



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GESTIÓN HOSPITALARIA



EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA DE LOS LINEAMIENTOS TECNICOS PARA LA REFERENCIA Y RETORNO DE USUARIOS EXTERNOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL “ROSALES” IMPLEMENTADAS EN LAS GUÍAS CLÍNICAS DE MEDICINA INTERNA SAN SALVADOR, JULIO A DICIEMBRE 2015

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN GESTIÓN HOSPITALARIA

PRESENTADO POR
Leyla Tatiana Burgos Burgos
Oscar Mauricio Valladares Martínez

ASESORA
Dra. Ana Guadalupe Martínez de Martínez. MGH

SAN SALVADOR, FEBRERO 2016

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Lic. LUIS ARGUETA ANTILLON
RECTOR INTERINO UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Dra. MSP MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS
DECANA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Licda. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

JURADO CALIFICADOR

Licda. MSP. REINA ARACELI PADILLA MENDOZA
Licda. MSP. HILDA CECILIA MENDEZ DE GARCIA
Dra. MGH. ANA GUADALUPE MARTINEZ DE MARTINEZ

DEDICATORIA

A MI FAMILIA Y AMIGOS, quienes me han apoyado incondicionalmente y que siempre me motivan para alcanzar mis metas.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE TRABAJO DE LA UNIDAD DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES, por su apoyo y paciencia, y los sacrificios y sobre esfuerzos realizados los días que me tocaban clases.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, por brindarnos las herramientas necesarias para lograr un mejor desempeño profesional y desarrollo en el campo de la gestión hospitalaria, contribuyendo al desarrollo de nuestras áreas de trabajo.

A NUESTROS MAESTROS, por su dedicación y acompañarnos en nuestro proceso de formación y en especial a nuestra asesora Dra. Ana Guadalupe Martínez de Martínez por su tiempo y dedicación en la realización de esta tesis.

A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES, por el apoyo a que el personal siga sus estudios y capacitaciones para mejorar y contribuir con el desarrollo del hospital; por todas las facilidades brindadas para la realización de nuestras funciones laborales y las tareas que como parte de la Maestría realizamos dentro del hospital.

A MIS COMPAÑEROS DE MAESTRÍA, con quienes compartimos conocimientos, apoyo y amistad durante todo el proceso de formación.

Leyla Tatiana Burgos Burgos.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO, Por permitirme haber alcanzado este propósito, por darme la fuerza y la sabiduría para que todo el esfuerzo dedicado haya culminado con los mejores resultados.

A MI FAMILÍA, principalmente a mi madre y hermanos, porque el resultado de todo este proceso de formación también es gracias a su apoyo y motivación.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, por permitirme un lugar en la séptima generación de la Maestría en Gestión Hospitalaria, por los conocimientos brindados y por la contribución en la formación de profesionales exitosos.

A LOS COMPAÑEROS/AS DE LA VII GENERACION DE GESTION HOSPITALARIA, porque como grupo fuimos siempre unidos, por las experiencias y ocurrencias vividas en las aulas de la Rotonda serán recuerdos imborrables. Mil gracias a todo ese grupo de grandes profesionales y grandes seres humanos.

A LOS CATEDRATICOS, por compartir con gran dedicación todos sus conocimientos, por hacer convivido ese tiempo de las jornadas de clases con la mejor disposición para que sus alumnos adquirieran las herramientas para el ejercicio de la gestión. Un agradecimiento especial a nuestra asesora Dra. Ana Guadalupe Martínez de Martínez por su orientación y conocimientos, para que finalmente este proceso llegase a su finalización.

A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL ROSALES, por el apoyo y espacio para la realización de este y la mayoría de proyectos según los módulos de todo el proceso de formación.

A LEYLA BURGOS, mi compañera de tesis, porque aun con los contratiempos del trabajo, siempre coordinamos la información para estar al día con cada una de las actividades y tareas de la Maestría. Gracias por el tiempo compartido y por la oportunidad de conocer a una gran médica y buena amiga.

Oscar Mauricio Valladares Martínez.

RESUMEN

Título: Evaluación de la adherencia de los lineamientos técnicos para la referencia y retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales” implementadas en las Guías Clínicas de Medicina Interna San Salvador, julio a diciembre 2015.

Propósito: Elaborar una Propuesta Técnica para su implementación.

Materiales y Métodos: investigación de tipo descriptiva y transversal.

Resultados: De una muestra de 103 evaluaciones de usuarios que son referidos de los distintos niveles de atención a la unidad de emergencia del Hospital “Rosales”, un 77% de los evaluados tiene conocimiento de las guías; el 98% de las referencias evaluadas no tiene conocimiento de planes de mejoramiento y retroalimentación para el uso de las guías mismas. El II nivel de atención es quien más refiere a III nivel, el 62%. Un 33% de casos evaluados que no hace uso de las guías en la práctica médica. No existen resultados de evaluación de la adherencia de las guías para mejorar la práctica clínica.

Conclusiones: las guías clínicas son aplicadas, pero se consideran irrelevantes, generan discordancia entre los criterios y contenido, resultan incompatibles con los recursos institucionales y existe muy poca adherencia en la práctica clínica.

Recomendaciones: Elaborar un plan de educación acorde con la necesidad institucional de mejorar la referencia y retorno de los usuarios, proporcionando una mejor calidad de atención

CONTENIDO

CAPITULO	PÁGINA
RESUMEN.....	iv
I.INTRODUCCIÓN.....	1
II.OBJETIVOS.....	3
III.MARCO TEORICO.....	4
IV.DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
V.RESULTADOS.....	34
VI. DISCUSIÓN.....	58
VII.CONCLUSIONES.....	64
VIII.RECOMENDACIONES.....	65
IX. PROPUESTA TECNICA.....	67
X.BIBLIOGRAFIA.....	76
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como finalidad evaluar la adherencia de los lineamientos técnicos para la referencia y retorno de usuarios externos en la unidad de emergencia del Hospital Nacional “ Rosales” implementadas en las guías clínicas de Medicina Interna San Salvador, julio a diciembre 2015; de manera que se asegure un ambiente hospitalario garante de calidad en la gestión y atención médica, promoviendo la concepción-implementación de herramientas sistemáticas que incorporadas a la práctica asistencial conlleven a la seguridad de los pacientes y faciliten la participación integrada en red inter y extra institucional.

La calidad de la atención que debe brindar una institución es inherente a la forma en que se llevan a cabo los procesos de atención, la accesibilidad del servicio, la relación interpersonal, la empatía con el usuario, las intervenciones clínicas y los efectos logrados con el diagnóstico; obteniéndose mayor beneficio con menor riesgo para el usuario en función de los recursos disponibles.

En todo proceso de atención, se van utilizando herramientas metodológicas que guían o norman dichos procesos y a la vez estandarizan las estrategias de prestación de servicios que contribuyen a mejorar la calidad, efectividad, el proceder clínico y seguridad de los pacientes; son estas actividades las que mantienen integrada la red de servicios de salud. Es en los procesos de atención y en los procedimientos aplicados, donde se deben definir los componentes de planeación, organización e intervención que sistemáticamente tengan como objetivo la contribución a las mejoras de la atención y se dé respuestas oportunas a las necesidades de los usuarios.

Desde esa perspectiva asistencial, es importante la disponibilidad de un sistema de procesos estructurado en relación a la atención del paciente. Por ello, la Guía Clínica profesional se hace necesaria para el abordaje categorizado, estandarizado y priorizado de las urgencias que se demanden y el nivel oportuno de abordaje, referencia y retorno de usuarios.

Partiendo de los lineamientos técnico operativos existentes en la Unidad de Emergencia del Hospital Rosales, es imprescindible valorar la aplicación de las guías en la práctica médica, permitiendo evidenciar su conocimiento, adherencia y empoderamiento del personal en su cumplimiento; y a la vez, dando continuidad a uno de los mecanismos de enlace para la adecuada coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud entre las instituciones, niveles y servicios de las redes, que faciliten la implementación del sistema de referencia, retorno e interconsulta.

Dada la situación anteriormente expuesta se plantea para la realización del estudio la interrogante siguiente:

¿Existe adherencia a los Lineamientos Técnicos para la Referencia y Retorno de Usuarios Externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales” implementados en las Guías Clínicas de Medicina Interna San Salvador, julio a diciembre 2015?

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

Valorar la adherencia de los lineamientos técnicos para la referencia y retorno de usuarios externos en la unidad de emergencia del Hospital Nacional “Rosales” implementadas en las Guías Clínicas de Medicina Interna San Salvador, julio a diciembre 2015.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la utilidad de las guías clínicas para la referencia y retorno a tercer nivel.
2. Identificar si los criterios de referencia y su adherencia son de carácter actitudinal.
3. Establecer el manejo de las Guías Clínicas.

III. MARCO TEORICO:

3.1. ANTECEDENTES DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES:

Historia del Hospital Nacional Rosales:

En 1807 se registró el primer sanatorio en el país, con el nombre de Hospital General de San Salvador. Su fundador fue Don Fernando Antonio Escobar, de nacionalidad española. El Hospital General existía antes como Casa de Caridad, para esa fecha San Salvador tenía alrededor de 6000 habitantes, y para atender a los enfermos, no era suficiente para las demandas asistenciales; por lo que Don Teodoro Kreintz y el Dr. Ramón García González, tomaron la iniciativa de construir un verdadero nosocomio, para lo cual Don José Rosales donó toda su fortuna en abril de 1885, inaugurándose posteriormente en julio de 1902 con el nombre de Hospital Nacional Rosales.

Aspectos geográficos:

El Hospital Nacional Rosales se localiza en la Final calle Arce, 25 Avenida Norte entre Alameda Roosevelt y 1a. calle poniente, San Salvador. Consta con un terreno de 57,000 metros cuadrados, con un área efectiva de 151 metros por 109.73 metros.

Datos generales:

El Hospital Nacional Rosales, es el único centro de referencia de tercer nivel y campo escuela, dirigido a la población mayor de 12 años, en las ramas de Medicina y Cirugía en El Salvador¹.

Las tres áreas de atención médica que se ofrecen a la población son las siguientes:

Emergencias: Medicina Interna y subespecialidades: Gastroenterología, Endocrinología, Hematología, Neurología, Oncología médica, Neumología, Reumatología, Infectología, Nefrología; Cirugía General y subespecialidades:

¹ Plan Operativo Anual Hospital Nacional Rosales, 2013.

Anestesiología, Cirugía plástica, Maxilofacial, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Proctología, Ortopedia.

Hospitalización: Cirugía General y Subespecialidades de Cirugía: Anestesiología, Cirugía plástica, Maxilofacial, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Proctología, Ortopedia; Medicina Interna y Subespecialidades de Medicina Interna: Gastroenterología, Endocrinología, Hematología, Neurología, Oncología médica, Neumología, Reumatología, Infectología, Nefrología, Nutrición, Cardiología, Psiquiatría, Toxicología, Algología, Alergología.

Consulta Externa: Selección de pacientes de medicina interna, cirugía general y su diferentes subespecialidades: Cirugía General y Subespecialidades de Cirugía: Anestesiología, Cirugía plástica, Maxilofacial, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Proctología, Ortopedia; Medicina Interna y Subespecialidades de Medicina Interna: Gastroenterología, Endocrinología, Hematología, Neurología, Oncología médica, Neumología, Reumatología, Infectología, Nefrología, Nutrición, Cardiología, Psiquiatría, Toxicología, Algología, Alergología; Consulta subsecuente; Procedimientos diagnósticos y terapéuticos (colonoscopia, gastroscopias, toma de biopsias, etc.); Evaluaciones pre quirúrgicas en diferentes subespecialidades.

Desde su apertura inició los servicios de atención en los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico y rehabilitación de salud. Cuenta con servicios ambulatorios, hospitalarios, unidad de cuidados intensivos, unidades especiales, servicios de apoyo clínicos y de diagnósticos como Laboratorio Clínico, Radiología, Unidad de Electrofisiología, Fisioterapia, Nutrición, etc.

El hospital actualmente recibe pacientes referidos de los 30 Hospitales Nacionales, de las 377 Unidades de Salud, 168 Casas de Salud y de 3 centros de Atención de Emergencia².

² Plan Operativo Anual del Hospital Nacional Rosales 2013.

Con una población, según censo de Dirección General de Estadística y Censos 2007 de 5,744,113 habitantes; y en el departamento de San Salvador de 1,567,156 habitantes; con una población de responsabilidad programática del Hospital Nacional Rosales de 1,985,644 habitantes, la cual se incrementó para el año 2013 en 2,195,690 habitantes, según cálculos.

El Hospital Nacional Rosales atiende al 5% de la población nacional a cargo del Ministerio de Salud de El Salvador, para el 2007 era de 229,765 habitantes para el 2007 y 254,070 habitantes para el año 2013 según cálculos; la cantidad de pacientes atendidos en el 2011, según Estadísticas y Documentos Médicos del Hospital Nacional “Rosales” fue de 244,676 habitantes.

3.2. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO:

Misión:

Proveer servicios de salud en medicina interna, cirugía y sus especialidades con eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y calidez; tanto en emergencias como en hospitalización y consulta externa, para satisfacer necesidades en salud a la población salvadoreña mayor de 12 años de edad; y ser el principal Hospital Escuela del País³.

Visión:

Constituirse en un modelo de Hospital Escuela de referencia dentro del Sistema Nacional de Salud y satisfacer la demanda del tercer nivel de atención en las especialidades de medicina y cirugía⁴.

Objetivo general:

Participar en la recuperación de la salud del paciente, combinando el esfuerzo de las áreas y especialidades médicas que conforman el Hospital Nacional “Rosales”; coordinados e inmersos en el Sistema Nacional de Salud.

³ Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional Rosales. Ministerio de Salud Pública, San Salvador, Diciembre 2013.

⁴ Ibid, Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional Rosales.

Funciones principales:

Planificar, organizar, ejecutar y controlar los procesos médico-quirúrgicos y administrativos que se desarrollan en el Hospital, en coordinación con las redes integradas e integrales del sistema de salud, en beneficio de la población mayor de doce años.

Elaborar la documentación regulatoria que responda a las finalidades del hospital, políticas y estrategias del Ministerio de Salud de El Salvador, para brindar servicios médico-quirúrgicos de tercer nivel.

Formular y elaborar normas, procedimientos, protocolos para la atención hospitalaria en coordinación con la Dirección de Regulación y Legislación en Salud a través de la Dirección Nacional de Hospitales.

Velar por la aplicación y cumplimiento de la normativa institucional y lineamientos emanados del nivel central.

Gestionar oportunamente los recursos asignados y disponibles para el adecuado funcionamiento del hospital.

Ejecutar a nivel hospitalario planes de contingencia para casos de emergencias y desastres en coordinación con la Red Integral e integrada de Servicios de Salud. Promover y asesorar investigaciones a nivel hospitalario y vinculado a los servicios nacionales de salud⁵.

Ejecutar los convenios y otros mecanismos de cooperación, promovidos y suscritos por el nivel central, para el fortalecimiento de la gestión hospitalaria y de la formación profesional.

Coordinar esfuerzos con las instituciones vinculadas a la atención que se ofrece en la Red Integral e integrada de Servicios de Salud.

Trabajar en la mejora continua de la calidad en los procesos de atención hospitalaria⁶
Ejecutar los lineamientos del plan de monitoreo, supervisión y evaluación hospitalaria del Ministerio de Salud de El Salvador.

⁵ Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional Rosales. Ministerio de Salud Pública, San Salvador, Diciembre 2013.

⁶ Ibid, Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional Rosales.

3.3 BASE TEORICA/CONCEPTUAL

En muchos países a nivel mundial se ha demostrado la mejora en la calidad de la atención y la efectividad en las decisiones clínicas, así como la disminución de costos de atención con la buena implementación de guías clínicas para la evaluación y manejo de los pacientes y la valoración del nivel de atención que les corresponde según el grado de complejidad de su patología; de acuerdo a lo anterior se ha decidido evaluar la implementación así como adherencia de las guías clínicas de medicina interna en la unidad de Emergencias de Medicina Interna del Hospital Nacional "Rosales". Para evitar enfrentarse constantemente a situaciones de incertidumbre en el ejercicio profesional, existiendo una gran variabilidad en la práctica clínica, tanto en el entorno nacional como internacional; por lo que hay un aumento en la presión a nivel sanitario, económico y social para fundamentar de manera sólida las decisiones de médicas, aumentando las expectativas de la población y la demanda asistencial en los hospitales de tercer nivel y con mayor auge en las referencias de los primer y segundo nivel de atención hacia el tercer nivel por recursos materiales, estructurales y humanos limitados.

Adherencia en la aplicación de la normativa por parte del personal de salud.

La adherencia se refiere al apego de un referente existente que guie un proceso. En las guías implementadas en los centros asistenciales se plantea un panorama de los lineamientos técnicos a seguir en el abordaje de las patologías por parte del personal médico; y es ahí donde radica la relevancia de evaluar si existe o no, arraigo por el personal de salud en el contexto de la aplicación de las mismas y el trabajo en red con el sistema de referencia y retorno. La adherencia se visualiza en tres momentos: en el conocimiento, en los criterios de referencia y en el manejo de la referencia. Es a partir del conocimiento de la guía que se valora la utilización, permitiendo entonces que los procesos de trabajo se desarrollen de forma secuencial disponiendo de criterios de referencia en base a los lineamientos contenidos en las guías para direccionar efectivamente desde I y II nivel de atención a un tercer nivel acorde a la necesidad del usuario, para que finalmente todo el manejo de la referencia sea óptimo y se evite

contratiempos de sobrecargar la demanda de otro centro, así como generar al usuario inconvenientes de ir y retornar de un nivel de atención a otro, generando descontento e insatisfacción del paciente. Si bien no existen indicios de evaluaciones previas en su aplicabilidad, no resultaría incomprensible que estas guías no sean concebidas o utilizadas en las labores cotidianas en los centros asistenciales. Partiendo de las referencias al tercer nivel de atención de casos que pueden ser abordados en un centro de un nivel precedente, se pone de manifiesto una realidad que a su vez refleja la falta de conocimiento, poca o nula adherencia e inutilización de las guías clínicas de medicina interna.

Pero estos criterios, también permiten hacer apreciación de la adherencia en contraste con los recursos institucionales en los niveles de atención, situación que genera un conflicto en el proceder de las referencias, sin desestimar el buen diagnóstico clínico que debe existir en la valoración del usuario. Al presentarse estos inconvenientes es preciso que se diseñen y adapten alternativas que mejoren la comunicación del sistema en red, coordinando enlaces entre los niveles y valorizando la socialización de conocimientos oportunos para categorizar la prestación de servicios en salud.

Es así, que el proceso de evaluación de adherencia de las guías clínicas necesita ser rediseñado, partiendo de las necesidades mismas del sistema de salud y del usuario, teniendo en cuenta la participación efectiva del personal asistencial de los centros asistenciales como parte del mejoramiento y cobertura de la atención en salud.

Guía Clínica

Desde la década de 1980 surgió la epidemiología clínica, centrada en el estudio de los efectos y de los determinantes de las decisiones clínicas. Y la expresión “medicina basada en la evidencia” fue utilizada por primera vez en 1991, en un artículo de Gordon Guyatt publicado en el ACP Journal Club⁷, y en 1992 se constituyó el primer grupo de trabajo en medicina basada en la evidencia, conocido como el evidence-

⁷ Guyatt GH. Evidence-based medicine ACP J Club 1991;112 (supl 2): A16.

based medicine working group⁸ que acuña el nuevo paradigma basado en la comprensión de las evidencias científicas y pretende aumentar la efectividad y calidad, no sólo en la práctica asistencial, sino también en la docencia y de la organización de los servicios sanitarios⁹, y propone una actualización constante por parte del personal de salud permitiéndole acceso a la información más actualizada sobre los diferentes aspectos de la práctica médica, y con el fin de lograr un incremento en la eficacia del diagnóstico, tratamiento y recuperación de pacientes.

Históricamente la medicina basada en la evidencia tiene un doble origen: filosófico y tecnológico. El origen filosófico de esta nueva tendencia se remonta a mediados del siglo XIX en París, con sus escépticos post-revolucionarios su punto de partida; el nuevo paradigma que esta corriente impone se sustenta en una concepción de la medicina teórica basada en la experimentación y una medicina práctica basada en la verificación o validación.

Otra figura trascendente de este nuevo paradigma fue el epidemiólogo británico Archie Cochrane, quien preocupado por la falta de trabajos controlados sobre la práctica médica, impulsó a un grupo de investigadores de la Universidad de Oxford, entre otros a Lain Chalmers, hacia la elaboración de una base de datos que recogiera revisiones sistemáticas de trabajos controlados y randomizados, de donde se originaría lo que actualmente se conoce como Colaboración Cochrane (con centros diseminados por todo el mundo) y también The Cochrane Library, obra de edición periódica en soporte electrónico de amplia difusión por internet, en la que se recoge el trabajo de diferentes grupos de revisores e interesantes metanálisis. La tarea de la Colaboración Cochrane es preparar, actualizar y divulgar revisiones sistemáticas sobre los efectos de la atención sanitaria y cuando este tipo de estudios no están disponibles, revisiones de la evidencia más fiable derivada de otras fuentes.

La necesidad de contar con procedimientos estandarizados y entregar una atención de salud estandarizada se viene demostrando desde la década de los 80, con los

⁸ Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992 Nov 4; 268(17):2420-5

⁹ Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-5.

trabajos publicados por Becker, Neuhauser y colaboradores. Hoy, el contexto y los paradigmas están cambiando, se está implementando nuevas estrategias para mejorar la calidad de la atención, en este escenario, la necesidad de normalizar las acciones de los establecimientos de salud se hace día a día mayor.

En conclusión, la medicina basada en la evidencia se define como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes; es un instrumento para la gestión del conocimiento clínico. Aporta un marco conceptual para la resolución de problemas clínicos y acerca de datos de la investigación clínica a la práctica médica.

Las principales ventajas de la medicina basada en la evidencia para el profesional de la salud son la disminución de la amplia variabilidad en la atención médica, reducción de la brecha entre la generación del conocimiento y su aplicación superación de modas, propagandas, inducciones y otras formas de imposición, estimulación de la evaluación crítica del conocimiento establecido, estimulación para la práctica reflexiva, facilitación del aprendizaje de las estrategias de búsqueda y recuperación de la información, promoción de la capacidad de discernir entre información científica y no científica, promoción del establecimiento de un sistema propio de educación continuada, promoción de la interconexión entre la atención médica, la educación y la investigación, favorece la apreciación del valor de la verdad, favorece la aplicación del valor de la mejor alternativa, eliminación de las alternativas que no representan las mejores opciones para los pacientes de acuerdo con el avance científico y tecnológico¹⁰. Las ventajas de la medicina basada en la evidencia deben complementarse desde una triple perspectiva: ventajas para el profesional de salud, ventajas para el paciente, al ofrecerle la mejor alternativa existente (diagnóstica, terapéutica), y beneficios para el sistema sanitario en su conjunto, al identificar y suprimir de forma más efectiva los cuidados ineficaces. La medicina basada en la evidencia mantiene un alto valor a la experiencia clínica, pero la vincula indisolublemente con la mejor evidencia científica publicada sobre el problema

¹⁰ L. M. Junquera, J. Balandrón. Medicina basada en la evidencia (MBE). Ventajas. Rev. Esp. Cirug Oral y Maxilofac 203;25:265-272

concreto del paciente. En opinión de Sackett y cols., practicar la medicina basada en la evidencia significa integrar la competencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática.

La metodología a utilizar para el desarrollo de la medicina basada en la evidencia debe seguir al menos cuatro pasos: formular de manera precisa una pregunta a partir del problema clínico del paciente, localizar las pruebas disponibles en la literatura, evaluación crítica de la evidencia y la aplicación de las conclusiones de esta evaluación a la práctica.

Esta estrategia no va a establecer directamente cuáles son las decisiones clínicas que hay que adoptar, pero sí puede aportar una base útil a partir de la que se puede decidir mejor, considerando todos los aspectos clínicos relevantes. La formulación de estrategias de intervención es un complejo proceso que consiste en decidir que intervenciones deben implementarse en una situación clínica concreta para asegurar la incorporación de la mejor evidencia a la práctica¹¹. Este proceso debe tener en consideración, además de la mejor evidencia actualizada, las circunstancias del problema incluidas, la situación clínica del paciente y las peculiaridades de la organización asistencial de cada ámbito, así como los valores sociales y preferencias del paciente en cuestión. La evidencia científica no es más que un componente de este proceso, pero también es verdad que el peso de ésta será cada vez mayor en la toma de decisiones a medida que el conocimiento médico aumente¹².

La medicina basada en la evidencia aporta grandes beneficios a las instituciones prestadoras de servicios de salud y en la práctica médica individual, y aunque este concepto no es nuevo, está ligado a la introducción de la estadística y método epidemiológico en la práctica médica, surge el desarrollo de herramientas que permiten la revisión sistemática de la bibliografía y la adopción de la evaluación crítica de la literatura científica como forma de evaluar su utilidad y su validez¹³.

¹¹ Overview of the Health Information Research Unit. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics. McMaster University Faculty of Health Sciences, Marzo 1996.

¹² Bonfill Xavier, Cabello Juan. La medicina basada en la evidencia. Rev. Esp 1997; 50:819-825

¹³ Bravo R. Medicina basada en pruebas. www.infodoctor.org/rafabravo/mbe2.htm

Muy a pesar de los aportes de la medicina basada en la evidencia, en la actualidad aún hay médicos e instituciones que consideran esta una innovación peligrosa que limita su autonomía, es vista como una amenaza a su ejercicio profesional y como una reducción a la autoridad de los que siempre han estado en la jerarquía científica. Las formas de obtención de la información son variadas, ya sean investigaciones formales, ensayos clínicos, consensos de profesionales, opiniones de expertos e incluso el mismo acto clínico proporciona gran cantidad de datos que se constituyen en una excelente herramienta para la práctica médica.

Conceptualización de Guía Clínica

Uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial son las guías clínicas, que son reglas para la toma de decisiones clínicas, son desarrolladas sistemáticamente y fundamentadas en la mejor evidencia disponible en ese momento para el diagnóstico, tratamiento y recuperación de pacientes atribuibles a una patología en particular. Aunque ya se habían utilizado y realizado con antelación retoman hoy de la medicina basada en la evidencia conceptos y herramientas que las fortalecen.

Existe consenso y evidencia científica acerca de la potencial capacidad de las Guías de Práctica Clínica para mejorar la práctica asistencial. Las guías marcan un nuevo paradigma en la práctica asistencial ya que se convierten en una herramienta útil para apoyar al personal en salud en la toma de decisiones, sobre intervenciones y el manejo efectivo del paciente.

A través del resultado de un trabajo conjunto, coordinado entre los diferentes profesionales de la salud que laboran en el área asistencial se busca: el mejoramiento de la calidad de la atención de los pacientes, mediante la unificación de criterios y el fortalecimiento técnico y científico de la atención del paciente.

El objetivo de las guías clínicas es elaborar recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos. El Instituto de medicina de los Estados Unidos las define como un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de

decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, seleccionan las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica. La Organización Mundial para la Salud se refiere a que son informes desarrollados sistemáticamente y basados en evidencia para los proveedores de asistencia, receptores, y otras organizaciones para la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud más apropiadas. Son un informe consultivo formal, las cuales deben ser lo suficientemente robustas para ser útiles en circunstancias clínicas o en situaciones en la cual pueden ser aplicadas¹⁴.

Tipos de Guías Clínicas.

En la actualidad se puede distinguir varios tipos de guías de práctica clínica dependiendo del método que es utilizado para su elaboración, así encontramos las guías basadas en la opinión de expertos, basadas en consensos y las basadas en la evidencia¹⁵.

De acuerdo con recomendaciones internacionales, el diseño de una guía de práctica clínica debe seguir obligatoriamente un plan de trabajo, emulando al protocolo de una investigación científica, por lo que la elaboración presupone el conocimiento y manejo de una metodología basada en el proceso iterativo del método científico.

Son conocidas también como protocolos, proporcionan al profesional de salud una referencia de una determinada enfermedad, su fisiopatología, signos y síntomas, métodos diagnósticos, diagnósticos diferenciales, tratamiento, manejo y evolución de la enfermedad, disminuyen la posibilidad de que los pacientes sean diagnosticados erróneamente, reciban medicamentos innecesarios o sean sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos injustificados, permiten estandarizar procesos de atención en salud, facilitan la medición de resultados y son un gran aporte para la calidad del servicio a la vez que impactan de manera positiva en la reducción de costos institucionales.

¹⁴ Jovell AJ. Metodología de diseño de guías de práctica clínica. *Mapfre Med.* 1999; 10 (supl III): 29-31.

¹⁵ M. GC. ¿Qué son las GPC? Diferencias con protocolos, algoritmos y vías clínicas. Málaga: Universidad de Málaga; 2003. P 35-46

Las guías de práctica clínica están dirigidas a profesionales de la salud y pacientes con el objeto de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Sus orígenes tienen sus bases en los fundamentos de la medicina basada en la evidencia y su elaboración tiene el propósito de reducir variabilidades de práctica clínica para garantizar un nivel óptimo de calidad y mejorar la atención de la salud. Se basan en revisiones sistemáticas de la literatura científica disponible y se realizan recomendaciones para la actuación clínica.¹⁶

Características de las Guías de Práctica Clínica.

Las principales características de las guías de práctica clínica deseadas en ella es que sea clara, reproducible, flexible, aplicable, válida, actualizada y multidisciplinaria.

Se debe evaluar los métodos utilizados para el desarrollo de las guías, el contenido de las recomendaciones finales y los factores relacionados con su aceptación. La calidad y confianza de la guía se mide de acuerdo a que los sesgos potenciales del desarrollo de la guía sean señalados en forma adecuada y en que las recomendaciones tengan validez tanto interna como externamente y se puedan llevar a la práctica. Se valoran los beneficios, daños y costos de las recomendaciones.

Una buena guía de práctica clínica debe utilizar un lenguaje claro y definir los términos de modo preciso, debe ser flexible dando espacio a las diferentes alternativas de manejo clínico, y deben ser aplicables a la realidad institucional.

Evaluar el proceso de implementación conlleva la determinación del efecto en el conocimiento o no, y en las conductas de los usuarios de la guía clínica, el resultado de estas evaluaciones permite reconsiderar y modificar el proceso de abordaje.

Durante la década de los 90, en el Reino Unido, España, Italia y otros países de la Unión Europea, se hicieron esfuerzos por desarrollar guías de práctica clínica con un formato uniforme, que promovieran una atención clínica de calidad y costo-efectiva. Durante el proceso se generó la necesidad de establecer una metodología de alcance

¹⁶ Hernández Rodríguez, A. Las guías clínicas en la atención médica. http://www.bvs.sld.cu/revistas/ort/vol22_2_08/ort06208.htm

internacional que promoviera su desarrollo riguroso. Como resultado, se desarrolló el instrumento denominado Appraisal of Guidelines Research and Evaluation Instrument (AGREE) para mejorar la calidad y efectividad de las guías. Tal colaboración inició en 1990 bajo el programa de investigación en salud y biomedicina, el cual fue fundado por la Unión Europea con el objetivo principal de generar un instrumento de evaluación que permitiera valorar las guías de la práctica clínica y armonizar su desarrollo en Europa para minimizar la duplicación de esfuerzos.

En el 2009, se diseñó el Appraisal of Guidelines Research and Evaluation Instrument II (AGREE II), al igual que el instrumento original está diseñado para evaluar guías desarrolladas por grupos locales, regionales, nacionales o internacionales, así como por organizaciones gubernamentales. Esto incluye versiones originales de guías y actualizaciones de guías existentes.

La adherencia o la implementación adecuada de las guías permite ver la aceptación que tienen los profesionales en salud frente al manejo estandarizado de una patología, rompiendo paradigmas concebidos durante su periodo de formación, una correcta adherencia es el reflejo de un proceso debidamente diseñado, estandarizado y que permita ser medido y de esta medición establecer indicadores de gestión¹⁷.

Se describen barreras a la implementación relacionadas con las actitudes, entre las que destacan situaciones como falta de acuerdo con las guías en general, la ausencia de expectativas sobre el resultado final, la falta de confianza en la capacidad de llevarlas a cabo, los hábitos y las rutinas o la propia experiencia acumulada puede ser factores de incumplimiento¹⁸.

Factores que determinan la necesidad de utilizar guías de práctica clínica.

Entre los factores que determinan la necesidad de utilizar guías de práctica clínica se incluyen la variabilidad en la práctica clínica, la idoneidad de la práctica clínica, la

¹⁷ Oviedo M. Fundamentos de las guías clínicas basadas en la evidencia. www.imss.gob.mx/dpmedicas/guuiasclinicas/marcoconceptual.html

¹⁸ Gómez J. Implementación de guía clínicas. Revista española de cardiología online. www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?piden

necesidad de desarrollar estándares que permitan evaluar la calidad asistencial o determinar criterios de buena praxis, la incertidumbre en torno a los resultados clínicos que se pueden producir al aplicar las estrategias diagnósticas o terapéuticas disponibles en la práctica clínica, la ayuda a profesionales y usuarios en situaciones donde la asimilación de los nuevos conocimientos sea difícil y ayuda a evitar falsas presunciones respecto al diagnóstico y tratamiento. Para este estudio es importante medir la proporción del personal asistencial que aplica los contenidos de las guías clínicas en el proceso de referencia y retorno a los diferentes niveles de atención en la unidad de emergencias del Hospital Rosales.

Organización y funcionamiento del Ministerio de Salud de El Salvador.

Las redes de atención son sistemas en los cuales, por medio de conjunto de recursos asistenciales, se satisfacen necesidades de salud de una población determinada de un área geográfica dada y por los requisitos de los niveles de salud.

Para que una red funcione adecuadamente es necesario que disponga de puertas de entrada la más cercana al domicilio de las personas, que cuente con alto nivel de resolución y con amplio poder para readecuar la red a las necesidades de salud.

En el 2010 la Organización Panamericana de la Salud presenta en El Salvador la Propuesta de estructura de red integral e integrada de servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público y regule efectivamente lo privado.

Se articularon los niveles organizativos y de atención dentro del Ministerio de Salud. Y se organizó la provisión de servicios de salud en tres niveles de diferente complejidad:

Primer Nivel de Atención: constituyen el componente básico y la puerta de entrada a la Red Integral e integrada de Servicios de Salud para la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, garantizando la continuidad de la atención integral, a través de la red de servicios de atención en el ciclo de vida en la persona, familia y comunidad, favoreciendo la participación

comunitaria, la investigación y el abordaje intersectorial de los determinantes que afecten la equidad en salud; ellas son las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, Unidades Comunitarias de Salud Familiar con Especialidades. Su responsabilidad es mantener actualizado la dispensarización, que permita la adecuada atención en cada comunidad, desarrollar procesos de elaboración participativa, impactar en los indicadores de muerte materna e infantil y desarrollar procesos permanentes para potenciar la participación social en salud.

Segundo Nivel de Atención: Hospitales Municipales, Hospitales Generales (departamentales). En el año 2011, dentro del impulso de la Reforma de Salud, el Ministerio de Salud categoriza la red de hospitales de segundo nivel de acuerdo a la capacidad instalada, perfil epidemiológico, área de responsabilidad y conjunto de prestaciones en: Centros de Atención de Emergencias, Hospitales Básicos de segundo nivel, Hospitales Departamentales de segundo nivel y Hospitales Regionales de segundo nivel.

Tercer Nivel de Atención: Hospitales de Especialidades (Hospitales Regionales y Hospitales Nacionales)

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, tienen previsto dar respuesta, en promedio al ochenta por ciento de los problemas de salud de la población; en el segundo nivel de atención del quince al veinte por ciento y el tercer nivel del uno al tres por ciento restantes, pues son problemas complejos que requieren un mayor nivel resolutivo. Las Unidades Comunitarias de Salud Familiar operan a través de Equipos Comunitarios de Salud Familiar. La organización más cercana a la población es el Equipo Comunitario de Salud Familiar que constituye la puerta de entrada al sistema de salud. En el área rural de municipios pequeños con población dispersa, tiene bajo su ámbito de responsabilidad una población aproximada de 600 familias. En las áreas de grandes centros urbanos Equipos Comunitarios de Salud Familiar tienen bajo su ámbito de responsabilidad 1800 familias.

Los Equipos Comunitarios de Salud Familiar se incorporan al ámbito de gestión de Unidades Comunitarias de Salud Familiar, cuya responsabilidad poblacional se

circunscribe habitualmente al territorio, o una fracción importante del territorio de un municipio. Las Unidades Comunitarias de Salud Familiar asumen la administración de los establecimientos de salud del primer nivel de atención tales como Casas de Salud, Centros Rurales de Nutrición, Casas de Espera Materna, Dispensarios de Salud, y de los servicios profesionales y técnicos (inspectores ambientales, odontólogos, personal administrativo, etc.) de su área geográfica de competencia.

Los Equipos Comunitarios de Salud Familiar tienen sede en el Dispensarios de Salud, Casas de Salud, Unidades Comunitarias de Salud Familiar, u otro establecimiento o lugar que mayor cercanía ofrezca a su población de responsabilidad. Un conjunto de Unidades Comunitarias de Salud Familiar, determinado en un marco territorial mayor definido bajo criterios poblacionales (en promedio 6,000 familias, 30,000 personas en un área rural y en promedio 9,000 familias, 42,000 personas en área urbana) y de accesibilidad, conforman una “Micro Red”. Dispone de Equipos Comunitarios de Salud Familiar con Especialidades.

El Equipo Comunitario de Salud Familiar con especialidades instaló en una Unidad Comunitaria de Salud Familiar con Especialidades que tiene sede en una Unidades Comunitarias de Salud Familiar accesible al resto de Unidades Comunitarias de Salud Familiar que integran la “Micro red” de atención.

Un conjunto de “Micro redes” conforma un territorio de “Red Integral e Integrada de Servicios de Salud” que integra organizaciones del primer nivel de atención (Unidades Comunitarias de Salud Familiar, Unidades Comunitarias de Salud Familiar con Especialidades) con el segundo nivel de atención representado por el Hospital Municipal y/o el Hospital Departamental, que por accesibilidad geográfica, costumbre o por su desarrollo organizativo y de gestión es el hospital de referencia del territorio.

Dentro de los territorios de Red Integral e integrada de Servicios de Salud, Hospitales Municipales se integran con Hospitales Departamentales para asegurar la continuidad de la atención a través de la provisión conjuntos de prestaciones de servicios que pudiesen ser complementarios. Un conjunto territorial de “Red Integral e integrada de Servicios de Salud”, cada una con su respectivo hospital y hospitales de referencia, se

integran verticalmente con el hospital regional de tercer nivel conformando la “Red Integral e integrada de Servicios de Salud de Nivel Regional”.

A su vez, la integración de las redes regionales con los Hospitales Nacionales Especializados conforma la “Red Integral e Integrada de Servicios de Salud de Nivel Nacional”. El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema desde donde las personas y las familias acceden a un continuo de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación que responden a sus necesidades en salud a lo largo de todos los niveles de atención.

Para facilitar la integración efectiva de los prestadores del primer y el segundo nivel (Unidades Comunitarias de Salud Familiar y hospitales de segundo nivel), la “Red Integral e integrada de Servicios de Salud” se opera desde la “Dirección Departamental de Red Integral e integrada de Servicios de Salud”. Esta, será responsable de la coordinación de la red de servicios de salud, y de la articulación de los establecimientos del tercer nivel de atención a través del desarrollo conjunto con los directores de estos, de los mecanismos necesarios que permitan asegurar a las personas el continuo de su atención a lo largo de todo el sistema.

La Dirección Departamental de Red Integral e integrada de Servicios de Salud, que deviene de la transformación de la Dirección del Sistema Básico de Salud Integral, es concebida como parte de una reestructuración funcional del mismo que asume, entre otros, roles como gestión de consulta, instalación de canales de comunicación y articulación, y desarrollo de procesos comunes dentro de la red.

Coordina con los hospitales de referencia de segundo y tercer nivel todos los aspectos técnicos asistenciales que vinculen y articulen a los mismos con las Unidades Comunitarias de Salud Familiar. Además de articular los canales de comunicación que aseguren la referencia y retorno buscando establecer un sistema de agenda de consultas entre Unidades Comunitarias de Salud Familiar, Unidades Comunitarias de Salud Familiar con Especialidades y sus hospitales de referencia del segundo y tercer nivel; apoyar y supervisar la oportunidad y pertinencia de la referencia, y la continuidad de la asistencia luego del retorno. Y visualiza como factor de éxito el desarrollo y

aplicación de guías de práctica clínica y protocolos como instrumento de normalización de procesos en la coordinación asistencial.

El proceso de evaluación permanente del funcionamiento de la Red Integral e integrada de Servicios de Salud se debe potenciar en preparar a todo el personal de salud para ser capaz de desarrollar efectivos procesos de evaluación que fortalezcan el funcionamiento en red y garanticen un adecuado resultado, tanto técnico como de fortalecimiento de la visión compartida en red de los participantes; se debe realizar una reunión de balance anual del funcionamiento de la Red Integral e integrada de Servicios de Salud, para la determinación de los planes de mejora continua de la integración y las líneas estratégicas de desarrollo; el procedimiento y los indicadores deben ser revisados por el Comité técnico de seguimiento a los indicadores, como mínimo una vez al año para su discusión y adecuación, que permita introducir modificaciones que sean necesarias de acuerdo a la evidencia que la práctica proporcione; y la evaluación periódica del Sistema de referencia, retorno e interconsulta, todas las instancias involucradas deben sistematizar dicha experiencia, a partir de la determinación de su línea de base y la discusión de casos que permitan replicar la experiencia o superar limitantes.

Para facilitar la integración efectiva de los prestadores del primer y el segundo nivel, la Red Integral e integrada de Servicios de Salud se opera desde la dirección departamental, que será la responsable de coordinar la red de servicios de salud, y la articulación de los establecimientos con los de tercer nivel de atención a través del desarrollo conjunto con los directores de estos.

La operativización de la referencia, retorno e interconsulta entre los establecimientos de las Red Integral e integrada de Servicios de Salud, será de acuerdo a lo prescrito en el instrumento técnico jurídico emitido por el Ministerio de Salud de El Salvador.

El funcionamiento efectivo del Sistema de referencia, retorno e interconsulta depende de la comunicación permanente, oportuna y eficaz del personal de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y

hospitales, en los tres niveles de atención y en los tres niveles organizativos, para que será óptimo y contribuya a garantizar la Reforma de Salud.

Las funciones de los servicios hospitalarios de tercer nivel para potenciar a las Red Integral e integrada de Servicios de Salud se encuentran:

- Dar atención a pacientes médico quirúrgicos de emergencia, servicio de hospitalización y consulta externa, acompañado de los servicios de apoyo necesarios, esto es para pacientes que serán referidos por el primer o segundo nivel de atención en las especialidades para el tercer nivel, tanto para resolver problemas de salud agudos o crónicos contempladas de acuerdo a su complejidad. En los casos de consultas a libre demanda de las cuatro especialidades básicas se atenderán en la fase aguda y se referirán al nivel correspondiente.
- Cumplir con lo establecido en el Sistema de referencia, retorno e interconsulta.
- Participar en la planificación y evaluación de manera conjunta en función de las Red Integral e integrada de Servicios de Salud, como centros de referencia nacional para definir intervenciones que contribuyan a la calidad en el continuo de la atención de los pacientes más delicados y de las especialidades.
- Coordinar con el Sistema de Emergencias Médicas en las áreas donde se implementa, para el análisis de las causas de las emergencias de salud, para incidir en sus determinantes.
- Realizar actividades de promoción, educación y prevención de salud a los usuarios y personal, y aquellas que sean en coordinación con el primer y segundo nivel.
- Realizar actividades de docencia e investigación en coordinación con los centros formadores de recursos humanos en salud, y en educación en servicio intramural, y con los Equipos Comunitarios de Salud Familiar y Especializados, en función de la red.

Los parámetros mínimos de funcionamiento hospitalario que permite potenciar el funcionamiento y operaciones de los hospitales en la Red Integral e integrada de Servicios de Salud, los cuales los divide en criterios indispensables, necesarios y convenientes.

El proceso de referencia y retorno favorece a que el paciente sea atendido en forma preferencial y sirva de vínculo integrador entre los niveles de la red salud; sin olvidar que a nivel local el retorno, desde el nivel más complejo sirve para congestionar la gran demanda de atención que hay en los hospitales de alta complejidad y para darle continuidad al usuario a nivel domiciliario.

En El Salvador la realidad muestra que la gran mayoría de los pacientes son referidos innecesariamente, luego tienden a ser capturados por el hospital y cuando se derivan de nuevo a niveles inferiores regresan con información insuficiente. Todo ello produce disminución en la calidad, acceso y efectividad de los servicios asistenciales. Existen manuales y lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud que casi nadie consulta y quedan obsoletos.

Con los lineamientos se impulsa procesos de integración de los servicios de salud, para garantizar la atención oportuna, continua e integral de la población a través de los diferentes niveles, con eficiencia, calidad y calidez. Surge como un mecanismo de enlace para la adecuada coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud entre las instituciones, niveles y servicios de las redes.

El sistema de referencia, retorno e interconsulta constituye una pieza clave para la adecuada gestión de la atención, de tal forma que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de sus riesgos y enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención de la red de servicios y del sistema nacional de salud. Establece una coordinación eficiente entre los diferentes niveles de atención de la Red Integral e integrada de Servicios de Salud, facilitando el continuo de la atención, bajo criterios de continuidad, oportunidad e integralidad, que permite la toma de decisiones para la referencia cuando las necesidades o complicaciones sobrepasan la oferta de servicios definida para el nivel de atención correspondiente.

El funcionamiento de la red requiere integración de los servicios en los diferentes niveles de atención, necesitando la implementación de métodos que permitan la

discusión de casos, interconsultas y educación continua entre los diferentes niveles, por lo que tomamos como base la implementación de las guías clínicas de Medicina Interna para la valoración más eficaz y eficiente en los primeros niveles de atención y para la adecuada evaluación y valoración de la referencia a la Unidad de Emergencias del Hospital Nacional “Rosales”.

Aporte de las Guías Clínicas de Medicina Interna al proceso de referencia y retorno.

Las Guías Clínicas de Medicina Interna fueron creadas con el objetivo de poder establecer los lineamientos necesarios para la atención de los pacientes con las principales condiciones de salud, que permitan al personal de salud brindar la asistencia con estándares de eficiencia y eficacia en el Sistema Nacional de Salud. Publicadas por el Ministerio de Salud en febrero de 2012, y al momento se encuentra actualizando el documento en este año, donde se describen las 25 patologías más frecuentes en nuestro país.

Contienen el conjunto de recomendaciones e indicaciones necesarias para la estandarización de los procesos de atención, factor necesario para contribuir a la calidad de la atención sanitaria. Son realizadas a través de la búsqueda bibliográfica de la información científica y la adaptación local de la misma, son sometidas a la discusión de diferentes disciplinas involucradas en el proceso de atención.

Contribuyendo a fortalecer el sistema de referencia, retorno e interconsulta que permita que los pacientes con las principales condiciones de salud sean atendidos según el nivel de complejidad en los establecimientos de la Red Integral e integrada de Servicios de Salud que correspondan.

Resulta indispensable la implementación y utilización de las guías clínicas en la actuación médica, para sintetizar el estado del conocimiento científico y establecer un equilibrio entre riesgos y beneficios.

Las patologías que se toman en cuenta son Hipertensión arterial, Síndrome Isquémico Coronario Agudo, Infarto con Elevación del Segmento ST, Insuficiencia Cardíaca,

Infección del Tracto Urinario, Lesión Renal Aguda, Enfermedad Renal Crónica, Hiponatremia, Hipernatremia, Hipopotasemia, Hiperpotasemia, ICTUS isquémico agudo, ICTUS hemorrágico agudo, Hemorragia Subaracnoidea, Estatus Convulsivo, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Neumonía Adquirida en la Comunidad, Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Deshidratación por Diarrea, Intoxicación por Organofosforados, Intoxicación por Bupiridilol y Mordedura por Ofidio; de los cuales lo más importante a tener en cuenta para este estudio para ser evaluado son los criterios para referencia y manejo en tercer nivel de atención en salud, así como el buen diagnóstico clínico.

En el contenido técnico de las guías esta desglosada cada patología con la definición, clasificación, criterios diagnósticos y manifestaciones clínicas, tratamientos, exámenes y los criterios de referencia por nivel de atención, incluyendo un flujograma de atención. En el presente estudio se tomará en cuenta los criterios de referencia e interconsulta para el tercer nivel de atención del paciente derivados a la Unidad de Emergencias del Hospital Nacional Rosales desde los diferentes niveles de atención, así como los criterios de retorno y contra referencia hacia los niveles inferiores desde la Unidad.

Y se tratará de evaluar si se están aplicando los lineamientos de referencia y retorno en las Red Integral e integrada de Servicios de Salud según los criterios de referencia a los diferentes niveles especificados en las guías clínicas de medicina interna.

Así como la adherencia a las terapias recomendadas por las guías clínicas y el impacto de la falta de adherencia.

Referencias recibidas en el Hospital Nacional “Rosales”

Para el año 2014 la Unidad de Emergencia de Medicina Interna recibió en total 2144 referencias, las cuales fueron 632 referencias del primer nivel de atención (29%), 1325 referencias del segundo nivel de atención (62%) y 187 referencias de tercer nivel (9%).

Del primer nivel de atención se recibieron de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar 271, Centros Penales 25, Cuerpos de Socorro 40, Entidades privadas 265,

Asilo Sara 7, Alcaldías 2, ISRI 5, Instituto Salvadoreño del Seguro Social 16 y Policía Nacional Civil 1 referencia. Entre las unidades de salud que más referencias enviaron son las de San Jacinto y Apopa.

Los hospitales de segundo nivel con mayor número de referencias son el Hospital Zacamil con 187 referencias, Hospital San Rafael 141 referencias, Hospital de Cojutepeque 111 referencias, Hospital Saldaña 110 referencias, Hospital Nueva Concepción 97 referencias, Hospital San Bartolo 90 referencias, Hospital de San Vicente 90 referencias, Hospital de Zacatecoluca 78 referencias, Hospital de Chalatenango 74 referencias y Hospital de Soyapango con 70 referencias.

Las referencias fueron catalogadas como oportunas en una 34 %, pertinente en un 32% y oportunas como pertinentes en un 31%.

Las diez primeras causas de diagnósticos de Referencias fueron: Insuficiencia Renal Crónica, Cánceres diferentes localizaciones, Eventos Vasculares Cerebrales, Abdomen Agudo, Diabetes Mellitus, Síndrome Coronario e Infartos, Leucemias, Hipertensión Arterial, Neumonías y Encefalopatías. Y en un 42.2% los pacientes son mayores de 60 años, 14% entre 50 y 59 años, 23.5% tienen edades entre 30 y 49 años, 9.8% entre los 20 y 29 años, solo un 10.3% son menores de 19 años.

En el presente año de enero a junio de 2015 se han atendido según estadísticas de Hospital Nacional "Rosales" en la Unidad de Emergencias 3569 pacientes, con un promedio de 119 pacientes diarios. Las causas de referencias de los hospitales de segundo nivel a el Hospital Nacional "Rosales" en la Unidad de Emergencias han sido: Sangrado de Tubo Digestivo Superior, Eventos Vasculares Cerebrales, Enfermedad Renal Crónica, Diabetes Mellitus complicada, Parálisis Flácida Aguda, Arritmias, Infarto Agudo al Miocardio, Angina, Cáncer, Pancitopenia, Leucemias.

Las unidades de Salud del Sistema Básico de Salud Integral Centro con mayor número de referencias remitidas al Hospital Nacional Rosales desde enero a junio de 2015 son Unidad de Salud Barrios (31%), Unidad de Salud Zacamil (17%), San Antonio Abad (12%) Ciudad Delgado (12%).

El total de referencias recibidas en la Unidad de Emergencias del Hospital Nacional “Rosales” de enero a mayo de 2015 son 1419 en total.

3.4 MARCO LEGAL DEL HOSPITAL NACIONAL “ROSALES”

Constitución de la Republica de El Salvador:

Art. 65, la salud de los habitantes constituye un bien público, correspondiendo al Estado y a las personas velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y que además controlará y supervisará, su ejecución¹⁹.

Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud²⁰:

Art. 3.- El Sistema Nacional de Salud tendrá como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud, como un derecho social de todos los habitantes del territorio y tendrá como características distintivas el humanismo, respeto al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social.

Art. 4 literal e, prescribe la obligación de establecer un sistema de referencia y retorno en los tres niveles de atención para la entrega efectiva de los servicios a la población.

Art. 21.- Se establecerán redes funcionales de segundo y tercer nivel con atención protocolizada.

El segundo y tercer nivel de atención estarán conformados por los hospitales públicos acreditados para cada una de las categorías. Para garantizar la continuidad de la atención y la prestación permanente y efectiva de los servicios correspondientes, actuarán en coordinación con los otros sistemas mediante el uso de la referencia y retorno.

¹⁹ Constitución Política de La Republica de El Salvador. Diario Oficial Tomo 281, Diciembre 1983.

²⁰ Ley De Creación Del Sistema Nacional De Salud De El Salvador. Decreto 442. Diario Oficial 214. Noviembre 2007.

Reglamento General de Hospitales²¹:

Según el Art 1, los Hospitales deberán: proporcionar servicios de salud a la población a través de la atención primaria, secundaria y terciaria conforme a su complejidad y capacidad de respuesta; además deben capacitar al personal de la Institución a fin de contribuir a que se dé una atención de buena calidad; realizar las investigaciones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención de salud y ejercer una eficiente gestión administrativa en la conducción hospitalaria. Dar la atención de salud integral a las personas de acuerdo a la capacidad instalada y al nivel de complejidad Institucional, entendiéndose por salud integral la ejecución de actividades de promoción, recuperación de salud y de la rehabilitación de quienes sufren algún grado de invalidez.

Art. 3, los Hospitales están obligados a desarrollar sus actividades según lineamientos emanados por la autoridad competente enmarcados dentro de la Red Nacional de Salud.

Código de salud²²:

Art. 41.- Corresponde al Ministerio

Numeral 4: “Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias”.

Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo:

Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud²³

NUMERAL 2: “Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población”.

Ley del Sistema Básico de Salud Integral.

²¹ Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Decreto 55. Diario Oficial 110. Junio 1996.

²² Código de Salud de El Salvador. Decreto 995. Diario Oficial 86. Mayo 1988.

²³ Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo. Decreto 24, Diario Oficial 70. Abril 1989.

Art. 9 literal e, establecen las acciones de referencia y retorno con el fin de garantizar la continuidad de la atención en salud²⁴.

Art.13. El tercer nivel de atención desarrollara las siguientes acciones:

- a) Brindar servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento especializados, para dar respuesta a la referencia especializada del segundo nivel;
- b) Contrareferir a los pacientes una vez recuperados al nivel resolutivo que les corresponde,
- c) Participar en el proceso de desarrollo de los recursos humanos en salud y,
- d) Desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional.

Art. 24, establece que el Órgano Ejecutivo en el ramo de la Salud, elaborará las Normas técnicas sanitarias que sean necesarias para el logro del objeto de la Ley.

Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza”

Estrategia 8: Prestaciones de la Red de Servicios, el Sistema Nacional de Salud, debe brindar un servicio integral y universal a toda la población, con base a la estrategia de atención primaria en salud integral, por lo cual es importante regular la atención en la Red integrada e integral de servicios de salud²⁵.

8.5. Se establecerán sistemas únicos de referencia y contrareferencia de cumplimiento obligatorio; la historia clínica será el instrumento de registro de carácter obligatorio que acompañe al paciente.

Estrategia 9: Política hospitalaria. Regular e incrementar la eficacia, la eficiencia y la calidad de los niveles secundario y terciario (hospitales) como componente relevante de la red integrada de servicios del Sistema Nacional de Salud.

9.3. Asignar a cada hospital, según nivel de complejidad, los recursos humanos (en número y/o dedicación), suministros y equipamiento que permita la resolución de las responsabilidades asignadas.

²⁴ Ley del Sistema Básico de Salud Integral de El Salvador. Decreto 775. Diario Oficial 161. Noviembre 2005.

²⁵ Política Nacional de Salud 2009-2014. Construyendo la Esperanza. Decreto 126. Diario Oficial 33. Febrero 2010.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Se realizó una investigación Descriptiva de corte Transversal. Descriptiva porque se determinó la adherencia o no de los lineamientos técnicos contenidos en las guías clínicas de medicina interna. Transversal: por su realización en con referencia a un periodo que comprendió los meses de julio a diciembre de 2015.

Población y muestra.

Población:

Total de referencias emitidas de primer y segundo nivel de atención hacia Medicina Interna en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional Rosales de julio a diciembre de 2015. Se recibieron mensualmente 140 referencias en el periodo de enero a diciembre de 2015.

Muestra:

La muestra es de 103 referencias.

Unidad de Observación:

Unidad de Emergencias del Hospital Nacional Rosales.

Unidad de Análisis:

Se evaluaron los usuarios con referencias recibidas de los diferentes niveles de atención en salud a la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional "Rosales" según las guías Clínicas de Medicina Interna y al Personal médico de Medicina Interna de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional "Rosales" y usuarios inmersos en el sistema de referencia y retorno hacia el tercer nivel.

Procedimientos e instrumentos de recolección de la información:

Prueba piloto: Se llevó a cabo, con el fin de validar el instrumento de recolección de datos, se efectuó evaluando las referencias recibidas en la unidad de emergencias para Medicina Interna.

Se realizó una prueba piloto del instrumento con seis médicos de tres instituciones diferentes a la institución a evaluar, con características similares a la población de estudio definida, se realizó la respectiva retroalimentación de este proceso con resultados satisfactorios donde los médicos expresaron claridad en la mayor parte del cuestionario y presentaron recomendaciones que llevaron a algunas modificaciones del instrumento, el cual finalmente cuenta con 24 preguntas tanto abiertas como cerradas.

Aplicación de instrumento: Para la presentación de la investigación a la Dirección del hospital, a sus jefaturas, así como al personal médico de la institución se realizó una reunión y se entregó el instrumento personalmente a cada uno de los médicos para su respectivo análisis. El instrumento fue aplicado a la totalidad de los médicos que prestan el servicio en la emergencia y a los médicos de primer y segundo nivel que refieren pacientes al área de emergencias del Hospital Nacional Rosales.

Técnicas y procedimientos

Se aplicó una encuesta a los profesionales en medicina que conforman la población de estudio. Se diseñó un instrumento tipo encuesta constituido por 24 preguntas tanto abiertas como cerradas para la recolección de información.

Recolección de la información:

Se registró por parte del personal médico de Medicina Interna un formulario por referencia recibida para especificar criterios de referencia, retorno o interconsulta, los cuales se compararon con los criterios adoptados en la Guía Clínica de Medicina Interna. Se diseñó una encuesta constituida por 24 preguntas cerradas (dicotómicas) y abiertas para la recolección de información.

Plan de tabulación y análisis

El procesamiento de los datos se realizó automáticamente a través del programa operativo Excel, el cual permitió resumir todos los reportes en tablas y graficas de distribución porcentual para facilitar su análisis.

Procesamiento de datos:

Se dispuso del programa Microsoft Excel, donde los datos fueron apilados según frecuencia de los mismos, permitiendo el análisis estadístico adecuado de la información.

Criterios de inclusión:

Referencias emitidas de primer y segundo nivel de atención para Medicina Interna Unidad de Emergencia del Hospital Nacional Rosales.

Criterios de exclusión:

- Referencias emitidas de primer o segundo nivel de atención para consulta Externa
- Referencias emitidas de consulta externa hacia la unidad de Emergencias.
- Referencias emitidas de Médicos particulares y Hospitales privados.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

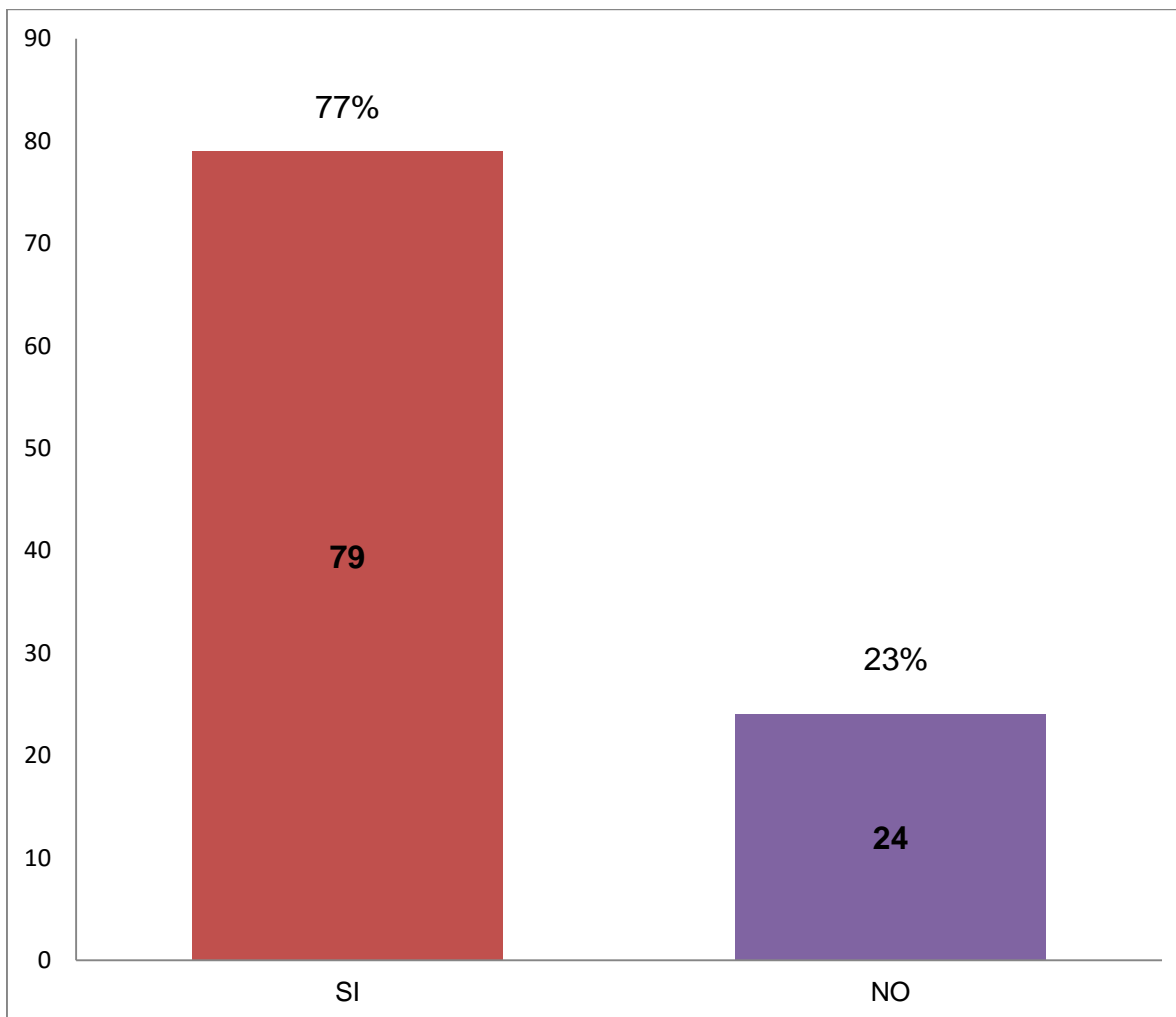
1. Conocimiento de las guías clínicas
2. Utilización de guías clínicas.
3. Utilidad de criterios de referencia
4. Utilidad del manejo médico en la referencia
5. Aplicación de las guías.

Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Indicadores	Escala	Unidad de medida
Conocimiento de las guías clínicas	El personal médico se relaciona con la guía clínica	Porcentaje de personal de salud que conoce las guías clínicas	Nominal	Porcentual
Utilización de las guías clínicas	Capacidad para la buena utilización de la guía clínica	Porcentaje de utilización de guías clínicas	Nominal	Porcentual
Especificación de criterios de referencia	Según el cuadro clínico del paciente y los criterios clínicos específicos se define nivel de referencia	Porcentaje de especificación de criterios de referencia	Nominal	Porcentual
Importancia de la aplicación de las guías	Que tan relevante es el uso de las guías clínicas en la práctica médica	Porcentaje de consideración de importancia de la aplicación de las guías clínicas	Nominal	Porcentual
Utilidad de los criterios de referencia	Uso práctico de los criterios para determinar necesidad de referencia a otros niveles de atención	Porcentaje de médicos que consideran útiles los criterios para las referencias	Nominal	Porcentual
Manejo medico recomendado es adecuado	Adecuado manejo medico	Porcentaje de médicos que consideran adecuado el manejo medico descrito en las guías	Nominal	Porcentual
Vigencia de guías según literatura actual	No hay estudios o nuevos artículos que invaliden la información	Porcentaje de médicos que consideran vigente las guías clínicas	Nominal	Porcentual

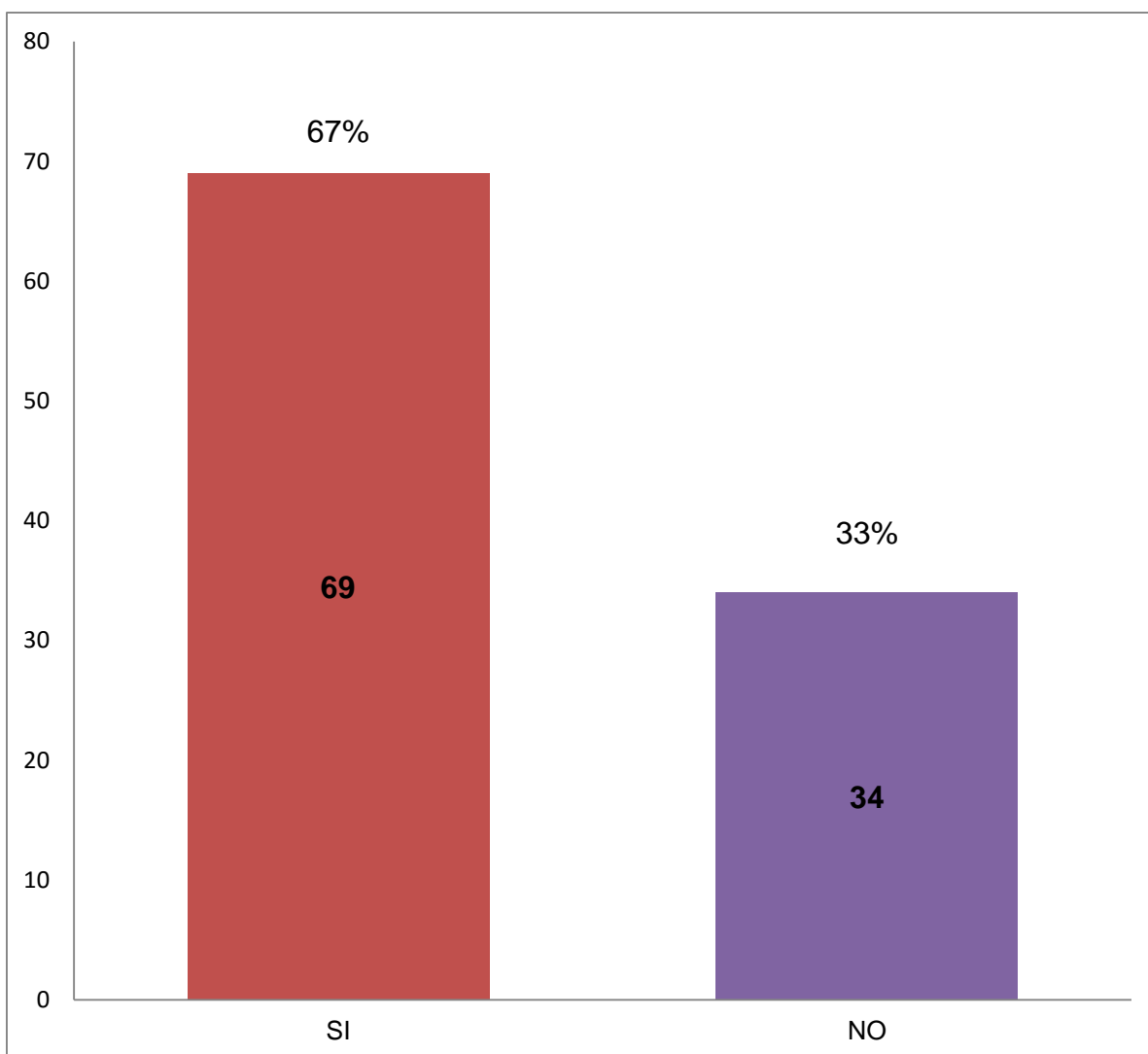
V. RESULTADOS

Gráfico 1. Conocimiento de las guías clínicas, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



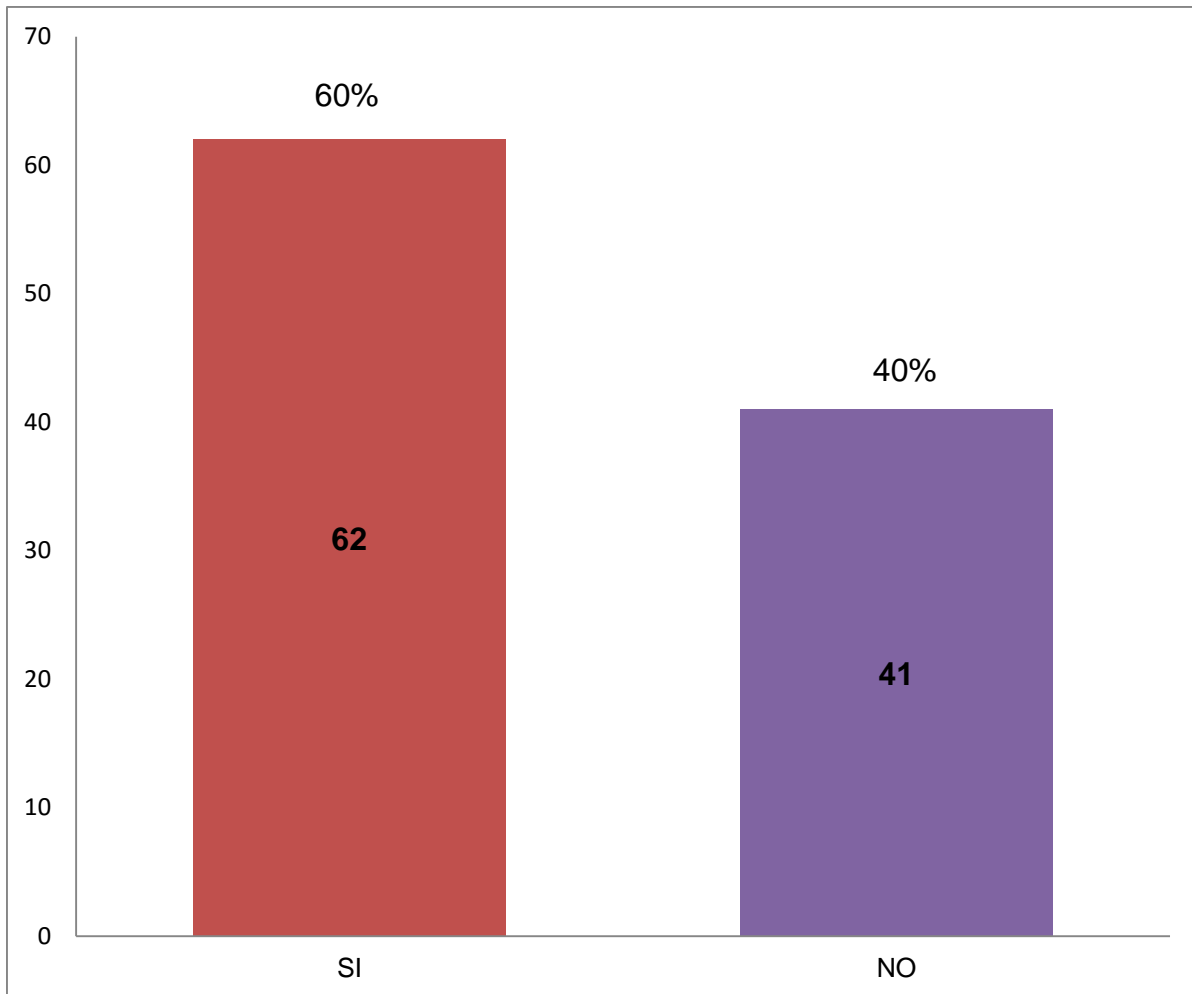
La distribución basada en el conocimiento de las guías clínicas para el tratamiento de principales patologías indica una frecuencia de 79 casos evaluados con un 77% que SI conoce las guías clínicas, asimismo se obtuvo una frecuencia de 24 casos con un 23% que NO conoce las guías clínicas. El mayor porcentaje lo representa el 77% que si conoce las guías.

Gráfico 2. Utilización de Guías Clínicas, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



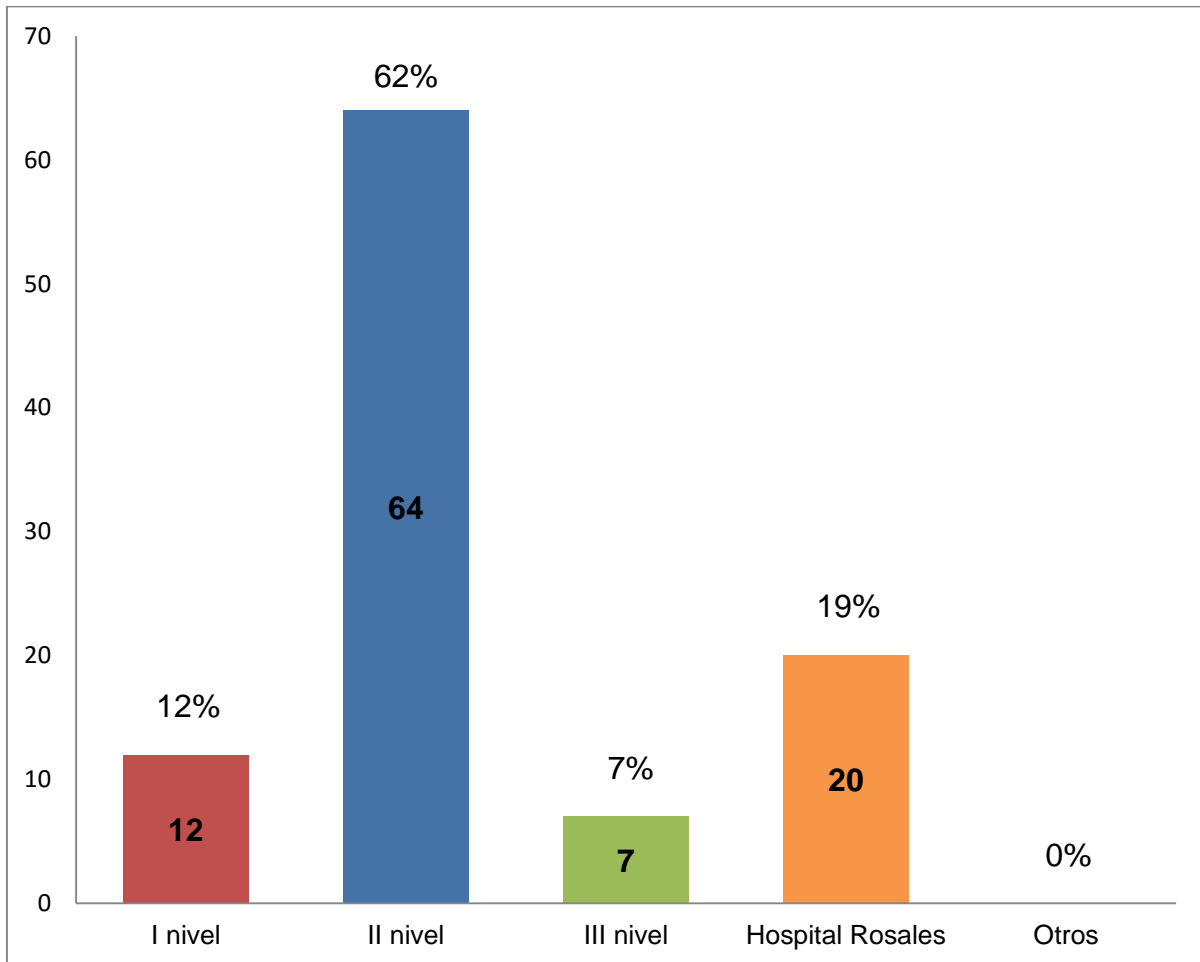
En cuanto a la valoración de la utilización de las guías clínicas, los resultados obtenidos develan que en 69 casos atendidos con un 67% si se utilizan las guías, mientras que en 34 casos con un 33% no se hace uso de las guías mismas. El mayor porcentaje de las referencias a la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales” si hacen uso de las guías clínicas para la referencia y retorno de usuarios.

Gráfico 3. Adopción de las guías, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



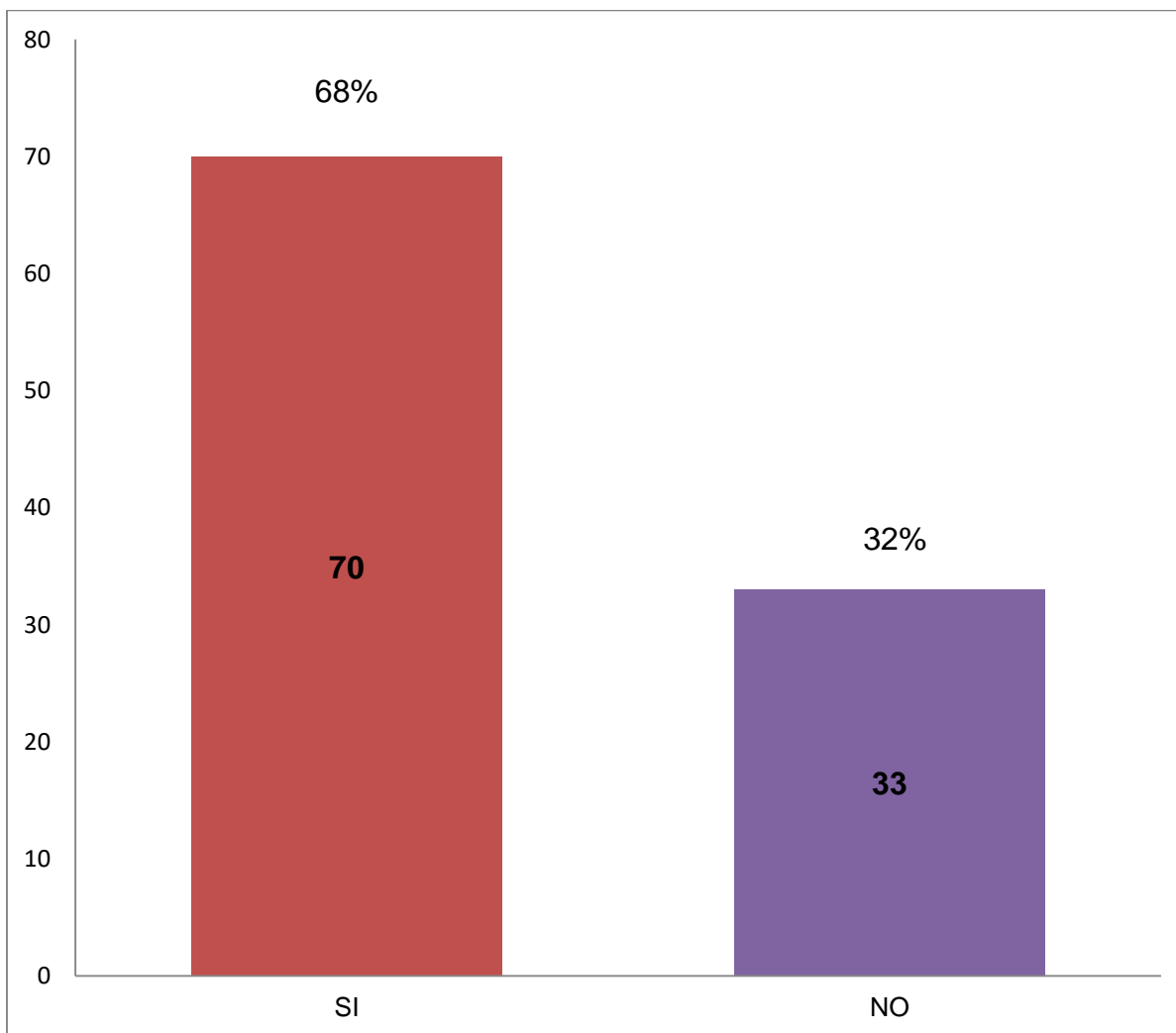
La distribución acorde a la adopción de las guías según los recursos que posee la institución, en 62 casos con un 60% se considera que las guías SI fueron elaboradas tomando en cuenta los recursos institucionales, mientras que en 41 casos con un 40% opina que NO fueron elaboradas basándose en los recursos institucionales disponibles; por tanto, el mayor porcentaje lo representa el 60% que estima que las guías si fueron adoptada en base a los recursos de los centros asistenciales.

Gráfico 4. Nivel de atención de procedencia de la referencia de los pacientes, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



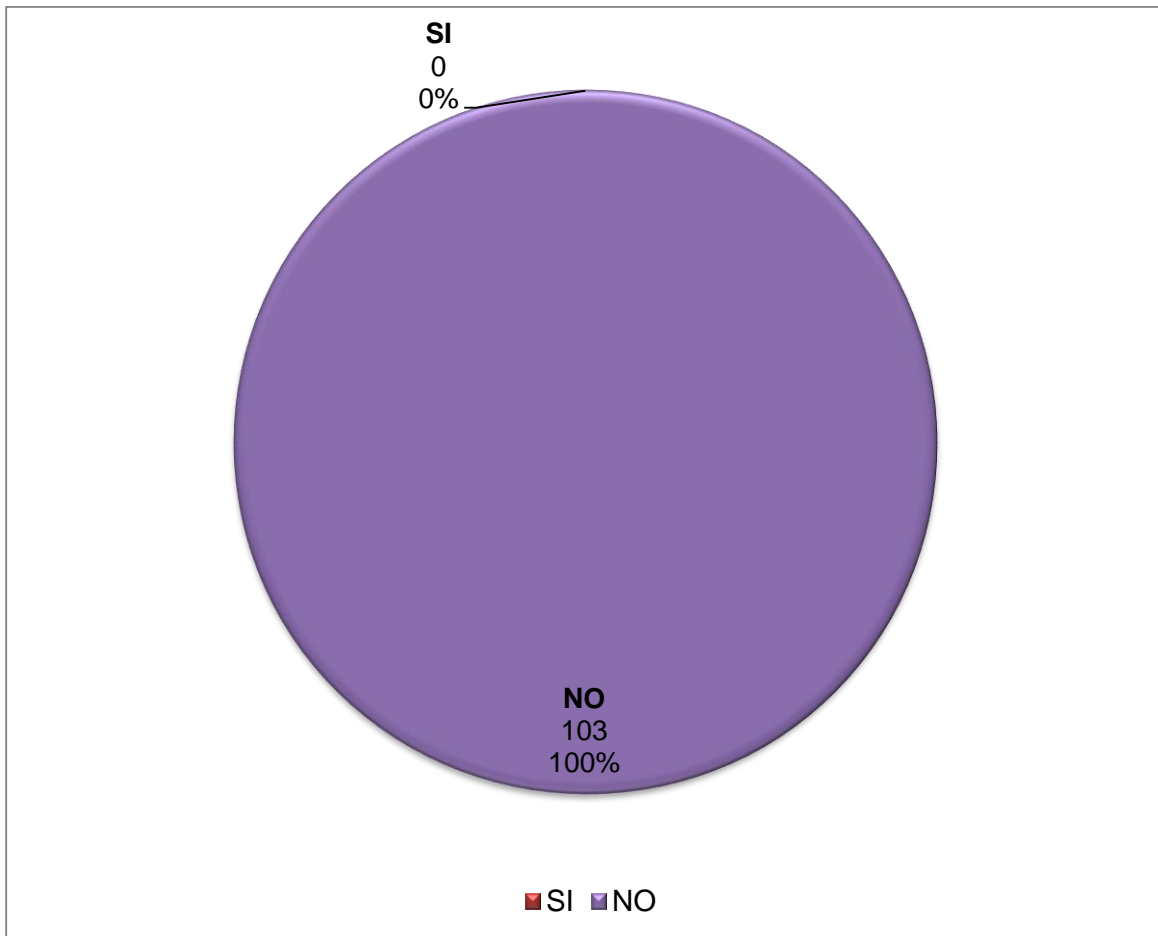
El nivel de atención evaluado que refieren pacientes hacia la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales” comprende desde el I nivel hasta otros centros de III nivel, inclusive el mismo centro asistencial. Los resultados obtenidos indican un 12% de referencias recibidas del I nivel, 64 pacientes con un 62% referidos del II nivel, 7 pacientes con un 7% para el III nivel, 20 pacientes referidos con un 19% del Hospital “Rosales” y de Otros centros no se obtuvo ninguna referencia. El mayor porcentaje de referencias recibidas proceden el II nivel de atención.

Gráfico 5. Aplicación de las guías de tratamiento en la práctica médica, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



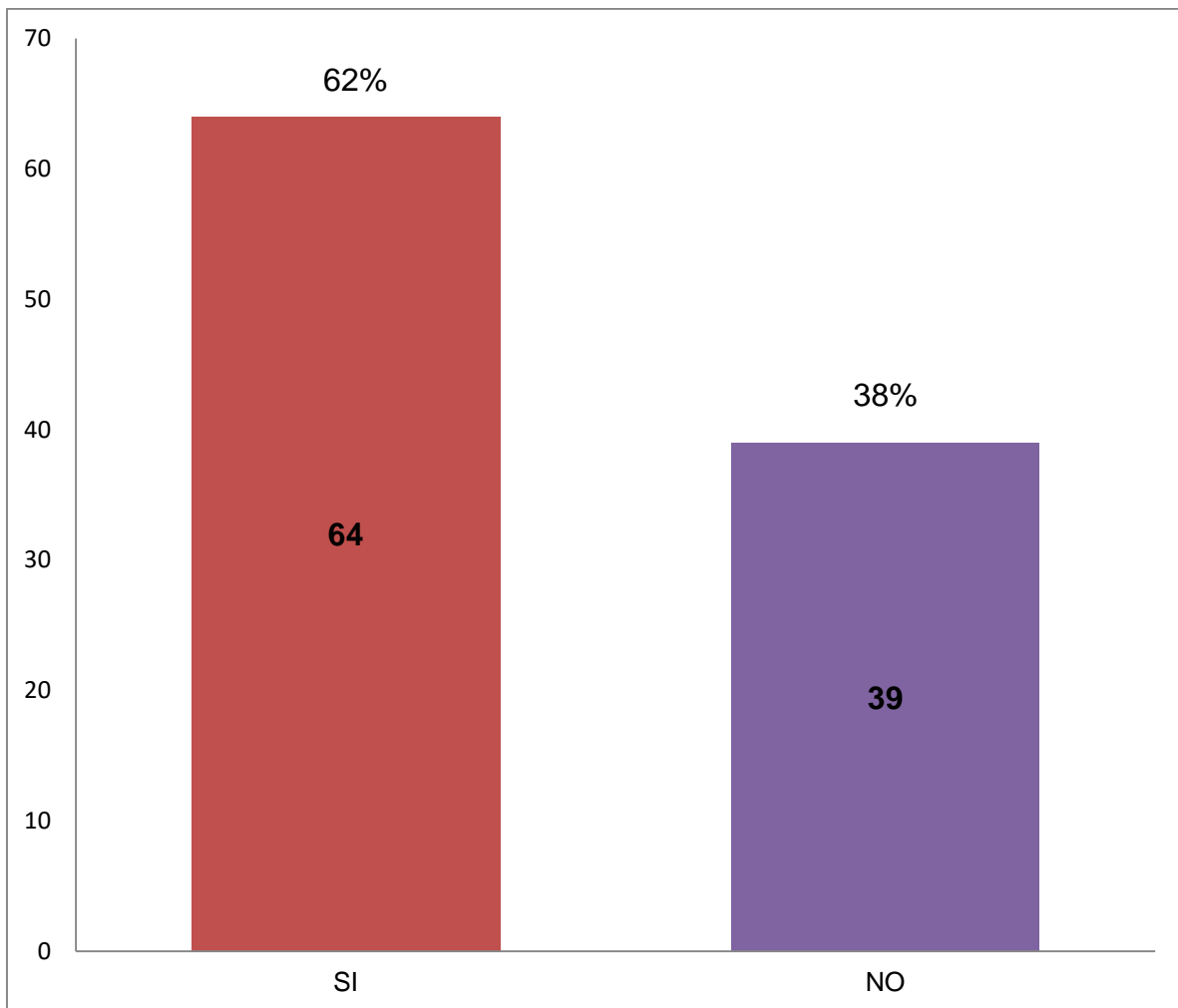
La gráfica revela que 70 de los encuestados que representan el 68% SI aplica las guías de tratamiento en la práctica médica, pero 33 encuestados que representan el 32% NO aplica las guías de tratamiento en la práctica misma. Por tanto, se estima que con un 68% de la aplicación de la guía de tratamiento se representa el mayor porcentaje.

Gráfico 6. Utilización de resultados de la evaluación de la adherencia a las guías en el mejoramiento de la práctica clínica, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



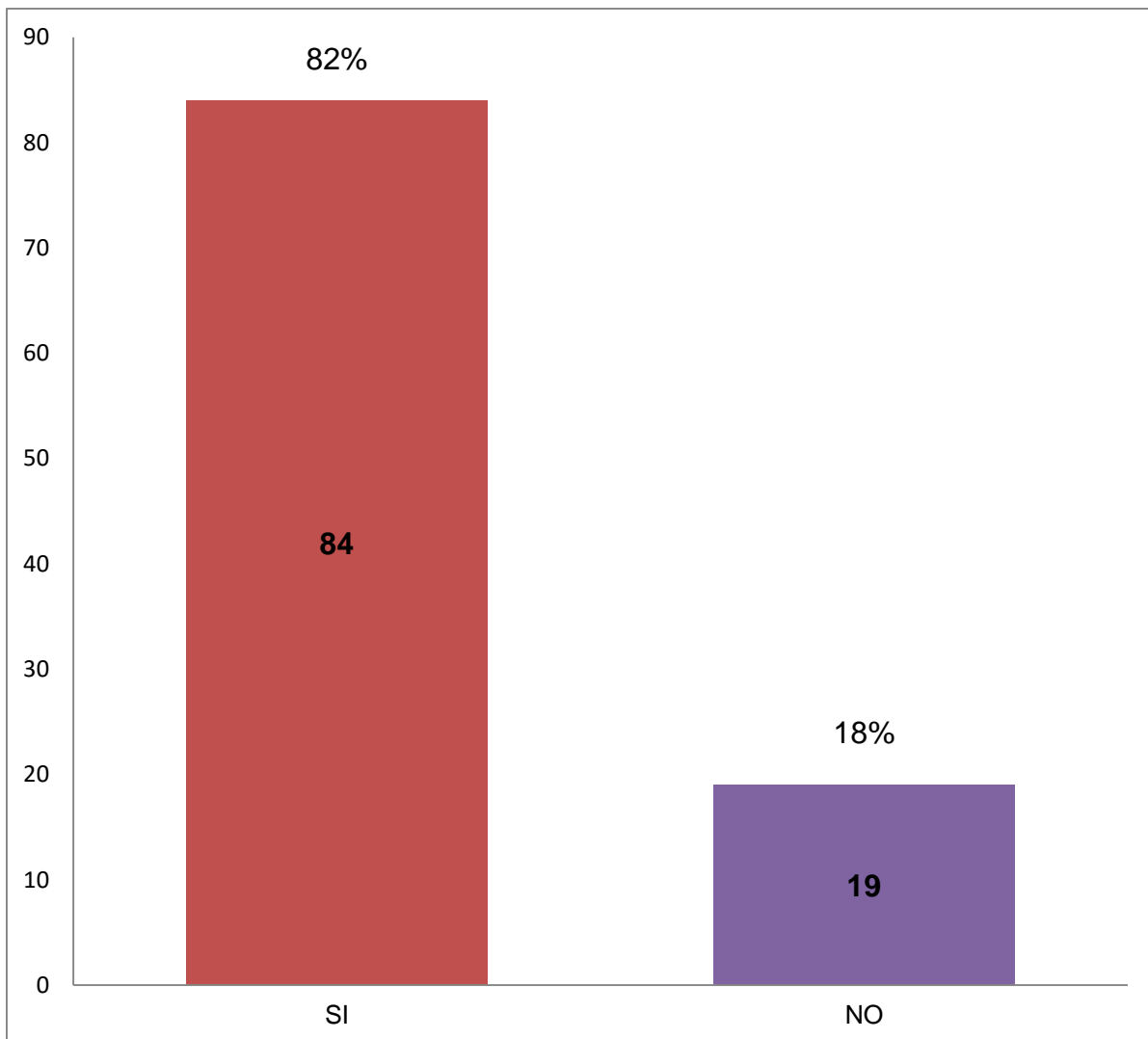
La gráfica muestra que, de los resultados de la utilización en la evaluación de la adherencia a las guías para el mejoramiento de la práctica clínica, ninguno de los evaluados expone que SI utiliza dichos resultados, mientras que los 103 evaluados que representa el 100% NO utiliza los resultados de la evaluación de la adherencia para mejorar la práctica clínica. El mayor porcentaje está representado por quienes NO utilizan los resultados de la evaluación de las guías clínicas de medicina interna.

Gráfico 7. Uso del contenido de las guías para la anamnesis del paciente, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



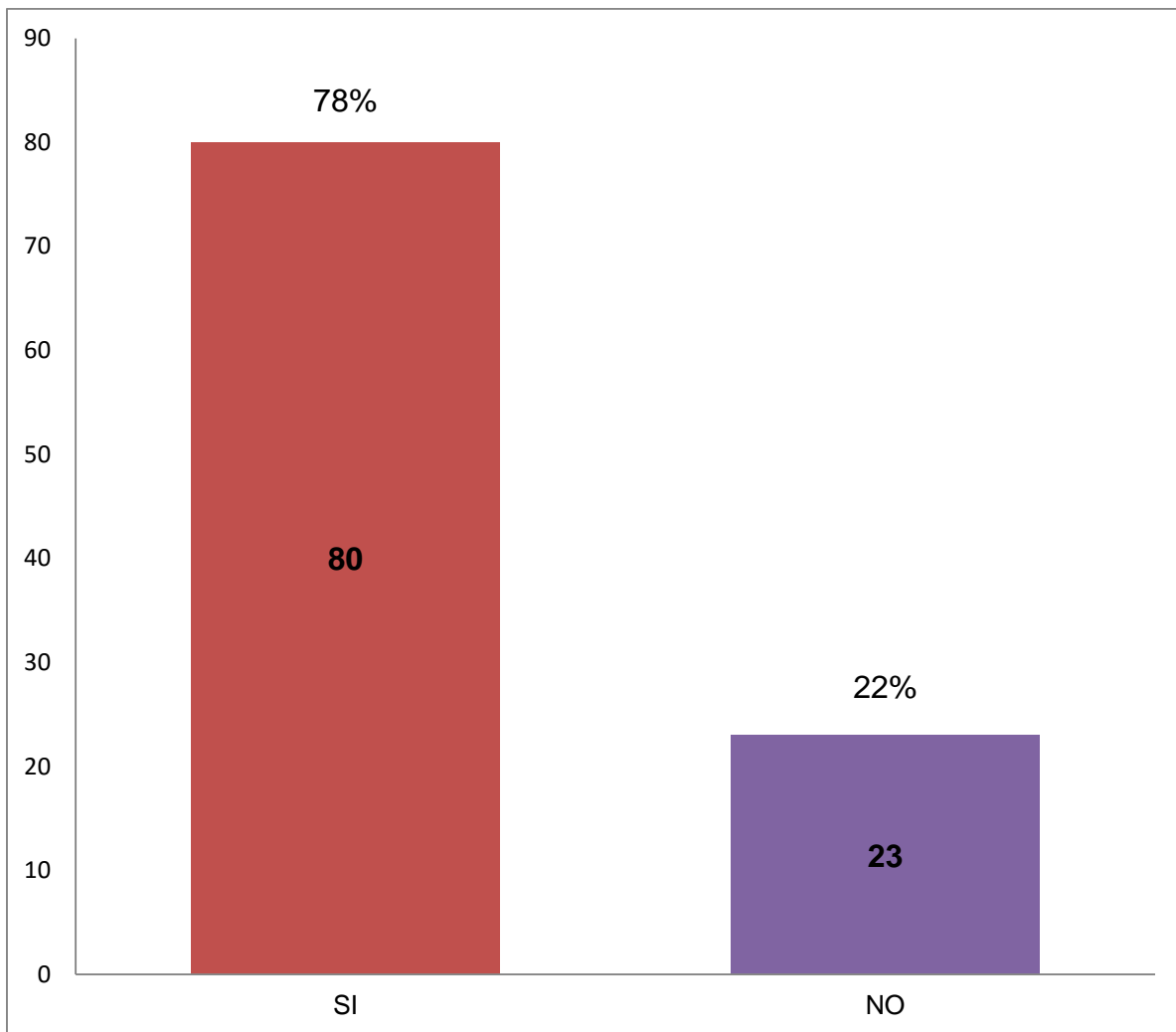
La distribución del uso de la guía para direccionar la anamnesis del paciente, denota que existe una frecuencia de 64 evaluados con un 62% que SI hace uso de la guía, asimismo existen 39 evaluados con un 38% que NO hace uso de la guía. El mayor porcentaje está representado por el 62% que SI utiliza la guía clínica para direccionar el proceso de la anamnesis a los usuarios referidos a la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”

Gráfico 8. Registro en la historia clínica del proceso de anamnesis, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



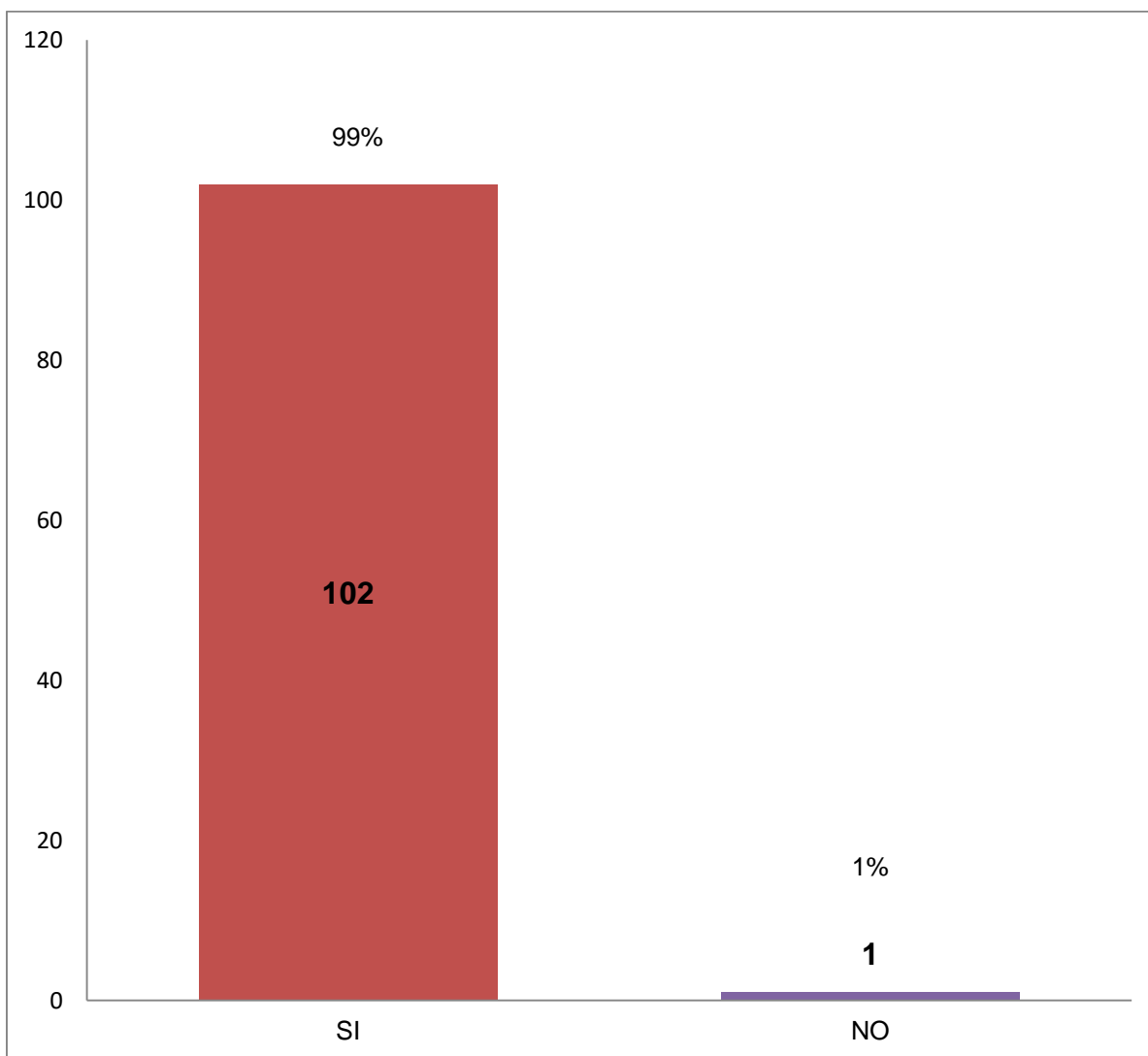
Basados en el registro de la anamnesis en la historia clínica del paciente, 84 de los casos evaluados con un 82% expone que SI deja registro detallado en la historia clínica, pero 19 de los evaluados con un 18% NO deja registro en la historia clínica de los pacientes referidos a la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”.

Gráfico 9. Conocimiento de ayudas diagnósticas específicas recomendadas en la guía para las diferentes patologías, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



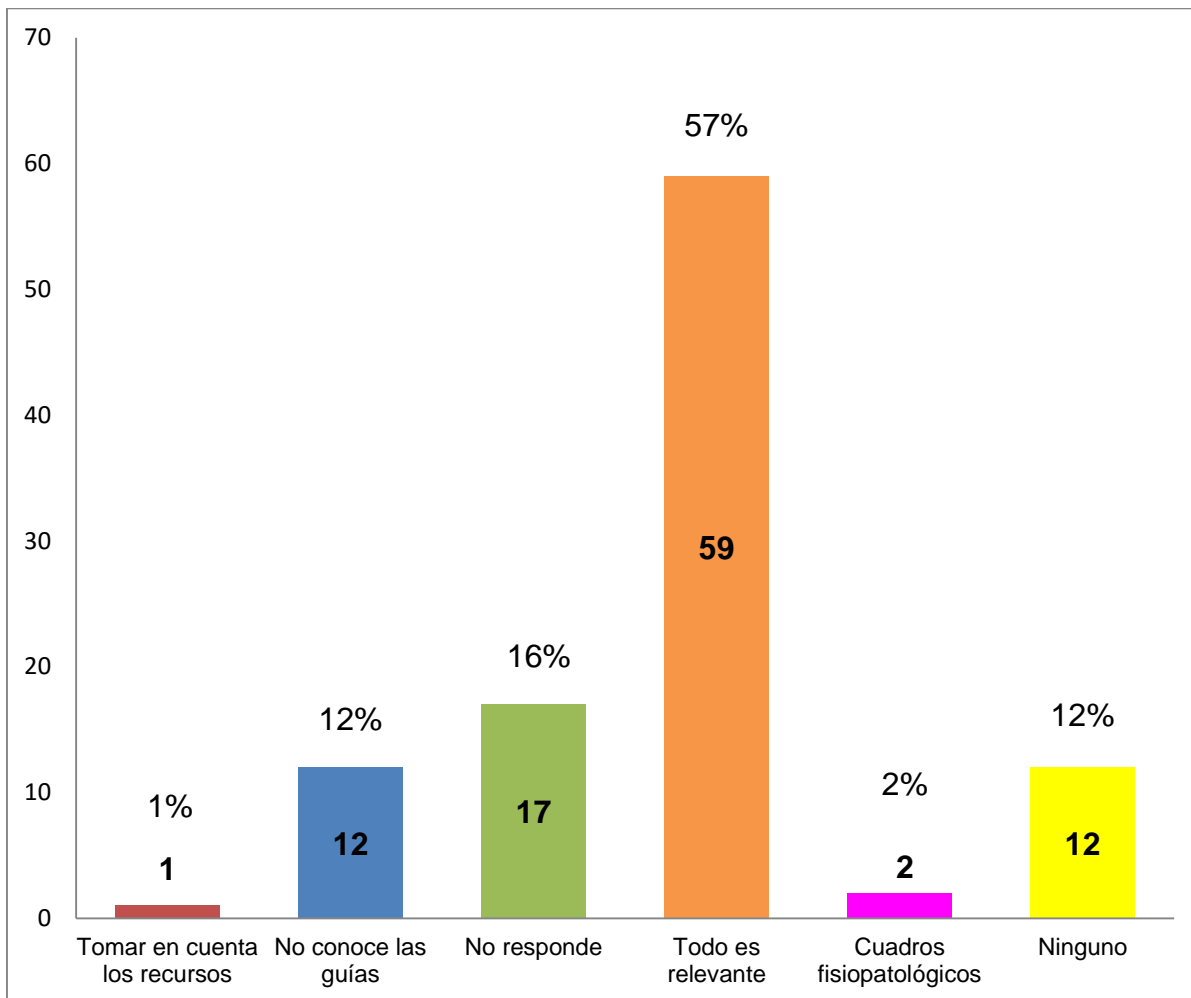
La distribución hace referencia que 80 de los referidos con un 78% SI tiene conocimiento de las ayudas diagnósticas recomendadas por la guía y 23 casos con un 22% NO conocen las ayudas diagnósticas recomendadas por la guía. Por tanto, el mayor porcentaje está representado por el 78% que SI tiene conocimiento de las recomendaciones de la guía para el manejo de las diferentes patologías.

Gráfico 10. Registro de tratamiento prescrito en historia clínica, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



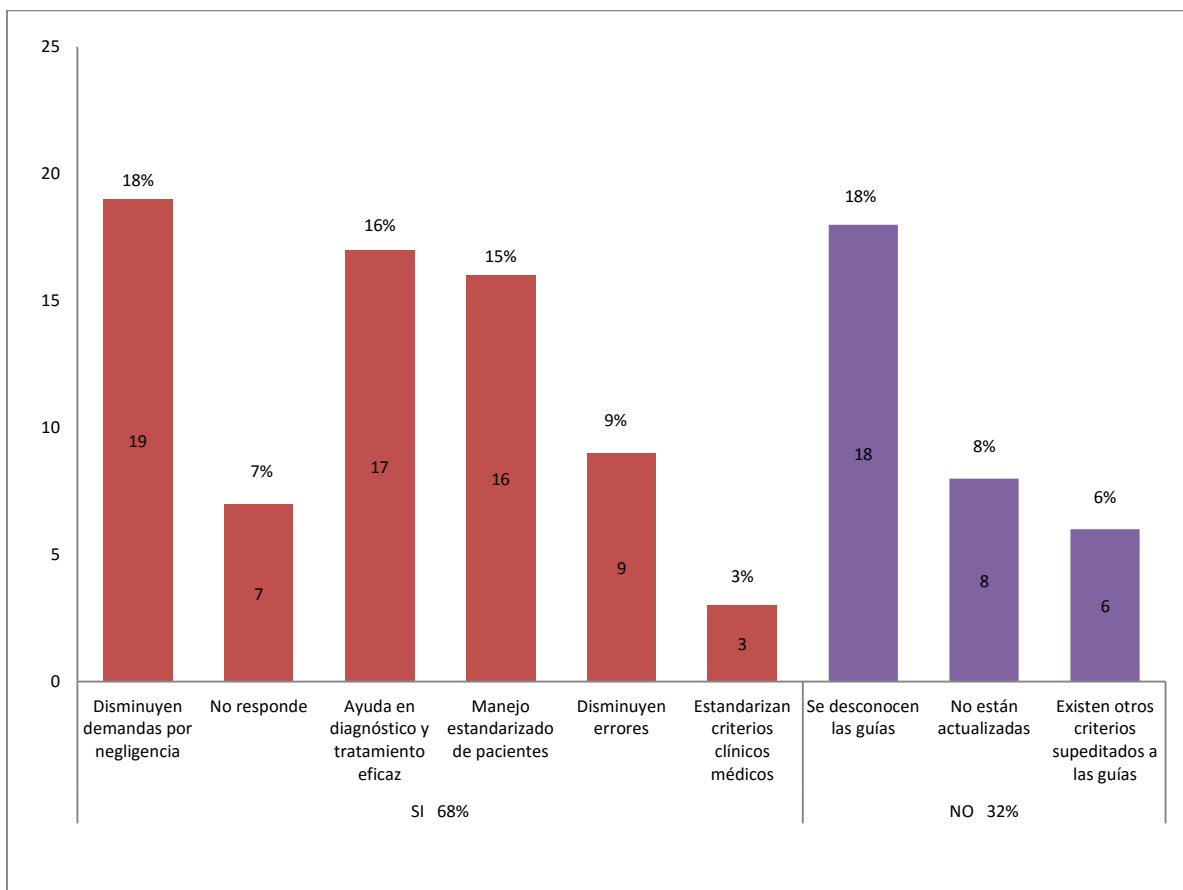
La gráfica sobre el registro del tratamiento prescrito en la historia clínica, revela que en 102 de los pacientes referidos a la unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales” con un 99% SI se registra el tratamiento en su historia clínica, mientras que 1 caso con un 1% NO se registra el tratamiento en la historia clínica. El mayor porcentaje obtenido indica que Si se registra e tratamiento en la historia clínica de los usuarios referidos.

Gráfico 11. Aspectos clínicos carentes de relevancia en las guías, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



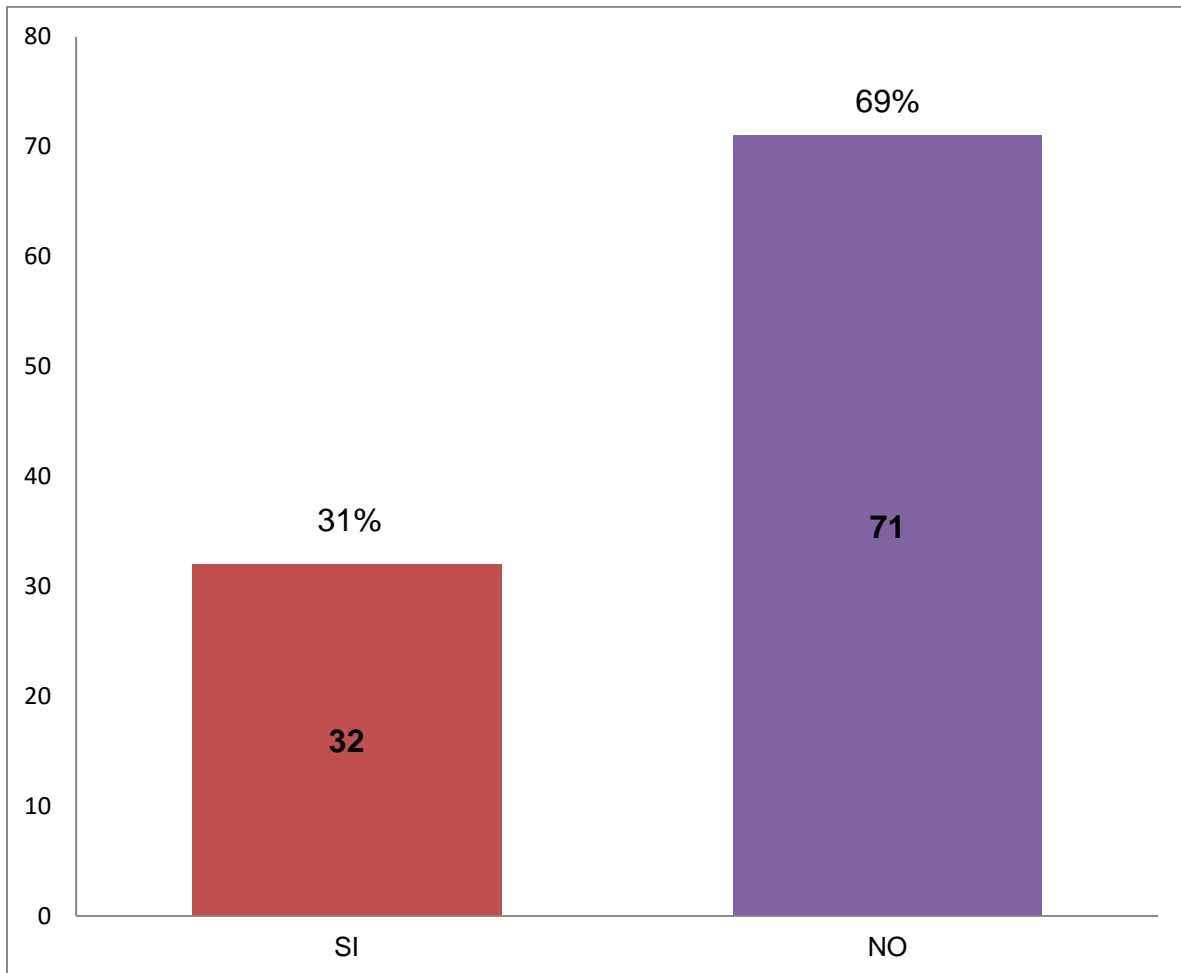
Dentro de los aspectos clínicos carentes de relevancia en la guía se obtuvo que 1 de los evaluados con un 1% considera que se deben tomar en cuenta los recursos, 12 casos con un 12% desconoce las guías, 17 de los evaluados con un 16% no emite respuesta, 59 casos con un 57% considera que todo es relevante, 2 de los evaluados con un 2% considera que los cuadros clínicos son los que carecen de relevancia y 12 casos con un 12% considera que ninguno de los aspectos clínicos de la guía carecen de relevancia. El mayor porcentaje lo representa el 57% que opina todo el contenido de la guía es relevante.

Gráfico 12. Aplicación de las guías en la práctica médica, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



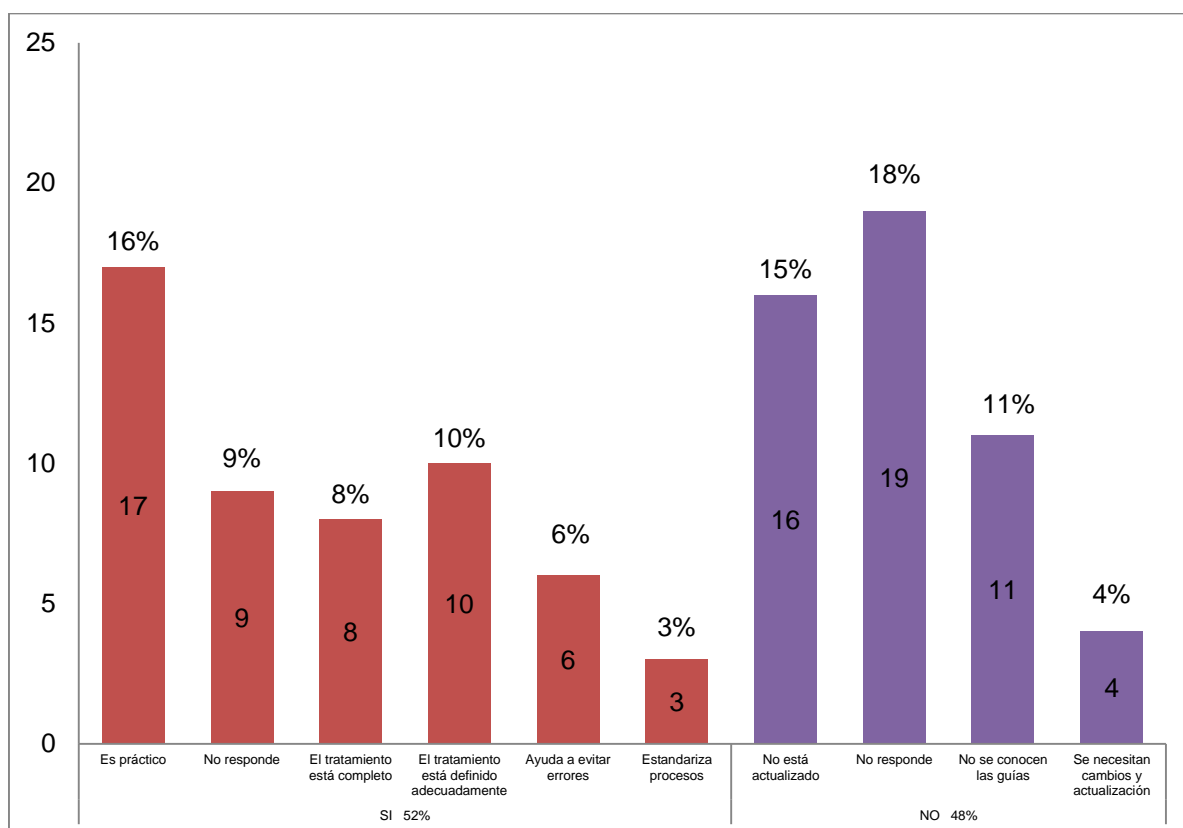
Un 68% SI utiliza las guías, versus un 32% que NO hace uso de ellas. Del 68% que SI las aplican se obtuvo: 19 casos con un 18% estiman la importancia de las guías porque disminuyen demandas por negligencias, 7 casos con un 7% no se obtuvo respuesta, 17 casos con un 16% estiman son una ayuda en el diagnóstico y tratamiento eficaz, 16 casos con un 15% opinó que ayudan en el manejo estandarizado, 9 casos con un 9% consideran que disminuyen errores y 3 casos con un 3% se considera que estandarizan criterios clínicos médicos. Del mismo modo del 32% que NO las considera importantes se determina que: 18 casos con un 18% desconoce las guías, 8 casos con un 8% opina que no están actualizadas y 6 casos con un 6% no las utiliza porque estiman que existen otros criterios supeditados a las guías.

Gráfico 13. Consonancia de la literatura actualizada con las ayudas diagnósticas recomendadas en las guías, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



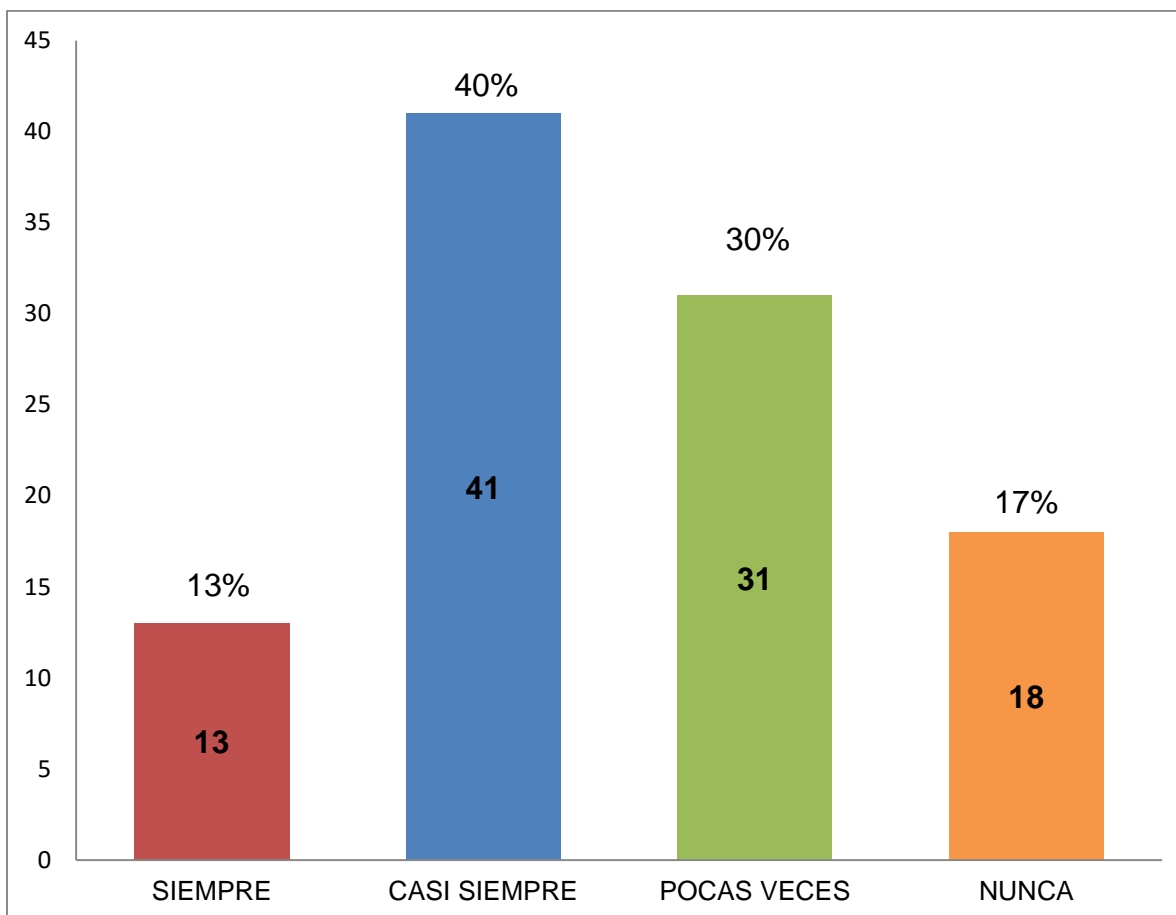
Los datos representados en la gráfica a partir del instrumento utilizado en la investigación, demuestran que 32 de los casos con un 31% SI consideran que existe consonancia de la literatura actualizada con las ayudas diagnósticas recomendadas por la guía, mientras que un 69% (71 casos) consideran que NO hay consonancia de la literatura actual con la guía. El mayor porcentaje obtenido indica que NO hay consonancia de la literatura actualizada con las ayudas diagnósticas recomendadas por las guías clínicas para el manejo de pacientes referidos.

Gráfico 14. Aceptación de manejo farmacológico sugerido por la guía, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



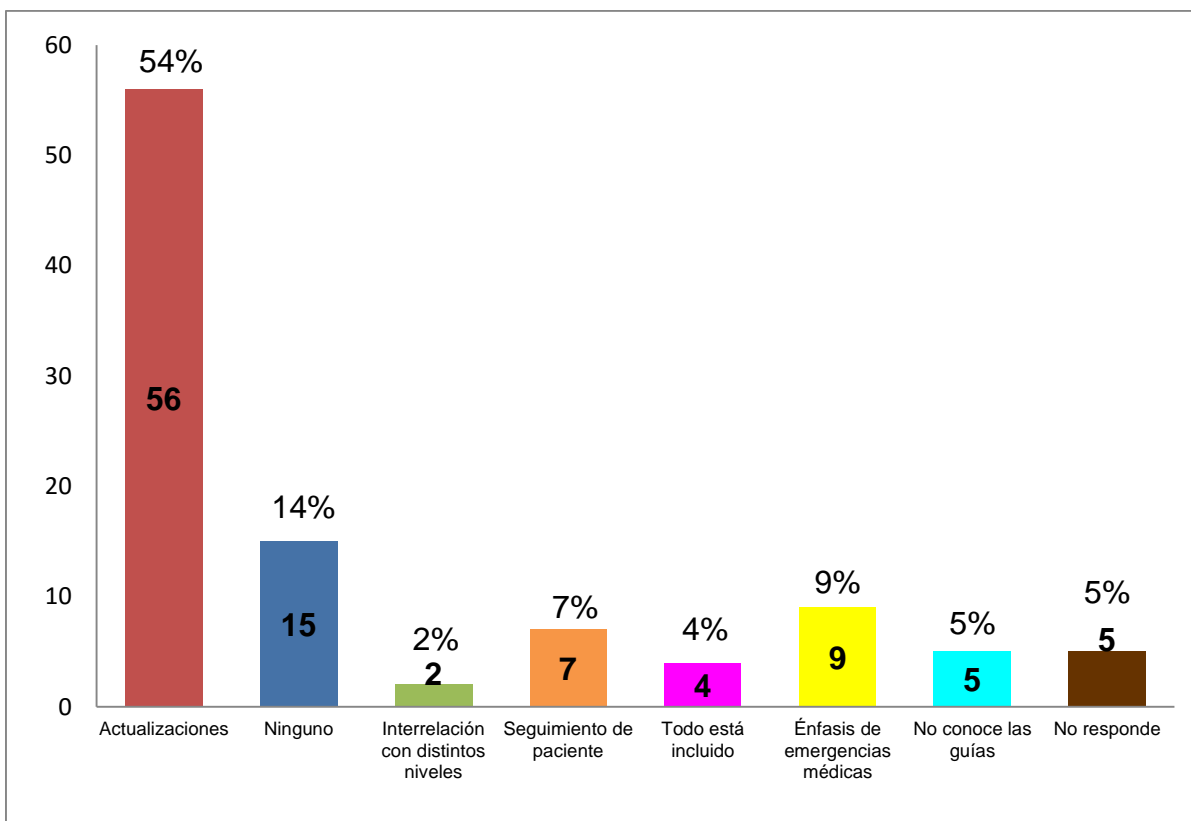
Un 52% SI acepta el manejo farmacológico sugerido por la guía, versus un 48% que NO lo acepta. Del 52% que SI las aceptan: 17 casos con un 16% estiman que aceptan el tratamiento sugerido porque es práctico, 9 casos con un 9% no se obtuvo respuesta, 8 casos con un 8% acepta el tratamiento porque está completo, 10 casos con un 10% opinó que el tratamiento está bien definido, 6 casos con un 6% consideran que ayuda a evitar errores y 3 casos con un 3% considera que lo aceptan porque estandariza procesos. Del mismo modo del 48% que NO acepta el tratamiento: 16 casos con un 15% opina que no está actualizado, 19 casos con un 18% no responde, 11 casos con un 11% desconoce las guías y 4 casos con un 4% opina que no lo aceptan porque necesita cambios y actualización.

Gráfico 15. Utilización de criterios de las guías para remisión de pacientes a manejo por especialistas, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



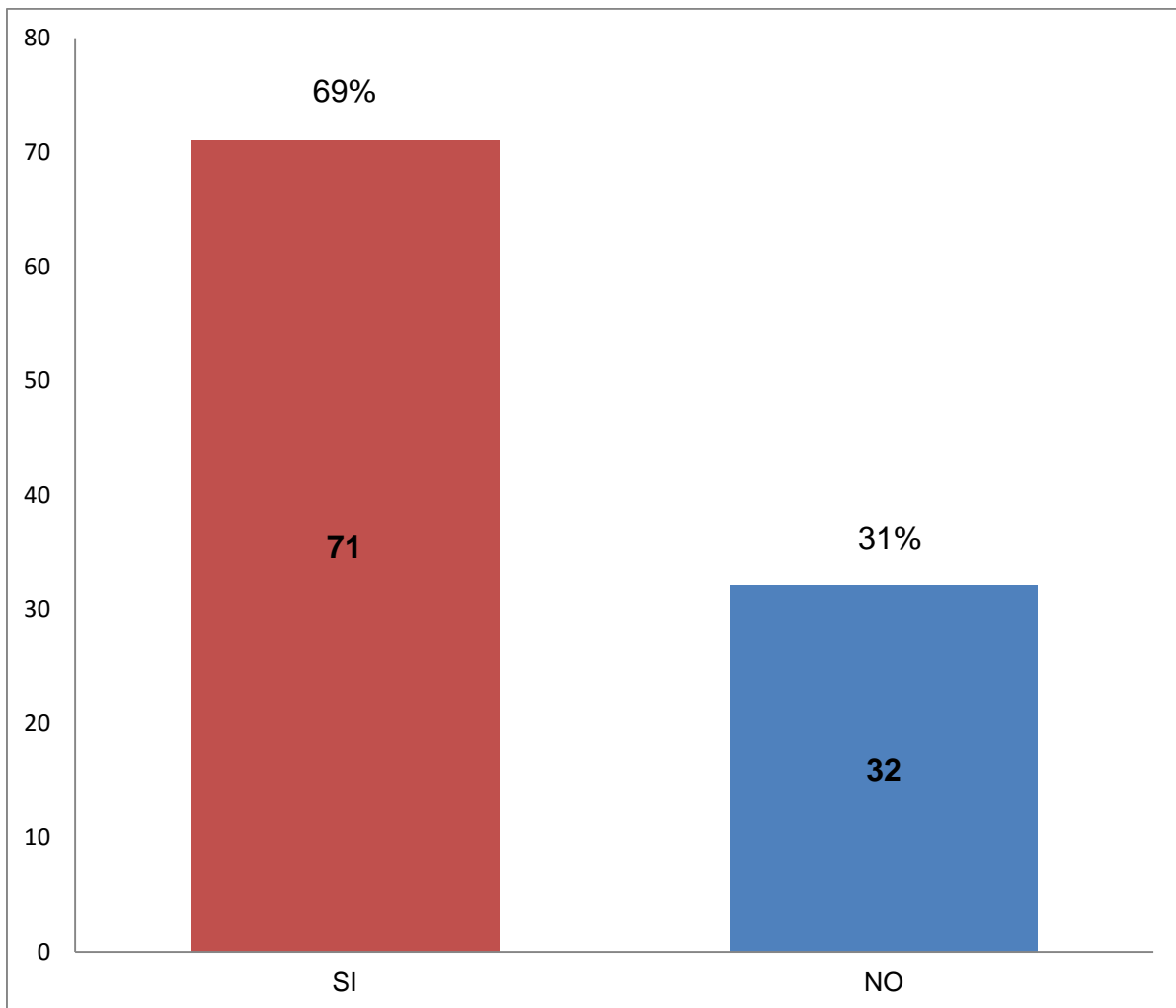
Con respecto a la utilización de criterios sugeridos por la guía para remisión de pacientes, se obtuvo que en 13 de los casos con un 13% siempre se hace uso de dichos criterios estipulados por la guía, 41 casos con un 40% hace uso de esos criterios casi siempre, 31 de los evaluados con un 30% indicó que usas estos criterios de referencia pocas veces, mientras que 18 de los evaluados con un 17% nunca hace uso de los criterios sugeridos por la guía para la referencia de pacientes. El mayor porcentaje determina que casi siempre son utilizados los criterios recomendados por las guías clínicas de medicina interna para la remisión de pacientes.

Gráfico 16. Aspectos no considerados en las guías y que deberían ser incorporados, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



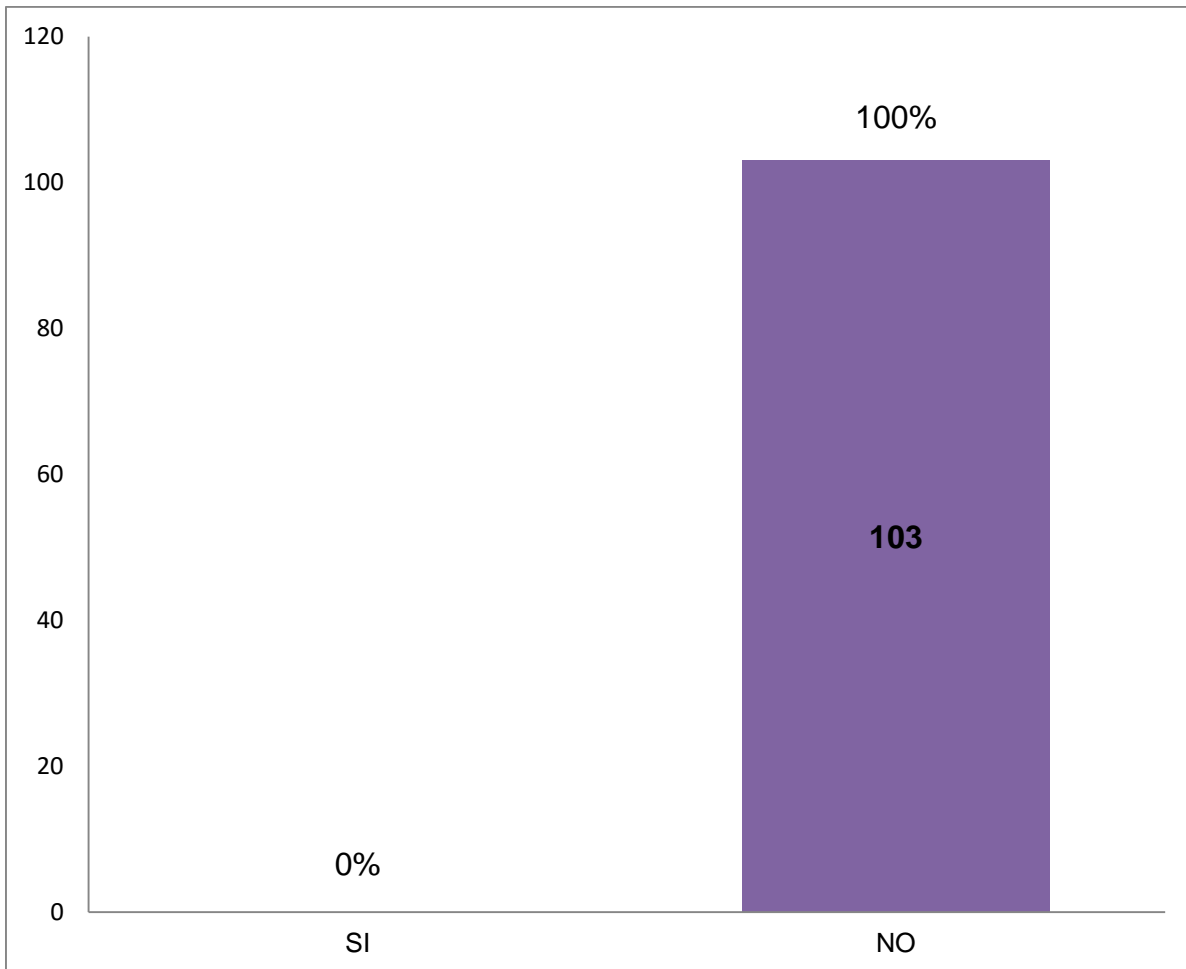
La distribución indica que un 56 evaluados con un 54% consideran que las guías clínicas necesitan actualizaciones, 15 evaluados con un 14% opina que no deberían incorporarse nuevos aspectos a las guías, en 2 casos con un 2% especifican que se debe incorporar la interrelación con los distintos niveles, 7 casos con un 7% sugieren que se incorpore el seguimiento del paciente, 4 casos con un 4% indica que todo está incluido, 9 de los evaluados con un 9% concuerda que se debe incorporar énfasis en las emergencias médicas, 5 casos con un 5% responde que no conoce las guías y 5 casos con un 5% no emitió respuesta. El mayor porcentaje está representado porque de los aspectos no considerados en las guías clínicas y que deben ser incorporadas son las actualizaciones.

Gráfico 17. Utilización de protocolos diferentes al recomendado en la guía para el manejo de pacientes, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



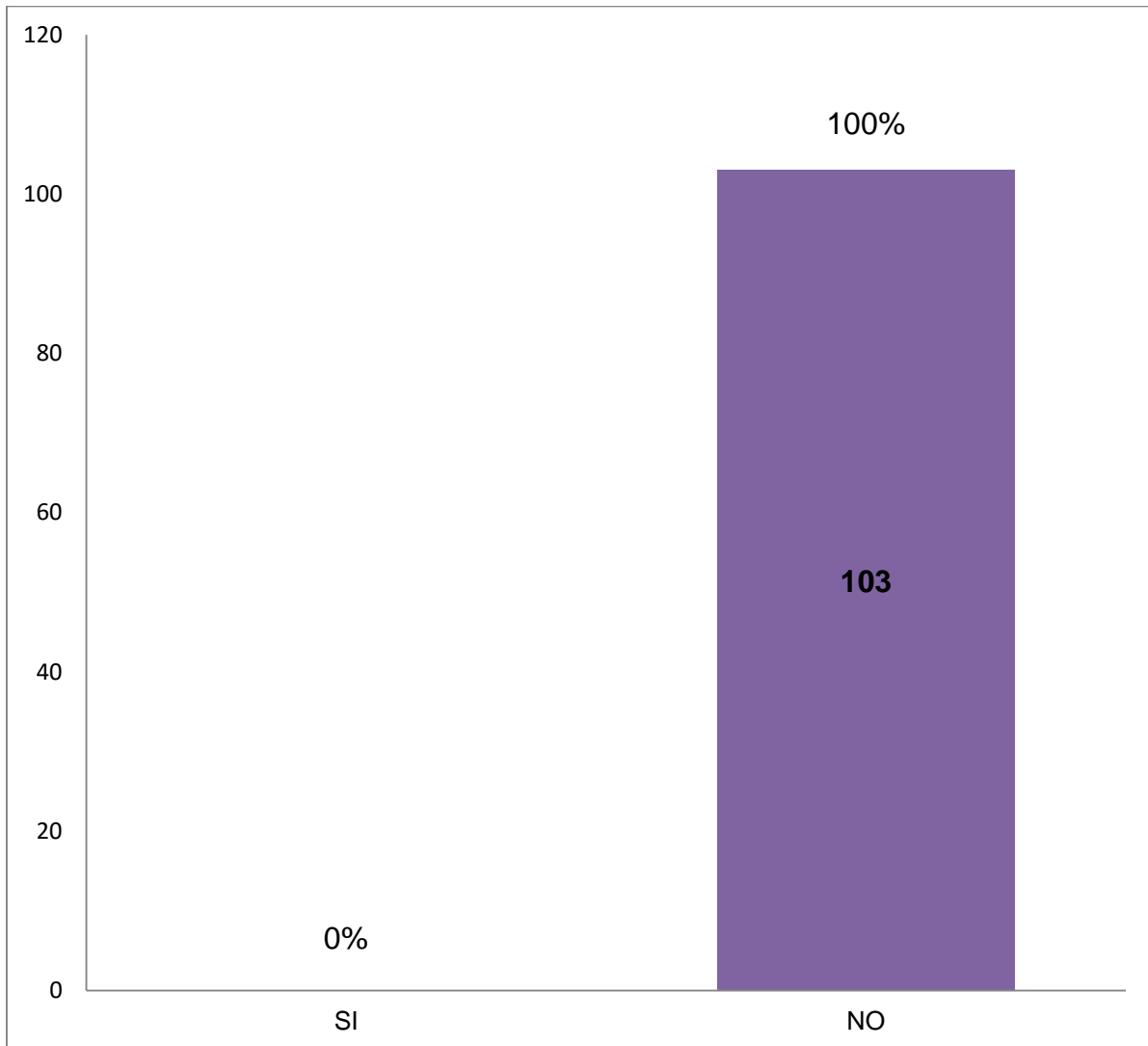
La gráfica de utilización de protocolos diferentes al recomendado en la guía para el manejo de pacientes, revela que 71 de los casos con un 69% SI hace uso de otros protocolos distintos a la guía clínica de medicina interna, mientras que 32 casos con un 31% NO hace uso de protocolos distintos a la guía. El mayor porcentaje está representado por el 69% que indica la utilización de protocolos diferentes al recomendado por la guía para el manejo de pacientes.

Gráfico 18. Participación en el proceso de adaptación y adopción de las guías clínicas, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



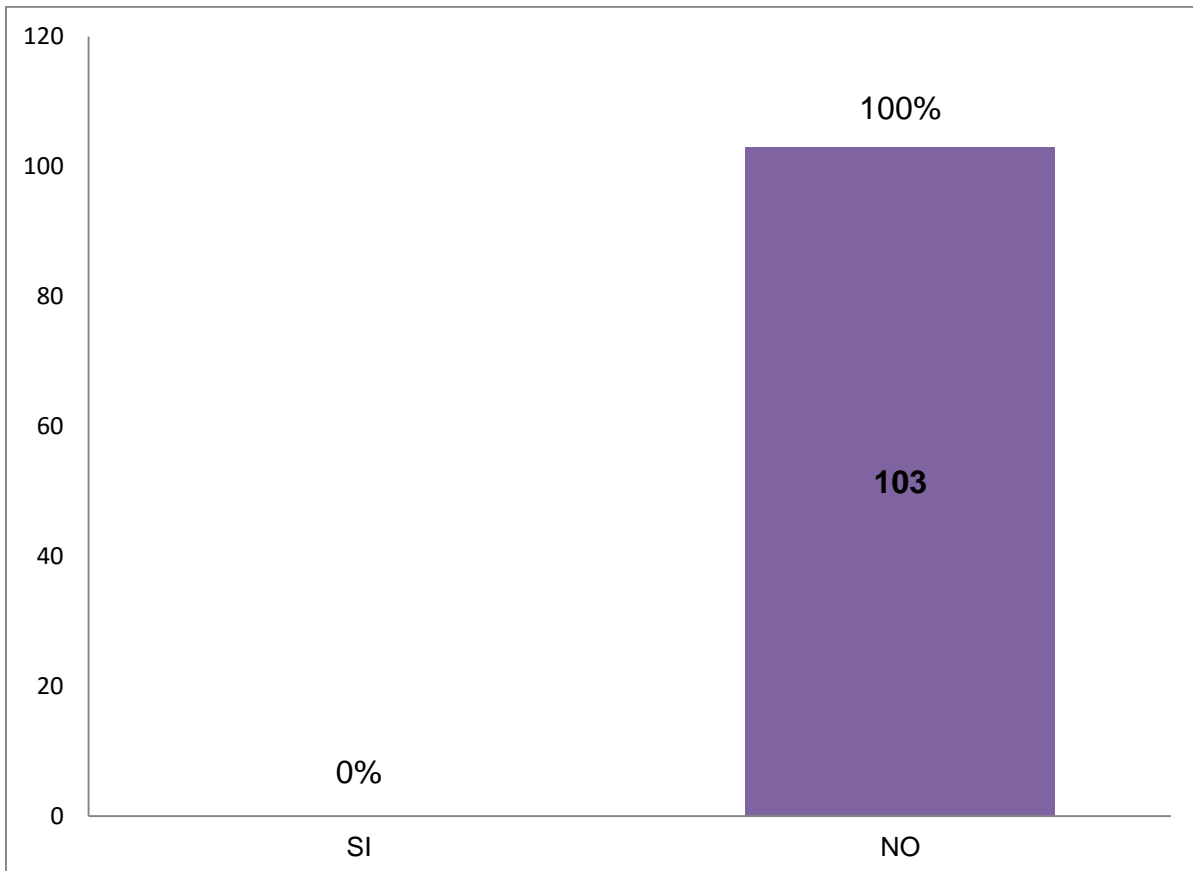
Con respecto a la participación en el proceso de adaptación y adopción de las guías clínicas de medicina interna, se obtuvo que en ninguno de los casos hubo participación en la estructuración de las guías, mientras que los 103 casos de las referencias evaluadas en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales” con un 100% NO participó en la estructuración de las mismas; entonces el mayor porcentaje obtenido lo representa el 100% de casos que denota la ausencia de participación en la estructuración de las guías clínicas.

Gráfico 19. Evaluación de la aplicación de las guías, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



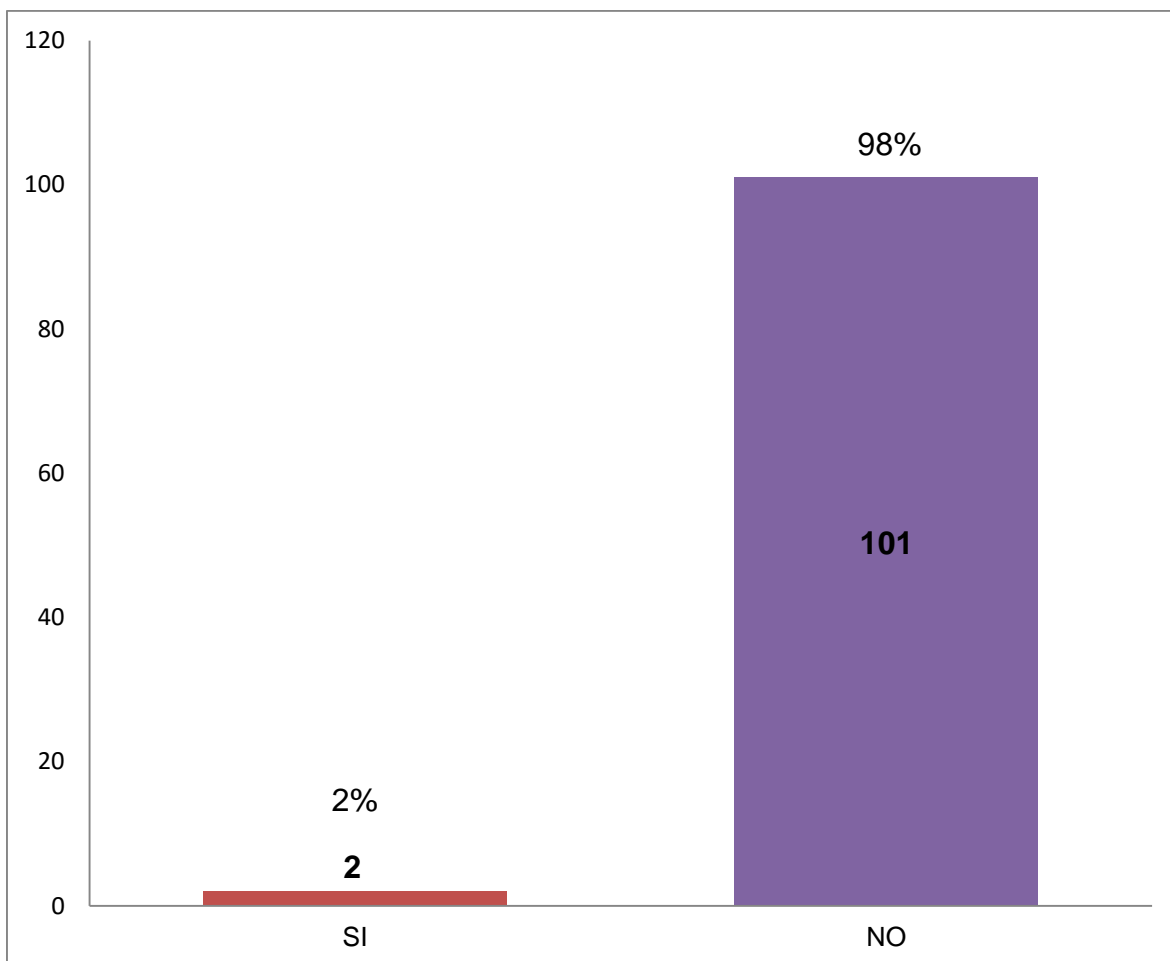
La evaluación de la aplicación de las guías, refleja que no existen casos donde SI se evalúe la guía, mientras que los 103 casos de las referencias evaluadas en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales” con un 100% indica que NO se evalúa la aplicación de las guías; entonces el mayor porcentaje obtenido lo representa el 100% de casos que denota la falta de evaluación en la aplicación de las guías clínicas.

Gráfico 20. Conocimiento de la herramienta para evaluar la adherencia a las guías, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



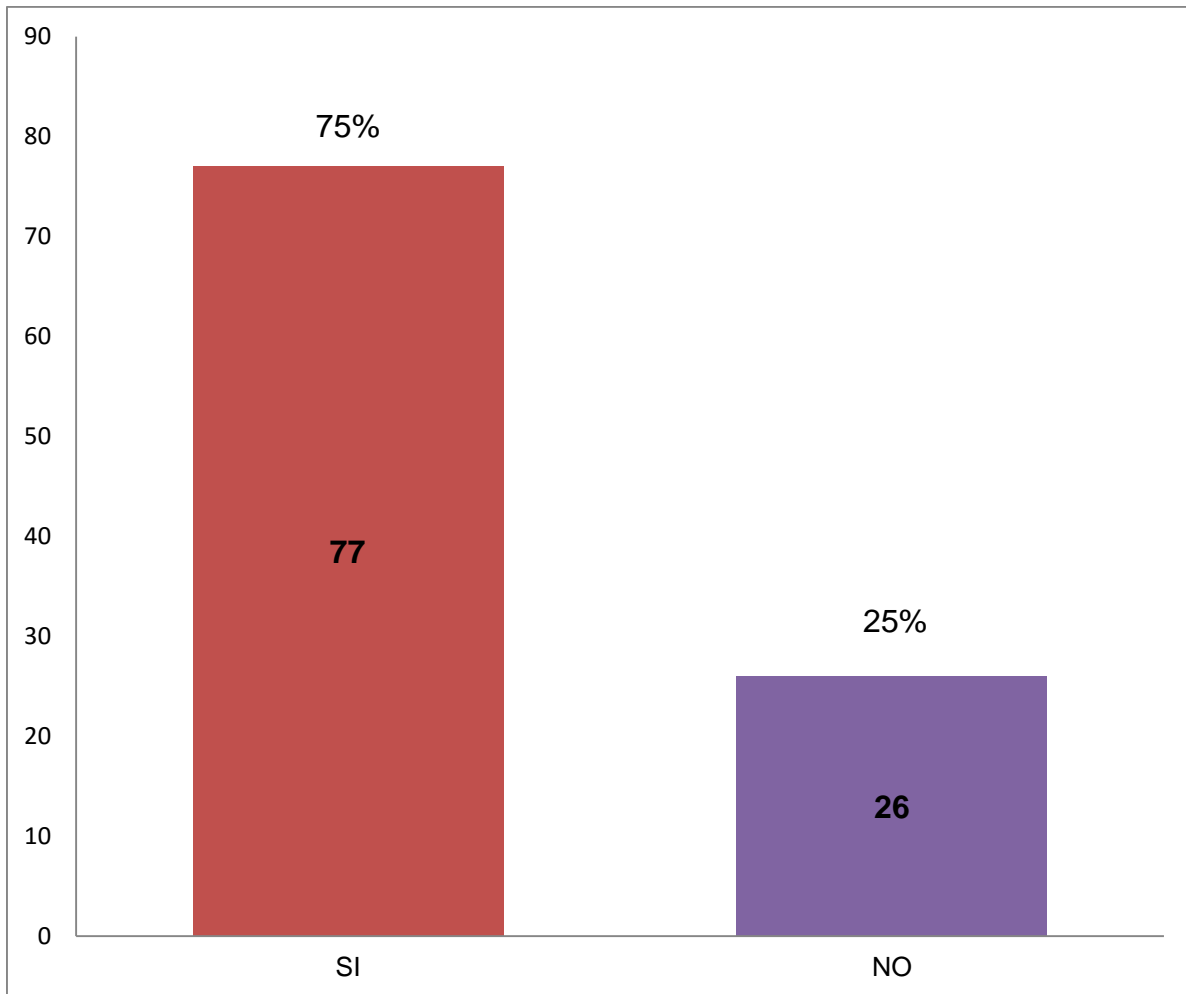
En base a la distribución del conocimiento de la herramienta con cual se realiza la evaluación de la adherencia de las guías, se obtuvo que ninguno de los encuestados conoce la herramienta de evaluación, y 103 casos de las referencias evaluadas en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales” con un 100% indica que NO conoce la herramienta de la evaluación de la adherencia a las guías. El mayor porcentaje obtenido lo representa el 100% de casos que refleja la ausencia de conocimiento de la herramienta para evaluar la adherencia a las guías clínicas de medicina interna.

Gráfico 21. Conocimiento de planes de mejoramiento y retroalimentación implementados por la institución para promover el uso de las guías, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



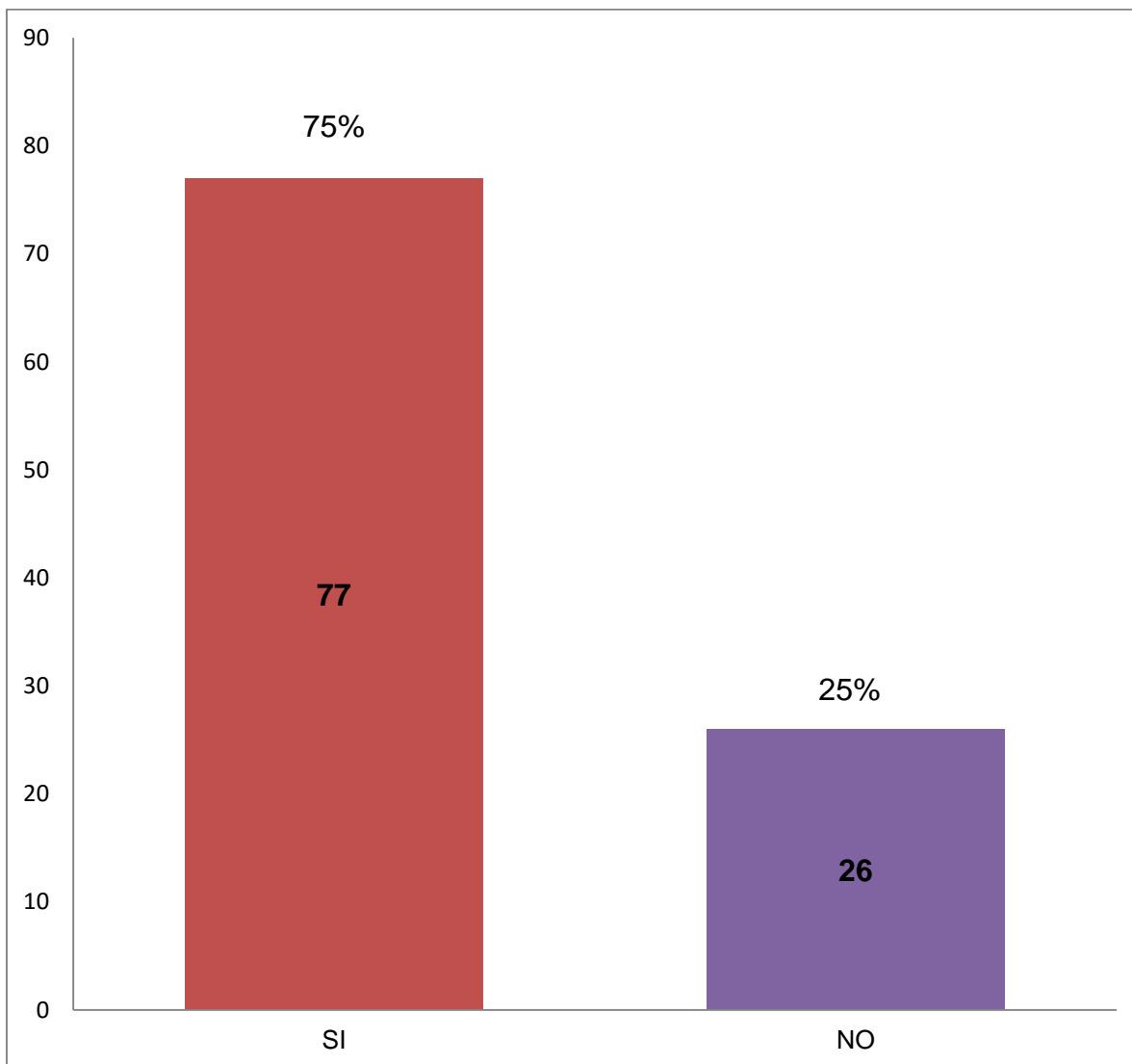
Los datos colectados y representados en la gráfica, demuestran que en 2 casos de los evaluados con un 2% estiman que SI conocen de planes de mejoramiento y retroalimentación implementados para promover el uso de las guías; pero 101 de los evaluados con un 98% NO tienen conocimiento de planes de mejora y retroalimentación de las guías. El mayor porcentaje lo representa el 98% que NO conoce de planes de promoción en la utilización de las guías clínicas en los centros asistenciales.

Gráfico 22. Conocimiento de manejo farmacológico específico recomendado en la guía para las diferentes patologías, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



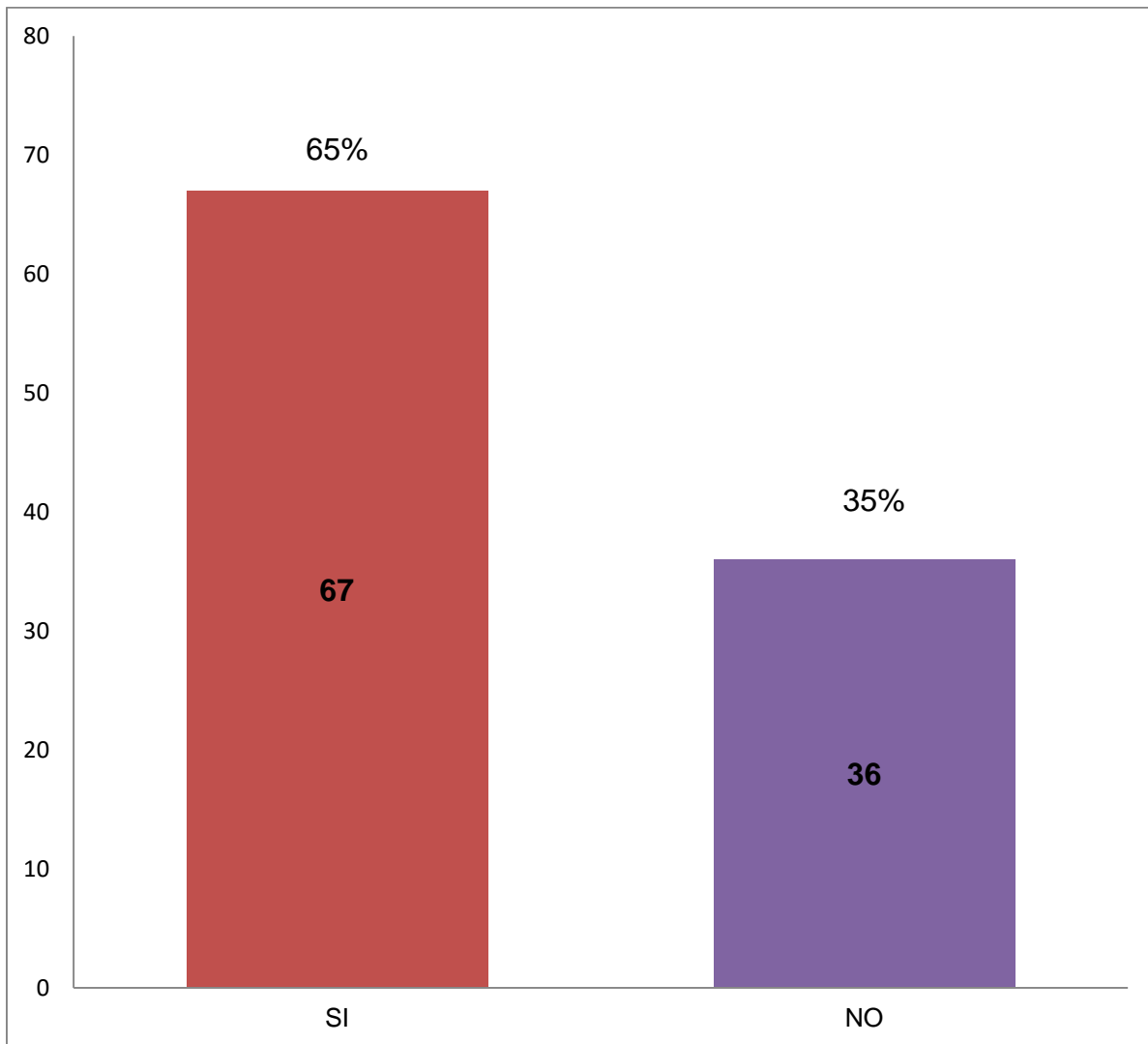
En cuanto al conocimiento del manejo farmacológico sugerido por la guía para las diferentes patologías, 77 casos con un 75% SI conocen el manejo farmacológico recomendado por la guía y a la vez, 26 casos con un 25% NO conocen el manejo farmacológico específico que la guía sugiere para el manejo de las diferentes patologías. Por tanto, el mayor porcentaje refleja que SI se conoce el tratamiento sugerido por la guía clínica.

Gráfico 23. Desarrollo de la guía en el tiempo de consulta, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



Con respecto al desarrollo de la guía en el tiempo de consulta, 77 casos con un 75% estiman que SI desarrolla la guía en la consulta médica y 26 casos con un 25% No desarrolla la guía en el tiempo de consulta. El mayor porcentaje lo representa el 75% que desarrolla la guía clínica en el tiempo de consulta para la referencia de usuarios a la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”.

Gráfico 24. Ayuda de historia clínica para la aplicación de la guía, en la evaluación de la adherencia de los Lineamientos técnicos para la Referencia y Retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”



La ayuda proporcionada por la historia clínica para la aplicación de la guía refleja que 67 de los evaluados con un 65% SI estiman importante la historia clínica para aplicar la guía, y 36 casos con un 35% consideran que NO es de ayuda la historia clínica para la aplicación de la guía clínica. El mayor porcentaje está representado por el 65% que estima de gran ayuda la historia clínica del paciente para aplicar la guía clínica de medicina interna

VI. DISCUSIÓN

La transformación del sistema de salud en El Salvador, con miras a garantizar el derecho a la salud a toda la población, devela una necesidad existente de integrar efectivamente la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, para que sean los usuarios quienes gocen de una atención de calidad desde el primer contacto con los servicios de salud hasta su seguimiento, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En ese sentido los lineamientos técnico operativos existentes, representan una parte importante del nuevo enfoque a la salud contenido en la reforma, y del mismo modo la aplicación de las guías clínicas en la práctica médica pretende unificar conocimientos y estandarizar los procesos de atención, mejorando el enlace asistencial y trabajo en red en el sistema de referencia, retorno e interconsulta.

Mediante la evaluación y/o exploración del cumplimiento y adherencia a las guías clínicas, se develan deficiencias y problemas operativos en el manejo asistencial del usuario que tiene como resultado negativo la insatisfacción de los mismos, la mala utilización de los servicios en salud y aspectos personales dentro del área de influencia misma del recurso humano sanitario que van obstaculizando el proceso de mejora y la cobertura de los servicios en salud. Si el sistema de Referencia y Retorno tiene como propósito su aplicación a todas las instituciones miembros del MINSAL coordinando esfuerzos y brindando una mejor atención a los usuarios, resulta importante la articulación de procesos donde se obtenga un beneficio compartido entre el paciente y los servicios de salud existentes, considerando a la vez el profesionalismo y la disposición de insumos que permitan una atención cálida, eficaz y principalmente que dé respuesta a tiempo, a las necesidades del usuario.

Al analizar la adherencia de los lineamientos técnicos para la referencia y retorno de usuarios externos en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales” implementadas en las guías clínicas de medicina interna se identificó deficiencias en la aceptación de la guía misma, compromiso del recurso humano, desarraigo a los lineamientos existentes en el sistema de salud del país y la falta de regulación de las

políticas de salud, siendo así que no se controla o supervisa el conocimiento, apego y aplicabilidad de las guías clínicas para el manejo del paciente.

De una muestra de 103 evaluaciones de usuarios que son referidos de los distintos niveles de atención a la unidad de emergencia del Hospital "Rosales", se revelan datos que sustentan la investigación, tanto así que el panorama no es distinto en demostrar que el componente actitudinal incide grandemente en el uso adecuado de la guía clínica, así como la aplicación de las mismas en el continuo de referencia y retorno. Mientras un 77% de los evaluados tiene conocimiento de las guías una contraparte denota que el 98% de las referencias evaluadas no tiene conocimiento de planes de mejoramiento y retroalimentación para el uso de las guías mismas y esto expone una realidad en el comportamiento de las variables que incide directamente en la adherencia e importancia al realizar el trabajo acorde a los criterios establecidos en las guías clínicas.

El II nivel de atención es quien más refiere a III nivel (64 de los casos que representa el 62%), pero existe un 33% de casos evaluados que no hace uso de las guías en la práctica médica, lo que conlleva a preguntarse si se está aplicando efectivamente la guía para la referencia y retorno de usuarios. Según los datos colectados no existen mecanismos de regulación que evidencien la utilización de las guías y por ende con porcentaje de 100% se devela que no existen resultados de evaluación de la adherencia de las guías para mejorar la práctica clínica, y esta situación permite que diferentes niveles del sistema de salud tengan como consecuencia el gasto de recursos para el usuario que sufre las deficiencias de la mala coordinación de los servicios en red para la respuesta a las necesidades en salud existentes.

Efectivamente se direcciona el uso de las guías según se constata en los resultados para la evaluación del paciente, asimismo un 78% conoce las ayudas diagnósticas sugeridas por la guía, pero el 69% deja claro que no hay consonancia de la literatura actual con las ayudas diagnósticas recomendadas por la guía, por lo tanto la brecha que se genera entre conocimiento y adherencia tiene como denominador común la aplicación del contenido de la guía que lejos de intereses personales se valore el

sentido del manejo adecuado para reorientar y mejorar los procesos de atención. Un dato muy importante y con gran aporte a la contribución del estudio, lo representó el hecho que el 100% de la muestra no tuvo participación en el proceso de adaptación y adopción de las guías, y este punto deja claro los diferentes problemas recurrentes en la aceptación de las guías clínicas, donde el nivel operativo no tiene participación alguna en la estructuración de los criterios para el manejo de las principales patologías; por lo tanto no hay un consenso que permita la unificación de criterios.

Las fallas dentro del sistema de referencia y retorno siguen latentes en el personal médico operativo que evalúa y refiere a los pacientes, pero a eso se le suma con un 100% la inexistencia de la evaluación en la aplicación de las guías, donde lejos de involucrar y hacer partícipe a este recurso humano que se enfrenta diariamente con la falta de apego y arraigo de las guías, se le relega, dejando de lado que es ahí, desde el área de influencia del personal en los diferentes niveles de atención donde radica el problema de adherencia a las guías y a la estandarización de procesos en el manejo de los usuarios.

La falta de comunicación entre los distintos niveles es otro factor que los evaluados manifestaron durante las entrevistas puesto que un problema lo representa el hecho que no hay un encargado entre un nivel y otro que sirva de enlace para hacer la valoración de la referencia y retorno, haciendo difícil el trabajo en red e incidiendo en que en ocasiones no se acepta la referencia o luego de trasladarse hasta un nivel superior no había una intervención oportuna e inmediata por parte del personal de salud. Ante este hecho se aprecia la falta de cumplimiento en los lineamientos técnicos para el sistema de referencia y retorno contenido en las guías clínicas por parte del personal de salud que manifiesta que hace uso de estos conocimientos pero no los lleva a la práctica ya sea porque no los consideran importantes (32%) y en este sentido se refleja el desconocimiento de las guías (18%), la falta de uso por no estar actualizadas (8%) y al mismo tiempo el uso de criterios personales que están supeditados al uso de las guías (6%). La deficiencia en la comunicación es tal, que las referencias no siempre cumplen los criterios de llenado correcto y a esto se le suma que el paciente referido a la Unidad de Emergencia del Hospital “Rosales” no siempre

es acompañado por el personal médico que pueda abonar a la historia clínica y la situación del paciente. Es ahí donde se va develando la importancia del estudio de la adherencia de las guías clínicas, y poco a poco se va haciendo más visible las debilidades que interfieren en una interrelación efectiva con los diferentes niveles de atención y las cuales generan un impacto negativo en la confianza y credibilidad del sistema de salud para la población.

No se puede decir que se utiliza la guía clínica (67%) o que se conoce la guía clínica para el manejo de patologías (77%) cuando al mismo tiempo los resultados reflejan que los criterios de las guías para remisión de pacientes a manejo por especialistas a III nivel son utilizados casi siempre con un 40%, pocas veces 30% o en el peor de los casos que nunca son utilizados (17%).

Por otra parte, aunado a la falta de compromiso, al componente actitudinal, falta de involucramiento en la socialización de las guías y por consiguiente la falta de adherencia denotada, es imprescindible valorar que el 54% de los evaluados consideró que las guías carecen de actualizaciones y a su vez no hacen énfasis en la definición de las emergencias médicas (9%), y son esos aportes generados por el recurso humano operativo que vive la problemática en los diferentes niveles de atención las que deben ser tomadas en cuenta para valorar la creación de una reingeniería en el proceso existente, de manera que el personal se sienta involucrado en las políticas institucionales que mejorarían su trabajo profesional y a la vez la atención proporcionada a los usuarios atendidos.

Según los datos colectados, en el contenido de la guía todo es relevante (57%); un 14% opinó que no se debe incorporar ningún aspecto relevante en las mismas, sin embargo 71 evaluados que representan un 69% utiliza a criterio personal protocolos diferentes al recomendado en la guía. La respuesta es más que clara y está relacionada al mismo efecto generado por la falta de consonancia que los evaluados definieron existe entre la guía y la literatura actualizada que hace falta incorporar (69%).

En base al tratamiento prescrito para el manejo de las diferentes patologías el 75% de los evaluados lo conoce, mientras que un 99% registra la prescripción del mismo en la historia clínica. Aun cuando un 48% no acepta el tratamiento que sugiere la guía, ya sea porque no está actualizado (15%) y un 18% se abstuvo de responder; del 52% que si acepta este tratamiento, el 16% de esta parte lo considera práctico. En este punto, es inminentemente necesario la optimización de recursos institucionales, pues no se deben hacer apreciaciones sin desestimar que la prescripción debe estar en sintonía con los insumos disponibles para la atención y cobertura en el proceso sanitario.

Dentro del mismo contexto se obtuvo resultados con respecto a la ayuda de la historia clínica en la aplicación de la guía y aun cuando un 65% respaldó ese criterio un 35% no ve relevante el historial clínico del usuario para que se pueda desarrollar la guía clínica. Por otra parte, el personal de salud en su totalidad (100%) desconoce de herramientas para evaluar la adherencia a la guía y a ello se le adicionan criterios donde los evaluados manifestaron su opinión acerca de la importancia de utilizar las guías clínicas, pero rechazan las guías existentes dentro del sistema nacional de Salud al cual se debe la prestación de servicios.

Es por ello que el componente actitudinal es el elemento que juega un papel infalible en la falta de adherencia a las guías clínicas de medicina interna para la referencia y retorno de usuarios, pero sin dejar afuera los componentes agregados que como efecto dominó impactan en la mejora de los procesos con calidad en la atención. Mientras no exista regulación, seguimiento y evaluación de la adherencia a las guías y a esto se le sumen intereses personales, lucha de poderes, falta de compromiso y relego en el involucramiento del recurso humano operativo de los diferentes niveles de atención, difícilmente se logrará el cumplimiento de los objetivos del sistema de referencia y retorno de unificar criterios, estandarizar procesos y dar cobertura a las necesidades demandadas por el usuario.

Así exista la falta de un comité verificador de la puesta en marcha de las guías, la presente investigación deja en evidencia que los datos obtenidos requieren de una

participación conjunta y un trabajo estructurado donde se coordinen enlaces en red, se dé seguimiento al paciente y todas las partes involucradas en el proceso tengan definida la articulación de aquellas acciones y estrategias donde se lleve a cabo un plan y registro de educación continua, para que poco a poco se maneje un mismo lenguaje de trabajo en la red de referencia y retorno y se vayan aboliendo los problemas técnicos de referencias a un nivel superior no acordes a los lineamientos técnicos, se disminuya la insatisfacción del usuario y del mismo modo se evite la sobresaturación del III nivel en la atención de casos que no ameriten manejo ni referencia a la Unidad de Emergencia del Hospital “Rosales”.

VII. CONCLUSIONES

- 1- La utilización de las guías clínicas en la valoración de la referencia hacia el tercer nivel de atención se efectúa en mayor proporción, pero al mismo tiempo se genera una discordancia en cuanto a los criterios y el contenido de la guía.
- 2- Las guías clínicas de medicina interna son aplicadas en la práctica médica, pero ello no desestima las consideraciones existentes sobre las guías como irrelevantes y desconocidas por parte del personal de salud.
- 3- No existe evaluación de la aplicación de las guías en los establecimientos de salud y no hay una coordinación y seguimiento, donde los resultados de la aplicación y adherencia a las guías clínicas sean utilizados.
- 4- Las guías implementadas en los niveles de atención, así como en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional Rosales a criterio de los médicos resultan extensas, complejas e incluso incompatibles con los recursos institucionales.
- 5- En el manejo de pacientes el profesional encargado de la atención pone en práctica la utilización de protocolos diferentes al recomendado por la guía clínica de medicina interna para la referencia y retorno de usuarios.
- 6- La falta de participación en el proceso de adaptación y adopción de las guías clínicas genera conflictos en la aceptación, estandarización y unanimidad de criterios para el abordaje del paciente.
- 7- En el proceso de implementación de la guía la inexistencia de evaluación en su aplicabilidad limita el sistema de referencia y retorno de usuarios.
- 8- No se dispone de planes de mejoramiento y retroalimentación en los diferentes niveles de atención que motiven a la utilización de las guías.
- 9- La falta de información y el compromiso institucional y del personal, así como de criterios personales supeditados al uso obstaculiza el apego y conocimiento efectivo de la guía.
- 10- La falta de socialización de la guía, así como la ausencia de participación del recurso operativo asistencial y el desconocimiento de proceso de evaluación de este instrumento en los niveles de salud dificultan el trabajo en red.

VIII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud (MINSAL)

- 1- Como ente garante de la aplicación de las Guías, gestionar la evaluación a través de un comité que dé continuidad, supervise, monitoree y controle la implementación y se establezcan funciones interinstitucionales a microsistemas de trabajo en cada nivel, para la socialización y acceso a la utilización de las guías y el trabajo en red.
- 2- Redefinición de las Guías, que sean aplicables y tengan validez adaptada a los recursos según el nivel de atención, mejorando el contenido para el personal de salud involucrado, facilidad en su utilización y la información pertinente en relación a la estandarización del manejo de los usuarios.
- 3- Con el fin de crear unanimidad en los criterios contenidos en la Guía Clínica de Medicina Interna, acercar al personal operativo asistencial en la incorporación de sugerencias, observaciones e información que enriquezca su contenido, en las ayudas diagnósticas, tratamiento farmacológico, manejo a las diferentes patologías y de esta forma generar confianza y hacer sentir al recurso parte del esfuerzo en la aplicabilidad de la guía.

A la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales”

- 4- En base a los resultados obtenidos, coordinar e integrar esfuerzos y conocimientos para definir directrices del correcto uso de la guía, de manera que su contenido sea aplicable según la complejidad que demande la atención, y no existan elementos actitudinales que se antepongan a su utilización.
- 5- Estructurar un programa de capacitación con agendamiento y evaluación continúa de forma categorizada, que permita generar un modelo de educación replicable a todos los niveles de atención, que permita mejorar la utilización y adherencia a las guías clínicas, facilitando el trabajo en red.

6- Mejorar la interrelación y coordinación entre los niveles de atención, aplicando los criterios contenidos en la guía en base a los recursos institucionales que permitan un trato oportuno y efectivo a los usuarios.

7- Evaluar la aplicación de las Guías en base a su implementación, permitiendo sugerir observaciones e incorporar información acorde a las necesidades del usuario y los recursos existentes para mejorar las expectativas en la prestación de servicios en salud.

8- Realizar promoción y capacitación que mejore la adherencia a las guías, haciendo participe a los profesionales en salud institucionales, cuya experiencia permita poner en marcha planes de acción con seguimiento y evaluación programada del contenido de la guía y alcanzar así el cumplimiento de los objetivos trazados.

Al I y II nivel de atención y el personal de salud

9- Fomentar la mejora a través del compromiso personal, para que desde cada área de influencia se integre el conocimiento para el buen uso del sistema de referencia y retorno y de este modo lograr el uso sistematizado de la guía clínica junto a elementos adicionales como la historia clínica para dar solución a errores que limitan la aplicabilidad de la guía y van en contra de la seguridad y calidad de la atención del usuario.

10- Poner en marcha programas de educación continua que permitan socializar la información de la guía y de este modo reducir el desconocimiento de la misma entre el personal asistencial, contribuyendo paulatinamente en el apego y aumento de la adherencia a los procesos y guías clínicas.

11- Fomentar la participación de las jefaturas existentes en el acercamiento y acceso a la información de los lineamientos técnicos para la referencia y retorno de usuarios, capacitando al recurso para alcanzar los objetivos de la implementación del proceso y educándolo para trabajar en equipo sin interposición de actitudes e intereses personales que obstaculizan la estandarización del manejo asistencial y del mismo modo limitan la utilización de la guía por otros protocolos.

IX. PROPUESTA TÉCNICA

PLAN DE EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE SALUD SOBRE IMPLEMENTACIÓN DE LAS GUÍAS CLÍNICAS DE MEDICINA INTERNA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN.

Introducción

La implementación de guías clínicas en la prestación de servicios de salud no es algo nuevo, pero gracias a los grandes beneficios clínicos y financieros atribuibles a su utilización su presencia es cada vez más importante en el contexto de la prestación de servicios de salud y la formación de mejores profesionales.

El proceso de creación, adopción y adaptación de las guías es bastante complejo y requiere gran compromiso por parte de todos los miembros de las organizaciones prestadoras de servicios de salud para el logro de los objetivos, eso sin contar los costos que genera, los cuales son bastante importantes y en algún momento podrían convertirse en un obstáculo en el proceso.

No obstante todos los beneficios atribuibles a el manejo estandarizado de una patología específica mediante una guía clínica, muchos profesionales se abstienen de utilizarlas argumentados diferentes razones, una de las más comunes es el desconocimiento que se produce tras un proceso no adecuado en el diseño o socialización de las guías, o simplemente un desinterés del personal médico motivado por aspectos dogmáticos adquiridos en el periodo de formación, estas dificultades en la implementación se ha transformado en una de las principales preocupaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud, que hacen grandes inversiones en la implementación de estos procesos.

Es el principal objetivo de la institución en cuanto a este proceso el logro de altos estándares de aplicabilidad de las guías, en pro del incremento en la calidad de los servicios prestados a la comunidad y la optimización de recursos institucionales, para esto consideran necesario implementar un complejo proceso, que se pretende iniciar a través de un diagnóstico de las causas por las cuales un alto porcentaje del personal

asistencial no ha implementado correctamente el uso de las guías institucionales en su práctica clínica.

Es a partir del conocimiento de la guía que se valora la utilización, permitiendo entonces que los procesos de trabajo se desarrollen de forma secuencial disponiendo de criterios de referencia en base a los lineamientos contenidos en las guías para direccionar efectivamente desde I y II nivel de atención a un tercer nivel acorde a la necesidad del usuario, para que finalmente todo el manejo de la referencia sea óptimo y se evite contratiempos de sobrecargar la demanda de otro centro, así como generar al usuario inconvenientes de ir y retornar de un nivel de atención a otro, generando descontento e insatisfacción del paciente.

En la búsqueda de la mejora continua de la prestación de servicios, las instituciones que velan por la seguridad, salud y calidad de la atención, deben basar sus estrategias en dar respuesta oportuna a las necesidades de todos aquellos usuarios que finalmente aportan una evaluación a todo el proceso de atención. Bajo esta premisa, las acciones de proyección hacia la satisfacción del usuario deben llevar implícito el contenido humanitario y educativo y que se vea traducido en resultados que partan de la evaluación de la estructura, organización y procesos que mejoran las herramientas de trabajo y por ende se obtengan beneficios para la población.

Partiendo de la evaluación a la adherencia de las guías clínicas de medicina interna en el sistema de referencia y retorno, el Hospital Nacional "Rosales" como institución de tercer nivel, se ve inminente afectada por los efectos del desconocimiento, desinformación y poca, escasa o nula utilización de las guías por el primer y segundo nivel de atención. Por ello, resulta imprescindible el desarrollo y puesta en marcha de un plan de educación continua que actualice, capacite, informe, profesionalice la atención y al mismo tiempo conlleve a una transformación dinámica de la adecuada implementación de procesos, procedimientos, lineamientos y/o guías para la generación competitiva de servicios con calidad en pro de las necesidades de los usuarios.

Esta redefinición de acciones educativas, tienen su eje central en el personal de la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional “Rosales” quienes a pesar de ser los que enfrentan los efectos de la mala utilización o falta de apego a las guías clínicas por los niveles de atención restantes, también no están exentos de problemas organizacionales internos y deshumanización en el trato del paciente, quien finalmente sufre las consecuencias del mal manejo de su situación de salud en el nivel de atención correspondiente, enfrentando largos tiempos de atención, estancia prolongada de días y semanas en la emergencia hospitalaria o el retorno a otro centro asistencial generando descontento en el usuario. Ante este hecho, el personal de salud de la emergencia hospitalaria debe tener presente un entrenamiento, socialización y/o retroalimentación de las guías clínicas de medicina interna, de tal modo que con un personal debidamente informado se pueda extender e implementar la planeación-educación continua al primer y segundo nivel de atención, logrando así hacer efectivo un trabajo categorizado y acorde a los lineamientos establecidos en las guías de manejo al usuario dentro del sistema de referencia y retorno.

Fortaleciendo los conocimientos y mejorando el dinamismo en el accionar de una estrategia de educación continua, se prevé que se reivindique el compromiso, empoderamiento del personal y la calidad de la atención mejore, dando continuidad a la situación de salud del usuario desde el área de influencia; así, solo así se puede dinamizar y reintegrar conocimientos que hagan efectiva la estructuración del plan educativo.

Justificación

La adherencia o la implementación adecuada de las guías permite ver la aceptación que tienen los profesionales en salud frente al manejo estandarizado de una patología, rompiendo paradigmas concebidos durante su periodo de formación, una correcta adherencia es el reflejo de un proceso debidamente diseñado, estandarizado y que permita ser medido y de esta medición establecer indicadores de gestión. Se describen barreras a la implementación relacionadas con las actitudes, entre las que destacan situaciones como falta de acuerdo con las guías en general, la ausencia de

expectativas sobre el resultado final, la falta de confianza en la capacidad de llevarlas a cabo, los hábitos y las rutinas o la propia experiencia acumulada puede ser factores de incumplimiento.

Por otra parte, los principales conflictos acaecidos en el Hospital Rosales no son estrictamente originados en dicho nosocomio, puesto que la insatisfacción manifestada por el usuario, solo enmascara la raíz de las debilidades latentes en el sistema de atención que además comprende el primer y segundo nivel. Las medidas educativas y apego a las guías clínicas son necesarias en la Unidad de Emergencia del Hospital Rosales, pues solo de esta forma se puede precisar con exactitud el compromiso y conocimiento del personal en su aplicación y a la vez extrapolando la realidad del personal de salud de dicho centro de tercer nivel se obtiene un resultado en igualdad de condiciones con el primer y segundo nivel de atención, donde las condiciones de adherencia a las guías en la referencia y retorno son básicamente nulas.

Considerando necesario establecer y desarrollar un plan de educación continua en la adherencia a las guías clínicas de medicina interna, se espera estructurar medidas alternativas que redefinan el accionar profesional en la prestación de servicios y con ello se trabaje acorde a los lineamientos estandarizados para el adecuado manejo de los usuarios, de tal forma que el paciente sea beneficiado con atención de calidad y oportuna acorde a su problema y al mismo tiempo se genere un impacto benéfico en la optimización de recursos, costos y cobertura a más usuarios que requieran de abordaje en el sistema público de salud de El Salvador.

Siendo que la educación continua juega un papel de suma importancia en la actualización de conocimientos, se vuelve fundamental para que tanto el recurso humano y los servicios ofertados sean más eficientes y redefinan competencias para el desarrollo de habilidades o estrategias garantes de calidad en la atención.

Es así, como el plan de educación continua generará beneficios para el sistema de atención, ya que, al integrar las guías clínicas, conocimiento y proceder profesional se producirá un mejor desempeño laboral con educación al usuario y al mismo tiempo se

dará un avance a la reforma en salud con mayor cobertura y abordaje idóneo acorde a las necesidades demandadas. A la vez, el personal de salud de la unidad de emergencia del Hospital “Rosales” retroalimentará información que haga más ágil la atención de casos que ameriten manejo de tercer nivel, logrando así reducir los casos que no deben ser atendidos en el nosocomio; y finalmente el usuario obtendrá resultados favorables en una respuesta a sus necesidades en el nivel respectivo a su situación de salud, sin tener que deambular de un centro asistencial a otro por falta de conocimiento y adherencia a las guías clínicas de medicina interna.

Objetivos:

General

Estructurar un plan de educación continua atendiendo la actualización profesional del personal de salud, y reintegrando la información en la oportuna implementación de las guías clínicas de medicina interna a los diferentes niveles de atención en la referencia y retorno de usuarios.

Específicos:

1. Socializar conocimientos con el personal de salud acorde a la idónea implementación de la guía clínica de medicina interna.
2. Concientizar en la importancia de la adherencia a la guía clínica de medicina interna en el proceso de atención categorizado según las necesidades demandadas por el usuario.
3. Facilitar a través de la educación-información medidas estratégicas que puedan ser implementadas en primer y segundo nivel de atención, unificando criterios para el uso del sistema referencia y retorno.

Dirigido a:

Todo el personal médico del área de Medicina Interna del Hospital Nacional Rosales, Médicos Residentes de Medicina Interna y personal médico de la RIISS.

Ejes de implementación:

Niveles estructurales:

1. Personal médico: se capacitará al personal médico de área de Emergencias de Medicina Interna y posteriormente al personal médico del RIISS. Manejo estandarizado y actualizado por parte de todo el personal de salud según el nivel de atención, a través de capacitaciones continuas.
2. Educación: Programa educativo con capacitaciones continuas sobre el contenido y el buen uso de las Guías de práctica clínica de Medicina Interna en todos los niveles de atención.
3. Monitoreo de la adherencia: mantener una vigilancia sobre el monitoreo de la adherencia a las Guías Clínicas a nivel institucional.

Implementación:

Etapas:

1. Inicio: se procederá a crear un equipo multidisciplinario ya que el hospital tiene disponibilidad local de especialistas y subespecialistas en las diferentes áreas, para impartir las capacitaciones a todo el personal. Formación docente y mejorando condiciones educativas para la realización de las capacitaciones.
2. Capacitaciones: se capacitará al personal de los diferentes niveles del sistema de salud, se tendrá un registro de asistencia a las capacitaciones por personal de dichos niveles.
3. Supervisión: la supervisión se realizará de forma interna, por parte del personal de la unidad u hospital donde se realiza las actividades. Y es importante el monitoreo de la replicación de los datos al resto del personal, por parte del personal capacitado.
4. Evaluación de adherencia: se evaluará trimestralmente la adherencia a las Guías de práctica clínica de Medicina Interna.

Componentes:

1. Unidad de Emergencias del Hospital Nacional Rosales
2. Unidad Formadora de Profesionales
3. Departamento de Trabajo Social
4. Departamento de Medicina Interna de Hospital Nacional Rosales
5. RIISS
6. Ministerio de Salud

Actividades a desarrollar:

- a. Equipos de trabajo: Personal de salud que desarrollará el programa de capacitaciones continuas, se seleccionará de forma multidisciplinaria.
- b. Selección de pacientes: Se tendrá como prioridad el personal médico del área de emergencias del Hospital Nacional Rosales, luego se irán capacitando por periodos en los otros establecimientos de las RIISS.
- c. Monitoreo del cumplimiento: se evaluará la cantidad de charlas impartidas, así como la asistencia a las capacitaciones, se espera obtener mayor grado de adherencia a las guías clínicas. Y continuar con las capacitaciones y educación continua en los diferentes niveles de atención como proyecto de mejora.

Control del proceso:

1. Capacitaciones: se capacitará al personal de los diferentes niveles del sistema de salud, para la mejor utilización de las Guías de práctica clínica de medicina Interna, con énfasis en el diagnóstico, tratamiento y los criterios de referencia y retorno. Se tendrá un registro de asistencia a las capacitaciones por personal de dichos niveles.
2. Supervisión: la supervisión se realizará de forma interna y externa. Interna por parte del personal de la unidad u hospital donde se realiza las actividades y la forma externa por parte del personal supervisor del nivel central.

3. Evaluación de adherencia: se evaluará trimestralmente la adherencia a las Guías de práctica clínica de Medicina Interna en todos los niveles de atención.
4. Evaluación periódica de las guías clínicas: evaluación semestral de las actualizaciones y funciones de las guías como protocolo y lineamiento en la mejora en la calidad de atención clínica.

Estrategias de la propuesta:

1. Gestión clínica: elaboración de un programa de educación continua en el cual intervengan las subespecialidades.
2. Plan educativo: selección de temas y contenidos a desarrollar, elaboración de plan de capacitaciones, ejecución de las actividades educativas, capacitación continua en los diferentes centros de atención.
3. Revisión y actualización de guías clínicas: evaluar continuamente las actualizaciones, revisiones y nuevas guías clínicas internacionales, para la pronta actualización de nuestras guías.
4. Monitoreo y evaluación: del programa educativo, monitorizando internamente la realización, el contenido y la asistencia a las capacitaciones a nivel institucional.
5. Monitoreo de la adherencia: evaluación periódica de la implementación y la adherencia a las guías clínicas a nivel local.

Resultados esperados:

1. Implementación de las guías clínicas en la consulta diaria de la unidad de emergencias.
2. Adherencia de las guías clínicas para la valoración de la referencia, retorno e interconsulta en los diferentes niveles de atención.
3. Fortalecimiento de las capacidades al personal de salud en los procesos y diagnósticos clínicos protocolizados.
4. Mejorar el enfoque y la opinión médicas hacia las guías clínicas.
5. Actualizaciones oportunas según nuevos estudios clínicos.

Cuadro de mando:

Problema detectado	Causa	Objetivo	Meta	Resultado esperado	Actividades para la solución	Fecha de cumplimiento	Responsable
Sobredemanda en Referencias e interconsultas de los primeros niveles de atención hacia el Hospital Nacional Rosales sin criterios de referencia a Unidad de Emergencias	Falta de socialización de Guías Clínicas de Medicina Interna en los primeros niveles de atención.	Mejorar la evaluación y manejo del paciente en los primeros niveles de atención.	Capacitar al 75% del personal médico	Disminuir la cantidad de referencias inoportunas y no pertinentes al tercer nivel	Realización de charlas y capacitaciones por UFP para capacitación al personal de salud en los primeros niveles de atención	De enero de 2016 a diciembre 2016	Coordinadores del proyecto: Dra. Leyla Burgos Lic. Valladares Jefe de Unidad de Emergencias Dr. Jaime Sánchez. Coordinador de UFP Dr. Carlos Rivas Coordinador RIISS
		Disminuir las referencias e interconsultas que pueden manejarse en el segundo y primer nivel de atención	Capacitar al 75% del personal médico	Disminución de la sobredemanda de referencias de los primeros niveles hacia el Hospital Nacional Rosales	Realización de charlas y capacitaciones por UFP para capacitación al personal de salud en los primeros niveles de atención	De enero de 2016 a diciembre 2016	
	Poca información orientación y educación del personal médico sobre la utilización óptima y racional del servicio referencia y retorno de urgencias hospitalarios.	Orientar el manejo organizacional de los protocolos y guías clínicas de atención como parte de los requisitos de conocimiento para el personal existente en la unidad de emergencia	Capacitar al 75% del personal	Integrar la información bajo un mismo lenguaje estandarizado de criterios, en la implementación de la guía clínica de medicina interna	Capacitar y retroalimentar sobre la estructuración del sistema de salud del país, y los casos abordados según cada nivel de atención, permitiendo así concientizar e informar al recurso profesional	De enero de 2016 a diciembre 2016	
		Poca orientación de los usuarios de sistema de salud	Orientar a los usuarios sobre la buena utilización de los sistemas de salud	Capacitar al 60% de los usuarios que consultan a la unidad de emergencias del hospital nacional rosales	Concientizar a la población de la buena utilización de los servicios de urgencias	Realización de charlas por el personal de trabajo social hacia los pacientes para reorientar y educarlos sobre las patologías atendidas en este centro.	De enero de 2016 a diciembre 2016

X. BIBLIOGRAFIA

1. Bonfill Xavier, Cabello Juan. La medicina basada en la evidencia. Rev. Esp 1997; 50:819-825
2. Código de Salud de El Salvador. Decreto 995. Diario Oficial 86. Mayo 1988. El Salvador
3. Constitución Política de La Republica de El Salvador. Diario Oficial Tomo 281, Diciembre 1983. El Salvador
4. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992 Nov 4; 268(17):2420-5
5. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-5.
6. Field MJ, Kathleen N. Guidelines for clinical practice from development to use. Washington D.C, 1992.
7. Guías Clínicas de Medicina Interna, Edición Ministerio de Salud – Viceministerio de Políticas de Salud, febrero 2012. El Salvador
8. Guyatt GH. Evidence-based medicine ACP J Club 1991;112 (supl 2): A16.
9. Jovell AJ. Metodología de diseño de guías de práctica clínica. Mapfre Med. 1999; 10 (supl III): 29-31.
10. Ley De Creación Del Sistema Nacional De Salud De El Salvador. Decreto 442. Diario Oficial 214. Noviembre 2007. El Salvador.
11. Ley del Sistema Básico de Salud Integral de El Salvador. Decreto 775. Diario Oficial 161. Noviembre 2005. El Salvador.
12. Lineamientos Técnicos para Categorización y Prestación de Servicios Hospitalarios. Ministerio de Salud de El Salvador. San Salvador, Diciembre 2012. El Salvador

13. L. M. Junquera, J. Balandrón. Medicina basada en la evidencia (MBE). Ventajas. Rev. Esp. Cirug Oral y Maxilofac 203;25:265-272
14. Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. Washington D.C. National Academy Press, 1992
15. Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional Rosales. Ministerio de Salud Pública, San Salvador, Diciembre 2013. El Salvador.
16. M. GC. ¿Qué son las GPC? Diferencias con protocolos, algoritmos y vías clínicas. Málaga: Universidad de Málaga; 2003. P 35-46
17. Moreno, E. y col. Aspectos conceptuales de la Calidad de atención en salud. En Calidad y cobertura de la atención primaria: Aporte metodológico para su evaluación. Ed Artes gráficas Crivelli. Tucumán. Segunda edición. Pag 21-22; 2004.
18. M. Vega-de Céniga, N. Allegue-Alluegue, Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. Angiología 2009; 6 (1): 29-34.
19. Overview of the Health Information Research Unit. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics. McMaster University Faculty of Health Sciences, Marzo 1996.
20. Plan Operativo Anual Hospital Nacional Rosales, 2013. El Salvador
21. Política Nacional de Salud 2009-2014. Construyendo la Esperanza. Decreto 126. Diario Oficial 33. Febrero 2010. El Salvador
22. Propuesta de estructura de la red integral e integrada de servicios de salud (RIISS) del Ministerio de Salud Pública. OPS 2010.
23. Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Decreto 55. Diario Oficial 110. Junio 1996. El Salvador
24. Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo. Decreto 24, Diario Oficial 70. Abril 1989. El Salvador

PAGINAS WEB.

25. Bravo R. Medicina basada en pruebas. [internet] 1997 [citado 16 agosto 2015]; LIII (1218): 71-72. Disponible en: www.infodoctor.org/rafabravo/mbe2.htm

26. Dr. Viera Valdés, Brandy y otros. Evaluación de guías de buenas prácticas clínicas para diagnóstico y tratamiento del infarto miocárdico agudo. [internet] 1997 [citado 29 julio 2015]. Disponible en:

<http://www.uninet.edu/cimc2001/comunicaciones/MIraola/MIraola2>

27. Gómez J. Implementación de guía clínicas. Revista española de cardiología online. [internet] 2000 [citado el 27 julio 2015]. Disponible en:

www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?piden

28. Hernández Rodríguez, A. Las guías clínicas en la atención médica. [internet] 2004 [citado el 27 julio 2015]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/ort/vol22_2_08/ort06208.htm

29. Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Consorcio AGREE. [internet] mayo 2009 [citado el 28 julio 2015]. Disponible en:

www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II

30. Oviedo M. Fundamentos de las guías clínicas basadas en la evidencia. [internet] 2003 [citado el 02 agosto 2015]. Disponible en:

www.imss.gob.mx/dpmedicas/guuiasclinicas/marcoconceptual.html

31. Red iberoamericana sobre guías de práctica clínica y mejora de la calidad de la atención sanitaria. [internet] 2007 [citado el 02 agosto 2015]. Disponible en: http://213.97.128.188:8080/iberoamericanagpc/DOCUMENTO%20MARCO_IBEROAMERICANA_ESPA.pdf

32. The AGREE Collaboration. Appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) Instrument.[internet] 2001. [citado 30 julio 2015]. www.agreecollaboration.org

ANEXOS

Anexo 1

Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Gestión Hospitalaria.

ENCUESTA SOBRE NIVEL DE ADHERENCIA A LAS GUIAS CLINICAS DE MEDICINA INTERNA

El presente instrumento está diseñado para acercarnos a la Adherencia a Guías Clínicas de Medicina Interna presentadas en la institución, su participación es de gran importancia para la investigación y la institución. Información será utilizada únicamente con fines académicos.

Muchas gracias por su colaboración.

Fecha de llenado del Instrumento: _____

1. Nivel de atención evaluado:

Primer nivel Segundo nivel Tercer nivel HNR Otro

2. Utiliza las Guías clínicas para la valoración de la referencia y retorno de los pacientes hacia el área de Emergencias del HNR:

Si No

3. ¿Conoce las Guías Clínicas de Medicina Interna utilizadas en el Hospital Nacional “Rosales” para el tratamiento de las principales patologías?

Si No

4. ¿Participo del proceso de adaptación y adopción de las Guías Clínicas de Medicina Interna?

Si No ¿Cómo?: _____

5. ¿Le parece importante la aplicación de las guías en su práctica médica?

Si No ¿Por qué?: _____

6. ¿Le parece que las guías adoptadas fueron diseñadas de acuerdo a los recursos que posee la institución?

Si No

7. ¿En su práctica médica aplica las guías de tratamiento?

Si No

8. ¿La aplicación de las guías le ha sido evaluada?

Si No

9. ¿Conoce la herramienta con la cual se evalúa la adherencia a guías?

Si No

10. ¿Conoce usted de planes de mejoramiento y retroalimentación implementados por la institución para promover la adherencia a las guías?

Si No

11. ¿Ha utilizado los resultados de la evaluación de la adherencia a guías en el mejoramiento de su práctica clínica personal?

Si No

12. ¿Tiene en cuenta el contenido de las guías para direccionar el orden de la anamnesis que se le hace al paciente?

Si No

13. ¿Deja registro en la Historia Clínica del proceso de anamnesis?

Si No

14. ¿Conoce las ayudas diagnosticas específicas recomendadas en la guía para las diferentes patologías?

Si No

15. ¿Las ayudas diagnosticas recomendadas en las guías están en consonancia con la literatura actualizada?

Si No

16. ¿Conoce el manejo farmacológico específico recomendado en las guías para las diferentes patologías?

Si No

17. ¿Está de acuerdo con este manejo farmacológico?

Si No ¿Por qué? _____

18. ¿Deja registro detallado en la Historia Clínica del tratamiento prescrito?

Si No

19. ¿Para hacer las remisiones de los pacientes a manejo por especialista sigue los criterios recomendados por la guía?

Siempre Casisiempre Pocas veces Nunca

20. ¿Qué aspectos clínicos que no están considerados en la guía le parece deberían ser incluidos en esta?

21. ¿Qué aspectos clínicos cree usted que carecen de relevancia en las guías de práctica clínica?

22. ¿Utiliza protocolos diferentes al recomendado en la guía clínica para el manejo de los pacientes?

Si No

23. ¿Considera que la guía de práctica clínica puede desarrollarse en el tiempo de consulta?

Si No

24. ¿La historia clínica le ayuda para la aplicación de la guía?

Si No

Gracias por su tiempo.

Anexo 2:

TABLA 1 - Distribución sobre el conocimiento de las guías clínicas utilizadas para el tratamiento de principales patologías.

Conocimiento de las guías para el tratamiento de patologías	Frecuencia	Porcentaje
SI	79	77%
NO	24	23%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 2- Distribución en base a la utilización de guías clínicas.

Utilización de las guías para la valoración de la referencia y retorno	Frecuencia	Porcentaje
SI	69	.67%
NO	34	33%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 3 - Distribución de la adopción de las guías acorde a recursos institucionales.

Diseño de guías de acuerdo a recursos institucionales	Frecuencia	Porcentaje
SI	62	60%
NO	41	40%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 4- Distribución del nivel de atención evaluado que refiere a pacientes.

Nivel de atención	Frecuencia	Porcentaje
I nivel	12	12%
II nivel	64	62%
III nivel	7	7%
HNR	20	19%
Otros	0	0%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre del 2015.

TABLA 5 - Distribución sobre la aplicación de las guías de tratamiento en la práctica médica.

Aplicación de guías en práctica médica	Frecuencia	Porcentaje
SI	70	68%
NO	33	32%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre del 2015.

TABLA 6 - Distribución en la utilización de resultados de la evaluación de la adherencia a las guías en el mejoramiento de la práctica clínica.

Utilización de resultados de la evaluación de la adherencia de las guías en la práctica clínica	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0%
NO	103	100%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre del 2015.

TABLA 7 - Distribución sobre el uso del contenido de las guías para direccionar el orden de la anamnesis del paciente.

Consideración de la guía para direccionar la anamnesis del paciente	Frecuencia	Porcentaje
SI	64	62%
NO	39	38%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre del 2015.

TABLA 8 - Distribución del registro en la historia clínica del proceso de anamnesis.

Registro en el historial clínico del proceso de anamnesis	Frecuencia	Porcentaje
SI	84	82%
NO	19	18%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre del 2015.

TABLA 9 - Distribución del conocimiento de ayudas diagnósticas específicas recomendadas en la guía para las diferentes patologías.

Conocimiento de ayudas diagnosticas sugeridas por las guías para las diferentes patologías	Frecuencia	Porcentaje
SI	80	78%
NO	23	22%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre del 2015.

TABLA 10 - Distribución del registro de tratamiento prescrito en historia clínica.

Registro de tratamiento en historia clínica	Frecuencia	Porcentaje
SI	102	99%
NO	1	1%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 11 - Distribución de los aspectos clínicos carentes de relevancia en las guías.

Aspectos clínicos carentes de relevancia en la guía	Frecuencia	Porcentaje
* Tomar en cuenta los recursos	1	1%
* No conoce las guías	12	12%
* No responde	17	16%
* Todo es relevante	59	57%
* Cuadros fisiopatológicos	2	2%
* Ninguno	12	12%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 12 - Distribución en base a la importancia de la aplicación de las guías en la práctica médica.

Importancia de la aplicación de las guías en la práctica médica					
	Fr	%	¿Por qué?	Frecuencia	Porcentaje
SI	71	68%	Disminuyen demandas por negligencia	19	18%
			No responde	7	7%
			Ayuda en diagnóstico y tratamiento eficaz	17	16%
			Manejo estandarizado de pacientes	16	15%
			Disminuyen errores	9	9%
			Estandarizan criterios clínicos médicos	3	3%
NO	32	32%	Se desconocen las guías	18	18%
			No están actualizadas	8	8%
			Existen otros criterios supeditados a las guías	6	6%
TOTAL	103	100%	TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 13 - Distribución referente a la consonancia de la literatura actualizada con las ayudas diagnósticas recomendadas en las guías.

Consonancia de la literatura con las ayudas diagnosticas de las guías	Frecuencia	Porcentaje
SI	32	31%
NO	71	69%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 14 - Distribución en base a la aceptación de manejo farmacológico sugerido por la guía.

Aceptación de manejo farmacológico sugerido por la guía clínica					
	Fr	%	¿Por qué?	Frecuencia	Porcentaje
SI	53	52%	Es práctico	17	16%
			No responde	9	9%
			El tratamiento está completo	8	8%
			El tratamiento está definido adecuadamente	10	10%
			Ayuda a evitar errores	6	6%
			Estandariza procesos	3	3%
NO	50	48%	No está actualizado	16	15%
			No especifica	19	18%
			No se conocen las guías	11	11%
			Se necesitan cambios y actualización	4	4%
TOTAL	103	100%	TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre del 2015.

TABLA 15 - Distribución en la utilización de criterios de las guías para remisión de pacientes a manejo por especialistas.

Criterios de las guías utilizadas para remitir pacientes a especialista	Frecuencia	Porcentaje
SIEMPRE	13	13%
CASI SIEMPRE	41	40%
POCAS VECES	31	30%
NUNCA	18	17%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre del 2015.

TABLA 16 - Distribución de los criterios o aspectos no considerados en las guías y que deberían ser incorporados.

Aspectos no considerados en las guías y que deberían ser incorporados	Frecuencia	Porcentaje
* Actualizaciones	56	54%
* Ninguno	15	14%
* Interrelación con distintos niveles	2	2%
* Seguimiento de paciente	7	7%
* Todo está incluido	4	4%
* Énfasis de emergencias médicas	9	9%
* No conoce las guías	5	5%
* No responde	5	5%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 17- Distribución de la Utilización de protocolos diferentes al recomendado en la guía para el manejo de pacientes.

Utilización de protocolos diferentes al recomendado en la guía para el manejo de pacientes	Frecuencia	Porcentaje
SI	71	69%
NO	32	31%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 18 - Distribución acerca de la participación en el proceso de adaptación y adopción de las guías clínicas.

Participación en adaptación y adopción de guías					
	Fr	%	¿Cómo?	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0%	---	---	---
NO	103	100%	---	---	---
TOTAL	103	100%	---	---	---

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 19 - Distribución basada en la evaluación de la aplicación de las guías.

Evaluación de las guías	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0%
NO	103	100%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 20 - Distribución sobre el conocimiento de la herramienta para evaluar la adherencia a las guías.

Conocimiento de herramienta para evaluar guías	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0%
NO	103	100%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 21 - Distribución en base al conocimiento de planes de mejoramiento y retroalimentación implementados por la institución para promover uso de las guías.

Conocimiento de planes de mejoramiento y retroalimentación de guías	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	2%
NO	101	98%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 22 - Distribución sobre el conocimiento de manejo farmacológico específico recomendado en la guía para las diferentes patologías.

Conocimiento de manejo farmacológico sugerido por las guías	Frecuencia	Porcentaje
SI	77	75%
NO	26	25%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 23 - Distribución basada en el desarrollo de la guía en el tiempo de consulta.

Desarrollo de la guía en tiempo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
SI	77	75%
NO	26	25%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional "Rosales", julio a diciembre del 2015.

TABLA 24 - Distribución en base a la ayuda de la historia clínica para la aplicación de la guía.

Ayuda de la historia clínica utilizada para aplicar la guía	Frecuencia	Porcentaje
SI	67	65%
NO	36	35%
TOTAL	103	100%

Fuente: Encuesta a usuarios externos referidos de otros niveles de atención al Hospital Nacional “Rosales”, julio a diciembre del 2015.

Anexo 3

Formula de la Muestra:

Se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q)}$$

Nivel de Confianza (Z): 1.95

Probabilidad de éxito (P): 50%

Probabilidad de Fracaso (Q): 50%

Universo (N): 140 pacientes

Error (e): 5%

Tamaño de muestra (n): ?

$$n = \frac{(1.95)^2(0.5)(0.5)(140)}{(140-1)(0.05)^2 + (1.95)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.085)(0.5)(0.5)(140)}{(139)(0.0025) + (3.8025)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{133.0875}{(0.3475) + (0.950625)}$$

$$n = \frac{133.0875}{1.298125}$$

n = 103

Para una población de 140 referencias mensuales, con un índice de confianza de 95% y de error muestral del 5%, la muestra es de 103 referencias.

Anexo 4

GLOSARIO:

1. Adherencia: ceñirse o apegarse a un referente. Aceptación frente al manejo estandarizado.
2. Accesibilidad: posibilidad de ser atendidos por los servicios.
3. Calidad de atención de la salud: es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.
4. Efectividad: conseguir mejoras en la salud mejorando el impacto de la morbilidad sobre una población definida.
5. Eficacia: es la capacidad de la ciencia y la tecnología para lograr un resultado favorable en casos individuales, con independencia de los recursos o insumos necesarios.
6. Eficiencia: consiste en la medición del grado en que se puede alcanzar un nivel determinado de efectividad con un costo mínimo de personal, de recursos y fondos.
7. Estándar: lo que es establecido por la autoridad, la costumbre o el consentimiento general, en este sentido se utiliza como sinónimo de norma.
8. Estudios descriptivos: están dirigidos a determinar como es y cómo está la situación de las variables que deberán estudiarse en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno, en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno.
8. Implementación: puesta en marcha de un proceso o procedimiento adoptado para la institución.
9. Guía clínica: conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas.
10. Medicina Basada en la Evidencia: tendencia global en la prestación de los servicios de salud, surgido en el año 1992, que propone una actualización constante por parte del personal de salud permitiéndole un acceso a la información más actualizada sobre

los diferentes aspectos de la práctica médica, con el fin de lograr un incremento en la eficacia del diagnóstico, tratamiento y recuperación de pacientes.

11. Proceso: es un conjunto de actividades o eventos que se realizan o suceden con un determinado fin.

12. Protocolo clínico: conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico, o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud.

13. Referencia: es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

14. Retorno: es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

15. Servicios de Salud: son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria; sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

16. Sistematización: proceso constante y aditivo de elaboración de conocimiento luego de la experiencia en una realidad específica.

17. Socialización: es el proceso mediante el cual el ser humano aprende, integra y adapta.

18. Usuario: son los que reciben el producto o servicio resultante de un proceso. Pueden ser usuarios internos o externos.

19. Variabilidad: refiere a lo que varía, cambia o se modifica.