



SISTEMATIZACIÓN DE LOS TALLERES DE INTERCAMBIO CRUZADO ENTRE HOSPITALES

Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local

Orden de Trabajo1, USAID Integrated Health Systems
IDIQ

Septiembre 2021

Este documento fue elaborado para su revisión por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparado por el Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local bajo el IDIQ de Sistemas Integrados de Salud de USAID.

Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS, siglas en inglés)

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de Sistemas Integrados de Salud de USAID ayuda a los países de ingresos bajos y medianos a hacer la transición a sistemas de salud sostenibles y autofinanciados como un medio para apoyar la cobertura universal de salud. El proyecto trabaja con países socios y partes interesadas locales para reducir las barreras financieras a la atención y el tratamiento, garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para todas las personas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Liderado por Abt Associates, el proyecto de cinco años y \$ 209 millones desarrollará la capacidad local para mantener un sólido desempeño del sistema de salud, apoyando a los países en su camino hacia la autosuficiencia y la prosperidad.

Submitted to: Scott Stewart, COR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

USAID Contract No: 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

Recommended Citation: The Local Health System Sustainability Project (LHSS) under the USAID Integrated Health Systems IDIQ. Septiembre 2021. *Sistematización de los Talleres de Intercambio Cruzado entre Hospitales*. Rockville, MD: Abt Associates.

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO.....	6
1. DISEÑO Y organización DE LOS TALLERES DE INTERCAMBIO	10
1.1 Diseño y organización.....	10
1.2 Hospitales seleccionados	10
2. METODOLOGÍA	13
2.1 Preparación de la información.....	13
2.2 Recolección de información.....	13
2.3 presentación.....	14
2.4 Validación.....	14
3. RESULTADOS DE LOS TALLERES DE INTERCAMBIO	15
3.1 Acompañamiento a los hospitales.....	15
3.2 Resultados globales.....	16
3.2.1 Datos estadísticos.....	16
3.3 Mecanismos de lesión multiorgánica, diagnóstico, estrategias de manejo y recomendaciones de práctica clínica en pacientes con COVID 19 en UCI.....	19
3.3.1 Presentación aspectos de Fisiopatología COVID 19.....	19
3.3.2 Presentación de Caso clínico.....	20
3.4 Análisis de consenso en el uso de las recomendaciones de practica clínica para el manejo de pacientes con COVID 19 severo en UCI.....	22
3.5 Adherencia a guías.....	23
3.6 Resultados esperados y obtenidos en los talleres de intercambio cruzado.....	30
4. CONCLUSIONES	32
4.1 Recomendaciones de practica clínica	32
4.2 Adherencia en la aplicación de las recomendaciones.....	32
4.3 Aprendizajes mas significativos	33
4.4 Cambios en la práctica clínica.....	33
5. RECOMENDACIONES	34
ANEXO I. PRESENTACIONES DE LOS HOSPITALES PARTICIPANTES EN EL INTERCAMBIO CRUZADO.....	35

Lista de tablas

Tabla 1. Puntajes obtenidos por Hospital	11
Tabla 2. Lista de hospitales seleccionados	11
Tabla 2. Estadística general. Talleres de intercambio cruzado	17
Tabla 3. Consolidado datos casos clínicos	21
Tabla 4. Adherencia a guías. Talleres de intercambio	24
Tabla 5. Resultados obtenidos vs esperados	31

Lista de figuras

Figura 1. Pacientes COVID 19 atendidos vs mortalidad	18
Figura 2. Ventiladores en UCI	19
Figura 3. Porcentaje de adherencia según hospital.....	25
Figura 4. Adherencia a guías por ítem.....	26
Figura 5. Porcentaje de adherencia en Diagnóstico.....	26
Figura 6. Porcentaje de adherencia en el tratamiento.....	27
Figura 7. Porcentaje de adherencia en el seguimiento a complicaciones	28
Figura 8. Porcentaje de adherencia en el criterio de severidad	28
Figura 9. Porcentaje de adherencia en el dispositivo de oxigenoterapia	29
Figura 10. Relación mortalidad por COVID 19 y porcentaje de adherencia	29
Figura 11. Relación entre el número de pacientes atendidos y el porcentaje de adherencia a las guías	30

ACRÓNIMOS

IDSA/ATS	Diseases Society of America/American Thoracic Society
APACHE II	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
CURB – 65	Confusion, Urea level, Respiratory rate, Blood pressure & age ≥65
LHSS	Local Health System Sustainability
NEWS	National Early Warning Score, United Kingdom
qSOFA	Quick Sequential Organ Failure Assessment
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome,
SNS	Servicio Nacional de Salud
UCI	Unidad de Cuidado Intensivo
USAID	United States Agency for International Development

RESUMEN EJECUTIVO

Los talleres de intercambio se organizaron con la finalidad de facilitar el aprendizaje cruzado entre los hospitales que participaron en la fase 1 y 2 de capacitación. Con estos talleres se buscó recabar evidencia sobre lecciones aprendidas del proceso de capacitación, la aplicabilidad de los conceptos, técnicas y recomendaciones para el manejo de pacientes con COVID 19 severo en las unidades de cuidado intensivo. Los mismos se organizaron en coordinación con la Subgerencia de Hospitales del Servicio Nacional de Salud y con las Direcciones Regionales de Salud.

Los talleres se diseñaron y planificaron en las siguientes etapas:

- Etapa 1. Selección de hospitales en conjunto con el SNS, y estratificar por grupos, según los criterios definidos.
- Etapa 2. Diseño del taller de intercambio para definir el enfoque metodológico.
- Etapa 3. Planificación de los talleres de intercambio cruzado. En esta etapa se realizó el diseño logístico y la preparación de los talleres en coordinación con el SNS.
- Etapa 4. Realización de sesiones plenarias. La organización de la sesión plenaria por grupos de hospitales.
- Etapa 5. Sistematización y cierre. En esta etapa se realizó la síntesis y resumen de los tres talleres y se prepararon los resultados del ejercicio.

De los 23 hospitales intervenidos, se agruparon en tres bloques y cada bloque estuvo conformado por un hospital de alto rendimiento y desempeño junto a dos hospitales de menor nivel de rendimiento y desempeño. La selección de los 9 hospitales se llevó a cabo en dos momentos, inicialmente se hizo una preselección de hospitales y a partir de estos se asignaron puntajes para cada uno de los criterios descritos y se obtuvo la lista final de hospitales seleccionados:

- Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana
- Hospital Juan Pablo Pina
- Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar
- Hospital Francisco Moscoso Puello
- Hospital Jaime Mota
- Hospital Ing. Luis L. Bogaert
- Hospital Luis Morillo King
- Hospital San Lorenzo de los Mina
- Hospital Vinicio Calventi – UCI COVID 19 Centro Cardio Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT)

En los intercambios cruzados cada hospital realizó una presentación sobre los siguientes temas:

- Aspectos fisiopatológicos de la COVID 19
- Información estadística de cada unidad
- Caso trazador de cada hospital
- Evaluación de herramienta de verificación de adherencia a guías

- Discusión, conclusiones y cierre.

En general, los hospitales se ajustaron a la metodología basada en las actividades de i) preparación de la información, ii) recolección de datos, iii) presentación y iv) validación, como resultado los hospitales prepararon presentaciones estructuradas, preparadas y con los contenidos ajustados a las indicaciones de los líderes del taller, de acuerdo a los contenidos indicativos solicitados. El análisis comparativo de la información estadística permitió o identificar los siguientes patrones de comportamiento:

- Los casos presentados fueron diversos en cuanto al tipo de paciente, la presentación clínica de la enfermedad, el resultado final y por supuesto el nivel de complejidad, dada la presencia de hospitales de diferente capacidad técnica y tecnológica. Se presentaron 8 casos. El Hospital Francisco Moscoso Puello no llevó caso preparado.
- La edad de los pacientes estuvo entre los 26 y los 70 años, con igual número de hombres y mujeres, cuatro por cada grupo.
- El desenlace clínico fue de muerte en tres casos y sobrevivida en cinco pacientes. Aspecto que nos parece importante resaltar, dado que se acogió la solicitud de presentar casos trazadores, y en paciente crítico con COVID 19 la mortalidad es un desenlace altamente prevalente; es decir, la muestra del ejercicio de los talleres se ajustó al comportamiento real.
- El promedio de estancia en la unidad fue de 14 días, cifra que se ajusta al comportamiento general, conocido para los pacientes en UCI con COVID 19. El rango estuvo entre los 5 y los 25 días.
- Como complicaciones presentadas, predomina Neumonía asociada a Ventilación mecánica, que se observó en 5 de los 8 casos, que corresponde al 63%. Cifra también coincidente con lo publicado en la literatura internacional, siendo en ocasiones mayor.
- Como aspecto relevante llama la atención que en tres de los hospitales se presentaron casos de mujeres en estado de gestación, con COVID 19 severa. Durante la discusión se evidenció el gran interés y sensibilidad de parte de los médicos intensivistas por este grupo de población, quienes llamaron la atención sobre la necesidad de mejorar y priorizar el ciclo de atención, cobertura, y difusión de aspectos de consulta temprana y seguimiento juicioso, debido al alto riesgo y potenciales resultados catastróficos que se pueden derivar de la infección por SARS Cov2.

En cuanto a los aspectos de manejo clínico, los hospitales tuvieron consenso en temas de terapéutica, relacionados con los siguientes tópicos: i) el aporte hídrico y el manejo en pacientes críticos COVID 19, ii) la necesidad de mejorar la toma de decisión para la intubación precoz de los pacientes e implementar los parámetros de ventilación protectora, iii) la observancia de los parámetros de anticoagulación profiláctica como un pilar en el manejo de los pacientes con COVID 19, dado el efecto trombogénico que se observa en la enfermedad iv) el adecuado uso de las escalas de severidad y pronóstico, como: NEWS2, SOFA, qSOFA CURB65, APACHE II, aunque hay limitaciones en su aplicación por las cargas de trabajo y por la falta de recurso de laboratorios clínicos y v) la necesidad de mejora permanente en la humanización del servicio y ambiente en las unidades,

Los hospitales, siguiendo la metodología de la adherencia paciente trazador¹, se valoró la utilización de las guías de práctica clínica a partir de la información consignada en las historias clínicas, la información levantada en los hospitales se llevó a una herramienta automatizada que calculó el porcentaje de adherencia y clasifica cada hospital según cuatro rangos basado en los siguientes nueve parámetros:

- Conocimiento protocolo/guías
- Identificación
- Anamnesis e historia clínica de ingreso
- Dispositivo de oxigenoterapia
- Clasificación al ingreso
- Criterios de severidad
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Seguimiento a complicaciones

A partir de la revisión de la adherencia a guías, se identificó que en todos los servicios; conocen las guías, desde la fase de diagnóstico, abordaje inicial, internamiento, manejo clínico básico y crítico, y seguimiento. Sin embargo, la calificación de la adherencia a las mismas no fue óptima, el porcentaje de adherencia a las guías estuvo en rango del 61 al 79%. Observando la mayor calificación en el Hospital San Lorenzo de los Mina y la Unidad de CECANOT. En general este es un valor alto si se tiene en cuenta que los hospitales han adoptado individualmente las guías y protocolos de atención.

Con relación al comportamiento del porcentaje de adherencia total para cada uno de los 9 ítems analizados, se destacan tres por más bajo nivel: seguimiento a complicaciones (40%), criterio de severidad (56%) y dispositivos de oxigenoterapia (69%). Los demás ítems cumplieron en más del 70%.

El análisis de este comportamiento deja como evidencia la imposibilidad de ejecutar ciertas actividades, por restricciones de recurso y alta demanda de los servicios.

El uso de los dispositivos de oxigenoterapia, tuvo un cumplimiento de adherencia del 69%, fundamentalmente por falta de tecnología disponible.

Al relacionar el porcentaje de adherencia con resultados clínicos se observa que hay una relación estadística entre la mortalidad y el porcentaje de adherencia, el coeficiente de correlación es del 80%. También, se evidencia una asociación positiva entre el número de pacientes y el porcentaje de adherencia, lo cual indica que en la medida en que los hospitales atienden más pacientes tienen a estandarizar y mejorar sus procesos de atención con apego a la guías y recomendaciones de práctica clínica.

Como conclusión se observó que los hospitales cuentan con un recurso humano calificado, que hizo exposiciones suficientes, actualizadas y con buen conocimiento de los aspectos fisiopatológicos de la enfermedad. El conocimiento de los aspectos teóricos de la enfermedad ha

¹ Consiste en seleccionar un paciente al azar y realizar un seguimiento al diagnóstico y tratamiento en función de las recomendaciones de práctica clínica

sido ampliamente complementado con la experiencia local, no sólo en aspectos clínicos sino en la adaptación a las limitaciones de infraestructura y suministros. El común denominador es el uso de las guías de publicación local (SNS) y en la mitad de ellos el uso de los documentos desarrollados con el apoyo de USAID.

La información compartida entre los especialistas de los nueve hospitales, les permitió generar una visión más allá de sus propias instituciones, se observó un ambiente de intercambio de información técnica y en parte organizacional de la operación de cada unidad, esta vision se basa en las siguientes apreciaciones de los participantes:

- Los talleres de intercambio como un espacio y estímulo a la autoevaluación
- Entender y valorar los intercambios como instrumento de mejoramiento continuo
- La valoración de la actualización científica para brindar atención segura
- Entendimiento de la fisiopatología del COVID 19
- Importancia de compartir criterios y unificarlos para la correcta aplicación de las guías
- Importancia del registro de informacion de los pacientes
- Ventajas del uso el formato de recolección de adherencia a la práctica clínica
- Aprendizaje de técnicas y efectivas para los pacientes
- Importancia de introducir la escala de NEWS 2 y ATS/IDSA
- La generacion de espacios para la discusión de los casos complejos de la unidad para mejor evolución de los pacientes
- La importancia de la vigilancia de adherencia de los protocolos para garantizar su cumplimiento.

I. DISEÑO Y ORGANIZACIÓN DE LOS TALLERES DE INTERCAMBIO

La organización de talleres de intercambio tuvo como finalidad facilitar el aprendizaje cruzado entre los hospitales que participaron en la fase 1 y 2 de capacitación. Estos talleres buscan recabar evidencia sobre lecciones aprendidas del proceso de capacitación, aplicabilidad de los conceptos, técnicas y recomendaciones para el manejo de pacientes con COVID 19 severo en la unidad de cuidado intensivo.

Estos talleres se organizaron en coordinación con la Subgerencia de Hospitales del Servicio Nacional de Salud y con las Direcciones Regionales de Salud.

I.1 DISEÑO Y ORGANIZACIÓN

Los talleres se diseñaron y planificaron con una ruta integrada por las siguientes etapas:

- Etapa 1. Selección de hospitales en conjunto con el SNS, y estratificar por grupos, según los criterios definidos.
- Etapa 2. Diseño del taller de intercambio para definir el enfoque metodológico.
- Etapa 3. Planificación de los talleres de intercambio cruzado. En esta etapa se realiza el diseño logístico y la preparación de los talleres en coordinación con el SNS.
- Etapa 4. Realización de sesiones plenarias. La organización de la sesión plenaria por grupos de hospitales.
- Etapa 5. Sistematización y cierre. En esta etapa se realiza la síntesis y resumen de los tres talleres y se preparan y presentan los resultados del ejercicio.

I.2 HOSPITALES SELECCIONADOS

De los 23 hospitales intervenidos se agruparon en tres bloques y cada bloque estuvo conformado por un hospital de alto rendimiento y desempeño junto a dos hospitales de menor nivel de rendimiento y desempeño. De esta forma se realizó la selección de 3 hospitales de alto desempeño y 6 hospitales de mediano/bajo desempeño, lo cual garantizaba intercambios más puntuales y con grupos más pequeños para asegurar mejor moderación de comunicación y desarrollo de la agenda. Las personas asistentes a los talleres de intercambio fueron los directores médicos y jefes de UCI de los hospitales seleccionados.

La selección se basó en los siguientes criterios relacionados con el rendimiento y desempeño hospitalario

1. Nivel de complejidad
2. Experiencia en manejo de pacientes COVID 19
3. Presencia de actividad docente- asistencial
4. Existencia de proceso de gestión de información y medición de resultados clínicos
5. Los hospitales de fase 1 que hayan tenido uso del ventilador ZOLL
6. Si recibieron las USB con los archivos de las recomendaciones de práctica clínica

Para la selección de los 9 hospitales se realizó en dos momentos, inicialmente se hizo una preselección de hospitales y a partir de estos se asignaron puntajes para cada uno de los criterios descritos y se obtuvo la lista final de hospitales seleccionados. Las tablas siguientes muestran, la matriz completa y la selección final.

Tabla 1. Puntajes obtenidos por Hospital

Institución	Criterios							Puntaje
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	
Hospital Dr. Marcelino Velez Santana	2	2	2	2	3	2	1	50
Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar	2	2	2	1	2	2	2	33
Hospital Dr. Luis L. Bogaert	2	2	2	1	2	2	2	33
Hospital Juan Pablo Pina	2	2	1	1	3	2	2	25
Hospital Santo Socorro	1	1	2	2	2	2	2	17
Hospital Dr. Antonio Musa	2	2	1	1	2	2	2	17
Hospital Dr. Vinicio Calventi	2	2	1	1	2	2	2	17
Hospital Dr. Moscoso Puello	1	1	1	1	3	2	2	6
Hospital San Vicente De Paul	1	1	1	1	2	2	2	4
Hospital Dr. Luis Morillo King	1	1	1	1	2	2	2	4
Hospital San Lorenzo de Los Mina	1	1	1	1	3	2	1	3
Hospital Regional Dr. Alejandro Cabral	1	1	1	1	2	2	1	2
Hospital Jaime Mota	1	1	1	1	2	1	1	1

Fuente: Elaboración propia. LHSS 2021

Criterios:

- C1** Recepción de USB con las guías (Si 2 /No 1)
- C2** Consulta y uso de las guías de atención entregadas por USAID (Si 2/No 1)
- C3** Recepción de inducción del ventilador x el proveedor (Si 2/No 1)
- C4** Uso de los ventiladores (Si 2/No 1)
- C5** Manejo pacientes COVID (si 2/no 1)
- C6** Existencia de actividad docente (Si 2/No 1)
- C7** Existencia de procesos de gestión de información (Si 2/No 1)

Tabla 2. Lista de hospitales seleccionados

Grupo	Hospital
Grupo I	
Santo Domingo Oeste	Hospital Dr. Marcelino Vélez Santana
San Cristóbal	Hospital Juan Pablo Pina
Santo Domingo, Distrito Nacional	Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar
Grupo 2	
Santo Domingo, Distrito Nacional	Hospital Francisco Moscoso Puello

Grupo	Hospital
Barahona	Hospital Jaime Mota
Valverde Mao	Hospital Ing. Luis L. Bogaert
Grupo 3	
La Vega	Hospital Luis Morillo King
Santo Domingo Este	Hospital San Lorenzo de los Mina
Santo Domingo Oeste	Hospital Vinicio Calventi – UCI COVID 19 Cecanot

Fuente: Elaboración propia. LHSS 2021

2. METODOLOGÍA

La metodología diseñada para los talleres de intercambio buscó estimular el aprendizaje cruzado entre los hospitales a partir de recabar evidencia sobre la aplicación de los conocimientos y habilidades en el manejo de pacientes con COVID 19, al mismo tiempo que identificar las lecciones aprendidas del proceso de capacitación. La metodología aplicada se basó en cuatro etapas que contemplaron la preparación y levantamiento de información, el procesamiento, análisis, presentación y la validación y retroalimentación a los hospitales participantes. A continuación, se describen estos componentes del diseño metodológico.

2.1 PREPARACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En la cual se enviaron las preguntas orientadoras para ser alistadas por los líderes de cada unidad de cuidado intensivo, así como, aplicación de formato de adherencia paciente trazador.

Este formato se aplicó para un paciente por hospital, a través del cual se buscaba valorar la adherencia a las guías de práctica clínica a partir de la información consignada en las historias clínicas, e importante anotar que el formulario NO contemplaba recopilar información personal de los pacientes, solo la información clínica para fines comparativos. (Ver anexo 1).

La información levantada en los hospitales se llevó a una herramienta automatizada que calculó el porcentaje de adherencia y clasifica cada hospital en los siguientes rangos:

- 95% a 100%: Cumple y requiere educación continuada y actualización en el manejo de paciente crítico con COVID 19 en UCI, por lo tanto, tiene adherencia a las recomendaciones de práctica clínica.
- 85% a 94%: Requiere mejorar y consolidar intervenciones en los aspectos deficientes identificados en el manejo de paciente crítico con COVID 19 en UCI, adherencia intermedia.
- Menos del 85%: Requiere intensificar horas de educación continuada o reintroducción para el mejoramiento de los aspectos deficientes identificados en el manejo de paciente crítico con COVID 19 en UCI, no hay adecuada adherencia a las recomendaciones de práctica clínica.

2.2 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Cada unidad realizó una revisión organizada de los temas que se solicitaron en los temas de preparación y consolidarla de acuerdo con las opciones de respuesta o selección que se entregaron en las preguntas orientadoras.

2.3 PRESENTACIÓN

Cada unidad preparó una presentación de máximo 30 minutos, con los temas que se habían solicitado en la fase de preparación. Con base en los temas propuestos cada hospital presentó su información con la siguiente estructura:

- Presentación general de su unidad
 - Localización
 - Área de influencia
 - Capacidad instalada
 - Camas totales en la unidad
 - Ventiladores totales
 - Personal disponible
 - Médicos
 - Enfermeras
 - Otros
- Presentación de los resultados según preguntas orientadoras
 - Clínicos
 - Estadísticos
- Preguntas de los asistentes
- Discusión Clínica
- Retroalimentación clínica y administrativa

2.4 VALIDACIÓN

Para mejorar la presentación se fijó un espacio en la semana anterior a la fecha del taller para que cada unidad de cuidado intensivo pueda consultar con el experto intensivista de LHSS y aclarar dudas. En esta reunión se entregó el formato único de adherencia paciente trazador. Como se indicó, previamente, la estrategia de paciente trazador, permitiría que cada institución revisara su adherencia al protocolo nacional e identificara las recomendaciones prácticas de manejo con el caso seleccionado.

3. RESULTADOS DE LOS TALLERES DE INTERCAMBIO

Con la participación de los Hospitales convocados, se programaron sesiones de los talleres de intercambio cruzado, con un cumplimiento en fecha y horario programado del 100%.

- Grupo 1: 26 de julio 2021
- Grupo 2: 27 de julio 2021
- Grupo 3: 27 de julio 2021

Dado que la estadística de pacientes COVID 19 del Hospital Vinicio Calventi bajó sustancialmente en los últimos meses, se aceptó que el médico intensivista de la institución presentara datos de la Unidad del CECANOT, que está a cargo del mismo especialista.

Los contenidos y desarrollo de cada taller se ajustaron 100% a lo programado y la duración promedio de los talleres fue de 4 horas. Los temas abordados fueron los siguientes:

- Presentación teórica de aspectos fisiopatológicos de la COVID 19
- Presentación de información estadística de cada unidad
- Presentación de análisis de caso trazador de cada hospital
- Revisión del formato de evaluación de herramienta de verificación de adherencia a guías por cada hospital
- Conclusiones y cierre.

Para asegurar la estandarización de los ejercicios se preparó un guía de los talleres que fue presentada y discutida con los hospitales, así como la preparación del formato de las presentaciones que los hospitales harían en cada uno de los talleres.

3.1 ACOMPAÑAMIENTO A LOS HOSPITALES

Se realizó acompañamiento permanente a los tres grupos de hospitales seleccionados (Tabla 1) desde la etapa 3 de la ruta integrada de diseño y organización de los talleres, este acompañamiento se realizó presencial y virtual.

Cada grupo recibió información inicial de la guía de desarrollo y de las actividades previas a trabajar, tales como el levantamiento de la información general del hospital, las preguntas orientadoras y la aplicación del formato único de adherencia a un paciente trazador; posteriormente, se realizó seguimiento continuo durante las dos semanas previas de las tareas asignadas, con el experto intensivista consultor de LHSS aclarando las dudas e inquietudes pertinentes a los equipos de cada uno de los hospitales.

El acompañamiento también estuvo dirigido a facilitar la documentación actualizada de las recomendaciones de práctica clínica para pacientes críticamente enfermos por COVID 19, realizar la estructuración de la información ajustada a la guía metodológica desarrollada, revisar

y ajustar las presentaciones y a consolidar las presentaciones por hospital y por grupos de hospitales participantes del taller.

En la etapa 4 se programaron todas las sesiones plenarias por grupo de hospitales, las cuales se realizaron de forma virtual con la participación de los integrantes designados por cada hospital y finalmente se realizó la coordinación de la actividad de síntesis y presentación de resultados finales obtenidos en los intercambios cruzados ante el Servicio Nacional de Salud.

3.2 RESULTADOS GLOBALES

Los resultados que presentar se dividen tres tópicos fundamentales, conocimiento de la enfermedad, desempeño clínico, así como uso y adherencia a Guías.

La recolección de información de los hospitales tuvo como común denominador el uso de datos clínicos y casuística reales, la revisión de la operación regular y cotidiana del desempeño de cada unidad. Se contó con la participación de los especialistas líderes de las unidades participantes.

Los tiempos propuestos se cumplieron, tanto para la preparación de los talleres por parte de los intensivistas, así como como en la realización de estos.

3.2.1 DATOS ESTADÍSTICOS

De acuerdo con la información presentada por los hospitales, se resume en la tabla siguiente el comportamiento de casuística y novedades en la prestación de servicios a paciente críticamente enfermo, con COVID 19.

- Capacidad Instalada
- Número de pacientes
- Ocurrencia infecciones
- Mortalidad

Tabla 3. Estadística general. Talleres de intercambio cruzado

HOSPITAL	PROVINCIA	CAMAS TOTALES UCI	VENTILADORES TOTALES	INGRESO SEMANAL	%DE SOBREENFECCION	MORTALIDAD POR COVID 19	%DIAS DE ESTANCIA	PACIENTES COVID 19 ATENDIDOS	MUERTES	% DE ADHERENCIA
Hospital Marcelino Vélez Santana	Santo Domingo Oeste	18	16	< 10 pctes	11 - 20 %	> 50 %	11 - 15 días	470	260	76
Hospital Juan Pablo Pina	San Cristóbal	18	15	< 10 pctes	20 - 30%	31 - 41%	6 - 10 días	1054	335	76
Hospital Luis Eduardo Aybar	Santo Domingo Distrito Nacional	110	74	11 - 20 pctes	11 - 20 %	31 - 40 %	6 - 10 días	213	71	75
Hospital Francisco Moscoso Puello	Santo Domingo Distrito Nacional	10	8	< 10 pctes	11 - 20 %	41 - 50 %	11 - 15 días	333	157	68
Hospital Jaime Mota	Barahona	0	0	< 10 pctes	11 - 20 %	0%	6 -10 días	44	43	61
Hospital Ing. Luis L. Bogaert	Valverde Mao	8	8	< 10 pctes	> 50 %	21 - 30 %	16 - 20 días	124	43	78
Hospital Luis Morillo King	La vega	9	3	< 10 pctes	0%	41 - 50 %	6 - 7 días	339	161	70
Hospital San Lorenzo de los Mina	Santo Domingo Este	6	3	< 10 pctes	< 10 %	21 - 30 %	6 - 10 días	103	18	79
Hospital Vinicio Calventi	Santo Domingo Oeste	7	7	HOSPITAL DESIGNADO PARA EL MANEJO DE PACIENTES NO COVID 19						
Unidad COVID 19 CECANOT	Santo Domingo Distrito Nacional	36	36	11 - 20 pctes	20 - 30 %	41 - 50 %	6 - 10 días	795	374	79

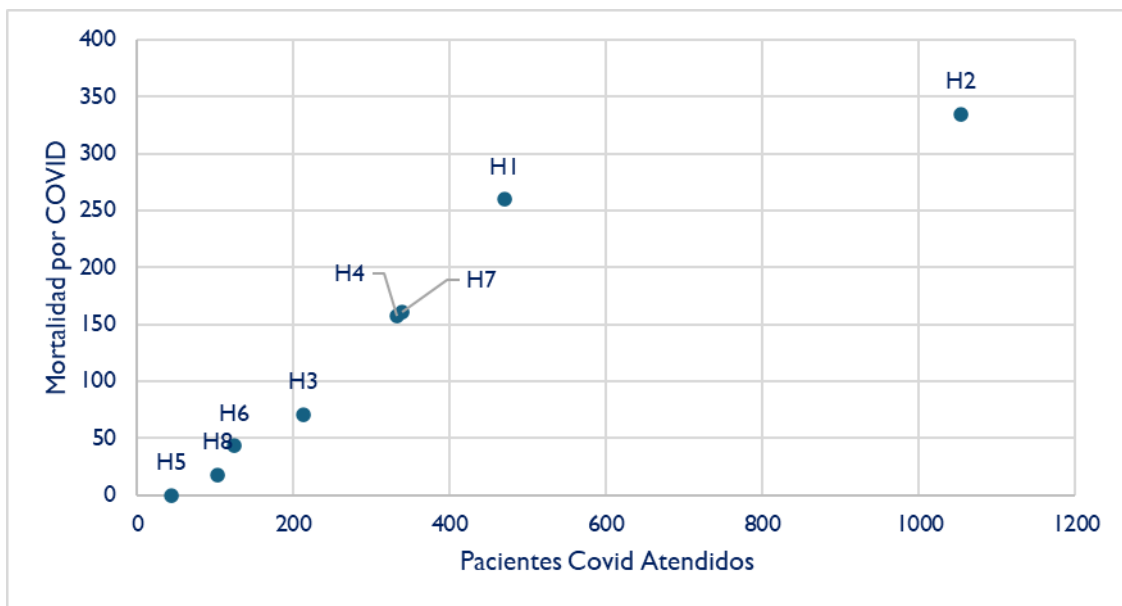
Fuente: Elaboración propia. LHSS 2021

Los hospitales participantes aportan en total una experiencia de manejo de 3.475 casos de COVID 19, cifra que permite ratificar que la selección se hizo de instituciones que tienen suficiente experiencia y capacidad para el ejercicio de los talleres.

Resultados como el porcentaje de mortalidad y tasa de sobreinfección deben ser analizados en contextos individuales, en aspectos ya mencionados como nivel de complejidad y capacidad resolutoria.

Con base en la información reportada por los hospitales, a continuación, se presentan algunas relaciones estadísticas que sirven de base para analizar y profundizar en la dinámica de respuesta de los hospitales. En primer lugar, se evidencia la relación esperada entre el número de pacientes ingresados y la tasa de mortalidad.

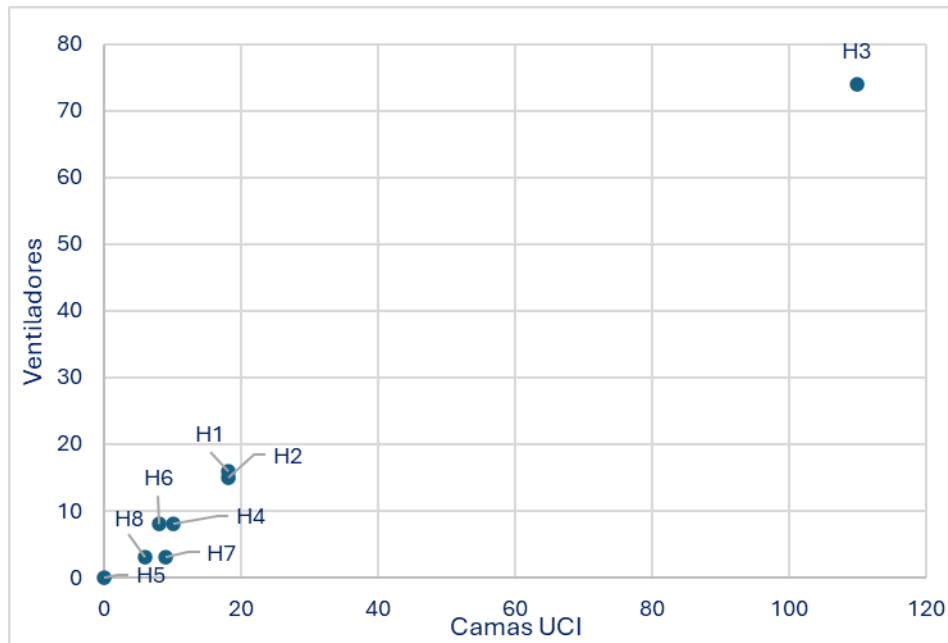
Figura 1. Pacientes COVID 19 atendidos vs mortalidad



Fuente: Elaboración propia en base a los datos cuantitativos de los talleres de intercambio cruzado. LHSS 2021

El número de ventiladores instalados estuvo de acuerdo con el tamaño del hospital en términos del número de camas, esta relación también se encuentra dentro de los parámetros esperados, aunque es deseable que el número de ventiladores entregados esté en función del número de casos COVID 19 recibidos por cada hospital.

Figura 2. Ventiladores en UCI



Fuente: Elaboración propia en base a los datos cuantitativos de los talleres de intercambio cruzado. LHSS 2021

3.3 MECANISMOS DE LESIÓN MULTIORGÁNICA, DIAGNÓSTICO, ESTRATEGIAS DE MANEJO Y RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON COVID 19 EN UCI

3.3.1 PRESENTACIÓN ASPECTOS DE FISIOPATOLOGÍA COVID 19

Las presentaciones se hicieron en formato de Power Point, incluyendo gráficas y diagramación de los contenidos, observando un excelente dominio del tema por parte de los especialistas. Se utilizó un lenguaje técnico y especializado para abordar cada uno de los temas, logrando así una presentación de alto nivel entre pares.

Se observó un conocimiento actualizado de parte de los médicos intensivistas que participaron, en lo relacionado con la fisiopatología, hasta la fecha conocida y publicada en la literatura disponible, respecto de la COVID 19, las alteraciones funcionales y los mecanismos de lesión, con un enfoque hacia la mejor terapéutica posible.

En las tres sesiones, dada la alta carga de información se extendió el tiempo dedicado a este aspecto, para no omitir y recibir información importante.

Aspectos presentados a resaltar, el mecanismo de agresión a los neumocitos, el desarrollo de la cascada de inflamación y lesión multiorgánica, fueron presentados por todos los participantes.

El material de exposición queda como documentación de soporte y eventual consulta.

El detalle de los tópicos y conductas clínicas se presenta en el aparte de conclusiones, capítulo 4 del informe.

3.3.2 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Los casos presentados fueron diversos en cuanto al tipo de paciente, la presentación clínica de la enfermedad, el resultado final y por supuesto el nivel de complejidad, dada la presencia de hospitales de diferente capacidad técnica y tecnológica. Se presentaron un total de 8 casos.

Tabla 4. Consolidado datos casos clínicos

HOSPITAL	PROVINCIA	EDAD	SEXO	IOT	DIAS DE VM	ESTANCIA UCI (DIAS)	COMPLICACIONES	DESENLACE CLÍNICO
Hospital Marcelino Vélez Santana	Santo Domingo Oeste	26	F	SI	VMNI: 2 / VMI: 7	11	Ninguna	Embarazo de 32 semanas RECUPERADO
Hospital Juan Pablo Pina	San Cristóbal	70	M	NO	NO	15	Edema Pulmonar y SDRA	egresa vivo de la UCI RECUPERADO
Hospital Luis Eduardo Aybar	Santo Domingo Distrito Nacional	55	F	SI	VMI : 10	15	NAVM y UPP	Egres a vivo de la UCI RECUPERADO
Hospital Jaime Mota	Barahona	51	M	SI	VMI: 4	5	Neumonía Grave	REMITIDO Fallece en la UCI de otro hospital DEFUNCIÓN
Hospital Ing. Luis L. Bogaert	Valverde Mao	43	M	SI	VMI: 1	8	SDRA, NAVM, shock séptico	Fallece en la UCI DEFUNCIÓN
Hospital Luis Morillo King	La Vega	30	F	SI	VMI: 11	19	SDRA, NAVM, SEPSIS	Embarazo de 28 semanas RECUPERADO
Hospital San Lorenzo de los Mina	Santo Domingo Este	35	F	SI	VMNI: 2 / VMI:6	15	SDRA, NAC POR COVID 19	Embarazo de 36 semanas RECUPERADO
Unidad COVID 19 CECANOT	Santo Domingo Distrito Nacional	48	M	SI	VMI:14	25	SDRA, TQT Percutánea, IRA	Fallece en la UCI DEFUNCIÓN
Hospital Francisco Moscoso Puello	Santo Domingo Distrito Nacional	No apor to estos datos						

Fuente: Elaboración propia. LHSS 2021

El Rango de edad de los casos presentados está entre los 26 y los 70 años, con igual número de hombres y mujeres, cuatro por cada grupo.

El desenlace clínico fue de muerte en tres casos y sobrevida en cinco pacientes. Aspecto que nos parece importante resaltar, dado que se acogió la solicitud de presentar casos trazadores, y en paciente crítico con COVID 19 la mortalidad es un desenlace altamente prevalente; es decir, la muestra del ejercicio de los talleres se ajustó al comportamiento real.

El promedio de estancia en la unidad fue de 14 días, cifra que se ajusta al comportamiento general, conocido para los pacientes en UCI con COVID 19. El rango estuvo entre los 5 y los 25 días.

Como complicaciones presentadas, predomina Neumonía asociada a Ventilación mecánica, que se observó en 5 de los 8 casos, que corresponde al 63%. Cifra también coincidente con lo publicado en la literatura internacional, siendo en ocasiones mayor.

Como aspecto relevante llama la atención que en tres de los hospitales se presentaron casos de mujeres en estado de gestación, con COVID 19 severa. Durante la discusión se evidenció el gran interés y sensibilidad de parte de los médicos intensivistas por este grupo de población, quienes llamaron la atención sobre la necesidad de mejorar y priorizar el ciclo de atención, cobertura, y difusión de aspectos de consulta temprana y seguimiento juicio, debido al alto riesgo y potenciales resultados catastróficos que se pueden derivar de la infección por SARS Cov2.

3.4 ANÁLISIS DE CONSENSO EN EL USO DE LAS RECOMENDACIONES DE PRACTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON COVID 19 SEVERO EN UCI.

En cuanto a los aspectos de manejo clínico, los hospitales tuvieron consenso en temas de terapéutica, relacionados con los siguientes aspectos:

Aporte hídrico

Se ha cambiado el concepto de restricción hídrica en paciente crítico COVID 19, inicialmente recomendada para evitar sobrecarga pulmonar, sin embargo, la literatura y el ejercicio clínico con estos pacientes han mostrado que se debe ser más liberal en el aporte de líquidos, debido a que se observa mayor sufrimiento renal, con la restricción.

Precocidad intubación y ventilación protectora

Dentro de la discusión se presentó coincidencia en la necesidad de mejorar la toma de decisión para la intubación precoz de los pacientes e implementar los parámetros de ventilación protectora. Como causa de complicación y eventual aumento de la mortalidad se discutió la

importancia de no diferir el inicio de la VMI. Por supuesto la posibilidad técnica de hacerlo cobró importancia en la discusión, ya que en ocasiones no se cuenta con el recurso humano o de insumos para poder hacerlo, así la decisión esté tomada.

Humanización del servicio

Aspecto 100% planteado por los 9 hospitales, la necesidad de mejorar permanente en la humanización el servicio y ambiente en las unidades. El desarrollo de la pandemia ha permitido mejorar los mecanismos de cercanía del paciente con el personal tratante y contacto con sus familiares. Se destacó la constante mejoría en los servicios en aspectos como permitir a las familias tener contacto con el paciente, por método virtual y en ocasiones presencial.

Anticoagulación

Como aspecto clínico conocido, la anticoagulación profiláctica es un pilar en el manejo de los pacientes con COVID 19, dado el efecto trombogénico que se observa en la enfermedad. En este punto el Hospital Luis E Aybar informó que está en proceso un estudio para manejo con anticoagulación plena desde el inicio.

Escalas de severidad y pronóstico

La revisión en el uso de escalas de severidad y pronóstico, todos los especialistas presentaron y mostraron conocimiento en las principales de ellas: NEWS2, SOFA, qSOFA CURB65, APACHE II, principalmente, sin embargo, hubo coincidencia en la limitante que hay para aplicarlas, fundamentalmente por los siguientes aspectos:

- Limitado conocimiento de las escalas por parte del recurso humano que atiende a los pacientes.
- limitación de tiempo para aplicación, registro de las escalas en los expedientes clínicos.
- Alto nivel de cargas de trabajo que no permite la aplicación de las escalas.
- Falta de recurso de laboratorios clínico, para poder calificar aspectos que están incluidos en las escalas.
- La escala más utilizada es el Quick SOFA, por ser de rápida aplicación, tiene solo elementos clínicos y elimina la necesidad de información de paraclínicos.

3.5 ADHERENCIA A GUÍAS

Como aspecto relevante de la adherencia a guías, se estableció que los requisitos que debe cumplir el ciclo de atención de un paciente con COVID 19, están claros en todos los servicios; conocen las guías, desde la fase de diagnóstico, abordaje inicial, internamiento, manejo clínico básico y crítico, y seguimiento. Sin embargo, la calificación de la adherencia a las mismas no fue óptima. La tabla siguiente presenta el resultado del ejercicio de evaluación de adherencia a guías.

Tabla 5. Adherencia a guías. Talleres de intercambio

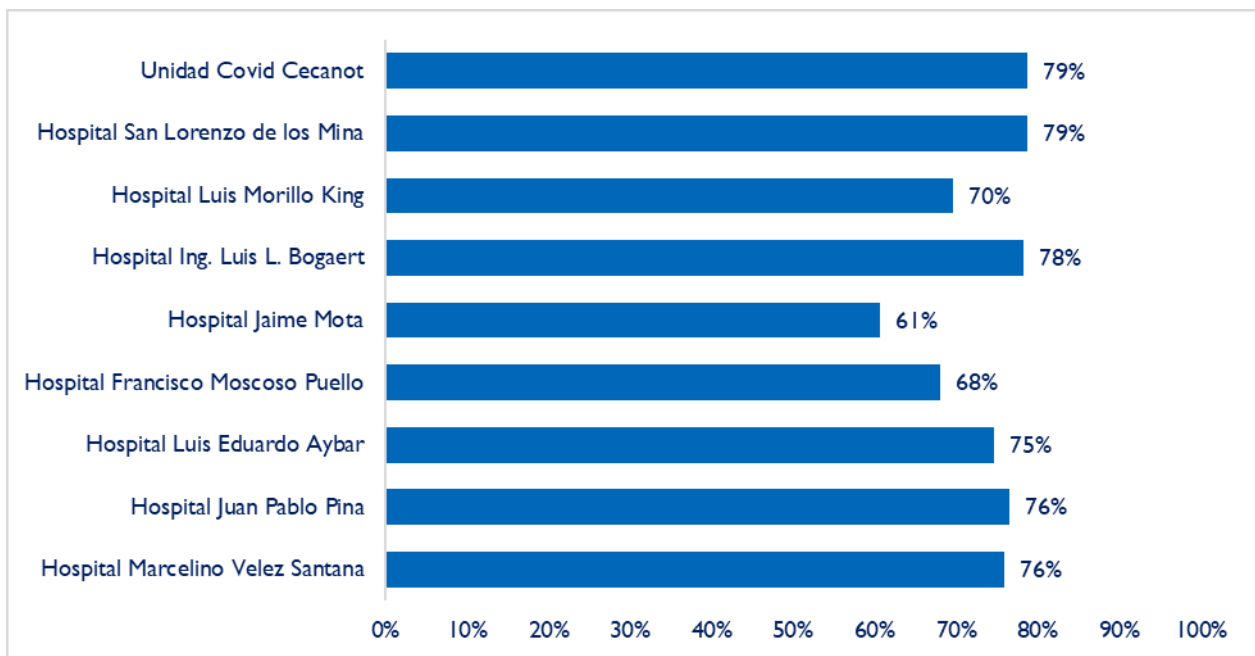
DATOS CUANTITATIVOS TALLERES DE INTERCAMBIO CRUZADO 26 - 27 de julio 2021																								
HOSPITAL	PROVINCIA	CONOCIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES		IDENTIFICACION DEL PACIENTE		ANAMNESIS E HISTORIA CLINICA DE INGRESO		DISPOSITIVO DE OXIGENOTERAPIA		CLASIFICACION AL INGRESO		CRITERIO DE SEVERIDAD		DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO		SEGUIMIENTO A COMPLICACIONES		TOTAL		% ADHERENCIA		
		CUMPLE	APLICA	CUMPLE	APLICA	CUMPLE	APLICA	CUMPLE	APLICA	CUMPLE	APLICA	CUMPLE	APLICA	CUMPLE	APLICA	CUMPLE	APLICA	CUMPLE	APLICA	CUMPLE	APLICA			
Hospital Marcelino Velez Santana	Santo Domingo Oeste	1	1	2	2	9	13	5	5	1	1	2	6	14	18	17	22	9	11	60	79	76		
Hospital Juan Pablo Pina	San Cristobal	1	1	2	2	13	13	2	4	1	1	3	6	16	18	13	14	1	9	52	68	76		
Hospital Luis Eduardo Aybar	Santo Domingo Distrito Nacional	1	1	1	1	13	13	1	3	1	1	4	6	13	18	20	23	2	9	56	75	75		
Hospital Francisco Moscoso Puello	Santo Domingo Distrito Nacional	1	1	2	2	12	13	1	3	1	1	3	6	14	18	13	16	0	9	47	69	68		
Hospital Jaime Mota	Barahona	1	1	2	2	10	13	2	3	1	1	2	4	13	17	9	16	0	9	40	66	61		
Hospital Ing. Luis L. Bogaert	Valverde Mao	1	1	2	2	12	13	5	5	0	1	6	6	13	17	23	31	3	7	65	83	78		
Hospital Luis Morillo King	La vega	1	1	2	2	9	13	0	0	1	1	3	6	15	18	17	27	7	11	55	79	70		
Hospital San Lorenzo de los Mina	Santo Domingo Este	1	1	2	2	13	13	2	4	1	1	3	6	17	18	19	21	1	9	59	75	79		
Unidad Covid Cecanot	Santo Domingo Distrito Nacional	1	1	2	2	9	13	4	5	1	1	3	6	16	18	27	31	11	11	59	75	79		
PROMEDIO		1	1	2	2	11	13	2	4	1	1	3	6	15	18	18	22	4	9	55	74	73		
ADHERENCIA POR ÍTEM %			100		100		85		69		89		56		82		79		40		74			

Fuente: Elaboración propia. LHSS 2021

La calificación tuvo en cuenta aspectos del registro clínico, así como de la conducta diagnóstica y terapéutica. Con cada uno de los hospitales se hizo el ejercicio de validación de los datos uno a uno, teniendo en cuenta, no sólo si cumplía con el requisito, sino que se evaluó si era aplicable a ese servicio, dado que instituciones sin ciertos recursos técnicos y tecnológicos, podían no cumplir el requisito, pero por falta de recurso y no por omisión o desconocimiento.

La figura 3 presenta el porcentaje de adherencia total para los 8 hospitales, en El porcentaje de adherencia a las Guías estuvo en rango del 61 al 79%. Observando la mayor calificación en el Hospital San Lorenzo de los Mina y la Unidad de CECANOT. En general este es un valor alto si se tiene en cuenta que los hospitales han adoptado individualmente las guías y protocolos de atención.

Figura 3. Porcentaje de adherencia según hospital

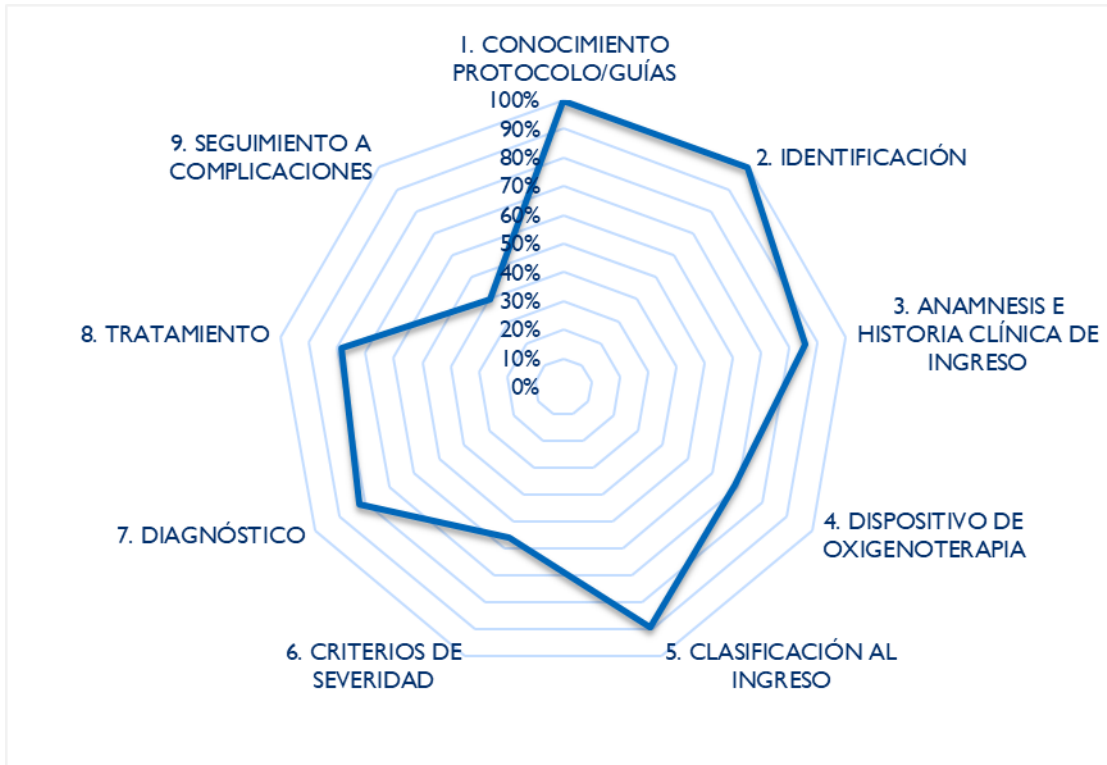


Fuente: Elaboración propia en base a los datos cuantitativos de los talleres de intercambio cruzado. LHSS 2021.

La figura 4 presenta el porcentaje de adherencia total para cada uno de los 9 ítems analizados y se destacan tres por al más bajo nivel.

1. Seguimiento a complicaciones (40%)
2. Criterio de severidad (56%)
3. Dispositivo de oxigenoterapia (69%)

Figura 4. Adherencia a guías por ítem



Fuente: Elaboración propia en base a los datos cuantitativos de los talleres de intercambio cruzado. LHSS 2021.

Dentro de los requisitos evaluados en la adherencia las Guías Clínicas los que menor cumplimiento general tuvieron fueron el seguimiento a las complicaciones, que obtuvo un resultado general del 40% y la aplicación de las escalas de severidad y pronóstico, que se cumplió en el 56% de los casos.

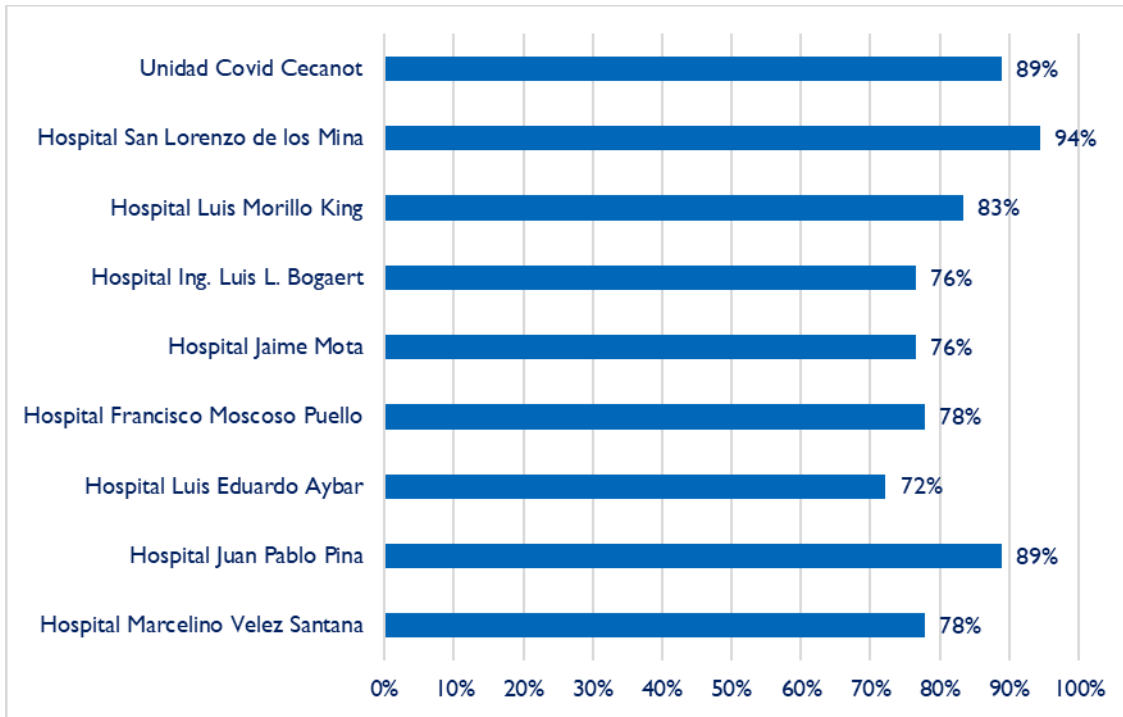
El análisis de este comportamiento deja como evidencia la imposibilidad de ejecutar ciertas actividades, por restricciones de recurso y alta demanda de los servicios.

El uso de los dispositivos de oxigenoterapia, tuvo un cumplimiento de adherencia del 69%, fundamentalmente por falta de tecnología disponible.

Los demás ítems cumplieron en más del 70%.

En las figuras 5 a 8 se presenta el comportamiento del porcentaje de adherencia total para los siguientes ítems: diagnóstico, tratamiento, seguimiento a complicaciones, criterio de severidad y uso de dispositivo de oxigenoterapia (69).

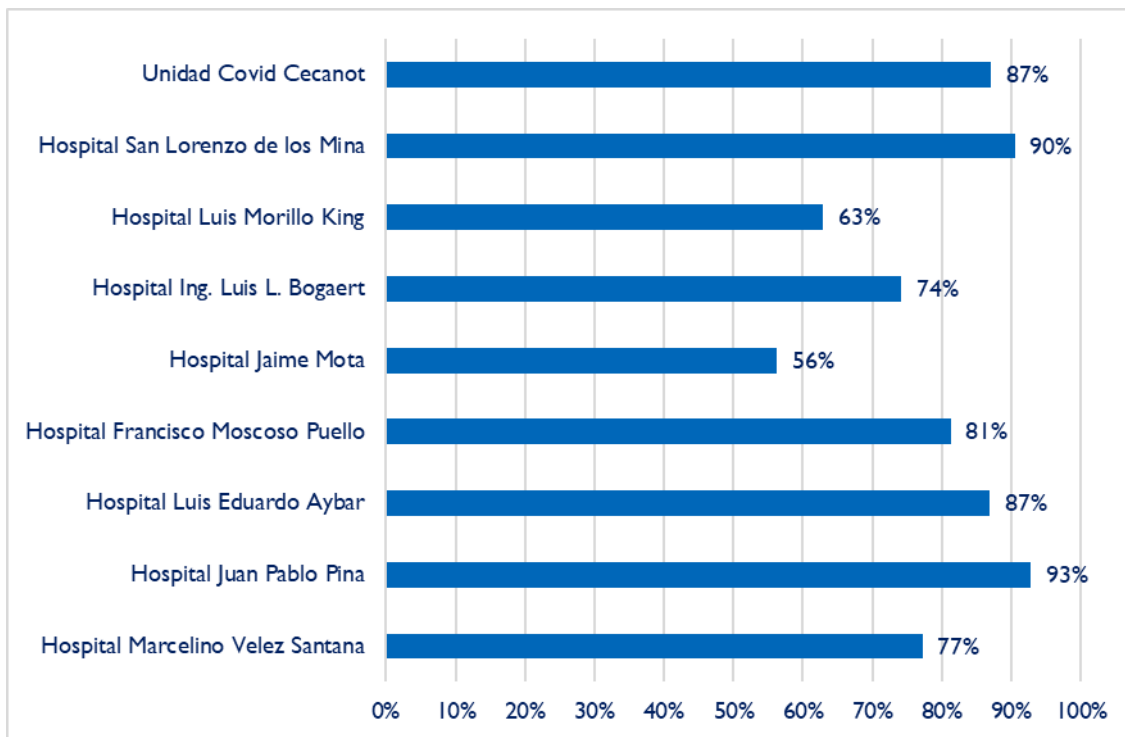
Figura 5. Porcentaje de adherencia en Diagnóstico



Fuente:

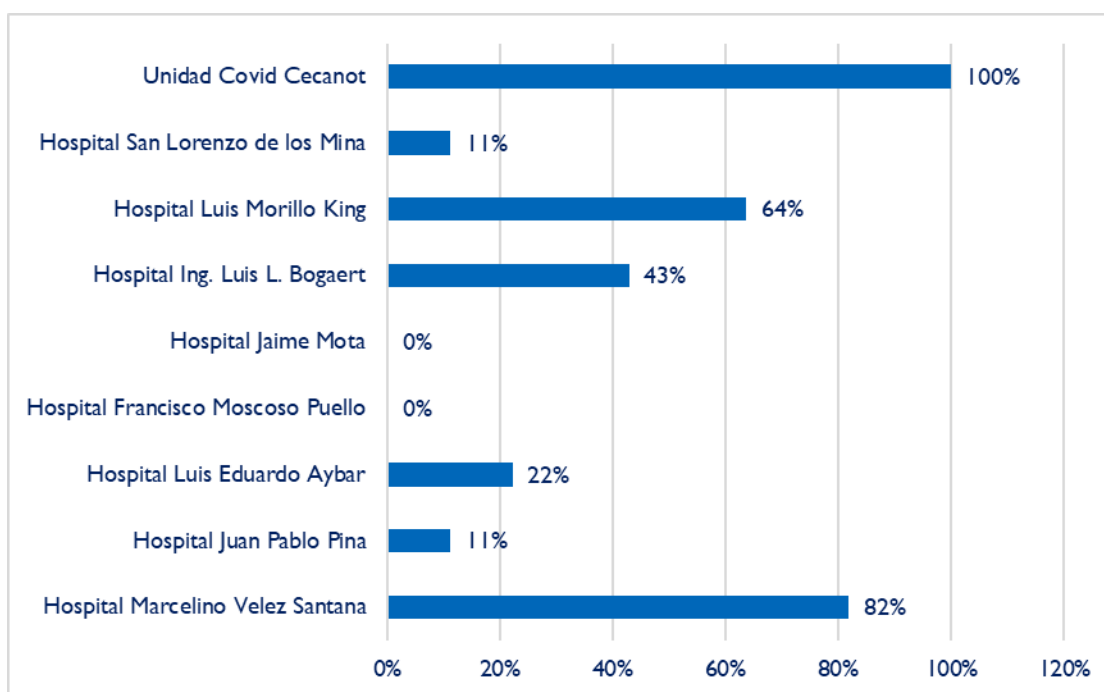
Elaboración propia en base a los datos cuantitativos de los talleres de intercambio cruzado. LHSS 2021

Figura 6. Porcentaje de adherencia en el tratamiento



Fuente: Elaboración propia en base a los datos cuantitativos de los talleres de intercambio cruzado. LHSS 2021

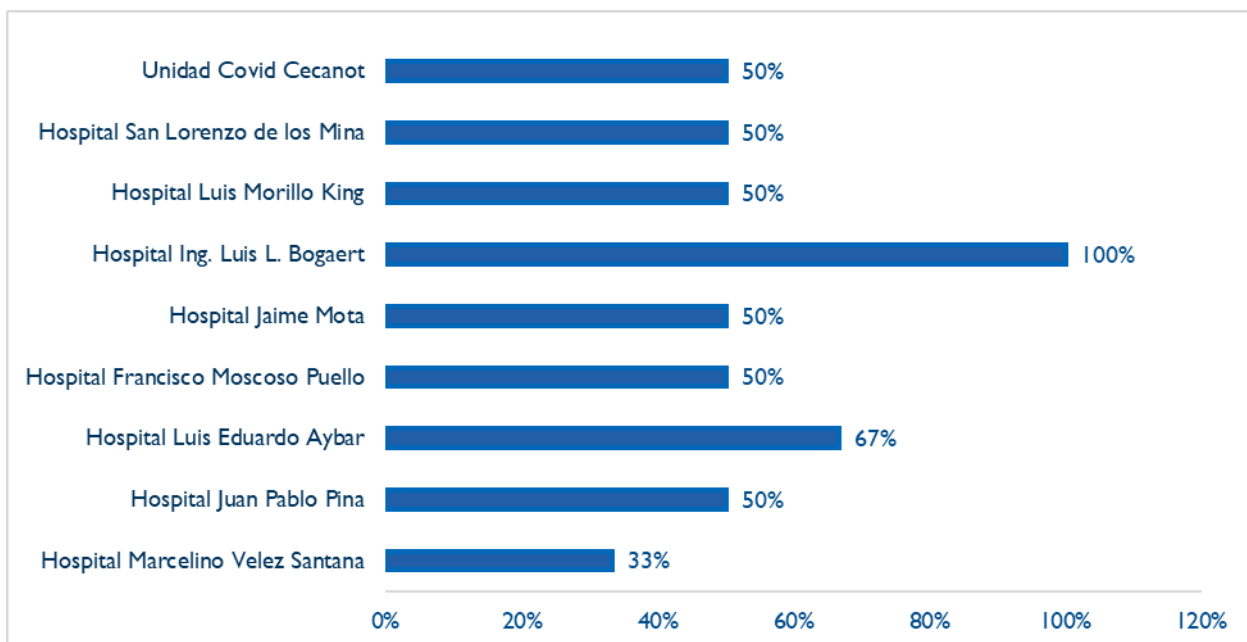
Figura 7. Porcentaje de adherencia en el seguimiento a complicaciones



Fuente:

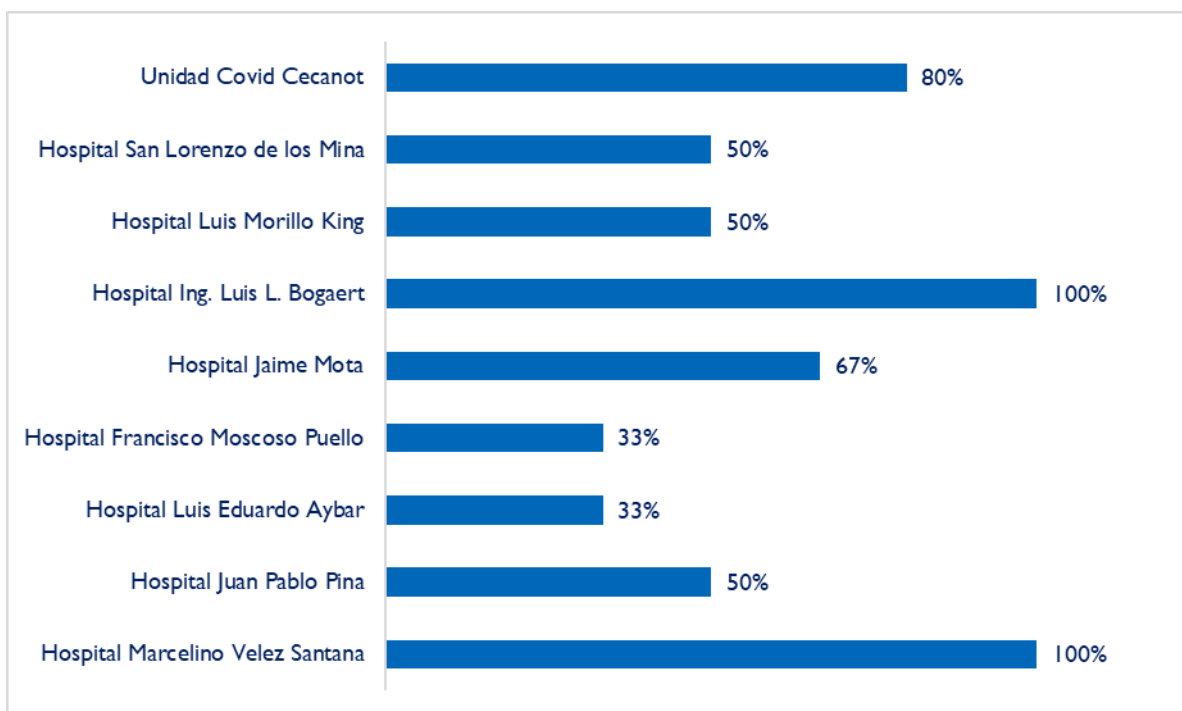
Elaboración propia en base a los datos cuantitativos de los talleres de intercambio cruzado. LHSS 2021

Figura 8. Porcentaje de adherencia en el criterio de severidad



Fuente: Elaboración propia en base a los datos cuantitativos de los talleres de intercambio cruzado. LHSS 2021

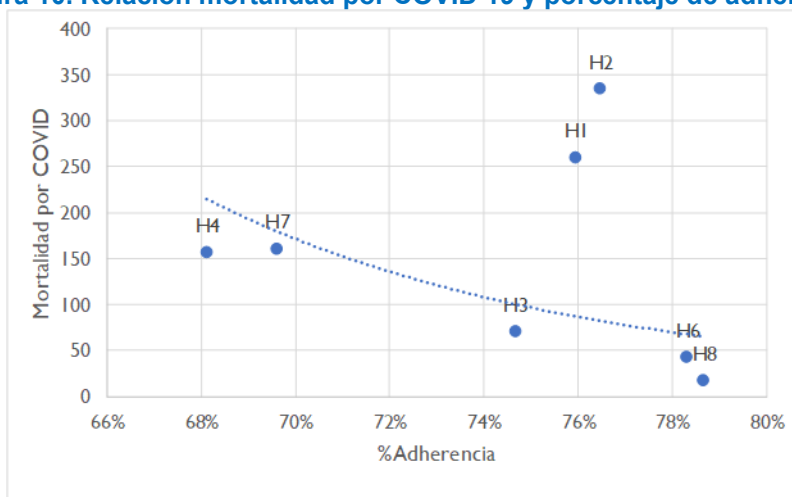
Figura 9. Porcentaje de adherencia en el dispositivo de oxigenoterapia



Fuente: Elaboración propia en base a los datos cuantitativos de los talleres de intercambio cruzado. LHSS 2021

Al relacionar el porcentaje de adherencia con resultados clínicos se observa que hay una relación estadística entre la mortalidad y el porcentaje de adherencia el coeficiente de correlación es del 80%²

Figura 10. Relación mortalidad por COVID 19 y porcentaje de adherencia

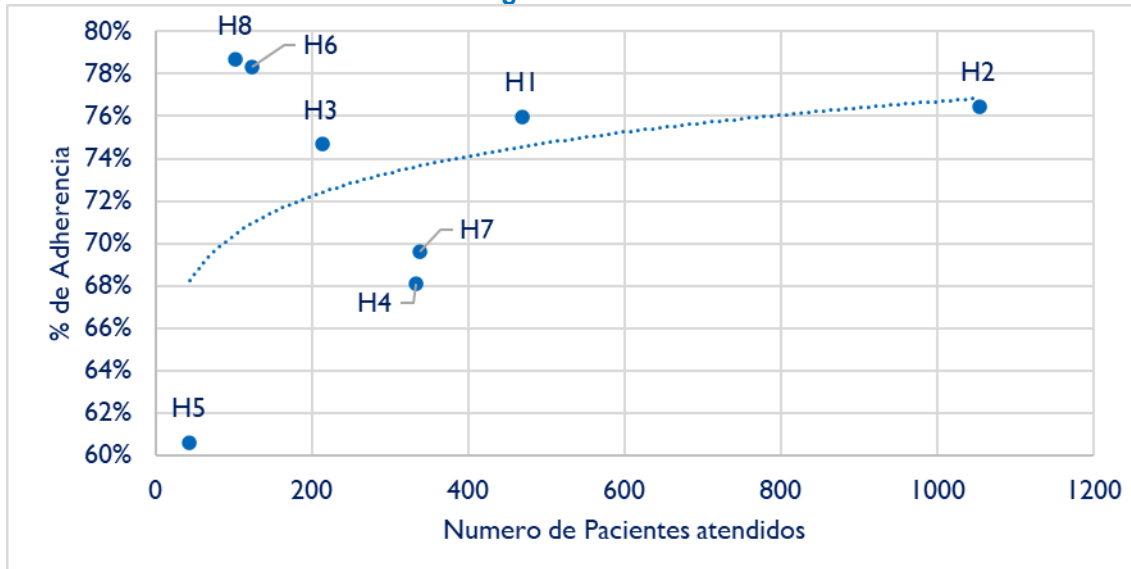


Fuente: Elaboración propia en base a los datos cuantitativos de los talleres de intercambio cruzado. LHSS 2021

² En la gráfica 10 se excluye el H5 debido a que no presenta mortalidad

Finalmente se evidencia una asociación positiva entre el número de pacientes y el porcentaje de adherencia, lo cual indica que en la medida en que los hospitales atienden más pacientes tienen a estandarizar y mejorar sus procesos de atención con apego a la guías y recomendaciones de práctica clínica.

Figura 11. Relación entre el número de pacientes atendidos y el porcentaje de adherencia a las guías



Fuente: Elaboración propia en base a los datos cuantitativos de los talleres de intercambio cruzado. LHSS 2021

3.6 RESULTADOS ESPERADOS Y OBTENIDOS EN LOS TALLERES DE INTERCAMBIO CRUZADO

La tabla 5 presenta un análisis comparativo entre los resultados esperados para los talleres y los resultados finales, de esta comparación se desprende que los talleres lograron alcanzar los resultados propuestos y generaron espacios de intercambio y de gestión de conocimiento a partir de la práctica clínica y adicionalmente, logro evidencia la importancia de la información en los procesos de toma de decisiones

Tabla 6. Resultados obtenidos vs esperados

RESULTADO ESPERADO	RESULTADO OBTENIDO
Conocer y comparar las prácticas clínicas y administrativas de los hospitales participantes.	Se logró 100% recoger experiencias diversas en lo técnico, regional y según nivel de complejidad
Identificar debilidades y fortalezas en la atención de los pacientes con COVID 19 en estado crítico, con el fin de mejorar la gestión clínica de estos pacientes, no solo en los hospitales seleccionados, sino hacerla extensiva a toda la red hospitalaria	Se compartió la experiencia individual de las unidades, se obtuvieron datos de los aspectos en los cuales son fuertes y cuales opciones de mejora deben seguir siendo aplicadas.
Compartir experiencia positivas y negativas con otras instituciones	La dinámica del Taller mantuvo permanentemente el modelo de comparación, que se buscaba
Establecer canales de unificación y aplicación de criterios clínicos uniformes, tomando como punto de partida las experiencias compartidas en torno a evaluación de adherencia a protocolos nacionales y recomendaciones de práctica clínica	La actividad permitió canalizar datos tanto individuales como de comportamiento colectivo, que deben ser llevados a las instancias del nivel regional y central, para establecer los niveles de gestión y responsabilidad.
Conocer la estadística y resultados de otras instituciones en el manejo de pacientes críticos con COVID 19.	La información que compartieron los hospitales sirvió para compararse con el comportamiento de la muestra que participó y le generó inquietud y necesidad de continuar con los ejercicios de aplicación de métricas, especialmente en temas como la revisión de la adherencia a guías
Intentar optimizar el uso de los recursos disponibles en cada unidad a partir de la experiencia de otras instituciones.	Se compartieron las experiencias de manejo y conducta en los casos de deficiencia de recursos.
Fortalecer el sistema de registro y gestión de la información en manejo de pacientes críticos con COVID 19 mediante presentación de un modelo de formato de adherencia para recomendaciones de práctica clínica.	Se evidenció la limitación en registro, trazabilidad y seguimiento de las conductas clínicas, mediante el ejercicio de evaluación de adherencia a guías. En este punto en particular, hubo consenso que en muchos de los casos que se dejaron como falta de cumplimiento, la causa fue que no se dejó evidencia del requisito, en ningún registro.
Facilitar el intercambio de información mediante la aplicación de instrumentos que permitan la recolección de información, así como, la identificación de fortalezas y debilidades en el manejo de pacientes con COVID 19 severo y crítico y sean el punto de partida para la educación continuada sistemática y elaboración de planes de mejoramiento en las diferentes instituciones.	Matrices de análisis como la utilizadas en este ejercicio, no solo en la adherencia guías, sino en el comportamiento estadístico, de desenlace clínico y de capacidad instalada, se dejaron como recomendación de implementación regular.

Fuente: Elaboración propia. LHSS 2021

4. CONCLUSIONES

El modelo de atención de los pacientes con COVID 19, en los hospitales que participaron en los talleres, es compartido en cuanto al enfoque clínico, el uso de las mejores prácticas disponibles y la necesidad de aumentar el trabajo conjunto de las redes de hospitales, de tal forma que se optimice el uso de la cama para paciente con COVID 19 en los centros de mayor complejidad.

Durante el desarrollo de los talleres los hospitales cuentan con un recurso humano calificado, que hizo exposiciones suficientes, actualizadas y con buen conocimiento de los aspectos fisiopatológicos de la enfermedad. El conocimiento de los aspectos teóricos de la enfermedad ha sido ampliamente complementado con la experiencia local, no sólo en aspectos clínicos sino en la adaptación a las limitaciones de infraestructura y suministros. El común denominador es el uso de las Guías de publicación Local SNS y en la mitad de ellos el uso del documento USAID.

La información compartida entre los especialistas de los nueve hospitales, les permitió generar una visión más allá de sus propias instituciones, se observó un ambiente de intercambio de información técnica y en parte organizacional de la operación de cada unidad

De acuerdo con las evaluaciones de los participantes a continuación se resumen los puntos más significativos con relación a los aprendizajes más importantes y los cambios en la práctica clínica.³

4.1 RECOMENDACIONES DE PRACTICA CLINICA

- Importancia de la intubación precoz para ventilación protectora.
- Importancia del aporte hídrico no restringido, priorizando el riñón.
- Optimizar y aplicar uso de escalas de severidad como herramientas de uso objetivo para establecer pronóstico y sea soporte para la toma de conductas.
- Se discute aún uso de anticoagulación plena vs profiláctica, se están realizando estudios locales al respecto.
- Profundizar en el aspecto de humanización del servicio, tanto en la atención clínica al paciente, así como a su familia y entorno.

4.2 ADHERENCIA EN LA APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

- Optimizar y gestionar oportunamente con las áreas de almacén y farmacia las necesidades de uso farmacológico y de insumos, para cumplir de la mejor manera las recomendaciones de práctica clínica y la adherencia a guías.
- Realizar el registro completo, oportuno y secuencial en la historia clínica, que permita asegurar trazabilidad y unidad de criterio en el manejo de los pacientes.

³ Uno de los participantes indicó que “Se nota la preocupación de nuestras autoridades por el correcto manejo y tratamiento de esta pandemia espero seguir colaborando y orientándome sobre el tema, es una excelente iniciativa tanto del SNS como de la USAID”

- Optimizar el proceso de difusión de guías, políticas institucionales para unificar criterios, conductas y responsabilidades
- Implementar un procedimiento permanente y sistemático para evaluación y control de adherencia

4.3 APRENDIZAJES MAS SIGNIFICATIVOS

- Los talleres de intercambio como un estímulo a la autoevaluación.
- La valoración de la actualización científica como medio para brindar atención segura.
- Mejoramiento progresivo en el entendimiento de la fisiopatología del COVID 19.
- Importancia de compartir criterios interinstitucionalmente y unificarlos para la correcta aplicación de las guías.
- Programar y realizar intercambios como instrumento de mejoramiento continuo.
- Tener un método de actualización y difusión permanente, dentro de los grupos de práctica clínica de los hospitales.
- Importancia del registro clínico y gestión de la información en las UCI.

4.4 CAMBIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Intensificar las acciones de especialización y estratificación de atención por niveles de complejidad.
- Optimización del uso de red hospitalaria aplicando criterios de georeferenciación, complejidad y casuística local y regional.
- Importancia de introducir la escala de NEWS 2 y ATS/IDSA.
- Generación de espacios para la discusión de los casos complejos de la unidad para mejor evolución de los pacientes.
- Importancia de la vigilancia copntinua de la adherencia a los protocolos.
- Establecer acciones de mejora, de acuerdo con las mediciones de adherencia a guías y los indicadores de desenlace clínico.

5. RECOMENDACIONES

- Implementar un procedimiento regular de intercambio de información entre instituciones y promover esta actividad con un carácter periódico y regular
- Replicar el modelo de talleres de intercambio entre la mayor cantidad de hospitales de la red de servicios.
- Fomentar el uso de herramientas de medición y control de cumplimiento de actividades.
- Establecer procesos de difusión de mejores prácticas, para que sean conocidas por todas las instituciones.
- Conocer de cerca las experiencias de las instituciones, para proponer consensos y pautas de conducta, no sólo orientadas por la literatura científica, sino ajustadas a la realidad de la capacidad instalada y a la experiencia de los médicos tratantes.
- Reforzar los procedimientos de retroalimentación de los Hospitales hacia el nivel regional y central, de forma que todas las necesidades sean cubiertas.

ANEXO I. PRESENTACIONES DE LOS HOSPITALES PARTICIPANTES EN EL INTERCAMBIO CRUZADO