



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION Y**  
**TECNOLOGIA MÉDICA**  
**UNIDAD DE POST GRADO**  
**ESPECIALIDAD GESTION DE CALIDAD Y AUDITORIA MÉDICA**

**PROPUESTA DE INTERVENCION**

**TITULO:**

IMPLEMENTACION DE ALGORITMO DE CONTROL DE CALIDAD EN  
LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE ORTOPEDIA Y  
TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL OBRERO N° 1  
CAJA NACIONAL DE SALUD

**AUTOR: DR. ALVARO PARRAGA MONTES**

**TUTOR: DR. RUBEN COLQUE MOLLO**

**DIRECTOR UNIDAD POSTGRADO: DR. CARLOS AGUIRRE CASTRO**

**LA PAZ - BOLIVIA**

**2010**

---

## ***Dedicatorias***

*A mi madre Juana Hilda Montes Alvarez, por su amor y ejemplo maravillosos.*

*A mi esposa Ana Rocio y a mi hija Isabella Valentina, por su amor y apoyo.*

# INDICE

I.	<b>INTRODUCCION.</b>	Pág. 1
II.	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	Pág. 2
III.	<b>OBJETIVOS.</b>	Pág. 3
	Objetivo general.	Pág. 3
	Objetivo específicos.	Pág. 3
IV.	<b>JUSTIFICACION.</b>	Pág. 4
V.	<b>ANTECEDENTES.</b>	Pág. 5
VI.	<b>MARCO TEORICO.</b>	Pág. 6
	1. Cirugía ambulatoria.	Pág. 6
	1.1. Definiciones.	Pág. 6
	1.2. Historia.	Pág. 8
	1.3. Manual de procedimiento.	Pág. 9
	1.3.1. Procedimientos de ortopedia y traumatología.	Pág. 9
	1.3.2. Etapa 1. Selección de pacientes.	Pág. 10
	1.3.3. Etapa 2. Selección de procedimientos.	Pág. 12
	1.3.4. Etapa 3. Evaluación pre quirúrgica.	Pág. 13
	1.3.5. Etapa 4. Ingreso y control pre quirúrgico.	Pág. 15
	1.3.6. Etapa 5. Intra operatorio.	Pág. 17
	1.3.7. Etapa 6. Recuperación postoperatoria inmediata.	Pág. 18
	1.3.8. Etapa 7. Recuperación postoperatoria mediata.	Pág. 21
	1.3.9. Etapa 8. Control de egreso protocolizado.	Pág. 22
	1.3.10. Etapa 9. Control médico final.	Pág. 23
	1.3.11. Control de calidad.	Pág. 24
	2. Calidad.	Pág. 24
	2.1. Definiciones.	Pág. 24
	2.2. Modelo de calidad asistencial total.	Pág. 28
	2.2.1. Metodología de la mejora continua de la calidad.	Pág. 29
	2.2.2. Identificación de lo que hay que mejorar.	Pág. 29
	2.2.3. Implementación de las acciones de mejora.	Pág. 31
	2.2.4. Sistema de información de la calidad asistencial.	Pág. 32
	2.2.5. Indicadores de calidad asistencial.	Pág. 33
	2.3. Algoritmo de control de calidad.	Pág. 34
	2.3.1. Etapas de diseño de un algoritmo.	Pág. 35

<b>VII.</b>	<b>VARIABLES</b>	Pág. 37
	Variables.	Pág. 37
	Operacionalización de variables.	Pág. 37
<b>VIII.</b>	<b>DISEÑO METODOLOGICO.</b>	Pág. 40
	Tipo de estudio.	Pág. 40
	Población de referencia (universo).	Pág. 40
	Criterios de inclusión.	Pág. 41
	Criterios de exclusión.	Pág. 41
	Población de estudio.	Pág. 41
	Delimitación temporal.	Pág. 41
	Instrumentos de medición.	Pág. 42
	Diseño de la intervención.	Pág. 42
	Algoritmo de control de calidad	Pág. 43
<b>IX.</b>	<b>CRONOGRAMA.</b>	Pág. 49
<b>X.</b>	<b>REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.</b>	Pág. 50
<b>XI.</b>	<b>ANEXOS.</b>	Pág. 53

# **IMPLEMENTACION DE ALGORITMO DE CONTROL DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL OBRERO N° 1 CAJA NACIONAL DE SALUD**

## **I. INTRODUCCION.**

Los avances tecnológicos y la evolución de las técnicas anestésicas y quirúrgicas, permiten la práctica de cirugía en un gran número de patologías, sin necesidad de hospitalizar al paciente para alcanzar los resultados esperados y garantizar su adecuada recuperación dentro de elevados estándares de calidad en la atención médica.

La corta permanencia, disminuye los costos económicos que significan el día/cama, alimentación, atención especializada, hotelería, duplicación de exámenes y la recuperación post-quirúrgica.

La Unidad de Cirugía Ambulatoria de Ortopedia y Traumatología (UCAOT) está dirigido a los pacientes asegurados y beneficiarios de la Caja Nacional de Salud, debe brindar tratamiento en forma oportuna, rápida y eficiente con el objeto de preservar y rehabilitar la salud de los trabajadores del país sin embargo la prestación del servicio está aún lejos de ser la ideal, teniendo como principal debilidad la falta de evaluación de la calidad que brinda.

Identificando a través de obtención de indicadores, estableceremos la calidad del proceso atención que se aplica, con el fin de incorporar un algoritmo de control de calidad que optimizará el proceso en la unidad. <sup>(12,17)</sup>

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La tendencia actual en la medicina moderna, es la práctica de procedimientos quirúrgicos en forma ambulatoria, dejando la hospitalización para casos de alta complejidad. <sup>(16,18)</sup>

La intención y objetivo comunes son:

- a) Hacer frente a la creciente demanda de actos médicos y quirúrgicos que existe por diversos motivos.
- b) Contrarrestar el retraso creciente en la realización de procedimientos.
- c) Racionalizar el costo y gasto sanitario, para invertir en pacientes que necesitan internación, tecnologías y circuitos de mayor complejidad;
- d) Conseguir una menor distorsión sociofamiliar y laboral del paciente y su entorno, con reducción de molestias físicas y psíquicas relacionadas con la internación, disminuyendo posibles complicaciones de la afección quirúrgica o de enfermedades crónicas asociadas. <sup>(12,17,18)</sup>

En la unidad de cirugía sin ingreso de Viladecans (España) se han practicado 2.931 operaciones ambulatorias en un año, evitando 998 ingresos, ahorrando un mínimo de 3.000 estancias, mientras que se ha mantenido una ocupación de camas en 87%. La lista de espera en cirugía programada con ingreso ha disminuido 50% y el nivel de satisfacción de los pacientes ha sido casi unánime, 96% volvería a operarse de manera ambulatoria, no se han producido complicaciones de importancia. <sup>(17)</sup>

Durante los 12 años de trabajo en el centro de cirugía ambulatoria del instituto de seguridad y servicio social de los trabajadores del estado de México, se han realizado 3.159 cirugías de ortopedia, de las cuales 60% se realizaron en consultorio y 40% en quirófano, el índice de complicaciones fue 5%, principalmente por

infecciones superficiales de la herida quirúrgica. La morbilidad fue 1,4% y la mortalidad cero. <sup>(19)</sup>

El servicio de ortopedia y traumatología del hospital Obrero No1 de la ciudad de La Paz, dependiente de la Caja Nacional de Salud, implementó el año 1992 el plan piloto donde se practicaban cirugías bajo esta modalidad en horario de la tarde. El año 2005 comenzó a funcionar la Unidad de Cirugía Ambulatoria de Ortopedia y Traumatología (UCAOT). Datos estadísticos del servicio del año 2009 muestran un total de 2.396 cirugías, 55% de la patología quirúrgica es susceptible a resolverse en la UCAOT, pero solo el 26% fueron realizadas, el rendimiento de quirófano 83,7% quedando disponible 16% de su capacidad, ocupación de cama de 97%.

### **III. OBJETIVOS.**

#### ***OBJETIVO GENERAL.***

- Elaborar e implementar un algoritmo de control de calidad, en el proceso de atención que presta la Unidad de Cirugía Ambulatoria de Ortopedia y Traumatología.

#### ***OBJETIVO ESPECIFICOS.***

- Identificar el proceso de atención que se aplica en la Unidad de Cirugía Ambulatoria de Ortopedia y Traumatología.
- Establecer indicadores de calidad del proceso atención que se aplica en la Unidad de Cirugía Ambulatoria de Ortopedia y Traumatología.
- Elaborar un instrumento de evaluación para control de calidad de la Unidad de Cirugía Ambulatoria de Ortopedia y Traumatología.

#### **IV. JUSTIFICACION.**

La Caja Nacional de Salud tiene una población asegurada de 2.536.031 personas, 24,8% de la población total de Bolivia, el 48,07 % de la población económicamente activa del país acude a la misma para recibir tratamiento médico.

El Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Obrero N°1 de la ciudad de La Paz dependiente de la Caja Nacional de Salud, está dirigido a la atención de 796.662 asegurados de la regional La Paz y se constituye además en centro de referencia nacional de esta especialidad.

Datos de la UCAOT muestran tiempos de espera consulta-cirugía ambulatoria de aproximadamente 63 días (rango 50 – 74), suspensión de cirugía 8%, complicaciones 1%, no existiendo datos de percepción de la calidad del servicio de los pacientes.

A tales indicadores desfavorables se suman largas listas de espera (principal causa de insatisfacción), trámites burocráticos, falta de comodidad en las instalaciones, personal en contacto con limitación en conocimiento de comunicación y relaciones humanas, provocando mala imagen corporativa que se contraponen a los tratamientos de alta calidad y con tecnología de punta.

Estos indicadores negativos obligan a realizar análisis para que la UCAOT tenga el éxito deseado, brindando la satisfacción total a los consumidores de este servicio, lo que obliga a efectuar evaluación de la calidad y crear instrumentos como algoritmos de control, que optimizarían a la unidad.

La elaboración y aplicación de un algoritmo de control de calidad, pretende efectos multiplicadores relacionados con máxima satisfacción, confort y calidez del paciente que hace uso de la unidad, disminuyendo tiempo de espera de programación de



cirugía, porcentaje de suspensión quirúrgica, cambio de diagnóstico, complicaciones y re internaciones.

## **V. ANTECEDENTES.**

El método de atención quirúrgica ambulatoria, resulta peculiar porque beneficia a todos los implicados (enfermos, cirujanos, instituciones, aseguradoras y a la comunidad en general).<sup>(1,16)</sup>

Realizar cirugía mayor sin hospitalizar a los pacientes no es nuevo. Sin embargo, es en los últimos veinte años cuando ha tenido lugar el redescubrimiento, refinamiento, y difusión de la cirugía en base ambulatoria.<sup>(1,16)</sup>

Se consigue mínima afectación del modo de vida del paciente, mismo que no tiene que hospitalizarse previamente, con atención individual de calidad.<sup>(16,17,19)</sup>

El logro de la calidad no es un proceso pasivo, es una actividad dinámica en la que se identifican continuamente fallos en los hábitos y procedimientos que han de ser revisados, actualizados para dar a conocer periódicamente, con el apoyo y participación de todos los niveles de la estructura hospitalaria, la aplicación de algoritmos y flujogramas donde se detallan reglamento, pasos, tiempos y responsables como instrumentos de control de calidad, lo cual motiva a que proveedores de servicios de salud e investigadores acepten que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y conducta del paciente, justifica que éstos se hayan incorporado como una medida de la mejora de la calidad.<sup>(2,3,4,10,20)</sup>

## **VI. MARCO TEORICO.**

### **1. CIRUGIA AMBULATORIA.**

#### **1.1. DEFINICIONES.**

##### **1.1.1. DEFINICION DE CIRUGÍA AMBULATORIA.**

Es una modalidad de prestación del servicio quirúrgico y oferta asistencial quirúrgica, se denomina cirugía ambulatoria cuando el paciente es intervenido sin ingresar y por lo tanto sin pernoctar en el hospital; independientemente de que la intervención sea mayor o menor y que la anestesia sea local, regional o general. <sup>(18)</sup>

También se han acuñado los términos como: *Cirugía de día, cirugía sin ingreso*, como sinónimos de *cirugía ambulatoria*, pero es condición necesaria y excluyente, que el paciente no pase la noche en la institución luego del procedimiento quirúrgico. *“Así un paciente operado por la tarde y dado de alta durante la mañana siguiente, claramente con una internación menor de 24 horas, no se debe incluir dentro de la cirugía ambulatoria”*. El hecho de pasar la noche en el hospital excluye a estos pacientes de los comprendidos como cirugía ambulatoria. <sup>(14,18,19)</sup>

##### **1.1.2. CATEGORÍAS DE LA CIRUGÍA AMBULATORIA.**

Se diferencian dos categorías: Cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor ambulatoria.

Se define como cirugía mayor ambulatoria a todas las operaciones realizadas con anestesia general, bloqueos de anestesia local con sedación, en los cuales es necesario o recomendable un período de recuperación u observación postoperatoria, otros autores la definen como atención a procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, regional o sedación que requiere cuidados postoperatorios

poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento.

Cirugía menor ambulatoria son todos las operaciones que se realizan con anestesia local y no es necesario un período de observación postoperatorio vuelven a su domicilio. <sup>(6,14,18,19)</sup>

### **1.1.3. UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA (U.C.A.O.T.).**

Es una modalidad de prestación del servicio quirúrgico y oferta asistencial quirúrgica. Se definen como una organización de profesionales médicos, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos de patología del sistema musculo esquelético y articular, mediante cirugía ambulatoria y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia para realizar esta actividad. <sup>(17,18)</sup>

### **1.1.4. TIPOS DE UNIDADES DE CIRUGÍA AMBULATORIA.**

Las unidades de cirugía ambulatoria pueden ser de cuatro tipos:

*Unidad integrada y controlada por el establecimiento de salud con internación:* Utiliza los mismos quirófanos y salas de recuperación que los pacientes internados. Es una forma de diagramar las cirugías. Forma parte del departamento o servicio de cirugía del establecimiento.

*Unidad autónoma controlada por el establecimiento de salud con internación:* Dispone de estructura, personal y circuitos externos propios. Se ve favorecida por su autonomía. Es una unidad funcional independiente dentro del establecimiento.

*Unidad satélite del establecimiento de salud con internación:* Pertenece orgánicamente al establecimiento de salud con internación, está conducida por el mismo, pero alejada físicamente de este. Es útil para extender el área de influencia de un establecimiento y acercar al paciente, los recursos quirúrgicos de bajo y mediano nivel de resolución del riesgo.

*Unidad independiente:* Son aquellos que funcionan en establecimientos de salud sin internación. Depende del organismo privado que la crea. <sup>(14,18,19)</sup>

## **1.2. HISTORIA.**

Los actos quirúrgicos ambulatorios son tan antiguos como la medicina. En la década de los cincuenta, se constataron ya las ventajas de los tratamientos ambulatorios, en 1969 se puso en funcionamiento el conocido centro de cirugía de Phoenix que 11 años más tarde había ya tratado a más de 70.000 pacientes. Desde entonces se produjo un gran desarrollo de las técnicas ambulatorias que en 1986 se llevaban a cabo en el 81 % de los hospitales de Norteamérica. <sup>(14,19)</sup>

En los años setenta, tiene gran despliegue en EE.UU. la cirugía ambulatoria, especialmente en cirugía general, otorrinolaringología, ginecología, ortopedia y oftalmología. Walker en 1975, publica su experiencia de 997 pacientes sometidas a biopsia de mama. Knauer en 1978 muestra su experiencia en 107 biopsias hepáticas en pacientes de 8 a 73 años. Perrault en 1978, publicó su experiencia en cirugía ambulatoria en base 1.000 biopsias hepáticas, con un índice de internación de 5,3 % debido a pequeñas complicaciones. Natof relata un estudio de 13.433 cirugías ambulatorias, identificando 106 complicaciones (0,8%). <sup>(19)</sup>

El año 1981 el Colegio Americano de Cirujanos publica su aprobación y consentimiento para la cirugía ambulatoria, para ciertos procedimientos quirúrgicos que se realicen con las debidas medidas de seguridad y calidad apropiadas. <sup>(14,19)</sup>

En Europa, la implantación ha sido desigual aunque con indudables beneficios en la reducción de esperas pre quirúrgicas, existiendo mayor aceptación en Bélgica con 50% de hospitales que la practican, entre 202 encuestados. <sup>(14)</sup>

España en 1982 el grupo de Polo y García inició un programa de intervenciones ambulatorias con anestesia local. Poco después Rivera en 1988 publicó sus primeras experiencias en 148 pacientes con afecciones diversas, propias de la cirugía mayor ambulatoria, bajo anestesia local, con buenos resultados. En 1990 se puso en marcha, auspiciada por el instituto Catalán de la Salud, la Unidad de Cirugía Sin Ingreso, integrada al Hospital de Viladecans de funcionamiento autónomo. En ella y desde entonces se practican técnicas muy diversas de cirugía mayor y menor ambulatoria en las aéreas de cirugía general, traumatología ortopedia, ginecología, urología, otorrinolaringología, oftalmología y dermatología. <sup>(14,19)</sup>

En nuestro país, el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Obrero No1 de la ciudad de La Paz dependiente de la Caja Nacional de Salud, implementó el año 1992 el plan piloto para realizar cirugías bajo esta modalidad. El año 2005 comenzó a funcionar la Unidad de Cirugía Ambulatoria de Ortopedia y Traumatología.

### **1.3. MANUAL DE PROCEDIMIENTO EN UNA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA.** <sup>(1,17,18,20)</sup>

#### **1.3.1. PROCEDIMIENTOS DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA.**

Los procedimientos Ortopedia y Traumatología, pasibles a ser resueltos en la unidad de cirugía ambulatoria son:

*Artroscopia:* Diagnóstica y terapéutica de hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla y tobillo.

*Cirugía de mano:* Reducciones y osteosíntesis de fracturas de muñeca, carpo, metacarpo, falanges, liberación de poleas en tenosinovitis estenosante, zetaplastias y coberturas cutáneas, liberación en compresiones nerviosas del nervio mediano, nervio cubital, nervio radial, artrodesis de muñeca, metacarpofalángicas e interfalángicas, corrección de deformidades traumáticas y de enfermedades degenerativas.

*Cirugía de pie:* Deformidades del pie, fascitis plantar, deformidades de los dedos.

*Biopsias óseas y musculares.*

*Extracción de osteosíntesis.*

### **1.3.2. ETAPA 1. SELECCIÓN DE PACIENTES.**

#### **1.3.2.1. Requisitos que deben cumplir los pacientes:**

La evaluación del estado físico se realiza de acuerdo a la escala de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), pueden incluirse como aptos:

ASA I: Sin enfermedad sistémica.

ASA II: Con enfermedad sistémica de base que no se vincula con la complejidad de la cirugía.

ASA III: Cuando la enfermedad sistémica está tratada y controlada adecuadamente, vinculándola con la complejidad de la cirugía.

Todos los pacientes ASA II y ASA III que se programen para Cirugía Mayor Ambulatoria deben tener una entrevista con el anestesiólogo previa a la programación de la cirugía.

Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso del paciente en kilos sobre la altura en metros elevado al cuadrado, incluidos IMC hasta 35, en caso de anestesia regional se aceptarán aquellos pacientes que tengan un IMC hasta 40. Para aquellas cirugías que se realizarán con anestesia local más sedación, se podrán aceptar pacientes con un IMC mayor de 40, previa evaluación y autorización del anestesiólogo. Los pacientes con IMC >35 podrán ser sometidos a cirugía ambulatoria si el tipo y tiempo de la cirugía permitiera realizarla con anestesia general, regional y/o local con sedación, luego de criterios a evaluación conjunta entre cirujano y anestesiólogo.

#### **1.3.2.2. *Requisitos relacionados con la programación quirúrgica:***

El paciente debe presentar en la unidad de cirugía ambulatoria, resultados de laboratorio indicados en consulta externa, los mismos comprenden: hemograma, coagulograma, glicemia y creatinina, que deberán reportar parámetros aceptables a criterio del médico tratante, deberá presentar además valoración cardiológica pre operatoria, cuando existan antecedentes de enfermedad cardiológica previa o la edad sea mayor a 60 años.

#### **1.3.2.3. *Requisitos relacionados con condiciones o aspectos psicosociales:***

El paciente debe estar acompañado de un adulto responsable durante la entrevista de pre admisión, ingreso y egreso de la cirugía, durante las primeras 24 horas. Debe tener las siguientes características: ser mayor de edad e independiente, saber leer y escribir, capaz de comprender y seguir órdenes simples.

#### **1.3.2.4. Requisitos relacionados con la Intervención Quirúrgica:**

La programación de la cirugía debe ser electiva y la duración del acto quirúrgico cercana a los noventa minutos o menos.

El ayuno preoperatorio en adultos es de ocho horas de ayuno de alimentos sólidos y cuatro horas de líquidos claros (agua, té, jugos sin pulpa).

La cirugía no requerirá grandes recambios de volumen y sangre, el manejo del dolor post-operatorio será compatible con el tratamiento ambulatorio y no requiera de métodos avanzados para su manejo.

#### **1.3.3. ETAPA 2. SELECCIÓN DE PROCEDIMIENTOS.**

Se efectuará la selección dependiendo del listado de procedimientos preestablecido por la especialidad y la unidad de acuerdo a sus normas y capacidades.

Los estándares de seguridad, de morbilidad y de readmisión de pacientes, deberán ser mejor o iguales que las obtenidas con los pacientes internados.

##### **1.3.3.1. Contraindicaciones en cirugía mayor ambulatoria:**

- a) Antecedentes personales o familiares directos de hipertermia maligna.
- b) Enfermedades neuro-musculares, por el riesgo de asociación con el síndrome de hipertermia maligna y/o dificultad respiratoria post-operatoria que puede requerir ventilación mecánica en el post-operatorio.
- c) Coagulopatías.
- d) Alteraciones psiquiátricas mayores: depresión grave, esquizofrenia, enfermedad bipolar.
- e) Alcoholismo.
- f) Consumo habitual de cocaína, estupefacientes y otras drogas.



- g) Obesidad mórbida.
- h) Malformaciones de la vía aérea y/o antecedentes de dificultad en la intubación en cirugía previas.

### **1.3.3.2. Formulario de instrucciones preoperatorias:**

Deben constar instrucciones sobre: día y hora de la cirugía, hora de arribo a la Unidad de Cirugía Ambulatoria, lugar donde presentarse para la admisión, confirmar el día anterior la cirugía programada, normas de ayuno, régimen de medicación, tener los exámenes complementarios y material extra solicitado, no traer objetos de valor, joyas, ni maquillaje las mujeres. Concurrir en compañía de un adulto responsable y firmar consentimiento informado.

### **1.3.4. ETAPA 3: EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA.**

#### **1.3.4.1. Entrevista de pre admisión:**

##### **1.3.4.1.1. Definición:**

Es un conjunto de acciones médicas y de enfermería, orientadas a realizar una evaluación completa e integral del paciente, del adulto responsable y de las condiciones del entorno, desde el punto de vista quirúrgico, anestésico y psicosocial. Estas acciones se realizan previamente al día en que está programada la intervención quirúrgica.

##### **1.3.4.1.2. Profesional Responsable:**

Médico general o residente de la especialidad de traumatología o anestesiología.

#### **1.3.4.1.3. Objetivos de la entrevista:**

Entregar los contenidos educativos generales y específicos sobre la cirugía ambulatoria.

Realizar la historia clínica del paciente.

Satisfacer las necesidades psicológicas del paciente y adulto responsable, disminuyendo el nivel de ansiedad e incertidumbre relacionadas con la proximidad del acto quirúrgico.

Informar sobre los aspectos generales y específicos del proceso de la cirugía ambulatoria, circuito del paciente, tiempos estimados de permanencia en cada recinto, importancia del consentimiento informado, indicaciones específicas del preoperatorio, normas generales de la institución, deberes del adulto responsable, preparación del egreso de la institución y otros.

Obtener el consentimiento informado de autorización para la cirugía y entregar las instrucciones preoperatorias en forma escrita.

#### **1.3.4.2. Acciones a realizar previas a la entrevista:**

Registrar los datos generales de identificación del paciente, situación social, hábitos y antecedentes incluidos en el formulario correspondiente, sea por el paciente o adulto responsable.

#### **1.3.4.3. Acciones a realizar por la enfermera:**

Revisar detalladamente los datos registrados en el formulario por el paciente y/o adulto responsable, realizar control de signos vitales, medición del índice de masa corporal, control de cumplimiento de indicaciones médicas preoperatorias.

Aclarar dudas que tengan el paciente y/o adulto responsable, en lenguaje claro, preciso, sin ambigüedades y acorde al nivel de instrucción de los interlocutores.

Registrar las actividades realizadas durante la entrevista e indicaciones preoperatorias entregadas al paciente.

Avisar inmediatamente al médico tratante la eventualidad de atraso, suspensión de la intervención o cualquier situación que afecte la programación quirúrgica del paciente.

#### **1.3.5. ETAPA 4: INGRESO Y CONTROL PREQUIRÚRGICO.**

##### **1.3.5.1. Definición:**

El paciente se presentará en el día y horario establecido, confirmado previamente por el cirujano.

##### **1.3.5.2. Indicaciones generales:**

Higiene adecuada, baño o ducha previa a la cirugía en su domicilio, preferentemente con jabón de iodopovidona e higiene dental.

Ropa cómoda, práctica y adecuada a la temperatura estacional, evitar joyas y objetos de valor.

Documentación personal pertinente completa, análisis y evaluación pre quirúrgica en orden.

Adulto responsable presente.

**1.3.5.3. Indicaciones específicas:**

Serán otorgadas por el cirujano de acuerdo al tipo de cirugía a realizar, dado el carácter específico de la cirugía, estas indicaciones no son responsabilidad de la unidad.

**1.3.5.4. Control administrativo:**

El paciente es invitado a llenar sus datos de identificación personal y laboral, los cuales serán controlados por personal administrativo a cargo del área.

**1.3.5.5. Control clínico:**

El paciente será controlado por el médico anesthesiologo que se ocupará de completar la hoja de la historia clínica ambulatoria o protocolo ambulatorio, interrogatorio y anamnesis.

Enfermería realizará control y registro de presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y pulso.

Control de los análisis, evaluación pre-quirúrgica, tipo de ASA, por el anesthesiologo.

### **1.3.6. ETAPA 5: INTRAOPERATORIO.**

#### **1.3.6.1. Protocolo de enfermería:**

Debe ser completado por personal capacitado del quirófano y consiste en registrar el nombre del equipo quirúrgico, equipo de anestesiología y auxiliares de enfermería, el tipo de anestesia, suministros, suturas, exámenes solicitados durante la cirugía, instrumental empleado, tipo de esterilización, horarios de inicio y finalización de la cirugía.

#### **1.3.6.2. Protocolo de anestesia:**

Debe ser completado por el anestesiólogo a cargo, comprende el registro detallado del tipo de anestesia, drogas utilizadas, dosis, formas y vías de administración, monitoreo de los signos vitales durante la anestesia.

#### **1.3.6.3. Protocolo de cirugía:**

Debe ser completado por el cirujano a cargo, comprende el diagnóstico preoperatorio y postoperatorio, técnica utilizada, descripción de la cirugía, registro de estudios especiales solicitados durante la cirugía.

#### **1.3.6.4. Registro de suspensiones y atrasos:**

Por causas del paciente, médicas o institucionales, se deberán registrar las causas y frecuencias de atrasos por parte de los distintos equipos de enfermería, quirúrgicos y anestésicos, para implementar soluciones.

#### **1.3.6.5. Registro de complicaciones:**

Se debe llevar un registro de las complicaciones médicas y no médicas, dando prioridad a la resolución de urgencias emanadas de dichas complicaciones.

Debe haber salidas de emergencias para poder realizar traslados hacia otras áreas del hospital o convenios para derivaciones a otros centros de mayor complejidad, si fuera necesario.

#### **1.3.7. ETAPA 6: RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA INMEDIATA.**

##### **1.3.7.1. Definición:**

Es el período comprendido entre la finalización del acto quirúrgico/anestésico y el pasaje del paciente al área de recuperación mediata.

El cuidado y la vigilancia profesional debe ser constante en relación a estabilidad hemodinámica, ventilación, nivel de conciencia, analgesia y actividad motora.

Durante esta etapa de recuperación debe disponerse de todos los elementos, equipos y personal especialmente entrenado para vigilar, manejar y proporcionar atención en toda situación que pueda presentarse desde el simple despertar sin complicaciones hasta la resucitación cardiopulmonar.

##### **1.3.7.2. Requisitos de Ingreso (al área de recuperación postoperatoria inmediata):**

El anestesiólogo responsable debe conducir y entregar el paciente en el área de recuperación anestésica inmediata debiendo entregar el protocolo de anestesia completo, las indicaciones médicas deben estar escritas en el formulario

correspondiente, el personal de enfermería recibirá y cuidará del paciente mientras permanezca en el área de recuperación anestésica inmediata.

### **1.3.7.3. Normas generales de control y vigilancia de los pacientes:**

Los estándares y la secuencia en la que debe ser atendido el paciente, se rige por los criterios establecidos para la reanimación cardíaca y pulmonar.

Acciones tipo A, control de la permeabilización de la vía aérea, oxigenoterapia y oximetría de pulso.

Acciones tipo B, control de la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.

Acciones tipo C, control de la frecuencia cardíaca, presión arterial, llenado capilar, permeabilidad de la vía venosa y circulación distal.

Acciones tipo D, control de la administración de drogas, drenajes, herida operatoria, posición del paciente y accesorios postoperatorios.

Acciones tipo E, debe realizarse controles del estado de la piel, higiene y confort del paciente.

### **1.3.7.4. Protocolo de evaluación postoperatoria:**

Control de signos vitales que deben repetirse, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia ventilatoria y saturación de oxígeno.

#### **1.3.7.4.1. Frecuencias consecutivas en los controles:**

Primeros quince minutos, control cada cinco minutos.

Siguiente hora, control cada quince minutos.

Luego control cada treinta minutos hasta el momento del alta del sector.

Otros controles: temperatura corporal al ingreso, debe evaluarse las condiciones para el alta y utilizarla a los quince minutos del ingreso del paciente a la recuperación.

Los criterios de alta deben incluir el valor alcanzado con la escala de recuperación seleccionada. Los pacientes con bloqueos regionales deben ser evaluados de acuerdo a criterios clínicos y anestesiológicos.

Debe aplicarse la escala visual analógica para evaluar y tratar el dolor postoperatorio y es recomendable dar el alta con los valores mínimos de esta escala.

#### ***1.3.7.5. Criterios clínicos de alta del área de recuperación postoperatoria inmediata:***

Criterios necesarios para autorizar el pasaje del paciente del área de recuperación postoperatoria inmediata, hacia el área de recuperación postoperatoria mediata.

Debe ser indicada por el médico responsable del área de recuperación postoperatoria inmediata cumpliendo con las siguientes condiciones:

- a) Signos vitales estables y en valores normales en los últimos treinta minutos.
- b) No tener náuseas o vómitos en los últimos quince minutos.
- c) No haber recibido opiáceos durante los últimos treinta minutos.
- d) Saturación de oxígeno mayor a 95% con aire ambiental durante quince minutos.
- e) Recuperación del estado de conciencia.
- f) Recuperación de la fuerza muscular y movilidad de los miembros inferiores cuando se realizó anestesia regional de los mismos.



- g) En anestesia regional de miembros superiores, no es necesaria la recuperación total del bloqueo motor.
- h) Herida quirúrgica sin sangrado.
- i) Dolor controlado con anti inflamatorios no esteroideos y puntuación menor a 4 en la escala visual análoga.
- j) No tener sonda vesical.

**1.3.7.5.1. Normas específicas de funcionamiento del área de recuperación postoperatoria inmediata:**

El personal profesional de enfermería deberá cumplir con los requisitos mínimos que acrediten su capacidad y formación, para desempeñarse en ésta unidad; es recomendable tener al menos dos años de experiencia en unidades de cuidados críticos.

**1.3.8. ETAPA 7: RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA MEDIATA.**

**1.3.8.1. Definición:**

Etapa de cuidados posteriores al alta del área de recuperación post operatoria inmediata, comprendido entre el área de recuperación inmediata y el alta de la unidad de cirugía ambulatoria.

**1.3.8.2. Lugares de estadía postoperatoria mediata:**

Habitación individual o habitación compartida.

### **1.3.8.3. Requisitos de ingreso al área de recuperación postoperatoria mediata:**

El paciente debe ingresar a esta área por órdenes escritas del médico responsable, con protocolos anteriores completos y con las indicaciones médicas escritas.

Debe ser recibido por el personal de enfermería permanente, debe encontrarse lúcido, despierto, orientado y con total control de sus sentidos, pudiendo deambular o comenzando a mover sus miembros en el caso de bloqueo anestésico.

El uso de oxímetro y capnógrafo es opcional, los signos vitales deben encontrarse normales y estables, se debe completar un protocolo específico para esta área, registrando los signos vitales cada treinta minutos, se puede retirar la vía de suero si el médico lo autoriza, toda alteración de los signos vitales debe ser informada al médico del área responsable.

El paciente debe entrar en contacto con el familiar responsable, el cual debe estar presente en ese momento, pudiendo comenzar a ambular bajo el cuidado de enfermería, también puede iniciar la ingesta de líquidos si el médico lo autoriza.

El personal de enfermería hará un registro en el protocolo, de todo cambio o indicación médica.

### **1.3.9. ETAPA 8: CONTROL DE EGRESO PROTOCOLIZADO.**

#### **1.3.9.1. Profesional responsable:**

Médico cirujano y/o anestesiólogo.

#### **1.3.9.2. Requisitos:**

Ambiente apropiado para dialogar con el paciente y su acompañante, ficha médica de egreso firmada por el médico responsable del área, registro y control de los signos vitales en el momento del egreso.

#### **1.3.9.3. Acciones a realizar:**

Verificar la comprensión por parte del paciente y su acompañante responsable, de todas y cada una de las indicaciones médicas.

Entregar las indicaciones, pautas y recomendaciones escritas, formulario de egreso y teléfonos de consultas legibles para el paciente y el adulto responsable, para que firmen conformes el formulario médico de egreso, donde se consigna claramente la documentación y las indicaciones que son entregadas en ese momento.

#### **1.3.9.4. Control de egreso:**

Será indicado por el médico responsable, el personal de enfermería se ocupará de registrar los signos vitales normales y estables durante la permanencia del paciente en esta última área.

### **1.3.10. ETAPA 9: CONTROL MÉDICO FINAL.**

#### **1.3.10.1. Definición:**

Evaluación realizada por el médico cirujano, quien verificara la evolución en el postoperatorio y enviará un informe final a la unidad.

### **1.3.11. CONTROL DE CALIDAD.**

#### **1.3.11.1. Definición:**

Conjunto de acciones destinadas a evaluar e implementar acciones de mejora de la calidad en el servicio prestado.

Será responsabilidad final del Jefe Médico de la Unidad o Jefe de Servicio de la especialidad, la mejora continua de la calidad (la calidad es responsabilidad de todos los integrantes de la institución y debe ser liderada por la jefatura). Se buscará alcanzar los niveles de eficacia fijados en los objetivos iniciales del programa de cirugía ambulatoria.

## **2. CALIDAD.**

### **2.1. DEFINICIONES.**

#### **2.1.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD.**

Avedis Donabedian <sup>(8)</sup> propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".

En 1989, la *International Organization for Standardization* (ISO) definió que "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado", esta definición gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales, el primero de ellos es que la

calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. <sup>(9,11)</sup>

Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios, sin embargo es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común. <sup>(9,11)</sup>

Condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos. <sup>(2,9,13)</sup>

Compromiso de una organización que quiere hacer las cosas mejor, aplicando el conocimiento disponible y aprovechando oportunidades para satisfacer las expectativas de los usuarios, cuidando de su seguridad y usando eficientemente los recursos disponibles. <sup>(2,9,13)</sup>

### **2.1.2. CALIDAD ASISTENCIAL.**

Se entiende por calidad a la capacidad que tiene un equipo de profesionales de la medicina para hacer las cosas que hay que hacer, hacerlas bien, en el momento en que hay que hacerlas, satisfaciendo de ese modo las necesidades del paciente y con la adecuada utilización de recursos. <sup>(2,9)</sup>

El concepto de calidad asistencial lleva implícitos otros conceptos, como el de eficacia: hacer las cosas que hay que hacer; por ejemplo, un paciente que acude al servicio de urgencias por una caída fortuita al bajar las escaleras de su domicilio, presenta dolor en la muñeca y deformidad característica de una fractura del radio distal, con lo que estaría indicada la realización de radiografías de frente y perfil. <sup>(2,9)</sup>

El concepto de calidad técnica: hacerlas bien y en el momento en que se tienen que hacer; por ejemplo, la fractura del radio distal se resolverá mediante reducción cerrada e inmovilización con yeso. El concepto de calidad percibida: satisfaciendo las necesidades del paciente; siguiendo el ejemplo, aliviar el dolor, recuperar la funcionalidad de la muñeca, informar y tranquilizar a su familia. El concepto de eficiencia: con la adecuada utilización de recursos y siguiendo con el ejemplo, si es suficiente con una exploración radiológica simple en dos proyecciones del antebrazo y la muñeca para confirmar un diagnóstico, no pedir un escáner. <sup>(2,9)</sup>

### **2.1.3. GESTIÓN DE CALIDAD.**

Donabedian <sup>(8)</sup> propuso tres elementos de la asistencia sanitaria que relacionados conformarían el conjunto de atributos determinantes de la calidad de un acto médico concreto.

Estos factores son los aspectos técnico-científicos, los interpersonales y un factor añadido, el entorno, que comprendería tanto el ambiente como las consecuencias derivadas de él (comodidad, intimidad). Este autor encuentra difícil separar de forma nítida los dos primeros elementos y se hace eco de los que se ha venido en denominar la ciencia y el arte de la medicina. <sup>(2,8)</sup>

Se entiende que la atención técnica tiene un componente no científico y que la relación interpersonal puede ser parcialmente científica. <sup>(2,8)</sup>

Debido a estas características de ambos factores, la diferencia entre arte y ciencia de la medicina sólo la acepta como una representación imperfecta del enlace entre la atención técnica y la interpersonal. <sup>(2,8)</sup>

Es un proceso mediante el cual una institución logra ofertar permanente calidad en sus servicios, asumiendo su responsabilidad y en observancia de normas y estándares, previamente establecidos y acordados. <sup>(2,4,8,9,13)</sup>

La gestión de calidad constituye una práctica de gestión o gobierno de sistemas sociales (organizaciones) basada en enfoques de calidad, estos enfoques se proponen asegurar procesos que respondan a criterios de eficiencia, eficacia y de compromiso y participación interna, de consideración y atención a las expectativas de los clientes externos y partes interesadas, todos ellos conducentes a garantizar la producción y entrega de bienes y servicios de calidad. Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico. <sup>(4,9)</sup>

#### **2.1.4. NORMA.**

Documento establecido por consenso y aprobado por el ministerio del área de salud. Implica para el personal del sistema nacional de salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden y comparabilidad en un contexto dado. <sup>(4)</sup>

Conjunto ordenado y específico de reglas y estándares de gestión de la calidad, reconocidos y respetados internacionalmente, aplicables a toda organización, independientemente de su tamaño y naturaleza. Es un conjunto de reglas o estándares de procesos y no de productos. <sup>(4)</sup>

#### **2.1.5. ESTÁNDAR.**

Derivado del inglés Standard, se define como el prototipo o modelo digno de ser imitado y en su caso superado, que se define mediante consenso de los líderes en determinada temática, y se busca con la aplicación de una norma, que al igual que el

estándar que la motiva no es estática, sino dinámica, por una serie de incidencias que la realidad y los cambios imponen. <sup>(4)</sup>

### **2.1.6. CONTROL DE GESTIÓN.**

Es aquel segmento de la estructura de la empresa o institución que tiene por objetivo general o básico el control de las actividades de una organización. Por su importancia el control de gestión debe tener rango jerárquico (Unidad de Control de Gestión), porque al pesquisar la realidad institucional con sus aciertos y errores, estableciendo estímulos para los primeros y correctivos para los segundos, se constituye en el motor de la organización. <sup>(4)</sup>

## **2.2. MODELO DE CALIDAD ASISTENCIAL TOTAL.**

Es un modelo basado en un concepto dinámico, en el que todos los profesionales que componen una organización se comprometen a trabajar de acuerdo con la metodología de la mejora continua, con compromiso e implicación de todos, la comunicación tiene un papel esencial, se aprende más de los errores que de los aciertos, se actúa habiendo definido previamente que se quiere hacer, planificando los objetivos y el trabajo a desarrollar para conseguirlos. Para ello hay que definir la calidad de acuerdo con las necesidades de los pacientes. <sup>(5,6,12)</sup>

La cartera de servicios que recoge la relación de procedimientos y pruebas complementarias que un servicio de cirugía ortopédica y traumatológica, ofrece sería la expresión de esas necesidades que hay que identificar y determinar. <sup>(17,18)</sup>

Diseñar los servicios adecuados para dar respuesta a esas necesidades, es decir definir la estructura organizativa que tiene que tener el servicio. <sup>(5,6,12)</sup>



Destinar y organizar los recursos de forma que se puedan dar convenientemente esos servicios. Es la parte de la tarea que tiene que realizar el responsable de la gestión del servicio. <sup>(2,14)</sup>

Diseñar los procesos que sean capaces de producirlos y trasladarlos a las actividades habituales. <sup>(17,18)</sup>

Diseñar el sistema de evaluación que permita objetivar la marcha del servicio y si se están cumpliendo los objetivos de calidad marcados. <sup>(5,6,12)</sup>

### ***2.2.1. METODOLOGÍA DE LA MEJORA CONTINÚA DE LA CALIDAD.***

Es el método de trabajo base del trabajo en calidad, proceso que tiene cuatro pasos esenciales: Identificación de lo que hay que mejorar y cómo hacerlo, implementación de la mejora en aquello que no está funcionando como queremos, evaluación de la implementación realizada y la decisión basada en el resultado de la evaluación. <sup>(16,17)</sup>

### ***2.2.2. IDENTIFICACIÓN DE LO QUE HAY QUE MEJORAR.***

Esta identificación se realiza a través de:

Las desviaciones que se observan entre los objetivos de calidad que nos habíamos propuesto y lo que la evaluación realizada mediante el control de calidad nos objetiva.

La información que nos proporcionan las quejas de los pacientes.

La información que nos proporcionan las encuestas de opinión de los pacientes y familiares.

Las opiniones de los profesionales del servicio.

No cumplir con alguno de los estándares de calidad establecidos.

La información que nos proporciona la comparación de nuestros resultados con los obtenidos por otros servicios o especialistas. <sup>(17,18)</sup>

Identificar lo que hemos de mejorar no debería ser un problema si se cumplen dos requisitos:

Desarrollo de un adecuado sistema de información, con los objetivos y los indicadores de calidad, la voz del cliente y a poder ser con comparaciones entre nuestros resultados y los de otros servicios de nuestro mismo nivel.

Tener implantado un grupo de calidad que trabaje habitualmente en la mejora continua de ésta.

Una vez se ha identificado lo que hay que mejorar, hay que priorizar la oportunidad de mejora. <sup>(17,18)</sup>

Priorizar la oportunidad de mejora. Tener una lista más o menos larga de aspectos de nuestro trabajo a mejorar es algo habitual. Para ello hay que utilizar técnicas de priorización mediante consenso, de forma que todo el equipo de profesionales esté de acuerdo o entienda porqué se empieza por ese problema y no por otro. <sup>(17)</sup>

Como esquema general, la gravedad del problema, el riesgo que comporta para los pacientes, el número de enfermos implicados y su coste económico son variables que deben influir en la decisión sobre cuál ha de ser el tema por dónde empezar. Una vez priorizados los problemas, lógicamente se empieza por el primero, buscando las causas del problema. <sup>(19,20)</sup>

Las causas del problema. Hay que analizar por qué no estamos cumpliendo ese objetivo, porqué no estamos alcanzando el estándar de calidad adecuado o porqué los enfermos se están quejando de falta de información. En el análisis de las causas hay que tratar de ser objetivo y riguroso, y no dejarse llevar por actitudes defensivas.

(17)

El trabajo en calidad requiere una mente abierta, rigor metodológico, disciplina en el trabajo, paciencia y perseverancia. Sólo si somos capaces de plasmar en una hoja de trabajo todas las posibles causas de una disfunción organizativa o asistencial y analizar cómo están influyendo en el resultado actual, será posible proponer una solución óptima. En el caso en que esas causas no estén claras o sea difícil o laborioso encontrarlas, la recomendación es solicitarla ayuda técnica de un profesional experto en metodología de calidad, pues se deberá trabajar con herramientas específicas para encontrar la luz donde hay oscuridad, como, por ejemplo, realizando un estudio de evaluación. Una vez definidas las causas y encontradas las soluciones, se pasa al siguiente paso, que es la implementación de las acciones de mejora. <sup>(17,18)</sup>

### **2.2.3. IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA.**

Para cada acción de mejora propuesta hay que definir cómo realizar la implementación, teniendo en cuenta las dificultades y resistencias que podemos encontrar durante el proceso, causa más común de su fracaso, cuándo empezaremos a hacerlo, cómo mediremos su éxito y cuándo lo evaluaremos, así como quién será el responsable de realizar la implementación y la evaluación.

#### **2.2.3.1. Evaluación.**

De acuerdo con lo definido en el plan de trabajo de implementación de una solución a un problema, al cabo de un cierto tiempo se debe evaluar el acierto y corrección del problema.

Se recomienda hacer entre dos evaluaciones anuales cada seis meses y cuatro cada tres meses, para seguir el proceso y poder corregir las acciones emprendidas si no se consigue el éxito esperado, una vez efectuada la evaluación el siguiente paso es la decisión.

### **2.2.3.2. Decisión.**

El resultado puede ser el éxito si se ha acertado corrigiendo el problema o el fracaso cuando no acertamos y el problema continúa. Sí la decisión es acertada habitualmente conduce a buscar otro de los problemas priorizados de la lista de pendientes de solución y ponerse a trabajar siguiendo la misma metodología. El problema actual se continúa monitorizando a través del sistema de información mediante el pertinente indicador de calidad, si es de interés hacerlo.

Si no se ha acertado hay que volver analizar las causas del fracaso, influyen el tiempo desde la implantación, el enfoque de la solución y otro problema que tiene prioridad sobre el actual. (2,5,6,12,14,17,18)

### **2.2.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.**

Un sistema de información debe proporcionar datos que se necesitan en el momento, para ello debe reunir las siguientes características básicas:

Integración a un sistema único que permitirá obtener datos de forma fácil.

Fiabilidad, que los datos que proporcionen no generen dudas, para ello se deberá haber definido previamente su estructura.

El sistema debe servir para fijar objetivos de mejora de la calidad asistencial, realizar seguimiento objetivando su grado de cumplimiento y tener monitorizadas las

variables clave (indicadores) para garantizar la óptima calidad del servicio.  
(2,5,6,12,14,17,19)

### **2.2.5. INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL.**

Un indicador es una medida que nos expresa cuantitativamente la situación de un hecho, en calidad, es la expresión cuantitativa de ésta, detrás de un concepto, la calidad en este caso, hay a una definición de qué calidad queremos, expresada numéricamente.

La definición de una serie de indicadores de calidad asistencial nos permite realizar un seguimiento continuo de los procesos que hayamos definido como fundamentales.

Hay dos tipos de indicadores, los de calidad técnica, que monitorizan los aspectos técnicos de nuestro trabajo y los de calidad percibida, que monitorizan la percepción que de nuestro trabajo tiene la sociedad (pacientes y familiares).

En el sistema hay que definir los indicadores que utilizaremos para mantener monitorizada la calidad asistencial basándonos en la facilidad de su cálculo, lo cual dependerá de la potencia del sistema general de la organización y en la definición que hayamos hecho de los aspectos fundamentales de la calidad que tenemos que medir continuamente para asegurarla. A un indicador le daremos un nombre, definiremos cuál es la fuente de información, su fórmula de cálculo, la periodicidad de su cálculo facilitará la información. <sup>(12)</sup>

En cirugía ambulatoria existen indicadores del proceso de atención, como el tiempo de *consulta/cirugía ambulatoria*, que mide el tiempo transcurrido desde el día de indicada la cirugía ambulatoria en consultorio externo esta se realiza, medido en días, con estándar ideal menor a 14 días; *suspensión de cirugías*, mide la suspensión de cirugías en porcentaje, con estándar ideal menor a 5%; *re internación*, internación posterior a cirugía ambulatoria, con estándar ideal menor a 2%;

*complicación post cirugía ambulatoria*, aparición de complicación frecuente o infrecuente, posterior a realizarse cirugía ambulatoria, se calcula el porcentaje de complicaciones ocurridas tras realizarse cirugía ambulatoria, con estándar ideal menor a 1%.

### **2.3. ALGORITMO DE CONTROL DE CALIDAD.**

El termino algoritmo tuvo su origen en las matemáticas, Muhamed Ibu Musa Alchwarazmi, matemático árabe en el siglo XI D.C., enumeró los pasos para la realización de las cuatro operaciones aritméticas, a las que dio su nombre denominando a los procedimientos algoritmos. <sup>(7)</sup>

A pesar de esta larga tradición, se prestó poco interés a los algoritmos, sólo en décadas recientes, con desarrollo de la programación informática, se puso de relieve su gran valor práctico y didáctico, por ello la teoría del algoritmo es una aportación del siglo XX. <sup>(7)</sup>

El algoritmo es una lista de instrucciones donde se especifica la secuela de operaciones necesarias para resolver cualquier problema de un tipo dado, constituye una descripción precisa de todos los pasos que deben seguirse para su solución e implica planeación cuidadosa y bien meditada, para establecer una rutina para su aplicación, pero no para el diseño de su estructura. <sup>(7)</sup>

Contar con un algoritmo representa la ventaja de una mecanización, la lista de instrucciones que lo constituyen puede ser aplicada por una persona con escasa instrucción o por una máquina. La ventaja de la mecanización ahorra tiempo al no necesitarse razonamiento en cada paso. <sup>(7)</sup>

Los algoritmos se pueden clasificar según la actividad humana en que se desarrolle; pueden ser matemáticos, geométricos, informáticos, administrativos, contables, didácticos, médicos, etc. siempre formando una lista de instrucciones con un

principio y un fin, realizado en un lapso concreto que conduzca a la solución del problema. En el diseño de algoritmos las estructuras participantes son principalmente: secuenciales, alternativas, repetitivas y en paralelo. <sup>(7)</sup>

### **2.3.1. ETAPAS DE DISEÑO DE UN ALGORITMO.**

En el diseño de un algoritmo médico, las estructuras participantes son principalmente: secuenciales, alternativas, repetitivas y en paralelo. <sup>(7)</sup>

Para el diseño de un algoritmo se han señalado las siguientes etapas <sup>(7)</sup>:

- a) *Denominación y definición del algoritmo.*
- b) *Desarrollo del algoritmo*, la Idea general, definir cada pasó hasta la solución del problema, señalando principio y fin.
- c) *Escribir las sentencias en lenguaje de programación.*
- d) *Ejecución.*
- e) *Depuración*: Detección de errores, corrección de errores.
- f) *Documentar el programa*: Documentación interna que contenga comentarios a lo largo del programa que permita futuras modificaciones; documentación externa, con descripción del algoritmo, organigrama y tablas de decisión.
- g) *Mantenimiento*: Operaciones necesarias para mantener actualizado el programa.

La representación grafica de los algoritmos se realiza a través de símbolos propuestos por el Instituto Americano de Normalización, aceptados internacionalmente. <sup>(7)</sup>

La utilización de los algoritmos de manejo clínico permite <sup>(2,3,7)</sup>:

- a) La identificación de las actividades que mejoran los resultados medidos en niveles de calidad, garantizando la calidad asistencial.
- b) Asegurar la eficiencia en la asignación de los recursos sanitarios.
- c) Realizar la gestión clínica del servicio según criterios de costo y calidad.
- d) La aplicación de un algoritmo de manejo y de una guía de cuidados clínicos que mejoran los parámetros de calidad asistencial sin afectar al nivel de seguridad médico quirúrgico.
- e) Garantizar la idoneidad en la aplicación de los procedimientos asistenciales.
- f) El índice de riesgo aplicado a los algoritmos de manejo clínico permite definir fácilmente el estándar de calidad por grupo de procedimientos, en función de la utilización de recursos hospitalarios y de las tasas de morbilidad y mortalidad.
- g) Evaluar la eficiencia de la asistencia sanitaria.
- h) Determinar una cultura competitiva basada en la calidad asistencial como parámetro de servicios clínicos asistenciales del hospital.
- i) Potencia la introducción de criterios clínicos para la determinación del costo por proceso, definiendo estándares de eficiencia y calidad.



## VII. VARIABLES.

Para la investigación se analizará como variables a las características del proceso de atención al paciente de la unidad, aprovechamiento del mismo, celeridad de los procesos y suficiencia de los recursos.

### **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.**

**Variable:** Tiempo consulta / cirugía ambulatoria.

**Definición conceptual:** Tiempo transcurrido desde el día de indicada la cirugía ambulatoria, hasta su realización.

**Definición operacional:** Se medirá calculando la diferencia en días del registro en la historia clínica del día en que se indicó cirugía ambulatoria y el registro en la historia clínica del día en que se la realizó.

**Escala de medición:** Número en días.

**Fuente:** Historia clínica.

**Estándar:** Menor a 14 días.

**Variable:** Suspensión de cirugías.

**Definición conceptual:** Cirugías ambulatorias programadas suspendidas.

**Definición operacional:** Se medirá calculando el porcentaje de cirugías ambulatorias suspendidas anotadas en el registro de quirófano.

**Escala de medición:** Porcentaje.

**Fuente:** Registro de quirófano.

**Estándar:** Menor a 5%.

**Variable:** Re internación.

**Definición conceptual:** Internación del paciente, realizada cirugía ambulatoria, por indicación médica.

**Definición operacional:** Se medirá calculando el porcentaje de internaciones indicadas posterior a realizarse cirugía ambulatoria, registradas en la historia clínica.

**Escala de medición:** Porcentaje.

**Fuente:** Historia clínica.

**Estándar:** Menor a 2%.

**Variable:** Complicación post cirugía ambulatoria.

**Definición conceptual:** Aparición de complicación frecuente o infrecuente, posterior a realizarse cirugía ambulatoria.

**Definición operacional:** Se medirá calculando el porcentaje de complicaciones ocurridas tras realizarse cirugía ambulatoria, registradas en la historia clínica.

**Escala de medición:** Porcentaje.

**Fuente:** Historia clínica.

**Estándar:** Menor a 1%.

**Variable:** Edad.

**Definición conceptual:** Tiempo de vida del paciente.

**Definición operacional:** Se medirá calculando el tiempo de vida del paciente en años, registradas en la historia clínica.

**Escala de medición:** Edad en años.

**Fuente:** Historia clínica.

**Variable:** Sexo.

**Definición conceptual:** Género del paciente.

**Definición operacional:** Se obtendrá discriminando entre el género masculino y femenino, del registro en la historia clínica.

**Escala de medición:** Masculino o femenino.

**Fuente:** Historia clínica.

**Variable:** Satisfacción de la calidad que percibe el paciente

**Definición conceptual:** Percepción del paciente de la calidad del servicio prestado.

**Definición operacional:** Se medirá a través de la realización de encuesta al paciente de cirugía ambulatoria, serie de preguntas que esperan reacción del sujeto para posteriormente ser operacionalizadas de acuerdo a la escala de Likert <sup>(3)</sup>.

**Escala de medición:** Escala de Likert <sup>(3)</sup>.

**Fuente:** Encuesta.

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>
Tiempo consulta / cirugía ambulatoria	Tiempo transcurrido desde el día de indicada la cirugía ambulatoria, esta se realiza	Se medirá calculando la diferencia desde el día que se le indicó cirugía ambulatoria en la consulta externa al día que se le realizó la misma	Interválica	Tiempo consulta /cirugía ambulatoria	Número de días	Historia clínica
Suspensión de cirugías	Cirugías ambulatorias programadas suspendidas	Se medirá calculando el porcentaje de cirugías ambulatorias suspendidas anotadas en el registro de quirófano	Interválica	Suspensión de cirugía	Porcentaje	Registro de quirófano
Re internación	Internación del paciente, realizada cirugía ambulatoria, por indicación médica	Se medirá calculando el porcentaje de internaciones indicadas posterior a realizarse cirugía ambulatoria, registradas en la historia clínica	Interválica	Re internación	Porcentaje	Historia clínica
Complicación post cirugía ambulatoria	Aparición de complicación frecuente o infrecuente, posterior a realizarse cirugía ambulatoria	Se medirá calculando el porcentaje de complicaciones ocurridas tras realizarse cirugía ambulatoria, registradas en la historia clínica	Interválica	Complicación post cirugía ambulatoria	Porcentaje	Historia clínica

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICION CONCEPTUAL</i>	<i>DEFINICION OPERACIONAL</i>	<i>ESCALA DE MEDICION</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>UNIDAD DE MEDIDA</i>	<i>FUENTE</i>
Edad	Tiempo de vida del paciente	Se medirá calculando el tiempo de vida del paciente en años, registradas en la historia clínica	Interválica	Edad	Número de años	Historia clínica
Sexo	Genero, diferenciación sexual del paciente	Diferenciación sexual biológica	Nominal	Sexo	1.Femenino 2.Masculino	Historia clínica

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICION CONCEPTUAL</i>	<i>DEFINICION OPERACIONAL</i>	<i>ESCALA DE MEDICION</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>UNIDAD DE MEDIDA</i>	<i>FUENTE</i>
Satisfacción de la calidad que percibe el paciente	Percepción del paciente de la calidad del servicio prestado	Se medirá a través de la realización de encuesta al paciente de cirugía ambulatoria, serie de preguntas que esperan reacción del sujeto para posteriormente ser operacionalizadas de acuerdo a la escala de Likert <sup>(3)</sup>	Ordinal	Escala de Likert	1.Muy Bueno 2. Bueno 3.Regular 4.Malo 5.Muy malo	Encuesta

## VIII. DISEÑO METODOLOGICO. (15, 21)

### **TIPO DE ESTUDIO.**

Prospectivo cuasi-experimental.

### **POBLACION DE REFERENCIA (UNIVERSO).**

Pacientes asegurados atendidos en la unidad de cirugía ambulatoria, en el periodo del 1 Mayo del 2010 al 31 de Octubre de 2010.

### ***Criterios de inclusión.-***

- Pacientes mayores de 18 años, asegurados, programados para cirugía ambulatoria en el Hospital Obrero No1.
- Pacientes a los que se les realizó la cirugía ambulatoria.
- Pacientes a los que se suspendió la cirugía ambulatoria, por causas no relacionadas con la ausencia del paciente.
- Pacientes que aceptaron y respondieron la encuesta de evaluación.

### ***Criterios de exclusión.-***

- Pacientes programados para cirugía ambulatoria, internados por indicación médica, posterior a la misma.
- Pacientes que negaron y no respondieron la encuesta de evaluación.

### ***POBLACION DE ESTUDIO***

Todos los pacientes, que cumplan criterios de inclusión.

### ***DELIMITACION TEMPORAL.***

Pacientes asegurados que cumplieron criterios de inclusión en el periodo comprendido entre el 1 Mayo de 2010 al 31 de Octubre de 2010 (seis meses).

## ***INSTRUMENTOS DE MEDICION.***

La medición de la satisfacción de la calidad que presta la Unidad de Cirugía Ambulatoria Ortopedia y Traumatología se medirá a través de encuestas, mismas que se desarrollan de acuerdo a la escala de Likert <sup>(5)</sup>, que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de preguntas, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos, a través de esta se evalúan oportunidad, amabilidad, proceso de atención, resultados de la atención, relación con el personal, información y comodidad. (Ver anexo 1)

Las preguntas fueron probadas en dos instrumentos aplicados con antelación a esta encuesta y en la prueba piloto, lo que nos garantiza su validez metodológica e incluye aspectos relacionados con:

- a) La accesibilidad, relacionada a los tiempos y características organizacionales de los servicios;
- b) La estructura, considerando los indicadores de existencia y atributos de los recursos humanos, materiales y equipos;
- c) El proceso, tomando en cuenta las acciones de revisión y diagnóstico, trato del personal y continuidad de la atención.
- d) La dimensión de resultado, la cual se mide a partir de la mejoría en salud y de la aplicación de un tratamiento adecuado.

Las respuestas obtenidas se interpretaron de acuerdo a la escala Likert <sup>(5)</sup>, en buena percepción de la calidad (muy buena, buena) y mala (regular, mala y muy mala) con el fin de facilitar su análisis.

### ***DISEÑO DE LA INTERVENCION.***

Se implementará un algoritmo de control de calidad, mismo que no existe en el momento en la Unidad de Cirugía Ambulatoria de Ortopedia y Traumatología, posteriormente se realizará evaluación de la percepción de satisfacción de calidad a través de encuesta elaborada, al inicio y conclusión del proceso.

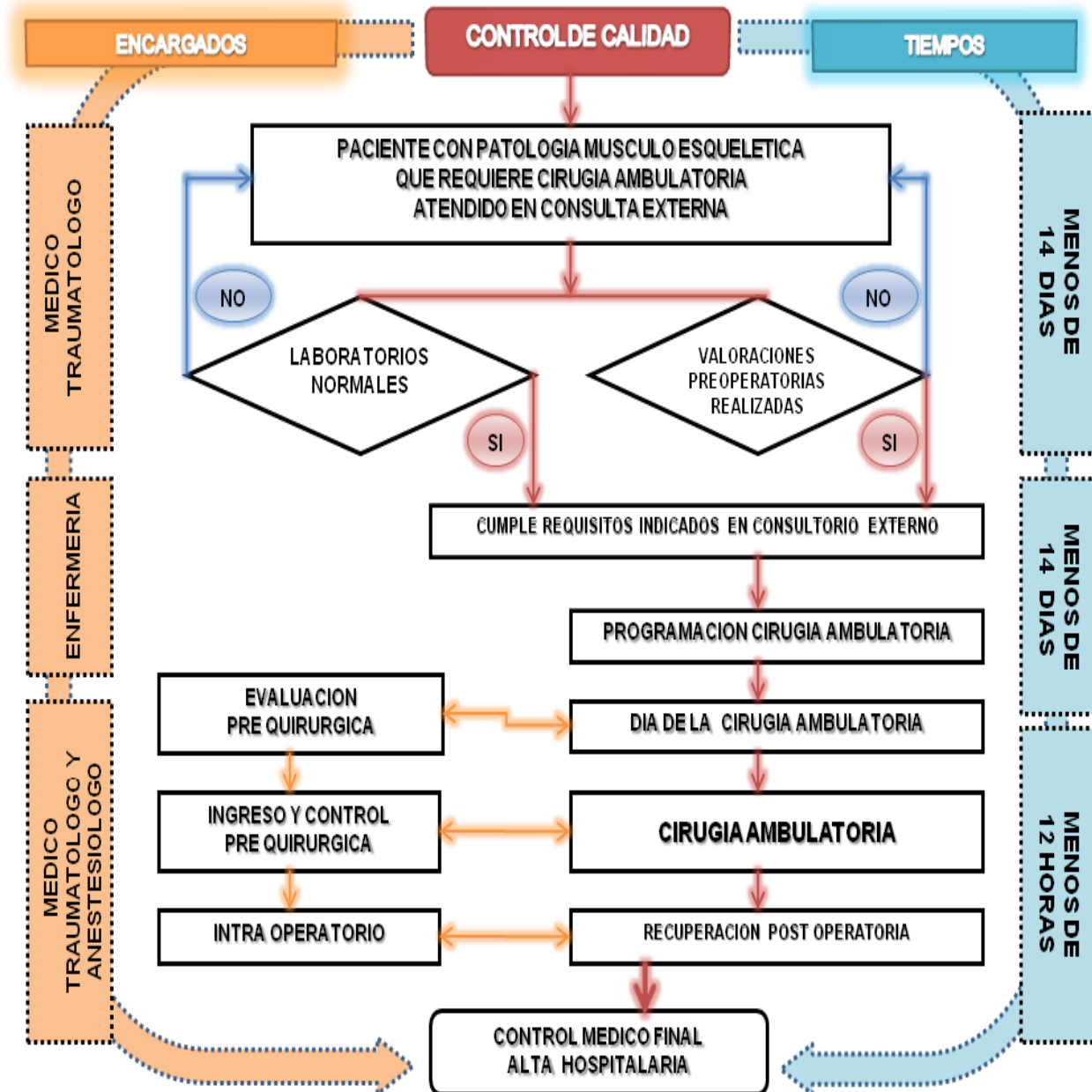
Se pretende a través de la aplicación del siguiente algoritmo de control de calidad, involucrar al personal de la unidad con capacitación sencilla y específica, informar y guiar al paciente con participación y compromiso de los que ofrecemos el servicio.

Cada miembro del personal de acuerdo a manual de funciones cumpla su labor de manera eficaz y eficiente, disminuyendo los tiempos de espera, mejorando constantemente a través de la evaluación continua, cambiando de manera eficaz la imagen corporativa de la unidad, que al momento se encuentra sobresaturada y desvalorizada.

### **ALGORITMO DE CONTROL DE CALIDAD**

Se presenta algoritmo de control de calidad final y se explica cada etapa del mismo.

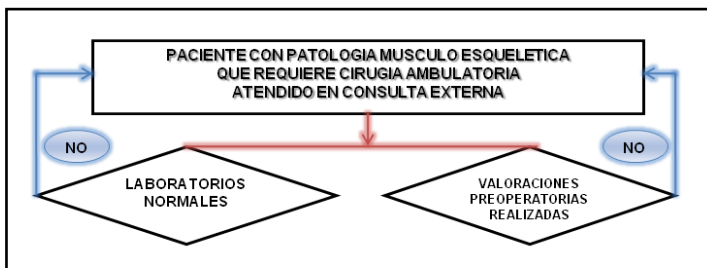
# ALGORITMO DE CONTROL DE CALIDAD



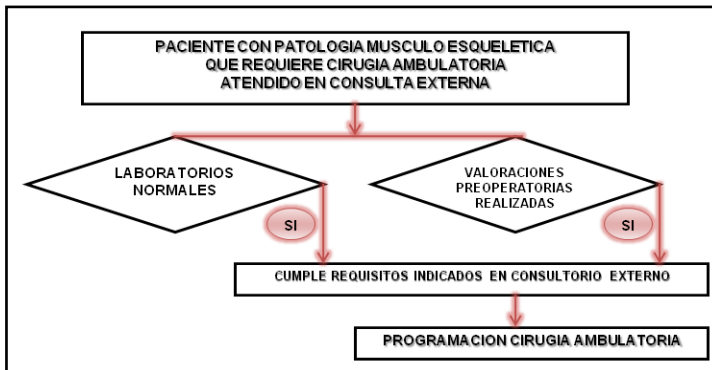




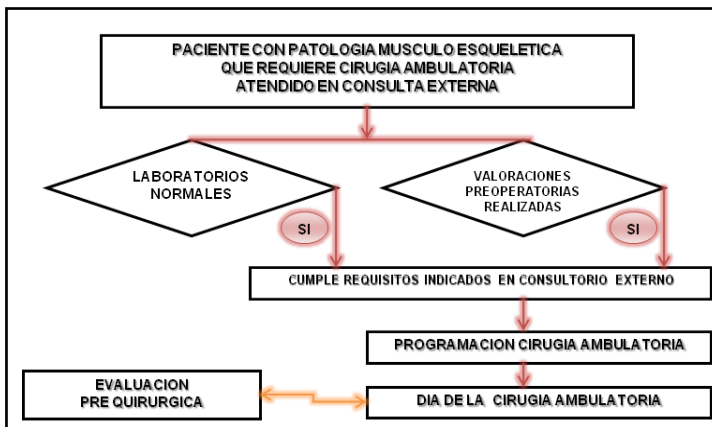
El proceso se inicia con la llegada del paciente al consultorio externo de Ortopedia y Traumatología, donde tras evaluación clínica, se indica cirugía ambulatoria, utilizando criterios que se encuentran en el manual de funcionamiento de la unidad, debiendo realizarse exámenes de laboratorio y valoraciones preoperatorias pertinentes (Por ejemplo, valoración cardiología preoperatoria).



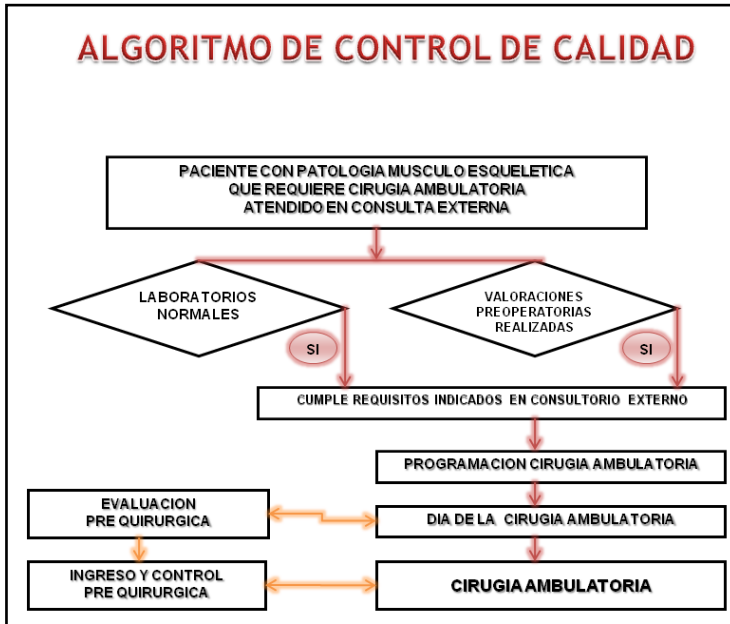
El paciente retorna, con resultados de exámenes de laboratorio y valoraciones preoperatorias, momento en el que si se detecta alteración se refiere a estudio de patologías concomitantes.



Si el paciente cuenta con resultados de laboratorio aceptables y sin contraindicación para cirugía ambulatoria, enfermería programa la misma, indicando fecha y hora.



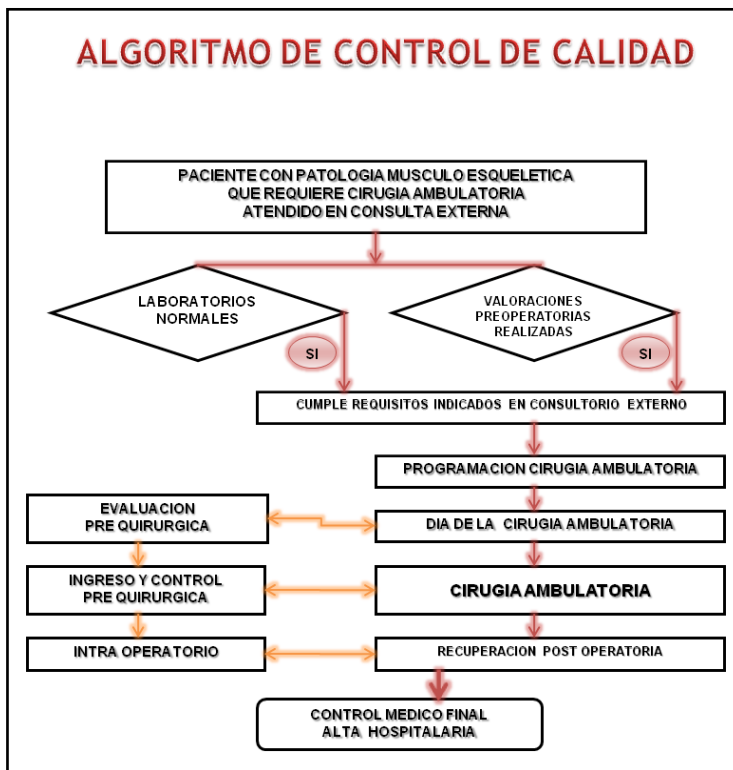
Llegado el día programado de cirugía, comienza el proceso de acuerdo a manual de funcionamiento de la unidad, con evaluación pre quirúrgica a cargo de médico traumatólogo o anestesiólogo asignado al caso.



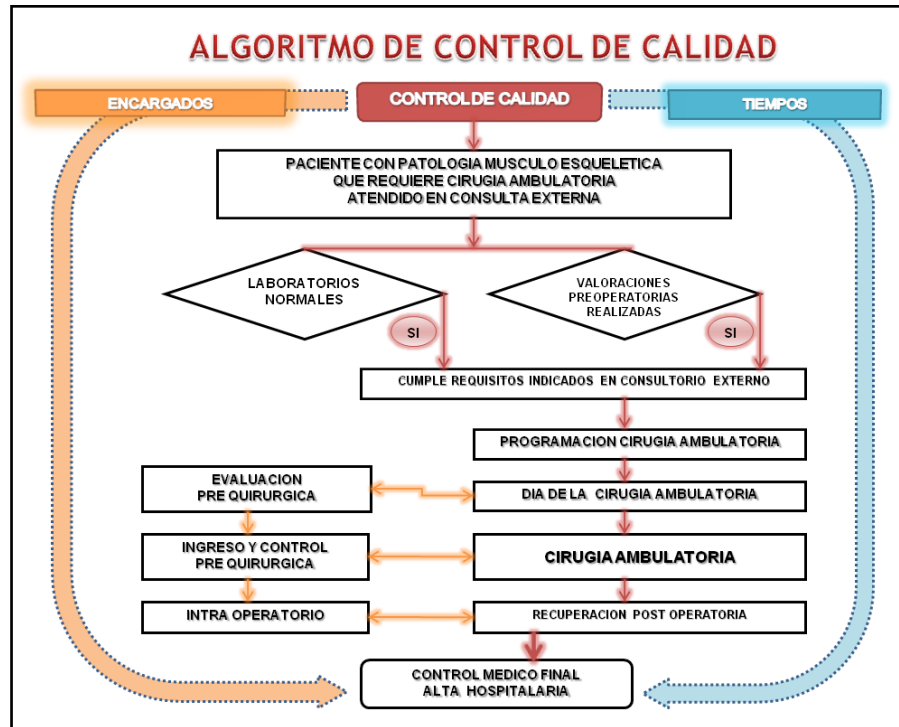
Terminada la evaluación, paciente ingresa a quirófano realizándole nuevo control previo al procedimiento de especialidad.

Se realiza anestesia de acuerdo a indicación y criterio de especialidad.

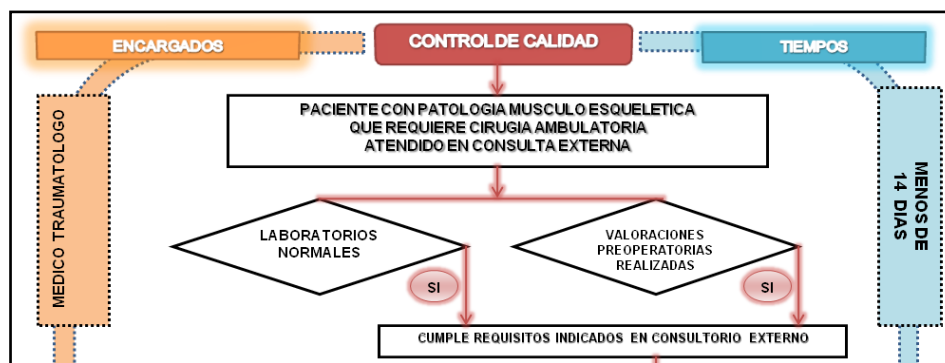
Cirugía de acuerdo a norma y protocolo de actuación de traumatología y ortopedia.



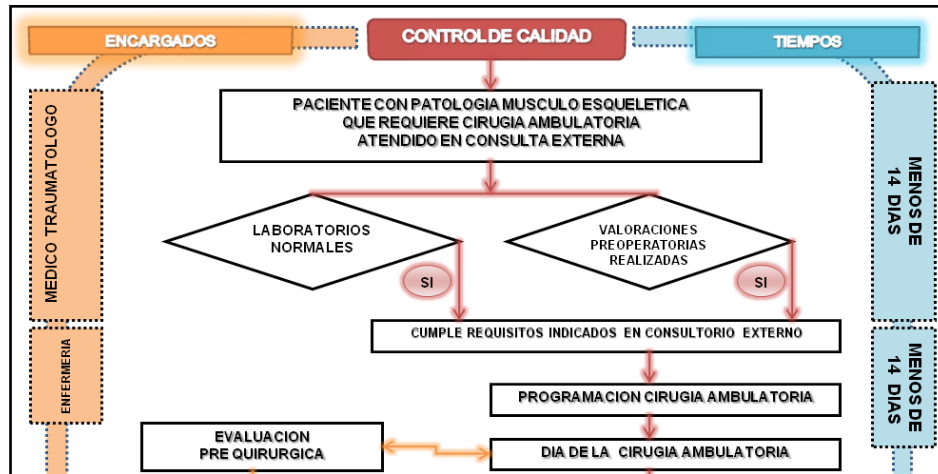
Concluida la cirugía, se realiza nuevo control intra operatorio a cargo de traumatólogo y anestesiólogo, para comenzar nueva etapa de recuperación post operatoria, donde el paciente ingresa a sala especial donde se efectúa control y monitorización, hasta que el mismo se encuentre en condiciones de alta.



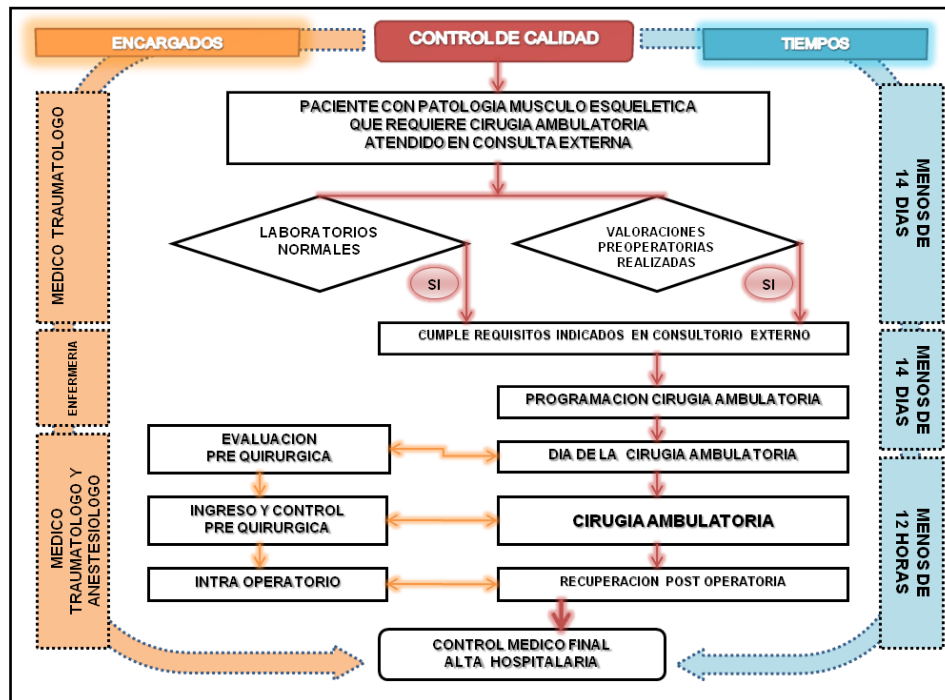
El proceso requiere de control, la misma se realiza a través de la optimización de dos eslabones, los encargados y los tiempos del proceso, la influencia de ambos es significativa y marca la diferencia al momento de la evaluación de la calidad.



En la primera etapa es el traumatólogo responsable de la indicación de cirugía ambulatoria, concluidos requisitos preoperatorios, ordenara la programación, proceso que no debe extenderse mas de 14 días.



En la segunda etapa es enfermería responsable de efectivizar la programación de la cirugía ambulatoria, proceso que debe durar menos de 14 días.



En la tercera etapa, anestesiólogo y traumatólogo son responsables de la realización de la cirugía ambulatoria, cumpliendo protocolos establecidos en manual de funciones, concluyendo el procedimiento con el alta médica, estancia hospitalaria que debe durar menos de 12 horas.

## IX. CRONOGRAMA.

### CRONOGRAMA DEL PROYECTO IMPLEMENTACION DE ALGORITMO DE CONTROL DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL OBRERO N° 1 CAJA NACIONAL DE SALUD

#### GRAFICA DE GANTT

Años		2010											
Meses	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Fases													
1	xxxx												
2		xxxx	xx										
3			xxxx										
4				xxxx	Xxxx	xx							
5						xx							
6					Xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx			
7										xxxx	xx		
8											xx		
9											xx		
10											x	x	
11					Xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	

Fases:

1. Diseño del protocolo de proyecto de intervención.
2. Recopilación bibliográfica.
3. Redacción del protocolo.
4. Modificación del protocolo.
5. Aprobación del protocolo.
6. Recolección de datos.
7. Procesamiento de datos.
8. Análisis estadístico.
9. Redacción del trabajo.
10. Difusión y presentación (escrito – oral)
11. Aplicación del proyecto.

## X. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Aranaz JM y col. Efectos adversos en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* 2008; 84(5): 273-278.
2. Asenjo MA. Fundamentos de la planificación y gestión hospitalarias. En: Asenjo MA, ed. *Gestión diaria del hospital*. 3ra ed. Barcelona: Masson: 2006: 15–46.
3. Blanton C, Godfrey AB. Gestión de la calidad total. En: Juran C. *Manual de calidad*. 5ta ed. Madrid: McGraw-Hill: 2001: 14.1.
4. Luna E, Caceres E. Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud. PRONACS. Ministerio de Salud y Deportes. 2008: (56): 4-8.
5. Caminal J. La medida de satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
6. Castagneto G. y col. Experiencia de cinco años de una unidad satélite de cirugía ambulatoria. *Rev Argent Cirug* 2003; 85(5-6): 216-224.
7. Cerecedo VB. Algoritmos y diagramas de flujo en medicina. *Rev Fac Med UNAM* 1997; 40(6): 214-216.
8. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumer's role. *Qual Health Care* 1992; 247–251.

9. Gestión de Calidad ISO 9000:2000 en establecimientos de salud MSD/PSRN-GTZ año 2003.
10. Handoll HH, Madhok R. From evidence to best practice in the management of fractures of the distal radius in adults: working towards are search agenda. BMC Musculoskelet Disord 2003; 4: 27–33.
11. International Organization for Standarization. Quality: terms and definitions. Suiza 1989.
12. Lorenzo S, Aranaz J, Ruiz P, Silvestre MC. Indicadores para monitorizar la calidad en cirugía. Cir Esp 1999; 66: 245-249.
13. Ley N° 3131 del 8 de agosto de 2005, Ley del ejercicio profesional médico. Artículo 4.
14. Martinez H, Brandi C. Cirugía ambulatoria cinco años de experiencia de una unidad independiente con base hospitalaria. Rev Argent Cirug 2000; 79: 160-173.
15. Morillo LE. Preparación de una propuesta de investigación y de un protocolo. En Ruiz A, Morillo LE. Epidemiología clínica investigación clínica aplicada. Bogotá: Panamericana: 2004: 67-84.
16. Posada S. Resultados de la aplicación de la mejora continúa al proceso de cirugía ambulatoria en un servicio de cirugía general. Salud en Tabasco 2001; 7:357-359.
17. Santiña M, Combalia A, Prat A. Modelo de programa de calidad asistencial en cirugía ortopédica y traumatología. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología 2009; 53(1):48-53.

18. Santiña M, Combalia A, Prat A, Suso S, Trilla A. Contribución de un programa de calidad al desarrollo de un instituto de gestión clínica del aparato locomotor. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología 2008: 52:233–7.
19. Sierra G. Cirugía ambulatorio ¿Una solución? Med Clín Barc 1992: 98:579-581.
20. Trejo A, Flores AL, Sandoval JR, Gutierrez P, Alvarado FJ. Cirugía ortopédica ambulatoria. Resumen epidemiológico. Rev Mex Ortop Traum 1999: 13(5):495-496.
21. Varkevisser C, Pathmanathan I, Brownlee A. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. 1ra ed. OPS Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. México. 1995: vol 2.

© **Dr. Alvaro Párraga Montes**  
**Médico Cirujano Ortopedista Traumatólogo**  
**Hospital Obrero N°1 C.N.S.**  
**parraga\_apm@hotmail.com - 70692979**



# ANEXOS

ENCUESTA  
UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Estimado(a) paciente: La presente encuesta tiene por objetivo conocer la opinión sobre la calidad de atención del servicio que se le ha prestado en la Unidad de Cirugía Ambulatoria de Ortopedia y Traumatología. Por favor conteste las siguientes preguntas y marque con X las casillas:

EDAD:  SEXO: Femenino  Masculino

---

1. La atención que se le otorgó fue:

Muy Buena  Bueno  Regular  Mala  Muy Mala   
(Excelente) (Aceptable) (Insuficiente) (Inaceptable) (Le causo molestia)

2. Posterior a ser transferido de policlínico o de urgencias, logró atención de especialidad de Ortopedia y Traumatología en el Hospital Obrero No1 en:

Menos de 14 días  De 15 a 28 días  De 29 a 42 días  De 43 a 55 días  Mayor a 56 días

3. El tiempo que demoró realizar laboratorios y valoraciones pre operatorias, fue:

Menos de 7 días  De 8 a 14 días  De 15 a 21 días  De 22 a 28 días  Mayor a 28 días

4. Desde el día en el cual presentó laboratorios y valoraciones preoperatorias, la programación de su cirugía ambulatoria se le otorgó:

Menos de 14 días  De 15 a 28 días  De 29 a 42 días  De 43 a 55 días  Mayor a 56 días

5. El día de su cirugía, el trato por parte del personal médico por el cual fue atendido fue:

Muy Bueno  Bueno  Regular  Malo  Muy Malo   
(Muy amable) (Amable) (Serio) (Indiferente) (Le causó disgusto)

6. El día de su cirugía, el trato por parte del personal de enfermería por el cual fue atendido fue:

Muy Bueno  Bueno  Regular  Malo  Muy Malo   
(Muy amable) (Amable) (Serio) (Indiferente) (Le causó disgusto)

7. El ambiente donde se le preparó para la cirugía (Sala Preoperatoria), era:

Muy Bueno  Bueno  Regular  Malo  Muy Malo   
(Muy cómodo) (Cómodo) (Incomodo) (Inadecuado) (Le causó molestias)

8. El ambiente donde se le recibió posterior a la cirugía (Sala de Recuperación), era:

Muy Bueno  Bueno  Regular  Malo  Muy Malo   
(Muy cómodo) (Cómodo) (Incomodo) (Inadecuado) (Le causó molestias)

9. La información e indicaciones médicas, posteriores a su cirugía, antes de irse a su domicilio, fueron:

Muy Buena  Buena  Regular  Mala  Muy Mala   
(Amplia y Clara) (Suficiente) (Superficial) (Nula) (Confusa)

---

Usted, volvería a operarse de manera ambulatoria:

SI  NO

No.

