



# Empowering Partners for Improved Care

---

2021- 2026 *Español*

# Objetivo

El centro de diálisis establecerá un proceso durante todo el año en el que mantendrán el compromiso de al menos dos (2) pacientes, familiares y /o cuidadores como representantes del centro en las reuniones de garantía de calidad y mejora del rendimiento (QAPI por sus siglas en inglés). El equipo interdisciplinario de la unidad integrara y colaborara con sus representantes seleccionados en la discusión de estrategias para impactar:

- I. Plan of Care (*Plan de Cuidado*)
- II. Patient to Patient Mentoring (*Apoyo de Paciente a Paciente*)
- III. Home Dialysis (*Diálisis en el Hogar*)
- IV. Transplant (*Trasplante*)
- V. Immunization (COVID-19, Influenza, Pneumococcal, etc.) (*Inmunización*)
- VI. Hospital Admissions, Readmissions, and Emergency Visits (*Admisiones, Remisiones y Visitas de Emergencia en el Hospital*)
- VII. Other facility relevant topics (*Otros temas relevantes al centro*)

El centro debe demostrar haber establecido efectivamente una práctica continua de integración de pacientes, familiar o cuidadores. El mantenimiento de registros es esencial para los informes futuros y prueba de la participación de sus representantes seleccionados en las reuniones mensuales de QAPI. Documentar su participación en la hoja de asistencia de la reunión de QAPI (su firma) es prueba válida. Las unidades pueden adoptar la adición a hoja de registro de la reunión de QAPI el título de Paciente o Miembro de la Familia Experto en la Materia / Representante / Invitado de Honor junto con los demás que se espera que firmen y/o asistan a las reuniones (SW, RD, Dr., Administrador, Coordinador de Clínica, etc.). Este paso demuestra el compromiso del centro en la integración de los pacientes y su participación en las reuniones de QAPI. Además, si el representante seleccionado comparte información valiosa, lo que da lugar a que el equipo adopte nuevas medidas, sería valioso que se documentara en las notas de la reunión.

El reclutamiento de pacientes/familiares representantes debe ser continuo y su participación debe sostenerse.

# Participación de Pacientes y Familiares en Reunión de QAPI: Elementos de Acción

Utilice este formulario para ayudar a su equipo a capturar manualmente los elementos de acción/resultados de la participación del paciente/ familiar representante del centro en reunión de QAPI. *El uso de este formulario es opcional.* Si utiliza este formulario, NO SE LO ENVÍE AL NETWORK.

---

Fecha de Reunión de QAPI: \_\_\_\_\_

## **Plan of Care (Plan de Cuidado)**

- SMEs ayudaron a identificar barreras para el desarrollo del plan de cuidado y la participación de los pacientes y/o familiares en las reuniones de POC.
- SME proporcionó ideas sobre cómo mejorar la participación de los pacientes y familiares en el desarrollo del plan de cuidado.
- Retroalimentación del SME mejoró la manera en que el personal dirigía el proceso/reuniones del plan de cuidado.
- SME trabajó con el personal para abordar la educación de los pacientes sobre la importancia del plan de cuidado y las reuniones.
- Otro:

## **Peer Mentoring (Apoyo en Entre Compañeros)**

- SME identifico barreras para establecer/continuar el programa de mentores entre compañeros del centro.
- SME proporcionó ideas sobre cómo mejorar la participación de pacientes con mentores.
- SME trabaja junto con el personal para reclutar mentores de pacientes en el centro.
- SME está trabajando con el personal para promover el apoyo al paciente a los mentees en el centro.
- Otro:

## **Home Dialysis & Telemedicine (Diálisis en el Hogar & Telemedicina)**

- SME identificó nuevas formas de trabajar con pacientes no interesados en terapias en el hogar.
- SME proporcionó apoyo/educación a sus compañeros pacientes sobre terapias en el hogar.
- SME ayudó a organizar / participó en un día de lobby centrado en terapias en el hogar.
- SME ayudó al centro a determinar cómo utilizar recursos del Network, el NCC u otros asociados externos.
- SME repaso /reviso material educativo desarrollado para el paciente o personal.
- SME compartió su experiencia en el uso de la telemedicina.
- SME ayudo a identificar problemas/barreras que afectaban acceso de los pacientes a la telemedicina.
- Otro:

### **Transplant (Trasplante)**

- SME identificó nuevas formas de trabajar con pacientes que no están interesados en trasplante.
- SME proporcionó apoyo/educación a sus compañeros con respecto al proceso de evaluación/trasplante.
- SME ayudó al centro a determinar cómo utilizar recursos del Network, el NCC u otros asociados externos.
- SME repaso /reviso material educativo desarrollado para el paciente o personal.
- SME ayudó a organizar / participó en un día de lobby centrado en trasplante.
- Otro:

### **Immunization (Inmunización)**

- SME ayudo a identificar problemas/barreras que afectaban la decisión de los pacientes a vacunarse.
- SME proporcionó apoyo/educación a pacientes en relación a la inmunización.
- SME ayudó al centro a determinar cómo utilizar recursos del Network, el NCC u otros asociados externos.
- SME repaso /reviso material educativo desarrollado para el paciente o personal.
- SME ayudó a organizar / participó en un día de lobby centrado en inmunización.
- SME compartió su experiencia de inmunización.
- Otro:

### **Hospital Admissions, Readmissions, and Emergency Visits (Admisiones, Remisiones y Visitas de Emergencia en el Hospital)**

- SME ayudó al centro a determinar cómo mejorar la confianza del paciente para llamar al centro con problemas médicos que pueden llevar a una visita de urgencias (complicaciones del acceso vascular, falta de aliento, reprogramación de tratamiento perdido, etc.)
- SME identificó nuevas formas de educar a los pacientes sobre los tratamientos perdidos/acortados que conducen a hospitalizaciones.
- SME proporcionó al personal estrategias para apoyar a los pacientes con respecto al cumplimiento de sus medicamentos.
- SME repaso/revisó material educativo para pacientes para reducir las hospitalizaciones/visitas de urgencias.
- SME ayudó a organizar/participar en un día de lobby con el personal para promover la adherencia al tratamiento (dieta, medicamentos, horario, etc.)
- Otro:

Other Topics / Actions Items (*Otros Temas / Elementos de Acción*)

--

## Documentos Adicionales

- Reconocimiento y Compromiso de Apoyo del Equipo Interdisciplinario
- Carta de Reclutamiento del Representante de Pacientes y Familia
- Política de Participación/Membresía del Representante de Pacientes y la Familia
- Formulario de Inscripción del Representante de Pacientes y Familia

### Nota

Utilice estos documentos para establecer un proceso en el reclutamiento/participación continua de pacientes y miembros de la familia representantes en las reuniones de QAPI de su centro.

**No es necesario que envíe ninguno de los siguientes documentos al Network.**

# Reconocimiento y Compromiso de Apoyo del Equipo Interdisciplinario

Fecha: \_\_\_\_\_

Los miembros del equipo interdisciplinario de \_\_\_\_\_ no comprometemos a apoyar las iniciativas de nuestro centro para mejorar la atención y los resultados, el compromiso y la satisfacción de los pacientes, las familias y el personal.

Como parte de nuestro compromiso, apoyaremos:

- ✓ El desarrollo de alianzas e integración de pacientes y/o miembros de la familia seleccionados como representantes en las reuniones de QAPI del centro
- ✓ Educación y empoderamiento del paciente y del personal
- ✓ Promoción de una cultura centrada en el paciente y la familia en nuestro centro
- ✓ El desarrollo de una cultura de profesionalismo y comunicación abierta en el centro
- ✓ Oportunidades apropiadas para que los pacientes y familiares compartan retroalimentación

Firmas:

---

Director Médico/Nefrólogo

Gerente Clínico

---

Trabajador Social

Dietista

---

Enfermera a Cargo

Paciente/Familiar  
Representante (*sólo si  
actualmente tiene uno  
activo en el centro. Si no  
es así, no necesita su  
firma*)

*Este no es un documento legal.*

*Tiene como propósito medir la participación del centro en el programa de EPIC. No es necesario que lo envíe al Network.*

*Guárdelo con sus registros del proyecto.*

---

# Carta de Reclutamiento del Representante de Pacientes y Familia

**DE:** Gerente Clínico

**A:** Paciente de Diálisis en Centro u Hogar, Paciente Trasplantado y Miembro de Familia

**TEMA:** Reclutamiento Continúo de Pacientes o Familiares Representantes para Unirse a las Reuniones de QAPI del Centro

---

El Centro de Diálisis \_\_\_\_\_ se complace en ofrecer a nuestros pacientes/miembros de la familia la oportunidad de unirse a nuestro equipo interdisciplinario en las reuniones mensuales de Garantía de Calidad y Mejoramiento del Desempeño (QAPI por sus siglas en inglés). Durante estas reuniones discutiremos los resultados específicos de nuestro centro y los proyectos que influyen en el trabajo que realizamos diariamente. Al formar parte de este equipo, usted podrá:

- ✓ Contribuir su conocimiento y nivel de experiencia como paciente / miembro de la familia.
- ✓ Asistir a nuestro equipo en el desarrollo de una cultura centrada en el paciente y la familia en nuestro centro.
- ✓ Dirigir la atención de nuestro equipo a áreas de preocupación que impactan la atención del paciente.
- ✓ Proporcionar información sobre la eficacia de las actividades relacionadas con los proyectos y el desarrollo de intervenciones en el centro de diálisis.

Como individuo usted tiene habilidades únicas y comprensión que otros no pueden transmitir. Por lo tanto, en nuestro grupo se le reconocerá como Representante de Pacientes y Familiares del centro. Usted tendrá una voz, y su voz contará donde más importa. Sus contribuciones añadirán un enorme valor a los objetivos que el grupo propone alcanzar.

**Estamos seleccionando al menos dos candidatos para esta posición, si usted está interesado(a) por favor:**

- Repase la “Política de Participación/Membresía del Representante de Pacientes y la Familia”
- Complete el “Formulario de Inscripción del Representante de Pacientes y Familia” y entrégueselo al personal de su unidad lo más pronto posible.

## ¡Sea parte de la acción y haga la diferencia!

Muchas gracias,

---

Gerente Clínico

---

Effective Date: June 2021

Last Review Date:

June 2021

sistencia del Representante de Pacientes y Familia a las reuniones en el centro de garantía de calidad y mejora del rendimiento (QAPI por sus siglas en inglés).

## **REUNIONES**

Las reuniones de QAPI toman lugar una vez al mes, doce (12) reuniones al año. La meta es que el centro tenga, en todo momento, participación activa de por lo menos dos pacientes y/o miembros de la familia representantes en las reuniones mensuales de QAPI. Usted puede alternar la participación mensual con otros representantes.

## **NORMAS DE ASISTENCIA**

El método principal de participación en las reuniones será en persona, pero también estarán disponibles las reuniones telefónicas y de Zoom. Para servir mejor en su rol de representante de pacientes y familiares, debe asistir regularmente a las reuniones programadas de QAPI.

- Se espera que notifique al personal del centro si podrá o no participar de reuniones programadas.
- Si tiene dificultades para asistir a las reuniones programadas, converse con el equipo de QAPI de su centro. El personal puede ayudarle al proveerle opciones.
- Si no desea continuar en su rol, notifíquelo al centro para que puedan reclutar a otra persona.
- Falta de continua participación en las reuniones programadas de QAPI o infracción de lo que debe y no se debe hacer (a continuación) puede conducir a la remoción formal de su rol como Representante de Pacientes y Familia. El centro le proporcionará notificación por escrito informando de su finalización de la tenencia.

---

Para asegurar una discusión positiva y productiva entre los Representantes de Pacientes y la Familia y el equipo interdisciplinario durante las reuniones de QAPI, debe haber un entendimiento común de algunas reglas básicas. Todos deben cumplir con estas reglas cuando participen en reuniones y discusiones de QAPI:

### **HACER**

- ✓ Venga preparado(a)
- ✓ Respete a todo miembro como asociados en pie de igualdad en la toma de decisiones
- ✓ Manténgase informado
- ✓ Trate a los demás con respeto, independientemente del título
- ✓ Siempre escuchen unos a otros
- ✓ Respete el tiempo de los demás
- ✓ Valore opiniones diversas
- ✓ Participe
- ✓ Proporcione comentarios constructivos
- ✓ Aprenda unos de otros
- ✓ Dé las gracias genuinas

### **NO HACER**

- × Piense que sus prioridades son todo lo que importa
- × Se deje llevar por emociones
- × Incite argumentos
- × Participe en señalar o culpar a alguien
- × Tomar la defensiva cuando se le da retroalimentación
- × Interrumpir unos a otros
- × Sea negativo
- × Distraerse con su teléfono, etc.
- × Discuta información específica de paciente

# Formulario de Inscripción del Representante de Pacientes y Familia

Candidato(a)  
es:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paciente de Diálisis en el Centro | <input type="checkbox"/> Paciente de Hemodiálisis en el Hogar |
| <input type="checkbox"/> Paciente de Diálisis Peritoneal   | <input type="checkbox"/> Paciente Trasplantado                |
| <input type="checkbox"/> Miembro de la Familia / Cuidador  |   |

\_\_\_\_\_  
*Nombre*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono de Hogar*

\_\_\_\_\_  
*Celular*

\_\_\_\_\_  
*Email*

Este acuerdo es entre el paciente y/o miembro de la familia candidato(a) y el centro de diálisis.

**Al firmar este acuerdo, el candidato reconoce y acepta:**

- Su participación es voluntaria.
- Estar dispuesto(a) en ser el Representante de Pacientes y Familia del centro y participar en las reuniones de QAPI, ya sea en persona o por teleconferencia.
- El derecho de renunciar al rol de Representante de Pacientes y Familia, pero deberá proporcionar amplio aviso al personal del centro para permitir el reclutamiento de un nuevo representante.
- El personal del centro puede revocar la membresía del candidato en cualquier momento.
- La información del paciente es confidencial y respetará la privacidad de otros pacientes.
- Cumplir con “lo que debe y no debe hacer”

**Por favor lea las siguientes declaraciones (todas deben ser verificadas para ser considerado(a)):**

He leído las responsabilidades de los miembros y la política de participación / membresía y estoy de acuerdo en cumplirlas al máximo de mi capacidad.

Además autorizo a mi centro a usar mi nombre cuando sea necesario en las actas de las reuniones y en informes a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y otra documentación.

Firma del Candidato(a): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Si se selecciona al candidato como Representante de Pacientes y Familia del centro para unirse al personal de las reuniones de QAPI, el personal deberá firmar este formulario.*

\_\_\_\_\_  
Director Médico/Nefrólogo

\_\_\_\_\_  
Gerente Clínico

\_\_\_\_\_  
Trabajador Social

\_\_\_\_\_  
Enfermera a Cargo

\_\_\_\_\_  
Dietista

# Información de Contacto del Network



**Yessi Cubillo**

*Patient Engagement Specialist*

Teléfono: (609) 490-0310 Ext. 2431

[ycubillo@qualityinsights.org](mailto:ycubillo@qualityinsights.org)

---