

República de Cuba
Ministerio de Salud Pública
Hospital Clínico-Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” (HHA)
Comisión para la Aplicación del Manual de Prácticas Médicas del HHA

Proyecto de Desarrollo

PROTOCOLIZACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA

Colectivo de Autores del Hospital Hermanos Ameijeiras

La Habana. Cuba.
2008
Año 50 de la Revolución

PROYECTO DE DESARROLLO

PROTOCOLIZACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA

Autores (*)	Dr. José A. Negrin Villavicencio Dr. Héctor Rodríguez Silva Dra. Dora Galego Pimentel Dr. Delfin Pérez Caballero Dr. René Zamora Marín Dr. Rafael Castellanos Gutiérrez Dr. Harley Borges Muñío Dr. Miguel Estévez del Toro Dra. Yaimí Rosales Mesa Dra. Kenia Rodríguez Martínez
Asesor	Dr. Antonio Enamorado Casanova**

(*) Miembros de la Comisión Para la Aplicación del Manual de Prácticas Médicas (CAMPM) del Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras

(**) Director General del Hospital C.Q Hermanos Ameijeiras

RESUMEN

- Se presenta un Proyecto de Desarrollo con el propósito de contribuir al cumplimiento de nuestro encargo social que es elevar la calidad de la atención médica en forma continua mediante la aplicación de protocolos de actuación asistencial y conocer la evaluación de los resultados de dicha aplicación, y a la vez estimular cuantos aspectos puedan ser beneficiados positivamente con la implantación de este proyecto y facilitar un superior estado político-moral entre los Colectivos de Trabajo que asuman este Proyecto y alcancen o sostengan la honrosa condición de Colectivo Moral.
- Es un producto integral sustentado en conceptos que rigen la calidad asistencial, planifica la protocolización de la asistencia médica, la atención multidisciplinaria, las guías de prácticas médicas e identifica las urgencias selectivas, con el objetivo de llevarlos a planos de excelencia.
- Este proyecto lo consideramos una necesidad del desarrollo de cualquier Institución ante los retos del Siglo XXI, en el que se acepta habrán modificaciones sustanciales en el proceso de brindar y cómo brindar la asistencia médica y ante la evidencia de que los patrones de atención médica muestran variaciones significativas no solo entre países, sino entre escuelas médicas, entre servicios hospitalarios, entre diferentes especialidades e incluso entre especialistas de un mismo servicio.

- Si bien está proyectado para incidir de forma directa en la asistencia médica, hemos podido comprobar que otras esferas muy importantes también pueden ser beneficiadas; tal es el caso de las investigaciones, la docencia de pre y posgrado, las publicaciones, en la organización del trabajo, en el suministro planificado de recursos humanos y materiales, en los costos de la atención provocando una eficiencia y una eficacia superiores y tan necesarias.
- Para el logro de este proyecto se requieren, al mínimo, de dos mecanismos básicos:
 - ⊕ Confección de un Manual de Prácticas Médicas
 - ⊕ Control y evaluación de los resultados, como reto y obligación.
- Consideramos que una de las fortalezas de este proyecto es el Manual de Prácticas que potencialmente muestra numerosos valores:
 - ⊕ Instrumento de trabajo institucional que permite la valoración constante de los resultados de la atención médica
 - ⊕ Actualización de los contenidos y fuente de nuevas investigaciones
 - ⊕ Base material de estudio y consulta
 - ⊕ Sostiene criterios de elaboración, aplicación y evaluación mirando al Siglo XXI
 - ⊕ Motiva el trabajo colectivo, en particular el de los Grupos Multidisciplinarios
 - ⊕ No es documento normativo o dogmático sino favorecedor de “la aplicación del método clínico con excelencia”
- La evaluación tanto de la aplicación del MPM como de los indicadores de calidad debe constituirse en la piedra angular de validación de este proyecto, comenzando estratégicamente por la auto evaluación en cada servicio, controlada posteriormente por la CAMPM y aprobada, finalmente, por la Dirección General del Centro.
- La existencia de una Comisión para la aplicación se hace mandatario para abarcar las tareas que se han señalado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nada será más importante que el empeño cotidiano en elevar la calidad de la atención médica a toda persona que reciba esos servicios de parte de profesionales de la salud cubanos.

Lograr la *excelencia* pudiera ser una adecuada referencia para ese empeño¹, siempre considerando que *la excelencia no se puede alcanzar basada en alta tecnología, es necesaria la concepción de colectivo moral*². De ahí que estos objetivos deben ser el quehacer cotidiano, sin olvidar que *la satisfacción de los usuarios de salud no sólo es un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia*³.

Andar los caminos de la asistencia médica en el Siglo XXI es evidente que exige cambios profundos en cómo lograr esta excelencia.

La formación de nuestros profesionales en base a un currículo que tiene también otras necesidades e intereses que atender, las facilidades de la nueva tecnología médica que interrumpe cotidianamente el pensamiento y discernimiento médico con un buen informe técnico, la informática que nos abruma con su grueso caudal de información científica y no tan científica al decir de grandes evaluadores de este aspecto, la tendencia impropia hacia la supraverticalización generalizada para luego retornar necesitada a la actividad de la interdisciplinariedad, son, entre otros, los factores que conspiran contra la excelencia de la atención médica vista en su más integral contexto y conceptualización.

En igual sentido, baste recordar la situación mundial en cuanto a las grandes amenazas derivadas de cambios climáticos, de escaseces de combustibles fósiles, de guerras locales y otras potenciales a grandes escalas, el precio de los alimentos y, sobre todo, la disponibilidad de alimentos, la formación de recursos humanos para tantos y tantos lugares del mundo que necesitan ayuda y colaboración para lograr una atención médica siquiera básica, la desigualdad del comercio mundial, la voracidad de las grandes potencias, el poder de los monopolios y en particular de aquellos que tienen que ver con la producción de medicamentos.

Y sin embargo, pese a ello, nuestro país, bloqueado, agredido, pobre, pero con logros en la medicina cubana dentro y fuera del país, impensables antes del triunfo de la revolución e inalcanzables para los tantos y tantos países que no están en revolución social, considera que no son suficientes para nuestro Sistema Nacional de Salud, no en términos estrechos económicos o de otra categoría que no sea brindar una atención médica de excelencia.

A ello nuestro Ministro de Salud nos convoca con frecuencia, nos llama a tomar medidas para alcanzar esa cota, esa categoría⁴. En Cuba, el medular componente

social de nuestra medicina (derecho individual y colectivo, gratuidad, empeño por la excelencia, universalización de la atención, la participación del paciente y la familia en su curación, la prevención, etc.), el incremento significativo de la dotación tecnológica y otros pasos dados, es cierto, tampoco nos excluyen de la necesidad y obligación de luchar por la excelencia asistencial.

Estos retos actuales exigen cambios sustanciales en muchos aspectos de la asistencia médica. Debemos admitir que *la evolución de la asistencia médica en hospitales apenas ha sufrido cambios relevantes organizativos y en los métodos de diagnóstico y tratamiento, a pesar de los progresos científicos y tecnológicos*⁵.

Se ha dicho que *es más fácil sentirse "seguro" si no se cuestiona lo que se hace, sin considerar su vigencia. Otros sienten que si aplican los "últimos" procedimientos propuestos "hacen lo mejor", aunque no sepan si lo es. En ocasiones tampoco están muy interesados en saberlo, basta con que sea "novedoso"*. Ambas circunstancias tienen en común la falta de apreciación crítica de las evidencias. El empleo de criterios metodológicos rigurosos para elaborar las conclusiones sobre conductas médicas es el único camino apropiado⁶.

A partir de abril del 2006 el Hospital Hermanos Ameijeiras puso en marcha un proyecto de protocolización de la asistencia en la dirección convocada, y con el ánimo de demostrar críticamente que lo novedoso que se iba a aplicar sería lo mejor luego que el tamiz de la crítica metodológica y los resultados concretos pudieran respaldarlo. Comenzó a fraguarse en octubre del 2004. Hoy, a dos años y medio de aquel acontecer, nos sentimos obligados a mostrarle a nuestros colegas de qué se trata, qué contiene, cual es la vía de aplicación, cómo se controla, qué resultados viene ofreciendo, cómo puede mejorarse aún más.

ANTECEDENTES

Cuando uno revisa la literatura se asombra por la magnitud que ha alcanzado la "idea" de protocolizarlo todo, o mejor aún, "todo parece que está protocolizado. A principios de septiembre del 2008 leímos en un conocido buscador al solicitar protocolos asistenciales, que disponían de 5, 660,000 trabajos que abordaban este tema. Y analizándolo fríamente, es muy deseable que toda actuación –nos referimos en particular al sector de la medicina- esté protocolizada a partir los elementos más comunes que deben poseer estos documentos. Nos recuerda la idea de los "contenedores" aplicados para el traslado de mercancías o productos de un lugar a otro. Hoy todos aceptan que este método ha puesto orden en tal trasiego y permite una organización del trabajo que termina en la evaluación de su eficiencia, en particular en términos económicos.

Sin embargo, hay acuerdo prácticamente unánime de que *"la buena práctica" hace referencia a unos criterios de actuación que son considerados como óptimos para alcanzar unos determinados resultados y que "la buena práctica está formada por un conjunto de declaraciones que representan las prácticas deseables que se recomiendan con un fin determinado y con el propósito final es que se implanten*

de modo generalizado y que produzcan una unificación en los criterios de intervención".

Según esto, al hablar de Buena Práctica, hacemos referencia a la calidad del Servicio y la calidad hay que entenderla en relación a la capacidad del Servicio para satisfacer las necesidades de sus clientes. Otro factor importante es el *grado de adecuación del servicio que se ofrece a los conocimientos técnicos y experiencias actuales sobre el tema*, siempre recordando que la selección de la mejor práctica demanda experiencia, necesita de la ciencia constituida, el apoyo de las investigaciones previas y el intercambio con la literatura médica internacional.

Nuestra Comisión se acercó más al *protocolo de tratamiento*, documento muy usado en Medicina, que contiene información que sirve como una guía de tratamiento de situaciones específicas o patologías relevantes y que, conceptualmente, incluye:

- Una **justificación** de la generación del protocolo.
- Un conjunto de **definiciones operacionales** de los datos clínicos que van a servir de sustento al protocolo.
- Un **algoritmo de actuación** para cada caso posible y representativo en la presentación de la enfermedad.
- Un **listado de los medicamentos a usar** para el tratamiento de la patología en cuestión.
- Una **descripción de la actuación** del personal de salud en cada caso descrito por el algoritmo, incluyendo los exámenes auxiliares a solicitar y los medicamentos a usar, incluyendo las dosis, frecuencias y consideraciones especiales.
- Observaciones particulares para el caso de embarazo, pacientes pediátricos, ancianos, inmunodeprimidos, insuficiencia hepática o renal, diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o cualquier otra patología relevante.
- Referencias Bibliográficas.

De manera que en estos momentos la tendencia generalizada está dirigida a "protocolizar" todo tipo de actividades. En el sector de la medicina se refieren a homogenizar la atención y nunca a establecer una "norma" que históricamente han derivado hacia una "forma" y hacia un dogmatismo asistencial.

JUSTIFICACION DEL PROYECTO

Se acepta que entre las modificaciones sustanciales en el proceso de brindar y cómo brindar la asistencia médica en el Siglo XXI estarán cuestiones muy destacadas como las siguientes⁷:

- Los modelos de gestión hospitalaria
- La toma de decisiones basadas en evidencias científicas

- La construcción de Bases de Datos para valorar resultados objetivos de estándares de la atención a pacientes
- Fortificación de la relación médico-paciente-familia
- Papel más activo y participativo del paciente en su curación
- La aplicación de técnicas médicas de avanzada, en un curso indetenible
- Las decisiones estarán basadas fundamentalmente, en evidencias científicas
- Apoyo de los adelantos en el campo de la informática
- Intercambio de información, de tecnología, y otros resultados

Tampoco es menos cierto que los patrones de atención médica muestran variaciones significativas no solo entre países, sino entre escuelas médicas, entre servicios hospitalarios, entre diferentes especialidades e incluso entre especialistas de un mismo servicio y en el mismo médico ante diferentes pacientes.



Si bien los estándares de atención se apoyan en la aplicación de una técnica médica de avanzada, siempre estaremos atentos a que tal aplicación no llegue a destruir la esencia humana de la medicina ni que una sobrevaloración de la función de la tecnología provoque menosprecio del interrogatorio y el examen físico, o deterioro de la relación médico-paciente.

¿En qué consiste el producto?

Recibida la orientación, nuestra Institución decidió resueltamente, seleccionar la **mejor práctica** para el proceso de atención médica, a partir de las experiencias acumuladas en nuestra institución, investigaciones previas o elementos de ciencia constituida por consenso en la literatura médica internacional y con ello elaborar un programa de garantía de la calidad para medir, asegurar y mejorar la atención

médica, en forma continua, empleando para ello el formato de protocolos de actuación asistencial.

La buena práctica

De manera que se hace evidente que hay que sustituir la medicina terapéutica o sanadora, que se realiza a través de un ejercicio médico basado en el binomio **ensayo/error**, por la selección de la "**mejor práctica**".

Y qué es la buena práctica clínica sino la aplicación del método clínico con excelencia. Baste recordar que la **mejor práctica** se selecciona tomando en cuenta estos 4 fundamentales y obligados aspectos:

- Experiencia
- Ciencia constituida
- Investigaciones previas
- Literatura médica internacional

Por tanto, lo primero que debemos hacer es identificar cuál es el patrón asistencial a que aspiramos. En el siguiente esquema está representado nuestro pensamiento:

Patrón asistencial a que aspiramos



Estas realidades ponen de manifiesto la importancia de establecer modelos de atención médica que sean capaces de enfrentar en forma científica, definiciones de

estructuras, procesos y resultados y, a la vez, que sean capaces de alcanzar los objetivos asistenciales que se persiguen, en términos de la mejoría en la calidad de la atención, resultado del tratamiento y reducción de los costos.

Condiciones de aplicación y uso

Existen sobradas razones para suponer que la justificación de aplicar este proyecto en nuestro país, con nuestras condiciones, nuestra ideología, nuestra ética socialista y la organización de nuestra sociedad, no tiene nada que ver con acciones en igual dirección que emprenden otros países, otras instituciones en busca de un abaratamiento de la asistencia como punto referencial, una atenuación o solución de determinadas demandas que puedan surgir por parte del paciente, sus familiares o cualquier compañía aseguradora.

Como se acaba de exponer, buscamos la mejoría en la calidad de la atención antes que todo, aspiramos a los mejores resultados posibles del tratamiento y necesitamos una reducción de los costos de la atención que brindamos gratuitamente.

No deja de ser necesario en cualquier actividad de nuestro Sector de la Salud, y en cualquier Unidad de nuestro Sector. Pero existen reglas o realidades que obligarán a particularizar su aplicación.

- Ante todo el universo de atención (en Cuba, en una colaboración, en una prestación de Servicios) marca las diferencias iniciales.
- El potencial hospitalario en términos de nivel asistencial (I Nivel, II Nivel y III Nivel).
- Los recursos humanos y materiales de que dispone.
- El estado actual de la estructura, su organización de trabajo, sus líderes para enfrentar y continuar esta tarea.

Esto alerta a plantear que no será conveniente ni beneficioso extrapolar una experiencia determinada de una Unidad, no ya de diferentes niveles, sino incluso de igual nivel. Todos sabemos en que puntos coinciden y en los numerosísimos en que difieren.

Finalmente, sería tan erróneo no elaborar este proyecto adecuado a las reales posibilidades, como si no se aplica, si no se introduce, si no se institucionaliza, si no es incorporado por el sector médico y de enfermería, técnicos, auxiliares, y, sobre todo, los Jefes de Servicio. No hace falta hacer algún comentario en el supuesto de que no se lleven a cabo evaluaciones sistemáticamente.

FUNDAMENTO TEORICO

Para sustentar un cambio asistencial lo primero que se exige es conceptualizar las razones que nos sostienen, que nos impulsan. Ya quedó bien definido que el objetivo final es garantizar la calidad asistencial y de evaluar periódicamente lo que

hacemos y cómo lo hacemos, como lo demanda toda actividad científica: planificación, ejecución, controles o evaluaciones.

Premisas conceptuales

Calidad

- Maximiza el bienestar del paciente teniendo en cuenta el balance entre ganancias y pérdidas esperadas. En la práctica es el tratamiento capaz de lograr el mejor equilibrio entre beneficios de salud y riesgos, incrementando la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduciendo los no deseados...
- Expresa el máximo de bienestar del paciente
- Enuncia el logro de un mejor equilibrio de la salud
- Formula la probabilidad de resultados deseados

Eficiencia

- Resultado posible de un máximo de productividad alcanzable a partir de un volumen de recursos determinado o disponible.

Eficacia

- Efecto de determinada acción con el objetivo de perfeccionar la atención.

Efectividad

- Objetiva la medida del impacto que un procedimiento logra sobre la salud.

Indicadores

- Variables con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizadas para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla.

Los indicadores deben cumplir, al menos, con estas cuatro características:

- **Validez:** reflejará los aspectos de la calidad para el que se creó, no para otros aspectos
- **Confiabilidad:** debe lograr iguales resultados en iguales circunstancias
- **Comprensibilidad:** debe dejar claro qué aspecto de la calidad aspira a reflejar
- **Sencillez:** al administrarlo, al aplicarlo y al explicarlo

Indicadores estandarizados

- Casi todos los resultados (en términos de mortalidad, complicaciones, reingresos, estadía, etc.) dependen del tipo de paciente atendido y no solamente de la calidad y eficiencia de la atención prestada.
- Deberá sustentarse sobre:

- ⊕ Una buena fuente de datos
- ⊕ Buenos recolectores
- ⊕ Confidencialidad sobre el paciente
- ⊕ Monitorización de la calidad de atención médica y hospitalaria
- El estándar (“que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia”) es un indicador cuyo resultado o valor actúa como modelo que permite compararlo con un resultado determinado. Pero para confeccionarlo es necesario tener en cuenta numerosos parámetros sin los cuales la comparación sería relativa o falsa; en ese entorno está el tipo de paciente, la enfermedad que presenta, el estadio, el tipo de complicaciones detectadas, etc. Ello hace necesario acudir al apoyo del bioestadística para procesar adecuadamente las diferentes variables. Cuando tomamos como referencia un estándar internacional siempre debemos conocer previamente si los parámetros tomados en cuenta para formularlo coincide con los nuestros.
- Si no está disponible el bioestadístico recuerde que, en el sector de la salud, para establecer un estándar, que inicialmente pudiera llamarse PLAN o propósito de obtener un resultado determinado (porque aún no es realmente o no puede ser un estándar), se exigen conocimientos profundos en:
 - ⊕ Medicina
 - ⊕ Administración de Salud
 - ⊕ Estadísticas
 - ⊕ Epidemiología
 - ⊕ En otras especialidades

Si esa es la situación, le sugerimos que actúe en esta dirección:

- ⊕ Tómese el tiempo necesario, reflexione y calcule realísticamente el estándar (PLAN) que aspira obtener y si da respuesta a los objetivos propuestos en su PA.
- ⊕ Tome en consideración los estándares internacionales, nacionales, institucionales, la opinión de sus compañeros y los propuestos en su PA antes de hacer su Plan.
- ⊕ Propóngase límites de cumplimiento o incumplimiento sin ánimos de auto-complacencia.

De esta manera, válida la licencia solo para la etapa de puesta en marcha del proyecto, el llamado PLAN sería el mejor resultado a que se aspira lograr al aplicar el protocolo asistencial (PA) en aspectos de estructuras, procesos y, en especial, en los de resultados ajustados a las condiciones locales y la materia de que se trate.

Indicadores de calidad

En nuestro proyecto expresaremos la calidad mediante la evaluación del cumplimiento de los indicadores de estructura, procesos y resultados:

- **Indicadores de estructura**

- ⊕ Miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos. Miden el estado de los recursos para prestar servicios de calidad
- ⊕ Son de evaluación casi siempre fácil, rápida y objetiva pues engloban una serie de características estáticas y previamente establecidas para conseguir una calidad determinada para un momento dado.
- ⊕ La estructura más perfecta no garantiza la calidad

Diferentes indicadores de estructura en función de un protocolo específico

- **Recursos humanos** o estructura ocupacional (*staff*)

Se refiere al personal con que se cuenta para la aplicación del contenido de un protocolo determinado. Sus cuatro elementos básicos lo son:

- ✧ Médicos, estomatólogos, máster, licenciados, ingenieros, etc.
- ✧ Personal de enfermería
- ✧ Personal técnico en diferentes especialidades
- ✧ Personal no técnico auxiliar

Todos deben estar especializados, verticalizados o entrenados en las demandas asistenciales que determinan los diferentes aspectos constitutivos del protocolo asistencial (diagnóstico, investigaciones, tratamiento, etc.)

- **Recursos materiales** o estructura material

Se refiere a

- ✧ Equipos médicos (fijos/móviles)
- ✧ Equipos no médicos (fijos/móviles)
- ✧ Estudios de diferentes laboratorios (reactivos y similares)
- ✧ Disponibilidad de suturas específicas
- ✧ Disponibilidad de prótesis específicas
- ✧ Soluciones de irrigación relacionadas
- ✧ Disponibilidad del material gastable o desechable
- ✧ Otros recursos materiales

- **Recursos organizativos** o estructura organizacional

- ✧ Planilla de Recolección de Datos (PRD)

- ✧ Base de Datos (preferentemente digital)
 - ✧ Estructura administrativa que organiza las tareas a cumplir programadamente (consultas, turnos quirúrgicos, etc.)
 - **Recursos financieros** o estructura financiera, de los que progresivamente nos ocuparemos porque tal aspecto debe ser tenido en cuenta con el mayor interés y el mayor rigor posible.
 - Otros aspectos estructurales (Ver Anexo 1)
- **Indicadores de procesos**
 - ⊕ Miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente.

Los indicadores de procesos en función de un protocolo asistencial específico pueden abarcar los diferentes grupos de pasos que conllevan las siguientes actividades:

 - Preingreso, ingreso
 - Diagnóstico
 - Tratamiento
 - Prealta, posalta
 - Paciente-familia-equipo de salud
 - Llenado de los documentos o formularios (Ver Anexo 2)
 - **Indicadores de resultados**
 - ⊕ Miden aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud de los pacientes, actual o potencial.
 - ⊕ Miden el impacto de los procedimientos y expresan la efectividad en la aplicación del protocolo asistencial para seleccionar la "mejor práctica"
 - ⊕ Dependen de interacción con otros factores; por ejemplo, mezcla de pacientes, gravedad de la enfermedad, etc.
 - ⊕ Permiten deducir procesos y estructuras.
 - ⊕ No evalúan directamente la calidad de atención
 - ⊕ Mejor comprendidos por pacientes y público

Los indicadores de resultados en función de un protocolo específico pueden abarcar los diferentes grupos de acciones que conllevan las siguientes actividades:

 - ⊕ Resultados quirúrgicos en el pre, trans y posoperatorio
 - ⊕ Resultados de los tratamientos impuestos (exitosos, fallidos, morbilidad, mortalidad, etc.)

- ⊕ Complicaciones a un tiempo determinado (incidencia, sepsis, indicadores centinelas, etc.)
- ⊕ Seguimiento a un tiempo determinado (sobrevida, secuelas, discapacidades, etc.)
- ⊕ Indicadores de tasa (recidivas, toxicidad, complicaciones, y otras)
- ⊕ Satisfacción (adhesión al tratamiento, encuestas, y otras) (Ver Anexo 3)

Hasta aquí hay suficientes elementos expuestos para admitir que estamos hablando de aspectos que conocemos, que rozamos a diario, pero que no son sistematizados o instrumentados para que incidan en el trabajo diario. Por ello es comprensible que el Proyecto necesite, para poder ejecutar estas ideas y aplicar y evaluar estos conceptos de dos estructuras organizativas imprescindibles:

- El Manual de Prácticas Médicas (MPM), y
- La Comisión para la aplicación del MPM y la evaluación de los resultados.

OBJETIVOS DEL PROYECTO DE DESARROLLO

- Elaborar un programa de garantía de la calidad para asegurar y mejorar la atención médica en forma continua mediante la aplicación de protocolos de actuación asistencial y conocer la evaluación de los resultados de dicha aplicación.
- Estimular cuantos aspectos puedan ser beneficiados positivamente con la implantación de este proyecto (docencia, investigaciones, superación, etc.)
- Facilitar un superior estado político-moral entre los Colectivos de Trabajo que asuman este Proyecto y alcancen o sostengan la honrosa condición de Colectivo Moral.

MATERIALES Y METODOS (PROCEDIMIENTOS)

Para dar respuesta a estos objetivos y necesidades a finales del 2004, la Dirección del Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras (HHA) convocó a un grupo de 15 Profesores de alta experiencia académica y asistencial, muchos de ellos Profesores de Merito, Doctores en Ciencias, Profesores Titulares y Profesores Consultantes, a constituirse en Comisión, presidida por los doctores José A. Lloréns Figueroa[†] y Héctor Rodríguez Silva, para, con la debida metodología, instaurar un modelo asistencial basado, conceptualmente, en la aplicación de las "mejores prácticas médicas" y con el requisito novedoso de que los resultados de este trabajo fueran evaluables, constituyéndose de hecho en un **proyecto de desarrollo** al cumplir los requisitos metodológicos establecidos:

- Sello distintivo: está orientado hacia la obtención de productos tangibles, acompañados de la evaluación de sus propiedades.

- La importancia o el peso relativo que atribuimos en el proyecto a la obtención de los productos y la evaluación de sus atributos, determina, finalmente que se trata de un proyecto de desarrollo.

Esta Comisión, subordinada al Director del Hospital, y con un profundo contenido de asesoramiento, con objetivos generales y específicos propios, también se convirtió en útil complementación de las diferentes tareas que llevan a cabo los Comités de la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC).

El método utilizado por la comisión partió con la definición de las misiones asistenciales, docentes e investigativas que se replantearon a la Institución. La instrumentación se sustentó en la creación de los protocolos asistenciales, en la agrupación de los mismos en Grupos Multidisciplinarios, Urgencias Selectivas y Guías Prácticas y conformando con esta documentación un Manual (Manual de Prácticas Médicas del HHA) poseedor, a la vez, de la metodología de implantación y evaluación de indicadores de calidad capaces de analizar la estructura, los procesos y los resultados obtenidos. A la vez, elaboró la metodología necesaria para asegurar la disponibilidad de los recursos que garanticen la ejecución de los protocolos. Se decidió iniciar su aplicación coincidiendo con la reapertura del Centro luego de terminada su reparación capital; oficialmente esa fecha resultó el 1º de abril del 2006.

Consideramos que el mayor reto a enfrentar por la Comisión siempre será lograr, ante todo, que tanto el Jefe de Servicio como su colectivo, interioricen, apoyen, controlen y evalúen esta actividad sistemáticamente.

Comisión para la Aplicación del Manual de Prácticas Médicas

INTRODUCCIÓN

Nuestro Hospital se ha propuesto alcanzar la condición de Centro de Excelencia como respuesta coherente a las necesidades de nuestro país en la esfera de la salud y con el esfuerzo de revitalización que se llevado a cabo en el Sistema Nacional de Salud.

La institución ha considerado que con el inicio oficial de la aplicación del proyecto de protocolizar la asistencia se coloca en mejores condiciones para poder dar respuesta a una asistencia cargada de motivaciones, retos y complejidades, a la luz de esta preparación científica previa.

También se ha hecho evidente la necesidad que tiene, luego de haber planificado esta actividad y de iniciar su aplicación, de ejercer una "monitorización" constante del ritmo y profundidad de su ejecución y otros aspectos no menos importantes como son la identificación y evaluación del impacto que debe determinar sobre áreas tan sensibles como la calidad asistencial, la docencia, y la investigación.

En igual sentido, se hace necesario controlar cómo se lleva a cabo la aplicación del Manual de Prácticas Médicas (MPM); cuánto se parece cómo se hace a lo planificado según se recoge en los indicadores de control. Es bueno enfatizar que sólo será

controlable lo que sea factible controlar, con lo cual se soslaya cualquier subjetividad.

OBJETIVOS DE LA COMISIÓN

Generales

- Confeccionar e implementar la metodología que permita a los respectivos Servicios y Departamentos iniciar la aplicación y conocer la progresión de la implantación del Manual de Prácticas Médicas (MPM) en lo que corresponda a su esfera asistencial.
- Controlar el proceso de aplicación del MPM, sobre la base de la factibilidad, apoyándose fundamentalmente, en la comparación de los resultados propuestos en los indicadores de autocontrol, contenidos en los documentos, y los resultados reales obtenidos.
- Controlar la evaluación de los protocolos Asistenciales, los Grupos Multidisciplinarios y las Urgencias Selectivas que correspondan al Servicio o Departamento evaluado y conocer el impacto que tienen sobre la estructura organizativa asistencial.

Analizar el comportamiento de los recursos humanos y materiales y el impacto, positivo o no, tanto en la aplicación como resultados del protocolo. Atención e interés a la dimensión ética de la garantía de la calidad

- Perfeccionar el MPM y la propia Comisión para la Aplicación del MPM (CAMPM) mediante evaluaciones sistemáticas de los resultados obtenidos, inclusión de nuevos protocolos, publicaciones, informes, etc.

Específicos

- Garantizar el modelaje de apoyo a la evaluación de los indicadores (Planilla de Recolección de Datos o PRD)
- Fomentar la elaboración de la Base de Datos para el análisis de los datos de las PRD.
- Elaborar recomendaciones a la Dirección
- Aportar información a las estructuras que analizan costos y eficiencia
- Aportar y recibir información que proceda de la interrelación con diferentes comités del OUC para facilitar elaborar recomendaciones a la Dirección

FUNCIONES DE LA COMISIÓN

La CAMPM debe realizar numerosas funciones:

- Divulgar a todo el personal facultativo del Hospital las características del Proyecto Asistencial.
- Supervisar la metodología que utiliza cada Servicio para la aplicación de sus respectivos protocolos analizando, a su vez, el ritmo de introducción en el

contexto asistencial y la identificación precoz de cualquier desvío de los propósitos expresos en el protocolo.

- Recomendar al Servicio las medidas que considere necesarias para elevar la utilización de los protocolos que garanticen el mejor estudio y tratamiento del paciente.
- Brindar la plena colaboración al Jefe de Servicio para identificar precozmente cualquier desvío de los propósitos de cada protocolo en caso de una aplicación no fiel a lo redactado, las razones para ello, las consecuencias, etc.
- Proponer a la Dirección las rectificaciones que considere oportuno recomendar en cuanto a medidas que pudieran contribuir a una mejor aplicación del MPM, aspectos a analizar. En igual sentido la Comisión enviará al Director cuantas sugerencias considere necesario realizar.
- Analizar de conjunto con el Jefe de Servicio los indicadores de resultados reflejados en cada protocolo. De ser necesario redactar, complementar, perfeccionar estos indicadores en las primeras etapas de aplicación.
- Determinar un conjunto de indicadores generales que permitan demostrar objetivamente mediante los controles imprescindibles, el cumplimiento de la aplicación del MPM.
- Mantener abastecido a los Servicios con los diferentes Modelos confeccionados para los protocolos (PRD), controlando las solicitudes y despachos.
- Confeccionar el calendario de controles y evaluaciones que se le aplicarán a los diferentes Servicios y Departamentos y darlos a conocer a ellos en el marco más idóneo posible.
- La CAMPM plasmará en un informe breve y conciso las conclusiones de los resultados obtenidos, desglosando, si fuera necesario por Servicio en caso de estar presentes situaciones sobresalientes de cumplimiento o incumplimientos enviando el original a la Dirección.
- La Comisión dará cumplimiento a cuantos informes solicite el Director.

El Director se reunirá con el Presidente (y los miembros) de la Comisión al menos una vez por mes o tantas veces como considere necesario.

Manual de Prácticas Médicas

Definición

Es un compendio de protocolos asistenciales, convenientemente agrupados, redactados por médicos especialistas de un servicio determinado en base a su reconocida experiencia personal en el tema y con el concurso de su colectivo, que luego de su aprobación, se constituye en un documento metodológico de trabajo para todo el personal médico de la Institución. Con frecuencia la terminología aplicada a este concepto es el de Guías de Buenas Prácticas.

El contenido del Manual de Prácticas Médicas (MPM) nunca estará por encima de la autoridad del especialista, y tampoco son una "forma". Tienen un carácter dinámico y modificable de acuerdo con las investigaciones y los resultados de sus aplicaciones, lo que permitirá contrarrestar cualquier viso de dogmatismo. No se trata de un documento estático sino, por el contrario, cada evaluación pudiera determinar cambios en los contenidos.

Estará disponible permanentemente (vía Intranet, vía CD-ROM, impreso por servicios), y será entregado a todo personal nuevo que se incorpore al servicio para incorporarse a su aplicación. De hecho se constituye en base material de estudio y elemento básico en la docencia de posgrado.

Protocolos asistenciales

Definición

La palabra protocolo viene del latín *protocollum*, definido como un "*plan escrito y detallado de un experimento científico, un ensayo clínico o una actuación médica*". En base a esa definición, llamamos *protocolo asistencial (PA)* al documento que aborda y recoge toda una serie de aspectos sobre un tema o técnica determinada que posteriormente será evaluado mediante el análisis de los resultados de sus indicadores con lo se podrán medir aspectos de la calidad de atención médica en forma continuada.

Enfermedades a protocolizar

Seleccionar las enfermedades a protocolizar es un ejercicio de alta responsabilidad. Se inicia en el Servicio, que inicialmente debe orientarse hacia las siguientes vertientes:

- Definición de las misiones y funciones del hospital
- Selección de enfermedades dentro de las diez primeras causas de muerte del país que serían motivo de atención médica
- Selección de otras enfermedades frecuentes
- Selección de enfermedades menos frecuentes con particularidades para una atención priorizada
- Otros criterios que sustente el Servicio y la Institución

Todas las proposiciones se revisaron minuciosamente por un Comité Asesor para lograr el mayor grado de calidad en cada uno de los protocolos.

Estructura y composición de los PA

Cada protocolo consta de diferentes secciones, normadas previamente en su contenido. Así tenemos:

- **Titulo:** Debe tener el menor número de palabras que describan de forma adecuada el contenido del protocolo. No debe contener abreviaturas ni jerga.

- **Introducción:** La finalidad de esta es suministrar los suficientes antecedentes y los elementos que justifiquen la racionalidad de aplicar dicho protocolo. Debe referirse el problema médico tratado y el volumen de enfermos que se estima deban incluirse en dicho protocolo, así como la dimensión multidisciplinaria que se necesita para su abordaje. No debe faltar una clara referencia a la existencia de variaciones significativas en los patrones de la práctica clínica, las razones para elegir un protocolo determinado y de qué forma se espera que su empleo facilite aplicar las mejores pautas que permitan una mejoría de la calidad y una reducción de los costos.
- **Objetivos:** Deben establecerse los que se persiguen en términos de mejoría en la calidad de la atención, resultados del tratamiento y reducción de los costos. Los objetivos deben convalidar los aspectos esenciales del problema, ser simples y fáciles de medir.
- **Desarrollo:** La redacción cuidadosa de este acápite es el núcleo esencial del protocolo ya que en él se concentra en el desarrollo de las estructuras y los procesos que definen los indicadores apropiados para la evaluación del protocolo, por tanto este aspecto recibirá la máxima atención por la jefatura del servicio. En él se deben definir con claridad la estructura asistencial, tanto en recursos materiales como humanos, así como la participación de cada profesional y servicio implicado.
 - ⊕ Estructura asistencial básica necesaria
 - Recursos humanos
 - Recursos materiales
 - ⊕ Participación de cada profesional y servicio implicado.
 - ⊕ Procesos asistenciales obligados (criterios): deben describirse siguiendo un orden cronológico. Las técnicas, metodologías, dosis de medicamentos y otras particularidades deben quedar bien detalladas y sin elementos ambiguos, de forma que la metodología de trabajo pueda comprenderse y aplicarse por todos los miembros del equipo asistencial, al momento del:
 - Diagnóstico
 - Tratamiento
 - Seguimiento
 - Pronóstico
- **Evaluación y control del protocolo:** Es obligado establecer indicadores apropiados para esta evaluación. Por ello deben seleccionarse, fundamentalmente, aquellos que permitan valorar estructura, procesos y resultados. La evaluación constituye la base de éste como instrumento de trabajo que permite valorar los indicadores de estructura y proceso para conocer hasta

qué punto se cumplen los lineamientos establecidos por el protocolo y detectar las principales violaciones. Los indicadores de resultados permitirán conocer el impacto que tiene la estructura organizativa asistencial en el problema de salud abordado.

- **Información a pacientes y familiares:** Significa
 - ⊕ Suministrarles la información general sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad
 - ⊕ Informarles sobre los procedimientos a los que debe ser sometido.
 - ⊕ Solicitar su consentimiento informado para realizarlos y que, en los casos necesarios, y sólo cuando se trate de procedimientos riesgosos, se orienta realizar el consentimiento informado por escrito.
 - ⊕ Debe quedar explícita al alta del paciente una información detallada sobre los siguientes acápites:
 - Confirmación del diagnóstico
 - Resultados del tratamiento impuesto, el pronóstico y el seguimiento que debe seguir.
 - Tratamiento a seguir al alta
 - Pronóstico
 - Mecanismo para el seguimiento
 - Diseñar, en el caso de las enfermedades crónicas, un folleto explicativo (en forma de plegable) sobre la enfermedad o grupo de enfermedades afines.
- **Bibliografía:** No tiene que ser extensa, pero si debe estar actualizada e incluir las referencias relevantes sobre el tema. Se enumeran correlativamente por orden alfabético según el formato de referencia adoptado por el *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*.

En este punto se hace obligado recordar que la estructura organizativa de un protocolo asistencial difiere sustancialmente en objetivos y métodos del protocolo de investigación. Para hacer las modificaciones es necesario presentarlo a la Comisión Científica del Centro y, de ser aprobado, al Departamento de Investigaciones y Bioestadísticas. Razonablemente, el ejercicio de la protocolización asistencial facilita el ejercicio de la investigación.

Agrupación asistencial de los protocolos

Los protocolos asistenciales pueden ser aplicados a pacientes atendidos en régimen ambulatorio o ingresados, en el contexto de trabajo del servicio o parcialmente, en toda la institución. En nuestra **Institución** lo hemos utilizado agrupados bajo ciertas reglas o principios:

- **Protocolos asistenciales**

- ⊕ También conocidos como Guías de Buenas Prácticas, Protocolos de Asistencia Médica, etc. han sido desarrollado para la atención de un grupo de enfermedades seleccionadas como ya fue explicado anteriormente. Los distinguen la estructura del contenido y el sistema de evaluación.

- **Guías Prácticas**

- ⊕ También nominadas como Procedimientos Técnicos, estos documentos deben expresar una “ruta crítica” de los pasos a seguir que son de obligatorio cumplimiento para el personal profesional y técnico que participa en cada proceder. Las caracterizan un diseño más sencillo, no llevan objetivos, ni evaluación y control, pero sí el desarrollo tal y como fue establecido para los protocolos.

- **Grupos Multidisciplinarios**

En los hospitales con numerosas especialidades se hace necesario constituir una red asistencial bien organizada, para lo cual se han diseñado los grupos multidisciplinarios, alguno de los cuales ya tienen una experiencia de trabajo en la institución; sus requisitos de integración deben estar bien fundamentados.

Debemos recordar que en el devenir histórico hubo un proceso analítico, que entre otras cosas, desarrolló grandemente cada especialidad, contribuyendo también a un distanciamiento entre ellas y al enfoque integrador; más recientemente se produce la necesidad de pasar a un proceso sintético buscando ese enfoque integrador necesario para un enfrentamiento correcto a la investigación, a la educación y a la práctica profesional.

En este sentido, se hacen grandes esfuerzos por desarrollar programas de atención al hombre sano o enfermo con carácter multidisciplinario e interdisciplinario.

La **multidisciplinarietà** se logra con la formación de un equipo constituido por varias especialidades, donde cada una aporta sus conocimientos, sus técnicas, en un esfuerzo común dirigido a:

- ⊕ Un problema complejo de salud
- ⊕ Una enfermedad que requiere una atención multilateral
- ⊕ Entidades de diagnóstico o tratamiento difíciles
- ⊕ Entidades que constituyan, por su morbilidad o mortalidad, una prioridad de la organización de salud.

Cada especialidad conserva su personalidad y más que una coordinación se produce una integración estrecha, con intereses comunes, donde los conocimientos se refuerzan y se ajustan a las necesidades del hombre sano o enfermo.

Generalmente una de las especialidades se comporta como rectora o dirigente del equipo, y **precisa de la utilización de protocolos de actuación**. En el contexto más simplificado de la conceptualización, la **multidisciplinariedad** determina un acercamiento de las especialidades con fines comunes, produciéndose un intercambio por contacto, que no logra permear las barreras de las especialidades, aunque sí la comprensión recíproca.

Cuando el intercambio entre dos o más especialidades logra penetrar mutuamente y comienzan a unificarse conceptos y sobre todo métodos de trabajo, comienza a producirse un fenómeno de integración profunda, que identificamos como **transdisciplinariedad** y que concluye con el nacimiento de una nueva disciplina o especialidad.

Por otra parte, el fenómeno de **interdisciplinariedad** comporta más bien una interrelación dialéctica. Las disciplinas actuantes son elementos de un sistema en movimiento con un alto grado de interconexión e integración, pero sin perder la personalidad de cada una de las especialidades. Este modelo es el más difícil de obtener, porque necesariamente todas sus expresiones está determinadas, sustancialmente, por las peculiaridades del objeto, de los medios y métodos, de las condiciones de la investigación y del estilo de pensamiento de las especialidades participantes.

En el orden práctico los Grupos Multidisciplinarios se constituyen en formas asistenciales muy eficaces para enfrentar enfermedades o grupos de enfermedades con alta prevalencia en el país y que constituyan un “problema” para la población y la organización de salud pública, o que representen intereses diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad.

Nuestra experiencia

Inicialmente nuestro primer MPM contó con 501 protocolos, hecho histórico asistencial, y que a dos años de aplicación incrementa en 130 trabajos, hasta un total de 631, fuerte evidencia de que el proyecto ha logrado ser incorporado al quehacer asistencial.

Inicialmente fueron constituidos o revitalizados 21 Grupos Multidisciplinarios. Varios de ellos funcionaban prácticamente desde la inauguración de la Institución; por ejemplo, cáncer de mama, trasplante renal, hipertensión arterial, trasplante de corazón, y otros, pero los protocolos que los apoyaban eran protocolos de investigación.

Sobre la marcha apreciamos que uno no pudo funcionar por problemas en los recursos materiales y otro exigió una revisión conceptual de sus objetivos y contenido, que aún no ha concluido.

En los dos últimos años el número se ha ido incrementando luego de cumplimentar diferentes fases de aprobación:

⊕ Del Servicio

⊕ De la CAMPM

⊕ De la Dirección General de la Institución

La principal motivación fue ayudar a enfrentar entidades que constituyeran “un problema de salud” para nuestra población y nuestra Organización. Otra importante motivación fue la de dar respuesta a actividades complejas como la de trasplantes de órganos y otras, ganar en experiencia para constituirse en referencia.

Los GMD actualmente activos son:

Grupos multidisciplinarios del HHA

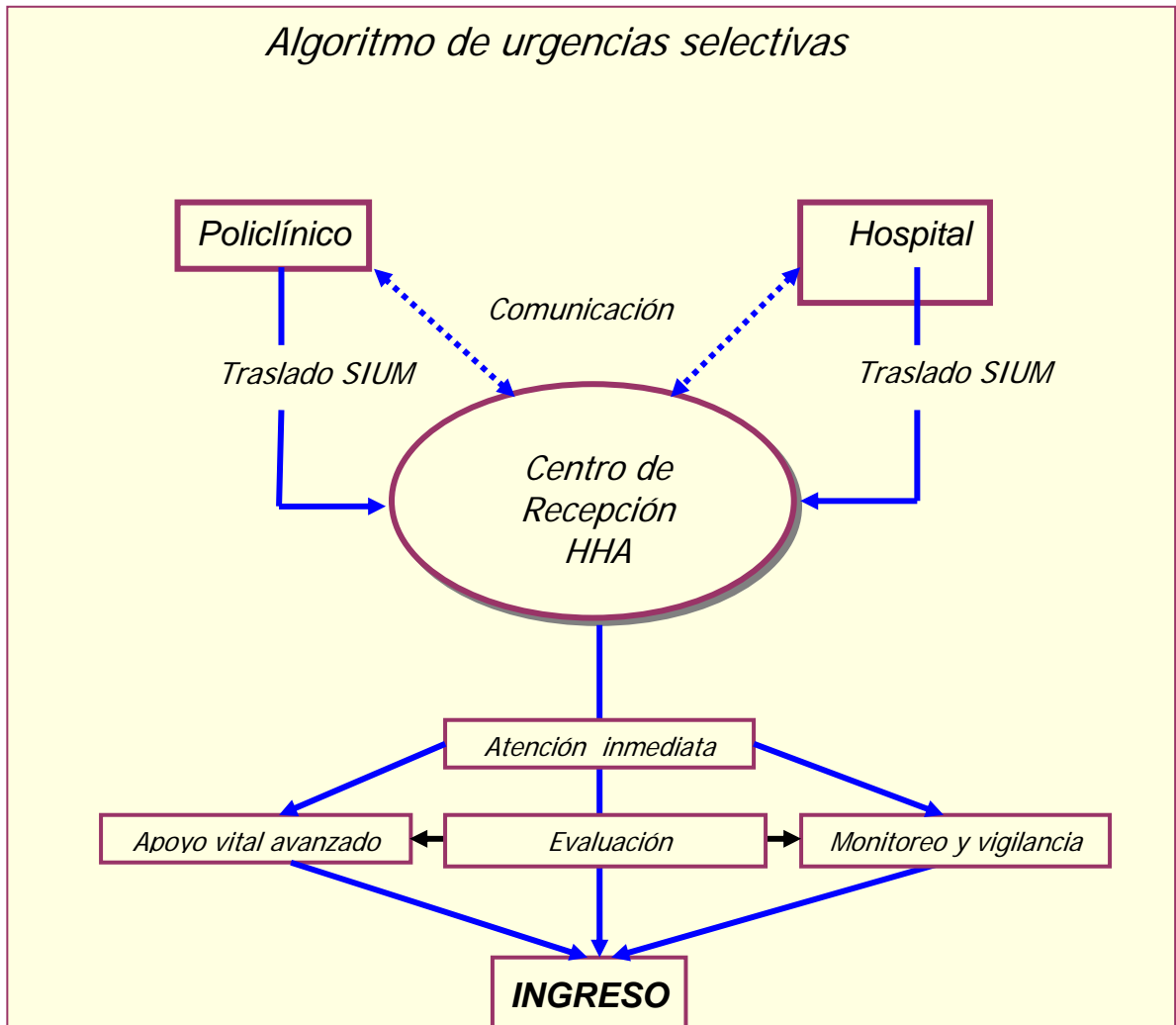
- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Tumores de cabeza y cuello | 14. Cardiopatía isquémica |
| 2. Cáncer de colon y recto | 15. Trasplante de corazón |
| 3. Cáncer de mama | 16. Trasplante órganos abdomen |
| 4. Cáncer próstata | 17. Trasplante renal |
| 5. Cirugía de base de cráneo | 18. Disfunción sexual masculina |
| 6. Cirugía ortognática | 19. Cáncer de pulmón |
| 7. Diabetes mellitus | 20. Muerte encefálica |
| 8. Lesiones hepatobilpancreáticas | 21. Enfermedades del sueño |
| 9. Enfermedades hipofisarias | 22. Obesidad |
| 10. Hipertensión arterial | 23. Enfermedades del tiroides |
| 11. Ictus | 24. Disfunción sexual femenina |
| 12. Miastenia gravis | 25. Enfermedades biliopancreáticas |
| 13. Reproducción asistida | |

• **Características de las Urgencias Selectivas**

Si bien nuestro hospital posee la característica de la atención fundamentalmente a afecciones electivas, también tiene entre las misiones atender pacientes con urgencias selectivas por determinadas particularidades, remitidas directamente al hospital mediante coordinaciones con el sistema nacional de salud (SNS). Son pacientes que requieren una atención médica muy especializada, o de una tecnología de avanzada que nuestra Institución posea, o ambas necesidades, y también porque alguna de ellas constituyen líneas de desarrollo o de referencia del hospital. Es evidente que en los hospitales donde la atención de urgencia es elevada también puede tener este tipo de urgencias selectivas siempre que establezca las coordinaciones pertinentes con el SNS.

Para llevar a cabo esta modalidad se establecen **normas de admisión** que expresan la identificación de las urgencias seleccionadas a nivel de otros centros de salud, la conducta inicial en estos centros, la comunicación con el hospital, el traslado hacia el centro receptor del hospital y las medidas de diagnóstico y tratamiento en este centro.

Para cada una de ellas se ha elaborado un Protocolo de Admisión de urgencias que abarca desde la atención que se recomienda o solicita en el nivel de remisión (primario o secundario) hasta las medidas a aplicar inmediatamente que lleguen a nuestro Centro coordinadamente.



Aplicación del manual

La aplicación de este documento, con sus individuales características según la institución que la elabore, exige una alta dosis de prudencia, de paciencia y de insistencia (en los conocimientos y fe en el proyecto) si se tiene en cuenta que modifica todo lo que hasta ahora hemos venido haciendo para brindar la asistencia médica.

Ahora, como ya se ha dicho, se dispone de un proceso metodológico, elaborado por los más capaces y expertos, que tuvieron en cuenta la experiencia del colectivo, de la Institución, de las investigaciones al respecto, de las publicaciones nacionales e internacionales, que posee nuevas "armas" para evaluar la calidad con que hacemos el aseguramiento de recursos y organizativos, con la mejor organización posible, en busca de los mejores resultados.

Esta estructura aleja considerablemente el empirismo, la autosuficiencia, el subjetivismo y otras deformaciones que con cierta frecuencia afloran al evaluar la calidad de la asistencia médica que brindamos.

Basado en ello es razonable proponernos pasos o etapas en el duro quehacer de la aplicación (siempre prudente, paciente e insistente), durante las cuales debemos realizar unos conjuntos de tareas, entrelazadas entre sí, dependientes e interdependientes, realistas, cumplibles, que permitan alcanzar un peldaño superior, para ir logrando el objetivo de dejar institucionalizado el proyecto.

A continuación le mostramos, a manera de ejemplo, las etapas que hemos transitado.

Nuestra experiencia

Nuestra experiencia muestra la necesidad que tuvimos de proponernos etapas durante el proceso de aplicación o instrumentación práctica del MPM. Ante todo porque teníamos limitantes de conocimiento y ninguna experiencia previa y, en segundo lugar, porque tal situación se repetiría en el colectivo médico del hospital. Nos pareció que una alta dosis de prudencia, de paciencia y de insistencia pudiera ser la fórmula correcta.

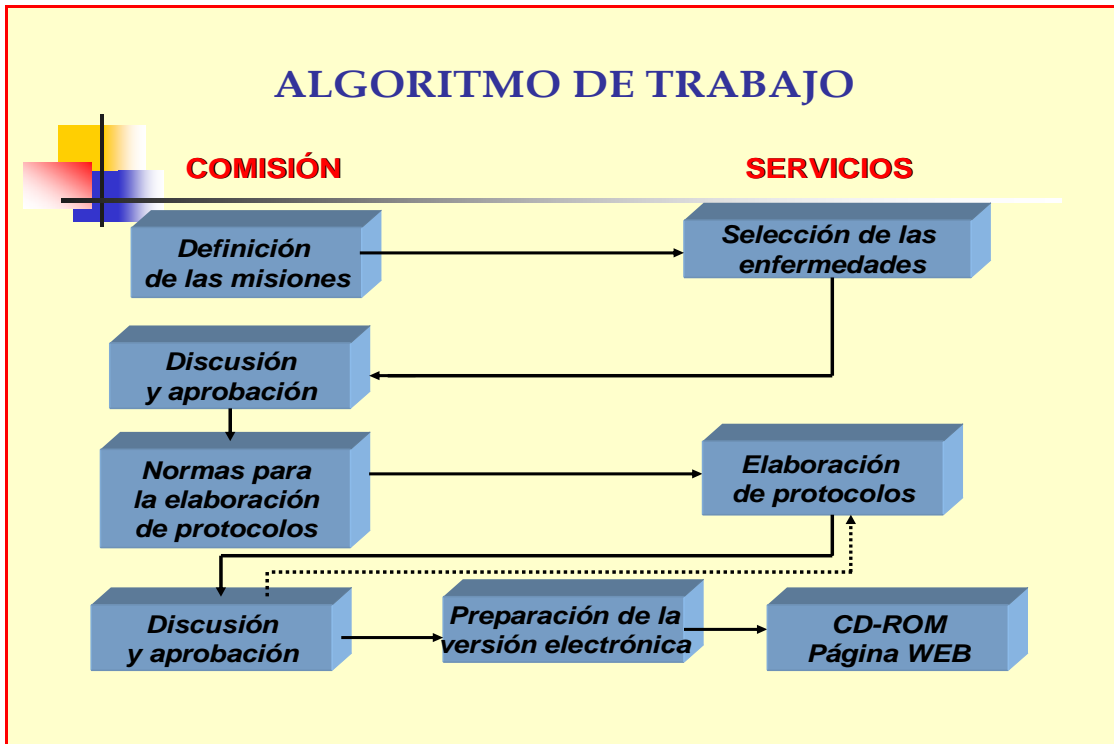
En realidad actualmente nos encontramos en la 4ª etapa. Hemos ido adecuado las etapas al año de trabajo, que para nosotros comienza en abril. Durante ellas hemos actuado de la siguiente manera:

Etapa I Octubre del 2004 a 31 de marzo del 2006

- Crear la Comisión de Protocolos como órgano asesor de la Dirección del Hospital (posteriormente derivaría en la Comisión para la Aplicación del Manual de Prácticas Médicas, CAMPM, publicación que contenía todo el material elaborado)
- Definir las misiones asistenciales del hospital
- Identificar las enfermedades y los procedimientos
- Elaborar las normas para la confección de protocolos
- Confeccionar los protocolos asistenciales el personal médico de cada servicio
- Aprobar los protocolos por la Comisión
- Planificar los recursos materiales

- Producir la versión electrónica de los protocolos
- Registrar el "Manual de Prácticas Médicas"
- Elaborar la versión escrita

Algoritmo de trabajo



En esta primera etapa fueron confeccionados por los especialistas de cada Servicio un total 501 protocolos, de los cuales 262 son protocolos de actuación, 205 guías prácticas, 13 urgencias selectivas y se constituyeron o revitalizaron 21 grupos multidisciplinarios. El total de páginas electrónicas del documento-proyecto alcanzó la cifra de 7075 y recibió el nombre de Manual de Prácticas Médicas del Hospital C.Q. Hermanos Ameijeiras o el MPM como se le conoce en nuestro medio llevado a formato CD-ROM:

MANUAL DE PRÁCTICAS MÉDICAS DEL HHA
2006 (I Edición)

Protocolos de actuación 262

Guías prácticas 205

Urgencias selectivas 13

Grupos multidisciplinarios 21

Total 501

¡ 7 075 páginas electrónicas !

Es junto recordar que en la elaboración de este documento participaron los 46 servicios y departamentos del Hospital; fue escrito por 309 especialistas y contaron con 93 colaboradores. Junto a 4 DrCs estuvieron 11 DrC, 4 Profesores de Mérito, un Investigador de Mérito, 17 Profesores Titulares, tres investigadores Titulares, Ingenieros, 70 Profesores Auxiliares, 17 con maestría, numerosos Licenciados, etc.

Etapa II 1º Abril 2006 a Marzo del 2007

- Creación de la Oficina de Coordinación de Protocolos de la CAMPM
- Ampliar la Comisión con miembros adjuntos y representantes de los Servicios
- Elaborar las Indicaciones Metodológicas y la guía para su aplicación del MPM

Indicaciones Metodológicas para inicio MPM

- ⊕ Entregar folleto de Indicaciones Metodológicas, lectura y conservarlo como guía permanente de trabajo
- ⊕ Entregar guía de aplicación de Indicaciones Metodológicas y esclarecimiento de cada punto, preguntas, etc.
- ⊕ Informar el Listado de PAs priorizados según Tarea N° 1 para imprimir una o más copias según papel disponible
- ⊕ Creación de la Oficina Coordinadora de Protocolos, para atender consultas sobre la aplicación de los Protocolos.
- ⊕ Control y seguimiento recursos humanos y materiales para iniciar la aplicación de los PAs mediante solicitud al autor del PA de la siguiente información sobre:
- ⊕ Déficit de recursos humanos confrontados al momento de iniciar la aplicación del PA.
- ⊕ Déficit de recursos materiales (marcar los más destacados)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Modelos | <input type="checkbox"/> Equipos médicos |
| <input type="checkbox"/> Reactivos | <input type="checkbox"/> Equipos no médicos |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Otros (detallar) |

Recomendación de cómo resolver la limitante expuesta o estado de solución que tiene esta limitante.

- Seminarios sobre las Indicaciones Metodológicas y entrega del MPM en formato digital (CD-ROM) a cada servicio y departamento (Anexo 4).
- Imprimir los protocolos y los modelos para la recolección de datos (PRD)
- Imprimir las guías prácticas
- Coordinar con el MINSAP las unidades del sistema con cobertura para las urgencias selectivas
- Coordinar con el CEC (OUC) y con Estadísticas para unificar criterios metodológicos y evaluar el comportamiento de los indicadores
- Definir el estado de ejecución de los protocolos (octubre del 2006, a 6 meses de la puesta en marcha la aplicación del MPM). Se aplica la siguiente metodología:

Metodología para evaluar la puesta en marcha y aplicación progresiva del MPM por el Servicio o Departamento correspondiente

- Entrega al Jefe de Servicio o Departamento del CD-ROM con el MPM de todas las especialidades a cada Jefe de Servicio.
- Entrega al Jefe de Servicio o Departamento el MPM impreso, contentivo de los PA, GM, GP y US confeccionados y dirigidos, o uno de ellos, por el Servicio o Departamento correspondiente
- Evaluar la propuesta del Jefe de Servicio respecto a la fecha de puesta en marcha de cada documento del MPM correspondiente al Servicio en cuestión y emitir su aprobación.
- Confeccionar y entregar al Jefe de Servicio la metodología y modelo de puesta en marcha del MPM en el respectivo Servicio o Departamento.
- Evaluar, de conjunto con el Jefe de Servicio, el nivel básico o superior alcanzado en los recursos humanos y materiales suficientes para iniciar la aplicación del MPM en cuestión y emitir su aprobación.
- Evaluar, de conjunto con el Jefe de Servicio, el nivel en que se mantiene el apoyo de los recursos humanos y materiales y si ello está determinado retrasos o enlentecimientos en la progresión de la aplicación del MPM del Servicio o Departamento correspondiente.
- Evaluar la estructura asistencial creada para la aplicación de los protocolos del MPM del respectivo Servicio o Departamento y emitir su aprobación.

Guía para la aplicación inicial y progresiva del MPM por el Servicio o Departamento correspondiente (1ª evaluación, octubre 2006)

- Controlar el cronograma de puesta en marcha de cada documento del MPM correspondiente al Servicio en cuestión y su cumplimiento.
- Controlar el cumplimiento de las sesiones de autocontrol y auto evaluación que deben realizar sistemáticamente cada Servicio o Departamento sobre la aplicación y resultados de cada protocolo.
- Controlar, de conjunto con el Jefe de Servicio, el nivel en que se mantiene el apoyo de los recursos humanos y materiales y si ello está determinado retrasos o enlentecimientos en la progresión de la aplicación del MPM del Servicio o Departamento correspondiente.
- Control de la base de datos confeccionada sobre la base de pacientes atendidos y según planilla de cada protocolo

Proceso de divulgación en esta etapa

- Visitas semanales a los Jefes de Servicios para:
 - ⊕ Conocer el estado de ejecución de los PAs
 - ⊕ Conocer estado de solución del déficit de recursos humanos y materiales que afectan parcialmente a los PAs en PM, conocer las causas de no PM del resto de los PAs y/o fechas de PM
 - ⊕ Conocer estado estructura asistencial creada para aplicar PAs, base de datos de c/PA/PM
 - ⊕ Informarle sobre contenido y forma de futuras visitas de evaluación y control
- Explicar la estructura asistencial creada para aplicar los MPM
 - ⊕ Recibir del Jefe de Servicio y/o del Autor del PA que se está aplicando o se comienza su aplicación en los próximos 30 días la información sobre la estructura asistencial creada para garantizar la admisión de pacientes amparados por este PA y su atención.
 - ⊕ Particularizar las dificultades subjetivas y objetivas de la puesta en marcha de los GMD y de las US
 - ⊕ En caso de dificultades detallarlas para someterlas a la CAMPM.
- Explicar la forma de control de las sesiones de auto control y auto evaluación hechas por el Servicio a cada protocolo
 - ⊕ Se basará en la presentación y revisión de los files con las actas de las sesiones de auto control y auto evaluación hechas por el Autor y sus colaboradores y con la aprobación final del Jefe de Servicio, insistiendo en la evaluación realizada sistemáticamente (con fecha planificada) de los indicadores de estructura, proceso y resultados

- ⊕ En caso de incumplimientos hacer acta en que se detallen las causas y aclarando las rectificaciones que se proponen llevar a cabo por el Servicio.
- Explicar forma de control del contenido de la Base de Datos confeccionada por el autor del PA: se hará revisión de:
 - ⊕ N° pacientes protocolizados y N° modelos llenos
 - ⊕ Estado del llene de los modelos, conservación, etc.
 - ⊕ Plan para el análisis de los datos obtenidos
 - ⊕ Base de datos en formato electrónico
 - ⊕ Crecimiento de la base de datos
- Convenir cronograma de visitas evaluativas en rangos de fechas flexibles.
 - ⊕ Se hará un calendario de visitas a los Servicios para los días 10 de cada mes con un margen de 5 días lectivos, antes o después de dicha fecha, por razones que satisfagan las necesidades particulares del Servicio/Dpto.
 - ⊕ El Jefe de Grupo colegiará con el Jefe de Servicio la fecha definitiva en el lapso de tiempo programado en función de no afectar la información necesaria a entregar al Consejo de Dirección Ampliado que analizará esta cuestión.

Etapa III 1° Abril del 2007 a Marzo del 2008

- Divulgar el Manual a través de las páginas Web del Hospital y de Infomed
- Aplicar los protocolos según programa de puesta en marcha en cada Servicio
- Controlar los ingresos y egresos de los protocolos por Estadísticas
- Realizar la recolección de datos (PRD) de cada paciente introducido al protocolo, por Servicios
- Completar los modelos de recolección de datos que no están confeccionados o que requieran modificaciones
- Completar las guías prácticas de los Laboratorios de acuerdo con las normas ISO para su acreditación
- Analizar los protocolos que requieran modificaciones o no elaborados y presentar su fundamentación.
- Control de la base de datos confeccionada sobre la base de pacientes atendidos y según planilla de cada protocolo
- Evaluar la aplicación de los protocolos con un corte cada seis meses
 - ⊕ En septiembre del 2007 se hace el segundo control del estado de aplicación del MPM. (Ver metodología en Anexo 5)

ETAPA IV Del 1º de Abril del 2008 a marzo del 2009

- Procesar la base de datos de cada protocolo para valorar resultados objetivos de los estándares de la atención médica
- Analizar con el Departamento de Investigaciones los protocolos de actuación que puedan concluir como protocolos de investigación
- Preparar la segunda edición del “Manual de Prácticas Médicas” del HHA en el año 2008
- Realizar un estudio integral para la validación del Programa

**MANUAL DE PRÁCTICAS MÉDICAS DEL HHA
2008 (II Edición)**

Protocolos de actuación	332
Guías prácticas	274
Grupos multidisciplinares	25
Total	631
(crecimiento de 26,0 %)	

¡ 5716 páginas electrónicas !

RESUMEN ESTADÍSTICO

Aspectos del IPRM	I Edición 2006	II Edición 2008	Documentos	
			Nuevos	Desad
Protocolos asistenciales	262	332	84	14
Guías prácticas (GP)	205	274	98	29
Nº de GMD	21	25	5	1
Nº Urgencias selectivas	13	0	0	13
Total	501	631	187	57
Incremento	Neto	+130	26,0%	

En la elaboración de esta II versión participaron nuevamente los 46 servicios y departamentos del Hospital; fue escrito por 338 especialistas y 93 colaboradores.

En junio del 2008 se hace el tercer control del estado de aplicación del MPM y se aplica la siguiente metodología:

Evaluación de la aplicación del MPM

- Revisión del 2 % de las historias clínicas de pacientes egresados con respaldo del protocolo correspondiente precisando en ella los siguientes aspectos:
 - ⊕ Comportamiento de los indicadores de estructura y procesos
 - ⊕ Comportamiento de los indicadores de resultados
 - ⊕ Calidad de la historia clínica
 - ⊕ Cumplimiento de la política antibiótica predeterminada
- Revisión de las Actas de evaluaciones y autocontrol realizadas por el Servicio o Departamento correspondiente y concluir
 - ⊕ Cumple o no con ambas actividades
 - ⊕ En caso de incumplimiento: análisis de las causas con J'Servicio
- Con apoyo del Departamento de Estadísticas evaluar:
 - ⊕ Número de pacientes ingresados bajo cobertura del protocolo correspondiente
 - ⊕ Número de pacientes ingresados sin cobertura del protocolo correspondiente y los diagnósticos más comunes en este último grupo.
 - ⊕ Número de pacientes ingresados de urgencia con cobertura del protocolo de urgencia selectiva correspondiente.
 - ⊕ Número de pacientes ingresados de urgencia sin cobertura del protocolo de urgencia selectiva correspondiente y los diagnósticos más comunes entre este grupo.
 - ⊕ Verificación en la Historia Clínica de egresados, previa información por el Jefe de Servicio, de aquellos que recibieron la cobertura de algún Grupo Multidisciplinario y composición de la participación.
- Correlación entre ingresos y protocolos y urgencias selectivas
- Contraste de los hallazgos mediante entrevistas a integrantes del GBT que aplicó el protocolo indagando por los siguientes aspectos:
 - ⊕ Comportamiento de los recursos humanos y materiales necesarios para apoyar la aplicación y progresión del protocolo
 - ⊕ Contraste directo de opiniones de los pacientes y sus familiares respecto a los efectos asistenciales y satisfacción por la atención recibida con apego a la información previa que recibió.

Sistema de evaluación

El sistema de evaluación abarca dos áreas muy importantes:

- La aplicación del Manual de Prácticas Médicas. De hecho, evaluar la aplicación del Proyecto de Protocolización.
- La evaluación de los indicadores de estructura, procesos y resultados de cada protocolo y el cumplimiento de los mismos. Es obvio que la evaluación de los indicadores de resultados resultan de la mayor prioridad.
 - ⊕ La evaluación de los protocolos de los Grupos Multidisciplinarios pudieran tener otro sistema evaluativo. (Ver más adelante).

Los niveles de evaluación a aplicar son los siguientes:

- Autoevaluación en cada servicio
- Evaluación por la CAMPM del proceso autoevaluativo del servicio
- Evaluación por la dirección institucional
 - ⊕ Evaluación indirecta, a partir del informe evaluativo de la CAMPM
 - ⊕ Evaluación directa en presentación con la metodología determinada ante el Consejo de Dirección Ampliado
- Otras actividades evaluativas conjuntamente con la UOC y el Departamento de Estadísticas.

Algunos aspectos de los resultados evaluativos son cotejados con la OUC para evitar discrepancias con algún Comité Evaluativo.

Durante las visitas de Control Interno a los Servicios realizadas semanalmente por la Dirección se aborda sistemáticamente el comportamiento de la protocolización.

Finalmente, determinados aspectos de la protocolización como es el conocimiento del dato de cuantos pacientes ingresan en la Institución bajo las disposiciones de los protocolos son analizadas de conjunto con el Departamento de Estadísticas.

Autoevaluación

La autoevaluación es el cimiento o base de todas las variables de evaluación. Tiene dos aspectos básicos:

- La realiza el Jefe de Servicio o su representante (habitualmente el responsable docente del Servicio).
- La participación puede ser individual, o de preferencia discusión con el colectivo
- Tiene una periodicidad variable, pero la mensual es la recomendada

El contenido de la auto evaluación es simple:

- De la aplicación de del proyecto de protocolización: (Ver Anexo 6)

- ⊕ Protocolos asistenciales activos (se aplican) o inactivos (no se aplican)
- ⊕ Causas de inactividad de algún PA: si son causas definitivas o temporales. Es importante alertar a la CAMPM que determinado déficit de recursos resulta ser la causa.
- ⊕ Número de pacientes incorporados al protocolo desde la última información y acumulado.
- ⊕ Comportamiento del seguimiento y la adherencia de los pacientes.
- Resultados en los indicadores establecidos según "plan"
 - ⊕ De estructura: valorar el impacto de carencias de recursos materiales e insistir en los recursos organizativos (llenado de la PRD, etc.)
 - ⊕ De procesos: valorar los resultados que deben aproximarse o sobrecumplir el "plan" comprometido
 - ⊕ De resultados: ser muy objetivos en la valoración de estos indicadores.
- Impacto de la aplicación del proyecto de protocolización:
 - ⊕ Actividad docente e investigativa realizada relacionada con el PA en cuestión
 - ⊕ Publicaciones, de cualquier tipo, o presentaciones de cuestiones relacionadas con el PA.
- Proyecciones para los próximos meses.

En sucesivas autoevaluaciones se deberán incorporar nuevos elementos que permitan identificar con mayor objetividad el cumplimiento de los indicadores, la veracidad de los resultados vistos integralmente (impacto integral: asistencia, docencia, investigaciones, etc.). Entre ellos emplearemos:

- **Análisis de documentos**
 - ⊕ Historia Clínica de hospitalización (revisión de 2 % del total de la Sala)
 - ⊕ Actas de las evaluaciones realizadas por el Servicio o Departamento correspondiente
- **Análisis de indicadores hospitalarios indispensables**
 - ⊕ Número de ingresos, su(s) causa(s) de ingreso y su relación con algún protocolo del servicio
 - ⊕ Promedio de estadía, general y en particular de los pacientes de determinado protocolo
 - ⊕ Número de fallecidos de determinado protocolo y sus causas
- **Contraste de los hallazgos**

El Jefe de Servicio tendrá siempre presente cuán conveniente es analizar el contraste en los datos que le han suministrado y los que el, personalmente,

ha logrado. Este procedimiento eleva significativamente la fiabilidad de la información y de la actividad en general. Algunos ejemplos pudieran ser:

- ⊕ Contraste de los datos recogidos por diferentes métodos:
 - Indicadores de estructura, de proceso y resultados contenidos en cada documento de protocolo y sistemas empleados para establecer criterios de cumplimiento/sobrecumplimiento del Plan (se refiere al 2 % de las HC revisadas y el protocolo correspondiente).
- ⊕ Contraste entre los integrantes del GBT de atención al paciente
 - Entrevista con los autores de los protocolos seleccionados para conocer el comportamiento de los recursos humanos y materiales necesarios para apoyar la aplicación y progresión de dichos protocolos.
- ⊕ Contraste directo de opiniones de los pacientes y sus familiares respecto a la aplicación de la protocolización.

Plan de medidas

Luego de las evaluaciones es lógico que puedan encontrarse aspectos que resultan obligados mejorar. Numerosas pueden ser las medidas a tomar tanto por el autor como por el Servicio. Como ejemplo citamos algunos que hemos detectado:

- Perfeccionar y uniformar indicadores de estructura, procesos y resultados
- Completar los modelos de recogida de datos y llenarlos sistemáticamente
- Estructurar la base de datos
- Perfeccionar el flujo de datos de los servicios y el Dpto. de Estadísticas
- Identificar las necesidades materiales más importantes y perentorias que afectan o limitan la aplicación de determinados protocolos
- Recibir proposiciones de nuevos protocolos, grupos, y guías



Evaluación por la CAMPM

La participación de la CAMPM en el proceso autoevaluativo de un servicio determinado ha tenido siempre los siguientes objetivos:

Objetivos fundamentales

- Interpretar el grado de aceptación que ha tenido la aplicación de los PAs en el Servicio, tratando de calificar los que han hecho suyo este estilo de trabajo y los que aún tienen dificultades en incorporarlo.
- Interpretar la evolución que ha tenido la aplicación de los PAs
- Objetivar el grado de cumplimiento de la aplicación de los protocolos asistenciales, guías y grupos multidisciplinarios.
- Validar el método empleado para la auto evaluación
- Los GMD se siguen evaluando mediante presentaciones programadas ante el Consejo Dirección Ampliado)
- Analizar, de conjunto con el Servicio, el cumplimiento de los indicadores, número de pacientes incorporados a los diferentes protocolos del Servicio, los resultados obtenidos, comportamiento de la actividad de cierre de la historia clínica al alta, las limitaciones presentes, perspectivas y otros aspectos
- Informar sobre estos aspectos a la Dirección y proponer determinadas acciones si procede.

Evaluación por la Dirección General y la Dirección Médica

La Dirección General y a la Dirección Médica del Centro, en determinadas circunstancias puede decidir realiza diferentes evaluaciones sobre la actividad de protocolización y, sobre todo, de los resultados:

- Evaluación indirecta, a partir del informe evaluativo realizado por la CAMPM, sobre la cual hará conclusiones y dejará orientaciones que cumplimentar. Esta información ha sido realizada, en el caso nuestro, sistemáticamente luego de las 3 evaluaciones realizadas pero en las primeras etapas de puesta en marcha, mensualmente se hizo un informe del estado de protocolización. Inicialmente no se hizo ningún informe sobre resultados porque, debido a la fecha de inicio, no estaban disponibles.
- Evaluación directa en presentación con la metodología determinada ante el Consejo de Dirección Ampliado. En esta modalidad durante todo el 2007 fueron evaluados los 69 protocolos de 18 Grupos Multidisciplinarios, específicamente en sus indicadores de resultados. Se incluyó la variable de informar los indicadores que tenían Plan previamente confeccionado y de un grupo de resultados que no tenían Plan oficialmente pero que, por resultados relevantes, era obligado divulgar.

- Más reciente, por orientación de la Dirección General se ha comenzado la evaluación de 55 protocolos seleccionados por los respectivos Jefes de Servicio en base a los resultados satisfactorios obtenidos; esta actividad se extenderá hasta diciembre del 2008. En enero del 2009 se hará una evaluación de resultados de todos los protocolos, enfatizando en aquellos que el Servicio considere de resultados inferiores o la Dirección valore como estratégicos y por tanto, priorizados para mantener o elevar los resultados obtenidos.

Otras actividades evaluativas

Con el Departamento de Estadísticas

Periódicamente se establecieron reuniones con el personal más calificado del Departamento de Estadísticas para analizar cuestiones de mutuo interés; por ejemplo:

- Hoja de ingreso con una casilla donde se hace constar que el diagnóstico del ingresado se correspondía con el contenido de un protocolo asistencial determinado.
- Ingresos por mes, por Servicio, de tipo electivo, con y sin amparo de protocolo, total, % y fallecidos
- Ingresos por mes, por Servicio, de tipo urgente, con o sin amparo de protocolo, total, %, causas de ingreso con y sin amparo de protocolos. Fallecidos
- Listado mensual de los 10 diagnósticos más frecuentes de ingresados con amparo de PA y los 10 más frecuentes sin PA.
- También se trabajó de común acuerdo en la sobredefinición de los diagnósticos al alta a partir de los diagnósticos establecidos en el CIE-10, logrando con ello, ante todo, identificar numerosos pacientes que por la importancia de su enfermedad y su frecuencia debían tener un protocolo de asistencia, por ejemplo, la hipertensión arterial complicada o descontrolada, los tumores benignos y afecciones benignas de cabeza y cuello y otros ejemplos.

Finalmente, logramos obtener el dato confiable de que de los 11 100 egresos del año 2007 el 51,5 % de los pacientes fueron atendidos bajo los criterios de la protocolización, reconociendo que hubo áreas no cuantificadas como las Unidades de Atención al Grave, la atención ambulatoria, cirugía ambulatoria y otros, con lo cual el porcentaje de pacientes protocolizados probablemente hubiera alcanzado en su primer año no menos del 65 % de todos los egresados. En este punto, es bueno aclarar que la posibilidad de ingresar el 100 % de pacientes para brindarle atención protocolizada no será posible porque siempre habrá una enfermedad, una complicación, una situación de salud que por su incidencia no ha sido protocolizada.

RESUMEN ESTADÍSTICO

Entidades protocolizadas egresadas Servicios Clínicos*	Con PA		Sobre total Egresos
	Total	%	
Tumores malignos	939	34,6	19,6
Radioterapia y quimioterapia	920	33,9	19,2
Diabetes mellitus	330	12,0	6,9
Sub Total	2189	80,5	45,8
Otros egresos protocolizados	529	19,5	11,1
Total egresos protocolizados	2718	-	56,9 %
Total de egresos	4 781		
Entidades protocolizadas egresadas Servicios Quirúrgicos*	Con PA		Sobre total Egresos
	Total	%	
Total egresos protocolizados	2058	100,0	39,9 %
Total de egresos	5158		

(*) Controles Dpto Estadísticas HHA, 2007

RESUMEN ESTADÍSTICO

Entidades protocolizadas egresadas del Cardiocentro*	Egresos PA		Sobre total Egresos
	Total	%	
Enfermedades isquémicas corazón	601	51,8	19,6
Trastornos valvulares no reumáticos	162	13,9	19,2
Arritmias cardíacas	89	7,7	6,9
Sub Total	852	90,7	45,8
Otros egresos protocolizados	309	9,3	11,1
Total egresos protocolizados	939	-	80,9 %
Total de egresos	1161		

(*) Controles Dpto Estadísticas HHA, 2007

RESUMEN ESTADÍSTICO

10 Servicios más destacados en la atención protocolizada en 2007*	Con PA	
	Egresos	% Protocolización
Oncología clínica	1005	98,5
Cardiología	425	80,0
Cirugía cardiovascular	459	72,9
Hematología	334	72,3
Neurología	372	70,5
Urología	336	68,9
Oftalmología	103	64,0
Neurocirugía	302	63,0
Cgía Reconstructiva/Quemados	166	57,2
Neumología	241	55,4

(*) Controles Dpto Estadísticas HHA, 2007

RESUMEN ESTADÍSTICO

% Protocolización de la asistencia⁽¹⁾

Aspectos**	Tratamiento Protocolizado		Tto. No protocolizado	
	Total	%	Total	%
Egresados servicios clínicos	2718	56,9	2063	43,1
Egresados servicios quirúrgicos	2058	39,9	3100	60,1
Egresados en Cardiocentro	939	80,9	222	19,1
Total pacientes egresados	5 715	51,5*	5385	48,5
Total de egresos 2007	11 100			

(1) Hasta abril 30 del 2008. Fuente CAMPM

(**) Controles Dpto Estadísticas HHA, 2007

(*) No se incluyeron: el impacto de la protocolización en la asistencia ambulatoria ni el impacto de la protocolización en las Unidades de Atención al Grave. ambas con elevado % de protocolización asistencial

Contacto con la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC)

Las relaciones con la UOC también han sido muy satisfactorias. No se ha producido duplicidad de actividades entre los diferentes Comités y las realizadas por la CAMPM. Hemos trabajado junto con la hoja de ingreso y, sobre todo, con el documento sobre Consentimiento Informado por escrito, y la hoja de egreso.

Estas actividades se han constituido en indispensables para todos los factores involucrados.

Diagnóstico de impactos

Evidentemente cualquier proyecto por muy bien pensado que haya sido, con la mejor instrumentación de su aplicación, no resulta viable si no provoca resultados cuantificables y calificables. Más aún, el proyecto de protocolización de la asistencia médica nos hace presumir impactos positivos en otras esferas como la docencia, tanto de pre como postgrado, en las investigaciones científicas, en las publicaciones y presentaciones de resultados e investigaciones, en la motivación al personal involucrado en su superación por la vía de las licenciaturas, maestrías, doctorados, etc.

Vislumbramos, a mediano plazo, que también sea capaz de influir en el estado político-moral del colectivo cuando pueda apreciar por sí mismo los resultados positivos en todas las esferas mencionadas, en la motivación que sienten por continuar perfeccionando el proyecto, en la calificación que han logrado alcanzar, en el preciado tesoro en que se constituyen las planillas de recolección de datos (PRD) y la utilidad inagotable de las Bases de Datos.

Nuestra experiencia

Tratando de ejemplificar lo anteriormente expuesto presentamos algunos de los impactos apreciados en nuestra Institución derivados del inicio de la protocolización de la asistencia médica:

- ***Sobre la asistencia médica***

Utilizamos los resultados hasta el 31 de diciembre del 2007 de 18 de los Grupos Multidisciplinarios, que ya previamente, a lo largo del año 2007 habían presentado ante el Consejo de Dirección ampliado, sus resultados parciales.

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de tumores de cabeza y cuello

Aspectos Destacables

- Elevados índices de control de los tumores
- Buena calidad de vida (funcional, estético, psicológico y social)
- Seguimiento estrecho

<i>Miembros del GMD</i>	2
<i>Especialidades que participan</i>	5
<i>Protocolos que ampara</i>	2
<i>Investigaciones que desarrolla</i>	3
<i>Muestra atendida (28 meses)</i>	115
<i>Controlados</i>	82
<i>Fallecidos en el período</i>	13

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de tumores de colon y recto

Aspectos Destacables

- 25,7 % operados por vía endoscópica
- Índice de complicaciones en 5,7 % (< 10 % el estándar internacional)
- Índice de recidivas en cáncer de colon al año: 0 %

<i>Miembros del GMD</i>	5
<i>Especialidades que participan</i>	5
<i>Protocolos que ampara</i>	4
<i>Investigaciones que desarrolla</i>	4
<i>Muestra atendida (12 meses)</i>	105
<i>Controlados</i>	81
<i>Fallecidos en el período</i>	0

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de cáncer de mama

Aspectos Destacables

- 99,0 % con confirmación citohistológica en el pre operatorio
- Recidiva regional de solo 0,7 %
- Tiempo promedio para QT luego de cirugía en Etapa III: 18,3 días

<i>Miembros del GMD</i>	20
<i>Especialidades que participan</i>	8
<i>Protocolos que ampara*</i>	4
<i>Investigaciones que desarrolla</i>	4
<i>Muestra atendida (23 meses)</i>	1386
<i>-Operadas</i>	513
<i>-Quimioterapia</i>	873

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de próstata

Aspectos Destacables

- Supervivencia post prostatectomías radical a 5 años > 70,0 %
- Supervivencia de T1 y T2 con RDT: 80 y 82 % y T3 > 65,0 %
- Sin progresión de la enfermedad con tratamiento hormonal: 29,3 meses

<i>Miembros del GMD</i>	6
<i>Especialidades que participan</i>	2
<i>Protocolos que ampara</i>	4
<i>Investigaciones que desarrolla</i>	3
<i>Muestra atendida (28 meses)</i>	285
<i>-Controlados</i>	184
<i>-Fallecidos en el período</i>	16

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de cirugía de base de cráneo

Aspectos Destacables

- Escala de Karnofsky mayor de 70: 26 de 29 pacientes
- % pacientes con complicaciones: 14,2 % (estándar internacional < 15)
- % pacientes fallecidos al año: 10,3 %

<i>Miembros del GMD</i>	9
<i>Especialidades que participan</i>	6
<i>Protocolos que ampara</i>	4
<i>Investigaciones que desarrolla</i>	1
<i>Muestra atendida (28 meses)</i>	66
<i>-Controlados</i>	60
<i>-Fallecidos en el período</i>	6

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de cirugía ortognática

Aspectos Destacables

- Grado de satisfacción del paciente (por encuesta): > 95,0 %
- % complicaciones post quirúrgica < 1 % (estándar internacional < 1 %)
- Relación entre predicción y resultados quirúrgicos: > 95,0 %

<i>Miembros del GMD</i>	7
<i>Especialidades que participan</i>	4
<i>Protocolos que ampara</i>	4
<i>Investigaciones que desarrolla</i>	3
<i>Muestra atendida (27 meses)</i>	105
<i>-Controlados</i>	97
<i>-Fallecidos en el período</i>	0

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de diabetes mellitus

Aspectos Destacables

- Tasa de infecciones < 5 %
- % supervivencia de ingresados en UCI por síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico: > 80,0 %
- Tratamiento multifactorial al diabético tipo 2: > 70,0 %

Miembros del GMD	18
Especialidades que participan	11
Protocolos que ampara	6
Investigaciones que desarrolla	9
Muestra atendida (26 meses)	390
-Controlados (glucemia controlada)	351 (90 %)
-Fallecidos en el período	3

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de lesiones de hígado, vías biliares y páncreas

Aspectos Destacables

- Supervivencia operado de colangiocarcinoma (Klastskin) 70 %/año (> 28 %)
- Tumores secundarios de hígado: no fallecidos últimos 10 años (< 5 %)
- Cáncer cabeza páncreas: morbilidad 40 % (<50 %): mortalidad 10 % (<10%)
- Colocación endoscópica endoprótesis en primer intento: 60 % (> 50 %)
- Índice de complicaciones en 361 CPRE: 6,6 % (indicador < 10 %)

Miembros del GMD	13
Especialidades que participan	11
Protocolos que ampara	9
Investigaciones que desarrolla	9
Muestra atendida	622
-Con abordaje quirúrgico (desde 1983)	261
-Atención endoscópica (30 meses)	361

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de enfermedades de la hipófisis

Aspectos Destacables

- 112 operados por mínimo acceso (50 TSE, 55 transnasal microquirúrgico y 8 transfenoidal extendido a seno cavernoso (3), transdiafragmático (2), clivus (1), tubérculo (2))
- Recidiva tumor hipofisario: 6 % (estándar internacional < 10 %)
- Tasa de fallecidos: 0 % (estándar internacional < 5 %)

Miembros del GMD	7
Especialidades que participan	2
Protocolos que ampara	3
Investigaciones que desarrolla	2
Muestra atendida (28 meses)	197
-Controlados por cirugía o fármacos	94 %
Fallecidos al año	0

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de hipertensión arterial

Aspectos Destacables

- Más de 24 años fundado. 1700 pacientes atendidos en estas 4 categorías
- Ventajas de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA)
- Publicaciones de resultados en revistas nacionales e internacionales

Miembros del GMD	22
Especialidades que participan	9
Protocolos que ampara	4
Investigaciones que desarrolla	1
Muestra atendida (12 meses)	78
-HTA 2ª diagnosticadas y resueltas	7
Fallecidos al año	0

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de ictus

Aspectos Destacables

- 98 pacientes de HSA: mortalidad global 9,6 %. La quirúrgica 5,4 %.
- 50 % de casos con HSA aneurismática operados entre los días 8 y 14
- 11 % la cirugía se realizó en los primeros tres días del sangrado

<i>Miembros del GMD</i>	14
<i>Especialidades que participan</i>	9
<i>Protocolos que ampara</i>	12
<i>Investigaciones que desarrolla</i>	4
<i>Muestra atendida (27 meses)</i>	342
<i>-Controlados por cirugía</i>	111
<i>-Controlados por otros tratamientos</i>	212
<i>Fallecidos en el período</i>	19 (5,6 %)

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de miastenia gravis

Aspectos Destacables

- Atención a 467 pacientes miasténicos en 22 años de trabajo (tímectomía en 315), y otros 259 entre 2002-2004 y 2005-2007 ingresaron
- 88 % presentaban hiperplasia tímica o tumor del timo (timoma)

<i>Miembros del GMD</i>	13
<i>Especialidades que participan</i>	9
<i>Protocolos que ampara</i>	5
<i>Investigaciones que desarrolla</i>	5
<i>Muestra atendida (28 meses)</i>	152
<i>-Controlados por cirugía</i>	30
<i>-Controlados por otros tratamientos</i>	122
<i>Fallecidos en el período</i>	4

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de reproducción asistida

Aspectos Destacables

- Predominio del embarazo único sobre la multigestación.
- 85.7 % (12/14) de los embarazos terminaron en parto

Miembros del GMD	7
Especialidades que participan	6
Protocolos que ampara	2
Investigaciones que desarrolla	4
Muestra atendida (28 meses)	35
-Transferencia de embriones y embarazo	40 %
Fallecidos en el período	0

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de cardiopatía isquémica

Aspectos Destacables

- En el período 3390 estudios diagnósticos en pacientes con cardiopatía isquémica aguda (93,0 % coronariografías) y otras patologías.
- 959 angioplastias (143 con balón y 1138 balón/stent): tasa éxito 96,15 %
- No mortalidad por IMA estadios I, II y III de Killip-Kimbal, 158/182: 87,0 % (estándar internacional de hasta 10 %)
- 67 % de fallecidos en estadio IV (estándar internacional < 75 %)

Miembros del GMD	9
Especialidades que participan	6
Protocolos que ampara	3
Investigaciones que desarrolla	3
Muestra atendida (24 meses)	460
Fallecidos (mortalidad global del IMA)	9,3 %

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de trasplante de corazón

Aspectos Destacables

- Se han realizado desde 1985: 130 trasplantes de corazón
- Supervivencia de 70,1 % al año (EI 80,1 %), 60,6 % a 5 años (EI 68,5 %)
- Supervivencia de 40,1 % a 10 años (EI 50,3 %), 26,5 % 15 años (EI 30,3 %)

Miembros del GMD	20
Especialidades que participan	11
Protocolos que ampara	3
Investigaciones que desarrolla	7
Muestra atendida (28 meses)	12

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de trasplante de órganos abdominales

Aspectos Destacables

- Realizaron 172 trasplantes, 95 de ellos (55,2 %) en los últimos 28 meses:
- 69 trasplantes hepáticos desde 1986; 57 en los últimos 6 años con elevación progresiva de la supervivencia al año (desde 51 % a 84 %)
- Han realizado 2 trasplantes de páncreas-riñón y 2 de hígado-riñón

Miembros del GMD	26
Especialidades que participan	15
Protocolos que ampara	6
Investigaciones que desarrolla	6
Muestra atendida (6 años)	172

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de trasplante renal

Aspectos Destacables

- Realizaron 550 trasplantes renales desde 1984; 54 en los últimos 27 meses
- Injerto funcionando, promedio: 76,0 % (España 84 %, EUA 81 %).
(Los operados en el 2005 y 2006 alcanzan 88,8 %)
- Supervivencia del receptor en esta etapa: 96,2 %
- Índice de complicaciones han disminuido en 50 % en el período

Miembros del GMD	29
Especialidades que participan	17
Protocolos que ampara	8
Investigaciones que desarrolla	4
Muestra atendida (27 meses)	54
Fallecidos en el período	2

Comisión para la aplicación del Manual de Prácticas Médicas

GMD de disfunción sexual masculina

Aspectos Destacables

- En el 59,2 % de los pacientes que recibieron algún tipo de tratamiento quirúrgico solo 13 complicaciones (2 de ellas infecciosas)
- Reimplantaron 60 prótesis peneana
- % control de los diferentes tipos de DSx atendidos: 78,9 % (142/180)

Miembros del GMD	9
Especialidades que participan	8
Protocolos que ampara	1
Investigaciones que desarrolla	2
Muestra atendida (28 meses)	180
Fallecidos en el período	0

Otros impactos sobre la organización de la asistencia lo constituyeron

- ⊕ El otorgamiento de 134 de las 144 primeras consultas disponibles al reabrir nuestro Policlínico (93,1 %) a los protocolos para constituirse en Consulta Central donde recibir pacientes, directamente o remitidos, o su seguimiento luego del alta hospitalaria, y a los GMD para ejecutar las consultas de seguimiento luego de la atención al paciente.
 - ⊕ Incremento de la calidad de las reuniones al alta al emplear la expansión de la CIE-X por PA para el cierre de la hoja de egreso
 - ⊕ El Departamento de Estadística logró la ampliación de la lista tabular de la Clasificación Internacional de Enfermedades, X Edición al asignarle una ubicación a cada diagnóstico presente en cada protocolo sin estar en el listado. En igual sentido produjo la agrupación de diagnósticos según lista tabular local confeccionada a partir del PAS por el Departamento. Procesó toda la información mediante el software del Sistema Informático para Hospitales que se aplica en la actualidad en más de 40 hospitales de Cuba. Informó al MINSAP en 3 ocasiones de diagnósticos no presentes en el listado tabular y otorgó hasta 3 dígitos a las codificaciones con carácter Institucional y lo comunicó al MINSAP.
- ***Sobre la docencia pre y post grado***
 - ⊕ El disponer del MPM como fuente de información fue un elemento muy positivo para la docencia a nuestros residentes; no hay duda alguna de que el contenido puede ser aplicado a la docencia de pre grado en los hospitales que ejerzan esta labor docente. Derivado de ello surgen las Tesis de Terminación de la Residencia donde el control sistemáticos de los resultados a través de las Planillas de Recolección de Datos (PRD) les facilita de sobremanera esta actividad.

Algunos ejemplos

- ⊕ Docencia a los residentes de cirugía general relacionada con cáncer de mama, aspectos quirúrgicos y diagnóstico y tratamiento oncoespecífico.
- ⊕ Docencia a residentes de todos los centros del país de Cirugía Maxilofacial, Ortodoncia y Prótesis.
- ⊕ Programa televisivo sobre autoexamen de mama. Televisión cubana, programa Buenos Días, Cuba, 2007.
- ⊕ Intervención educativa sobre disfonía en el médico general.

Cursos impartidos

- ⊕ Estado actual del Programa Nacional de Cirugía de Base de Cráneo (en el ámbito del Congreso XL Aniversario Instituto de Neurología y Neurocirugía). Febrero, 2002.
- ⊕ Abordajes a la región selar: variantes. Febrero, 2002.
- ⊕ Curso Internacional de Neuroendoscopia. Diciembre 2002.
- ⊕ Módulo de cirugía de base de cráneo en curso de tumores del SNC, septiembre, 2006.
- ⊕ Módulo de cirugía de cráneo mínimamente invasiva en curso internacional de Neuroendoscopia 2007. Abril, 2007.

- ***Sobre las investigaciones***

- ⊕ Incidencia y epidemiología en el cáncer de orofaringe.
- ⊕ Comportamiento de la cirugía subtotal de laringe
- ⊕ Factores que intervienen en la presencia de ganglios axilares metastásicos de cáncer de mama; autores: Dr. Narciso Montejo Viamontes, Dr. Rafael Castro Cruz, Dr. Lázaro Loys Fernández, Dr. Oscar Pérez Gutiérrez. A concluir 2008
- ⊕ Validación del método del ganglio centinela en el cáncer de mama; autores: Dr. Lázaro Loys Fernández, Dr. Narciso Montejo Viamontes, Ing Adlín López Díaz, Dr. Jorge Álvarez Tapia, Dr. Rafael Castro Cruz, Dr. Jorge Álvarez Tápanes.
- ⊕ Microcalcificaciones en el programa de cáncer de mama. Dra. Miriam Rodríguez Menéndez, Dra. Aymara Calderín Ramos, Lic. María Victoria Potrille Moré.
- ⊕ Aplicación de la clasificación BIRADs por ultrasonido. . Dra. Miriam Rodríguez Menéndez, Dra. Aymara Calderín Ramos, Lic. María Victoria Potrille Moré.
- ⊕ Utilización del AcM thera CIM hR3 propuesto por el Centro de Inmunología para el Cáncer de Próstata Hormona-refractario.
- ⊕ Prevención de los eventos óseos en el paciente con cáncer de próstata.
- ⊕ Introducir el empleo del ácido zoledrónico asociado a calcio y vitamina D.
- ⊕ Aplicación de los abordajes de mínima invasión a la cirugía de base de cráneo, parte de la tesis de Doctorado, está ampliando el período
- ⊕ Proporcionalidad del tercio medio e inferior de la cara en la Cirugía del Maxilar. Autor: Dr. Raimundo Hernández.
- ⊕ Proporcionalidad en el tercio inferior de la cara luego de la Cirugía Mandibular. Autor: Dra. Yusleny Hernández Gálvez.

- ⊕ Proporcionalidad entre los tercios medio e inferior de la cara luego de la cirugía del mentón. Autor: Dr. Pedro Duchase Olivera.
 - ⊕ Resultados del tratamiento quirúrgico de los adenomas hipofisarios con extensión intracavernosa. Autor: Dr. Juvenal Trasanco Pino. Tutor: Dr. Justo L. González González.
 - ⊕ Neuroendoscopia aplicada a la cirugía de región selar. Autor: Dr. Osmany Morales Sabina. Tutor: Dr. Justo L González González, Dr. Omar López Arbolay.
 - ⊕ Adenomas hipofisarios. Resultados del Tratamiento Quirúrgico. Autora: Dra. Danny Barrueta. Tutor: Dr. Omar López Arbolay, Dr. Justo L. González González.
 - ⊕ Lesiones tumorales de región selar. Correlación topográfica, Clínico quirúrgica y anatomopatológica. Autor: Dr. Fernando Piedra Chávez. Tutor: Dr. Omar López Arbolay.
- ***Sobre las publicaciones***
 - ⊕ Publicación de un LIBRO con los resultados obtenidos por los GMD del HHA en asistencia, docencia e investigaciones y en administración de los recursos, hasta el cierre del 2007 con el objetivo, entre otros, de divulgar las ventajas de una labor asistencial basada en el trabajo colectivo, rasgo que distingue a los GMD

Publicaciones internacionales

- ⊕ Colgajo pediculado del pectoral mayor en reconstrucción de cabeza y cuello.
- ⊕ Melanoma del CAE. Presentación de un caso.
 - Endoscopic Endonasal Transsphenoidal Approach in Lesions of the selar Region. International Journal of Endocrinology and Metabolism. Vol.5: 103. 2006.
 - Endoscopic Endonasal Transsphenoidal Surgery in Regional Selar Region (Surgical Trial). International Journal of Endocrinology and Metabolism. Vol.5: 104. 2006.
 - Cirugía endonasal endoscópica en adenomas hipofisarios. Opción del futuro. Revista Investigaciones Médico Quirúrgicas. Vol. III Num. 8: p 83. 2006.
 - Neuroendoscopia aplicada a la cirugía de región selar. Ensayo clínico. Revista Investigaciones Médico Quirúrgicas. Vol. III Num. 8: p 84. 2006.
 - Endonasal Endoscopic Approach in Pituitary Adenomas. Option of the future. Canadian Journal of Neurosurgery.

- Extended Endoscopic Endonasal Approach to Skull Base. Skull Base, An interdisciplinary Approach. Canadian Journal of Neurosurgery.

Publicaciones nacionales

- ⊕ Respuesta al dietilestilbestrol en el adenocarcinoma prostático andrógeno independiente.
 - ⊕ Comportamiento de la falla bioquímica del antígeno prostático específico en el cáncer de próstata.
 - ⊕ Protocolo Asistencial: cáncer de próstata, Manual de Prácticas Médicas del Hospital "Hermanos Ameijeiras", versión digital, 2006.
 - ⊕ Cirugía radical retropúbica del cáncer de próstata, Manual de Prácticas Médicas del Hospital "Hermanos Ameijeiras", versión Digital, 2006.
 - ⊕ Spallone A, González González JL, Montes de Oca Fernández F. Skull Base Non-Hodgkin's Lymphoma Occurring in a Patient Harboring an ICA Aneurysm and Arnold Chiari Malformation. An Exceptional Case and a Management Dilema. Skull Base 2002;12 (Sup 1)
 - ⊕ González González JL, López Arbolay O., Morales Sabina, O. Martí Piñero J.F., Verdial Vidal R. Cirugía Transnasal trans esfenoidal endoscópica en Afecciones de la región selar. Neurocirugía 2005; 16:27- 33 (Rev. Española de Neurocirugía).
 - ⊕ López Arbolay O, González González J. L., Valdés Lorenzo, N. La endoscopia como solución para las afecciones selares. Revista Cubana de Endocrinología Vol.16 No.2, 2005.
 - ⊕ González González J.L., López Arbolay, O. Endoscopic Endonasal Transsphenoidal Surgery in Regional Sellar Lesions (Surgical trial). International Proceedings 2005 by MEDIMOND S.r.l. F619S5105. 13th World Congress of Neurological Surgery. Marrakesh, Morocco, June 19-24, 2005.
 - ⊕ Spallone A., González-González J.L.; Montes de Oca, F; Verdial-Vida R I. Adenomas hipofisarios con invasión intracavernosa. Resultados del abordaje transcraneal al seno cavernoso. Neurocirugía 2007; 18: 294-300
 - ⊕ Trabajos publicados en el Manual de Prácticas Médicas del Hospital "Hermanos Ameijeiras", edición digital, Ciudad de La Habana, 2006. (ISBN 978-959-212-283-3): Cirugía Ortognática y afecciones de cirugía bucal.
- **Participación en el FORUM**
 - ⊕ Nueva vía de abordaje en tumor de hipofaringe.
 - ⊕ Colgajo pediculado del pectoral mayor en reconstrucción de cabeza y cuello.

- ⊕ Ensayo clínico: quimioterapia metronómica en pacientes con CM metastásico en progresión (Premio en el Forum de Ciencia y Técnica del Centro, año 2007)
- ⊕ Ensayo clínico: quimioterapia metronómica en pacientes con CM metastásico en progresión, Congreso Internacional de Cáncer en países con recursos limitados, San Pablo, Brasil, 2007.
- ⊕ Ensayo fase I de combinación de Nimotuzumab a la quimioterapia con ciclofosfamida y doxorubicina (Mención en el Forum de Ciencia y Técnica del Centro, año 2007)
- ⊕ Ensayo clínico: quimioterapia metronómica en pacientes con CM metastásico en progresión, Jornada Provincial de Oncología, Ciudad de La Habana, año 2007.
- ⊕ Ensayo fase I de combinación de Nimotuzumab a la quimioterapia con ciclofosfamida y doxorubicina, Jornada Provincial de Oncología, Ciudad de La Habana, año 2007.
- ⊕ Ensayo fase I de combinación de Nimotuzumab a la quimioterapia con ciclofosfamida y doxorubicina, IX Congreso de Cáncer de Mama (Milán, Italia)
- ⊕ Ensayo fase I de combinación de Nimotuzumab a la quimioterapia con ciclofosfamida y doxorubicina, Congreso Europeo de Cáncer (Barcelona, España).
- ⊕ Ambos trabajos se presentaron en la Jornada Provincial de Oncología de la Ciudad de La Habana.
- ⊕ Edición de la primera multimedia del servicio de Oncología que constituyó Premio en el Forum de Ciencia y Técnica del HHA, con la temática de Tratamientos sistémicos en Cáncer de Mama.
- ⊕ Tesis de residente en la especialidad de Oncología; Utilización del paclitaxel en el tratamiento de pacientes con CM metastático.
- ⊕ Cáncer de mama y embarazo (artículo de revisión publicado en la revista Ginecología y Obstetricia 2007).
- ⊕ Publicación electrónica del protocolo asistencial de diagnóstico y tratamiento en cáncer de mama, en el Manual de Prácticas Médicas del HHA, I Edición Digital, Hospital Hermanos Ameijeiras, Cuba, 2006.
- ⊕ Publicación electrónica del protocolo asistencial de diagnóstico y tratamiento en cáncer de mama, colocado en el sitio web de la Unidad Nacional de Control de Cáncer de Cuba.
- ⊕ Participación en el I Simposio Nacional de CM en Cuba, en junio de 2006, contando con la participación de 153 profesionales de 12 provin-

cias, que representaron a 23 hospitales, y 5 instituciones científicas del país.

- ⊕ 1er. Congreso de Imagenología 2007, actualización de las afecciones mamarias por ultrasonido.
- ⊕ Tesis de residente en la especialidad de Radiología: Estudios radiológicos sobre el cáncer de mama, trabajo de terminación de la residencia, 2005
- ⊕ Biopsia por esterotaxia. Congreso de Imagenología, 2007

- **Participación en Congresos**

- ⊕ **Congresos nacionales**

- VII Congreso Nacional ORL, mayo 2007:
 - ◇ Linfomas poco frecuentes en el área de cabeza y cuello.
 - ◇ Colgajo pediculado del pectoral mayor en reconstrucción de cabeza y cuello.
 - ◇ Nueva vía de abordaje en tumor de hipofaringe.
 - ◇ Melanoma del CAE. Presentación de un caso.
- Abordajes transesfenoidales: primera opción para lesiones de región selar con criterio quirúrgico. 8vo. Congreso Cubano de Neurocirugía. Nov. 2006.
- Taller regional occidental (Isla de la Juventud, 2007) sobre afecciones mamarias.
- Cirugía endonasal transesfenoidal endoscópica. Opción del futuro. 8vo. Congreso Cubano de Neurocirugía. Nov. 2006.
- Neuroendoscopia aplicada a la cirugía de región selar. 8vo. Congreso Cubano de Neurocirugía. Nov. 2006.
- Abordaje transnasal endoscópico para lesiones de región selar. I Simposio de cirugía neurológica. Holguín. Junio, 2007.

- ⊕ **Internacionales**

- Primer Taller Internacional de Complicaciones Óseas del Cáncer Prostático, 2006.
- II Cumbre sobre Cáncer de Próstata Centro América y el Caribe, 2007.
- Congreso de la Sociedad Mexicana de Urología, 2007.
- Skull Base Non-Hodgkin's Lymphoma Occurring in a Patient Harboring an ICA Aneurysm and Arnold Chiari Malformation. An Exceptional Case

and a Management Dilema. Skull Base World Congress. San Diego, 2002.

- Cirugía Transnasal Transesfenoidal Endoscópica en afecciones de la región selar. XXXI Congreso Latinoamericano de Neurocirugía. Panamá, 2004.
- Congreso Mundial Neuroendocrinología:
 - ✧ Abordajes transesfenoidales: primera opción para lesiones de región selar con criterio quirúrgico. 12 Meeting of the European Neuroendocrine Association. Athena's Greece. Octubre 21-24, 2006.
 - ✧ Cirugía endonasal transesfenoidal endoscópica en afecciones de región selar. 12 Meeting of the European Neuroendocrine Association. Athena's Greece. Octubre 21-24, 2006.
 - ✧ Neuroendoscopia aplicada a la cirugía de región selar. 12 Meeting of the European Neuroendocrine Association. Athena's Greece. October 21-24, 2006.
- Cirugía endonasal endoscópica de la región selar. Una opción de futuro. Congreso de Sociedad Francófona de Neurocirugía. Punta Cana, 2007. República Dominicana. Junio 2007.
 - ✧ Endoscopic Endonasal Surgery for Pituitary Adenomas. Future Option. Congreso Internacional Neuroendoscopia 2007. Session Skull Base Mayo, Paris, Francia, 2007
- II Conferencia Internacional de Cirugía Maxilofacial, Cuba 2004. Recidiva del Prognatismo Mandibular Asimétrico Tratado con la Técnica de Epper.
- XVIII Forum de Ciencia y Técnica Hospital "Hermanos Ameijeiras", 2005. Cirugía Ortognática del Maxilar. Cirugía Ortognática de la Mandíbula. Cirugía Ortognática bimaxilar.
- Congreso Internacional de Estomatología. Actualidades en Cirugía Ortognática: criterios de remisión a Cirugía Ortognática. (FOLA). I Congreso Internacional de Estrategias y Tecnologías Dentales aplicables a la atención Primaria en Estomatología.
- Mastitis granulomatosa. Congreso Nacional de Cirugía, 2006
- Factores pronósticos de la metástasis axilar. Congreso Nacional de Cirugía, 2006
- Carcinoma de mama con metástasis en ganglios axilares de linfoma no Hodgkin. Congreso de la SILAC, 2007.
- Cáncer de mama: algunos factores que influyen en la presencia de ganglios axilares metastásicos. Congreso de la SILAC, 2007.

- **Participación en Talleres**
 - ⊕ **Institucional**
 - Genética en el cáncer de próstata (2004).
 - Conducta ante la recaída bioquímica del cáncer de próstata (2005).
 - Tratamiento hormonal del cáncer de próstata (2006).
 - ⊕ **Provincial**
 - Eventos óseos en el cáncer prostático (2006).
 - Conducta a seguir en el cáncer hormono refractario (2007).
 - ⊕ **Centro Occidental**
 - Diagnóstico y tratamiento actualizado en el cáncer de próstata (2007).

RESUMEN DE NUESTRA EXPERIENCIA

- La planificación de protocolizar la asistencia médica, la atención multidisciplinaria, las guías de prácticas médicas y la identificación de urgencias selectivas fue una necesidad del desarrollo de esta Institución ante los retos del Siglo XXI.
- La existencia de 501 protocolos en el HHA es un hecho histórico asistencial. El incremento en 130 trabajos, hasta un total de 631, muestra con fuerte evidencia que el proyecto ha logrado ser incorporado al quehacer asistencial.
- La necesidad de controlar y evaluar los resultados de la aplicación de estos protocolos es un reto y una obligación. Los informes de los primeros 69 protocolos evaluados son muy alentadores. El plan de control de fin de año sobre 55 protocolos más se corresponde con la idea de dedicar el 2009 a terminar el análisis de los resultados de todos los protocolos permite asegurar de que se está siguiendo al pie de letra todo el esquema de puesta en marcha, luego de lo cual se imponen metas superiores
- Los criterios con que fueron confeccionados los protocolos, la aplicación de los mismos, la evaluación de los resultados y la validación de la calidad asistencial, nos acerca a la idea de que realmente la protocolización es un novedoso y prometedor proyecto.
- Consideramos que el Manual de Prácticas muestra numerosos valores:
 - ⊕ Instrumento de trabajo institucional que permite la valoración constante de los resultados de la atención médica
 - ⊕ Actualización de los contenidos y fuente de nuevas investigaciones
 - ⊕ Base material de estudio y consulta

- ⊕ Sostiene criterios de elaboración, aplicación y evaluación mirando al Siglo XXI
- ⊕ Motiva el trabajo colectivo, en particular el de los Grupos Multidisciplinarios
- ⊕ No es documento normativo o dogmático sino favorecedor de “la aplicación del método clínico con excelencia”
- La existencia de una Comisión para la aplicación se hace mandataria para abarcar las tareas que se han señalado, sin dejar de enfatizar en la confección del MPM, su aplicación, y su evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Colectivo de autores de la ENSAP. El pensamiento de Fidel en la salud y la medicina familiar cubana. 2003. La Habana. Cuba.
2. Izaguirre Remón R, Vargas Machirán, E. Los colectivos morales de la salud y la dirección estratégica de los servicios: un problema del trabajo político-ideológico. Univer Méd Celia Sánchez Manduley, Marzo, 2004. Manzanillo, Gramma, Cuba.
3. Balaguer Cabrera, J.R: referido por Izaguirre Remón y col. Univer Med Celia Sánchez Manduley, Marzo, 2004. Manzanillo, Gramma, Cuba.
4. Lloréns Figueroa JA. Prólogo a la I Edición digital del Manual de Prácticas Médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras (ISBN # 978-959-212-283-3).2006. La Habana. Cuba.
5. Lloréns Figueroa JA. Conferencia Magistral al IX Congreso Cubano de Cirugía. 2006. Varadero, Matanzas, Cuba. Noviembre.
6. Lloréns Figueroa JA. Conferencia para la VI Conferencia de Profesores Consultantes de Ciencias Médicas en la Facultad “Enrique Cabrera” 2006. Ciudad de La Habana, Cuba. Diciembre.
7. Lloréns Figueroa JA; Rodríguez Silva, H: Editores de la I Edición digital del Manual de Prácticas Médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras, Mención del Premio Anual del MINSAP 2006 (ISBN # 978-959-212-283-3). 2006. La Habana. Cuba.
8. Mundi V, García Avilés T, Fernández Sancho M: Presentación de la ficha de recogida de información sobre buenas prácticas en relación a las políticas municipales de infancia. * Victoria Mundi. Técnica de la Mancomunidad de Servicios Sociales de Mejorada del Campo y Velilla de San Antonio. www.redinfancia.org/redlocal/documentos/17;jsessionid=FC32FD603527C30004446F384C940C27
9. Negrin Villavicencio JA: Informe a la Dirección año 2007. Presentación en diapositivas. Oficina de Coordinación de Protocolos Asistenciales de la CAMPM, HHA.2007. La Habana. Cuba.

10. Negrin Villavicencio JA: Informe al Director, año 2008, para la actividad central en la Universidad Médica Victoria de Girón sobre protocolización. Presentación en diapositivas. Oficina de Coordinación de Protocolos Asistenciales de la CAMPM, HHA. 2008. La Habana. Cuba.
11. Negrin Villavicencio JA: Actas de la Comisión para la Aplicación del Manual de Prácticas Médicas del Hospital C.Q Hermanos Ameijeiras. HHA, Abril-Junio 2005. Oficina de Coordinación de Protocolos Asistenciales de la CAMPM, HHA. 2005. La Habana. Cuba.
12. Rodríguez Silva H; Negrin Villavicencio JA: Editores de la II Edición digital del Manual de Prácticas Médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras (ISBN # 978-959-212-283-3), 2008. La Habana. Cuba. (en prensa).
13. Rodríguez Silva, H; Galego Pimentel, D; Negrin Villavicencio JA. Editores. Resultados de los Grupos Multidisciplinarios del Hospital Hermanos Ameijeiras, Libro en prensa, 2008. La Habana. Cuba. (en prensa).
14. Zas Ros, Bárbara. El hospital para nosotros. Propuesta de un manual para los usuarios hospitalizados en el Hospital clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Rev Cub Psicol., 2004. Vol. 21.
15. Wikipedia, la enciclopedia libre: es.wikipedia.org/wiki/Protocolo_de_red
16. AHRQ. Medical Errors: The Scoop of the problem. Agency for Health Research and Quality. Estados Unidos de Norteamérica, february 2000. <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
17. Ramos DBN. El Control de calidad de la atención de salud. La Habana: Edit. Ciencias Médicas; 2004. p. 22-39.
18. WHO. Patient Safety: Rapid Assessment Methods for estimating hazards. World Health Organization. Department of Human Resources for Health. Geneva, 2003.
19. Leape L. Making health care safe: Are we up to it? J Ped Surg 2004; 39:258-266.
20. Lara MC de la Fuente JR. Sobre el consentimiento informado. BIOÉTICA número especial. Bol Of Sanit Panam 1990; 108(5-6):439-444.
21. Colectivo de autores. Programa de gestión de la calidad hospitalaria del Hospital general universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos. Ver <http://www.gal.sld.cu/variados/PROGRAMA%20CALIDAD%20HGAL%202007.doc>
22. Donabedian Calidad de la Atención Médica. Rev. de Salud Pública. México 1990: 225-231
23. Quality of care: Patient Security. WHO Diciembre 2003
24. MINSAP. Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica. 1993

ANEXOS 1

INDICADORES DE CALIDAD DE LA ESTRUCTURA O INDICADORES DE ESTRUCTURA		
<i>Miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios, y el estado de los recursos. Son de evaluación casi siempre fácil, rápida y objetiva pues engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, para conseguir una calidad aceptable para un momento dado. <u>La estructura más perfecta no garantiza la calidad.</u> El uso de estos indicadores es limitado ya que no permiten una visión real de la calidad de gestión hospitalaria.</i>		
Elementos estructurales aplicables a este PA	Estándar (PLAN)	REAL
Estructura ocupacional (staff) o RECURSOS HUMANOS		
Personal médico y no médico		
% cumplimiento cantidad personal en términos de GBT, Sala o equipo quirúrgico		
% personal calificado, por categoría, relacionado con el PA		
% cumplimiento relación óptima entre categorías de personal involucrado en PA		
% cumplimiento relación Médico/enfermera según necesidades aplicación del PA		
% cumplimiento relación médico/pacientes (ingresados y/o ambulatorios) s/PA		
% personal relacionado con el PA que cuenta con entrenamiento específico		
Estructura material o RECURSOS MATERIALES: en función del PA específico		
% disponibilidad equipos médicos (fijos y móviles) básicos para aplicar el PA		
% disponibilidad equipos no médicos (fijos y móviles) básicos para aplicar el PA		
% disponibilidad de reactivos para el(los) laboratorio(s) correspondientes al PA		
% disponibilidad de estudios de diferentes laboratorios según detalla el PA		
% disponibilidad del Banco de Tejidos si se relaciona con el PA		
% disponibilidad de suturas específicas relacionadas con el PA		
% disponibilidad de prótesis específicas relacionadas con el PA		
% disponibilidad de soluciones de irrigación relacionadas con el PA		
% disponibilidad del material gastable relacionado específicamente con el PA		
% disponible instrumental médico/quirúrgico (+cgría microscópica/endoscópica)		
% cumplimiento asignación del Salón Operaciones necesario para cumplir el PA		
% cumplimiento estado físico del Salón Operaciones necesario para aplicar el PA		
% suspensión operación propuesta por estado climatización insatisfactorio		
% disponibilidad de mobiliario médico y de oficina según las necesidades del PA		
% disponibilidad medicamentos específicos o mencionados en el PA		
% disponibilidad de estudios de dosificación en _____ de drogas a emplear s/PA		
% posesión del Modelo para toma de los Datos de la Historia Clínica según el PA		
% disposición de modelos para seguimiento o control vigilancia epidemiológica		
% disponibilidad reactivos farmacéuticos, incluye contrastes, para aplicar el PA		
% cumplimiento del mantenimiento del inmuebles según necesidades del PA		
% disponible de vehículo(s) necesarios directa o indirectamente para aplicar PA		
Estructura organizacional o RECURSOS ORGANIZATIVOS		
% disponible diseño organizacional para aplicar PA a ingresos y ambulatorios		
% disponibilidad de personal médico organizado para aplicar el PA		
% cumplimiento N°____(operaciones, trasplantes, etc.) a realizar en __mes/año		
Otros		
% accesibilidad de pacientes de otras provincias al PA según está organizado		
% cumplimiento actividades asistenciales y/o docentes relacionadas con el PA		
% actividades investigativas propuestas derivadas de aplicación del PA		

ANEXO 2

INDICADORES DE LA CALIDAD DEL PROCESO O INDICADORES DE PROCESO		
<i>Miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente. Comprenden:</i>		
Elementos estructurales aplicables a este PA	Estándar (PLAN)	REAL
Acciones que realiza el médico en el paciente para arribar a resultados específicos		
✦ Relacionadas con el Pre-Ingreso		
⊕ % cumplimiento ejecución de la primera consulta conceptualizada según el PA		
⊕ % cumplimiento entrega recomendaciones terapéuticas a partir consulta __ (N°)		
⊕ % pacientes remitidos x diagnóstico y Tto/pacientes diagnosticados/tratados		
⊕ % pacientes tratados / número pacientes remitidos para tratamiento		
⊕ % pacientes con ingreso día antes de intervención/Total pacientes según el PA		
⊕ % disminución reingresos por ____ (causa) < ____ vez(ces)/ __ meses/año		
✦ Relacionadas con el Ingreso		
⊕ % Historias Clínicas de anestesia con parámetros cumplidos/Total HC anestesia		
⊕ % aplicación del algoritmo diagnóstico al paciente incluido en este PA		
⊕ % variaciones de aplicación del PA/Total de acciones a aplicar		
⊕ % aplicación de técnicas de diagnóstico propuestas por este protocolo		
⊕ % pacientes que ingresen al servicio con el diagnóstico según PA		
⊕ % pacientes en que no se cumplió el protocolo en cuestión		
⊕ % de realización y evaluación de los complementarios indicados		
⊕ % disponibilidad imagenología tipo ____ a tiempo determinado __ h/días		
⊕ % cumplimiento tiempo (__ d/semanas) para recibo resultado estudio ____ s/PA		
⊕ % de identificación de la causa de _____ antes de las 2 semanas:		
⊕ % de estudios a pacientes con tumor de _____ concluido a _____ días		
⊕ % congruencia e/investigaciones clínicas y tratamiento aplicado a pacientes		
⊕ % cumplimiento promedio tiempo (__ días/semanas) para concluir la evaluación		
⊕ % valoración inicial por la especialidad de _____ a menos de ____ horas		
✦ Relacionadas con el Diagnóstico		
⊕ % de diagnósticos según criterios establecidos por el PA		
⊕ % cumplimiento proceso investigativo básico en tiempo no > ____ (días/sem.)		
⊕ % Diagnóstico e inicio Tto. de complicación tipo _____ en 24 h primeras		
⊕ % pacientes con estadiamiento de enfermedad /Total de pacientes en PA		
⊕ % pacientes con evaluación multidisciplinaria/Total de pacientes en PA		
⊕ % pacientes c/evaluación preoperatoria exhaustiva por personal > calificación		
⊕ % aplicación de las técnicas de diagnóstico propuestas por este PA		
⊕ % cumplimiento plazo promedio (__ h/días) para ser interconsultado por _____		
⊕ % de clasificación adecuada según criterios del PA		
⊕ % cumplimiento determinación variedad morfológica definido a __ días ingreso		
⊕ % pacientes de _____ con identificación adecuada del estado nutricional		
⊕ % de pacientes con confirmación cito/histológica pre operatoria		
⊕ % pacientes c/criterios Qgicos operados según intervención propuesta por PA		
⊕ % pac. _____ (enfer.) c/diagnóstico oportuno complicaciones en __ (período)		
⊕ % cumplimiento del diagnóstico etiológico en los primeros ____ días		
⊕ % estudios médicos de evaluación y clasificación a ____ semanas del ingreso		
⊕ % pacientes identificados en cuanto la existencia de criterios de mal pronostico		
⊕ % de pacientes con definición del riesgo quirúrgico en el pre según PA		
✦ Relacionadas con el Tratamiento		
⊕ % cumplimiento de indicaciones realizadas según riesgo del paciente		
⊕ % instauración o corrección del Tto. en período no mayor de __ semana(s).		
⊕ % pacientes evaluados/pacientes que van a ser operados		
⊕ % cumplimiento momento quirúrgico óptimo planificado en ____ días/semanas		
⊕ % sugerencias Tto. endoscópicos propuestas/N° Pacientes atendidos		

Proyecto de Desarrollo: Protocolización de la Asistencia Médica

⊕	% pacientes cumplen plazo aplicación Tto. Qgico	Total pacientes en PA		
⊕	% pacientes bajo Tto. específico para _____			
⊕	% procedimientos realizados: paliativos/prequirúrgicos/diagnósticos			
⊕	% endoprótesis colocadas			
⊕	% Fisioterapia realizada ÷ fisioterapia planificada			
⊕	% de cumplimiento de los intervalos entre pasos quirúrgicos definidos por el PA			
⊕	% de pacientes con criterios de cirugía que puede realizarse cirugía efectiva			
⊕	% de complicaciones a la cirugía			
⊕	% cumplimiento transición cirujano a la práctica de nuevas técnicas quirúrgicas			
⊕	% intervenciones suspendidas por descontrol de la enfermedad paciente			
⊕	Relacionadas con la Pre Alta			
⊕	% pacientes de alta a 48 y 72 h de operado	Total de pacientes en PA		
⊕	% cumplimiento estadía s/estadio evolutivo y/o clasificación y/o respuesta Tto.			
⊕	% cumplimiento de la estadía media total de _____ según el PA			
⊕	% evoluciones realizadas ÷ evoluciones planificadas			
⊕	% cumplimiento tiempo estadía pre (y/o post)operatorio según el PA			
⊕	% pacientes c/estudios concluidos bien/Nº pacientes incluidos en PA			
⊕	Relacionadas con la Post Alta			
⊕	% pacientes seguidos según período establecido	total pacientes a seguir		
⊕	% aplicación elementos establecidos a controlar cada período seguimiento			
⊕	% pacientes no seguidos según lo plan	Total pacientes a seguir		
⊕	% de pacientes con marcadores tumorales en el seguimiento			
⊕	% cumplimiento períodos fijados de evaluación a _____ (tiempo) a casos activos			
⊕	% cumplimiento períodos fijados evaluación a _____ (tiempo) casos en remisión			
⊕	% de consultas con _____ a _____ días de su atención			
⊕	% cumplimiento de las sugerencias terapéuticas.			
⊕	% de consultas de seguimiento realizadas/consultas programadas			
⊕	% consultas seguimiento efectuadas/Nº consultas especializadas programadas			
•	Interacción del paciente con el equipo de salud			
⊕	% trabajadores con accidentes reportado con fuente desconocida			
⊕	% trabajadores con accidentes reportado con seguimiento médico			
⊕	% de pacientes que apoyan su cuidado estando ingresados			
•	Documentos o formularios a llenar durante el desarrollo de la atención			
⊕	% HClínicas (<input type="checkbox"/> hospitalaria <input type="checkbox"/> ambulatoria) disponibles para obtener informac			
⊕	% recolección sistemática de la información en el Modelo de Datos del PA			
⊕	% de Base de Datos confeccionada			
⊕	% cumplimiento actualización del PA (última revisión) a un período determinado			
⊕	% Modelos de pacientes con PA _____ incorporados a la base de datos			

ANEXO 3

INDICADORES BASADOS EN RESULTADOS O INDICADORES DE RESULTADOS		
<p>Miden aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud, actual o potencial, de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual. Incluyen otras consecuencias como: conocimiento acerca de la enfermedad, cambio de comportamiento que repercute en la salud o satisfacción de los pacientes que, además de constituir el juicio del paciente sobre la calidad asistencial recibida tiene influencia directa sobre los propios resultados. Tienen la siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No evalúan directamente la calidad de atención; solo permiten deducir sobre proceso/estructura del servicio • Dependen de la interacción con otros factores como: mezcla de pacientes y la gravedad de la enfermedad. • Reflejan la contribución de diferentes aspectos del sistema de atención médica pero al mismo tiempo esconden lo que anduvo bien o mal y no deberían analizarse separadamente del proceso y la estructura. • Son mejor comprendidos por los pacientes y el público que los aspectos técnicos de estructura y proceso. 		
Elementos de resultados aplicables a este PA	Estándares (PLAN)	REAL
Resultados quirúrgicos		
Pre Operatorio		
% cumplimiento conducta quirúrgica establecida aplicada		
% cumplimiento de la conducta quirúrgica a aplicar en tiempo determinado s/PA		
% cumplimiento cgía planificada según PA ambulatoria y ejecutada ambulatoria		
% cumplimiento cgía planificada según PA ambulatoria y ejecutada ingresada		
Trans Operatorio		
% rendimiento cardiaco (métodos invasivos/no invasivos) durante la operación		
% estado hemodinámico y cardiovascular durante tiempo anestésico-quirúrgico		
% Balance hidromineral, electrolítico y humoral satisfactorio durante perioperat		
% pérdidas durante acto qgico (sangre, derivados, plasma, etc.) contra Plan		
% pérdidas de sangre en el trans operatorio/volumen promedio planificado		
% resultados satisfactorios de la utilización de equipos ahorradores de sangre		
% logrado de hemostasia correcta al final del proceder anestésico-gico en CCV		
% pacientes con seguimiento del tratamiento anticoagulante		
% resecabilidad lograda y según estadiación		
% de pacientes con criterio de resección/pacientes operados		
% conversiones técnicas (endoscópica a abdomen abierto)/pacientes operados		
% cumplimiento control temperatura corporal durante circulación extracorpórea		
% estado físico correcto al terminar el acto quirúrgico/pacientes operados		
Post Operatorio		
% pac. c/buen postoperatorio s/tolerancia alimentos, peso corp y complic respirat		
% pacientes con tolerancia alimentación líquida y blanda antes alta hospitalaria		
% cumplimiento de la estadía post operatoria fijada en ___d/semanas según PA		
Resultados del tratamiento		
% resultados (exitosos, fallidos) según el tratamiento aplicado		
% resultados de curación, o mejoría, a un tiempo determinado por el PA		
% cumplimiento resultados propuestos entre predicción y resultados		
% resultados estéticos y funcionales y según estrategia quirúrgica y según Plan		
% pacientes c/retardo aplicación otros Ttos por complicaciones de cgía aplicada		
% rehabilitación funcional lograda		
% respuestas completas clínicas en Etapa IV en _____(Enfermedad)		
% pacientes tratados con RDT y complicaciones que obligan a suspensión total		
% pacientes con mejoría de su capacidad funcional post tratamiento		
% Morbimortalidad (clínica/quirúrgica, intervencionista, asintomática o no)		
% probabilidad del acontecimiento desfavorable según un factor riesgo		
% logrado del resultado final de la recaída propuesto		
% mortalidad hospitalaria (a menos de 30 días)		
% mortalidad operatoria o postoperatoria (a menos de 30 días)		
% mortalidad en fase activa de la enfermedad		
% mortalidad relacionada con prótesis		

% mortalidad por infecciones según criterios de riesgo		
% mortalidad tardía		
% pacientes diagnosticados como _____/pacientes curados o mejorados		
Complicaciones		
% de complicaciones según categoría mayor de la(s) complicación(es)		
% de complicaciones según categoría menor de la(s) complicación(es)		
% de complicaciones según el número		
% de complicaciones según período de presentación (trans o postoperatorio)		
% de complicaciones a un tiempo de presentación prefijado _____		
% de complicaciones según el tipo de complicación		
% presentación eventos de rechazo del trasplante (según instalación o no)		
% pacientes con modificación valores de creatinina según niveles ciclosporina		
% complicaciones a la radioterapia Grado III-IV		
% complicaciones a la quimioterapia Grado III-IV		
% pacientes en que se empleó nuevos inmunosupresores menos nefrotóxicos		
% de pacientes con complicaciones de sepsis		
% Infecciones post operatorias y según variable terapéutica		
% pacientes con infección de herida quirúrgica por _____		
% de pacientes con infecciones relacionadas con prótesis o no		
% Tasa de toxicidad grado III en pacientes tratados con radioterapia		
Tasa recidivas tratados con BCG intravesical con tumores superficiales en _año		
% eventos agudización y existencia de complicaciones en _____(enfermedad)		
Indicadores <i>centinelas</i>:		
<input type="checkbox"/> Gangrena gaseosa	<input type="checkbox"/> Cuerpo extraño abandonado accidentalmente durante el acto quirúrgico	
<input type="checkbox"/> Absceso del SNC	<input type="checkbox"/> Reacción ABO y/o Rh incompatible	
<input type="checkbox"/> Daño por anoxia cerebral	<input type="checkbox"/> Fallecimiento tras cirugía menor de bajo riesgo	
<input type="checkbox"/> Punción o laceración accidental durante acto quirúrgico	<input type="checkbox"/> Muerte materna (ocurrida en el hospital)	
<input type="checkbox"/> Dehiscencia de sutura operatoria		
Seguimiento		
A períodos variables desde 15 días a 5 años, etc.		
% pacientes con permeabilidad protésica a _____		
% pacientes con aneurismas anastomóticos a _____		
Índice de amputaciones a _____		
% de recaída post tratamiento		
% de recaída según períodos de tiempo prefijados en ____ por el PA		
% de rebrote post tratamiento		
% de rebrote ausente durante el Tratamiento		
% recurrencias locales en pacientes operados de cáncer de _____		
% recurrencias peritoneales en pacientes operados cáncer de _____		
% de casos con discapacidad tipo _____		
% de recidivas a un tiempo determinado		
% de pacientes con criterio de curación o mejoría a _____		
% pacientes con vuelta al trabajo y supervivencia de ____ % al _____		
% pacientes con reducción de las secuelas irreversibles.		
% reducción grado de discapacidad parcial o total e pacientes con _____		
% expectativa de sobrevida o supervivencia lograda a ____ (1, 5 años, etc.)		
% expectativa de sobrevida por variantes de la enfermedad y/o estadios		
% expectativa de sobrevida según condicional(es)		
Mediana de tiempo supervivencia en pacientes con cáncer de _____		
Satisfacción		
% pacientes que mantuvieron adherencia al tratamiento (mayor de ____ %).		
% diferentes respuestas a preguntas de cuestionario SRS22 (versión española)		
Auto evaluación de calidad de vida lograda post tratamiento		
Evaluación de la relación médico-paciente-familiar		
Evaluación de la atención psicológica recibida		
% pacientes con diferentes grados satisfacción por resultado del Tto. impuesto		

ANEXO 4

COMISIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL MANUAL DE PRÁCTICAS MÉDICAS

GUÍA PARA LA APLICACIÓN

A. ETAPA DE PUESTA EN MARCHA

Tarea N°	Tarea a Desarrollar	Fecha de cumplimiento	Responsable de la Tarea
1	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ <i>Visita inmediata a J´Servicios-Dptos para:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✧ <i>Entrega al J´Servicio del CD-ROM del MPM</i> ✧ <i>Convenir fecha de puesta en marcha de PAs</i> ✧ <i>Iniciar impresión de los PAs ya aplicándose o para aplicar antes de 30 días</i> ✧ <i>Representante del Servicio a la CAMPM</i> ✧ <i>Autorización nombramiento de un Colaborador de la CAMPM del Servicio que corresponda</i> ⊕ <i>Contacto con el Dpto. de Estadísticas para:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✧ <i>Precisar fecha y forma de acceso a la siguiente información:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✧ <i>Ingresos por mes, por Servicio, de tipo electivo, con y sin amparo de protocolo, total, % y fallecidos</i> ✧ <i>Ingresos por mes, por Servicio, de tipo urgente, con o sin amparo de protocolo, total, %, Causas de ingreso con y sin amparo de protocolos. Fallecidos</i> ✧ <i>Listado mensual de los 10 diagnósticos más frecuentes de ingresados con amparo de PA y los 10 más frecuentes sin PA.</i> ⊕ <i>Guía de las indicaciones metodológicas para aplicar el MPM</i> ⊕ <i>Iniciar la impresión de los PAs que ya se están aplicando o de aplicación inmediata y según papel disponible</i> ⊕ <i>Iniciar impresión de DIPLOMAS de los autores luego de recibir el ISBN del MPM y según papel disponible</i> ⊕ <i>Creación de la Oficina Coordinadora de Protocolos, en el área de la Comisión de Grados Científicos, Piso 4, Teléfono 1040 (provisional) para atender consultas sobre la aplicación de los Protocolos</i> 	18-04-06	<p><i>J´Grupos (Anexo 1)</i></p> <p><i>R´Coordinador de la CAMPM</i></p> <p><i>Coordinadores</i></p> <p><i>Coordinadores</i></p> <p><i>Coordinadores</i></p>

2	<p>⊕ Seminario a Miembros de la CAMPM (15), Colaboradores (14), representantes de los servicios/Dptos (46), Invitados sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Indicaciones Metodológicas para inicio MPM ✦ Control recursos humanos & materiales al inicio ✦ Estructura asistencial para aplicar los MPM ✦ Control contenido de la Base Datos del autor ✦ Sesiones autocontrol y autoevaluación. Seguimiento ✦ Cronograma de visitas evaluativas ✦ Contenido y forma de controles & evaluaciones 	<p>24-04-06 (Salón del Conferencias, Lobby, de 1-2 PM) (Repetido el 23-05-06)</p>	<p>Dr. Lloréns</p>
---	---	--	---------------------------

CONTENIDO DEL SEMINARIO							
Indicaciones Metodológicas para inicio MPM (24/04 y 23/05/06)							
<ul style="list-style-type: none"> ✦ Entregar folleto de Indicaciones Metodológicas (conservarlo como guía de trabajo) ✦ Entregar guía de aplicación de Indicaciones Metodológicas ✦ Entregar composición de la Comisión para la Aplicación del MPM ✦ Entrega de datos estadísticos sobre la puesta en marcha de la CAMPM ✦ Entrega del Listado de PAs priorizados según Tarea N° 1 para imprimir una o más copias según papel disponible ✦ Sugerencias del Dpto de Estadísticas sobre contenido final que deben tener los modelos, siempre en función de los indicadores de estructura, procesos, resultados y de niveles de atención (ingresados, ambulatorios, seguimiento) 							
<ul style="list-style-type: none"> ✦ Control y seguimiento recursos humanos y materiales para iniciar la aplicación de los PAs <ul style="list-style-type: none"> ∅ Informe del Autor del PA sobre déficit de recursos humanos confrontados al momento de iniciar la aplicación del PA. ∅ Informe de los Autores del PA del Servicio sobre número de PAs que limitan o impiden iniciar su aplicación en los próximos 45 días (a partir del 1° de junio/06) debido a causas materiales y cuáles son las más destacadas: <table style="margin-left: 40px; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Modelos</td> <td><input type="checkbox"/> Equipos médicos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reactivos</td> <td><input type="checkbox"/> Equipos no médicos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicamentos</td> <td><input type="checkbox"/> Otros (¿cuál?) _____</td> </tr> </table> ∅ La recomendación de cómo resolver la limitante expuesta o el estado de solución que tiene esta limitante. 		<input type="checkbox"/> Modelos	<input type="checkbox"/> Equipos médicos	<input type="checkbox"/> Reactivos	<input type="checkbox"/> Equipos no médicos	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Otros (¿cuál?) _____
<input type="checkbox"/> Modelos	<input type="checkbox"/> Equipos médicos						
<input type="checkbox"/> Reactivos	<input type="checkbox"/> Equipos no médicos						
<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Otros (¿cuál?) _____						
<ul style="list-style-type: none"> ✦ Estructura asistencial creada para aplicar los MPM <ul style="list-style-type: none"> ∅ Recibir del Jefe de Servicio y/o del Autor del PA que se está aplicando o se vaya a comenzar su aplicación en los próximos 30 días la información sobre la estructura asistencial creada para garantizar la admisión de pacientes amparados por este PA y su atención. ∅ Particularizar las dificultades subjetivas y objetivas de la puesta en marcha de los Grupos Multidisciplinarios y de las US (en la parte que compete a la Institución) ∅ En caso de dificultades detallarlas para someterlas a la CAMPM 							
<ul style="list-style-type: none"> ✦ Explicar la forma de control de las sesiones de auto control y auto evaluación hechas por el Servicio a cada protocolo <ul style="list-style-type: none"> ∅ Se basará en la presentación y revisión de los files con las actas de las sesiones de auto control y auto evaluación hechas por el Autor y sus colabo- 							

<p>radores y con la aprobación final del Jefe de Servicio, insistiendo en la evaluación realizada sistemáticamente (con fecha planificada) de los indicadores de estructura, proceso y resultados</p> <p>Ø En caso de incumplimientos hacer acta en que se detallen las causas y aclarando las rectificaciones que se proponen llevar a cabo por el Servicio.</p>																														
<p>✧ Explicar forma de control del contenido de la Base de Datos confeccionada por autor del PA</p> <p>Ø N° de pacientes protocolizados y N° de modelos llenos</p> <p>Ø Estado del llene de los modelos, conservación, etc.</p> <p>Ø Plan para el análisis de los datos obtenidos</p> <p>Ø Base de datos en formato electrónico</p> <p>Ø Crecimiento de la base de datos</p>																														
<p>✧ Convenir cronograma de visitas evaluativas en rangos de fechas flexibles.</p> <p>Ø Se hará un calendario de visitas a los Servicios para los días 10 de cada mes, con un margen de 5 días lectivos, antes o después de dicha fecha, por razones que satisfagan las necesidades particulares del Servicio.</p> <p>Ø El Jefe de Grupo colegiará con el Jefe de Servicio la fecha definitiva en el lapso de tiempo programado en función de no afectar la información necesaria a entregar al Consejo de Dirección antes del Consejo Ampliado, que analizará esta cuestión.</p>																														
<p>✧ <i>Contenido y forma de los controles y evaluaciones</i></p> <p>✧ Punto 1: Análisis de los siguientes aspectos del movimiento hospitalario procesados por el Dpto. de Estadísticas, discusión y calificación de resultados:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ingresos</th> <th>Electivos</th> <th>%</th> <th>Urgentes</th> <th>%</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Con PA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fallecidos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sin PA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fallecidos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>✧ Punyo 2: cumplimiento de las sesiones de auto control y auto evaluación, detallar acausas de incumplimiento y revisión de las actas de esta actividad.</p> <p>✧ Punto 3: revisión del comportamiento del(los) Grupo(s) Multidisciplinario(s) que dirige el Servicio en cuanto a funciones y resultados</p> <p>Revisión 2 % de las historias clínicas de pacientes bajo atención de protocolos, precisando:</p> <p>✧ Punto 4: comportamiento de indicadores estructura</p> <p>✧ Punto 5: comportamiento indicadores de proceso</p> <p>✧ Punto 6: comportamiento indicadores de resultados</p> <p>✧ Punto 7: calidad de las H.Clínicas en función de evaluar el PA</p> <p>✧ Punto 8: cumplimiento política antibióticos propuesta por el PA</p> <p>✧ Punto 9: revisión del cumplimiento del cronograma de aplicación de los PA contra el Plan</p> <p>✧ Punto 10: comparar los resultados actuales con los del mes anterior</p> <p>ADEMÁS:</p> <p>✧ Entrevista con integrantes del GBT que aplica el PA para conocer disponibilidad de recursos humanos y materiales</p> <p>✧ Entrevista con pacientes (y familiares) con tratamientos amparados por PA para conocer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Efectos asistenciales (descritos según sus palabras) ○ Grado de satisfacción (particularizar sobre información recibida) <p>✧ Conclusiones (verbal) sobre aplicación y resultados del trabajo protocolizado!</p>	Ingresos	Electivos	%	Urgentes	%	Total	Con PA						Fallecidos						Sin PA						Fallecidos					
Ingresos	Electivos	%	Urgentes	%	Total																									
Con PA																														
Fallecidos																														
Sin PA																														
Fallecidos																														

ANEXO 5

GUÍA DE LOS 10 PUNTOS DE CONTROL Y EVALUATIVOS DE LOS SERVICIOS/DPTOS

Jefe de Servicio/Departamento: En la próxima fecha de control y evaluación de sus Protocolos, según el Cronograma de visitas elaborado de conjunto, su Servicio será objeto del siguiente ejercicio controlativo y evaluativo por parte de la Comisión de Aplicación del Manual de Protocolos Médicos:

- **PUNTO 1:** Análisis de los siguientes aspectos del movimiento hospitalario procesados por el Dpto. de Estadísticas, discusión y calificación de los resultados:

Ingresos	Electivos	%	Urgencias	%	Total
Con PA					
-Fallecidos					
Sin PA					
-Fallecidos					

- **PUNTO 2:** Cumplimiento de las sesiones de auto evaluación y auto control. Detallar causas de incumplimiento y revisión de las actas de auto evaluaciones y auto controles, insistiendo la valoración hecha sobre los indicadores de estructura, proceso y resultados.
- **PUNTO 3:** Revisión del comportamiento del(los) Grupo(s) Multidisciplinario(s) que dirige el Servicio en cuanto a funcionamiento y resultados.
- Revisión 2 % de las Historias Clínicas de pacientes bajo atención de protocolos (en diversas categorías sería recomendable) precisando:
 - ✧ **PUNTO 4:** Comportamiento de los indicadores de estructura
 - ✧ **PUNTO 5:** Comportamiento de los indicadores de proceso
 - ✧ **PUNTO 6:** Comportamiento de los indicadores de resultados
 - ✧ **PUNTO 7:** Calidad de Historia Clínica en función de evaluar el PA (Ver formas de control de las bases de datos)
 - ✧ **PUNTO 8:** Cumplimiento de política de antibióticos propuesta por el PA
- **PUNTO 9:** Revisión del cumplimiento del cronograma de aplicación de los PA (fecha propuesta, real, limitaciones, etc.)
- **PUNTO 10:** Comparación de los resultados actuales con los del mes anterior
- Entrevista con integrantes del GBT que aplicó el PA (solo o en grupos de autores) para conocer sobre los siguientes aspectos:
 - ✧ Disponibilidad de los recursos humanos
 - ✧ Disponibilidad de los recursos materiales:
 - Modelos Reactivos Medicamentos Equipos no médicos Equipos médicos
- Entrevista con pacientes (y familiares) con tratamientos amparados por PA sobre los siguientes aspectos:
 - ✧ Efectos asistenciales (describir según sus palabras)
 - ✧ Grado de satisfacción (particularizar sobre información médica recibida)
- Conclusiones de forma verbal mediante criterios sobre aplicación y resultados del trabajo protocolizado

Control de la aplicación y resultados

- Visitas periódicas a los J´Servicios para conocer:

- Estado de ejecución de los PAs
- Estructura asistencial creada para aplicar los PAs, base de datos, etc.
- Conocer el déficit de recursos humanos y materiales que afectan a los PAs
- Informar sobre contenido y forma de futuras visitas de evaluación y control

PLANILLA DE EVALUACIÓN PARA CADA PAs, GMD o US

DOCUMENTO	<input type="checkbox"/> PROTOCOLO ASISTENCIAL	<input type="checkbox"/> GRUPO MULTIDISCIPLINARIO	<input type="checkbox"/> URGENCIA SELECTIVA	
Título				
1 ^{er} Autor				
Servicio		Fecha evaluativa		
<i>EVALUACIÓN QUE HACE EL SERVICIO RESPONSABLE, DE LOS INDICADORES DE ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS DE LA APLICACIÓN</i>				
→ EL PROCOLO CONTIENE EL ACÁPITE DE EVALUACIÓN Y CONTROL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No				
INDICADORES DE ESTRUCTURA Y PROCESOS (DESCRIBIRLOS RESUMIDAMENTE)		CALIFICACIÓN PROPUESTA	CALIFICACIÓN OBTENIDA	No EVA- LUADO
PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN OBTENIDA POR EL PA (≥ 90 % o EQUIVALENTE: BIEN , ≤ 60 o EQUIVALENTE: MAL); 60-90 o EQUIVALENTE: REGULAR		<input type="checkbox"/> BIEN <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAL <input type="checkbox"/> No EVALUADO		
INDICADORES DE RESULTADOS (DESCRIBIRLOS RESUMIDAMENTE)		CALIFICACIÓN PROPUESTA	CALIFICACIÓN OBTENIDA	No EVALUA- DO

**3er. CONTROL DE LA APLICACIÓN DEL
MANUAL DE PRÁCTICAS MÉDICAS DEL HHA**

Servicio _____ **Fecha:** _____

Por el Servicio _____ **Por la CAMPM** _____

Nº	Volumen de protocolización	Protocolos Asistenciales	Guías Prácticas	Grupo Multidisc
1	El Servicio ha redactado			
2	-Protocolo nuevo aportado			
3	-Protocolo desactivado			
Aplicación de la protocolización		Total		
4	-Protocolos asistenciales activos			
5	-PA activos parcialmente			
6	-PA no activos temporalmente			
Control de la Aplicación		Sí		No
		Todo	Parcial	
7	-El Servicio controla la aplicación de PA	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> En colectivo		
8	-Se está llenando la Planilla de Datos			
9	-Tiene ya Base de datos (cualquier tipo)			
EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA PROTOCOLIZACIÓN				
Autoevaluación		Por Representante de CAMPM	Por la CAMPM	
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactoria <input type="checkbox"/> Satisfactoria <input type="checkbox"/> Lenta o parcial		<input type="checkbox"/> Muy Satisfactoria <input type="checkbox"/> Satisfactoria <input type="checkbox"/> Lenta o parcial	<input type="checkbox"/> Muy Satisfactoria <input type="checkbox"/> Satisfactoria <input type="checkbox"/> Lenta o parcial	

ANEXO 7

Modelaje de ejemplo

MODELO: Ministerio Salud Pública	SERVICIO DE DERMATOLOGÍA Protocolo para el control y tratamiento del ACNÉ Y SUS SECUELAS	FOLIO: Dermat-M11
UNIDAD: Hospital Hermanos Ameijeiras		

Nombre del paciente	1er Apellido	2do Apellido	H. Clínica
Dirección particular:			Barrio/Reparto
Municipio	Provincia	Teléfono	Correo electrónico
Ocupación			
Aspectos generales			
Edad (años)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Color de la piel <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Otra_____		Lugar de nacimiento:	
Aspectos relacionados con los antecedentes de la enfermedad			
Edad comienzo de enfermedad: ___ años		Tiempo de evolución: __ meses _____años	
Antecedentes Patológicos Personales			
Enf. dermatológica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí :Cuál		Trastornos digestivos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí :Cuál	
Alergia a medicamentos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí :Cuál		Enfermedades renales: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí :Cuál	
Enfermedades hepáticas: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí :Cuál		Tratamientos previos para el acné: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí :Cuál	
Hábitos tóxicos			
Tabaquismo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Café: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Alcoholismo: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Otros:	
Antecedentes Patológicos Familiares			
Acné: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí : Parentesco:		Seborrea: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí : Parentesco:	
Aspectos relacionados con las características de la enfermedad actual			
Clasificación cualitativa (PillsburyDM)		Clasificación cuantitativa (Plewing G; Kligman AM)	
Grado I: Comedones+pápulas (A. comedoniano) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Lesiones No Inflamatorias (comedones)	Lesiones inflamatorias (pápulo-pústulas)
Grado II: Pápulas y pústulas superficiales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Grado I < 10	<input type="checkbox"/> Grado I < 10
Grado III: Pústulas profundas y nódulos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Grado II 10-25	<input type="checkbox"/> Grado II 10-20
Grado IV: Nódulos+quistes (A. nódulo-quistico) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Grado III 26-50	<input type="checkbox"/> Grado III 21-30
Secuelas		<input type="checkbox"/> Grado IV > 50	<input type="checkbox"/> Grado IV > 30
Trastornos de pigmentación	Tipo de cicatrices		
Hipopigmentación <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Atróficas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Comedones abiertos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Pápulas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hiperpigmentación <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Hipertrófica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Comedones cerrados <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	Queloides <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		Nódulos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otras lesiones			Quistes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Eritema <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Empeora con		
Excoriaciones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Medicamentos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí:	Alimentos:	
Costras <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cuál?	Mantequilla <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Localización		Estrés <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Mayonesa <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cara: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Sol <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Chocolate <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

Proyecto de Desarrollo: Protocolización de la Asistencia Médica

Cuello: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Cosméticos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Helados <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tórax anterior: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Otros	Otros
Hombros: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Espalda: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Otra:		
Observaciones		
Menarquia:	FM:	Trastornos Menstruales: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Características del estudio integral del paciente		
Complementarios	Fecha	Resultados
Hemoglobina		
Hematocrito		
Leucograma		
Plaquetas		
Test de Brewer		
Examen bacteriológico		
TGO		
TGP		
Colesterol		
Triglicéridos		
Testosterona		
DHA		
DHAs		
Estradiol		
Fotos		Observaciones
US ginecológico TV		Rx cráneo
TAC cráneo		
Interconsulta con Psicología		Interconsulta con Endocrino
Interconsulta con C. Reconstructiva		Interconsulta con otras especialidades
Observaciones		
Médico que llena la encuesta:	Firma	Fecha

MODELO: MINISTERIO SALUD PUBLICA	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL	FOLIO:
-------------------------------------	------------------------------------	--------

UNIDAD: Hospital Hermanos Ameijeiras	ESTENOSIS TRAQUEAL ISQUÉMICA	CGRAL-M3
---	-------------------------------------	----------

NOMBRE PACIENTE	1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	HCLÍNICA
DIRECCIÓN:			BARRIO
MUNICIPIO		PROVINCIA	
I. FECHAS	INGRESO ___/___/___	OPERACIÓN: ___/___/___	EGRESO ___/___/___
II. ESTADÍA _____ DÍAS	III.- EDAD _____ AÑOS		IV.- SEXO: 1=MASCUL 2=FEMEN
V. CAUSA INTUBACIÓN	0= SE DESCONOCE 1= TRAUMA CRANEAL 2= OTRO TRAUMA 3= TRAUMA DIRECTO 4 = ASMA (EMA) 5= INTOX. ALIMENT. 6= LEPTOSPIROSIS 7= COMPLIC. QGICAS 8= INTENTO SUICIDA 9= OTRA: _____		
VI. TIEMPO INTUBACIÓN	_____ DÍAS		
VII. SÍNTOMAS Y SIGNOS	1= DISNEA 2= ESTRIDOR 3= TIRAJE 4= DISNEA Y ESTRIDOR 5= OTRO: _____		
VIII. GRAVEDAD SÍNTOMAS	1= LIGEROS 2= MODERADO 3= GRAVES		
IX. TRAQUEOSTOMIA PREVIA	0= NO 1= SI	X.- TRAQUEOSTOMÍA(S) PREVIA(S): Nº _____	
XI. ENDOSCOPIA	0= NO REALIZADA 1= NO LESIÓN 2= SITIO EXACTO 3= SITIO NO EXACTO 4= DOBLE LESIÓN 5= EXTENSA		
XII. TAC	0= NO REALIZADA 1= POSITIVA 2= NEGATIVA		
XIII. RMN	0= NO REALIZADA 1= POSITIVA 2= NEGATIVA		
XIV. RX SIMPLE TRÁQUEA	0= NO REALIZADA 1= POSITIVA 2= NEGATIVA		
XV.- TOMOGRAFÍA LINEAL	0= NO REALIZADA 1= POSITIVA 2= NEGATIVA		
XVI. GRADO DE ESTENOSIS	1= SEVERA 2= MODERADA		
XVII. OPERACIÓN ANTERIOR	0= NO REALIZADA 1= RESECCIÓN SUB GLÓTICA 2= RESEC SUBGL-TRAQ 3= RESEC. TRAQUEAL 4= RESEC SUBGLÓT-TRAQ. 5= TUBO SUBGLÓTICO 6= RES TRAQ+TUBO T 7= TUBO TRAQUEAL 8= CGIA ENDOSCÓPICA 9= OTRA: _____		
XVIII. LOCALIZACIÓN	1= GLÓTICA 2= GLÓTICA-SUBGLÓTICA 3= SUBGLÓTICA 4= TRAQUEAL ALTA 5= TRAQUEAL MEDIA 6= TRAQUEAL BAJA 7= EXTENSA 8= DOBLE		
XIX. VÍAS DE ABORDAJE	1= CERVICAL 3=CERVICAL INFERIOR MEDIA-TORÁX 2= CERVICAL-MEDIA 4= CERVICAL-TORÁCICA 5= TORÁCICA 6= OTRA: _____		
XX. LESIÓN EXTENSA	0= NO 1= SI		
XXI. TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA	1= RES. LT Y FLAP POST 2= RES LT Y ANAST T-T 3= RES LT Y TUB 4= TUBO LT 5= RES Y ANAST TRAQUEAL 6= RES TRAQ Y TUBO 7= TUBO T TRAQUEAL 8= RESEC CARINAL 9= COMBINACIÓN		
XXII. FLAP TRAQUEAL	0= NO 1= SI		
XXIII. OTRAS TÉCNICAS	1= INJERTO ÓSEO 2= INJERTO CARTÍLAGO 3= OTRA. CUÁL? _____		
XXIV. TRAQUEOST AUXILIAR	0= NO 1= SI		

Proyecto de Desarrollo: Protocolización de la Asistencia Médica

XXV. MATERIAL DE SUTURA	0= SE DESCONOCE 3= PROLENE 6= PDS	1 = NO SUTURA 4= VICRYL 7= OTRA: _____	2= POLIÉSTER 5= DEXON
XXVI. ANILLOS RESECADOS	Nº _____		
XXVII. INDICACIONES TUBO EN T	1= LESIÓN GLÓTICA 4= RESEC. PREVIA 7= TRAQUEOMALACIA 9= ESTENOSIS MODERADA. RESECCIÓN NO INDICADA	2= SUBGLÓTICA 5= ESTENOSIS DOBLE 8= TRAUMA OPERAT.	3= EXTENSA 6= ESTENOSIS BAJA 10= OTRA
XXVIII MAGNITUD DE LA RESECCIÓN	0=NO RESECCIÓN 1= MÍNIMA: HASTA 3 ANILLOS TRAQUEALES 2= MÍNIMA: CRICOIDE + 2 ANILLOS TRAQUEALES 3= MEDIANA: 4-6 ANILLOS TRAQUEALES 4= MEDIANA: CRICOIDE + 4 ANILLOS TRAQUEALES 5= EXTENSA: + DE 6 ANILLOS TRAQUEALES 6= EXTENSA: CRICOIDE + 5 ANILLOS TRAQUEALES		
XXIX. MANIOBRAS MOVILIZACIÓN	0= NO 3= HILIO DCHO.	1= LARINGE SUPRAHIOIDES 4= HILIO DCHO INTRAPERIC	2= LARINGE INFRAHIOIDES 5= REIMPLANTE BRONQUIAL
XXX. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	0= NO 3= SEPSIS RESPIRATORIA 5= DEHISCENCIA SUTURA 7= OBSTRUCCIÓN CÁNULA 9= OTRA: _____	1= SEPSIS LOCAL 4= LESIÓN DE RECURRENTE 6= FÍSTULA TRAQUEAL TARDÍA 8= CÁNULA ALTA	2= MEDIASTINOS
XXXI. GRANULOMAS	0= SE DESCONOCE	1= NO	2= SI
XXXII. ESTADO AL ALTA HOSPITALARIA	1= VIVO 2= FALLECIDO		
XXXIII. CAUSA DE MUERTE	1= SANGRAMIENTO 2= SEPSIS 3= OTRA: _____		
XXXIV. TIEMPO RETIRAR TUBO MONTGOMERY	_____ MESES		
XXXV. CALIDAD DE LA VOZ	0= NO EVALUABLE 3= DÉBIL MODERADA	1= NORMAL 4= DÉBIL SEVERA	2= DÉBIL LIGERA 5= SUSURRANTE
XXXVI.- RECIDIVA DE LA ESTENOSIS	0= NO 3= 1 AÑO 6= 5 AÑOS	1= 1 MES 4= 2 AÑOS 7= 10 AÑOS	2= 6 MESES 5= 3 AÑOS
XXXVII. PROCEDENCIA DE LA RECIDIVA:	1= NUESTRA 2= OTRO CENTRO		
XXXVIII. RESULTADO AL ALTA	1= EXCELENTE 2= SATISFACTORIO 3= MALO		
XXXIX. RESULTADO AL MES	1= EXCELENTE 2= SATISFACTORIO 3= MALO		
XL. RESULTADO A 6 MESES	_____	XLI.- RESULTADO AL AÑO	_____
XLII.- RESULTADO A 2 AÑOS	_____	XLIII.- RESULTADO A 3 AÑOS	_____
XLIV.- RESULTADO A 5 AÑOS	_____	XLV.- RESULTADO A 10 AÑOS	_____
XLVI.- PERDIDO DEL SEGUIMIENTO	0= NO 1= SI		
XLVII.- FALLECIDO DURANTE SEGUIMIENTO	0= NO 1= SI		
OBSERVACIONES			
MÉDICO QUE RECOGE LA INFORMACIÓN	FIRMA		FECHA