

GUÍA PARA INFORME
DE POSTULACIÓN

Reconocimiento a las Mejores Prácticas

Usulután, Noviembre de 2015

INSTRUCCIONES

El propósito de estas instrucciones es ayudar a los postulantes a preparar el Informe de Postulación de manera tal que provean suficiente información, real y objetiva para el proceso de evaluación.

- Revisar y estudiar minuciosamente la Guía de postulación del RMP 2015.
- Formar equipos, para analizar y responder el Perfil de la mejor práctica y los distintos criterios y contenidos.
- Llenar la Información de la organización.
- Leer la guía COMPLETA antes de proceder a dar las respuestas.
- Donde aparezca el campo remarcado de la siguiente manera , deberá de ingresar la información solicitada.
- Desarrollar el Perfil de la mejor práctica de forma clara y completa.
- Responder cada subcriterio de manera completa. Desarrollar todas las áreas de análisis de tal manera que permita visualizar toda la información de la mejor práctica postulada. Por cada subcriterio se debe de especificar las evidencias de forma clara. Las respuestas a los Subcriterios son evaluadas considerando los requerimientos de los subcriterios del Criterio.
- Si algún área de análisis no es pertinente a la mejor práctica, provea una breve declaración explicando por qué, esa área no es aplicable.
- Para efectos de la presentación del informe tener en cuenta las indicaciones que aparecen en las páginas 24 y 25 de la Guía (**4.6 Lineamientos para la preparación del Informe de Postulación**).
- En el informe de Postulación la respuesta a los criterios no debe exceder de 30 páginas, y se deberá imprimir en ambas caras de cada hoja tamaño carta, manteniendo la hoja en blanco inicial, el espacio simple, y los márgenes de página de acuerdo a **Lineamientos para la preparación del Informe de Postulación páginas 24 y 25**. Todo texto debe tener orientación vertical. Los anexos (gráficos, figuras y tablas) pueden tener orientación vertical u horizontal y deberán tener un tamaño legible (la información ilegible no será tenida en cuenta).
- **Antes de imprimir este Informe de Postulación elimine las hojas de instrucciones, la carátula de la guía, los comentarios o notas que presente los diferentes criterios y subcriterios, y las preguntas asociadas a cada ítem, sólo deberán quedar los títulos y respuestas a cada ítem con su numeral correspondiente, por lo que las respuestas deben ser lo suficientemente claras para que puedan entenderse sin necesidad de leer la pregunta.**
- Todas las páginas deben estar numeradas de forma correlativa, incluyendo los gráficos, figuras y tablas.
- La organización deberá presentar **7 ejemplares originales impresos del informe de postulación**, solo un ejemplar debe contener la información reservada por ES Calidad (Anexo No.3, apartado 7)
- También debe **presentar 2 ejemplares en formato electrónico (CD)**: uno con el Informe de Postulación completo y otro ejemplar que excluya la información confidencial, si la hubiere,



ya que si la mejor práctica resulta ganadora, este ejemplar será publicado en la página Web de ES Calidad).

Hoja Informativa, no se considera como parte del contenido del Informe de Postulación.



**POSTULACIÓN AL
RECONOCIMIENTO A LAS MEJORES PRÁCTICAS 2015**

**PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN
EL
HOSPITAL NACIONAL DEPARTAMENTAL SAN
PEDRO, USULUTÁN.**

**CATEGORÍA: EMPRESA PÚBLICA DE SERVICIOS DE SALUD, CATEGORÍA GRANDE, ÁREA TÉCNICA.
Página 23 - Guía RMP 2015**

NOVIEMBRE/2015



CONTENIDO

Página

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN.....	
INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN.....	
PERFIL DE LA MEJOR PRÁCTICA.....	
GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIACIONES.....	

RESPUESTAS A LOS CRITERIOS Y SUBCRITERIOS

CRITERIO 1: LIDERAZGO Y COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN.....	
CRITERIO 2: IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA.....	
CRITERIO 3: GESTIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA.....	
CRITERIO 4: GESTIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO.....	
CRITERIO 5: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA.....	
CRITERIO 6: RESULTADOS DE LA MEJOR PRÁCTICA.....	
CRITERIO 7: SOSTENIBILIDAD Y MEJORA.....	
ANEXOS.....	



DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN
Página 29 Guía RMP 2015

Declaramos que conocemos la Guía del Reconocimiento a las Mejores Prácticas, correspondiente al año 2015 y al presentar nuestra postulación nos sometemos a ellas de manera irrevocable. Asimismo aceptamos el carácter inapelable de las decisiones del Jurado.

Declaramos que son ciertos la información y los datos proporcionados en el Informe de Postulación.

Entendemos que la postulación será revisada por los miembros del Equipo Evaluador. Si nuestra organización fuera seleccionada para ser visitada, aceptamos recibir dicha visita y otorgar facilidades para que los evaluadores realicen una evaluación detallada e imparcial.

Aceptamos pagar las cuotas y los gastos que nos corresponden con arreglo a lo estipulado en la presente Guía.

Si nuestra postulación resulta ganadora aceptamos mantener absoluta confidencialidad al respecto hasta ser anunciado oficialmente por ES Calidad, así como compartir información con otras organizaciones en la forma establecida en la Guía.

Nombre completo: Dr. Alfredo Enrique
González
Cargo: Director Hospitalario
(Representante Legal)

Nombre completo: Lic. Roberto
Armando Romero
Cargo: Asesor Jurídico Institucional
(Representante Legal)



INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN

Página 30 Guía RMP 2015

1. Información de la organización

Hospital Nacional San Pedro de Usulután, Final calle Dr. Federico Penado, salida a San Salvador.

Teléfonos: 26338826, Fax: 26338832, E-mail: alfredo_gonza@yahoo.com.

Somos un hospital nacional departamental de segundo nivel donde se atienden referencias de establecimiento de primer nivel de atención y hospitales municipales, definido como establecimiento categorizado para la atención de usuario/a en la áreas de: Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización para pacientes de bajo, mediano y alto riesgo según capacidad resolutive, se cuenta con especialidades básicas: Cirugía General, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Pediatría con algunas subespecialidades, así como los servicios de apoyo necesarios (Fuente: Manual de Organización y funciones Hospital Nacional San Pedro.

El Hospital Nacional San Pedro (HNSP) es parte de la Micro Red Integral e Integrada de Servicios de Salud Usulután (RIISS Usulután) conformada por 26 municipios, 23 de Usulután (Usulután, Alegria, Berlin, California, Concepción Batres, El Triunfo, Ereaguayquin, Estanzuelas, Jiquilisco, Jucuarán, Mercedes Umaña, Nueva Granada, Ozatlan, Puerto El Triunfo, San Agustín, San Dionisio, San Francisco Javier, Santa Elena, Santa María, Santiago de María y Tecapan; y 3 del Departamento de San Miguel (El Tránsito, San Jorge y San Rafael Oriente), con una población total del área geográfica de influencia de 367,745.

2. Categoría a la que postula

Empresa pública de servicios de salud, categoría Grande-Área técnica

3. Nombre de la Mejor Práctica

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DEPARTAMENTAL SAN PEDRO, USULUTÁN.

4. Nombre de los integrantes del equipo de la Mejor Práctica



Dr. Alfredo Enrique González	Director Hospitalario
Dr. Manuel Alexander Alemán Cristales	Jefe de la UOC
Dr. Carlos Mario García	Jefe de la División Médica
Dr. Miguel Ángel Manzano	Asesor de Medicamentos
Dra. Nancy Carolina Figeac	Jefe de Anestesia
Licda. Luzmila Arguera	Enfermera Jefe de Sala de Operaciones
Licda. Ermelinda Rodríguez	Jefe de Enfermería
Lic. José Fidel Chicas	Jefe de ESDOMED

5. Representante Oficial de la organización y alterno

CONTACTO DESIGANDO PARA EL RECONOCIMIENTO

Nombre: Dr. Alfredo Enrique González

Cargo: Director Hospitalario

Teléfono: 7854-7849

Anexo

Fax: 2633-8832

Correo Electrónico: alfredo_gonza@yahoo.es

CONTACTO ALTERNO PARA EL RECONOCIMIENTO

Nombre: Dr. Carlos Mario García

Cargo: Jefe de Sala de Operaciones

Teléfono: 2624-7143

Anexo

Fax: 26338832

Correo Electrónico: drcarlosmario@gmail.com

6. Miembros de la Alta Dirección

Ejecutivos	Cargo
Dra. Elvia Violeta Menjivar	Ministra de Salud
Dr. Julio Oscar Robles Ticas	Vice Ministro de Salud
Dr. Eduardo Espinoza	Vice Ministro de Política Sectoriales
Dr. Luis Enrique Fuentes Arce	Director Nacional de Hospitales
Dr. Alfredo Enrique González	Director de Hospital Nacional San Pedro



7. Información Reservada para ES Calidad (debe ir en un solo ejemplar)

a) Lista de competidores

Unidad Médica ISSS Usulután
Bienestar Magisterial Usulután
Clínicas Privadas

b) Relación de los principales clientes/ciudadanos

Dentro de las 10 principales causas de consulta de emergencia del Hospital Nacional San Pedro, las atenciones relacionadas con embarazo y parto se ubican en primer lugar, seguido por otras atenciones por vías urinarias y otros traumatismos de regiones diversas.

c) Nombre de la organización que efectúa la auditoría financiera

Corte de Cuentas de la Republica

Auditoria Interna de MINSAL

Firma__

Nombre completo
Cargo **Representante Legal**



PERFIL DE LA MEJOR PRÁCTICA



P.1 Descripción de la Mejor Práctica

a. Objetivo de la Mejor Práctica

Implementar la unidad de cirugía mayor ambulatoria para mejorar la calidad de atención de los pacientes que necesitan cirugía sin hospitalización, reducir la ocupación de camas hospitalarias y reducir los costos en la hospitalización en pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos en el HNSP desde enero 2012 a la fecha.

b. Período de ejecución (Inicio y finalización)

El proyecto de Mejor Practicas se inició en enero 2012 con la fase de planificación. En el mismo mes se inició la fase de ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades así como la retro alimentación de resultados finalmente se institucionalizó a partir de junio de 2012 y posteriormente se ha continuado con la evaluación del mismo hasta la fecha.

c. Diagnóstico Inicial

Durante los meses de octubre y noviembre 2012 siguiendo lineamientos de Proyectos de Planificación del MINSAL se programaron y se realizaron 390 cirugías ambulatorias. Para en diciembre 2014 siguiendo el lineamiento de planificación se programó el 5% más de las cirugías realizadas en el 2014.

d. Metodología utilizada

PROCESO A SEGUIR EN PACIENTES PARA CIRUGÍA AMBULATORIA

1. Selección y Programación

- a. Selección del paciente por parte del cirujano con consentimiento informado y programación en libro de cirugías especificando que se hará dentro del programa.
- b. Anotar en libro de cirugía ambulatoria de Consulta Externa, el mismo día de la programación.
- c. Exámenes y evaluaciones preoperatorias pertinentes.
- d. Orientación por parte de enfermería de los pasos a seguir.
- e. Solicitud de donantes a pacientes sin importar tipo de cirugía.
- f. Evaluación por Anestesiología, Psicología (si es necesario) y Trabajo Social.

2. Recepción.

- a. Paciente se presentará al área de cirugía ambulatoria, 1er. Nivel, para su preparación por parte de enfermería, a las 6 a.m.



- b. Médico encargado de cirugía ambulatoria realizará ingreso de paciente y colocará indicaciones necesarias para la realización del procedimiento.
- c. Paciente será trasladado al quirófano.
- d. Se cumplirá pre medicación anestésica indicada previamente.

3. Intervención.

- a. Todos los procedimientos programados serán realizados en horas de la mañana. De las 7 a las 1 pm (Pacientes sometidos a anestesia se programan antes de las 9 am)

4. Recuperación y alta.

- a. Todos los pacientes serán evaluados por parte de médico y anestesiología a través de la escala de Aldrette para indicar alta.

5. Seguimiento postoperatorio.

- a. Todos los pacientes serán evaluados 8 días posteriores al procedimiento quirúrgico por el cirujano que lo realizó.
- b. Se deriva a unidad comunitaria de salud familiar de procedencia para su seguimiento.

e. Principales Actividades Realizadas

Revisión de bibliografía: Se procedió a revisar “Lineamientos técnicos sobre cirugía mayor ambulatoria para conocer los diferentes procedimientos que podían realizarse, como cirugía mayor ambulatoria. Así mismo **se visitó el Hospital Benjamín Bloom** para conocer su experiencia en esta área; Se sostuvieron **reuniones administrativas** para socializar el proyecto con todo el personal de sala de operaciones y organizar el área física, gestión de equipos, insumos, medicamentos y personal, se realizó una **reunión con el equipo médico** con el objetivo de reestructurar las horas médico cirujanos disponibles a fin de darle mayor prioridad a la realización de las cirugías ambulatorias sin afectar los demás procedimientos que requerían hospitalización, **se gestionó ante la ONG fundación “Izote” el apoyo económico**, para lo cual se obtuvo una donación para la contratación de dos recursos de enfermería para fortalecer la capacidad de sala de operaciones, como no se disponía del equipamiento para el quirófano exclusivo para cirugía ambulatoria, se inició la operativización del proyecto en los quirófanos centrales ya que solo se disponía de la infraestructura.

f. Resultados Obtenidos

Para efecto de evaluación se tomó como base el año 2012, con un porcentaje de ocupación del servicio de cirugía general del 89%, en el 2013: 108%, 2014: 125%, logrando reducirlo a 117% hasta octubre del 2015, Con respecto a la cantidad de cirugías mayores ambulatorias, se han incrementado durante el periodo 2012-2015, en un 72% en los últimos 4 años, siendo mayor el incremento del 2014 al 2015 (SPME), cabe mencionar



que en este periodo se incrementó la demanda de ingreso, cobertura y ampliación de la oferta quirúrgica.

Porcentaje de ocupación (2012-2015)

Servicio	2012	2013	2014	2015
Medicina Interna	138	138	132	132
Cirugía General	89	108	125	117
Neonatología	95	98	100	91
Pediatría	85	117	103	140
Ginecología	69	65	46	36
Obstetricia	128	138	165	164
Total	108	121	126	130

FUENTE: Sistema de programación, monitoreo y evaluación de actividades hospitalarias (SPME)

Cantidad de cirugía mayor ambulatoria (2012-2015)

2012			2013			2014			Octubre 2015		
Prog	Realiz	%	Prog	Realiz	%	Prog	Realiz	%	Prog	Realiz	%
480	390	81%	480	355	74%	500	434	87%	450	503	112%

FUENTE: Sistema de programación, monitoreo y evaluación de actividades hospitalarias (SPME)

Costo por Egreso (\$) (2012-2015)

2012			2013			2014			2015			Total		
Costo	Cir	Ahorro	Cos	Cir	Ahorro	Cos	Cir	Ahorro	Costo	Cir	Ahorro	Costo	Cir	Ahorro
347	390	135,330	347	355	123,185	347	434	150,598	347	503	174,544	347	1682	583,654

FUENTE: Cuadro N° 2 (WINSIG)

Análisis: Durante el periodo analizado (2012-2015), se han realizado 1682 Cirugías ambulatorias, reduciendo los costos en \$583,654.

g. Implantación y Sostenibilidad de la Mejor Práctica

Las actividades previstas por el equipo para garantizar la sostenibilidad, están contempladas en el protocolo de cirugía ambulatoria, el monitoreo de los indicadores de las actividades y evaluación diseñadas para la ejecución del proyecto, a través de las reuniones sostenidas con el personal operativo involucrado (sala de operaciones, anestesia y división médica).

La socialización de la experiencia y los resultados de las buenas practicas al personal, han abonado al empoderamiento y motivación sobre el proyecto de tal forma que se garantice la continuidad del mismo.



Dado que el proyecto carece de orientación política y se encuentra alineado con los lineamientos del MINSAL asegura que aunque existan variaciones en el entorno político, socioeconómico y medioambiental, la sostenibilidad del proyecto, está asegurada ya que es un proyecto de estado.

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIACIONES

Página 26 Guía RMP 2015

- **CMA:** Cirugía Mayor Ambulatoria
- **WINSIG:** Sistema de costeos
- **SPME:** Sistema de programación, monitoreo y evaluación de actividades hospitalarias
- **CIR:** Cirugía
- **ONG:** Organización no gubernamental
- **RIISS:** Redes integradas e integrales de los servicios de salud de diferente capacidad resolutiva.
- **Hospital Departamental de segundo nivel:** Es el establecimiento de salud que se encuentra ubicado en la cabecera departamental, excepto San Salvador y que esta categorizado para la atención de usuarias/as en sus áreas de emergencias, consulta externa y hospitalización de moderado riesgo.
- **HNSP:** Hospital nacional San Pedro
- **MINSAL:** Ministerio de Salud.
- **SINMOW:** Sistema de Morbimortalidad en línea.
- **Cirugía mayor ambulatoria:** Es la cirugía mayor en la cual no se ingresa al usuario, ni se compromete la seguridad personal del paciente, reduciendo los costos y la ocupación de camas.



Criterio 1

LIDERAZGO Y COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

Página 12 Guía RMP 2015



1.1 Liderazgo para promover la mejor práctica

Página 12 Guía RMP 2015

1.1. (1) ¿De qué manera la alta dirección promueve la implementación de mejores prácticas?

La alta dirección decidió apoyar la iniciativa del comité de la calidad del hospital San Pedro, en vista de mejorar diversas situaciones relacionadas con la calidad de atención del paciente con menores costos sin afectar la seguridad del mismo.

1.1. (2) ¿Cómo la alta dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor práctica?

Se otorgaron facilidades para las reuniones de planificación, monitoreo y evaluación, así como el apoyo en la gestión del financiamiento para la contratación de dos recursos de enfermería.

La alta dirección facilitó el apoyo técnico de los monitores hospitalarios en el tema de la cirugía ambulatoria para ampliar la cobertura de la cirugía mayor. Para asegurar el desarrollo de las diferentes etapas del proyecto, se aprovechó la reestructuración de personal nombrando un jefe de división médico-quirúrgica quien se le delegó y autorizó la autonomía necesaria para la convocatoria de reuniones, diseño de los instrumentos de evaluación y monitoreo del proyecto.

1.1. (3) ¿Cómo la alta dirección empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la mejor práctica?

Nombrando un jefe de división médico-quirúrgica quien se le delegó y autorizó la autonomía necesaria para la convocatoria de reuniones, diseño de los instrumentos de evaluación y monitoreo del proyecto.

1.1. (4) ¿Cómo la alta dirección da a conocer la mejor práctica a toda la organización?

En reunión administrativa realizada en la dirección hospitalaria a las diferentes jefaturas, se presentó el proyecto de la mejor práctica.

1.2. Apoyo para el desarrollo e implantación de la mejor práctica

Página 12 Guía RMP 2015



- 1.2 (1) ¿Cómo apoya la alta dirección el desarrollo y la implantación de la mejor práctica? Puede incluir la asignación de una partida en el presupuesto de gastos, de personal y de recursos tales como capacitación, útiles, equipo e infraestructura.

El trabajo en el hospital proporciona la oportunidad de realizar el proyecto de calidad, motivación de la región oriental de salud a la postulación del proyecto al premio de calidad, el cual fue avalado y apoyado por la dirección del hospital San Pedro, Se asignó un espacio físico para la CMA, se gestionó apoyo financiero a la fundación “IZOTE” para reforzar el personal de sala de operaciones con la contratación de dos enfermeras y adecuación del área física e infraestructura, el resto de la inversión en el proyecto se realiza con presupuesto ya asignado al hospital.

- 1.2. (2) ¿Qué medios utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor práctica?

Gestión de compra de equipo e insumos médicos para aumentar la cirugía laparoscópica, motivación al personal, incentivos no económicos (reconocimientos al personal involucrado), flexibilización de horarios, acompañamiento expreso de la alta dirección y la disposición del director a escuchar sugerencias del personal.

- 1.2.(3) ¿Cómo la alta dirección generó compromiso de las jefaturas y líderes del equipo para el desarrollo de la mejor práctica?

En reuniones administrativas celebradas en la dirección con las jefaturas de anestesia, cirugía y enfermeras, se expuso el problema y se logro el apoyo de las jefaturas involucradas al explicarles las bondades del proyecto.

1.3 Reconocimiento a equipos de trabajo

Página 12 Guía RMP 2015

- 1.3.(1) ¿Qué políticas e incentivos aplica la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes de equipos que desarrollan mejores prácticas?

Se ha logrado el trabajo en equipo mediante la participación voluntaria del personal a quienes se les ha motivado y se ha estimulado a travez de incentivos no económicos



como el reconocimiento al personal, escuchar propuestas de mejora, atención inmediata de demandas.

1.3(2) ¿Cómo la organización reconoce a cada miembro de los equipos y su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en las mejores prácticas?

Los integrantes del comité de gestión del Hospital Nacional San Pedro consideran un reconocimiento al trabajo realizado el contar con el apoyo para someter el proceso de mejora a la postulación del reconocimiento de las mejores practicas está permitido el trabajo en equipo en beneficio del usuario mejorando la atención del usuario y se les reconoció por escrito a todo el equipo de trabajo por el esfuerzo realizado.



Criterio 2

IDENTIFICACIÓN Y ANALISIS DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA
Página 13 Guía RMP 2015



2.1 Identificación y selección de la oportunidad de mejora

Página 13 Guía RMP 2015

2.1. (1) ¿Cómo se identificaron las oportunidades de mejora o problemas a resolver?

Con el objetivo de reducir los días de hospitalización de los pacientes operados que en los programas de cirugía tradicional requería que los pacientes ingresaran un día antes de la intervención, permaneciendo internados posteriormente 3 o 4 días, por lo cual se expone a que el paciente contraiga enfermedades nosocomiales por estar en contacto con otras patologías así mismo con el objetivo de reducir al máximo las listas de espera para programación de cirugías electivas; facilitar la incorporación temprana del paciente a su entorno natural y reducir los costos hospitalarios y garantizar la mayor eficiencia de los recursos con los que dispone, se diseñó el programa de cirugía ambulatoria como una medida para solucionar estos problemas sin que esto signifique una sobre carga laboral al personal.

2.1. (2) ¿Cuáles fueron los parámetros para priorizar la oportunidad de mejora?

Altos costos por egresos por pacientes ingresados por servicio de cirugía general, el cual estaba alrededor de \$357 por paciente ingresado sin tomar en cuenta el procedimiento en el servicio de cirugía, el cual se reduce con el programa de cirugía ambulatoria ya que el paciente no se ingresa al servicio; largos tiempos de espera en lo cual el paciente tenía que esperar por lo menos 79 días desde la fecha que pasaba su consulta hasta el día que realizaran su intervención, días de estancia de pacientes ingresados por lo menos de 3 días, lineamientos de nivel central que ordenaban que en la planificación de actividades se incorporara la cirugía electiva ambulatoria, facilidades de ejecución del proyecto ya que se disponía de quirófanos debidamente equipados y con personal capacitado.

2.1. (3) ¿Cómo se proyectó el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora? *Considerando por ejemplo:* impacto en la satisfacción del ciudadano/cliente, empleados, medio ambiente, proveedores y aliados estratégicos; costo beneficio, procesos internos, rentabilidad, y desempeño del personal.

Impacto en la satisfacción del usuario: Con la ejecución del programa de cirugía electiva ambulatoria se logra la satisfacción del usuario reduciendo el tiempo de hospitalización y el paciente vuelve rápidamente a su entorno natural disfrutando los cuidados y atenciones de su familia en su lugar de residencia.

Impacto económico: Se eliminan los costos de hospitalización porque el paciente no es ingresado y se incurre en los costos propios de la intervención con lo cual se logra economizar los recursos sin exponer innecesariamente la seguridad personal del paciente.

Satisfacción al personal: la ejecución del proyecto no significa un recargo de trabajo en el personal.



2.2. Recolección y análisis de la información

Página 13 Guía RMP 2015

- 2.2. (1) ¿Cómo recolectó, clasificó, consolidó, analizó y utilizó la información necesaria para el desarrollo y ejecución de la mejor práctica?

La información necesaria para la ejecución del proyecto se obtuvo a través de la investigación de los problemas detectados por diversas jefaturas del Hospital en concenso con los integrantes del comité de calidad se decidió ejecutar el proyecto de cirugía electiva ambulatoria como prioridad, se llevan registros de los pacientes intervenidos con el proyecto de la cirugía electiva ambulatoria en el cual se detalla nombre del usuario, fecha, número de expediente y el tipo de cirugía realizada por médico, se analizó el promedio de día de estancia de paciente, porcentaje de ocupación alto en todas las especialidades, se amplió y reorganizó el horario de cirugías, revisión de proyectos de otros centros para la implementación en nuestro entorno.

- 2.2. (2) ¿Qué herramientas utilizó el equipo para la recolección y análisis de la información?

La pertinencia de la utilización de las herramientas se basó en la utilidad práctica en cada una de ellas, lluvia de ideas, fácil y práctica.

ISHIKAWA: es una herramienta que permite realizar un análisis general de los problemas de salud entorno en los recursos humanos que intervienen en el proceso, análisis de los cumplimientos de protocolo y norma de atención de los recursos materiales económicos.

El Análisis de la información se realiza a través de indicadores diseñados para ese propósito.

- 2.2. (3) ¿Cómo seleccionó las fuentes de datos y verifica su confiabilidad? Facilite información que corrobore, y de elementos que respalden su respuesta (muestras, encuestas, mediciones, opinión de expertos, entre otros.)

Las fuentes de datos donde se obtuvo la información son **aprobadas por el MINSAL (WINSIG, SIMMOW)** fuentes accesibles y disponibles.

Libros de Sala de operaciones en el cual se registran los usuarios operados en el programa el cual es revisado periódicamente por el jefe de la División Quirúrgica.

- 2.2. (4) ¿Cómo determinó y cuál es la brecha existente entre la situación actual y la situación deseada?



Se determinó tomando en cuenta la cantidad de cirugías electivas ambulatorias realizadas y las que según los lineamientos de programación debían realizarse (del 30% solicitada).

Criterio 3

GESTIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA

Página 14 Guía RMP 2015



3.1 Planificación de la Mejor Práctica

Página 14 Guía RMP 2015

- 3.1. (1) ¿Cómo la mejor práctica está orientada con la visión, misión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

El programa de cirugía electiva ambulatoria esta orientada con lineamientos recibidos de planificación del MINSAL en el cual debían de diseñarse objetivos y actividades para la implementación del proyecto de cirugía ambulatoria así mismo esta orientado con la estrategia de lograr la satisfacción del usuario reduciendo la permanencia en los servicios de hospitalización sin poner en riesgo la seguridad personal del usuario, esta orientado con la reducción de los costos hospitalarios.

- 3.1. (2) ¿Cómo la organización seleccionó al equipo de trabajo para el desarrollo de la mejor práctica?

Para selección del equipo se tomaron en cuenta criterios entre los cuales se mencionan:

1- Equipo multidisciplinario 2- Personal de salud comprometido con la satisfacción del usuario recursos tomadores de decisión en el área de trabajo. 3- Recursos comprometidos con lograr la mejora continua de la calidad en la prestación de servicios de salud hospitalarios.

Mediante la conformación del equipo conformado por diversas disciplinas que están en contacto con la atención al usuario se ha logrado la conformación de un equipo con responsabilidad en la mejora continua de la calidad.

- 3.1. (3) ¿Cuáles son los objetivos definidos para la mejor práctica?

OBJETIVO GENERAL.

Contribuir con la garantía de la calidad de atención de los pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos sin hospitalización, disminuir la estancia hospitalaria y reducir los costos de hospitalización en pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Garantizar una mayor eficiencia de los recursos con los que se cuenta.
2. Lograr la reincorporación temprana del paciente a su familia y la sociedad.
3. Permitir una adecuada rotación de camas hospitalarias.

- 3.1. (4) ¿Cómo se definió el plan de trabajo, cómo se asignó a los responsables a cada actividad y cuál es el mecanismo de control y seguimiento utilizado para el logro



de los objetivos planteados a fin de reducir la brecha identificada? Mostrar indicadores utilizados.

Se realizó, reuniones con la dirección, jefaturas y personal involucrado asignando funciones y responsabilidades para personas específicas en un periodo establecido, así como la asignación al seguimiento de actas, monitoreos y evaluaciones.

3.1. (5) ¿Cuál fue el presupuesto de la mejor práctica y cómo se financió?

Actividad	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Fotocopias	100	\$ 0.05	\$ 5 XX
Papel Bond tamaño carta	5	\$ 3.50	\$ 17.50 XX
Contratación de Enfermeras	2	\$ 500.02	\$ 1000 X
Acomodación del área física	1	\$ 5,000	\$ 5,000 XX

X \$ 1000 mensuales financiadas por la Fundación "Izote"

XX Fondos Propios

3.2. Implantación de la mejor práctica

Página 14 Guía RMP 2015

3.2. (1) ¿Cómo se implementó la mejor práctica? Explique en detalle los pasos, etapas o estrategias desarrolladas. Destaque el uso de herramientas de calidad y/o de gestión utilizadas.

Para lograr la colaboración y apoyo del personal de salud y personal claves para el éxito del proyecto se realizaron las siguientes intervenciones: 1- Socialización del proyecto al personal de anestesia y sala de operaciones. 2- Socialización de lineamiento para cirugía electiva ambulatoria con los cirujanos. 3- Socialización de los tiempos de espera para cirugía con el cirujano, involucramiento de los especialistas en la definición de tipo cirugía que se iban a realizar. 4- Redistribución de los horarios de los cirujanos. 5- Apertura de horas quirófanos exclusivas para cirugía ambulatoria. 6- Monitoreo y evaluación de la ejecución del proyecto. 7- Durante el último año habilitación del espacio físico asignado para la cirugía ambulatoria. 8- Evaluación de la atención recibida mediante encuestas de opinión.



- 3.2. (2) ¿Cómo el equipo identificó y gestionó la participación de otras áreas de la organización y/o partes interesadas para el logro de los objetivos de la mejor práctica?

En reunión administrativa de la dirección con representantes de sala operaciones y anestesia así como también otras disciplinas, se presentó el proyecto de mejora continua explicando los objetivos que habían de lograrse así como la necesidad de involucrarse en los mejores resultados del proyecto.

- 3.2. (3) ¿Qué dificultades identificó el equipo para la implantación de la mejor práctica y que acciones realizaron para superarlas?

1-Limitadas disponibilidad de recursos de enfermería y anestesia, lo cual se solucionó mediante el apoyo financiero de la Fundación “Izote” para la contratación de 2 recursos de enfermería.

2-Falta de infraestructura y equipo: Falta de lámpara cielítica, mesa quirúrgica, máquina de anestesia, inicialmente se superó utilizando equipo de otro quirófano, actualmente se espera la entrega de equipos, la cual ya está asignada de parte del MINSAL en calidad de propiedad del hospital.

3.3 Control y Seguimiento

Página 14 Guía RMP 2015

- 3.3. (1) ¿Cómo realizó el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor práctica? Explique cómo se aseguró el cumplimiento de los plazos, el uso eficiente de recursos, el desempeño de participantes previstos para el desarrollo de la mejor práctica, entre otros.

En todo momento la dirección fue informada a través de reuniones informativas de la marcha del proyecto conociendo los resultados, las limitaciones y como solventar estas limitaciones, al aumentar las cirugías ambulatorias se liberó horas quirófano las cuales se pueden dedicar a las cirugías de mayor complejidad y de emergencia. Los resultados del proyecto se fueron midiendo mediante la verificación del incremento en el número de cirugías ambulatorias realizadas mensualmente y en el análisis de los indicadores hospitalarios.

- 3.3. (2) ¿Cómo el equipo aseguró la adopción de medidas ante las desviaciones encontradas en la mejor práctica y qué medidas tomó para prevenir que no vuelvan a suceder?



La mayor desviación del proyecto se debió a que el área asignada para este proyecto no estaba habilitada; Lo cual se superó utilizando los quirófanos centrales rotando equipos de otros quirófanos y de esta manera no suspender las cirugías ambulatorias programadas. Otro factor fue la falta de anestésicos generales inhalados (Sevoflurane) lo cual fue superado mediante la gestión la transferencia de otros hospitales y compra por libre gestión del anestésico en mención. Dificultades para la comprensión del proceso de atención del programa de cirugía mayor ambulatoria por parte del personal involucrado y pacientes, (Paciente se presenta al servicio y no a sala de operaciones, no asiste a su evaluación anestésica), Resistencia inicial del personal médico involucrado, falla en coordinación entre área de estadística y otras áreas como sala de operaciones y consulta externa. Para prevenir estas dificultades se impartieron charlas de sensibilización al personal y pacientes por parte de las jefaturas médicas y de enfermería y reuniones de retroalimentación del proceso de atención.

3.4. (3) ¿Cómo se aseguró el equipo que la participación de otras áreas y/o partes interesadas fuera efectiva para el logro de los propósitos esperados?

El acompañamiento de otras áreas no involucradas en el proyecto se logró mediante la socialización del proyecto al personal de estadística y documentos médicos.

3.4. (3) ¿Cómo el equipo realizó la evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al aplicar la mejor práctica?

Se realizó mediante informes de sala de operaciones acerca de la cantidad de cirugías realizadas, así como del monitoreo del registro de las cirugías que se anotan en el respectivo libro, discutiéndolos en reuniones administrativas revisando los indicadores de gestión y la evaluación de la PAO hospitalaria mensualmente.



Criterio 4

GESTIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

Página 15 Guía RMP 2015



4.1. Integración del equipo de trabajo

Página 15 Guía RMP 2015

- 4.1. (1) ¿Cómo la organización aseguró la integración y el desempeño de los miembros del equipo de trabajo?

La integración del equipo se logro mediante:

- Socialización de la situación encontrada.
- Socialización del proyecto mejora de la calidad para superar las deficiencias encontradas.
- Delimitación de funciones y responsabilidades de los integrantes del equipo.
- Seguimiento de las responsabilidades y funciones.

- 4.1. (2) ¿Cómo la organización aseguró la generación de sinergias en el equipo de trabajo y cómo éstas contribuyen al desarrollo de la mejor práctica?

Para lograr la colaboración y apoyo del personal hospitalario y asegurar el éxito del proyecto se sostuvieron reuniones de la dirección con el equipo para el cumplimiento de las funciones, Formulación y socialización del protocolo de atención en el cual se involucra desde el personal de consulta externa, estadística hasta el personal que interviene directamente en la cirugía ambulatoria.

4.2. Desarrollo del equipo de trabajo

Página 15 Guía RMP 2015

- 4.2. (1) ¿Cómo el equipo de trabajo realizó la mejor práctica considerando las competencias de sus integrantes?

El equipo de trabajo se integró por personas de diferentes disciplinas que tienen experiencia en el trabajo que realiza las actividades en el desempeño de sus funciones.

- 4.2. (2) ¿Cómo el equipo de trabajo evaluó sus conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor práctica? Mencione las actividades de fortalecimiento de las competencias que gestionó el equipo para el desarrollo de la mejor práctica.

El personal que participó en la ejecución del proyecto fue evaluado a través del perfil académico de cada uno de ellos así como la experiencia y tiempo de trabajo y específicamente en el área donde desarrollan sus funciones sin embargo hubo necesidad de hacer algunas capacitaciones

- Capacitación sobre protocolo al personal de enfermería y administrativo.



- Capacitación al personal de anestesia para el reconocimiento de los signos de recuperación pos anestésica (Técnica de Aldrete).
- Capacitación al personal de enfermería de sala de operaciones para el llenado de papelería hospitalaria.
- Capacitación a los médicos residentes sobre protocolo de atención.
- Observación directa del proceso de atención en Hospital Benjamín Bloom por el equipo involucrado.

4.2. (3) ¿Qué control y seguimiento utilizó el equipo de trabajo para asegurar su efectividad en el desarrollo de la mejor práctica?

Dotación de insumos médicos y materiales en forma oportuna, abastecimiento adecuado de medicamentos, mantenimiento preventivo de la infraestructura, asegurar la cobertura adecuada de especialista para el proceso de atención y resolución inmediata de las limitaciones detectadas y adecuación y habilitación del espacio físico.



Criterio 5

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN DE LA MEJOR PRÁCTICA
Página 16 Guía RMP 2015



5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica

Página 16 Guía RMP 2015

- 5.1. (1) ¿Qué iniciativas realizó la organización para generar aprendizajes a partir de la mejor práctica?

En el inicio del proyecto se tenían leves indicios de la formulación de un proyecto de la mejor practica, se aplico una metodología auto didáctica, reforzada con el intercambio de experiencia por parte de los integrantes del equipo de trabajo, tratando de unificar criterios.

Durante el abordaje del proyecto se tomo en consideración la capacitación del comité de calidad del hospital en diferentes herramientas como la lluvia de ideas y el diagrama de HISHIKAWA.

En la ejecución del proyecto se identificó la necesidad de capacitar al equipo en los diferentes temas como: Lineamientos técnicos para la cirugía electiva ambulatoria.

En el marco de las actividades desarrolladas se dio a conocer la situación de los servicios de hospitalización haciendo énfasis en los días de espera para cirugía electiva, porcentaje ocupación de los servicios de hospitalización y días de estancias de los pacientes ingresados.

El equipo de trabajo no recibió capacitación sistémica, lo único que se obtuvo acompañamiento de los monitores de hospitales de la región oriental de salud.

- 5.1. (2) ¿Cómo la organización y el equipo incorporó las experiencias y lecciones aprendidas para la creación de nuevas prácticas? Destacar los elementos de innovación generados de la mejor práctica?

Con la formación, diseño y ejecución de la mejor practica adoptada se ha aprendido de que siempre existen formas más eficientes y efectivas de realizar el trabajo en los hospitales, cada día surgen nuevas formas de combinación de insumos, procesos y resultados para mejorar la atención hospitalaria al usuario, así mismo se han permitido la mejora en la atención oportuna en el proceso de la cirugía electiva ambulatoria.

5.2 Gestión de la innovación en la mejor práctica

Página 16 Guía RMP 2015

- 5.2. (1) ¿Qué consideró el equipo para generar elementos de innovación en la mejor práctica?

Se consideró en primer lugar la satisfacción de usuario, en segundo lugar la prestación del servicio a menor costo y sin exponer la seguridad personal del usuario y con los mismos recursos, sin exponer al recurso del hospital, se introduce la cirugía laparoscópica como cirugía ambulatoria y se pretende realizar cirugías de hernias con



anestesia local (esto en parte gracias a capacitaciones recibidos promovidas por el MINSAL).

5.2. (2) ¿Cómo el equipo de trabajo utilizó la innovación de la mejor práctica para agregar valor y mejorar el desempeño de la organización?

A través de la utilización de la mejor práctica se ha beneficiado la satisfacción del usuario ya que se le practica la cirugía electiva programada en condiciones seguras, ágiles, a bajo costo y que el usuario tiene la posibilidad de regresar rápidamente reincorporarse al entorno habitual.

La motivación de parte del personal involucrado al sentirse que es capaz de mejorar la atención al usuario con los mismos recursos y materiales con los que se dispone.

Disminuyendo el periodo de estancia de los pacientes con la cirugía laparoscópica así mismo la reversión de las listas de espera para cirugía electiva.



Criterio 6

RESULTADOS DE LA MEJOR PRÁCTICA

Página 17 Guía RMP 2015



6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional

Página 17 Guía RMP 2015

- 6.1. (1) ¿Cuál es la reducción de la brecha identificada durante la planificación y después de aplicar la mejor práctica?

Para el año 2013 se realizaron 355 cirugías electivas ambulatorias y según los lineamientos debían de programarse un incremento del 5% además de lo realizado, lo que significaba una brecha de 18 cirugías electivas ambulatorias a realizar lo cual fue superado, realizando 434 cirugías durante el año 2014 y 503 hasta el tercer trimestre del 2015.

- 6.1. (2) ¿En qué aspectos ha mejorado la eficacia/eficiencia organizacional al implementar la mejor práctica?

1-Disminución de las largas citas de espera para cirugía electivas, 2-Disminución de los porcentajes de ocupación de los servicios de cirugía, 3-Personal de enfermería y anestesia capacitado en el tratamiento y manejo de la recuperación post-quirúrgica inmediata para valorar alta el mismo día a los pacientes, 4-Reducción de los costos por cirugía realizada, 5-Disminución de la carga laboral del personal de los servicios de hospitalización y 6-Disminución del riesgo de las infecciones nosocomiales.

6.2. Resultados en la orientación al ciudadano/cliente

Página 17 Guía RMP 2015

- 6.2. (1) ¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano/cliente después de aplicar la mejor práctica?

1-Agilidad en la programación de cirugías, 2-Agilidad en la preparación de los trámites y exámenes preoperatorios, 3-Corta estadía en el hospital ante, durante y posterior a la cirugía.

- 6.2. (2) ¿Cuál es el impacto para el ciudadano/cliente después de la implementación de la mejor práctica

1-Rápida incorporación a su entorno y vida familiar y 2- Reducción en los gastos de la familia al visitar a paciente ingresado diariamente.

6.3. Resultados relacionados a otras partes interesadas

Página 17 Guía RMP 2015

- 6.3. (1) ¿Cuáles son los resultados generados a otras partes interesadas relacionados con la mejor práctica?



1-Generación de compromisos y empoderamiento del personal involucrado del proyecto, 2-Realización de actividades compatibles y de respeto con el medio ambiente produciendo menos desechos sólidos, 3-Igualdad de condiciones con los hospitales privados en la prestación de servicios de la cirugía ambulatoria y 4-Menos días de incapacidad para personal en edad productiva.

- 6.3. (2) ¿Qué beneficios ha generado la implantación de la mejor práctica a otras partes interesadas? *por ejemplo para:* empleados, medio ambiente, proveedores y aliados estratégicos, entre otros.

A los proveedores: compra de insumos para la cirugía laparoscópica, **a los empleados:** contratación de los servicios de enfermería y menor carga laboral en los servicios de hospitalización, y **medio ambiente:** reducción en la utilización y generación de desechos hospitalarios de todo tipo (agujas, jeringas, descartables, bolsas de sueros, frascos de medicamentos, etc.) Y reducción en la ropa utilizada en los servicios de hospitalización.

6.4. Resultados financieros o de la relación costo beneficio

Página 17 Guía RMP 2015

- 6.4. (1) ¿Qué beneficios financieros ha obtenido la organización con la ejecución de la mejor práctica?

Reducción en los costos de hospitalización de pacientes, alimentación, atención por personal de enfermería, medicamentos e insumos, servicio de limpieza y reducción en la cantidad de basura diaria que se genera, ahorros de los costos indirectos (menos consumo de energía eléctrica y agua).

- 6.4. (2) ¿Cuáles son los resultados de la relación costo/beneficio de la implantación de la mejor práctica?

Se observó que fueron mayores los beneficios obtenidos que los costos generados en la implementación de la mejor práctica.



Criterio 7

SOSTENIBILIDAD Y MEJORA

Página 18 Guía RMP 2015



7.1 Sostenibilidad

Página 18 Guía RMP 2015

- 7.1. (1) ¿Cuáles son los posibles riesgos que el equipo ha identificado para garantizar la sostenibilidad de la mejora alcanzada?

Que se deje de recibir el apoyo financiero de la fundación “IZOTE” para la contratación de los dos recursos de enfermería, deterioro de los equipos quirúrgicos de la unidad y que se reduzca la dotación de personal médico cirujanos y anestesia.

- 7.1. (2) ¿Qué estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, la sistematización y estandarización de la mejor práctica?

Socializar los logros obtenidos con el personal directamente involucrado en la atención al usuario, monitorear y evaluar el seguimiento del proyecto, gestión de de plazas para el personal de enfermería y anestesia, gestionar presupuesto para recurso humano que este laborando en esta área, actualmente depende de fondos externos.

- 7.1.(3) ¿Qué indicadores, roles, responsabilidades ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejor práctica?

Como **indicador** se expresa: 1-el número de cirugías ambulatorias realizadas en relación del total de cirugías mayores electivas por cada uno de los médicos durante el periodo de ejecución del proyecto, 2-revisión y control de las causas de suspensión de cirugías electivas ambulatorias programadas (porcentaje de cirugías mayores ambulatorias suspendidas), 3-Asignación de funciones para el médico residente, 4-Asignación de funciones para la enfermera y anestesista de recuperación, 5-Asignación de funciones para la secretaria de sala de operaciones y 6-Capacitaciones a todo el personal involucrado en la atención de la unidad.

7.2 Mejora

Página 18 Guía RMP 2015

- 7.2. (1) ¿Cuáles estrategias ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?

1-Ampliar la cobertura de atención en cirugía ambulatoria, 2-Mantener en constante capacitación al equipo involucrado en el proyecto, 3-Apoyo continuo de parte de la dirección hospitalaria, 4-Motivación y estimulación al personal involucrado, 5-Aprovechar al máximo el espacio físico destinado a cirugía ambulatoria Y 6-Ampliación de la oferta de servicio de cirugía ambulatoria.



7.2. (2) ¿Qué indicadores y mecanismos de seguimiento ha implantado el equipo de trabajo para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?

Indicadores:

- 1-Numero de cirugías mayores electivas ambulatorias realizadas por /número de cirugías programadas en determinado periodo.
- 2-La dotación suficiente en la cantidad de recursos humanos.
- 3-Numero de complicaciones ocurridas en cirugía ambulatoria en un periodo determinado.
- 4-Número de usuarios satisfechos.

ANEXOS

Diagrama de espinazo de posibles causas del problema



Recursos Materiales

- No hay accesorios suficientes para cirugías
- Material y equipo insuficiente y/o deteriorado
- Bajo abastecimiento de anestésico.

Procedimientos

- Necesita hospitalización de 2 a 3 días.
- Requiere hospitalización un día antes previo a la cirugía.
- No se cumplen los días de estancia sugeridos en la PAO.

- Alta demanda de ingresos de pacientes
- Difícil acceso geográfico
- Incurren en gastos en la visita a sus pacientes.
- Generación la basura hospitalaria

- Alta carga laboral en el servicio de hospitalización
- Suspensión de cirugías ya programadas

Paciente/
Familia

Personal

Alto índice de ocupación del servicio de cirugía del Hospital Nacional San Pedro.

PROTOCOLO DE CIRUGIA AMBULATORIA

HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO

USULUTÁN

Dr. CARLOS MARIO GARCÍA

Dra. NANCY CAROLINA FIGEAC

Dr. JORGE ALBERTO FERNÁNDEZ

FEBRERO 2012

INTRODUCCION.

El presente protocolo nos permite desarrollar el programa de cirugía ambulatoria con eficacia y eficiencia, disminuyendo el número de pacientes ingresados y la estancia media; lo mismo que ejerce un control sobre el consumo real mínimo necesarios de los medicamentos e insumos médicos necesarios para cada paciente, pero en especial aquellos que representan un riesgo menor para nuestra institución hospitalaria, presentando al final beneficios como:

- Permite **aumentar la actividad asistencial**, sin estar limitada por la disponibilidad de camas.
- **Ahorro** de estancias y camas.
- Estancias medias cortas.
- Disminución de largas listas de espera.
- Menor riesgo de infecciones Nosocomiales.
- Alto grado de satisfacción de los usuarios.
- Mayor capacidad de resolución.

En resumen el proceso de la cirugía ambulatoria permite la resolución de la patología con el menor riesgo posible y en el menor tiempo posible.

OBJETIVO GENERAL.

- Disminuir al máximo las largas listas de espera del paciente quirúrgico y al mismo tiempo, procurar causar el menor daño posible

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Garantizar una mayor eficiencia de los recursos con los que se cuenta.
- Lograr la reincorporación temprana del paciente a su familia y la sociedad.
- Permitir una adecuada rotación de camas hospitalarias.

PROTOCOLO DE CIRUGIA AMBULATORIA HOSPITAL SAN PEDRO

PROCESO A SEGUIR PTE. PARA CIRUGIA AMBULATORIA

6. Selección y Programación

- a. Selección del paciente por parte del cirujano con consentimiento informado y programación en libro de cirugías especificando que se hará dentro del programa.
- b. Anotar en libro de cirugía ambulatoria de Consulta Externa, el mismo día de la programación.
- c. Exámenes y evaluaciones preoperatorias pertinentes.
- d. Orientación por parte de enfermería de los pasos a seguir.
- e. Solicitud de donantes a pacientes sin importar tipo de cirugía.
- f. Evaluación por Anestesiología, Psicología y Trabajo Social.

7. Recepción.

- e. Paciente se presentará al área de cirugía ambulatoria, 1er. nivel para su preparación por parte de enfermería, a las 6 a.m.
- f. Médico encargado de cirugía ambulatoria realizará ingreso de paciente y colocará indicaciones necesarias para la realización del procedimiento.
- g. Paciente será trasladado al área de quirófanos centrales.
- h. Se cumplirá pre medicación anestésica indicada previamente.

8. Intervención.

- b. Todos los procedimientos programados serán realizados en horas de la mañana. De las 7 a las 9 am.

9. Recuperación y alta.

- b. Todos los pacientes serán evaluados por parte de médico y anestesiología a través de la escala de Aldrette para indicar alta.

10. Seguimiento postoperatorio.

- c. Todos los pacientes serán evaluados 8 días posteriores al procedimiento quirúrgico por el cirujano que lo realizó.

PROCEDIMIENTOS CONTEMPLADOS COMO CIRUGIAS AMBULATORIAS

Tipos de cirugía según especialidad.

- **Cirugía general.**

- I. Hernias umbilicales.
- II. Lipomas grandes.
- III. Hernias inguinales (dependiendo de criterio médico y paciente).
- IV. Mama Axilar.
- V. Ginecomastia.
- VI. Quistes de línea media del cuello.

- **Ginecología.**

- I. Nódulos mamarios.
- II. Biopsias de mama.
- III. Esterilizaciones por minilap.
- IV. Quistes de la glándula de Bartholino.
- V. Legrados (Hiperplasia y pólipos endometriales).

- **Urología.**

- I. Hidroceles.

- II. Varicoceles.

- III. Quistes de epidídimo.

- IV. Vasectomías.

- V. Quistes de cordón espermático.

- VI. Circuncisiones.

- **Ortopedia.**

- I. Quistes sinoviales.

- II. Retiros de material de osteosíntesis.

- III. Hallux valgus.

- IV. Artroscopias.

- V. Cirugía de túnel del carpo.

- **Oftalmológicas.**

- I. Pterigion.

- II. Cirugía de estrabismo.

- **Cirugía plástica.**

- I. Injertos.

- II. Nevos.

- III. Retiro de queloides.

- IV. Tenorrafias.

V. Dedos en gatillo.

- **Cirugía pediátrica.**

I. Hernias inguinales

II. Hernias umbilicales.

III. Circuncisiones.

- **Otorrinolaringología.**

I. Amígdalas.

II. Adenoides.

EXÁMENES PREOPERATORIOS.

Menores de 40 años.

I. Hemograma completo.

II. Típo Rh

III. TP – TPT.

Mayores de 40 años.

I. Hemograma.

II. Típo Rh

III. TP – TPT.

IV. Glicemia.

V. Creatinina.

Mayores de 50 años.

- I. Hemograma.
- II. Tipo Rh
- III. TP – TPT.
- IV. Glicemia.
- V. Creatinina.
- VI. Rayos X tórax.
- VII. Electrocardiograma.
- VIII. Evaluación por medicina Interna.

Nota: todo paciente con patología crónica (diabetes, hipertensión, EPOC, tiroides) independiente de la edad deberá llevar todos los exámenes y evaluaciones.

Criterios de inclusión:

1. ASA I.
2. Vivir en proximidades al hospital o con facilidad de acceso rápido en caso de complicaciones.
3. Contar con estudios pertinentes y evaluaciones necesarias para su intervención.
4. Contar con vale de sangre.
5. Contar con el consentimiento informado y firmado

Criterios de exclusión.

1. Pacientes ASA II en adelante.
2. Pacientes ASA I en los que se prevea complicación (obesidad, cirugías recurrentes, alteraciones en evaluación preoperatoria que ameriten otros estudios.
3. Prolongación de tiempo quirúrgico.
4. Pacientes con cirugía abdominal invasiva (colecistectomía abierta, cirugía gástrica, laparotomía exploradora, etc.)
5. Complicaciones quirúrgicas o anestésicas en eventos quirúrgicos previos.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO USULUTAN
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA E INHALOTERAPIA

ESCALA DE ALDRETE PARA CIRUGIA AMBULATORIA

NOMBRE:

REGISTRO:

FECHA: _____

ACTIVIDAD	CAPAZ DE MOVER LAS CUATRO EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE O BAJO ORDEN VERBAL	2
	CAPAZ DE MOVER DOS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE O BAJO ORDEN VERBAL	1
	NO ES CAPAZ DE MOVER LAS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE O BAJO ORDEN VERBAL	0
RESPIRACION	CAPAZ DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE Y TOSER	2
	DISNEA QUE LIMITA LA RESPIRACION O TAQUIPNEA	1
	APNEA O VENTILACION MECANICA	0
CIRCULACION	TENSION ARTERIAL +/- 20% DEL NIVEL PREANESTESICO	2
	TENSION ARTERIAL +/- 20 AL 49% DEL NIVEL PREANESTESICO	1
	TENSION ARTERIAL +/- 50% DEL NIVEL PREANESTESICO	0
CONCIENCIA	TOTALMENTE DESPIERTO	2
	SE DESPIERTA AL LLAMADO	1
	NO RESPONDE	0
SATURACION DE O2	CAPAZ DE MANTENER LA SAT O2 MAS DEL 92% EN AIRE	2
	NECESITA O2 PARA MANTENER LA SAT O2 MAS DE 90%	1
	SATURACION DE OXIGENO MENOR DEL 90% AUN RECIBIENDO OXIGENO SUPPLEMENTATIO	0
APOSITO	SECO Y SIN SECRESION	2
	MOJADO PERO SIN AUMENTO DE SECRESION	1
	AREA MARCADA DE SECRESION	0
DOLOR	SIN DOLOR	2

