#### Logotipo, nombre de la empresa Descripción generada automáticamentePLANILLA DE EVALUACION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Fecha de presentación de los datos:

**Nombre del Programa/Equipo**: ……………………………………………………………………………………………………………

Fecha Inicio de actividad:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Dependencia institucional: SI NO

**Nombre Institución**: ………………………………………………………………………………………………………………………………

Nombre y Domicilio del Centro quirúrgico (1): ……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Director del Programa/Equipo: ………………………………………………………………………………………………………………

Responsable de los datos informados: …………………………………………………………………………………………………

Domicilio de atención ambulatoria: ………………………………………………………………………………………………………

En caso de realizar cirugías **en más de 1 Centro** aclarar más abajo. Marque con una X el/los Centro/s para los que solicita acreditación:

Nombre y Domicilio de cirugía/internación 2: ………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nombre y Domicilio de cirugía/internación 3: ………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nombre y Domicilio de cirugía/internación 4: ………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Miembros del equipo:**

Adjuntar en Anexo un CV resumido de cada miembro en que consten: especialidad, cargo, función, año de inicio de la función, dedicación horaria, antecedentes formativos, docentes, societarios y académicos más relevantes. El mismo no debe exceder una carilla.

**Nombre y Domicilio del Centro quirúrgico\*:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Equipo: Nombre, especialidad, matrícula y cargo dentro del servicio**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\* Si desea solicitar la Acreditación en más de 1 Centro quirúrgico deberá realizar copia de las páginas 2, 3 y 4, y completar los datos para cada Centro por separado.

**Registro y habilitación:**

1.- ¿Cuenta la Institución donde se asienta este Programa con la habilitación sanitaria otorgada por el Ministerio o Secretaría de Salud correspondiente? (Habilitación Categorizante para Establecimientos de Salud con Internación)

SÍ NO Nivel de complejidad: …………………………………………….

2.- ¿Ha sido registrada en la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud del Ministerio de Salud dentro del Registro de Establecimientos de Cirugía Bariátrica?

SÍ NO N° de Registro:…………… Año de Registro:……………..

**Recursos del Centro:**

🞏 Consultorio:

🞏 Secretarias exclusivas

🞏 Agenda exclusiva de pacientes bariátricos

🞏 Consultorio equipado con balanza (mínima capacidad 200 kg). Cantidad: ………

🞏 Mobiliario adecuado a pacientes con obesidad mórbida

🞏 Teléfono de contacto

🞏 Mail/página web de contacto

🞏 Internación:

🞏 Personal administrativo

🞏 Enfermería 24 horas

🞏 Guardia clínica 24 horas

🞏 Guardia de cirugía general 24 horas

🞏 Guardia de anestesiología 24 horas

🞏 Guardia de cardiología 24 horas

\* Si desea solicitar la Acreditación en más de 1 Centro quirúrgico deberá realizar copia de las páginas 2, 3 y 4, y completar los datos para cada Centro por separado.

🞏 Radiología 24 horas

🞏 Ecografía 24 horas

🞏 Tomografía 24 horas

🞏 Quirófano para urgencias

🞏 Quirófano equipado con torre de laparoscopía

🞏 Camilla quirúrgica con capacidad superior a 200 kg

🞏 Insuflador de neumoperitoneo de alto flujo

🞏 Equipo de grabación de cirugías

🞏 Terapia intensiva

🞏 Servicio de gastroenterología con capacidad de realizar intervencionismo

🞏 Servicio de hemoterapia

🞏 Interconsulta con infectología

🞏 Servicio de Soporte nutricional

🞏 Protocolos institucionales preestablecidos (para procesos generales)

🞏 Comité de ética

🞏 Comité de evaluación de trabajos de investigación

🞏 Departamento de docencia e investigación

¿Cómo se contiene la demanda no programada de los pacientes bariátricos en este Centro?

🞏 Los cirujanos de guardia pueden manejar la demanda

🞏 Existe contacto permanente con los miembros del Equipo y asisten al llamado

🞏 Ante la demanda el paciente es derivado a otro Centro de atención donde puede ser atendido por el Equipo

🞏 La demanda no puede ser contenida en este Centro

\* Si desea solicitar la Acreditación en más de 1 Centro quirúrgico deberá realizar copia de las páginas 2, 3 y 4, y completar los datos para cada Centro por separado.

**Sistematización de procesos:**

1. ¿Con qué especialistas cuenta su equipo multidisciplinario?

🞏 Licenciado/a en nutrición

🞏 Médico/a nutricionista

🞏 Psicólogo/a

🞏 Psiquiatra

🞏 Endocrinólogo/a

🞏 Médico/a Clínico/a

🞏 Cardiólogo/a

🞏 Neumonólogo/a

🞏 Especialista en imágenes

🞏 Preparador físico/Profesor de educación física

1. ¿Cómo administra la información a sus pacientes? (marque todos los que corresponda)

*La información es la considerada fundamental para el paciente (NO incluir difusión publicitaria)*

🞏 Entrevista en consultorio

🞏 Charlas grupales

🞏 Cuadernillo o folletos impresos informativos

🞏 E-mails

🞏 Redes sociales (Facebook-Twitter)

🞏 Grupos de candidatos y pacientes operados

1. Esquema de su algoritmo de evaluación preoperatoria (circuito del paciente por distintos especialistas). Describir:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Qué estudios solicita sistemáticamente antes de la cirugía?

🞏 Endoscopía digestiva alta

🞏 Ecografía abdominal

🞏 Seriada esofágica

🞏 Laboratorio completo

🞏 Ecodoppler cardíaco

🞏 Manometría esofágica

🞏 pHmetría esofágica (con o sin Impedanciometría)

🞏 Espirometría

🞏 Polisomnografía

🞏 Evaluación de aptitud por Salud mental

🞏 Evaluación cardiológica

🞏 Evaluación endocrinológica

🞏 Evaluación por hepatología

🞏 otros (describir): ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. ¿Los estudios se hacen exclusivamente en la Institución?

SÍ NO

1. Cómo se realiza la evaluación clínico/nutricional en su equipo:

🞏 Enumere los métodos utilizados: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. ¿Realiza un número mínimo de consultas preoperatorias?

SÍ NO 🞏 Número: …………………………….

1. ¿Suplementa nutrientes previos a la intervención?

SÍ NO 🞏 Desde cuándo: ……………………………

¿Qué suplementos indica?:………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. ¿Se trabaja en la conducta alimentaria del paciente candidato?

🞏 Describa brevemente: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Dieta líquida preoperatoria

SÍ NO 🞏 Duración: …………………………………

🞏 ¿La dieta tiene un objetivo concreto de descenso de peso? (marque en caso afirmativo)

Describa el objetivo: …………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

¿Qué ocurre si el objetivo no es alcanzado?

🞏 Se sigue con el plan quirúrgico

🞏 Se pospone la cirugía y reintenta alcanzar el objetivo

🞏 Se contraindica la cirugía

🞏 Se utiliza como medida de control del flujo de cirugías

1. Criterios de indicación y selección de tipo de cirugía:

Rango de edad en los que efectúa la cirugía ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_ años

Rango de IMC en los que efectúa la cirugía ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg/m2

Cirugía de elección en RGE severo: ………………………………………………………………………………….

Cirugía de elección en DMT2 severas: ………………………………………………………………………………

Cirugía de elección en Sme. metabólico: .…………………………………………………………………………

Cirugía de elección en adolescentes: ………………………………………………………………………………..

Otros criterios que merezcan su descripción: ……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. ¿Cómo se realiza la discusión de casos conflictivos? (Marque lo que corresponda)

🞏 Reuniones periódicas

🞏 Discusión entre médicos tratantes (no todo el Equipo)

🞏 La decisión es del cirujano

🞏 Interconsulta con especialistas fuera del Equipo

1. ¿En qué casos la cirugía está contraindicada en forma absoluta para su equipo?

Describa: …………..………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. En un Anexo adjunte una breve descripción de la técnica quirúrgica para **cada procedimiento** que se realiza en su Equipo, agregando también la descripción de cambios de conducta frente a hallazgos intraoperatorios no esperados. *(intente detallar los pasos quirúrgicos que a su entender marcan una característica diferencial respecto de un procedimiento estándar, en el caso que corresponda. Por ejemplo: longitud de asas, calibre de sondas, etc.)*
2. ¿Firman todos los pacientes un consentimiento informado específico y detallado para cirugía bariátrica?

🞏 No (el consentimiento no es específico o no se firma)

🞏 Sí, se entrega a la obra social o prepaga

🞏 Sí, queda archivado en la historia clínica de internación

🞏 Sí, con copia archivada en el Centro bariátrico o Institución de pertenencia

1. Ante complicaciones postoperatorias:

🞏 Se puede resolver en el centro donde fue internado el paciente

🞏 Debe ser derivado a un centro de mayor complejidad

🞏 El lugar de internación es determinado por la prepaga u Obra social

🞏 Se da aviso a los cirujanos del Equipo

🞏 Es manejada por cirujanos generales de la institución

🞏 La conducta ante cada complicación es sistemática

1. ¿Con qué frecuencia asiste el paciente a control nutricional luego de la cirugía?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mensual | Trimestral | Semestral | Anual |
| 0-6 meses | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| 7-12 meses | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| 2do año | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Luego del 2do año | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

1. ¿Con qué frecuencia asiste el paciente a control quirúrgico luego de la cirugía?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mensual | Trimestral | Semestral | Anual |
| 0-6 meses | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| 7-12 meses | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| 2do año | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Luego del 2do año | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

1. ¿Con qué frecuencia solicita los siguientes estudios de seguimiento durante el 1er año postoperatorio?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mensual | Trimestral | Semestral | Anual | Nunca |
| Laboratorio | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Endoscopía | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Seriada | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Ecografía abd. | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

1. ¿Con qué frecuencia solicita los siguientes estudios de seguimiento luego del 2do año postoperatorio?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mensual | Trimestral | Semestral | Anual | Nunca |
| Laboratorio | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Endoscopía | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Seriada | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Ecografía abd. | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

1. ¿Participan los pacientes de Grupos de Apoyo postoperatorio?

SIEMPRE SI (no sistemáticamente) NO

1. Existe un límite temporal para el seguimiento de sus pacientes?

🞏 Sí, porque depende del convenio con el pagador (aclare tiempo de control: ……………….)

🞏 Sí, los pacientes entienden que el seguimiento con el equipo está cubierto por …………………………. (aclare tiempo) y luego deberán buscar control nutricional por su cuenta.

🞏 No existe limitación temporal, son seguidos de por vida a menos que cambien de cobertura de salud.

1. ¿Realiza reuniones/talleres periódicos para convocar pacientes en postoperatorio alejado?

SI NO

1. ¿Realiza seguimiento telefónico a pacientes perdidos en el seguimiento presencial?

SI NO

**Registro de actividad del Centro/Equipo:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 12 meses | Total |
| Bandas Gástricas |  |  |
| Gastrectomía en manga |  |  |
| Bypass en Y de Roux |  |  |
| Bypass de una anastomosis |  |  |
| Switch duodenal |  |  |
| Revisiones |  |  |
| Otras\* |  |  |
| TOTAL |  |  |

1. ¿Detalle cuántos procedimientos bariátricos realizó su Centro desde el inicio y en los últimos 12 meses?

\*(aclarar): ………………………………………………..

……………………………………………….

……………………………………………….

……………………………………………….

Porcentaje de cirugías realizadas por laparoscopía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. ¿En los últimos 12 meses, qué morbilidad se registró en su Centro relacionada únicamente a cirugías bariátricas?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Número | % |
| Reingresos\* |  |  |
| Reinternaciones |  |  |
| Reoperaciones (total) |  |  |
| Reop. laparoscópicas |  |  |
| Reintervenciones\*\* |  |  |

\*se incluyen reinternaciones e ingresos a Guardia sin internación

\*\*drenajes percutáneos, endoscopías terapéuticas, etc. (NO CIRUGIAS)

Registre los datos solicitados sobre el número total de cirugías de su centro:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Bypass (n/%) | Manga (n/%) |
| Fístulas |  |  |
| Hemorragias\* |  |  |
| Estenosis |  |  |

\* registre hemorragias clínicamente significativas (que determinaron una conducta particular -transfusión, cirugía, endoscopía, prolongación de internación o cambio en el seguimiento post-alta)

1. Describa la morbilidad clínica prevalente de su casuística:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Número | % |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Describa la morbilidad nutricional de su casuística:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Número | % |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Porcentaje de mortalidad histórica en su Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

(enumere las 5 causas más frecuentes y el número de casos)

Causas de mortalidad (frecuencia):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Porcentaje de pacientes en seguimiento alejado (más de 3 años):

Presencial: …………. Telefónico: …………… Redes sociales: …………..

1. Modo de registro del seguimiento alejado de pacientes

🞏 Historia clínica

🞏 Planilla Excel

🞏 Base de datos informatizada con posibilidad de acceso desde múltiples computadoras

1. Actividad académica del Equipo (los miembros del equipo participan habitualmente)

🞏 Cargos en sociedades afines

🞏 Reuniones interdisciplinarias

🞏 Ateneos

🞏 Asistencia a Congresos

🞏 Investigación clínica

🞏 Publicación en medios nacionales

🞏 Publicación en revistas internacionales

**Área Salud Mental**

1. ¿Se realiza **psicodiagnóstico bariátrico prequirúrgico/valoración psicológica** en su equipo?          SÍ                                            NO

*(Enumere los instrumentos utilizados para recolectar datos, por ej.: batería de tests, entrevista dirigida, entrevista abierta, individual o grupal, con participación de la familia,etc.)* ……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

1. ¿Realiza preparación psicológica prequirúrgica?        SÍ                                  NO

*(Describa brevemente. Por ej.: psicoterapia individual y/o grupal, talleres informativos, talleres psicológicos grupales, grupos de reflexión, intervenciones en la red social de apoyo, etc.)*

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

1. ¿**Se trabaja en el espectro emocional dentro de la conducta alimentaria** del paciente candidato?                SÍ                                            NO

*(Describa brevemente. Por ej.: recursos para el manejo de la ansiedad y la angustia, recomendaciones pre y posquirúrgicas, talleres psicoeducativos/psicoeducación, psicoprofilaxis quirúrgica, etc.)*

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. ¿Se realiza tratamiento psicoterapéutico y/o psiquiátrico?

SÍ                            NO

Especifique:

1. ¿Realiza entrevistas hospitalarias, acompañamiento al quirófano y/o pase de sala?

SÍ                             NO

Especifique:

6. ¿Con qué frecuencia asiste el paciente a **control psicológico** luego de la cirugía?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mensual | Trimestral | Semestral | Anual |
| 0-6 meses | □ | □ | □ | □ |
| 7-12 meses | □ | □ | □ | □ |
| 2do año | □ | □ | □ | □ |
| Luego del 2do año | □ | □ | □ | □ |

7. ¿Realiza control y seguimiento psicológico posquirúrgico?     SÍ        NO

*(Describa brevemente. Por ej.: consultas psicológicas individuales, psicoterapia individual y/o grupal, talleres informativos, talleres psicológicos grupales, grupos de reflexión, intervenciones en la red social de apoyo, etc.)*

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………