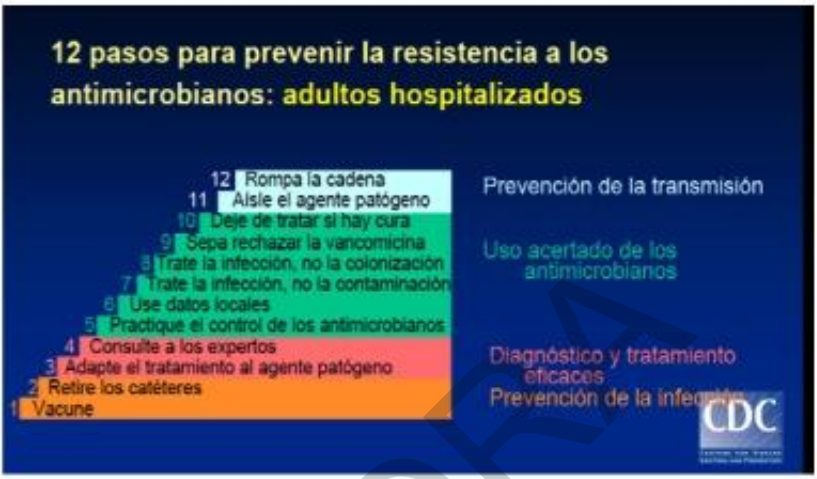
PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HEMODIÁLISIS
Monitoreo infectológico de acceso vascular Competencias prácticas e Indicadores

CADRA

Nora Grinberg

Capítulo 7

Figura 1: CDC. Pasos para la prevención de la resistencia a antimicrobianos



Campaña de Prevención de la Resistencia a los Antimicrobianos en los Servicios de Salud (CDC. *www.**prematuros**.cl/webabril07/**resistencia**antibioticos.pdf)*

Infecciones en el acceso vascular

El objetivo de esta actualización no es realizar una exhausta revisión bibliográfica sino facilitar herramientas para ser aplicadas a la prevención de infecciones del AV dado su alto impacto.

El enfoque abordará cuatro aspectos cuyo desarrollo incluye:

1. Prevención de la infección del acceso vascular
   - 1.a . Prevención de la infección en la confección del AV
   - 1.b. Monitoreo del uso bioseguro del AV
2. Diagnóstico y tratamiento eficaz de las infecciones asociadas al AV
3. Uso de antimicrobianos en infecciones del AV
4. Prevención de la transmisión de la infección en las unidades de diálisis

CADRA

	Procedimientos invasivos vasculares *Checklist*	

Dia: Hora: Procedimiento programado:.....

Procedimiento realizado:.....

Lugar: ☐ Quirófano (aclarar):....., ☐ UTI (aclarar):....., ☐ Centro de Diálisis

☐ otro (aclarar):.....

Fue programado?: SI ☐ No ☐ Fue de urgencia? SI ☐ No ☐

En caso de catéter: se realizó bajo cuerda?. SI ☐ No ☐

Previo al Procedimiento

Realizó preparación con baños según protocolo? ☐ 1 baño, ☐ 2 baños, ☐ 3 baños	☐ SI ☐ NO.
Realizó Hisopado nasal para investigar SAMR?	☐ SI ☐ NO
Si fue SAMR+, realizó decontaminación?	☐ SI ☐ NO
Ingresa con sonda vesical?	☐ SI ☐ NO.
En caso que si; tiene urocultivo negativo previo?	☐ SI ☐ NO.
Tiene alguna ostomía?	☐ SI ☐ NO.
Recibió Profilaxis (previa) con ATB?	☐ SI ☐ NO.
En caso que si: ☐ CEZAZOLINA ☐ VANCOMICINA ☐ otro.....	
Recibe ATB como tratamiento?	☐ SI ☐ NO.
En caso que si: Cuáles???.....	

Durante el procedimiento

Realizó el cirujano/operador lavado de manos OK??	☐ SI ☐ NO.
Utiliza OK el Equipo de Protección Personal estéril	☐ SI ☐ NO.
Se realizó decontaminación de la piel con Clorhexidina? (dos antisepcias con dos gasas y esperó el secado)	☐ SI ☐ NO.
Se mantuvo la técnica estéril?	☐ SI ☐ NO.

Número de punciones realizadas 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ≥4 ☐

Número de agujas utilizadas: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ≥4 ☐

En caso de catéter: se realizó bajo cuerda? SI ☐ (evitar) No ☐

Tipo de Catéter	Sitio de colocación	Lado
Transitorio ☐	Yugular ☐	Derecho ☐
Permanente ☐	Subclavia ☐	Izquierdo ☐
Marca	Femoral ☐ (de ser posible, evitar)	
Lote: _____		

Consigne la cobertura:.....Se fijó correctamente?	☐ SI ☐ NO.
Se realizó FAV?	☐ SI ☐ NO.
Describa.....	
Se colocó prótesis?	☐ SI ☐ NO.
Ubicación:	
Se realizó embolectomía?	☐ SI ☐ NO.
Se realizó otro procedimiento?☐ SI ☐ NO, En caso que si, Cual?.....	
.....	
Se envió material a cultivo?	☐ SI ☐ NO.

Nombre del Operador: _____

Nombre del Observador_____

Observación:

CABRA

Tabla 5: Clasificación de eventos (Grinberg N, Fernández M, Kovensky J. 2009)

		Clinica sistemica	Otro Foco Clinico	Eritema > 2 cm del orificio de salida o celulitis del tunel	Supuracion o costra del orificio de salida, eritema menor 2 cm	Celulitis de piel sobre el acceso o fistulitis	Hemo	Retro o punta	Rta clinica a la retencion
0	Colonizacion de cateter	No	No	No	No	No	No	Si	No
1	Infeccion de sitio de salida de cateter	No	No	No	Si	n/a	No	Si/No	n/a
2	Infeccion del tunel subcutaneo del cateter de hemodialisis	Si/No	No	Si	Si/No	n/a	No	Si/no	Si
3	Infección del Tunel con Bacteriemia	Si/No	No	Si	Si/No	n/a	Si	Si/no	Si
4	Bacteriemia CONFIRMADA asociada a cateter de dialisis (BACCC)	Si	No	No	No	n/a	Si	Si	Si
5	Bacteriemia PROBABLE asociada a cateter de dialisis (BACCP)	Si	No	No	No	n/a	Si	NO	No
6	Infeccion relacionada a acceso vascular nativo	Si/No	No	n/a	n/a	Si	No	n/a	n/a
7	Bacteriemia relacionada a acceso vascular nativo o protesico	Si/No	No	n/a	n/a	Si	Si	n/a	n/a
8	Sindrome de Respuesta Inflamatoria sistemico (S.I.R.S.)	Si	NO	No	No	No	No	No	n/a
9	Infeccion no relacionada al acceso vascular de dialisis	Si/No	Si	n/a	n/a	n/a	No	n/a	n/a
10	Bacteriemia no relacionada al acceso vascular de dialisis	Si	Si	n/a	n/a	n/a	Si	n/a	n/a

LO RESALTADO ES LO QUE DEFINE LA CATEGORIA

n/a = No aplica al caso (salvo excepciones)

El uso de los catéteres y la vigilancia de los cuidados y las complicaciones asociadas constituyen una prioridad para los UD.

Otro indicador utilizado para reflejar las bacteriemias y los eventos relacionados a los catéteres es expresarlos cada 1000 días de estada/catéter. El denominador se obtiene de la sumatoria de los periodos de observación de los pacientes que se dializan por este acceso. Requiere conocer la densidad de incidencia mediante una herramienta diseñada para tal fin.

En actividades de capacitación de CADRA se trabajó con el siguiente protocolo:

CADRA

Tabla 7: Vigilancia de Catéteres Tunelizados (Grinberg N. 2011)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Fecha de Colocación													
	Inicio HD												
	Único Acceso												
Motivo de	Fallo Acceso												
Colocación	Rotación												
	Infeccción												
	Otro												
Fecha de Retiro													
	Espontáneo												
Motivo	Acc.definitivo												
de	Trombosis												
Retiro	Infección												
	Otro												
Estado de	Correcto												
Oclusión	Incorrecto												
Puntos de	Correcto												
Fijación	Incorrecto												
Funciona-	Correcto												
miento	Incorrecto												
	Eritema <2cm												
Signos	Eritema>2cm												
Locales	Flogosis												
	Secreción												
	Fiebre												
Síntomas	Escalofríos												
Sistémicos	Hipotensión												
	Shock												
	Secreción												
Toma de	Hemocultivo												
Cultivos	Punta												
si es positivo	Retrocultivo												
anotar germen	Prótesis												
	Uro												
ATBg al dorso)	Otro												
	Resultado												
ATB	SI												
	NO												
Mupirocina	SI / NO												

Fuente: Grinberg Nora

CADRA

Figura 5. Buenas prácticas para reducir SAMR en hemodiálisis

Fuente: Best practices for methicillin resistant *Staphylococcus aureus* reduction in hemodialysis. Parker M,. Doebbeling. (2011). The Challenge of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*. Prevention in Hemodialysis Therapy. Seminars in Dialysis. Dec.

CADRA

La decisión de realizar screening para investigar SAMR u otros microorganismos depende de las diferentes situaciones epidemiológicas en las UD y de los recursos disponibles.

No hay consenso único para guiar las recomendaciones de realizar los cultivos de Vigilancia de SAMR y adoptar políticas de decolonización con Mupirocina.

Las recomendaciones prácticas para la prevención y control de de infecciones en UD (2008, Queensland) sugieren jerarquizar los siguientes puntos para definir las oportunidades del testeo:

C.A.D.R.A.

Regulación Legal del Procedimiento Dialítico

Gustavo Villalba

Capítulo 8

CADRA

Resultados y Conclusiones

Como consecuencia del proceso de intervención, se pusieron de manifiesto mejoras, expresadas tanto en los componentes cualitativos de la evaluación final, como en sus aspectos cuantitativos, abarcando los siguientes aspectos:

Liderazgo: Aumento significativo de la confianza del personal. Mayor libertad para manifestar sus ideas y sus aportes a la organización.

Motivación: Las gerencias han puesto foco en las recompensas por el logro de las metas en contraposición a los castigos por no cumplirlas. Mayor *feedforward* que *feedback*.

Comunicación: Durante la investigación y sobre todo al final de la misma, se evidenciaron mejoras y también se logró establecer un flujo multidireccional de la información, con apertura de la escucha en los diferentes niveles organizacionales. Se modificó la actitud de resistencia a los cambios, facilitando su implementación.

Toma de decisiones: Se reconoce un cambio positivo en lo que respecta al nivel de toma de decisiones conjuntas, facilitadas por una escucha más efectiva durante las reuniones del equipo.

Metas de la organización: Habitualmente las metas a alcanzar se establecían como directivas verticales desde los niveles de mayor jerarquía. El pos test, mostró que luego del proceso de capacitación y aprendizaje, se debaten las metas, disminuyendo la resistencia a su cumplimiento por un mayor involucramiento.

La siguiente tabla, nos permite apreciar los cambios favorables. Dichos cambios en la Cultura de la Organización (Red), que se observan en la tabla, fueron evaluados y cuantificados en las encuestas del pre test y del pos test, valorados por las puntuaciones totales obtenidas en cada caso. (Tabla 2)

CADRA

Tabla 2

Expresión de los cambios favorables en la cultura organizacional, cuantificados en el pre test (antes de la capacitación) y el pos test (después de la capacitación)

Momento de la encuesta	Antes de la capacitación (Pre-Test)	Después de la capacitación (Post – test)
Resultados	**1140**	**1715**

Nota. Cuanto más alto es el puntaje, más sana es la cultura de la organización

Con respecto al Clima Laboral, la escala se desagregó en los siguientes niveles de respuesta: 1. No; 2. No, pero con algún matiz; 3. Sí, No / Depende; 4. Sí, pero con algún matiz; 5. Sí.

Los resultados que expresan cambios positivos, se ubican a la derecha de la tabla (Tabla 3 y Figura 6)

Tabla 3

Evaluación del cambio en el Clima Laboral, comparando el pre test (antes del proceso de capacitación) y el pos test (Después del proceso de capacitación)

Pre test	R 1	R2	R3	R4	R5
Totales	**53**	**51**	**100**	**103**	**111**
Pos test	**R 1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Totales	**47**	**32**	**79**	**96**	**170**

Nota. R= respuesta. Los cambios en la percepción del clima laboral, han sido positivos. Se infiere, que ha habido un cambio de observador, evidente y cuantificable, con un corrimiento a la derecha de los valores obtenidos

CADRA

C.A.D.R.A.

Potenciando el talento humano en organizaciones de salud. El ejemplo de una red de servicios de Nefrología y Diálisis

Santos A. Depine
Daniel N. Manzor

Capítulo 9

CADRA

Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible realizar sin los valiosos aportes de numerosos colaboradores que han contribuido a enriquecerlo con su participación.
Los autores agradecen muy especialmente a las siguientes personas:

-Alicia Carlevaro
-Beatriz Cruz
-Diana Feler
-Haydee Rimolo
-Ignacio Manzor
-José Benedetti
-José Fochi
-Liliana Andrade
-Liliana Cavallero
-Mercedes Grizzo
-Olga Román
-Oscar Ferraro
-Roberto Frutero
-Sebastián Bochichio
-Viviana Valloni

CADRA

Existen limitantes a la implementación de estos nuevos paradigmas, dado que en general las organizaciones no son muy flexibles al cambio, con su personal instalado en su área de conocimientos y experiencia, o sea en su espacio de comodidad personal e institucional.

A esta situación debe sumarse el condicionamiento dado por una muy frecuente rigidez de la cultura de la organización, asociada muchas veces con ausencia de liderazgos. (Figura 1)

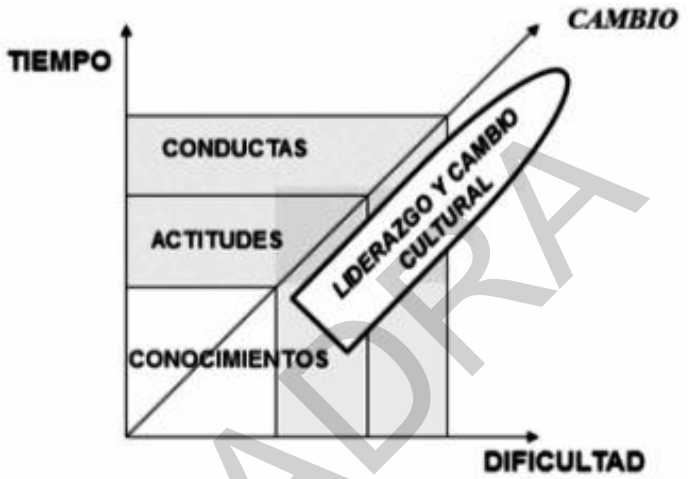


Figura 1. La doble entrada permite apreciar que a mayor difilcutad demandará más tiempo implementar el cambio, pero cuanto mayor sea el tiempo en que el cambio es postergado, mayor será la dificultad.

CADRA

Para ser efectivos, es necesario gestionar los proyectos de cambio, motivando e inspirando a las personas, propiciando la construcción de una red de valores compartidos, imprescindible para dar sustento a la nueva cultura organizacional que se genere, en búsqueda de nuevos objetivos cuyos valores subyacentes se encuentren claramente explicitados y aprehendidos por todas las personas con responsabilidades en el proceso asistencial y de apoyo.

En tal sentido, se hace necesaria una revisión profunda del concepto de "capital humano", que hace foco en considerarlo como un activo de la organización a precio de mercado.

Los responsables de actuar e interactuar en cada dimensión, son los trabajadores, empleados, recurso humano propio de cada institución.

Ese recurso humano, se desempeña en cada dimensión, desde sus competencias técnicas y desde sus competencias genéricas, siendo estas últimas las que están siendo valoradas por el mercado laboral, como el principal activo de un trabajador, que; además de satisfacer las competencias técnico profesionales, debe ser una persona con el suficiente equilibrio emocional, para incorporarse a un equipo en el cual transcurrirán situaciones de conflicto que deberán ser resueltas adecuadamente.

Dichas competencias genéricas, pueden ser agrupadas en: capacidades de liderazgo, efectividad personal y relaciones interpersonales. (Figura 2)

Figura 2: Cada nivel esta expresado con un número arábigo. En una organización pueden coexistir áreas en distintos niveles o estar la organización globalmente en diferentes dimensiones. Una organización podría estar en Dimensión Operativa 2, Dimensión Estratégica 3 y Dimensión Organizativa Social 1

Como inicio del trabajo, se pidió a cada participante de las jornadas de capacitación, que evaluara en qué nivel en cada una de las dimensiones observaba a su propio servicio e identificara en su área de trabajo, las tres dimensiones del modelo, detectando la situación al inicio con las fortalezas que observaba, para generar un proceso de aprendizaje, acortando la brecha entre su diagnostico y el nivel que esa persona desearía para la organización en un futuro cercano.

CADRA

Tabla 2

Expresión de los cambios favorables en la cultura organizacional, cuantificados en el pre test (antes de la capacitación) y el pos test (después de la capacitación)

Momento de la encuesta	Antes de la capacitación (Pre-Test)	Después de la capacitación (Post – test)
Resultados	**1140**	**1715**

Nota. Cuanto más alto es el puntaje, más sana es la cultura de la organización

Con respecto al Clima Laboral, la escala se desagregó en los siguientes niveles de respuesta: 1. No; 2. No, pero con algún matiz; 3. Sí, No / Depende; 4. Sí, pero con algún matiz; 5. Sí.

Los resultados que expresan cambios positivos, se ubican a la derecha de la tabla (Tabla 3 y Figura 6)

Tabla 3

Evaluación del cambio en el Clima Laboral, comparando el pre test (antes del proceso de capacitación) y el pos test (Después del proceso de capacitación)

Pre test	R 1	R2	R3	R4	R5
Totales	**53**	**51**	**100**	**103**	**111**
Pos test	**R 1**	**R2**	**R3**	**R4**	**R5**
Totales	**47**	**32**	**79**	**96**	**170**

Nota. R= respuesta. Los cambios en la percepción del clima laboral, han sido positivos. Se infiere, que ha habido un cambio de observador, evidente y cuantificable, con un corrimiento a la derecha de los valores obtenidos

CADRA

C.A.D.R.A.

Confederación de Asociaciones de Diálisis de la República Argentina

http://www.nefrodial.org.ar

Su actuación representa, en todo el territorio nacional, a 9 Asociaciones Regionales abarcando las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Asociación de Centros Privados de Diálisis de Salta (CE.PRI.DIA.SA.)

cepridiasa2@cepridiasa.arnetbiz.com.ar

Asociación de Diálisis de la Provincia de Corrientes

adialctes@arnetbiz.com.ar

Asociación de Prestadores de Diálisis y Trasplantes Renales de la Provincia de Santa Fe

asocsantafe@adialsfe.arnetbiz.com.ar

Asociación de Prestadores de Diálisis y Trasplantes Renales de San Juan

dialsaj@speedy.com.ar

Asociación de Prestadores de Hemodiálisis y Trasplantes Renales del Centro (APHEYTRC)

secretaria@asocba.com.ar

Asociación de Prestadores Privados de Hemodiálisis y Trasplantes Renales de Mendoza

adialmza@speedy.com.ar

Asociación Regional de Diálisis y Trasplantes Renales de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires

asocdial@renal.org.ar

Asociación Santiagueña de Prestadores de Hemodiálisis y Trasplantes Renales

adialsgo@arnetbiz.com.ar

Asociación Tucumana de Institutos y Centros Privados de diálisis y Trasplantes Renales (A.TU.DIAL)

atudial@infovia.com.ar

CADRA