ProPacífico

PROGRAMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD PARA SERVICIOS DE RADIOTERAPIA

CALI - COLOMBIA

C/Can

PROGRAMA GARANTÍA DE LA CALIDAD PARA SERVICIOS DE RADIOTERAPIA

CALI – COLOMBIA

AVISO

Se debe valorar la pertinencia de los conocimientos científicos publicados en cualquier libro sobre salud y práctica clínica. Quien use esta obra debe consultar diferentes fuentes de información para tener la seguridad de que sus decisiones contengan actualizaciones sobre cambios en procedimientos, indicaciones y contraindicaciones, o inclusión de nuevas tecnologías. Por tanto, es el lector (no los autores ni el editor) el responsable del uso de la información aquí publicada y de los resultados que obtenga de ella.

Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca

Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali

Centro Médico Imbanaco

Clínica de Occidente

Fundación Valle del Lili

Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E

Con el apoyo y asesoría de:

City Cancer Challenge Foundation

International Atomic Energy Agency (AIEA)

COMITÉ EJECUTIVO
CITY CANCER CHALLENGE - 2019

Harold Mauricio Casas Cruz
Subdirector Enfermedades No Transmisibles – Ministerio de Salud y Protección Social

Carolina Wiesner
Directora – Instituto Nacional de Cancerología

Maria Cristina Lesmes Duque
Secretaria Departamental de Salud – Gobernación del Valle del Cauca

Nelson Sinisterra
Secretario de Salud Pública Municipal – Alcaldía de Santiago de Cali

Jorge Madriñán
Subdirector Médico – Fundación Valle del Lili

Alejandro De la Torre
Director Científico – Centro Médico Imbanaco

Irne Tórres
Gerente General – Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E.

Maria Liliana Orozco
Directora Calidad – Clínica de Occidente

Diana Carolina Robayo
Gerente – Unicáncer

Jesús Hernández
Decano Facultad de Salud – Universidad del Valle

Luis Eduardo Bravo
Director Registro Poblacional de Cáncer de Cali – Universidad del Valle

Oscar Ramírez
Director Científico – Fundación Pohema

Fabián Cardona
Vicepresidente de Salud – Acemi

Haiberth Giovanni Muñoz
Coordinador Cáncer – Servicio Occidental de Salud

Juan Carlos Mera
Gerente Salud – Emssanar

Zoila Palacios
Representante Asociación de Usuarios Funcáncer

AUTORES:

Diego Mauricio Orejuela.
Físico Médico Radioterapia - Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E.

Johny Burbano.
Físico Médico Radioterapia - Centro Médico Imbanaco

Juan Carlos Paz.
Físico Médico Radioterapia - Fundación Valle del Lili

Alberto Adrada.
Físico Médico Radioterapia - Clínica de Occidente.

ASESORÍA TÉCNICA:

Maria Esperanza Castellanos
Física Médica - Universidad Javeriana

CONTENIDO

1. Introducción
2. Marco regulatorio colombiano
3. Propósito
4. Objetivos
5. Estándares mínimos de la radioterapia en Cali para el 2025
6. Metodología
7. Resultados esperados
8. Anexo

1. INTRODUCCIÓN

La modalidad de la radioterapia para el tratamiento del cáncer involucra un ambiente tecnológico de alta complejidad, desde las unidades de tratamiento emisoras de radiación ionizante, hasta los sistemas de cómputo usados para el cálculo de distribuciones de dosis en los pacientes, pasando por los sistemas de detección de la radiación y sistemas de imagenología mediante los cuales se crea el paciente virtual necesario para la planeación del tratamiento. La complejidad de la radioterapia hace necesaria, también, la participación de un recurso humano diverso en su formación profesional y especializada que incluye médicos, físicos, enfermeras, ingenieros y tecnólogos.
Dado el nivel de riesgo que implica la aplicación de altas dosis de la radiación ionizante en pacientes para el control del cáncer, y la complejidad tecnológica y de recurso humano que esa práctica requiere, el componente de Garantía de la Calidad debe estar en primer lugar en un Plan de Desarrollo de Radioterapia a nivel nacional, local o institucional.

2. MARCO REGULATORIO COLOMBIANO

En Colombia, existe un marco regulatorio que establece principios y niveles de calidad en la Prestación de los Servicios de Salud, así como mecanismos de control a través del proceso de habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y de auditorías médicas. En el más alto nivel se encuentran la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 del 2001, reglamentadas en el Decreto 1011 del 2006 y la Resolución 2003 del 2014, principalmente.

La Ley 100 de 1993 instituye el Sistema de Seguridad Social Integral que reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana. Este sistema hace parte del Sistema de Protección Social y el conjunto de políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social en el país.

De acuerdo con el Art. 227 de la Ley 100 “es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios”.

En cumplimiento del Art. 56 de la Ley 715 del 2001 “Todos los prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel, de complejidad deberán demostrar ante el Ministerio de Salud o ante quien éste delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico-administrativa, para la prestación del servicio a su cargo.”

Estas políticas se concretan en el Decreto 1011 de 2006 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” en Colombia. En él se identifican las entidades responsables del funcionamiento del sistema, desde el Ministerio de la Protección Social hasta las Entidades Municipales de Salud, pasando por la Superintendencia Nacional de Salud y

las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

En el Decreto 1011 de 2006 se establecen las siguientes componentes del SOGCS: 1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. 3. El Sistema Único de Acreditación. 4. El Sistema de Información para la Calidad.

El **Sistema Único de Habilitación** es "el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, exigidos en la Ley 715 del 2001, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado (EAPB). De acuerdo con el Art. 19 del Decreto 1011 el cumplimiento de los estándares de habilitación se realiza conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud. Sin embargo, dadas las especificidades de un Servicio de Radioterapia en cuanto a la tecnología, el recurso humano y los procesos requeridos, el Ministerio de Salud y Protección Social, con apoyo de un grupo asesor, realiza esas visitas.

La resolución 2003 del 2014 define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. En cumplimiento de este marco regulatorio, ninguna IPS puede funcionar sin ser habilitada, esto es sin cumplir las condiciones básicas establecidas en esta norma. Es así como, **todas las IPS de la ciudad de Cali en operación, por defecto, cumplen con ese nivel de calidad.**

La siguiente componente del sistema, que podríamos catalogar como de nivel superior es la **Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud,** definida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

De acuerdo con el Decreto 1011, Art. 5, a las Entidades Municipales de Salud, en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

En el Art. 32 se establece que "Los **programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.** Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, según la reglamentación colombiana, implica:

1.La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2.La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas
3.La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

De especial importancia es el Art. 33 del Decreto 1011 del 2006 que establece unos niveles de operación de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, a saber:

1.Autocontrol
Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2.Auditoría interna
Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3.Auditoría externa
Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

De acuerdo con el Art. 34, "El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de **tres tipos de acciones:**

1.Acciones Preventivas
Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2.Acciones de Seguimiento
Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3.Acciones Coyunturales
Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia."

El Art. 35 determina como **énfasis de la auditoría para las IPS** la adopción de criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Y, finalmente, el **Sistema Único de Acreditación** es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el **cumplimiento de niveles superiores de calidad** por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales **que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.**

El Art. 43 establece que el Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación. En Colombia esta entidad es el ICONTEC.

Como podemos constatar Colombia tiene un marco regulatorio muy claro sobre el establecimiento y control de diferentes niveles de calidad en la prestación de los servicios de salud y el nivel básico está ya garantizado por el proceso de habilitación de toda IPS en funcionamiento.

Por el contrario, el segundo nivel, el de las auditorías de calidad requiere una especial atención para su concreción y un propósito particular para el proyecto C/Can Cali. Este debe ser un propósito tanto para las IPS como para los Entes Territoriales en cumplimiento de la reglamentación.

3. PROPÓSITO

En el marco del proyecto City Cancer Challenge (C/CAN) - Cali, estructurar un programa de Auditorías de Calidad en Radioterapia para la ciudad, como un mecanismo de mejoramiento de la calidad superior al de la habilitación, tendiente a establecer unos estándares requeridos en la puesta en servicio de nuevas tecnologías para la atención del cáncer. Esto a su vez preparará los centros para aplicar a una certificación nacional o internacional.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar e implementar un programa de Auditorías de Calidad en Radioterapia para Cali en el marco del proyecto C/CAN.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Proponer unos estándares de calidad de la radioterapia en Cali para los próximos seis años, considerando los avances tecnológicos en el campo.

2. Proponer una metodología de auditorías interinstitucionales internas para la ciudad y crear las herramientas correspondientes.

3. Preparar los centros de radioterapia en Cali para participar en procesos internacionales de auditoría, como por ejemplo las auditorías QUATRO.

4. Vincular a los Entes Territoriales en procesos de auditoría para radioterapia, con miras a fortalecer sus capacidades en el cumplimiento de las funciones que el marco regulatorio colombiano les confiere.

5. ESTÁNDARES DE CALIDAD DE UN SERVICIO DE RADIOTERAPIA EN CALI

Dado que el nivel básico de calidad está establecido en la norma de habilitación y que todos los servicios en funcionamiento están habilitados, se propone avanzar al segundo escalón del SOGCS: la **Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.**

Para ello, se sugieren unos estándares de calidad para la ciudad a evaluar en auditorías, de acuerdo con las recomendaciones revisadas en el Plan Ciudad elaborado por uno de los grupos de trabajo de C/Can Cali y las necesidades identificadas por el grupo encargado del tema de la Garantía de Calidad de la Radioterapia del mismo proyecto.

Así, para la asignación de un nivel superior de calidad superior al de habilitación, se establecen los siguientes:

-Servicio habilitado
-(400-500) pacientes nuevos/ máquina – año
-(200-300) pacientes nuevos/ oncólogo radioterapeuta – año
-(300-500) pacientes nuevos/ físico médico – año
-(100-150) pacientes nuevos/ tecnólogo – año
-Equipos de respaldo para garantizar atención de pacientes en caso de falla de una de las unidades de radioterapia
-Adecuación previa de agenda para mantenimientos preventivos y control de calidad de las unidades de tratamiento
-Braquiterapia en la institución
-Braquiterapia 3D
-Acceso a TAC adecuado (túnel de 80 cm o más FOV real) para radioterapia en la institución
-Imagenología CBCT integrada al acelerador o tecnologías para radioterapia guiada por imágenes
-Planeación de tratamiento 3D
-Técnicas IMRT y VMAT comisionadas para el uso clínico
-Sistemas de inmovilización acordes con las técnicas de tratamiento ofrecidas
-Sistema propio de dosimetría para calibración y caracterización de haces de radiación
-Cámara de ionización de respaldo para calibración de haces acorde a las técnicas de tratamientos ofrecidas.
-Sistemas de control de calidad diario de constancia de dosis, perfiles y energía
-Sistema de verificación independiente de unidades de monitor
-Control de calidad paciente específico para IMRT y/o VMAT
- Red de radioterapia para manejo integral de todo el proceso
-Programa actualizado (revisión bienal) de garantía de calidad de todos los aspectos de la práctica, disponible en el sistema institucional de gestión de la documentación.
-Reuniones periódicas para seguimiento de la operación y la calidad del servicio.
-Recurso humano debidamente capacitado,

con registro de capacitaciones anuales en las técnicas y procedimientos establecidos en el servicio
-Espacio de formación continua y de evaluación de desempeño para todo el personal en el servicio, particularmente para los tecnólogos de radioterapia.
-Realización de imágenes de verificación periódicas según protocolos y registro de la revisión por parte del médico.
-Presencia del médico durante el inicio de tratamiento.....
-Dosimetría in vivo para procedimientos de TBI
-Consulta de control semanal para pacientes en tratamiento
-Enfermera especializada con énfasis en radioterapia para la unidad

6. METODOLOGÍA

-Se adopta el modelo de herramienta QUATRO (Quality Assurance Team for Radiation Oncology) para desarrollo de auditorías de evaluación de la calidad global de los servicios de radioterapia en Cali, considerando tres de los cuatro aspectos allí propuestos, a saber: infraestructura, procedimientos relacionados con los pacientes y procedimientos relacionados con el equipo de tratamiento.

-Se adaptan los criterios de evaluación establecidos en QUATRO a los estándares mínimos propuestos, para el desarrollo de auditorías interinstitucionales internas para la ciudad de Cali.

-Se conforman grupos de trabajo a nivel de cada institución para la implementación de auditorías internas.

-Se conforman grupos de trabajo para el desarrollo de auditorías interinstitucionales internas en Cali, incluyendo personal del Ente Territorial, para cumplimiento de la reglamentación nacional.

-Se realizan auditorías internas en cada institución en el 1er semestre del 2020.

-Se realizan rondas de auditorías internas interinstitucionales para la ciudad, de las cuales una primera en el 2do semestre del 2020 para establecer necesidades y oportunidades de mejora, una segunda en el año 2023 para analizar progresos y otra en el año 2025 para analizar nivel de calidad de la práctica en la ciudad.

AUDITORÍAS INTERNAS INSTITUCIONALES

En cumplimiento de la reglamentación nacional, serán realizadas por un grupo de la institución externo al auditado. Esto corresponde en nuestras instituciones al Grupo de Calidad, el cual debe ser apoyado por un profesional especializado dada la especificidad tecnológica y de recurso humano de un servicio de radioterapia. Ese profesional especializado debe ser un Físico Médico de otro servicio (p.e. Medicina Nuclear, Imágenes diagnósticas u Oficial de Protección Radiológica de la institución).

Para ello, y en cumplimiento de la norma ISO 9001 se deberá en cada institución documentar el procedimiento, describiendo actividades, designado responsables y definiendo dónde, cuándo y cómo se debe llevar a cabo la auditoría interna.

Cada oncólogo radioterápico Director o Coordinador de servicio, con el apoyo del líder de Física Médica, realizará los

contactos con el Grupo de Calidad de su institución para que esta auditoría sea organizada y realizada.

Conformación del grupo auditor interno:

-Físico médico (protección radiológica y controles de calidad)
-Médico con conocimiento en servicios de cáncer (guías clínicas, historia clínica)
- Jefe de enfermería (seguridad del paciente y proceso asistencial)
-Auditor de procesos de calidad (indicadores y aspectos administrativos)
-Auditor de medio ambiente y ambiente físico

La guía de auditoria debe utilizar una metodología adecuada que permitan evaluar la atención integral de un paciente teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

-Aspectos de protección radiológica
-Aspectos relacionados con la infraestructura
-Procesos relacionados con pacientes
-Procesos relacionados con los equipos
-Programas de entrenamiento Se recomienda realizar la auditoría interna con una periodicidad de dos años, la cual debería estar incluida dentro del programa de mejoramiento de la calidad de la atención en salud de la institución.

AUDITORÍAS INTERINSTITUCIONALES INTERNAS PARA LA CIUDAD DE CALI

Se sugiere la siguiente conformación del grupo auditor, fijo para cada una de las rondas de auditoría:
-2 oncólogos radioterápicos
-2 físicos médicos
-2 tecnólogos en radioterapia
-2 enfermeras
-2 funcionarios de los Entes Territoriales, de los grupos encargados de la habilitación y licenciamiento de los servicios de radioterapia

Este grupo tendrá como misión auditar de forma imparcial los aspectos establecidos en el Anexo con el ánimo de contribuir a la mejora de la homogeneización de la calidad en radioterapia en Cali y analizar la trazabilidad de las auditorías internas en cada institución.

Se usará una herramienta electrónica para registro de la información recopilada y la producción del informe. El grupo auditor deberá producir un informe sobre sus hallazgos haciendo énfasis en necesidades y progresos, en relación con el Plan Ciudad y los estándares de calidad aquí propuestos.

6. METODOLOGÍA

Un mapa del estado en el 2020 de la radioterapia en Cali, de las necesidades para solución de las cuales las instituciones y el estado deben enfocar esfuerzos con el apoyo de C/Can.

Un mejoramiento objetivo de la calidad de la radioterapia en los 5 años posteriores.

Referencias

[1] la Ley 100 de 1993
[2] Ley 715 del 2001
[3] Decreto 1011 del 2006
[4] Resolución 2003 del 2014
[5] IAEA, Comprehensive Audits of Radiotherapy Practices: A Tool for Quality Improvement. IAEA, ESTRO, IOMP, EFOMP, Vienna, 2007

ANEXO

Aspectos a evaluar a ser incluidos en la herramienta de auditoría

1. INFRAESTRUCTURA

ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE RADIOTERAPIA

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES

-Número de pacientes por máquina
-Tipos de cáncer tratados
-Razón de tratamientos radicales (curativos/ paliativos, curativos + paliativos =100%)

PERSONAL

-Número de oncólogos radioterápicos (número de horas).
-Número de físicos médicos en radioterapia (número de horas).
-Número de tecnólogos de radioterapia
-Número de enfermeras y auxiliares de enfermería.
-Número de profesionales en psicología y trabajo social

OPERACIÓN DEL DEPARTAMENTO

-Carga de trabajo de los profesionales
-Horarios de administración de tratamiento
-Número de tecnólogos por equipo.
-Número de oncólogos radioterápicos durante horas de tratamiento.
-Número de físicos médicos durante horas de tratamiento.

ESTRUCTURA

-Tipo, año y número de máquinas de teleterapia
-Tipo, año y número de máquinas de braquiterapia
-Fuente radiactivas, almacenamiento y equipos de seguridad
-Equipos de simulación
-TPS
-Inmovilizadores
-Láseres
-Calendario de mantenimiento preventivo

COMUNICACIONES

-Registro de la documentación clínica y de física médica
-Conexión de la Historia Clínica con las otras especialidades
-Comunicación física entre instancias del servicio, eficiencia

SISTEMA Y MANEJO DE LA CALIDAD

-Responsabilidades en el Programa de Garantía de Calidad
-Rigurosidad en la aplicación del Programa de Garantía de Calidas
-Frecuencia y calidad de reuniones de revisión
-Actas de reunión sobre tomas de decisión para la implementación de nuevas tecnologías
-Manuales de control de calidad - Registros de controles de calidad
-Informes de mantenimientos preventivos y correctivos

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DE LOS PACIENTES, CUERPO ASISTENCIAL Y PÚBLICO EN GENERAL

-Existe comité de protección radiológica
-Programa de protección radiológica

-Monitoreo personal y seguimiento
-Plan de contingencia
-manual de incidentes

CARGA DE TRABAJO - PACIENTE TRAZADOR

-Número de casos nuevos por año
-Número de tratamientos realizados por año
-Número de sesiones / fracciones dadas por mes y a un año por cada máquina
-Número de aplicaciones dadas por año en braquiterapia
-Número de simulaciones por año

2. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LOS PACIENTES

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

-Sistema de registro de ID, foto, datos personales del paciente
-Identificación de sitio de tratamiento (diagrama o foto)
-Procedimiento
-manual para identificación del paciente en el comienzo de tratamiento
-Procedimiento
-manual para identificación del paciente en el tratamiento diario
-Los pacientes pediátricos se diferencian de los tratamientos de los adultos?
-Confidencialidad en la información de los pacientes

DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

-Cuenta con reportes clínicos donde se evidencie la historia clínica, exámenes físicos y sistema de archivo

DOCUMENTACIÓN PATOLÓGICA

-Reportes o acceso a la patología de los pacientes
-Interconsulta con patología
-La patología hace parte de los documentos de la historia clínica?

ACCESO A IMÁGENES DIAGNÓSTICAS, LABORATORIOS CLÍNICOS, ENDOSCOPIAS

-Tiene acceso en la institución
-Tiene por fuera de la institución

SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN

Presentan uniformidad en el sistema usado para la estadificación? (TNM, AJCC)

Todos los pacientes son estadificados?

INDICACIÓN Y DECISIÓN A TRATAR

-Todas las decisiones de tratamiento son basadas en juntas médicas?
-Con qué frecuencia se realizan las jutas médicas?

GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS

-Existen guías clínicas de acceso fácil en la red de la institución
-Se aplican las guías?

CONSENTIMIENTO INFORMADO

-Se le explica a los pacientes los beneficios y los riesgos de los tratamientos de radioterapia?
-Cómo?
-Existe protocolo para informar a los tecnólogos sobre el consentimiento informado?

PREPARACIÓN DEL TRATAMIENTO: INSTRUCCIONES PARA PLANEACIÓN

-Se especifica la localización o región de tratamiento
-Se indica con qué técnica será tratado el paciente?
-Qué recurso humano está presente durante la simulación?
-Se marcan puntos de referencia en la piel del paciente?
-Registro de los parámetros de la simulación

SIMULACIÓN E INMOVILIZACIÓN

-Protocolos -manuales de procedimientos
-Listas de espera adecuadas para el cumplimiento de los objetivos de la radioterapia
-Transferencia de información al SPT y a la unidad de tratamiento

CUARTO DE MOLDEO

-Procedimientos
-Control de calidad

PRESCRIPCIÓN Y PLANEACIÓN

-Los diferentes miembros asistenciales trabajan como unidad funcional?
-Procesos de aseguramiento de la calidad
-Procedimientos y formato para la prescripción del tratamiento
-Registro y aprobación del plan de tratamiento
-Control de la transferencia del plan a la unidad de tratamiento
-Lista de chequeo para el inicio de tratamiento

PROCEDIMIENTOS PARA LA ENTREGA DE TRATAMIENTOS

-Monitoreo de pacientes durante la exposición
-Si se realiza TBI, procedimiento y control de calidad para la dosimetría in vivo
-Protocolos de control diario de las unidades de tratamiento
-Consultas semanales de control
-Procedimientos para el manejo de las interrupciones de tratamiento
-Tratamiento de urgencias, procedimientos

3. PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO

ASPECTOS DE FÍSICA MÉDICA RELACIONADOS CON EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN RADIOTERAPIA:

-Control de calidad de sistemas de imagenología: CT, imágenes portales, KV, CBCT
-Aceptación, comisionamiento y control de calidad del TPS
-Aceptación, comisionamiento y control de calidad de las unidades de tratamiento

CONTROL DE PROCESOS DOSIMÉTRICOS - CONSISTENCIA

Protocolos para:

-Dosimetría de los haces y fuentes
-Verificación de unidades de monitor
-Control de calidad paciente específico

PROGRAMA GARANTÍA DE LA CALIDAD PARA SERVICIOS DE RADIOTERAPIA

CALI – COLOMBIA

ProPacífico

CALI - COLOMBIA C/Can