

**Título: Grupos multidisciplinares. Impacto de los resultados obtenidos en la asistencia, docencia e investigaciones.**

**Autores:**

Héctor Rodríguez Silva, [rsilva@hha.sld.cu](mailto:rsilva@hha.sld.cu)

DrC, Profesor e Investigador de Mérito, Profesor Titular. Internista.

Dra. Dora Galego Pimentel

Profesor Auxiliar, Profesor Consultante, Administradora de Salud. Patóloga.

Dr. José A. Negrín Villavicencio

Profesor Auxiliar, Profesor Consultante. Internista.

Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras

**Introducción**

Desde muy temprano a su inauguración, el 3 de diciembre de 1982, los grupos multidisciplinares (GMD) comenzaron a funcionar en nuestro centro, una vez más como imperativo de la compleja tarea que le fue asignada a determinados servicios.

Veinte y cinco años después podemos afirmar que tales hechos constituyeron el precedente científico de lo que hoy se desarrolla vertiginosamente en nuestra institución, la protocolización de la asistencia médica, guiada desde sus comienzos en el 2004 por el Profesor José A. Lloréns Figueroa, hasta su fallecimiento en el 2007, a quien, por sus resultados, dedicamos esta obra.

Hay que recordar que la multidisciplinariedad se logra con la formación de un equipo de varias especialidades con fines comunes, produciéndose un intercambio por contacto que no logra permear las barreras de las especialidades, aunque existe comprensión recíproca. En su accionar, aportan sus conocimientos, sus técnicas, su personalidad, hay refuerzo de conocimientos y se ajustan a las necesidades del hombre sano o enfermo. Una de las especialidad es se comporta como rectora del equipo y en nuestro centro inicialmente se

apoyaron en protocolos de investigación y desde septiembre del 2005 utilizan los protocolos de asistencia médica, siempre bajo la premisa de que *la buena práctica clínica es la aplicación del método clínico con excelencia*.

El primer impacto calificado de esta protocolización lo recibieron los GMD ya establecidos y los que se fundaron posteriormente, alrededor de los cuales se nucleó un importante número de profesionales de diferentes disciplinas (conceptualmente pasaron a ser grupos interdisciplinarios, con independencia de que perdurara la vieja nomenclatura).

Tempranamente se apreció que había mucho de común y de diferente entre sus miembros. Junto al conocimiento, la experiencia acumulada. A la impronta personal, la disciplina del consenso, a la inconformidad de los resultados, la incorporación de las investigaciones previas. A la investigación creativa, la ciencia constituida, al liderazgo natural, acompañado de la modestia y el ejemplo, la subordinación siempre lista para la crítica constructiva.

Así han llegado a ser nuestros colectivos constituidos en grupos asistenciales capaces de proyectar su influencia y resultados en el problema de salud abordado, en el quehacer de cada especialidad, en toda la institución y según sus resultados, por qué no, en el Sistema Nacional de Salud.

Pero a los GMD, al igual que cualquier otro proyecto, es necesario y conveniente realizarle evaluaciones periódicas, críticas periódicas. Los primeros 19 GMD activos durante el año 2007 mostraron al Consejo de Dirección Ampliado los resultados que venían obteniendo.

De ahí surge la idea de publicar estos resultados, llevándolos hasta el 31 de diciembre del 2007 como punto referencial para futuras publicaciones. Esta obra nos presenta el quehacer de 18 GMD en el período referido en 298 páginas!. No conocemos de publicaciones cubanas previas sobre GMD

## **Objetivos**

- Mostrar, fundamentalmente, los resultados asistenciales obtenidos por 18 de nuestros 25 GMD, con más de 28 meses de constituidos
- Destacar las 3 áreas de impacto logrado en su diaria actuación en forma de:
  - Resultados cuantitativos, considerados de interés por el Colectivo

- Resultados cualitativos, basados en el cumplimiento de estándares propuestos, y la calificación que merecieron
- Impacto sobre la docencia, la investigación en forma de publicación y la divulgación de los resultados en eventos científicos

## **Material y métodos**

- Selección de 18 de los 25 GMD de nuestro Centro con 28 o más meses de constituidos
- El universo lo representaron el total de Planillas de Recolección de Datos (4536) acumuladas por los 69 protocolos activos agrupados en esos GMD.
- La fecha de recolección de resultados fue hasta el 31 de diciembre 2007.
  
- Se obtuvo una identificación general: nombre del GMD, servicio responsable, Jefe del GMD e integrantes, servicios que participan, nombre y autores de los protocolos del GMD y el título y autores de las investigaciones en desarrollo.
  
- Se distribuyó entre los autores principales de los protocolos de los GMD un cuestionario con los siguientes aspectos a responder:
  - Antecedentes del problema de salud que aborda el GMD
  - Justificación de su constitución
  - Objetivos del GMD
  - Recursos humanos y materiales
  - Material y métodos empleados
  - Universo del trabajo
  - Criterios de inclusión y exclusión
  - Muestra, obtención y procesamiento de los datos,
  - Resultados, impacto sobre la asistencia (cuantitativos y cualitativos) y sobre la docencia e investigaciones
  - Publicaciones, participación en eventos

-Resumen

-Bibliografía

- Las respuestas fueron analizadas,
- Finalmente, los resultados fueron llevados a formato para edición por profesionales de la Editorial Ciencias Médicas e impresa en una imprenta oficial.

## **Resultados y Discusión**

### **GMD de tumores de cabeza y cuello**

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

### **GMD de cáncer de colon y recto**

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

### **GMD de cáncer de mama**

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

### **GMD de cáncer de próstata**

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

### **GMD de cirugía de base de cráneo**

- Escala de Karnofsky mayor de 70: 26 de 29 pacientes, % pacientes con complicaciones: 14,2 %, (EI: < 15), % pacientes fallecidos al año: 10.3 %

### **GMD de cirugía ortognática**

- Grado satisfacción del paciente (por encuesta): > 95,0 %, % complicaciones post quirúrgica < 1 % (EI: < 1 %), relación entre predicción y resultados quirúrgicos: > 95,0.

### **GMD de diabetes mellitus**

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

### **GMD de lesiones de hígado, vías biliares y páncreas**

- Supervivencia colangiocarcinoma operado: 70 %/año (EI: > 28 %), cáncer cabeza páncreas: 40 % morbilidad (EI: <50 %); mortalidad 10 % (EI: <10%); complicaciones 361 CPRE: 6,6 % (EI: < 10 %)

### **GMD de enfermedades de la hipófisis**

- 112 operados (50 TSE, 55 transnasal y 8 trans esfenoidal extendido a seno cavernoso (3), recidiva tumor hipofisario: 6 % (internacional < 10 %), tasa de fallecidos: 0 % (internacional < 5 %)

### **GMD de hipertensión arterial**

- Más de 1700 pacientes atendidos en estas 4 categorías, ventajas de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), múltiples publicaciones nacionales e internacionales de resultados.

### **GMD de ictus**

- 98 pacientes HSA: mortalidad 9,6 %. La quirúrgica 5,4 %, 50 % casos con HSA aneurismática operados entre los días 8 y 14, 11 % la cirugía se realizó en los primeros 3 días del sangrado.

### **GMD de miastenia gravis**

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

### **GMD de reproducción asistida**

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

### **GMD de cardiopatía isquémica**

- 3390 estudios diagnósticos, 959 angioplastias (143 con balón y 1138 balón/stent): tasa éxito 96,15 %; IMA estadios I, II y III no fallecidos (EI:  $\leq 10$  %); estadio IV: 67 % (EI:  $< 75$  %).

### **GMD de trasplante de corazón**

- Desde 1985: 130 trasplantes de corazón. Supervivencia de 70,1 % al año (EI 80,1 %), 60,6 % a 5 años (EI 68,5 %); supervivencia de 40,1 % a 10 años (EI 50,3 %), 26,5 % 15 años (EI 30,3 %).

### **GMD de trasplante de órganos abdominales**

- 172 trasplantes, 69 trasplantes hepáticos desde 1986; 57 en los últimos 6 años con elevación de supervivencia al año (desde 51 % a 84 %). 2 trasplantes de páncreas-riñón y 2 de hígado-riñón.

### **GMD de trasplante renal**

- 550 TxR desde 1984; 54 en los últimos 27 meses. Injerto funcionando, promedio: 76,0 % (España 84 %, EUA 81 %). (en 2005 y 2006 88,8 %). Supervivencia del receptor: 96,2 %.

### **GMD de disfunción sexual masculina**

- 59,2 % recibieron algún tipo de tratamiento quirúrgico solo 13 complicaciones (2 infecciosas). Reimplantaron 60 prótesis penéana. % control de la DSx atendidos: 78,9 % (142/180)

### **Conclusiones**

- Queda demostrado que los GMD constituyen una poderosa fuerza de científicos reunidos con el objetivo de dar solución a problemas realmente complejos o notablemente sensibles que, por el significado que tienen en el cuadro de salud, exigen las mejores prestaciones asistenciales.
- Los resultados obtenidos permiten afirmar que este método asistencial es idóneos frente a:
  - ⇒ Problemas complejos de salud
  - ⇒ Enfermedad es que requieran atención multilateral
  - ⇒ Estados de diagnóstico o tratamiento difíciles
  - ⇒ Entidades que constituyan, por su morbilidad o mortalidad, prioridad de nuestra organización de salud.

## **Bibliografía**

1. M.J. Villar Juscevic y col: Epidemiología y clínica del cáncer laríngeo según su localización. *Oncología*, 2002; 25(6):317-324. Madrid. España.
2. P.O. Pérez y col (2007): Local escisión for type T2 rectal cáncer. Much ado about something. *J. Gastrointest Surg* 11:1431-1440.
3. D. Franciscato; M. Sabino; g.e Bueno, et al (2002): Evaluations of the Aesthetic Results and patient satisfzaction with the late predicted TRAM flan breast reconstruction. *Annals of Plastic Surgery*, vol 48:515-520.
4. J. González; Cáncer de próstata. En: Soriano J, Galán Y, Guerra-Yi M (Eds)- Guía de recomendaciones. Diagnóstico y tratamiento en cáncer. SOCECAR (2004): 18-24.
5. J. L. González González; O. López Arbolay; O. Morales Sabina et al (2005): Cirugía transnasal trans esfenoïdal endoscópica en afecciones de la región selar. *Neurocirugía*; 16:27-33 (Rev. Española de Neurocirugía).
6. O. López Arbolay; J.L. González González; N. Valdés Lorenzo (2005): La endoscopia como solución para las afecciones selares. *Revista Cubana de Endocrinología*. Vol. 16 No 2.
7. R. Hernández (2003). Respuesta morfoesqueletal a los procedimientos de corrección del prognatismo mandibular y macrogenia vertical. *Rev Cubana Estomatol*; 7 (3).
8. E. Buchaca; f. Fernández; Y. Vera (2000): Marcadores precoces, la lesión vascular aterosclerótica en pacientes con diabetes tipo 2. *Médico Interamericano*; 19(11):513-16.
9. E. Buchaca; J. Blanco (2002): Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones crónicas de la Diabetes. En: *Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Especialidades Clínicas*. 1ra. Edición. Hospital Hermanos Ameijeiras, Ciudad de La Habana, Cuba: OPS/OMS: pp. 184-88.
10. B. Carrasco (2002): Diabetes mellitas Tipo 2. En *Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Especialidades Clínicas*. 1ra. Edición. Hospital Hermanos Ameijeiras, Ciudad de La Habana, Cuba: OPS/OMS: pp. 176-83.



11. L. Quevedo Guanche (2003): Problemas complejos en cirugía abdominal: resecciones hepáticas, pag. 61, Edit Atheneu.
12. O. López Arbolay, J. González González (2006): Neuroendoscopia aplicada a la cirugía de la región selar. Ensayo Clínico. Revista Investigaciones Médico Quirúrgicas. Vol. III No 8, pag. 84.
13. G. Álvarez Batard; R. Russo; D. Pérez Caballero; M.A Fernández Arias (2006): Manual Clínico para el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA). Rev Cubana de Medicina, Vol. 45 Nº 4.
14. J. Pérez Nellar; C. Scherle; H. Roselló et al (2006): Hemorragia intraventricular primaria. Rev Cubana Med, 45 (4).
15. J. Pérez Nellar; C. Scherle; H. Roselló (2007): Admisión en la Unidad de Ictus Agudo de pacientes con enfermedades simuladoras de ictus. Rev Cubana Med; 46(3).
16. J. A. Lloréns Figueroa (2001): Miastenia gravis: una enfermedad poco conocida. Avances Médicos de Cuba; 26:42-46.
17. B. Arce Hidalgo (2006): Grupo Multidisciplinario de Reproducción Asistida. En: Manual de Prácticas Médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras. Edit Ciencias Médicas, La Habana. Cuba.