

ANEXO 2

HOSPITAL CLINICO QUIRURGICO "HERMANOS AMEJEIRAS"  
Comisión para la Aplicación del Manual de Prácticas Médicas  
(CAMPM)

NORMAS PARA LA CONFECCIÓN DE NUEVOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES

SELECCIÓN DEL TEMA

La selección del tema a ser protocolizado debe guardar plena concordancia con uno o más de los siguientes requisitos:

- Con la política institucional definida sobre la atención médica (cualquier duda consultarlo con su Vicedirector o el Director Médico).
- Con el análisis hecho por el Jefe de Servicio, por el VD correspondiente, por la Comisión, Estadísticas, etc. del % de egresados no protocolizados con afecciones o tratamientos compatibles con el punto anterior (dato emitido por el Departamento de Estadísticas)
- Con una orientación expresa de la Dirección General o de la Dirección Médica del HHA sobre protocolizar un tema en particular, dada a un servicio determinado.
- Con la solicitud argumentada del Jefe de Servicio o a través de él, a su Vicedirector correspondiente.

APROBACIÓN DEL TEMA

Luego de apreciar que guarda concordancia con alguno de los requisitos enumerados, el autor del futuro tema dará los siguientes pasos:

- Proponerlo al J'Servicio y análisis en el colectivo, si no se ha hecho, para su aprobación.
- El autor y el J'Servicio lo propondrá a su Vicedirección correspondiente, para su aprobación.
- Si resulta aprobado por la Vicedirección correspondiente, esta lo informará al Servicio y a la Comisión de Protocolización, para iniciar la confección y aplicar la metodología establecida de confección, respectivamente.

CONFECCIÓN DEL PROTOCOLO

Con la aprobación del tema, se inicia la confección del protocolo, siguiendo la siguiente estructura:

*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 ésta es suministrar suficientes antecedentes 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 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 objetivos asistenciales que se persiguen en términos de mejoría en la calidad de la atención, resultados del tratamiento y reducción de los costos. Los objetivos deben considerar los aspectos esenciales del problema, ser simples y fáciles de medir.*

#### *Desarrollo*

*La redacción cuidadosa de este acápite es el núcleo esencial del PA. En él, de ser posible, con la mejor calidad de evidencia disponible se deben definir los siguientes elementos consignando:*

- Estructura asistencial **básica (recursos humanos/materiales)**
- Participación **de cada profesional y servicio implicado**
- Procesos asistenciales obligados (**criterios**)
  - ⊕ **De universo de trabajo**
  - ⊕ **Criterios de inclusión y exclusión en la asistencia protocolizada**
- Diagnóstico
  - ⊕ **Criterios diagnósticos**
  - ⊕ **Incluye estudios complementarios**
  - ⊕ **Clasificación(es)**
  - ⊕ **Diagnóstico diferencial (si lo lleva)**
- Tratamiento
  - ⊕ **Técnicas**
  - ⊕ **Metodologías**
  - ⊕ **Dosis de medicamentos**
- Seguimiento
- Pronóstico

*Todas estas 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, teniendo en cuenta la incorporación de nuevas tecnologías y nuevos aportes científicos de los dos últimos años.*

#### *Evaluación y control*

*Es obligado establecer indicadores apropiados para evaluar el protocolo de actuación y, a su vez, los resultados deben estar referidos a estándares nacionales, o en su defecto los estándares internacionales vigentes, utilizando aquellos con mayor grado de evidencia científica demostrada. Los indicadores, representando la calidad asistencial, serán aquellos relacionados con la estructura, los procesos y los resultados. Empleamos los siguientes:*

- *Los indicadores de estructura medirán la calidad de las características del marco en que se presentan 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. La estructura más perfecta no garantiza la calidad. El uso de estos indicadores es limitado ya que no permiten una visión real de la calidad de gestión hospitalaria. Abarcarán los siguientes aspectos:*
  - ⊕ *Recursos humanos o estructura ocupacional. Se refiere al personal médico y no médico que debe intervenir en la aplicación del protocolo y que debe poseer la calificación, experiencia y habilidad que demanda la aplicación del contenido.*
  - ⊕ *Recursos materiales o estructura material: se relaciona con la disponibilidad de equipos médicos y no médicos (fijos y móviles) básicos, disponibilidad de estudios (reactivos), instrumental, material gastable, prótesis, suturas, soluciones, estado de los salones, mobiliario médico quirúrgico, climatización, medicamentos específicos, contrastes, etc.*
  - ⊕ *Recursos organizativos: organización del trabajo para cumplir la aplicación, en régimen ambulatorio o ingresado, organización del GBT, planilla de recolección de datos, base de datos.*

Exponga entre 3 y 6 indicadores de estructura

- Los indicadores de proceso *miden de forma directa o indirecta la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente. Permiten conocer hasta qué punto cumplen los lineamientos establecidos por el protocolo y detecta las principales violaciones. Abarca acciones, pasos (procesos) relacionadas con:*

⊕ Preingreso o ingreso (*primera consulta, recomendaciones médicas, ingreso planificado, reingreso, valoración prequirúrgica, algoritmo diagnóstico aplicado, variaciones de la aplicación del protocolo en todos o algún aspecto, etc.*). Diagnóstico (*según criterios del protocolo o no, cumplimiento del proceso investigativo, diagnóstico de complicaciones, evaluación multidisciplinaria, plazo de interconsultas, clasificación adecuada según protocolo, identificación del estado nutricional, confirmación citohistológica preoperatorio, diagnóstico etiológico, identificación de criterios de mal pronóstico o del riesgo quirúrgico*). Tratamiento (*cumplimiento indicaciones hechas, cumplimiento del momento quirúrgico óptimo, tratamientos endoscópicos aplicados, endoprótesis colocadas, intervalos entre pasos quirúrgicos, complicaciones quirúrgicas, intervenciones suspendidas*). Pre o post alta (*cumplimiento de la estadía según estadio evolutivo y/o clasificación y/o respuesta al tratamiento, evoluciones realizadas, estadía pre y/o post operatoria, seguimientos según período establecido, aplicaciones de elementos a controlar en cada en cada período de seguimiento, cumplimiento de las sugerencias terapéuticas, consultas de seguimiento efectuadas. Interacción del paciente con el equipo de salud (trabajadores accidentados reportados con seguimiento médico, apoyan su cuidado mientras están ingresados. Cumplimiento de la aplicación de la Planilla de Reco-lección de Datos y de la Base de Datos sistemáticamente.*

Exponga entre 3 y 6 indicadores de procesos

- Los indicadores de resultados *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. 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. Permitirán conocer el impacto que tiene la estructura organizativa asistencial en el problema de salud abordado. Abarca los resultados relacionados con:*

⊕ Si se evalúan resultados quirúrgicos: *en el preoperatorio (cumplimiento de la conducta quirúrgica establecida, cumplimiento a un tiempo determinado, planificada ambulatoria y ejecutada ingresada); en el transoperatorio (estado hemodinámico, balance hidromineral, pérdidas, hemostasia correcta, seguimiento del tratamiento anticoagulante, reseabilidad lograda y según estadiación, conversiones técnicas, control temperatura corporal, estado físico al finalizar el acto quirúrgico); en el postoperatorio (tolerancia alimentaria líquida y blanda, estadía).*

⊕ Si se evalúa el tratamiento en general: *resultado (exitoso, fallido), resultado de curación, cumplimiento resultados propuestos, resultados estéticos y funcionales, rehabilitación funcional lograda, morbimortalidad, probabilidad del acontecimiento desfavorable, resultado final de la recaída, mortalidad hospitalaria, mortalidad operatoria o postoperatoria, mortalidad en fase activa, mortalidad relacionada con la prótesis, por infecciones, tardía. Complicaciones según categorías, número, período de presentación, rechazo de trasplante, complicaciones de la radioterapia, quimioterapia, sepsis, prótesis. Indicador centinela. Seguimiento. Satisfacción.*

Exponga entre 3 y 6 indicadores de resultados

*Información a pacientes y familiares*

Información inicial

- Información general sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad
- Procederes a los que debe ser sometido
- Consentimiento informado (por escrito sólo cuando se trate de un procedimiento riesgoso)

**Informe médico al alta**

- Confirmación del diagnóstico,
- Tratamiento a seguir,
- Pronóstico y
- 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*

**La bibliografía no tiene que ser extensa pero si debe estar actualizada (no menos de 70 % de 4 años o menos) e incluir las referencias relevantes sobre el tema. Se enumerarán correlativamente por orden alfabético según el formato de referencia adoptado por el Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals.**

**APROBACIÓN DEL NUEVO PROTOCOLO**

**Luego de haber cumplimentado la confección del protocolo el autor(es) debe presentarlo ante su colectivo, en la fecha, lugar y hora que determine el Jefe de Servicio y con la presencia del representante de la Comisión (R'CAM PM). Siempre se invitará al Vicedirector correspondiente.**

**La aprobación final por ambas instancias será comunicada al Servicio por escrito.**

**Posteriormente vendrá un período de perfeccionamiento del protocolo y, finalmente, cada cierto tiempo, previamente programado, se hará la evaluación de este PA basándose en la metodología del Anexo 3, al mismo tiempo que se evalúan los demás protocolos del Servicio. Estas evaluaciones permiten, a su vez, su agrupación para reflejar, en cierta medida, los niveles de protocolización del Servicio correspondiente (Anexo 4).**