

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

Vicerrectoría Académica

Sistema de Estudios de Posgrado

Escuela de Ciencias Exactas y Naturales

**Maestría en Administración de Servicios de Salud
Sostenibles con mención en Gerencia de Servicios de
Salud**

**Evaluación de la efectividad del sistema de gestión
para los procesos de atención de enfermería en las
salas de cirugía ambulatoria del Hospital Clínica Bíblica
durante el primer Cuatrimestre del 2008**

Iriana Vanessa Chaves Acosta

**San José, Costa Rica
Diciembre 2008**

Introducción

Es claro que existe un interés creciente por la calidad en todos los sectores empresariales, lo que incluye naturalmente al sector salud. Los centros de salud igualmente deben ir modificando su gestión de manera que calce con las exigencias de la modernización y del cliente. Este hecho nos enfrenta a una realidad los nuevos equipos, técnicas y tratamientos deben ir de la mano con la eficiencia y eficacia con la cual el profesional de salud lleva a cabo sus labores.

Una de las áreas que más cambios ha enfrentado en la última década¹ son las salas de cirugía, y debido a la combinación de diferentes factores como; los nuevos fármacos y técnicas quirúrgicas menos invasivas, que tienden a minimizar el alcance de la intervención para obtener los mismos resultados y adicionalmente hacen posible la reducción en los tiempos de curación y estancia en el hospital han fortalecido la implementación y desarrollo de la cirugía ambulatoria.

Además, al permanecer menos tiempo en un centro sanitario, disminuye la posibilidad de infecciones Intrahospitalarias y la pronta recuperación del paciente. Todo esto convierte a la cirugía mayor ambulatoria en uno de los primeros indicadores de calidad² y una de las líneas de trabajo que más debe potencializarse en los Hospitales.

El Hospital Clínica Bíblica, proyecta cambios desde orden infraestructural hasta de normas, políticas y procedimientos. En este sentido y con el recién alcanzada acreditación por Joint Commission International es comprensible que

¹ http://www.elcomerciodigital.com/prensa/20070129/aviles/cirugia-hospital-agustin-hace_20070129.html

² Witt Sherman D. Developing quality assurance programs in ambulatory surgery. Nurse Management 1997

tengan un alto interés por cumplir con las de normas de calidad que se exigen para dar no solo mantenimiento al estatus sino también lugar al mejoramiento.

Por este motivo, se centra esta investigación en un servicio de atención crítica en enfermería, en las Salas de Cirugía del Edificio Cabezas López, específicamente en la gestión de las cirugías ambulatorias. En donde la seguridad del paciente es una prioridad que obedece a la vulnerabilidad de su condición y los procedimientos a realizar. Empezaremos analizar estudios internacionales y nacionales en el tema de cirugía ambulatoria, continuando con la definición de conceptos e información teórica que hace referencia no solo a las labores de enfermería en Sala sino también a los conceptos de calidad, normas de calidad y los resultados esperados. Por último el diseño metodológico que llevó a la obtención de análisis de datos obtenidos.

En este capítulo iniciaremos con la revisión de los antecedentes relacionado con el presente estudio de investigación; desde estudios internacionales hasta locales, en donde se desarrolla el tema de la calidad y eficiencia en los servicios de salud, con especial énfasis en cirugías ambulatorias. El objetivo primordial de este aspecto; es el de ubicarnos dentro de un panorama global que nos permita ampliar nuestro conocimiento en materia de atención al usuario.

Basado en la revisión de los antecedentes, podemos Justificar la necesidad o provecho del presente estudio, recalcando los beneficios obtenidos para el usuario interno y externo, y la utilización que sus resultados podrían generar para la toma de decisiones de los responsables según corresponda o incluso ser un paso más para estudios o investigaciones posteriores que profundicen el tema deseado.

Por último la delimitación y formulación del problema de investigación enmarca el camino hacia una investigación clara así como las preguntas o expectativas que se esperan satisfacer al finalizar este estudio.

1.1 Antecedentes

1.1.1 *Antecedentes Internacionales*

Cirugía Ambulatoria, Un nuevo ambiente en donde desarrollar una nueva identidad en enfermería³

El presente estudio pretende mostrar el amplio abanico de posibilidades de desarrollo profesional que ofrece la cirugía ambulatoria para enfermería.

³ Autores: Sagrario Espinoza y Ana Cascada. Nuberos. N° 3, página 23y 24. Año 2006. Sevilla.

Desarrollo profesional con un alto grado de gratificación y con una ilusionada y renovada motivación.

Algunos de los resultados mostraron:

- Los profesionales se sentía muy satisfechos por pertenecer a una unidad de cirugía ambulatoria, sintiendo un horizonte muy amplio. Con nuevas posibilidades y oportunidades de aprendizaje.
- Por otra parte se pone en evidencia la relación directa de las labores de enfermería con la disminución de los costos y el aumento de la satisfacción del cliente. Desde diferentes aspectos; como el programa de educación sanitaria, la protocolización evaluada de los cuidados de enfermería, especialmente los postoperatorios y sobre todo con la enseñanza y supervisión de los auto-guiados por el mismo paciente y su familia.
- La labor de enfermería, en tanto que se apliquen los protocolos de atención es la responsable de la reducción en la ansiedad de los pacientes y sus familiares. Esta labor es especialmente cierto en los casos pediátricos.
- Una diferencia marcada entre la cirugía mayor y la ambulatoria, lo constituye el circuito asistencial, y directamente relacionado con ello, la dotación del recurso humano de enfermería.
- La enfermería es la principal responsable del control de la calidad, de sus propias acciones y de aquellos a su alrededor.
- En las cirugías ambulatorias, se muestra un gran interés por la tendencia de protocolos de actuación, así como su revisión constante y crítica.

Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico⁴.

Un estudio descriptivo sobre las 3.051 intervenciones quirúrgicas realizadas de forma programada durante 1997 (exceptuando la cirugía menor con anestesia local), utilizando como fuente de información el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria, obteniéndose y analizando los grupos relacionados de diagnóstico. Se han calculado las estancias evitadas en base a la estancia media de los pacientes ingresados por el mismo grupo relacionado de diagnóstico en el período de tiempo de estudio.

Resultados: La cirugía ambulatoria permitió un porcentaje de sustitución global del 50,4% (33.3 % de todos los pacientes intervenidos de forma reglada; 4,1 % sobre el total de ingresos del hospital), lo que supuso un ahorro de 2.112 estancias hospitalarias.

Protocolización de la atención de enfermería a pacientes de cirugía ambulatoria del Hospital General⁵

Mendoza Loza, Edith, Nina Choque y Jesús Angélica presentan una investigación⁶, un trabajo de tipo descriptivo de desarrollo que busca diseñar un protocolo de atención en enfermería a pacientes de cirugía ambulatoria del Hospital General, con la finalidad de unificar criterios en la atención. El fundamento teórico del trabajo tiene relación con el manejo de pacientes de cirugía ambulatoria, la importancia de la actuación del servicio de enfermería y otros temas inherentes. Para el desarrollo de la investigación se utilizó como técnica de recolección de información la aplicación de cuestionario y la revisión bibliográfica. La población de estudio estuvo conformada, por el personal de Enfermería en número de 65, esto comprende sus dos modalidades (licenciadas

⁴ Revista Española de Salud Pública. ISSN 1135-5727. Rev. Española, Salud Publica v.73 n.1 Madrid Jan./Fev. 1999

⁵ Protocolización de la atención de enfermería a pacientes de cirugía ambulatoria del Hospital General N°8 Luis Uria de la Oliva: Caja Nacional de Salud 2004

y auxiliares de enfermería del Hospital General, considerándose como una muestra de un total de 81 enfermeras. La investigación refleja la ausencia de reglas que guíe la actuación del personal de enfermería en la atención a pacientes de cirugía ambulatoria, hecho que justifica el diseño de un protocolo para la atención en enfermería, que posibilitará unificar los criterios del personal de enfermería, cuando atienden pacientes de cirugía ambulatoria. Así mismo, ello mejorará sustantivamente la calidad de atención al paciente. Existe la predisposición del personal de enfermería para la implementación del protocolo en 97 por ciento referido, ya que están conscientes de que su actuación debe mejorar buscando mejores niveles de eficiencia.

1.1.2 Antecedentes Nacionales

En la Revista Centroamericana de Administración Pública, se publica el artículo *Calidad Total: una filosofía para garantizar la satisfacción en los servicios de salud*, se recalca la necesidad del cambio en el enfoque existente de calidad en la cual se cambia la preocupación por el cumplimiento de estándares de calidad del producto, al cumplimiento de éstos por la satisfacción en las expectativas del usuario. (1993).

En un *Análisis FODA del compromiso de gestión de la CCSS y su reglamento*⁷, se concluye entre otras cosas que, el compromiso de gestión (CG) no pretende calibrar la calidad profesional técnica del personal sanitario de la Caja Costarricense del Seguro Social, que en las supuestas evaluaciones de CG realmente se efectúan auditorias de registro de actividades pero no se monitoriza si el procedimiento se realizó con la calidad idónea. A pesar de eso, el solo registro de algunas actividades se considera un avance, ya que antes de los CG no existía garantía alguna de esos registros en el sector público. Se recomendó fortalecer más a los líderes mediante la capacitación directa y dirigida, ya que pretende mejorar la toma de decisiones no solo de la Dirección

⁷ Revisitas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social ISSN 1409-1259. San José, Costa Rica. 2005

Médica de los centros de salud, sino también a nivel de jefaturas de servicio en algunas áreas de salud. Bajo esta premisa, no existe una garantía de calidad en el servicio brindado por la CCSS, sin embargo, consideran que esta deficiencia no es de la Ley ni de su Reglamento, tampoco lo es de CG en sí. Se concluye específicamente que se debe a un problema del Protocolo de Evaluación y de los objetivos e indicadores que de momento se están negociando. (2005).

La Licda. Ana Lissete Mora Gómez y Clara Isabel Arias Arrieta, en su trabajo de graduación realizan una investigación sobre: *La influencia de la supervisión de enfermería en los procesos de los Técnicos de Atención Primaria en el área de salud de Cañas*. Se da a conocer las actividades que ejecuta la jefatura de enfermería en el proceso de supervisión a los asistentes técnicos y su efecto en el cumplimiento y rendimiento de la visita domiciliar que efectúa el asistente técnico de atención primaria durante el 2005.⁸

Marjorie Castro Blanco, en su trabajo de graduación, realizado en el Hospital San Francisco de Asís, muestra los resultados obtenidos del *análisis del funcionamiento del servicio de sala de operaciones del Hospital San Francisco de Asís, ubicado en el cantón de Grecia, Alajuela*. El propósito que se pretende alcanzar en esta investigación es marcar el inicio de una cultura de planificación estratégica que sirva como base para la toma de decisiones y permita una gestión más eficiente del servicio a través del mejoramiento de la programación quirúrgica. La información cuantificable recopilada de los diferentes registros escritos que se llevan en el quirófano permite medir el comportamiento de las variables a través de indicadores de los procesos y resultados.⁹

1.1.3 Antecedentes Locales

El Hospital Clínica Bíblica

7 y ⁹ www.uned.ac.cr/sep/recursos/investi.htm

En el año de 1921 se inicia, en Costa Rica, un proyecto de la Misión Latinoamericana. Varios misioneros llegan a este país procedente de diferentes naciones con el fin de ayudar a los más necesitados. Los esposos Enrique Strachan -de nacionalidad escocesa- y la irlandesa Susana Strachan, se unen a esta noble causa tras haber servido en Argentina durante 16 años como misioneros evangélicos.¹⁰

Al llegar a Costa Rica se ven particularmente conmovidos y muy preocupados por el estado tan deplorable del sistema de salud local. Ante este panorama tan desolador, los Strachan deciden llevar alivio a los más necesitados, los pobres y en especial a los niños. De esta manera, se dedican a brindar servicios médicos gratuitos a estas personas y fundan el Hospital Clínica Bíblica. Ya, para el año de 1968, se habían dado importantes avances en el área de la salud nacional. La tasa de mortalidad infantil había bajado considerablemente, asimismo, ya se contaba con una red de buenos hospitales asociados a la Caja Costarricense del Seguro Social, tales como el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia y el Hospital México.

Años después, debido a aspectos de índole económicos del país, se constituye la Asociación de Servicios Médicos Costarricense (ASEMECO), los asociados de ASEMECO deciden continuar con el propósito original de la Clínica Bíblica, y ratifican su intención de dar atención a los más necesitados. Al tener que autofinanciarse, ASEMECO debía “vender” sus servicios a quienes pudieran pagarlos, para poder continuar atendiendo a personas de escasos recursos con las ganancias que esto generara.¹¹

Lo que inició con la adquisición de un terreno de más o menos media manzana para la construcción de un edificio (1229), ahora se ha convertido en la unión de 5 edificios que suman un terreno de construcción de 4.329.28 hectáreas (tomando en cuenta los parqueos). Casi 100 camas de hospitalización

¹⁰ Franklin Cabezas B. Nuestra Clínica. Una reseña histórica. Hospital Clínica Bíblica. 1996

¹¹ Franklin Cabezas B. Nuestra Clínica. Una reseña histórica. Hospital Clínica Bíblica. 1996

y 8 salas de cirugía lo han clasificado como un Hospital de clase A (2007).¹² Con una población de empleados alrededor de los de 700, sin tomar en cuenta los subcontratos o población médica.

Dirección de Enfermería

La Dirección de Enfermería está dirigido por un profesional en Enfermería con un grado de Máster en Administración, habiendo recorrido a la fecha 4 años de experiencia en el puesto. Responde directamente ante la Dirección General y tiene a su cargo 8 áreas y Jefaturas: Maternidad, Hospital, Limpieza y Lavandería, Nutrición, Educación en Servicios, Coordinadora de Infecciones y Cirugía.

Calidad Hospitalaria

Debido a los deseos del Hospital de lograr una acreditación internacional, nace la necesidad de crear un equipo interdisciplinario bajo la Dirección Médica que coordine y lidere los esfuerzos de los demás colaboradores del Hospital hacia el cumplimiento de las Normas Internacionales de Joint Commission International (JCI). Este equipo nombrado bajo el título de Coordinadores del Proyecto de Acreditación, se establece a mediados del 2006 con dos representantes. Meses después, debido a la amplitud del proyecto se establece la necesidad de ampliar el equipo con dos miembros más 15 meses después tiene lugar la auditoria por parte de representantes de JCI, dejando como resultado la acreditación del hospital

Con la meta de acreditación internacional alcanzada, el equipo del Proyecto de Acreditación pasa a ser la Unidad de Calidad Hospitalaria, manteniéndose jerárquicamente bajo la Dirección Médica. Calidad Hospitalaria mantiene funciones de liderazgo y apoyo para el Hospital, no solo en el

¹² <http://infored/C10/Historia/default.aspx>

mantenimiento y actualización de las normas de JCI, del Ministerio de Salud, NFPA 101, etc. Sino también en otras buenas prácticas que obedecen a un sistema de gestión en calidad.

Estudios locales realizados

La Dra. Adriana Lapeira Mix, en su trabajo de graduación realiza una investigación sobre la *Opinión de usuarios y funcionarios con respecto a la calidad del proceso de atención en el servicio de Urgencias del Hospital*. Determina la opinión de los usuarios y funcionarios con respecto a la calidad del proceso de atención, así como las oportunidades de mejora y sus respectivas recomendaciones. (2006)

Un grupo de Ingenieros Industriales de la Universidad de Costa Rica, desarrollaron un proyecto final de graduación llamado *Diseño de un modelo de mejoramiento de la calidad del servicio en la cadena de valor de consulta externa del Hospital Clínica Bíblica*. Inicialmente se realiza un diagnostico del nivel de calidad de consulta externa con el fin de detectar las principales oportunidades de mejora en esta materia. Producto de este análisis surgieron dos focos de diseño; en primera instancia recomendaciones de proyectos de mejorar enfocados en las oportunidades encontradas y en segundo lugar, el desarrollo de un modelo sistemático, para el mejoramiento continuo. El trabajo fue presentado y validado ante los directores y jefaturas del Hospital. (2007)

1.2 Justificación

En total, el Hospital realiza un promedio de 600 cirugías por mes, de las cuales cerca de 200 son cirugías ambulatorias, cifra que va en aumento en los últimos meses. Como bien se mencionó anteriormente, las nuevas técnicas e innovaciones tecnológicas está exigiendo el aumento de este tipo de procedimiento menos invasivo, que si bien es cierto podría generar grandes beneficios al paciente, por su pronta recuperación, bajo índices de infecciones y

ahorra en costos, el uso inapropiado de la gestión de enfermería y médica en Sala podría presentar un panorama negativo tanto para el tratamiento inmediato como para su recuperación.

A diferencia de un procedimiento quirúrgico en donde posterior al mismo el paciente continua en el Hospital, y cualquier complicación mayor puede ser manejada por profesionales cualificados, los pacientes de cirugía ambulatorias egresan a las dos horas (aproximadamente) de finalizada su cirugía. Por lo que la supervisión del seguimiento, el tratamiento, las curaciones y su recuperación va a depender de él mismo paciente o su familia.

A partir de este entendido, cobra mayor importancia la minimización de cualquier error que puede revelarse durante su estancia en el Sala o bien manifestarse una vez egresado, la medición y control de la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión de enfermería debe ser de atención prioritaria. Puesto que las salas de cirugías ambulatorias y mayores son administradas por profesional de enfermería, bajo la responsabilidad de una Jefatura y 3 coordinadoras.

Dentro del presente estudio se pretender revelar la situación actual en la atención quirúrgica ambulatoria relacionada con la conformidad en las normas de calidad y la perspectiva que tiene el cliente del servicio. Esperando contribuir con los responsables de la dirección y administración de Sala para la toma de decisiones correspondientes. Ya sean cambios necesarios o bien reconocimientos positivos, según los resultados obtenidos. De ahí que lo datos serían utilizados en primer instancia por la Dirección de Enfermería y Dirección Médica para su análisis o continuidad y comunicación. Beneficiándose el personal de Sala (enfermeras y médicos) y el paciente, al ser el presente estudio, una fase diagnostica que podría llevar a un proceso de mejoramiento.

1.3 Delimitación y Formulación del Problema de Investigación

¿Es efectivo el sistema de gestión utilizado en las salas quirúrgicas de atención ambulatoria del Hospital Clínica Bíblica para los procesos de atención de enfermería, durante el primer cuatrimestre del 2008?

El problema se delimita en un escenario en donde se llevan a cabo cirugías ambulatorias, es decir el quinto piso del Edificio Cabezas López del Hospital Clínica Bíblica, en el lapso de un cuatrimestre.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Evaluar la efectividad del sistema de gestión actual de enfermería para sus procesos de atención en sala de cirugía de atención ambulatoria durante el primer cuatrimestre del 2008.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar la eficiencia mediante la evaluación del tiempo de los procesos de gestión de enfermería en Sala de Cirugía.
- Identificar la eficacia de la gestión de enfermería del servicio de Cirugía y su relación con los resultados obtenidos.
- Recomendar acciones pertinentes para mejorar los resultados obtenidos.

2.1 Cirugía ambulatoria

El concepto de Cirugía Mayor Ambulatoria nace en los EE.UU. como la búsqueda de una reducción en el gasto en salud, el que ha llegado a ser del orden del 10% del presupuesto nacional, siendo el responsable, según prestigiosos economistas, de severas crisis en la Economía Norteamericana y de otras naciones¹³.

Hasta hace pocos años, ser intervenido quirúrgicamente llevaba aparejado de forma ineludible un período más o menos largo de hospitalización. Hoy en día hay gran cantidad de intervenciones para las que no se considera necesario permanecer en el hospital más allá de unas horas: son los procedimientos llamados de Cirugía Ambulatoria, Cirugía de Día o Cirugía de Alta Precoz. Estos procesos han demostrado ser igual de seguros y efectivos que la cirugía convencional, pero se procura reducir al máximo el traumatismo ocasionado, de forma que el paciente pueda regresar a su casa pocas horas después de la intervención.

La utilización de la cirugía ambulatoria se ha incrementado durante las dos últimas décadas hasta ocupar actualmente un 60% de la cirugía programada. Con esta tendencia a realizar procedimientos quirúrgicos ambulatorios, la seguridad de una recuperación rápida y sin complicaciones está adquiriendo suma importancia¹⁴.

Justificación de la cirugía ambulatoria¹⁵:

- 2 Recuperación más rápida versus hospitalización.
- 3 Perturba menos la vida personal del paciente.

¹³ http://www.pedisurg.com/SpanishPediSurg/sp-Cirugia_Ambulatoria.htm

¹⁴ <http://www.angelfire.com/md3/losangeles/paginas/pacientes/ciramb.html>

¹⁵ Witt Sherman D. Developing quality assurance programs in ambulatory surgery. Nurse Management 1997; 28

- 4 Disminución de los costes hospitalarios entre un 25% y un 75%.
- 5 Reducción de las listas de espera.
- 6 Disminución de las infecciones hospitalarias.
- 7 Disminución de las complicaciones respiratorias.

Exigencias en cirugía ambulatoria¹⁶:

- 8 Selección del paciente e información adecuada.
- 9 Profesionales expertos y hábiles.
- 10 Valoración conjunta al alta.
- 11 Protocolos y registro en historia clínica.

La mayoría de los pacientes de cirugía ambulatoria son ASA I (paciente sano) o II (paciente con un proceso sistémico leve), pero cada vez se incluyen más pacientes ASA III (paciente con un proceso sistémico grave no incapacitante) estables desde el punto de vista médico. Pacientes que antes no eran seleccionados, como niños y ancianos, hoy son posibles candidatos para cirugía ambulatoria¹⁷. La edad por sí misma no debería considerarse elemento disuasorio en la selección de los pacientes, aun cuando la recuperación de las capacidades motoras finas y de la función cognoscitiva después de la anestesia general o de la anestesia local más sedación es más tardía en los pacientes de mayor edad.

Rol de la enfermera en el proceso de Cirugía Ambulatoria (CA)

Las enfermeras de CA, constituyen una especialidad debiéndose desarrollar las siguientes habilidades: buena comunicación, aptitud esmerada, capacidad para la organización y priorización, capacidad de trabajo en equipo,

¹⁶ Witt Sherman D. Developing quality assurance programs in ambulatory surgery. Nurse Management 1997; 28

¹⁷ Cirugía ambulatoria experiencia en instituciones privadas

E.U. Sra. Inés Jara Acuña Enfermera Jefe Área Quirúrgica Clínica Avansalud Providencia

E.U. Sra. Carmen Rodríguez Enfermera Clínica de Pabellón Clínica Avansalud Providencia

enfrentar el rápido tráfico de pacientes, entusiasmo y motivación, confianza en sí misma, atención al detalle y gran adaptabilidad¹⁸.

La formación de la enfermera de CA, debe incluir: evaluación pre -operatoria, criterio de selección del paciente, educación del paciente y promoción de la salud, entrenamiento en cuidado crítico, anestesia y elementos de recuperación. Normas de alta del paciente y materias administrativas y organizacionales, como también poseer los conocimientos de distintas especialidades quirúrgicas como lo son: Pediatría, Oftalmología, Traumatología entre otras y deben participar en ellas enfermeras con experiencia previas de unidades de alta complejidad, Post-operados, UCI, Intermedios.

Dentro del proceso completo de CMA, la enfermera cumple un rol preponderante en todas las etapas¹⁹: teniendo una participación activa en selección del paciente, entrevista pre -admisión, ingreso y evaluación pre -operatoria inmediata, intra-operatorio, recuperación postoperatorio inmediato, recuperación mediata o pre-alta, entrevista de alta protocolizada, seguimiento postoperatorio domiciliario, evaluación satisfacción usuario.

Es el profesional en enfermería el responsable del éxito del proceso de CA, debido a que es la encargada de velar en todas las etapas de minimizar los riesgos, maximizando los recursos humanos y materiales²⁰. Es por ello fundamental que todos los pacientes cumplan con todos los protocolos establecidos que aseguren el desarrollo de esta modalidad en forma segura tanto para el paciente como para el equipo médico.

¹⁸ <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulocodigo=1010625>

¹⁹ http://www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_42285_HTML.html?idDocumento=422

85

²⁰ <http://www.acschile.cl/pdf/cirambul.pdf>

2.2 *Calidad y su evaluación*

El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y ha dado lugar a que tanto lo referente a su función como a su ámbito y objeto de control hayan variado hasta nuestros días, la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en las empresas líderes para la toma de decisiones.

El Diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad como: “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que los restantes de su misma especie”.²¹ Esta definición muestra las dos características esenciales del término. La parte subjetiva de su valoración; y otra de relatividad. No es una casualidad absoluta que se posee o no se posee, sino un atributo relativo.

El Dr. Avedis Donabedian lo describe perfectamente cuando declara: “La calidad esta en el corazón y el alma de las personas”²² Por su parte el Dr. Deming nos enseñó que la calidad se inicia y termina con el cliente,²³ ya que sin ellos no hay organización, ni empresa, ni institución. Es aquí en donde yacen los grandes conflictos acerca del logro de la calidad: hay quienes creen que la calidad la van a lograr con base a técnicas, equipos de punta, infraestructuras impresionantes y por ende gastan enormes cantidades de dinero en ello. Sin embargo como se mencionó anteriormente, la calidad es una cuestión inherente al ser humano, es algo más profundo que una mera técnica, es una cuestión filosófica. La calidad es, una forma de vida y no un simple programa, método o modelo. Implica no solo estar involucrado con ella, sino también implica compromiso y liderazgo.²⁴

²¹ www.realacademia.com

²² Curtis P. Mc Laughlin. Continuous Quality Improvement in Health Care. 1999

²³ Martínez Ramírez, Armando. Gestión de la calidad en los servicios de salud. México: Universidad de Guadalajara, 2007

²⁴ Orozco-Ochoa, F.J. El Nuevo Paradigma de la competitividad. Editorial Panorama. México, DF. 1998

La calidad es²⁵:

- El grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del consumidor.
- El conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o se presupuesten.
- El conjunto de todas las propiedades y características de un producto que son apropiados para cumplir las exigencias del mercado a que va destinado.
- El cumplimiento de las especificaciones, y los requisitos del diseño del producto o servicio.
- El grado de adecuación de un determinado producto o servicio a las expectativas del usuario, o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas.
- Conjunto de propiedades y características de alguna cosa (producto, servicio, proceso, organización, etc.) que le hace apta para satisfacer necesidades.²⁶

Es importante diferenciar la calidad de un producto de la calidad de un servicio. La calidad de un producto se juzga por su apariencia externa y efectividad aislada, que responde a las expectativas del cliente. Mientras que la calidad de un servicio se juzga como un todo, sin descomponer sus partes; prevalece la impresión del conjunto que obtenga el cliente y no el éxito relativo de una u otra acción. Llendo más allá de un mero componente técnico y aún más, valorando componentes de conducta e interpersonales, es decir la interacción social y económica que ocurre entre el cliente y sus familiares y el personal de salud.

Gestión de la Calidad

²⁵ Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Díaz de Santos. Madrid. 1994

²⁶ Norma Internacional ISO 8402/94

Finalmente, la Gestión de la Calidad, es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad. Según Juran, comprende tres procesos fundamentales: planificación, organización y control.²⁷ El punto de partida es la *planificación de la calidad*, con la creación de un proceso que sea capaz de alcanzar los objetivos establecidos y hacerlos en las condiciones operativamente posibles. El objetivo puede ser desde un proceso administrativo para la producción de un documento, hasta un proceso de atención al cliente para atender a sus peticiones. Siguiendo a la planificación, el proceso pasa a las unidades operativas, donde la responsabilidad es hacer funcionar al proceso con la eficacia óptima, hacer que el desperdicio no vaya a ser peor; es decir *control de la calidad*. Por medio del cual se determinará la causa o causas para ejercer una acción correctiva que eventualmente regrese el proceso nuevamente en una zona definida por los límites de control de calidad. Sin embargo esta reducción no acontece espontáneamente, es el resultado de una acción premeditada por los directivos responsables, es decir el proceso de *mejora de la calidad*.

A continuación una explicación más detallada de las actividades que ocurren en cada una de las etapas.²⁸

²⁷ Y 16 Martínez Ramírez, Armando. Gestión de la calidad en los servicios de salud. México: Universidad de Guadalajara, 2007

Tabla N°1 Etapas de la Gestión en Calidad

Planificación	Control	Mejora
Identificar a los clientes tanto internos como externos	Escoger el objeto de control.	Comprobar las necesidades de mejora.
Determinar las necesidades de los clientes.	Elegir las unidades de medida.	Identificar proyectos específicos de mejora.
Desarrollar las necesidades específicas que respondan a las necesidades de los clientes (por productos, se entiende tanto bienes como servicio).	Implantar el sistema a la medida.	Organizar para dirigir los proyectos.
Establecer los objetivos de calidad que respondan a las necesidades de los clientes y de los proveedores, son el mínimo de costos combinados.	Establecer normas de actuación.	Organizar para el diagnóstico: para descubrir las causas.
Desarrollar un proceso que pueda producir las características necesarias del producto.	Medir la actuación real.	Diagnostico para descubrir las causas.
Comprobar la capacidad del proceso: comprobar que el proceso pueda satisfacer las exigencias de calidad en condiciones operativas.	Interpretar las diferencias (Real vs. Normal). Actuar según las diferencias.	Aportar soluciones. Comprobar que las soluciones sean eficaces bajo las condiciones operativas.

Por su parte Deming, al igual que Crosby, la explica mediante catorce actuaciones²⁹:

- Crear consistencia en el propósito de mejorar el producto y el servicio, con el objetivo de llegar a ser competitivos, permanecer en el negocio, y proporcionar puestos de trabajo.
- Adoptar la nueva filosofía, nos encontramos en una nueva era económica. Los directivos deben ser conscientes del reto, deben aprender sus responsabilidades y hacerse a cargo del liderazgo para cambiar.
- Dejar de depender de la inspección. Para lograr la calidad se debe eliminar la necesidad de inspección en masa, incorporando la calidad dentro del producto desde el inicio. ¡La calidad se hace, no se inspecciona!
- Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio. En vez de ello, minimizar el costo total. Tender a mantener un solo proveedor para cualquier artículo, con una relación a largo plazo de lealtad y confianza.
- Mejorar de forma constante y el sistema de producción y servicio. Para mejorar la calidad y productividad, y así reducir costos permanentemente (mejorar continuamente los procesos).
- Implantar la información en el trabajo. A través de la educación y capacitación.
- Implantar el liderazgo. El objetivo de la supervisión debería de consistir en ayudar a las personas (asesoría), a las maquinas y aparatos para que hagan un trabajo mejor. ¡Liderazgo es dar explicaciones, y no órdenes!
- Desechar el miedo, de manera que cada uno pueda trabajar con eficacia para la compañía (seguridad en el trabajo y no competencia).
- Derribar las barreras entre los departamentos. Las personas en investigación, diseño, ventas y producción deben trabajar en equipo, para

²⁹ Curtis P. Mc Laughlin. Continuous Quality Improvement in Health Care. 1999

- proveer soluciones a los problemas de producción y uso del producto que pudiera surgir.
- Eliminar los eslóganes, exhortaciones y metas para pedir a la mano de obra “cero defectos” y nuevos niveles de productividad. Tales exhortaciones solo crean reacciones adversas, ya que el grueso de la causa de la baja calidad y baja productividad pertenece al sistema y por lo tanto caen más allá de las posibilidades de la mano de obra.
 - Eliminar los estándares de trabajo en planta y eliminar la gestión por números. Sustituirlos por liderazgo.
 - Eliminar las barreras que privan al trabajador de su derecho de estar orgulloso de su trabajo.
 - Implantar un programa vigoroso de educación continua y auto mejora (desarrollo humano: mejores personas, productos y servicios)
 - La transformación (cambio) es tarea de todos.

2.3 *Momentos de verdad en la gestión de enfermería: cuando su “producto” es un servicio*

Albert Einstein estaba convencido de que nada en el nivel microscópico de la existencia se dejaba al azar, todo seguía un plan. Podríamos parafrasear su comentario para nuestros fines diciendo que: la calidad del servicio esta en los detalles. Un servicio a diferencia de un producto físico o sólido, “se fabrica” en el momento de entregarlo, y en casi todos los casos hay muchos puntos de entrega³⁰. El producto en si es un “servicio congelado” puesto que su valor real se deriva de su uso cuando está en poder del cliente.³¹ Jan Carlzon, merece reconocimiento por haber adaptado la metáfora “*el momento de verdad*”, definiéndolo como; un episodio en el cual el cliente entra en contacto con cualquier aspecto de la organización y tiene una impresión sobre la calidad de su

³⁰ Ing. Maria de los Ángeles Gutiérrez Brenes, y otros. Antología del curso: Gerencia de los Servicios de Salud. Universidad Estatal a Distancia, San José Costa Rica. 2006-4

³¹ http://www.wikilearning.com/los_momentos_de_verdad-wkccp-11501-3.htm

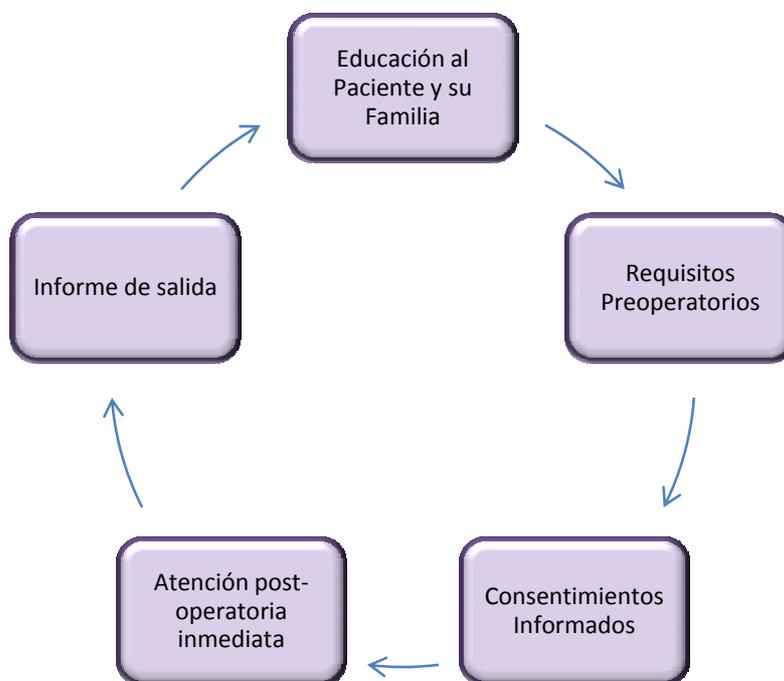
servicio. Un *momento de verdad* generalmente no es positivo ni negativo en si, lo que cuenta es el resultado del *momento*, y es que finalmente lo que el cliente percibe es la sumatoria de todos esos momentos, traduciéndose en la imagen del servicio.

Los momentos de verdad, no se presentan al azar, generalmente ocurren en una secuencia lógica y medible. Al colocar los momentos de verdad en una secuencia lógica, formamos una cadena continua de hechos por los cuales atraviesa el cliente a medida que experimenta el servicio. Esto resulta útil para el análisis del tipo y calidad de estos contactos, de esta forma, los miembros del equipo logran identificar los procesos o procedimientos que necesitan mejorar.

El valor de hacer un mapa con los ciclos del servicio, consiste en que podamos mirar a través de los ojos de los clientes y ver el negocio desde el punto de visto de ellos. La técnica es sencilla y efectiva, valiéndose de una hoja de papel, se traza un círculo, el cual servirá como marco de referencia para hacer la lista de los diferentes momentos de verdad que encuentran los clientes a medida que los experimentan, en su forma sucesiva. La metodología para su confección fue la siguiente:

- Se visita el departamento de Cirugía, apoyado en la observación de las actividades relacionadas con cirugía ambulatoria.
- Se enlistan los momentos de verdad, presentados entre el usuario y el profesional de enfermería.
- Se realiza un diagrama de cada uno de los momentos.
- Se identificaron los críticos.
- Se describen cada uno de los temas o procesos.

Figura N° 1
Ciclo de los Momentos de Verdad en Cirugías Ambulatorias



Educación y orientación al paciente y su familia

La educación al paciente y su familia contribuye en el proceso de participación en la atención y toma de decisiones, tiene lugar cuando el paciente interactúa con el personal de salud, (médicos, enfermería, farmacéuticos, técnicos, etc. Los escenarios son múltiples, al brindar servicios específicos como la rehabilitación o la terapia nutricional, cuando se prepara al paciente para algún procedimiento específico, el alta o la continuidad de la atención. Puesto que una buena parte del personal ayuda en la educación del paciente y de su familia, es importante que se coordinen sus actividades y se centren en aquello que los pacientes necesiten aprender, es decir las necesidades detectadas.

Una educación eficaz se inicia, pues, con la evaluación de las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia. Esta evaluación determina no tan sólo aquello que hay que aprender, sino también la mejor manera de obtener ese aprendizaje. El proceso de evaluación incluye además las variables del paciente que determinan si está dispuesto y es capaz de aprender, estas variables incluyen:

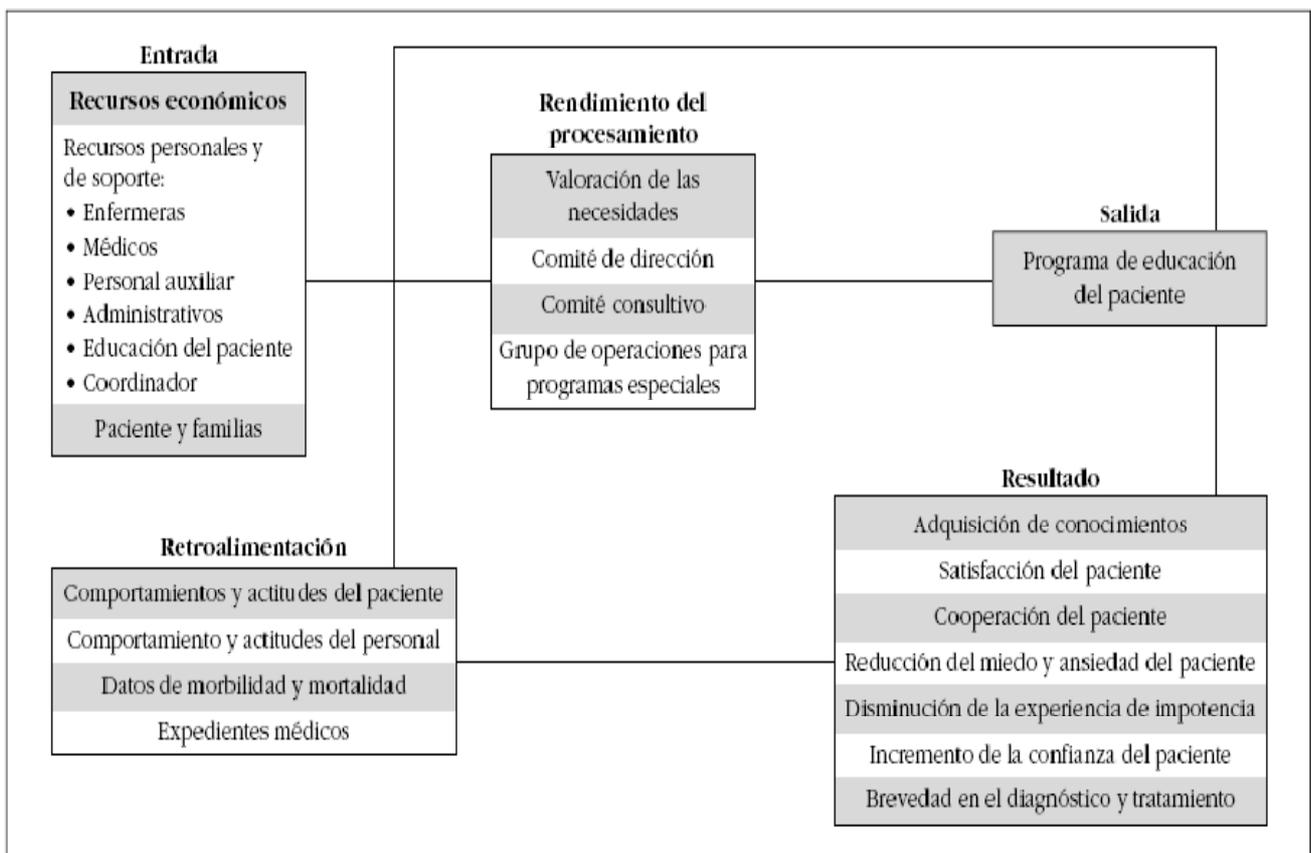
- Los valores y creencias del paciente y de su familia;
- Su grado de alfabetización, nivel educativo y dominio del lenguaje; sus barreras emocionales y sus motivaciones;
- Sus limitaciones físicas y cognitivas, y
- Su predisposición a recibir información³².

El personal del Hospital debe procurar seleccionar el mejor momento y escenario para brindar la educación a los pacientes y sus familiares. La educación brindada puede incluir tanto el conocimiento necesario durante el proceso de atención como aquel necesario para su auto-cuidado, es decir para el alta del paciente a otro centro asistencial o al propio domicilio. Partiendo del principio de calidad que hace mención a la “estructura, proceso y resultados” se puede considerar el siguiente esquema de evaluación: la estructura (la adecuación de los recursos humanos y materiales), el proceso (el grado de seguimiento de la metodología del proyecto educativo) y resultados (si se han cumplido los objetivos educativos). Los resultados de la evaluación nos permitirán tomar decisiones para su mejora, sustitución o eliminación (Figura1).³³

³² Joint Commission International Standards for Hospitals. Third Edition. January 2008

³³ Hernández Padilla M. Modificación de comportamientos en salud. En: Frías Osuna. Salud Pública y educación para la salud. Barcelona: Masson 2000 p.355-367.

FIGURA I



Otra forma más concreta de llevar a cabo la evaluación es dirigiéndose directamente al instrumento que recopila la información, es decir al formulario que da evidencia del servicio brindado. La elaboración del instrumento de evaluación depende del formulario existente, así como las normas de calidad bajo las cuales se rige la organización. El Hospital Clínica Bíblica, maneja un plan de educación interdisciplinario, en el cual se registra la educación brindada al paciente por cualquier profesional en salud que tuvo la oportunidad de interactuar con el paciente. Los aspectos que en él se toman en cuenta son: tema impartido, el nombre del receptor y emisor, el método de enseñanza mediante la selección y anotación de cualquiera de las siguientes variables³⁴:

- Clase
- Demostración

³⁴ Formulario de Educación al Paciente y su Familia

- Instrucción verbal
- Educación en el proceso
- Por escrito

La evaluación de la educación brindada, mediante variables que midan el nivel de comprensión del paciente/familia sobre el tema:

- Repite información o realiza demostración
- Necesita más información
- Incapaz de retener información
- No preparado para aprender
- No hubo comunicación con el paciente

Requisitos preoperatorios

El objetivo primordial de los cuidados preoperatorios es la preparación del paciente para el procedimiento invasivo bajo el cual será sometido. Es conveniente incluir a los familiares en esta fase, en especial en aquellos casos en donde el paciente depende de alguien para el auto-cuidado³⁵. Una adecuada preparación pre-quirúrgica puede prevenir complicación en el trans-operatorio, y postoperatorio inmediato.

Para tal efecto se debe llenar la hoja de Requisito Preoperatorio, con una revisión cuidadosa que incluya al menos³⁶:

- Fecha y Hora
- Tipo de cirugía / procedimiento invasivo
- Nombre del médico
- Anestesiólogo
- Ayunas / última hora de comida
- Pre-medicación
- Alergias conocidas

³⁵ <http://www.enfermeriaperu.net/enferquiro/recepaciente.pdf>

³⁶ Hoja de Requisitos Preoperatorios. Hospital Clínica Bíblica

- Valoración preoperatorio por médico
- Consentimiento firmado
- Colocación de bata y botas limpias
- Retiro de prótesis-lentes de contacto y joyas
- Cualquier observación especial
- Nombre de personal responsable del llenado

Una adecuada verificación de los puntos anteriores pueden facilitar la detección de cualquier riesgo potencial que sufrirá el paciente de no cumplir con la preparación apropiada para el procedimiento programado.

Verificación de Consentimientos Informados

Tiene como objetivo primordial brindarle al paciente y/o su familia la información necesaria y oportuna sobre el tratamiento o procedimiento invasivo propuesto así como sus riesgos, beneficios, y alternativas que le permitan tomar las decisiones oportunas según lo requiera su condición de salud³⁷.

Este proceso se concentra inicialmente en el servicio de Admisión, sin embargo si el paciente considera que no cuenta con la información necesaria o deseada para dar el consentimiento informado, tiene el derecho de esperar y conversar con el cirujano, anestesista o personal de enfermería de Cirugía antes de dar el consentimiento.

El documento debe ser firmado por el paciente (familiar o representante, en caso de menores), médico o cirujano tratante y anestesista. Quedando la evidencia de ello en el expediente clínico.

³⁷ Política de Consentimientos Informados. Hospital Clínica Bíblica. Dirección Médica. 2006

Atención post-operatoria inmediata (Recuperación)

La monitorización durante la anestesia por parte del anestesista, es la base para la monitorización durante el período de recuperación post anestésico por parte del profesional en enfermería. La recopilación continua y sistemática y el análisis de datos del estado del paciente en la reanimación apoyan las decisiones sobre su traslado a otros servicios menos intensivos o en caso de cirugías ambulatorias, a su hogar.

Un anesthesiólogo u otro profesional cualificado como el profesional en enfermería, pueden utilizar criterios estandarizados elaborados para tomar decisiones de alta. Se registran los tiempos de llegada y alta del área de recuperación, signos vitales, nivel de dolor, cumplimiento de cualquier indicación médica u cualquier otra situación especial. Toda esta información se deja registrada en la “Hoja de Recuperación”³⁸.

Los criterios utilizados en el Hospital son aquellos descritos por el puntaje de Aldrete, que nacen en 1970 en un intento por medir y documentar el curso de la recuperación gradual de la anestesia se propuso y publicó como Puntaje de Recuperación Posanestésica (PRP)³⁹. Los parámetros cuantificados y la logística para la evaluación clínica en términos de la función que cada uno giran alrededor de la evaluación de 5 puntos:

- Actividad muscular
- Patrón circulatorio
- Patrón respiratorio
- Nivel de conciencia
- Oxigenación

³⁸ Normas y Políticas para el Manejo del Paciente en Recuperación. Hospital Clínica Bíblica. Dirección de Enfermería. 2004. Actualizado 2007

³⁹ II, DB: MANDEL MR. Peribulbar anesthesia, a review of technique and complications. Ophthalmology clinics of North America 3: 101-9: Marzo 1990.

Entrega del Informe al Alta

Determinar los requerimientos del paciente en el domicilio es esencial para pasar a esta siguiente etapa, se recomienda conocer más acerca de las condiciones del domicilio y la disponibilidad y capacidad de los cuidadores. Disponer de un adulto competente al alta es requisito fundamental para el egreso, y una explicación racional de su importancia, mejorará la implicación de la familia y la conformidad del paciente⁴⁰. Este debe ser intelectual y socialmente capaz de comprender los requisitos preoperatorios y postoperatorios del proceso quirúrgico y cuando no puede asumir esta responsabilidad es necesario un soporte apropiado proporcionado por la familia o personas allegadas.

Objetivos del informe de alta de enfermería⁴¹:

- Coordinar los distintos servicios y niveles de asistencia
- Garantizar la continuidad de los cuidados
- Informar y orientar al paciente, familiares o cuidadores.

Objetivos específicos:

- Identificar las necesidades asistenciales del paciente a partir del alta.
- Enseñar al paciente, familiares o cuidadores a controlar en su domicilio las distintas situaciones que pueden presentarse en las actividades de la vida diaria (AVD) y su recuperación.
- Intercambiar información con los profesionales que atenderán al cliente en su domicilio.
- Remitir al cliente a los servicios asistenciales de apoyo y/o comunitarios.

Una de las dificultades con que nos encontramos al querer implementar un Informe al Alta, es la escasa implementación de protocolos de Valoración

⁴⁰ Brockway PM. The Ambulatory Surgical Nurse. Evolution, competence, and vision. Nurse Clin N Am 1997; 32(2): 387-394.

⁴¹ <http://www.enfermeriaperu.net/enferquiro/recepaciente.pdf>

Inicial de Enfermería (VIIE) y por descontado de Procesos de Atención de Enfermería (PAE) en los Hospitales. La mayoría de ellos fuertemente anclados en los modelos biomédicos y una actividad de enfermería que afronta los cuidados que presta desde el modelo de suplencia-ayuda, en el mejor de los casos, y en la asistencia “a demanda”⁴². Aún así, la garantía de continuidad en los cuidados en todos los niveles de asistencia (y por supuesto, antes, durante y después de la hospitalización) es una de las responsabilidades que debe asumir Enfermería.⁴³

Estándares de Calidad para la Acreditación por Joint Commission International

Joint Commission International Accreditation (JCIA) se fundó en 1998 como una división principal de Joint Commission Resources. Se trata de un auténtico conjunto de estándares internacionales, en donde su desarrollo fue supervisado por un grupo de trabajo internacional formado por un equipo de miembros elegidos de cada uno de los continentes más poblados del mundo.

Los estándares fueron revisados por expertos en más de 16 países, que se debatieron en grupo por líderes de opinión de siete regiones y fueron evaluados a través de pruebas en hospitales de Latinoamérica, Europa Occidental y Oriente Medio antes de finalizarlos⁴⁴. Estos estándares internacionales se convierten en la base para la acreditación JCIA de centros de salud específicos en todo el mundo, que así lo deseen o requieran.

La tercera edición, aplicable a partir de Enero del 2008, recoge el conjunto global de 329 estándares, el propósito de cada uno y sus respectivos elementos de medición, para un total de 1075. Esto permite que las organizaciones puedan identificar y comprender los requisitos específicos expresados en las normas.

⁴² El Alta de Enfermería como instrumento de continuidad de los cuidados. Ponencia al XXII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Mayo de 2001

⁴³ Enciclopedia de la Enfermería. Volumen II. Médico quirúrgico I. Océano / Centrum. 1997

⁴⁴ Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Third Edition. January 2008

Los elementos de medición tienen un rol fundamental en los estándares, pues ellas detallan los requerimientos necesarios para estar en conformidad con el estándar. Para el presente trabajo, nos estaremos centrando en aquellos estándares aplicables al problema en estudio y el nivel de conformidad de las salas de cirugía a ellos.

Para lograr la acreditación por primera vez, la organización debe demostrar conformidad aceptable con todos los estándares mencionados en la norma, de por lo menos 3 meses atrás. Una vez demostrado su conformidad, se otorga la acreditación por un lapso de 3 años, siempre y cuando no sea revocada. Concluido ese tiempo, si la organización lo desea puede solicitar una re-acreditación, siendo evaluada su conformidad con las normas en por lo menos 1 año atrás.

Las normas de JCIA están divididas en dos secciones, los enfocados en el paciente, y los enfocados en la Gerencia, para un total de 13 capítulos más 6 metas internacionales de seguridad al paciente.

Sección I: Estándares enfocados en el paciente

- Accesibilidad y Continuidad de la Atención (ACA)
- Derechos del Paciente y de su Familia (DPF)
- Evaluación del Paciente (EDP)
- Atención al Paciente (AAP)
- Cuidados de la Anestesia y Cirugía (CAC)
- Manejo y Uso de los Medicamentos (MUM)
- Educación del Paciente y de su Familia (EPF)

Sección II: Estándares de Gestión de la Organización Sanitaria

- Gestión y Mejora de la Calidad (GMC)
- Prevención y Control de la Infección (CIN)

- Órganos de Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD)
- Gestión y Seguridad de las Instalaciones (GSI)
- Formación y Cualificaciones del Personal (FCP)
- Gestión de la Información (GIN)

Metas Internacionales de Seguridad al Paciente

- Identificación Correcta del Paciente
- Mejora de la Comunicación Efectiva
- Mejora de la Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo
- Asegurar Sitio, Procedimiento y Paciente Correcto
- Reducción de las Infecciones Asociadas a Infecciones Intrahospitalarias
- Reducción del Riesgo de Daño al Paciente resultado de Caídas

La metodología de evaluación utilizada por JCIA para con cada uno de los estándares, se lleva a cabo mediante la verificación del cumplimiento de los elementos de medición que ese estándar contemplo; por ejemplo, el estándar “AAP.6 La evaluación pre-anestésica la realiza un profesional cualificado.”, existen 2 elementos de medición que determinan los requisitos mínimos que se deben cumplir para poder estar en “conformidad” con ese estándar.

Esta evaluación realizada por JCIA, en primera instancia permite la toma de decisiones con respecto a la acreditación de ese centro de salud, sin embargo también se considera una guía a utilizar por los Hospitales para llevar a cabo auto-evaluaciones, desarrolladas con el fin de dar lugar a oportunidades de mejora.

Estándares relacionados con la gestión de enfermería en Sala de Cirugía

Para efectos del presente estudio, nos enfocaremos únicamente en los estándares aplicables a los momentos de verdad mencionados en la página 10, es decir un total de 18 estándares, los cuales se muestran en la siguiente tabla:

Cuadro N° 3. Estándares aplicables de Joint Commission International

Atención post-operatoria inmediata	Educación al Paciente y su Familia	Requisitos Preoperatorios	Consentimientos Informados	Informe de Salida
EDP.1.8.2	DPF.2.1	CAC.4	DPF.6	ACA.3
EDP.2	DPF.6.1	CAC.7	DPF.6.1	ACA.3.2
CAC.6	EPF.3		DPF.6.2	ACA.3.3
CAC.7.3	EPF.5		DPF.6.4	
	GIN.19.3			

Fuente: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Third Edition. January 2008

A continuación, se detallan los estándares aplicables junto con sus elementos de medición.

ACA.3 Existe un procedimiento para dar el alta o derivar a los pacientes.

Elementos de medición

1. Existe un proceso organizado para dar el alta y/o derivar a los pacientes.
2. El alta y/o la derivación se basan en las necesidades de continuidad de atención al paciente.
3. Se utilizan criterios para determinar que el paciente está preparado para el alta.
4. En caso necesario, la planificación del alta o de la derivación se empieza a programar al inicio del proceso asistencial y, cuando sea apropiado, se incluye a la familia.
5. Se da el alta o se deriva a los pacientes de manera adecuada.

ACA.3.2 Los pacientes y, en caso necesario, sus familias reciben instrucciones de seguimiento comprensibles en el momento de la derivación o del alta.

Elementos de medición

1. Las instrucciones de seguimiento tienen que ser comprensibles.
2. Las instrucciones incluyen cualquier posibilidad de volver por razones de seguimiento.
3. Las instrucciones indican en qué casos será necesario obtener atención urgente.
4. Las familias también reciben las instrucciones según el estado del paciente.

ACA.3.3 Las historias clínicas de los pacientes incluyen una copia del informe del alta.

Elementos de medición

1. Se prepara un informe de alta para el momento del alta.
2. El informe recoge el motivo de ingreso.
3. El informe recoge los hallazgos significativos.
4. El informe recoge cualquier diagnóstico.
5. El informe recoge cualquier procedimiento realizado.
6. El informe recoge las medicaciones y otros tratamientos.
7. El informe recoge el estado del paciente al alta.
8. El informe recoge la medicación al alta y las instrucciones de seguimiento.
9. Se guarda una copia del informe del alta en la historia clínica del paciente.
10. Cuando lo dicte la práctica o la normativa de la organización, se entrega al paciente una copia del informe del alta.

DPF.2.1 La organización informa a los pacientes y a sus familias sobre el estado clínico y terapéutico de aquéllos y sobre cómo pueden participar en las decisiones de la atención en la medida en que estén dispuestos a participar.

Elementos de medición

1. Los pacientes y las familias saben cómo y cuándo se les informará acerca del estado clínico.
2. Los pacientes y las familias saben cómo y cuándo se les informará del tratamiento propuesto.
3. Los pacientes y las familias conocen el proceso utilizado para obtener consentimiento informado.
4. Los pacientes y las familias participan en las decisiones de atención siempre que lo deseen.

DPF.6 La organización informa a los pacientes y a las familias del proceso de recepción y tramitación de denuncias, conflictos y diferencias de opinión respecto a la atención al paciente y del derecho del paciente a participar en estos procesos.

Elementos de medición

1. Los pacientes son conscientes de su derecho a realizar reclamaciones y del procedimiento a seguir.
2. Las reclamaciones se revisan según el mecanismo establecido por la organización.
3. Los dilemas que se originan durante el proceso de atención se revisan con arreglo al mecanismo de la organización.
4. Los participantes en el proceso se identifican a través de normas y procedimientos.
5. La forma de participar del paciente y de su familia se refleja en las normas y los procedimientos.

DPF.6.1 Los pacientes y sus familias reciben la información pertinente sobre la enfermedad, el tratamiento propuesto y los profesionales para poder tomar decisiones de atención.

Elementos de medición

1. Se informa a los pacientes de su estado clínico.
2. Se informa a los pacientes sobre la propuesta de tratamiento.
3. Se informa a los pacientes sobre beneficios potenciales e inconvenientes del tratamiento propuesto.
4. Se informa a los pacientes de posibles alternativas al tratamiento propuesto.
5. Se informa a los pacientes de las probabilidades de éxito del tratamiento.
6. Se informa a los pacientes de posibles riesgos y problemas relacionados con el tratamiento.
7. Se informa a los pacientes de las consecuencias de no tratarse.
8. Los pacientes conocen la identidad del médico o profesional responsable de su atención.
9. Cuando se planifican los tratamientos o procedimientos, los pacientes conocen a las personas autorizadas para intervenir.

DPF.6.2 La organización establece un proceso, dentro del marco legal y cultural vigente, para cuando alguien distinto al paciente deba dar el consentimiento.

Elementos de medición

1. La organización tiene un proceso que prevé la concesión de consentimiento informado por parte de una persona distinta al paciente.
2. El proceso respeta la ley, la cultura y las tradiciones.

DPF.6.4 El consentimiento informado se obtiene antes de la cirugía, la anestesia, la utilización de sangre y derivados sanguíneos, u otros tratamientos o prácticas de alto riesgo.

Elementos de medición

1. Se obtiene el consentimiento informado antes de procedimientos quirúrgicos o invasivos.
2. Se obtiene el consentimiento informado antes de la anestesia.
3. Se obtiene el consentimiento informado antes del empleo de sangre y de derivados sanguíneos.
4. Se obtiene el consentimiento informado antes de prácticas o procedimientos de alto riesgo.
5. La identidad del profesional que facilita la información al paciente y la familia se anota en la historia clínica del paciente.

EDP.1.8.2 Todos los pacientes son valorados reevaluado cuando hay dolor.

Elementos de Medición

1. Los pacientes son valorados por dolor.
2. Cuando se identifica el dolor, el paciente es referido o se lleva a cabo una evaluación comprensiva, apropiada a la edad del paciente, midiendo la intensidad, calidad, características, frecuencia, localización y duración.
3. La valoración es documentada en el expediente, de una forma que se facilite la revaloración regular y seguimiento de acuerdo a los criterios desarrollados por la organización.

EDP.2 Todos los pacientes son reevaluados a intervalos apropiados para determinar su respuesta al tratamiento y para planificar la continuidad del tratamiento o egreso.

Elementos de medición

1. Los pacientes son re-evaluados para determinar su respuesta al tratamiento.
2. Los pacientes son re-evaluados para planificar la continuidad de su tratamiento o egreso.
3. Los pacientes son re-evaluados a intervalos apropiados a su condición, plan de cuidados y necesidades individuales o de acuerdo a las políticas de la organización.
4. Un médico re-evalúa pacientes a diario, incluyendo los fines de semana, durante fases agudas de sus cuidados y tratamientos.
5. Políticas de la organización define las circunstancias, tipos de pacientes o población de pacientes para lo cual la valoración médica puede ser menos que diario y determina los intervalos de valoración para estos pacientes.
6. Las re-valoraciones quedan documentadas en el expediente clínico

CAC.4 La evaluación pre-anestésica la realiza un profesional cualificado.

Elementos de medición

1. La evaluación pre-anestésica se lleva a cabo antes de la inducción anestésica.
2. Un profesional cualificado realiza la evaluación.

CAC.6 El estado post-anestésico de cada paciente se monitoriza y se documenta, y una persona cualificada da el alta al paciente de un área de reanimación en función de unos criterios establecidos.

Elementos de medición

1. Se realiza una monitorización adecuada del paciente durante el período de reanimación post-anestésica.
2. Los resultados de la monitorización se introducen en la historia clínica del paciente.
3. Se utilizan unos criterios establecidos para tomar decisiones sobre el alta.
4. Un profesional cualificado aplica los criterios y da el alta al paciente.
5. Se registran los tiempos de llegada y alta del área de reanimación.

CAC.7 Se planifica y se documenta la atención quirúrgica de cada paciente en función de los resultados de la evaluación realizada.

Elementos de medición

1. Se planifica cualquier intervención quirúrgica a realizar al paciente.
2. El proceso de planificación tiene en cuenta toda la información de evaluación disponible.
3. Se documenta la atención planificada quirúrgica.
4. Se documenta un diagnóstico preoperatorio.

CAC.7.3 El estado fisiológico del paciente se monitoriza de forma continua durante el procedimiento quirúrgico e inmediatamente después de la intervención, y los resultados se anotan en la historia clínica del paciente.

Elementos de medición

1. Se monitoriza constantemente el estado fisiológico del paciente durante la cirugía.
2. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente durante el período inmediatamente posterior a la cirugía.
3. Se incluyen los hallazgos en la historia clínica del paciente.

EPF.3 La educación del paciente y de su familia incluye los temas siguientes, según convengan a la atención del paciente: el uso seguro de medicamentos, el uso seguro del equipamiento médico, las posibles interacciones entre medicamentos y alimentos, una guía nutricional y técnicas de rehabilitación.

Elementos de medición

1. En caso necesario, se educa al paciente y a su familia en el uso seguro y eficaz de medicamentos y sus posibles efectos colaterales.
2. En caso necesario, se educa al paciente y a su familia en la utilización segura y eficaz del equipamiento médico.
3. En caso necesario, se educa al paciente y a su familia para prevenir interacciones entre medicamentos y alimentos.
4. En caso necesario, se educa al paciente y a su familia en una dieta y nutrición adecuadas.
5. En caso necesario, se educa al paciente y a su familia en técnicas de rehabilitación.

EPF.5 Los métodos educativos toman en consideración los valores y preferencias de los pacientes y sus familiares, y permiten suficiente interacción entre el paciente, familiares y personal para que ocurra el aprendizaje.

Elementos de medición

1. La interacción entre el personal, paciente y sus familiares confirman que la información fue comprendida.
2. Aquellos que proveen la educación motivan a los pacientes y sus familiares a hacer preguntas y a participar como participantes activos.
3. Información verbal es reforzada con material escrito, según sea apropiado a las necesidades y preferencias del paciente.

GIN.19.3 Todo registro del expediente clínico identifica a su autor y la fecha en que fue ingresado.

Elementos de medición

1. El autor de todo registro ingresado al expediente clínico puede ser identificado.
2. La fecha de todo registro ingresado al expediente clínico puede ser identificada.
3. Cuando lo requiera la organización la hora del registro puede ser identificado.

Eficiencia, eficaz y efectividad de acuerdo a la Real Academia de Español:

Eficiencia

Virtud y facultad para obtener un efecto determinado, es el competente que rinde en su actividad.

Eficaz

La capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera por medio de la producción de actividades esperadas.

Efectividad

Efectividad se define como la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera y también como Realidad, validez. En la primera acepción es, por tanto, equivalente a eficacia. En cuanto al correspondiente adjetivo, efectivo, va en su segunda acepción es sinónimo de eficaz, pero tiene además otros significados: 'Real y verdadero, en oposición a quimérico, dudoso o nominal',

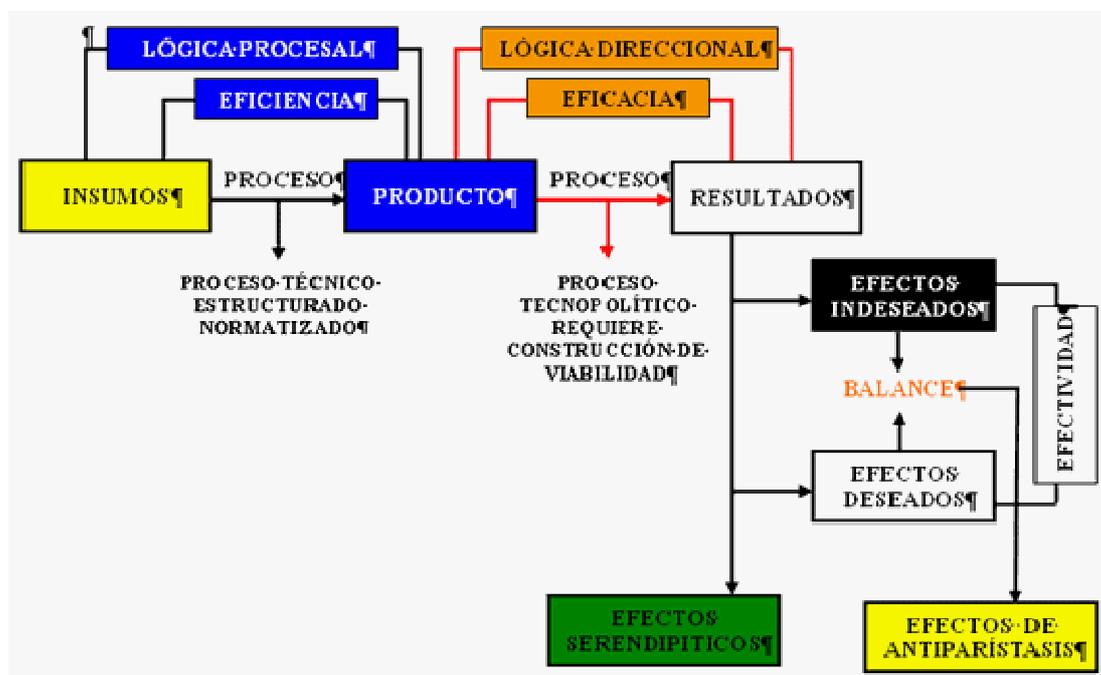
Análisis de los conceptos⁴⁵

La eficiencia y la efectividad son dos adjetivos de naturaleza cualitativa, ambos aplicables a los procesos logísticos o cualquier área en general, pues en condiciones ordinarias se propende a la optimización; lo que implica eficiencia y en condiciones extraordinarias se debe cumplir la misión aún a costa de los medios: es importante entender, que la eficacia no es un defecto, pues una alta eficiencia depende de seguir estrictamente los lineamiento de la planificación, pero es conocido que la planificación debe ser flexible, pues existen variables influyentes, especialmente las del entorno que producen cambios que de no poderse actuar en ellos podrían producir el fracaso, es en estas contingencias donde la eficacia se impone. Por otra parte, la efectividad es la cuantificación del cumplimiento de la meta, no importa si ésta se logra en forma eficiente o en forma efectiva. En algunos casos, se acepta la efectividad como el logro de una meta acertadamente seleccionada en el proceso de planificación, es decir, la hipótesis que producía la solución idónea al problema o necesidad existente.

Brindando un enfoque más gerencial, la siguiente gráfica plantea la estructura y lógica de una operación, de estos tres procesos.

⁴⁵ <http://www.monografias.com/trabajos11/veref/veref.shtml>

Figura N° 2. Proceso de eficiencia, eficacia y efectividad



46

Las lógicas plasmadas en el gráfico superior, se encuentran vinculadas en todo momento al entorno de donde provienen sus insumos, relacionados a la feno-estructura y hacia dónde van los productos (feno-producción y vector de producción terminal); encontrándose además, una interrelación constante con aliados, oponentes, aliado-opponentes e indiferentes.

Al entender la calidad como el grado de satisfacción del cliente / usuario / o paciente, según el caso, se puede visualizar la diferencia entre producto y resultado, como la brecha existente entre el producto y las expectativas que se tienen de este, para lograr variaciones o invariaciones en la situación o estado del sistema.

⁴⁶ Planificación y Control de la Producción Pública. Kilian Zambrano D

En este capítulo, se define la metodología seleccionada, dando una breve descripción de cómo y con qué población, muestra e instrumentos se realiza la investigación. El tipo de estudio, es decir su enfoque, el área física (infraestructura) y características propias de los sujetos y objetos de estudio, van orientadas según orientadas por la delimitación y formulación del problema.

3.1 Tipo de Estudio

De acuerdo a las características y objetivos del presente problema de investigación, el tipo de estudio tiene un carácter descriptivo, porque permite detallar el o los fenómenos estudiados básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos⁴⁷. De enfoque cuantitativo – cualitativo, pues valora no solo los procesos estandarizados que realizan el personal sino también, la calidad con la cual se lleva a cabo, es decir con objetivos múltiples, una evaluación global en donde interesa tanto el proceso como el resultado⁴⁸. Como bien se estudió en el Capítulo II, la calidad es definida por la persona que entrega y recibe el servicio, influyendo en ella la personalidad del individuo. Por otro lado para llegar a la comprensión que se desea del servicio en estudio se hace necesario la comprobación, valoración del impacto y explicación casual⁴⁹.

3.2 Área de Estudio

En esta investigación el área de estudio principal es la Sala de Cirugía del Edificio Cabezas López. Para el enfoque de esta investigación, se considera de interés las labores realizadas por el personal de enfermería en el servicio de cirugía ambulatoria, del Hospital Clínica Bíblica, situado en la provincia de San José.

⁴⁷ http://www.wikilearning.com/tipos_de_estudio_y_metodos_de_investigacion-wkccp-7169-1.htm

⁴⁸ Msc. Grettel Balmaceda García, Msc. María de los Angeles Rojas Espinoza, Msc. Iris María Obando Hidalgo. Antología del Curso: Seminario Taller de Técnicas Cualitativas y Cuantitativas de la Investigación. Universidad Estatal a Distancia, San José Costa Rica. 2006-3

⁴⁹ Msc. Grettel Balmaceda García, Msc. María de los Angeles Rojas Espinoza, Msc. Iris María Obando Hidalgo. Antología del Curso: Seminario Taller de Técnicas Cualitativas y Cuantitativas de la Investigación. Universidad Estatal a Distancia, San José Costa Rica. 2006-3

3.3 Unidades de Análisis o Sujetos / Objetos de Estudio

Los profesionales de Enfermería de Cirugía Cabezas López que llevan a cabo procesos de atención directa con el cliente, durante el primer cuatrimestre del año 2008, son los protagonistas principales de esta investigación.

Debido a que los mismos profesionales en Enfermería que atienden a los clientes de cirugía ambulatoria atienden en las cirugías mayores (es decir, las que requieren de al menos 24 horas de internamiento), no es preciso definir un subconjunto de la población.

Las Salas de Cirugía cuentan con la colaboración de 23 profesionales en Enfermería, repartidos en tres turnos rotativos de ocho horas, distribuidos durante las 24 horas del día, siete días a la semana.

Se recurre a la selección y revisión de una muestra de expedientes clínicos para cada uno de los momentos de verdad mencionados. En total se revisan 203 expedientes clínicos del total de egresos durante el primer cuatrimestre, 2008. El siguiente cuadro refleja la plantilla de cálculo utilizada.

Plantilla de cálculo			
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Función aleatorio	Cantidad Total de egresos	Estimación de sigma	Cantidad a muestrear
1			
224.3565837	546	0.3	203

3.4 Fuentes de Información Primaria y Secundaria

Esta investigación se ha realizado con un apoyo de fuentes primarias como lo son los libros de texto, revistas, direcciones de Internet, trabajos de investigación anteriores y normas y procedimientos internos del Hospital, expedientes clínicos y records de registro de tiempos del Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGH). Por otro lado las fuentes primarias también dieron mucho sustento informático; la observación del investigador y entrevistas con el personal y clientes del Hospital así como los registros o formularios del expediente clínico que tienen relación directa con la documentación de las actividades del profesional de enfermería de sala de cirugía.

Para la selección de las fuentes secundarias, se toman en consideración sus criterios de confiabilidad, es decir, la actualidad, valor y objetividad de la información⁵⁰. Las fuentes primarias son más confiables, en vista de que se generan directamente de quienes observan, realizan o experimentan los

⁵⁰ <http://iteso.mx/~lilianar/materiales/fuentesdeinformacion.htm>

procesos de atención en cirugías ambulatorias descritos y analizados en esta investigación⁵¹.

3.5 Identificación, descripción y relación de las variables

A continuación presentaremos el cuadro de variables, en donde se descomponen los objetivos específicos obteniendo así una variable, su definición conceptual, operacional, dimensión y por último la definición de su instrumento de medición. Permiten definir todas las características de las variables y cómo serán medidas.

Recordemos que una variable es una característica, cualidad, atributo o propiedad del sujeto o unidad de observación⁵². Se denominan variables porque no son fijas, pueden cambiar e intervienen muchos factores en este cambio.

⁵¹ <http://www.ugr.es/~anamaria/fuentesws/Fuentes%20primarias3.htm>

⁵² www.uv.mx/cenati/presentaciones/Variables

3.5 Cuadro de Operacionalización de las Variables

Objetivo específico	Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Definición Instrumental
<ul style="list-style-type: none"> Determinar la eficiencia de los procesos de gestión en la Sala de Cirugía. 	Eficiencia	<p>Eficiencia: Es la relación existente entre los insumos y los productos, durante un subproceso estructurado, de conversión de insumos en productos. Basado en el principio de uso dosificado de sus recursos en cada evento, lo cual ocurrirá en función de la aplicación de recursos.</p>	Tiempo	Diferencia entre el tiempo de programación y el tiempo real de inicio del procedimiento quirúrgico.	<p><u>Hoja de Control de Tiempo de Sala de Cirugía</u></p>

Objetivo específico	Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Definición Instrumental
<ul style="list-style-type: none"> Identificar la eficacia de la gestión del servicio de Cirugía y su relación con los resultados obtenidos. 	Eficacia en las labores	Es la relación existente entre producto y el resultado, durante el subproceso cusiestructurado y tecnopolítico de conversión de productos en resultados; esta relación se establece por la calidad del producto al presentar el máximo de efectos deseados y mínimo de indeseados. Reduciendo así, los reprocesos, retrabajo y el desperdicio.	Educación y orientación al paciente y su familia	Registro de educación brindada en relación al procedimiento quirúrgico y / o sus cuidados.	Formulario <u>Plan de Educación</u> del expediente clínico.
			Requisitos preoperatorios	Cumplimiento y verificación de los requisitos preoperatorios.	Formulario <u>Requisitos Preoperatorios</u> en el expediente clínico.
			Verificación de consentimientos informados específico y de anestesia	Registro del consentimiento informado específico y de anestesia para realizar el procedimiento invasivo planificado.	Formulario de <u>Consentimientos Informados</u> en el expediente clínico.
			Atención post-operatoria inmediata	Entrega y registro de los cuidados post-quirúrgica inmediatos hasta alcanzar la capacidad funcional apropiada según los criterios de egreso establecidos.	Formulario de <u>Sala de Recuperación</u> .
			Informe de salida	Orientación y entrega por escrito de los cuidados en el hogar.	Copia del formulario <u>Informe al Alta</u> en el expediente clínico.

Objetivo específico	Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Definición Instrumental
Determinar los beneficios obtenidos como resultado del sistema de gestión.	Beneficios obtenidos	Efecto positivo obtenido como resultado de un proceso, valor deseado.	<p>Estándares aplicables a los momentos de verdad mencionados: AAP.1.8.2, AAP.2, CAC.6, CAC.7.3, DPF 2.1, DPF.6.1, EPF.3, EPF.5, GIN.19.3, CAC.4, CAC.7, DPF.6, DPF.6.2, DPF.6.4, ACA.3, ACA.3.2, ACA.3.3</p>	<p>En conformidad: si un 100% de los elementos de medición del estándar cumplen. En no conformidad: Si al menos uno de los elementos de medición no cumplen.</p>	Expediente clínico
			Satisfacción del cliente externo.	<p>Cliente satisfecho da una calificación del 8 a 10, Cliente Insatisfecho da una calificación menos de 8 en: a) La atención de enfermería en el preoperatorio b) Confianza en los cuidados de enfermería en el postoperatorio y c) Educación dada por enfermería para los cuidados en casa.</p>	Encuesta vía telefónica a una muestra de clientes del periodo en estudio.

3.5 Técnicas e Instrumentos e Instrumentos de Investigación

Para la recolección de datos, se seleccionan técnicas muy útiles en las etapas iniciales y de exploración de la investigación. Primordialmente se recurre a las entrevistas no estructuradas y a la observación natural con los profesionales en enfermería del departamento de Sala de Cirugía.

Las características propias de este tipo de entrevista, permite obtener respuestas verbales y completas ante interrogantes planteados, e inclusive profundizar en algunos aspectos de relevancia e importancia en el tema de interés.

La observación natural permite ver los procesos de atención en enfermería en la práctica, sin intervenir en los acontecimientos observados. Por tratarse de observación de procesos, lleva un enfoque sistemático.

Sin embargo también se recurre al estudio de otros instrumentos ya existentes que registran información clara y precisa en los procesos de atención de enfermería seleccionados. Para cada uno de los momentos de verdad mencionados, se lleva a cabo un registro en uno de los formularios del expediente clínico. La muestra de expedientes seleccionados de manera aleatoria de enero a abril del 2008, son custodiados por el departamento de Registros Médicos del Hospital. Se verifica el llenado adecuado de los formularios, asegurándose de que cumplan con cada uno de los elementos de medición de las normas institucionales y de la entidad acreditadora del Hospital.

Adicionalmente se realizan encuestas a una población muestra, vía telefónica para medir el nivel de satisfacción del cliente. Los datos recopilados a través de las respuestas de tres interrogantes es calificada por el cliente en una escala del 0 al 10; en donde "0" es insatisfacción completa y "10" satisfacción total.

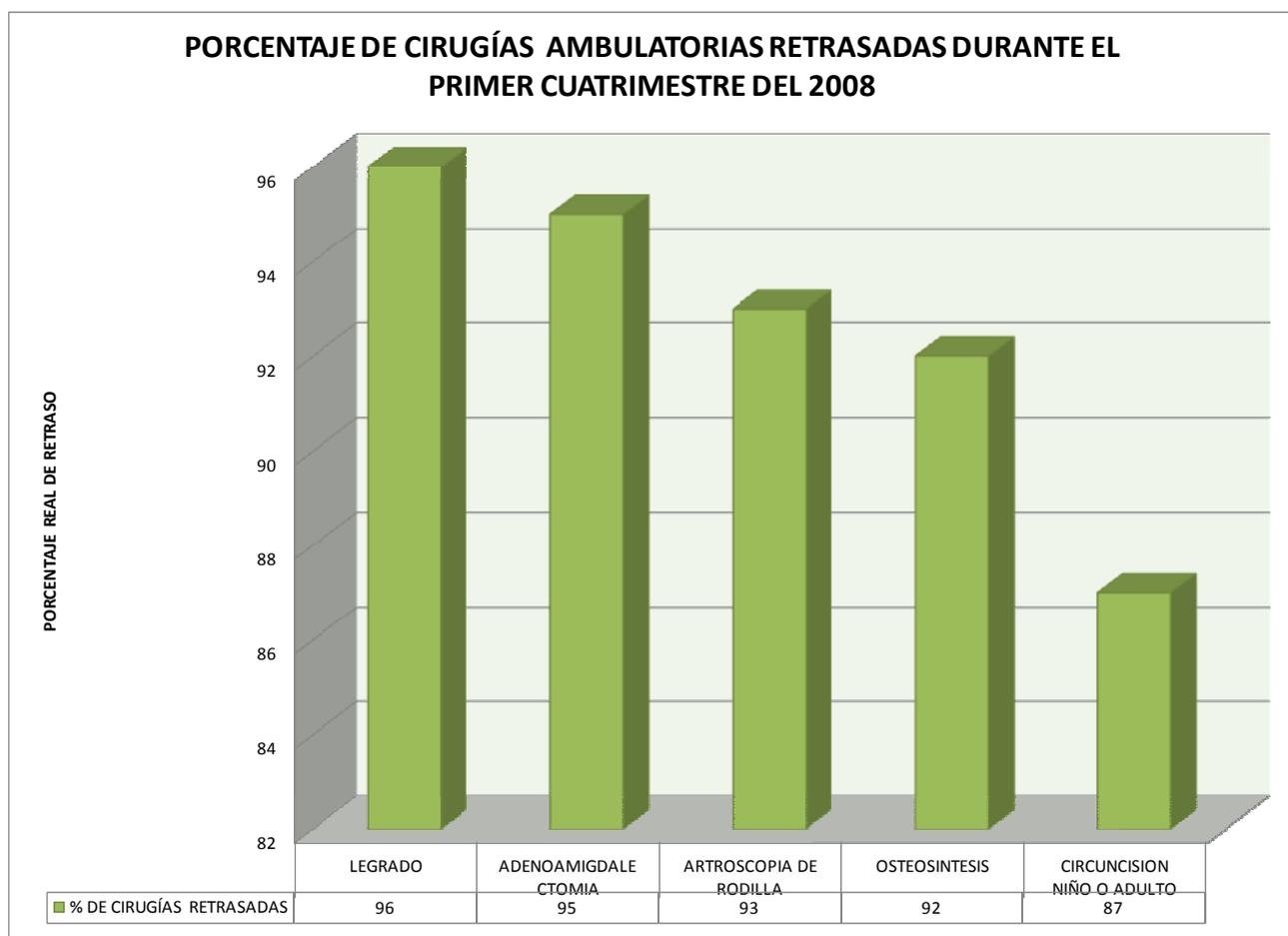
El siguiente capítulo muestra los resultados del trabajo de campo realizado, de los expedientes clínicos y las encuestas realizadas vía telefónica. La presentación del gráfico e incluye, con el fin de visualizar mejor su comportamiento y un breve análisis del mismo, basado en la información obtenida desde el marco teórico hasta el diseño metodológico. Los gráficos y tablas son tabulados y resumidos en un archivo de Excel, los resultados fueron insertados con el fin de centralizar la información.

4.1 Eficiencia con la que se llevan a cabo los procesos de gestión de la Sala de Cirugía

Posterior a la identificación de los cinco procedimientos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes durante el primer cuatrimestre del 2008, se procede a medir la eficiencia de la gestión de enfermería con la diferenciación en minutos, entre el tiempo de programación de la cirugía y el tiempo real de inicio de la cirugía⁵³. Personal Lego de cirugía se encarga de alimentar el sistema computarizado del Hospital (SIGH), con información registrada en la hoja de control de tiempos, por la enfermera circulante a cargo de la sala de cirugía.

⁵³ Ver anexo 1. PORCENTAJE DE CIRUGÍAS AMBULATORIAS RETRASADAS DURANTE EL PRIMER CUATRIMESTRE DEL 2008

Gráfico N° 1



Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria (SIGH), Logical Data, Departamento de Informática. Mayo 2008.

Cuadro de resumen N° 1:

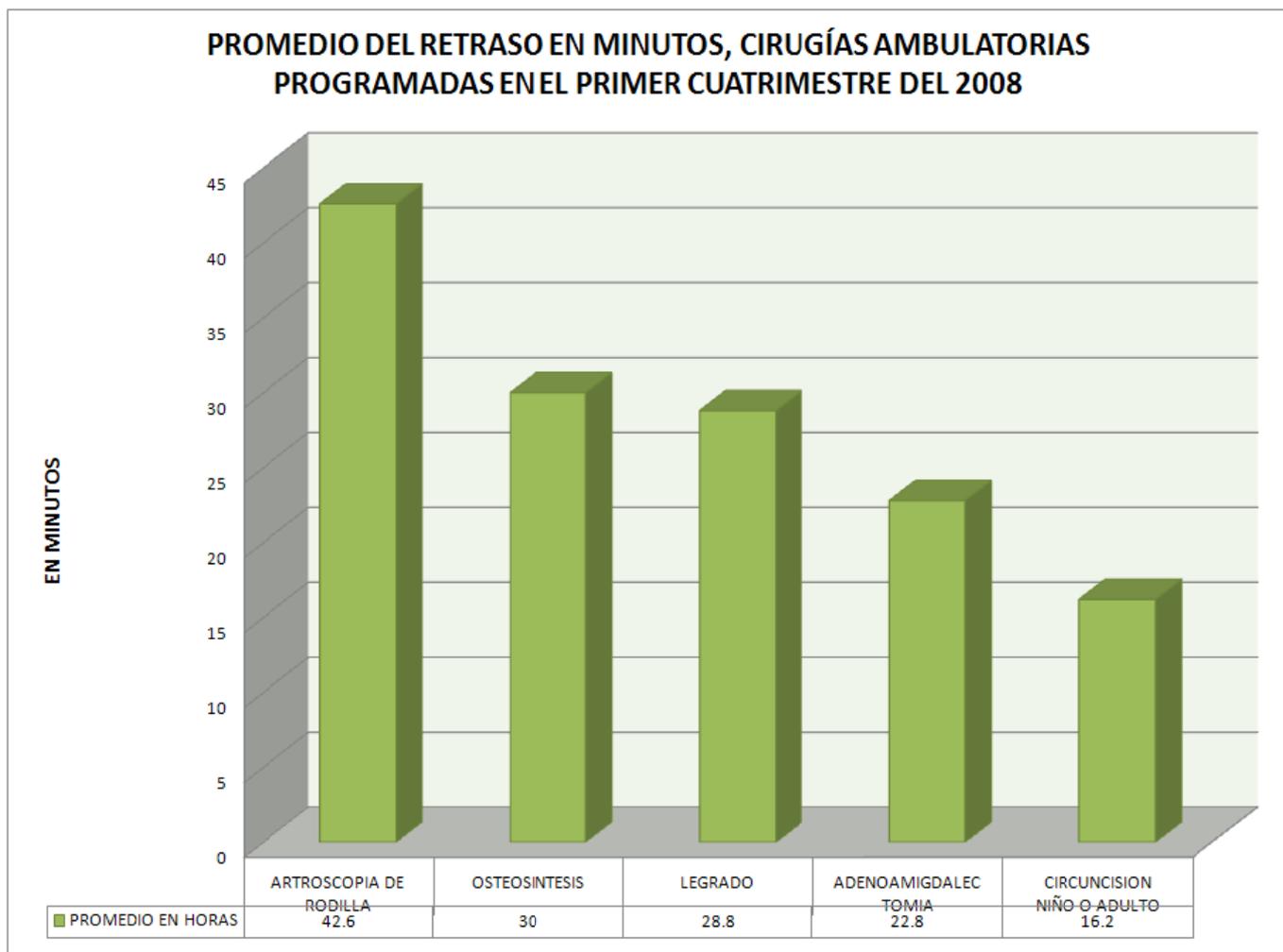
PROCEDIMIENTO	% DE CIRUGÍAS RETRASADAS
LEGRADO	96 %
ADENOAMIGDALECTOMIA	95 %
ARTROSCOPIA DE RODILLA	93 %
OSTEOSINTESIS	92 %
CIRCUNCISION NIÑO O ADULTO	87 %

Se evidencia que en la mayoría de los casos, existe un retraso en más del 90% de los procedimientos seleccionados. La consecuencia de tal retraso puede tener implicaciones en varias áreas de la gestión diaria de Sala de Cirugía.

Por un lado, puede producirse una reacción en cadena, con altas posibilidades de que el siguiente procedimiento quirúrgico también se retrase en la agenda. El nivel de satisfacción del paciente puede verse comprometido al tener que esperar más del tiempo previsto para ser atendido. Y por último, el retraso podría favorecer el cumplimiento acelerado de las labores de enfermería y por ende bajar la calidad de la atención o bien favorece un error humano.

Si bien es cierto en el presente estudio, no se analizan a mayor detalle las causas del retraso (pues no es uno de los objetivos) y bajo el entendido de que un retraso puede ser causado no solo por el personal de enfermería, sino también médico o paciente no deja de ser un factor importante que determina la eficiencia de la gestión de enfermería, pues la programación de la agenda y el uso de las salas de cirugía, sí son responsabilidad exclusiva del profesional de enfermería.

Gráfico N° 2



Fuente: Sistema Integrado de Gestión Hospitalaria (SIGH), Logical Data, Departamento de Informática. Mayo 2008.

Cuadro de resumen N° 2

PROCEDIMIENTO	PROMEDIO EN MINUTOS
ARTROSCOPIA DE RODILLA	42.6
OSTEOSÍNTESIS	30
LEGRADO	28.8
ADENOAMIGDALECTOMIA	22.8
CIRCUNCISION NIÑO O ADULTO	16.2

Detallando más el estudio de tiempos se determinará el promedio de retraso en minutos de cada uno de los cinco procedimientos seleccionados. Se observan que el promedio de retraso va desde los 16 minutos hasta los 42 minutos cifras elevadas tomando en cuenta que la mayoría son cirugías ambulatorias programadas.

4.2 Eficacia de las labores de la gestión del servicio de Cirugía y su relación con los resultados obtenidos.

Plan de Educación al Paciente y su Familia

Un paciente bien informado es un paciente con mayores posibilidades de una recuperación satisfactoria⁵⁴. Este momento de verdad, cobra mayor importancia en un servicio de atención ambulatoria, puesto que el usuario se retira a su casa (aproximadamente 2 horas después de la cirugía) y es el paciente y/o sus familiares/cuidadores son los responsables de los cuidados post-quirúrgicos. En este estudio se mide no solo el registro de la educación brindada⁵⁵, sino que también se complementa con una encuesta telefónica.

Requisitos preoperatorio

La evaluación previa del paciente minimiza el riesgo de complicaciones en el trans-operatorio, y la importancia del registro que enfermería radica en que es uno de los medios de comunicación más efectivos entre profesionales de salud. Ante cualquier traslado del paciente, la información del expediente viaja con él, y debe existir seguridad de que el paciente está en condiciones adecuadas para la inducción de la anestesia. El estudio evidencia que su cumplimiento es elevado entre el personal de enfermería.

⁵⁴El Alta de Enfermería como instrumento de continuidad de los cuidados. Ponencia al XXII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. España. Mayo de 2001

⁵⁵ Ver anexo 1

Verificación de Consentimientos Informados; Específico y de Anestesia

Si bien es cierto el consentimiento informado podría llevarse a cabo desde el Servicio de Admisión, o bien el consultorio médico es responsabilidad del profesional de enfermería de Sala de Cirugía verificar que este completo y el mismo sea entendido por el paciente antes de su traslado a Sala. En este estudio se comprueba la realización de este proceso, tanto para el consentimiento informado específico como el de anestesia⁵⁶, ambos de carácter obligatorio en HCB.

Atención Post-Operatoria Inmediata

La atención brindada por el profesional en enfermería en este periodo es vital para la recuperación del estado de muscular y de conciencia del paciente. El monitoreo y registro de los signos vitales y los criterios de Aldrete ayudan a determinar la condición del paciente para su egreso apropiado. El mismo profesional de enfermería encargado de esta labor, es el responsable del "Informe al Alta".

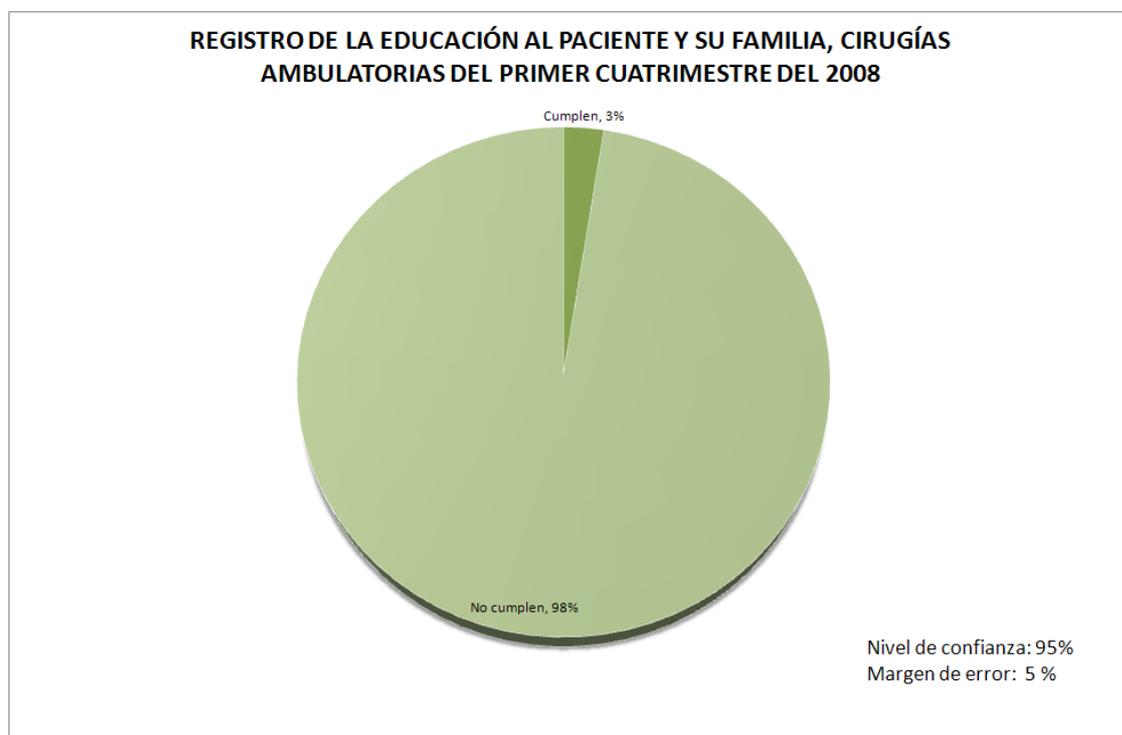
Informe de de Enfermería al Alta

Este proceso va muy de la mano con la educación brindada al paciente desde su ingreso. Es de vital importancia que el usuario comprenda no solo el procedimiento a realizar sino también los cuidados posteriores, las instrucciones para la toma de medicamentos y cualquier otro seguimiento o cita médica que se requiera. Este proceso al igual que el de educación evidencia ser una debilidad que debe mejorar si se pretender brindar atención completa y de calidad.

Resultados:

56 Ver anexo 2 y 3

Gráfico N° 3



Fuente: Expedientes Clínicos, Hospital Clínica Bíblica. Primer Cuatrimestre del 2008

Cuadro de resumen N° 3

Educación	Cantidad	%
Cumplen	1	3%
No cumplen	39	98%

P	2.5%
Z	1.96
N	40
Límite superior	7.3%
Límite inferior	-2.3%
Error cometido	4.8%

Queda en evidencia el incumplimiento del estándar en mención, por lo menos en lo que respecta su registro en el expediente clínico. Apenas un 3% de los pacientes están recibiendo educación verbal o escrita en relación al procedimiento quirúrgico o sus cuidados posteriores. Es importante resaltar que esta revisión hace alusión únicamente al registro de la educación por parte de

enfermería, no por ello se pretende declarar que la educación del todo no se brinda. La educación podría bien estarse realizando de manera verbal, quizás por parte del médico en su consultorio, sin embargo sí es un requisito de la norma aplicable al Hospital el registro en el expediente clínico el proceso de brindada al paciente o sus familiares.

Gráfico N° 4



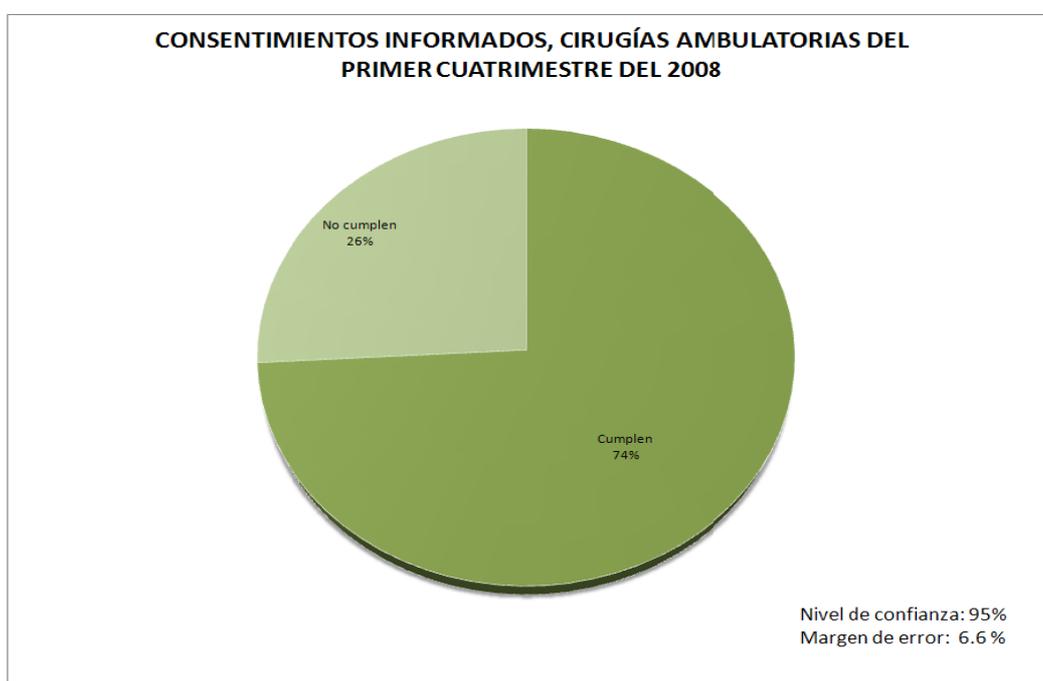
Fuente: Expedientes Clínicos, Hospital Clínica Bíblica. Primer Cuatrimestre del 2008

Cuadro de resumen N° 4

Requisitos	Cantidad	%
Cumplen	127	67%
No cumplen	62	33%
p	67%	
Z	1.96	
n	189	
Límite superior	73.9%	
Límite inferior	73.9%	
Error cometido	6.7%	

Un 67% de los pacientes están recibiendo una adecuada valoración preoperatoria por parte de enfermería, una cifra también preocupante, tomando en consideración que su objetivo primordial es asegurar que el paciente cuenta con las condiciones necesarias para la siguiente fase (inducción de la anestesia), en donde el principal problema encontrado fue la ausencia en el registro de los signos vitales.

Gráfico N° 5



Fuentes: Expedientes Clínicos, Hospital Clínica Bíblica. Primer Cuatrimestre del 2008

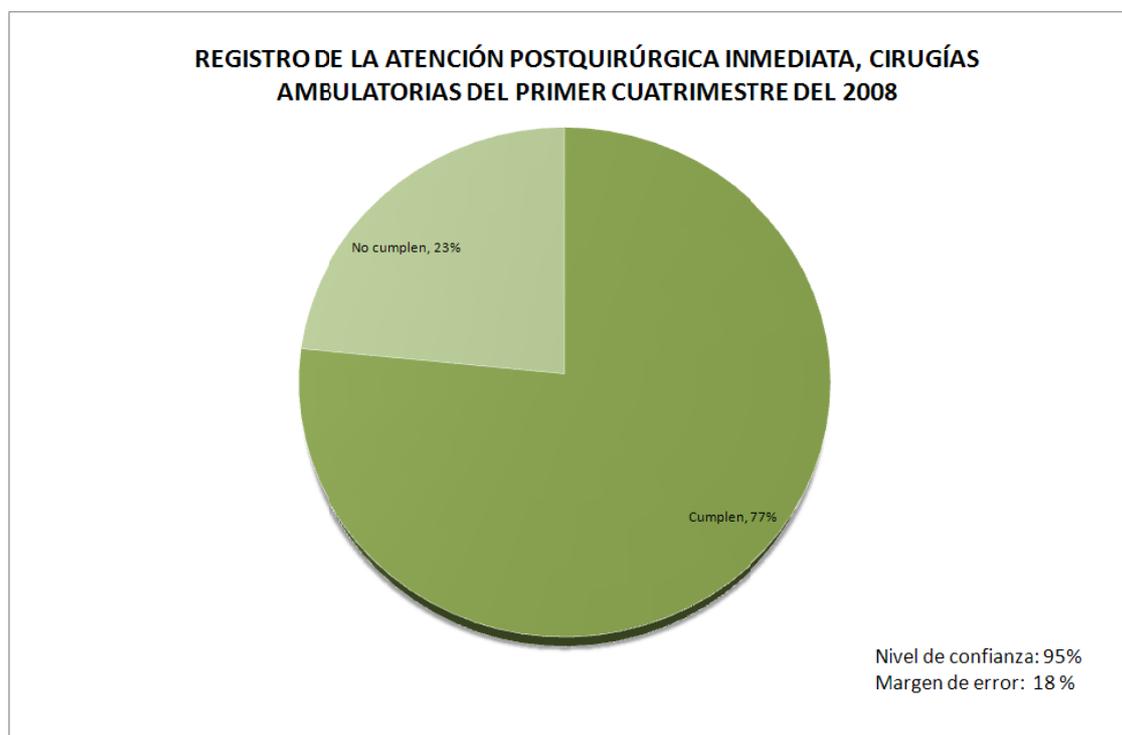
Cuadro de resumen N° 5

Consentimientos informados		
	Cantidad	%
Cumplen	126	74%
No cumplen	44	26%
p	74.1%	
Z	1.96	
n	170	
Límite superior	80.7%	
Límite inferior	67.5%	
Error cometido	6.6%	

Un 74% de las cirugías ambulatorias contaban con el consentimiento informado específico y de anestesia completo, ambos requisito indispensable para la realización de cualquier procedimiento invasivo que requiera el uso de sedación o anestesia. Algunos de los incumplimientos encontrados obedecían primordialmente a la ausencia de: *firma del paciente pero no del médico, no se registra el tipo de anestesia a utilizar, no se registra el nombre procedimiento a realizar*, entre otros.

Como mencionábamos anteriormente, el consentimiento informado puede ser emprendido por personal de salud ajeno a enfermería, sin embargo es responsabilidad de la enfermera de Sala su verificación y en caso de estar incompleto, su llenado.

Gráfico N° 6



Fuente: Expedientes Clínicos, Hospital Clínica Bíblica. Primer Cuatrimestre del 2008

Cuadro de resumen N° 6

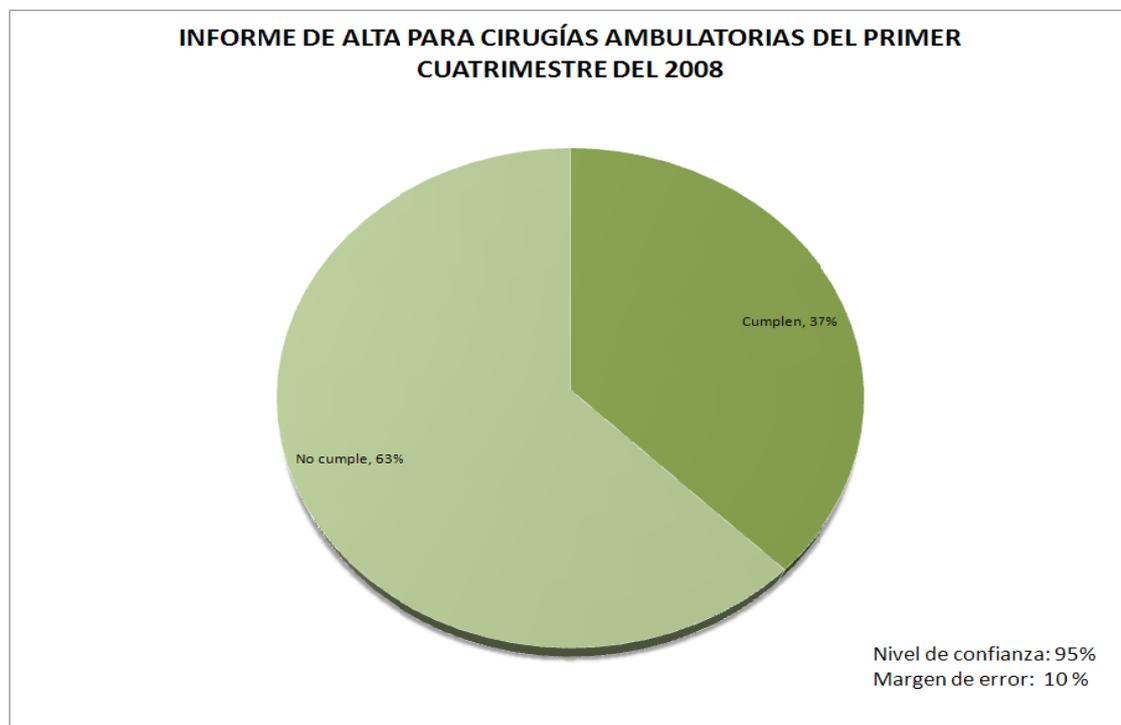
Recuperación		
	Cantidad	%
Cumplen	121	77%
No cumplen	37	23%

P	77%
Z	1.96
N	158
Límite superior	83%
Límite inferior	70%
Error cometido	7%

Un 77% de los pacientes que son atendidos en la Sala de Recuperación se les completa adecuadamente el formulario de Recuperación. El principal problema encontrado en este proceso se debió a que no se completaba el registro de los criterios de Aldrete, recordemos que son los criterios utilizados

que dan una puntuación global para determinar si el paciente está preparado para el egreso.

Gráfico N° 7



Fuente: Expedientes Clínicos, Hospital Clínica Bíblica. Primer Cuatrimestre del 2008

Cuadro de resumen N° 7

Informe al alta		
	Cantidad	%
Cumplen	76	37%
No cumplen	127	63%

P	37%
Z	1.96
N	203
Límite superior	44%
Límite inferior	31%
Error cometido	7%

A un 37% de los pacientes que egresan de Cirugía ambulatoria se les llena correctamente un Informe al Alta, quedando en el expediente una copia del

mismo. La causa principal de inconformidad con este proceso se debe a la escueta información entregada en relación a dieta, otras indicaciones y recomendaciones o citas de control. Precisamente este sería el espacio más apropiado para el registro de cualquier detalle necesario para que el paciente logre una recuperación eficaz en su hogar. Por otro lado, la sección donde anotar los medicamentos del paciente, también quedaba sin llenar con frecuencia, sin embargo se toma en consideración el hecho de que la mayoría de los pacientes lo que llevan consigo es la receta. Por lo tanto, su espacio en blanco con una línea cruzada en el medio lo justifica.

Gráfico N° 8



Fuente: Expedientes Clínicos, Hospital Clínica Bíblica. Primer Cuatrimestre del 2008

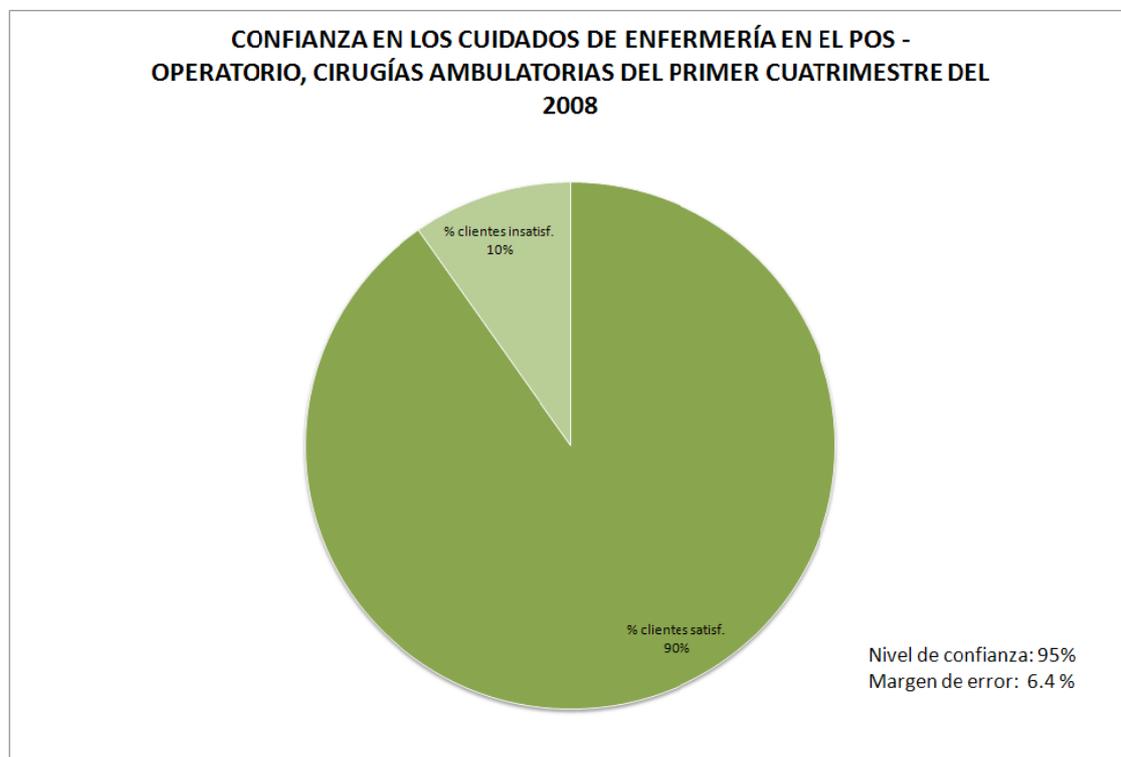
Cuadro de resumen N° 8

Atención en el preoperatorio	
% clientes satisf.	87%
% clientes insatisf.	13%
Z	1.96
Lím. Superior	94.0%
Lím. Inferior	79.2%

Error cometido	7.4%
----------------	------

Según nos muestra el gráfico # 1, un 87% de los usuarios atendidos en cirugía ambulatoria perciben la *Atención por parte del profesional en enfermería durante el preoperatorio* de satisfacción. Tomando en cuenta que se considera un cliente satisfecho cualquier cliente que califique este rubor del 8 al 10. Siendo así podríamos declarar que hay un alto nivel de satisfacción percibido por el cliente.

Gráfico N° 9



Fuente: Expedientes Clínicos, Hospital Clínica Bíblica. Primer Cuatrimestre del 2008

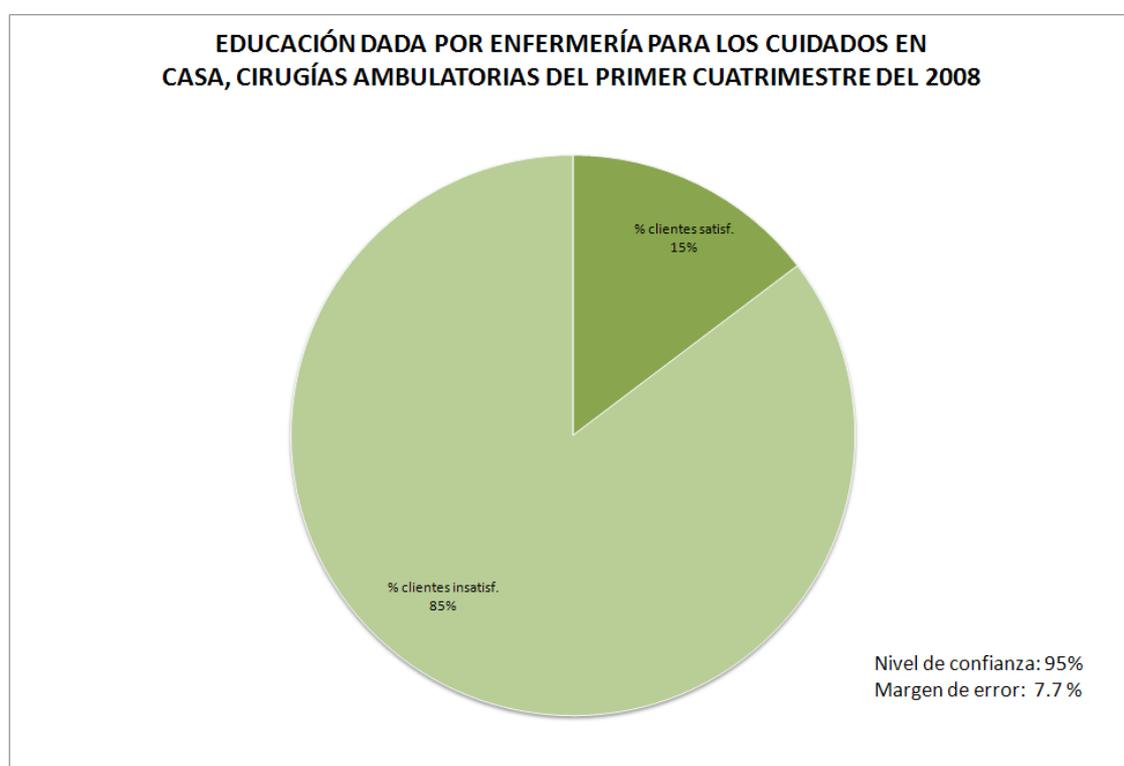
Cuadro de resumen N° 9

Confianza en los Cuidados	
% clientes satisf.	90%
% clientes insatisf.	10%
Z	1.96
Lím. Superior	96.7%
Lím. Inferior	83.8%

Error cometido	6.4%
----------------	------

En cuanto a la *confianza depositada en los cuidados brindados por el profesional de enfermería del Hospital*, un 90 % de los usuarios lo califican como satisfactorio. Este rubor al igual que la anterior muestra ser muy alentador, en contraste con los resultados obtenidos en los registros de algunos de los formularios mencionados bajo el objetivo específico # 2.

Gráfico N° 10



Fuente: Expedientes Clínicos, Hospital Clínica Bíblica. Primer Cuatrimestre del 2008

Cuadro de resumen N° 10

Educación de los cuidados en casa	
% clientes satisf.	15%
% clientes insatisf.	85%
Z	1.96
Lím. Superior	22.3%
Lím. Inferior	7.0%
Error cometido	7.7%

A diferencia de los dos temas anteriores, llama a la atención ver que solamente un 15 % de los usuarios califican como satisfactorio la educación brindada al paciente y su familia sobre los cuidados en la casa.

No se podría dejar sin mencionar la estrecha relación existente entre el resultado obtenido por la revisión de expedientes (Hoja de Educación) y lo manifestado por los clientes durante la encuesta de satisfacción. Evidentemente no es un problema de registro solamente; sino que también obedece a una situación real y confirmada por el usuario. Al hacerle la pregunta al usuario, la gran mayoría manifiesta que la educación provista de manera verbal fue por parte del médico cirujano tratante.

Algunas conclusiones y recomendaciones a considerar, según el análisis realizado y las características de área de estudio.

5.1 Conclusiones

- Existen hallazgos importantes a los que se le debe dar seguimiento, según los objetivos de calidad del Hospital. En especial los relacionados con la educación al paciente y su familia, que aunque refieren recibirla en algún momento de su consulta u internamiento, esta no viene directamente del profesional de enfermería.
- La eficiencia medida a través del cumplimiento de la agenda prevista en una gran oportunidad de mejora, que de no corregirse, afectaría no solo los costos sino también la seguridad del paciente y la calidad de la atención que el profesional en salud vaya a brindar.
- La brecha existente entre la hora de programación de una cirugía y su la hora de inicio real evidencia una ineficiencia en la gestión de la agenda quirúrgica. Lo cual repercute de forma directa no solo en la calidad de atención percibida por el usuario externo sino también el interno.
- El paciente y su familia no están recibiendo educación clara por parte del profesional de enfermería sobre los cuidados en el hogar, medicamentoso, de equipo médico u otro. Labor que se ve ausente no solo en su registro sino también en la percepción del usuario.
- Este estudio no cuestiona que la “atención” en sí no fuera de calidad, pero sí afecta la efectividad con la que las labores se están llevando a cabo. Puesto que su registro incompleto en el expediente clínico afecta la conformidad con las normas de calidad por las cuales se rige el Hospital.
- El Hospital, tiene un alto nivel de satisfacción percibido por los usuarios de los servicios brindados por el personal de enfermería en las Salas de Cirugía. Satisfacción en la atención preoperatoria y la confianza en los cuidados del profesional.

- La gestión del profesional en enfermería en cirugías ambulatorias muestra gran debilidad en las labores realizadas en la última etapa de la atención. Momento donde se entrega la educación y el informe de alta al paciente y/o sus familiares.

5.2 Recomendaciones

- Estudio de tiempos por parte de la Unidad de Calidad Hospitalaria sobre los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, de manera que sirva de criterios para la programación de las agendas. Estos criterios deben ser de conocimiento no solo del personal profesional en enfermería sino también de las secretarías de Sala que alimentan la agenda electrónica. Esta labor debería de ser controlada periódicamente, de manera que se pueda evidenciar el cambio o su mejoría (por un indicador).
- Sesiones de actualización y educación continua con el personal profesional en enfermería sobre los procedimientos quirúrgicos más frecuentes. Una vez identificados pueden ser calendarizados (dos sesiones por mes), con la entrega de un certificado, y una asistencia controlada por la jefatura respectiva de manera que se asegure su participación. A manera de motivación, se puede premiar a los colaboradores de mayor “puntos educativos” (con un reconocimiento público, un bono, derecho a congresos o conferencias externas, etc.).
- Elaboración de folletos educativos, en coordinación con la enfermera de Educación en Servicio con información que incluya: el procedimiento quirúrgico, cuidados de la herida, del tratamiento farmacológico, uso de equipo médico (cabestrillo, cuello ortopédico, muletas, etc.) y signos y síntomas de alerta.
- Que la Jefatura de Sala junto con las coordinadoras continúen llevando evaluaciones periódicas y específicas en las áreas

problemáticas. La retroalimentación al personal de Sala es esencial (comunicación de los indicadores).

-  Comunicar y publicar al personal de Sala y otros de interés sobre los logros, este tipo de motivación puede venir directamente de la Dirección de Enfermería.
-  Estudio de personal por la Dirección de Desarrollo Organizacional (labores vs tiempo vs cantidad de personal) con el fin de determinar si su inconformidad está sujeta a personal insuficiente en el área de Recuperación.
-  Sesiones clínicas en el área de Recuperación (pre clínicas y post clínicas) a cargo de las coordinadoras de Sala con el fin de reforzar funciones y labores esperadas para el día, así como la agenda de cirugías, permitiendo además un espacio para cualquier coordinación previa o retroalimentación).

1. Martínez Ramírez A. Gestión de la calidad en los servicios de salud. Editorial Médica Panamericana. 2007
2. Lapeira Mix, A. Opinión de usuarios y funcionarios con respecto a la calidad del proceso de atención en el servicio de Urgencias del Hospital Santa Marta, durante el año 2005. Editorial UNED. 2006
3. Gutiérrez Brenes. M. y otros. Antología del curso Gerencia de los Servicios de Salud. Editorial UNED. 2006
4. Gutiérrez Brenes, M y otros. Antología del curso Control de Gestión. Editorial UNED. 2007
5. Cabezas B, F. Nuestra Clínica. Una reseña histórica. Hospital Clínica Bíblica. 1996
6. Henderson García, A y otros. Antología del curso Investigación de Operaciones. Editorial UNED. 2007
7. Balmaceda García, G. Antología del Curso Seminario Taller de Técnicas Cualitativas y Cuantitativas de la Investigación. Editorial UNED. 2006
8. Revisitas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social ISSN 1409-1259. San José. 2005
9. Dirección Servicios de Salud. Unidad de Habilitación. Ministerio de Salud República de Costa Rica. 2002
10. Curtis Mc Laughlin, P. Continuous Quality Improvement in Health Care. Prentice Hall. 1999
11. El Alta de Enfermería como instrumento de continuidad de los cuidados. Ponencia al XXII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Del Valle. 2001
12. Orozco Ochoa, F.J. El Nuevo Paradigma de la competitividad. Editorial Panorama. México, DF. 1998
13. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Díaz de Santos. 1994
14. Maslow, A. Motivación y Personalidad. Editorial Díaz de Santos. 1991
15. Guzmán Martínez, Y. La motivación como herramienta de la gestión directiva, calidad en salud y seguridad social. Besterfield. 2002

16. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Third Edition. January 2008
17. Alfaro LeFevre, R. Aplicación del proceso enfermero. Masson. 2003.
18. MANDEL, DB. Peribulbar anesthesia, a review of technique and complications. Ophthalmology clinics of North America 3: 101-9.1990.
19. Brockway P. The Ambulatory Surgical Nurse. Evolution. 1997
20. Enciclopedia de la Enfermería. Volumen II. Medicoquirúrgico I. Oceano Centrum. 1997
21. Witt Sherman, D. Developing quality assurance programs in ambulatory surgery. Wiley. 1997
22. Política de Consentimientos Informados. Hospital Clínica Bíblica. Dirección Médica. 2006
23. Política Interna. Protocolo Universal Tiempo Fuera. Hospital Clínica Bíblica. San José Costa Rica. 2006
24. Revista Española de Salud Pública. ISSN 1135-5727. Salud Publica. 1999
25. www.wikipedia.com
26. <http://infored/C10/Historia/default.aspx>
27. www.realacademia.com
28. <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/203/qc.htm>
29. <http://www.insp.mx/2005/proy05.pdf>
30. www.uned.ac.cr/sep/recursos/investi.htm
31. http://www.wikilearning.com/los_momentos_de_verdad-wkccp-11501-3.htm
32. <http://enfermeradequirofano.iespana.es/laanestesia.htm>
33. <http://www.wikilearning.com/editor/editor/fckeditor.html>
34. <http://www.enfermeriaperu.net/enferquiro/recepaciente.pdf>
35. http://www.elcomerciodigital.com/prensa/20070129/aviles/cirugia-hospital-agustin-hace_20070129.html
36. <http://www.angelfire.com/md3/losangeles/paginas/pacientes/ciramb.htm>

Formulario N° 2

Hoja de Requisitos Preoperatorios

 **Hospital Clínica Bíblica**
la salud... nuestra principal preocupación

Hoja Requisitos Preoperatorios

Fecha: _____ Hora: _____

1. Tipo de cirugía: _____
2. Signos vitales: _____
3. Nombre del médico: _____
4. Anestesiólogo: _____
5. Ayunas: _____
6. Premedicación: _____
7. Alergias: _____
8. Valoración preoperatoria: _____
9. Permiso firmado: _____
10. Bata y botas limpias: _____
11. Ortol 1 hora antes: _____
12. Prótesis - lentes de contacto - joyas: _____
Se le entregan a: _____
13. Lado y sitio quirúrgico marcado: sí NA _____
14. Observaciones: _____

Nombre de personal que entrega: _____

Nombre de la persona que recibe: _____

Formulario N° 2 - Hospital Clínica Bíblica - 2012

Formulario N° 3

Consentimiento Informado para Anestesia

 Hospital Clínica Bíblica
la salud... nuestra principal preocupación

Consentimiento Informado para Anestesia

1. Yo _____ identificación
autorizo al Dr. _____
a realizar el procedimiento de anestesia en mi persona. Se me han explicado todas las opciones que están a mi alcance y he comprendido los procedimientos descritos abajo. Yo solicito y autorizo el desarrollo de dichos procedimientos.

2. La anestesia planeada será: Epidural/espinal Local
 General Otra:

3. La anestesia propuesta será del tipo indicado y se realizará por medio de medicamentos para la sedación, dolor u otro que pudiera ser considerado necesario con la excepción de: _____
(por motivos de alergia o contraindicación médica previa).

4. Comprendo que a medida que avance el procedimiento puede ser necesario cambiar los agentes anestésicos o los métodos planeados.

5. Entiendo que la práctica de la administración de la anestesia no es una ciencia exacta y comprendo el porqué no se me han hecho ni se me harán promesas algunas o garantía sobre los resultados de los procedimientos por realizar.

Formulario N° 3 (Revisión) S.A. Tel. 2246-0000-0000 - 15670001 - agosto 2007

Formulario N° 4

Consentimiento Informado para Procedimientos y Tratamientos Específicos

 **Hospital Clínica Bíblica**
la salud... nuestra principal preocupación

Consentimiento Informado para procedimientos y tratamientos específicos

1. Yo _____ identificación _____ autorizo al Dr. _____ y a sus asistentes previamente elegidos, a realizar los siguientes procedimientos y tratamientos en mi persona*. Se me han explicado todas las opciones que están a mi alcance y he comprendido los procedimientos descritos abajo. Yo solicito y autorizo el desarrollo de dichos procedimientos:

2. Comprendo que el procedimiento y/o tratamiento consiste en (realice una descripción de lo que entiende con sus propias palabras):

3. Entiendo y estoy satisfecho (a) con la información que me ha brindado el médico tratante. Con base en las observaciones y explicaciones del médico, entiendo que el procedimiento/ tratamiento está indicado para mi condición clínica específica y que dentro de la información dada están contempladas las siguientes explicaciones:

- a) La naturaleza y descripción del procedimiento/ tratamiento propuesto.
- b) Mi derecho y libertad de ejercer el consentimiento informado.
- c) El propósito y necesidad de los procedimientos/ tratamientos recomendados.
- d) Los posibles beneficios, riesgos y efectos secundarios incluyendo los problemas potenciales relacionados con la recuperación de este procedimiento/ tratamiento.

* De realizarse otros procedimientos o tratamientos no contemplados en el presente consentimiento informado, deberán utilizarse formularios adicionales los cuales formarán parte integral del expediente clínico.

Hospital Clínica Bíblica, S.A. Tel.: (506) 224-0000 - (506) 224-0001 - agosto 2007

Formulario N° 5

Sala de Recuperación



Hospital Clínica Bíblica
su salud... nuestra principal preocupación

SALA DE RECUPERACIÓN

Grupo: _____

Operación: _____

Hora de ingreso: _____

Atención: _____

Fecha: _____

Hora de egreso: _____

Hora	T.A.	P.	R.	SATV2	Nivel de dolor	Horas	Tratamiento	Notas

CRITERIO DE ALDBETE

DETERMINACIÓN DEL TIEMPO	15min	30min	45min	1h	1h 15	1h 30	1h 45	2h
VENTILACIÓN								
Puede respirar profundamente y toser	2							
Limitación del esfuerzo respiratorio	1							
No hay respiración espontánea	0							
CIRCULACIÓN (Presión arterial)								
20% del nivel preoperatorio	2							
30% a 50% del nivel preoperatorio	1							
50 o más del nivel preoperatorio	0							
NIVEL DE CONCIENCIA								
Consciente y está orientado en el lugar	2							
Responde al llamado	1							
No responde a las instrucciones	0							
COLOR DE LA PIEL								
Color y aspecto normales	2							
Alteraciones del color: pálido, cianótico, rojo o icterico.	1							
Cianosis franca	0							
ACTIVIDAD MUSCULAR								
Se mueve espontáneamente o como respuesta a instrucciones. (Mover todos los extremidades)	2							
Mueve dos extremidades	1							
No puede mover ninguna de las extremidades.	0							
TOTALES:								
Puntuación requerida para dar de alta de la sala de recuperación: 7 a 8 puntos								

Nombre: _____

Firma: _____

Código: _____

