

CARRERA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Tesis previa a la obtención del Título de

INGENIERA COMERCIAL

TEMA:

“PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LA NORMA ISO 9001:2008 AL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL, DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA (IESS) DE LA CIUDAD DE CUENCA”

AUTORA:

Inés del Rocío Ortiz Macías

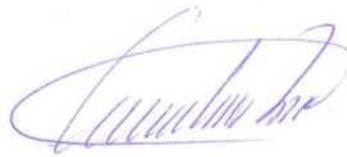
DIRECTOR: Ing. Cristian Díaz.

CUENCA - ECUADOR

2015

CERTIFICO

Que el presente proyecto de tesis **“PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LA NORMA ISO 9001:2008 AL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL, DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA (IESS) DE LA CIUDAD DE CUENCA”** , realizado por el estudiante: Inés del Rocío Ortiz Macías, fue dirigido por mi persona.



Ing. Cristian Días

Los conceptos desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo **“PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LA NORMA ISO 9001:2008 AL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL, DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA (IESS) DE LA CIUDAD DE CUENCA.”** son de exclusiva responsabilidad de Inés del Rocío Ortiz Macías; autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana la utilización de la misma para fines académicos.

Cuenca, Marzo del 2015



Firma

Inés del Rocío Ortiz Macías

DEDICATORIA

Dedico esta Tesis a mi Esposo que Dios lo tiene en su Santa Gloria, a mi familia de manera especial a mis padres, Severo e Inés que siempre me apoyaron incondicionalmente en toda mi carrera universitaria, gracias por apoyarme incondicionalmente en todos los momentos más difíciles de mi vida por brindarme el amor y la confianza que nunca me faltó porque pude alcanzar mis metas propuestas sin rendirme en el intento.

INES

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por darnos la vida, y el don del conocimiento, a mi Esposo que en paz descanse porque sus recuerdos me dan fortaleza para cumplir mis objetivos. De manera especial al Ing. Cristian Díaz en su calidad de Director de Tesis por su apoyo y capacidad para guiar y sistematizar mis ideas. A todo el personal que labora en el Hospital José Carrasco Arteaga (IESS) por haberme acogido afectuosamente en sus instalaciones y darme la facilidad para realizar mis investigaciones durante el tiempo que duro la elaboración de la tesis. Y de manera especial al Doctor Juan Diego Araujo e Ing. Berenice Sanmartín, quienes que con su sabiduría producto de su preparación y de su experiencia en sus respectivas áreas en quirófano y calidad aportaron en gran manera para realización de mi trabajo investigativo si ellos no habría sido posible para la realización y culminación de este proyecto.

ACERCA DE LA AUTORA

Breve reseña de la autora e información de contacto:



Inés del Rocío Ortiz Macías

Egresada de la Carrera de Administración de Empresas

Universidad Politécnica Salesiana

elrocio2@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha identificado que el cliente es el pilar fundamental de las organizaciones ya sean públicas y privadas por tal razón se ha visto la necesidad de prestar una mejor atención y así poder dar seguimiento y valorar la mejora en los procesos del servicio proporcionado al cliente .

Esta tesis describe el estudio, análisis, y mejora en los procesos quirúrgicos en el área de Quirófano General del Hospital José Carrasco Arteaga en el Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001-2008, esta norma permite identificar estratégicamente la elaboración de planes de mejora desarrollados con eficiencia, y eficacia para así garantizar la satisfacción del cliente.

En el Capítulo 1 de esta tesis se describe una breve reseña histórica del HJCA, Plan estratégico, Valores Corporativos y Políticas, para tener un mejor panorama general del Hospital, más adelante se justifica este tema de investigación basándose en los antecedentes del problema

En el Capítulo 2 de este documento se detalla el marco conceptual del Mejoramiento de la Calidad en los Procesos que ayudara a entender de mejor manera la importancia del Mejoramiento Continuo.

En este Capítulo se da una breve explicación de la norma ISO 9000-2000, con la finalidad de dar a conocer la terminología para los sistemas de gestión de calidad.

Una vez comprendido la norma ISO 9000-2000 se procede a detallar la norma ISO 9001-2008 la misma que detalla los requisitos de los sistemas de gestión de calidad.

Más adelante se da una breve explicación sobre las pautas a considerar en el mejoramiento de los procesos, en donde se destaca que para realizar las mejoras es necesario Evaluar, Analizar, y Mejorar.

Por ultimo en este capítulo se indican varias herramientas que suelen utilizarse en los planes de mejora continua.

En el capítulo 3 se hace la evaluación de mejora continua bajo la Norma ISO 9001:2008 al proceso de quirófano general, para ello, en primera instancia se citaran las diferentes normas ya sean internacionales o nacionales aplicadas al área de la salud y al proceso Quirófano en específico.

Más adelante se hace un diagnóstico detallado de la situación en la que se encuentra el Área de Quirófano, esto se lograra con la información obtenida y tabulada de las entrevistas realizadas a los colaboradores y pacientes/ usuarios del Hospital JCA.

En este capítulo también se realizara el análisis FODA con la finalidad de identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del Hospital JCA.

Con la herramienta de análisis de Ishikawa y el análisis de los 5 porqués se procederá a identificar las posibles oportunidades de mejora en el hospital JCA, y así proceder con la determinación de las propuestas de mejora.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICO.....	I
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
ÍNDICE DE TABLAS	XIV
PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD	1
1.1 ANTECEDENTES Y RESEÑA HISTÓRICA.....	1
1.2 PRINCIPIOS:.....	2
1.3 POLÍTICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL.....	2
1.4 MARCO LEGAL:.....	3
1.5 MISIÓN	4
1.6 VISIÓN	4
1.7 OBJETIVOS.....	4
1.8 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	5
1.9 ÁREA DE QUIRÓFANO GENERAL	8
Quirófano:.....	8
Actividades:.....	9
1.10 Distribución de espacios Físicos del área Quirófano	10
1.11 CLIENTES	11
Clientes Internos.-	12
Clientes Externos.-	12
1.12 PROCESO QUIRÓFANO GENERAL.....	12
1.13 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
Descripción.....	12
Antecedentes del Problema.....	13
Justificación.....	14
Pregunta de Investigación.....	15
MARCO CONCEPTUAL DE LAS NORMAS DE CALIDAD DEL MEJORMIENTO CONTINUO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN LOS PROCESOS	16
2.1 CALIDAD	16
2.1.1 Norma ISO 9000	16
2.1.2 Norma ISO 9001-2008 Mejoramiento Continuo.....	22

2.1.3	Importancia del Mejoramiento Continuo	24
2.1.4	El mejoramiento en los Procesos	25
	Evaluar	25
	Analizar	25
	Mejorar	25
2.1.5	Ciclo de Deming	26
	Planificar	27
	Hacer	28
	Verificar	28
	Actuar	28
2.1.6	Herramientas de Mejora Continua	28
	Diagrama Causa – Efecto	29
	Diagrama de los 5 Porqués	30
2.1.7	Ventajas del Mejoramiento Continuo.....	31
2.1.8	Desventajas al generar una cultura de mejoramiento continuo	32
	Generalidades:	33
2.2	Sistema de Gestión de Calidad.....	33
2.2.1	Principios de SGC	33
EVALUACIÓN DE MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LA NORMA ISO 9001:2008 AL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL		34
3.1	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD APLICADO AL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL.	35
3.1.1	Evaluación según Normas Internacionales y Nacionales usadas en el Proceso Quirófono del Hospital.....	35
	Consulta Pre anestésica	35
	Lista de Chequeo.....	36
	Registro anestésico Intraoperatorio.	37
	Productos y Servicios	38
3.2	DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL AREA DE QUIROFANO	39
3.2.1	Entrevistas Con El Personal Y Pacientes	43
3.2.2	Tamaño De La Muestra	45
3.2.3	Recolección de Recomendaciones y Observaciones	54
3.2.4	Aplicación de la Matriz FODA.....	55
3.2.5	Identificación de Problemáticas y Debilidades	57
3.3	IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	57
3.2.1	Aplicación de herramientas de mejora continua.....	57

3.2.2	Determinación de causa Raíz (análisis de las 5 porqués)	61
3.2.3	Análisis de resultados	68
3.4	DETERMINACIÓN DE PROPUESTAS DE MEJORAS	69
3.4.1	Identificación de las oportunidades de mejora	69
3.4.2	Planteamiento de Oportunidades de mejora	70
	Lista de verificación de consulta pre anestésica	70
	Consentimiento Informado de Anestesiología	72
	Lista de verificación de la seguridad Quirúrgica	73
	Primera fase	74
	Segunda fase	74
	Tercera Fase	75
	Registro Intraoperatorio	76
	Registro de Limpieza del Quirófano	77
	Registro diario de pacientes para ingresar a Quirófano	79
3.5	Capacitación en mejoras propuestas	81
3.6	EVALUACIÓN DE MEJORAS	83
3.6.1	¿Como evaluar del Formatos de Control de Limpieza?	85
3.6.2	Paciente que Baja de Piso(Hospitalización)	86
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
4.1	CONCLUSIONES	88
4.2	RECOMENDACIONES	89
	ANEXO 1	90
	DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO QUIRÓFANO GENERAL	90
	ANEXO 2	92
	NORMA CLASA	92
	ANEXO 3	101
	EXTRACTO DE LA CLASIFICACION NORMA ASA	101
	ANEXO 4	103
	MANUAL DE APLICACIÓN DE LISTA OMS DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA	103
	ANEXO 5	106
	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN SU ESTATUTO ORGÁNICO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES	106
	ANEXO 6	110
	FORMATO ANTERIOR DE CONSULTA PREANESTÉSICA	110

ANEXO 7	112
FORMATO ANTERIOR TRANS-ANESTÉSICO.....	112
ANEXO 8	114
ENTREVISTAS REALIZADAS AL JEFE DEL ÁREA DE QUIROFANO	114
ANEXO 9	118
ENTREVISTA REALIZADA AL LA LICENCIADA JEFE DE ENFERMERIA DEL ÁREA DE CIRUGÍA.....	118
ANEXO 10	120
ENTREVISTA REALIZADA A PACIENTES/USUARIOS	120
ANEXO 11	123
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONSULTA PREAMESTÉSICA.....	123
ANEXO 12	126
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGÍA PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICO	126
ANEXO 13	129
LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA	129
ANEXO 14	132
REGISTRO INTRAOPERATORIO	132
ANEXO 15	135
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE QUIRÓFANO	135
ANEXO 16	138
REGISTRÓ DIARIO DE PACIENTES PARA INGRESAR A QUIRÓFANO	138
ANEXO 17	141
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL CON LOS FORMATOS DE MEJORA APLICADOS	141
ANEXO 18	143
CAPACITACIÓN DE FORMATOS PARA LA MEJORA EN EL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL.....	143
ANEXO 19	146
APROBACIÓN DE FORMATOS DE MEJORA.....	146
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	150
BIBLIOGRAFÍA.....	151

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1. Estructura Orgánica del HJCA.....	7
Gráfico 1.2. Quirófano de del HJCA	9
Gráfico 2.1. Mejora Continua del Sistema de Gestión De La Calidad.	23
Gráfico 2.2. Ciclo de Deming.....	26
Gráfico 2.3. Pasos para Determinar el Diagrama de Ishikawa.....	29
Gráfico 2.4. Diagrama de Ishiawa.	30
Gráfico 2.5. Diagrama de los Cinco Porqués.....	31
Gráfico 3.1. Frecuencia pregunta 1.....	46
Gráfico 3.2. Frecuencia pregunta 2.....	47
Gráfico 3.3. Frecuencia pregunta 3.....	47
Gráfico 3.4. Frecuencia pregunta 4.....	48
Gráfico 3.5. Frecuencia pregunta 5.....	49
Gráfico 3.6. Frecuencia pregunta 6.....	49
Gráfico 3.7. Frecuencia pregunta 8.....	50
Gráfico 3.8. Frecuencia pregunta 9.....	50
Gráfico 3.9. Frecuencia pregunta 10.....	51
Gráfico 3.10. Diagrama de Ishikawa Evaluación incompleta y desconocimiento del paciente sobre el procedimiento anestésico para su Autorización.....	58
Gráfico 3.11. Diagrama de Ishikawa Falta de control en la seguridad quirúrgica.	59
Gráfico 3.12. Diagrama de Ishikawa Registro intraoperatorio incompleto	59
Gráfico 3.13. Diagrama de Ishikawa posible contaminación en el área de Quirófano.....	60
Gráfico 3.14. Diagrama de Ishikawa Falta de Preparación del Paciente par la Cirugía.	61
Gráfico 3.15. Esquema de los 5 porqués de Evaluación incompleta y desconocimiento del paciente sobre el procedimiento anestésico para su Autorización.....	62
Gráfico 3.16. Esquema de los 5 porqués de Evaluación Incompleta dela seguridad quirúrgica	63
Gráfico 3.17. Esquema de los 5 porqués del Control Intraoperatorio Incompleto	64
Gráfico 3.18. Esquema de los 5 porqués de una posible contaminación en el quirófano incompleto	65
Gráfico 3.19. Esquema de los 5 porqués de Falta de preparación del Paciente	66
Gráfico 3.20. Diagrama de flujo de llenado de lista de verificación de Consulta Pre anestésica.....	72

Gráfico 3.21. Diagrama de flujo de llenado de Consentimiento Informado.....	73
Gráfico 3.22. Diagrama de flujo de llenado de Lista de verificación de seguridad Quirúrgica	76
Gráfico 3.23. Diagrama de flujo de llenado de Registro Intraoperatorio	77
Gráfico 3.24. Diagrama de flujo de llenado de Registro de limpieza de quirófano	79
Gráfico 3.25. Diagrama de flujo de llenado de Registro diario de pacientes para ingresar a quirófano.....	80
Gráfico 3.26. Evaluación de la mejora	84

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3.1. Proceso quirófono Hospital JCA	41
Tabla 3.2. Resumen de la a los Jefes del área de Quirófono y la Jefa de Enfermería.....	45
Tabla 3.3. Tamaño de la Muestra	45
Tabla 3.4. Resumen de la entrevista a los pacientes para determinar la percepción y calidad del servicio.	52
Tabla 3.5. Comentarios Generales de los entrevistados.	53
Tabla 3.6. Recomendaciones y Observaciones de los Entrevistados.	54
Tabla 3.7. FODA.	56
Tabla 3.8. Evaluación por Ponderación.	83
Tabla 3.9. Evaluación fichas de control de limpieza	85
Tabla 3.10. Evaluación Fichas de control de pacientes que baja de piso (Hospitalización)..	86

CAPÍTULO 1

PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD

A continuación se presentara una breve descripción y su historia del Hospital José Carrasco Arteaga.

1.1 ANTECEDENTES Y RESEÑA HISTÓRICA

Según (Plan Operativo 2011, Hospital José Carrasco Arteaga (HJCA)
(Patiño, 2011)

Las ideas de Seguridad Social se generaron con atención a la población en problemas de salud comunitaria, sin embargo, las exigencias crecían a tal punto que ya no daba abasto el local en que funcionaban dichos servicios por lo que se ejecutó la exigencia de un nuevo local.

El 3 de noviembre de 1969 funcionaría como Hospital Regional, con capacidad de 150 camas; desde esa fecha empezó prestando sus servicios a sus afiliados en sus diversas necesidades ya sea en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, hemodiálisis, etc.

Años más tarde el número de afiliados aumentó abruptamente incluyendo el Seguro Campesino y la Afiliación Voluntaria, la atención al hijo de la afiliada hasta el primer año de vida, el Consejo Superior, máximo organismo del IESS, en sesión del 30 de julio de 1990, autorizó al Comité de Contratación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que convoque a licitación, para la construcción del Hospital del IESS en la Ciudad de Cuenca, para la regional 3 que comprende Azuay, Cañar y Morona Santiago, en sus terrenos ubicados en el sector de Monay, de 40.000 m² comprendido entre las calles Av. Rayoloma, Cuzco, Popayán y Pacto Andino, al sureste de la ciudad de Cuenca, con una capacidad de 300 camas, con estructura de hormigón armado, tabiquería, de ladrillo, ventanas de aluminio y vidrio, pisos de

vinil y baldosa; cielos rasos de fibra mineral y malla enlucida; con dos gradas de emergencia, ubicadas una al este (calle Pacto Andino), y otra al sur (calle Popayán).

La construcción del nuevo Hospital se inició el 10 de julio de 1991 y se terminó la obra física el 28 de mayo de 1998. Fue bautizado con el nombre del benemérito galeno Doctor José Carrasco Arteaga. Se inauguró el 3 de noviembre del 2000.

1.2 PRINCIPIOS:

Los principios en los que se basa el HJCA son los siguientes:

- Aquellos mencionados en el Art. 358 de la Constitución de la República y que manifiestan que el sistema de salud se guiará por los principios generales del sistema de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia interculturalidad, con enfoque de género y generacional.
- La Ley de Seguridad Social Art. 1 en los Principios Rectores, el seguro general obligatorio forma parte del sistema nacional de seguridad social y, como tal, su organización y funcionamiento se fundamentan en los principios de solidaridad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia.

1.3 POLÍTICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

En el Hospital José Carrasco Arteaga están comprometidos a brindar una atención médica-hospitalaria a los afiliados de manera oportuna con calidad, eficiencia y calidez, promoviendo la satisfacción e identificando, evaluando y previniendo los riesgos que puedan afectar la salud y seguridad de los usuarios internos y verificar que los proveedores y contratistas cumplan las normas de seguridad de esta casa de salud, brindando una atención preferencial a niños, ancianos, discapacitados y embarazadas.

Con el objetivo de fomentar el cumplimiento de esta política, el Hospital José Carrasco Arteaga se compromete a:

1. Asignar todos los recursos necesarios para desarrollar e implementar un Sistema Integrado de Calidad, Seguridad y Salud Ocupacional.
2. Cumplir la legislación, y normativas vigentes en Seguridad y Salud en las actividades desarrolladas por esta Casa de Salud.
3. Integrar la Calidad, Seguridad y Salud a todas las actividades que se desarrollen en el Hospital.
4. Mejorar en forma continua la prevención de riesgos y la gestión organizacional realizando auditorías periódicas.
5. Actualizar el Sistema de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud Ocupacional de manera periódica.

La Política aquí contemplada, se aprobó el 11 de diciembre de 2014 en la reunión de revisión por la Dirección, a la cual estuvieron presentes: Gerente General, Director Técnico, Representante de la dirección y Jefe de seguridad y salud ocupacional.

1.4 MARCO LEGAL:

El HJCA se rige a la Resolución emitida con fecha 19 de junio de 2014 por el Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social No. 468.¹

Para la implementación de todas las actividades de curación, prevención y rehabilitación de los pacientes que acuden en busca de estos servicios, el HJCA se ampara en el marco jurídico que le otorga la Ley de Seguridad Social, promulgada por el parlamento Nacional y ratificada por el ejecutivo mediante la Ley del 2001, en el Capítulo II, del Aseguramiento y la Entrega de las Prestaciones de Salud, Art. 115, Unidades Médicas del IESS, dice: “las prestaciones médico asistenciales de propiedad del IESS, serán empresas prestadoras de servicios de salud.”

¹ Reglamento Interno para la creación de la nueva estructura orgánica de las unidades médicas del IESS

1.5 MISIÓN

La misión fue establecida a nivel nacional para las dependencias y unidades médicas del IESS, cuyo propósito para el hospital José Carrasco Arteaga como institución pública va alcanzar a lograr las metas propuestas.

El HJCA tiene como Misión:

“Proteger a la población asegurada por el IESS, contra las contingencias que determina la normativa vigente, garantizando el derecho al buen vivir.”

1.6 VISIÓN

La visión fue establecida a nivel nacional para las dependencias y unidades médicas del IESS tiene como alcance proyectar al hospital, en propósitos hacia el futuro.

El HJCA tiene como Visión:

“Ser una institución referente en Latinoamérica, permanente, dinámica, innovadora, efectiva y sostenible, que asegura y entrega prestaciones de Seguridad Social con altos estándares de calidad y calidez, bajo sus principios y valores rectores”

1.7 OBJETIVOS

Según GPR (GOBIERNO POR RESULTADOS)² (Administración Pública, 2015)

Los objetivos que por disposición nacional se cumplirán son los siguientes:

² Solución integral de metodologías, herramientas digitales, aprendizaje práctico y adopción de cambio para soluciones sostenibles y auto eficientes del cliente

1. *Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en el acceso y entrega de las prestaciones y servicios institucionales a nivel nacional.*
2. *Incrementar el acceso al aseguramiento universal obligatorio de la población ecuatoriana urbana, rural y en el exterior.*
3. *Incrementar la eficiencia del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.*
4. *Incrementar el desarrollo del talento humano del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social*
5. *Mantener el equilibrio financiero actuarial*
6. *Incrementar los ingresos financieros del IESS*
7. *Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros y fondos prestacionales.*

1.8 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

En la resolución No. CD 468 del Consejo Directivo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se estableció la siguiente estructura organizacional que en este momento adopta el HJCA.

HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA ESTRUCTURA ORGÁNICA

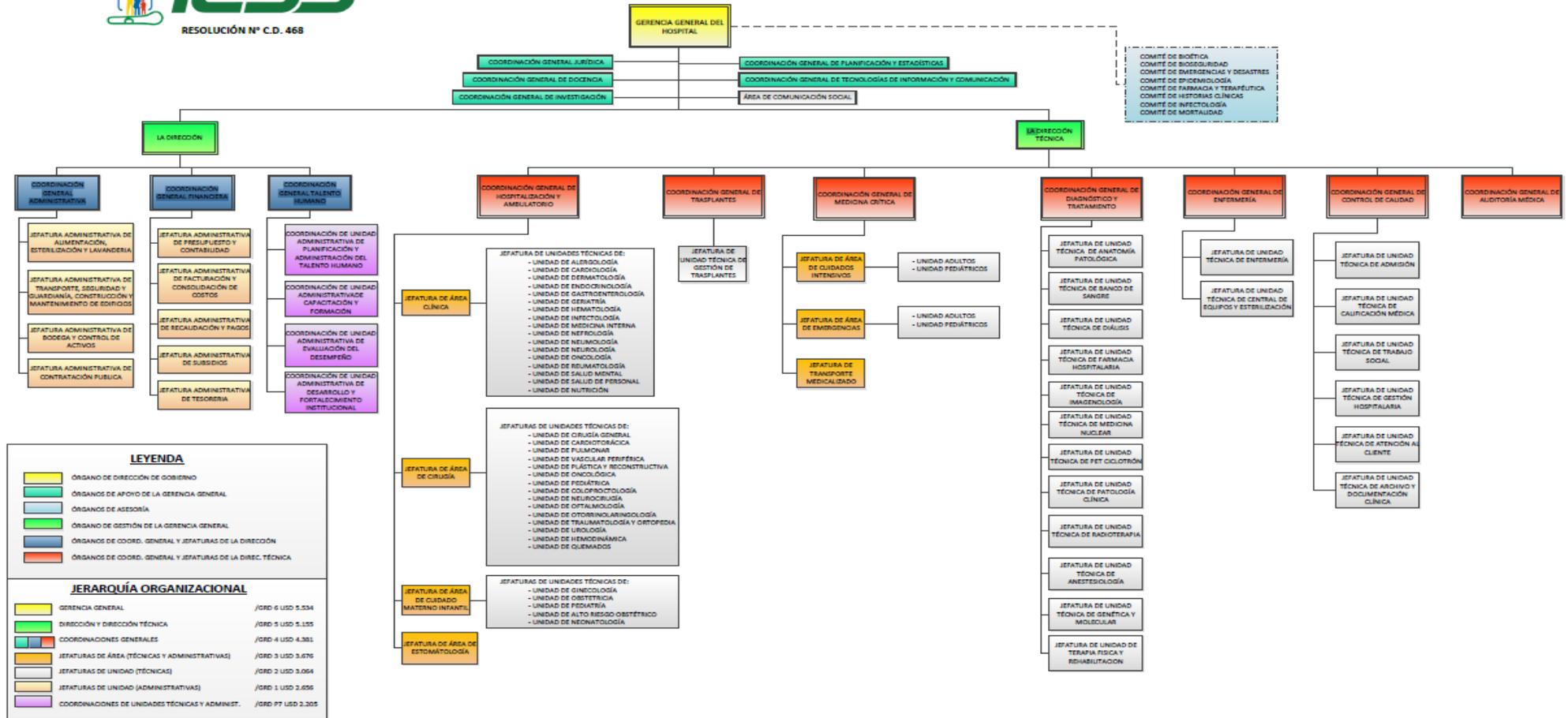


Gráfico 1.1. Estructura Orgánica del HJCA
Fuente resolución 468

1.9 ÁREA DE QUIRÓFANO GENERAL

Quirófano:

Es una sala o habitación donde se practican intervenciones quirúrgicas a pacientes que así lo demanden.

En este lugar se procede a colocar anestesia y realizar reanimaciones en caso de complicaciones, lo que implica que un quirófano debe estar equipado y preparado para cualquier circunstancia, es decir, debe brindar un ambiente cómodo a médicos y pacientes para el desarrollo de operaciones programadas como para aquellos casos de urgencias.

En un quirófano se permite únicamente el acceso al paciente, al equipo que suele actuar en una operación (cirujano, anestesista, radiólogo, gastroenterólogo, enfermera de quirófano, auxiliar de enfermería, camillero, instrumentador quirúrgico, y otro personal que sea necesario para la intervención quirúrgica.)

Una de las características importantes para el área de quirófano es asegurar la vida de los pacientes/usuarios por esta razón es de carácter obligatorio la limpieza y la aspiración en un quirófano se debe realizar correctamente para lograr un grado cero de contaminación, esto incluye las habitaciones contiguas que se hayan anexo (vestuarios, oficinas, etc.); esto se logrará limitando el acceso de personas a lo necesario, realizando profundas limpiezas y desinfecciones varias veces al día y removiendo todo el material de desecho.

En el área de quirófano Grafico 1.2. Se brinda a los pacientes cuidados en las etapas preoperatoria, quirúrgica y recuperación, atendiendo al cumplimiento de recomendaciones ordenadas por los médicos, a fin de lograr un óptimo servicio.



Gráfico 1.2. Quirófano de del HJCA
Fuente: Departamento de Investigación y Docencia

El área de quirófano del Hospital José Carrasco Arteaga está conformada de la siguiente manera:

- 9 Quirófanos: 6 pertenece a centro quirúrgico y 3 quirófano de materno infantil.
- Sala de Espera de Familiares de los pacientes.
- Sala de recuperación de centro quirúrgico y de quirófano materno infantil.

Actividades:

1. Recibir al paciente en el departamento de cirugía desde: hospitalización y emergencia. Al ingresar por consulta externa el paciente se dirige a hospitalización en donde se realiza una nueva valoración, lleva consigo los estudios preoperatorios solicitados por el médico de consulta, este tipo de cirugía se denomina cirugía electiva; caso contrario si el paciente ingresa por emergencia y dependiendo del tipo de gravedad se le realizan los exámenes o pasa directamente a cirugía.

2. Prepara al paciente para la cirugía, esto lo realiza el anestesiólogo y enfermería.
3. Realizar un protocolo operatorio en el sistema AS - 400³ de acuerdo a lo que el médico de consulta externa solicitó que consiste en una nota operativa sin un formato determinado en donde se detalla lo que se realizó, el tiempo de cirugía, las personas que participaron y el médico que lo realizó.
4. Manejar datos estadísticos de las cirugías y procedimientos realizados a los pacientes, con procedimientos con anestesia local o general dependiendo el caso.
5. Documentar y reportar todo lo realizado en la cirugía con el fin de obtener el presupuesto en base a lo gastado en la cirugía del paciente.
6. Dar parte al área de mantenimiento a través de una orden cuando el daño es a nivel de infraestructura
7. Emitir órdenes de trabajo a mantenimiento para reparaciones de equipos médicos.
8. Evaluar el desempeño del personal del área, esta información es solicitada y reportada a Talento Humano.
9. Formular las requisiciones para dotación del área, para programación del PAC (Plan Anual de Contrataciones) para su gestión en el área de Compras.

1.10 Distribución de espacios Físicos del área Quirófano

La zona negra Es la primera zona de limitación y funciona como zona de protección; incluye oficinas, baños, admisión quirúrgica y vestidores. En esta zona puede transitar el personal autorizado, debidamente con atuendos quirúrgicos propios del área de quirófano.

En la zona gris En esta zona se encuentran el área de lavado quirúrgico, la central de equipos, cuarto de anestesia, sala de recuperación, cuarto de rayos X y también

³ Sistema AS400: Es un ordenador fabricado por IBM AS significa Aplicación Sever o servidor de aplicaciones. Es un sistema informático multiusuario muy usado en informática de gestión.

cuarto séptico. Además debe comunicar con el laboratorio de análisis clínicos, banco de sangre y con el servicio de anatomía patológica.

Debe ser una área limpia el personal del área de quirófano debe tener el uniforme quirúrgico completo con pijama de algodón, cubre bocas, cubre pelos, y botas.

La zona blanca es el área de mayor restricción, comprende la sala de operaciones local donde se lleva a cabo la intervención quirúrgica. Debe tener un área de 36 metros cuadrados y cerca de 3 metros de altura. Las puertas serán de tipo volandero para evitar toda corriente de aire. Las paredes deben ser impermeables, de fácil limpieza, sin brillo y sin colores fatigantes a la vista del cirujano. El aire debe estar en concentraciones bajas de partículas y bacterias y es necesario que se mantenga una temperatura ambiente. La iluminación debe ser flexible y ajustable para que no canse la vista del personal.

1.11 CLIENTES

Es la persona u organización que aprueba al producto o servicio y lo retribuye a partir de un pago, en donde la persona u organización accede a este servicio o producto de forma reiterada.

En las organizaciones del sector público los clientes no pagan por el servicio, en este caso en el hospital JCA el afiliado paga el aporte personal y se beneficia con una atención oportuna.

La calidad en el servicio se fundamenta esencialmente al proceso cliente que es el factor principal para una atención oportuna para la satisfacción del paciente /usuario del Hospital José Carrasco Arteaga, lo cual se va a conocer como cliente interno y el cliente externo dando a conocer la gran importancia al análisis de los procesos.

Clientes Internos.-

Los clientes internos en el caso del HJCA son muy importantes ya que son los que trabajan día a día en la mejora de la eficacia del sistema de gestión de calidad y sus procesos, el personal que labora en el hospital José Carrasco Arteaga es parte de la mejora del producto porque son los autores principales de brindar un buen servicio personalizado en relación con los requerimientos y necesidades del paciente/usuario. Para lograr que el cliente interno mantenga un buen ambiente laboral es necesario identificar los procesos, traduciendo las necesidades, e identificar el proceso de mejora continua.

Clientes Externos.-

Los clientes externos en caso del hospital José Carrasco Arteaga son todos los afiliados que acuden a recibir el servicio que provienen de la zona 6 que está en Cañar, Azuay, Morona Santiago.

1.12 PROCESO QUIRÓFANO GENERAL

El documento Diagrama de Flujo que se encuentra adjunto (según Anexo 1), explica la secuencia de actividades que están mutuamente relacionadas y que permiten evidenciar las actividades descritas en estos procesos, esto ayudara a brindar una mejor secuencia en el proceso Quirófono General garantizando al paciente/usuario una atención que satisfaga sus requerimientos, con este antecedente se describe el Diagrama de Flujo iniciando desde el momento que el paciente ingresa a ser hospitalizado para preparación de la cirugía hasta cuando al paciente se le dé el alta.

1.13 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción

El Sistema de Gestión de Calidad en base a la NORMA ISO9001:2008 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, como un conjunto de actividades mutuamente relacionadas y que interactúan, transformando las salidas en entradas,

las mismas que están coordinadas y que se llevan a cabo para mejorar la eficacia del sistema de gestión, lograr la calidad del servicio prestado hacia los pacientes / usuarios; mediante el cumplimiento de sus requisitos y aplicando la metodología del ciclo de Deming (PHVA) para la mejora continua, es decir, planificar, hacer, verificar y actuar para el logro de resultados deseados por la Institución.

El Hospital “José Carrasco Arteaga” (IESS) se ha planteado como objetivo implementar y certificar el Sistema de Gestión de Calidad bajo la NORMA ISO 9001:2008 para generar una cultura de calidad que promueve el cumplimiento de los requisitos para la satisfacción del paciente / usuario y con ello la mejora continua del sistema, viéndose reflejada dentro de la organización en los diferentes procesos.

Mediante el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión Calidad y Seguridad y Salud Ocupacional el propósito del HJCA es brindar un servicio que cumpla con las necesidades tanto de los usuarios internos como externos, para ello se brindará apoyo en la mejora continua del SGC lo que permitirá mejorar la gestión de los procesos y con ello crear una cultura de mejoramiento en búsqueda de la eficacia, considerando que la meta actual del HJCA es obtener la certificación de calidad ISO9001.

Antecedentes del Problema

En los últimos años, nuestro país ha tenido primordiales transformaciones en el Sistema de Salud Pública que han involucrado a la calidad de atención a los pacientes, que es un requisito fundamental orientado a otorgar seguridad a los usuarios satisfaciendo sus expectativas por la atención de salud y minimizando los riesgos en la prestación de servicios, motivo por el cual el Hospital “José Carrasco Arteaga” (IESS) de la ciudad de Cuenca ha decidido Implementar un Sistema de Gestión de Calidad e integrar al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional ya certificado.

El Proceso implementado en el área de Quirófano general, debe tomar, acciones que permitan la mejora continua al sistema, con un enfoque basado en procesos, utilizando la metodología PHVA del Ciclo de Deming, satisfaciendo de esta manera las necesidades del paciente / usuario, demostrando su preocupación por la calidad de servicio, reflejándose en el grado de satisfacción por parte del paciente usuario.

El Proceso de Quirófano comprende las actividades que realizan los médicos especialistas, médicos generales, médicos residentes, internos, personal de enfermería, para brindar atención al paciente que, por su estado de salud, el paciente debe ser intervenido quirúrgicamente.

Por lo antes expuesto y debido a que la norma ISO9001:2008 - Sistemas de Gestión de Calidad - Requisitos, fomenta una estructura con enfoque basado en Procesos, se consideró importante realizar aportes al procedimiento de Mejora Continua al Sistema de Gestión de Calidad que ya está Implementado, con el propósito de fomentar una cultura de mejora continua en la unidad de Quirófano del Hospital “José Carrasco Arteaga” (IESS) por lo que se trabajara en las siguientes zonas:

- Recepción de pacientes
- Sala de operaciones
- Zona de esterilización rápida
- Sala de recuperación
- Cuarto para el descanso de cirujanos

Justificación

Este trabajo se ha enfocado en la identificación y Propuesta de Mejora, que consiste en el análisis de la situación del proceso implementado, socialización con el personal y pacientes que están involucrados permitiendo recaudar recomendaciones y observaciones, de esta manera se podrá comparar entre el proceso actual y la propuesta de mejora planteada, dar seguimiento al cumplimiento de las actividades del proceso sugerido, informando al personal involucrado a través de capacitaciones para ejecución del proceso de mejora en las diferentes actividades, verificar la eficacia y obtención de resultados, con el fin de brindar una mejor calidad en el proceso implementado, mediante herramientas que incluyen acciones correctivas, preventivas y el análisis del nivel de satisfacción.

La propuesta de mejora continua requiere de la disponibilidad de Recursos Humanos calificados incluyendo los subprocesos para la capacitación a los funcionarios que colaboran dentro de la institución, incluyendo aquellos que no constan en nómina de personal, sin embargo su participación contribuye a prestar el servicio al paciente, como es el caso de personal de vigilancia y limpieza, en temas relacionados a calidad.

Pregunta de Investigación

Las propuestas de acciones correctivas, preventivas para la Mejora Continua del Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 90001:2008 permite que el Hospital “José Carrasco Arteaga” (IESS) en el Proceso Quirófano general, tenga una mejor cohesión y compromiso con la salud y atención al paciente permitiendo así mejorar su proceso y sub procesos, además que será de gran apoyo para llegar a obtener la Certificación ISO analizando y valorando la realidad del comportamiento de los recursos hospitalarios la utilización adecuada de la infraestructura logros de las estrategias y programas, así como el impacto de las acciones de salud en la población usuaria del HJCA.

CAPÍTULO 2

MARCO CONCEPTUAL DE LAS NORMAS DE CALIDAD DEL MEJORMIENTO CONTINUO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN LOS PROCESOS

2.1 CALIDAD

Cuando se habla de calidad se refiere a la satisfacción de las expectativas del cliente del conjunto de características del producto o servicio brindado, de acuerdo a los requerimientos del cliente.

Se debe:

- ✓ Cumplir las expectativas de los clientes y crear muchas más.
- ✓ Descubrir nuevas necesidades del cliente.
- ✓ Diseñar el producto o servicio de calidad para satisfacer los requisitos del cliente.
- ✓ Producir y entregar el producto o servicio de acuerdo a normas y estándares establecidos.

2.1.1 Norma ISO 9000

Hace referencia a fundamentos de sistemas de gestión de la calidad y especificado la terminología para los sistemas de gestión de la calidad, que involucrando todo el proceso de producción, que alcanza una organización enfocándose en dar confianza

al cliente buscando acciones correctivas y preventivas, para así llegar a ofrecer un producto o servicio óptimo para el mercado.

Las organizaciones o empresas que tienen como meta alcanzar niveles de calidad en sus servicios hacia los usuarios, toman en consideración el implementar los requisitos de la norma ISO 9000, las cuales una vez que han sido aplicadas en sus diferentes etapas, darán resultados satisfactorios al finalizar el período de tiempo establecido para evaluar la práctica administrativa.

De acuerdo con Rincón (2012) son tres los motivos que llevan a los administradores empresariales a la aplicación de la normativa ISO 9000:

- a. Por exigencia del cliente
- b. Para obtener ventajas competitivas
- c. Mejorar la operación interna.

Aunque en la realidad empresarial y organizacional, suelen primar las dos primeras motivaciones, son raras aquellas empresas que sienten la responsabilidad de llevar a cabo procesos de cambio en búsqueda de mejorar su propia organización interna con el objetivo de prestar un mejor servicio al usuario externo a través de la calidad en las operaciones internas.

Por ello, y en miras de obtener una implementación exitosa del sistema ISO 9000-2000, se han dado directrices, que guían el éxito del programa:

- ✓ Desde los altos niveles ejecutivos, comprometerse con los requerimientos del sistema.
- ✓ Plantear objetivos y metas a largo plazo de acuerdo a los objetivos y metas de la organización.
- ✓ Planear y organizar el uso de los recursos, efectividad de los procesos y la satisfacción del empleado.
- ✓ En cuanto a los recursos, utilizar aquellos que ya se encuentran disponibles y a la mano, dándoles un uso apropiado y al máximo de su rendimiento.

- ✓ Promover la redacción de una bitácora del proceso que se está implementando, con sus ventajas y desventajas, para que sirva en el futuro de referencia para analizar la eficacia y efectividad del sistema.
- ✓ Realizar evaluaciones que permitan verificar el avance positivo del proceso, para que en caso de ser negativos los resultados, se puedan ajustar los planes inicialmente aceptados.
- ✓ Una parte fundamental es involucrar a los empleados como un recurso vital para la organización y la consecución de las metas y objetivos propuestos.

De acuerdo con Rincón (2012), se deben tomar en consideración algunas actividades que servirán para direccionar el proceso de implementación hacia el éxito:

- **Capacitación y educación:** Sobre todo dirigido a los empleados, ya que la organización debe dar a su recurso principal, la suficiencia capacitación para desarrollar sus potencialidades y habilidades, destinadas a contribuir con la obtención de los resultados positivos para la empresa. El cumplir con este requisito de la Norma permite a la organización garantizar el producto / servicio brindado con personal competente y formado.
- **Equilibrar la documentación y las habilidades.** Adecuar el equilibrio entre conocimientos, experiencias y habilidades de los empleados con la documentación.
- **Estrategia de comunicación.** Se debe elaborar y establecer a todo nivel un programa de comunicación acerca del proceso de implementación.
- **Revaluación de la estrategia de implementación.** La implementación de un sistema de gestión de calidad permite prevenir posibles errores generados por falta de control o supervisión durante la elaboración del producto o prestación del servicio y posterior a ello su entrega autorizada.

El modelo de implementación de acuerdo a la Norma ISO 9001, se fundamenta en las siguientes etapas:

Etapa 1: Lograr el compromiso

Identificando y ordenando las prioridades de la dirección y la organización.

Designar el líder para llevar a cabo la implementación del modelo, tomando en consideración sus dotes no sólo de liderazgo, sino también en la dirección de la empresa.

Determinar dentro que áreas se va a implementar el sistema, para obtener resultados positivos y así poder dar la confianza de sus ventajas en todo el sistema organizacional.

Redactar en forma continua informes que permitan conocer los avances y beneficios obtenidos con la implementación del sistema.

Etapa 2: Planeación y organización

Evaluando la situación actual de la organización, definiendo las políticas actuales y futuras de calidad para alcanzar el éxito en la certificación.

Determinar la estructura de la administración de la empresa, para que cada una de ellas cumpla una función específica dentro del proceso de implementación del sistema.

Elaborar un plan del proyecto.

Determinar las directrices que guiarán el sistema de calidad.

Etapa 3: Definición y análisis de los procesos

En esta fase se realiza un diagnóstico de los objetivos cuya finalidad es trabajar en equipo como herramienta de trabajo que involucra al personal de la organización para obtener lluvia de ideas a través de entrevistas individuales para obtener opiniones e información confiable avalada por la experiencia de Directores, Jefes, Técnicos, Obreros que darán a conocer el funcionamiento de la entidad para así dar

a conocer los métodos de trabajo para la metodología del diagnóstico para dar seguimiento a los requisitos de la norma en las áreas de la organización.

Se toma en cuenta los siguientes puntos:

Definir los procesos del negocio.- Grupo de actividades y tareas relacionadas que persiguen cubrir las necesidades de los clientes

Identificar las interfaces del proceso.- Cuando se conectan muchas entradas y salidas en el proceso para identificar se debe recolectar información a través de entrevistas, encuestas y mapeos para encontrar el problema en el proceso y encontrar una solución.

Medir el desempeño del proceso.- El desempeño de los procesos se mide a través de indicadores que refleja información cuantitativa respecto al logro o resultado en la entrega de productos bienes o servicios.

Modificar los procesos.- Hay que evaluar constantemente los procesos para modificar si se encuentra alguna falla o cuello de botella en cualquier proceso, tomando en cuenta algunas sugerencias y recomendaciones del personal involucrado en el proceso.

Etapa 4: Elaboración de los planes de calidad

Es un documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.

Se determinan los siguientes puntos:

- Determinar el trabajo necesario

- Identificar los requisitos de calidad
- Transformar los requisitos en factores por controlar
- Seleccionar límites de control
- Establecer mediciones y métodos de control
- Documentar los planes de calidad

Etapa 5: Diseño de los elementos del sistema de calidad

En esta etapa es necesario seguir un cumplimiento sistemático de los requerimientos o estándares que se establecen para realizar un producto destinado a brindar un servicio de tal manera que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes o usuarios a través del comportamiento del trabajador generando una serie de supuestos acerca de lo importante que es el trabajo teniendo como fundamento una serie de normas y procedimientos administrativos encaminadas a lograr una mejora constante en los productos y servicios que genera una empresa, estos elementos son Estructura Organizacional, planificación, recursos, procesos y procedimientos.

Para diseñar los elementos se debe:

- Establecer equipos por elementos
- Realizar un análisis a fondo de las discrepancias
- Afinar las prioridades
- Elaboración del plan de acción
- Diseñar la documentación
- Validar el diseño global del elemento

Etapa 6: Documentación de los elementos del sistema de calidad

- Revisión de las directrices del sistema de calidad
- Elaboración o afinación de la documentación
- Prueba de la documentación
- Realizar auditorías de adecuación
- Aprobación de la documentación

- Elaboración del manual de calidad

Etapa 7: Implementación de los elementos del sistema de calidad

Afinar la estrategia de implementación

Asegurar que se tienen las destrezas

Poner en práctica los procedimientos

Realizar auditorías de cumplimiento

Dar seguimiento al desempeño

Etapa 8: Validación de la implementación

Planificar la evaluación de todo el sistema

Realizar la evaluación

Resolver las no conformidades

Etapa 9: Aseguramiento del sistema de calidad

Adecuación sistemática del sistema de calidad con objetivos del negocio y la satisfacción del cliente.

Enfocados en la atención médica, los estándares de acreditación son generalmente considerados como óptimos y alcanzables. La acreditación bajo la normativa ISO 9000 proporciona un compromiso visible, por parte de la organización, de mejorar la seguridad y la calidad de la atención médica y de asegurar un entorno de atención segura y de trabajo permanente para la disminución de riesgos, tanto para los pacientes como para el personal.

2.1.2 Norma ISO 9001-2008 Mejoramiento Continuo

La Norma ISO 9001 define los requisitos de los sistemas de gestión de la calidad aplicados a las organizaciones para demostrar la capacidad de elaborar proporcionar productos y servicios que cumplan los requisitos reglamentarios que le sean de aplicación, cuyo objetivo es aumentar la satisfacción del cliente

Según (NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC-ISO 9001 (Tercera Actualización), 2013) Especifica:

“Los Requisitos para un sistema de gestión de calidad que puede utilizarse a su aplicación interna con las organizaciones, para certificación o con fines contractuales. Se centra en la eficacia del sistema de Gestión de Calidad para satisfacer los requisitos del cliente”

Requisitos de la Norma:

- Determinar los procesos y secuencia para el sistema de gestión de calidad.
- Determinar criterio y métodos necesarios para que los procesos sean eficaces.
- Disponibilidad de recursos e información para una buena operación y seguimiento de procesos.
- Realizar seguimiento y medición para análisis de procesos
- Implementar acciones necesarias para alcanzar resultados planificados.

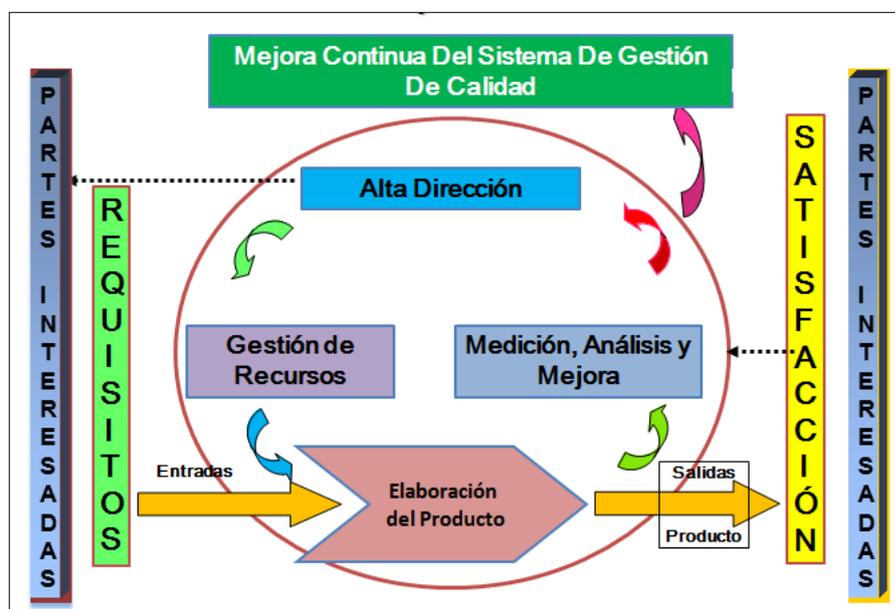


Gráfico 2.1. Mejora Continua del Sistema de Gestión De La Calidad.
Fuente: (Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001-2008 tercera actualización)

Se basa de acuerdo a las expectativas del cliente como requisitos de entrada, dándolas seguimiento con la finalidad de satisfacer sus necesidades, de acuerdo a la percepción del cliente para evaluar, dar seguimiento y obtener resultados de la mejora.

2.1.3 Importancia del Mejoramiento Continuo

De acuerdo a la propuesta de Chiavenato sobre la búsqueda de la calidad y mejoramiento continuo “La globalización, el rápido desarrollo de la tecnología de la información, la competencia desenfrenada, la necesidad de reducir costos, el énfasis en el cliente, la calidad total y la necesidad de competitividad constituyen poderosos efectos que el área no puede ignorar.” (2002)

Por ello es importante que las empresas o instituciones, no se queden estancadas en su pasado o presente, sino que avancen hacia el futuro, con la firme idea de mejorar, no sólo para brindar un buen servicio en una actividad específica, sino también en todas sus áreas, entre las que por lógica están el talento humano.

Dice Chiavenato (2002) “una empresa no se cambia solo con el aporte de las nuevas tecnologías, cambiando sus equipos o generando de nuevo procesos internos y desarrollando nuevos productos y servicios. Esto es consecuencia y no causa del cambio.”

El avance hacia un mejoramiento continuo debe ser una meta imprescindible, en el que debe primar el cumplimiento a través de los recursos disponibles de la misión, visión y objetivos de la organización, determinando en qué forma se gestionarán para ser conseguidos, aunados en un solo conjunto con los valores y principios de la empresa, fomentando la cultura del compromiso y motivación en el personal, para volverlas competitivas y sujetos activos dentro del proceso para obtener niveles altos de calidad.

2.1.4 El mejoramiento en los Procesos

Evaluar

De acuerdo con Ramos (et, 2004) "la evaluación del proceso significa comparar las características de calidad o expectativas, con lo que el proceso es capaz de hacer".

Estos resultados serán de gran ayuda para medir el nivel de cambios alcanzados dentro de la organización y el grado de satisfacción del consumidor por el servicio recibido.

Hay que considerar que la satisfacción del cliente, usuario o consumidor, es el elemento base para medir la calidad del producto o servicio.

La evaluación dentro del sector de la salud, no sólo abarca la educación médica, pertinencia o excelencia académica, sino también aspectos como es la evaluación de las capacidades de atención sanitarias, procesos administrativos, de la competencia y desempeño profesional.

Analizar

El análisis del mejoramiento de los procesos de calidad, tienen como objetivo verificar la viabilidad de las metas y objetivos planteados:

- Examinar planes, acciones y logros.
- Comprobar e interpretar los logros de un programa o tarea.
- Perfeccionar un programa o curso de acción.
- Guiar el aprendizaje continuo del profesional.
- Mejorar los procesos asistenciales.
- Establecer procesos de certificación.
- Obtener información válida para tomar mejores decisiones. (Borroto y Salas, 1999)

Mejorar

El entrenamiento en calidad y productividad es intensivo, obligatorio y cíclico. La calidad es reconocida y premiada. Los círculos de calidad, los grupos multitareas, los equipos autónomos, las células de producción, los equipos y comités son ampliamente estimulados por las empresas. El trabajo confinado y aislado cedió lugar al trabajo en equipo como medio de interacción social, y el diseño de cargos y tareas utiliza intensamente las llamadas dimensiones de motivación. La satisfacción del cliente cede lugar al esfuerzo impecable de atraer al cliente y sobrepasar sus expectativas. La búsqueda de la excelencia es la norma.

2.1.5 Ciclo de Deming

El principio “Sistema enfocado hacia la Gestión está muy relacionado con el Enfoque a los procesos, por que plantea el ciclo de mejora continua de los procesos PDCA o PHVA que significa "Planificar-Hacer- Verificar-Actuar" desarrollado por W. Shewarth (1920) y conocido gracias a W. Edwards Deming por su difusión, es por ese motivo que es conocido como el Ciclo DEMING.” (García, Quispe y Ráez, 2014)

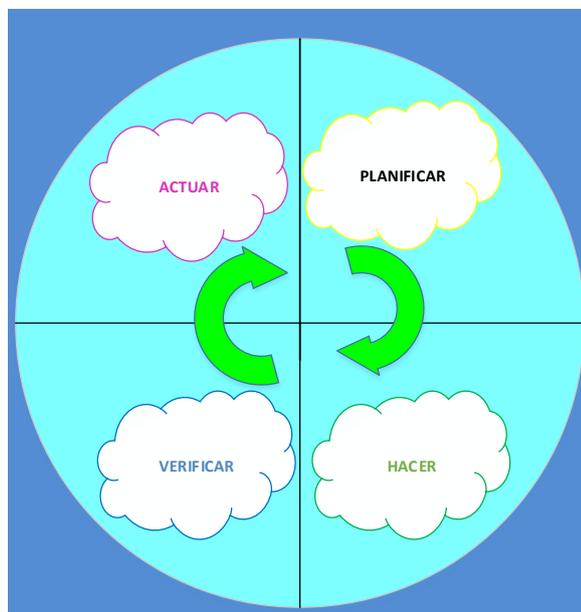


Gráfico 2.2. Ciclo de Deming.
Fuente: García, Quispe y Ráez (2014).

Un sistema de gestión de la calidad está compuesto por todos los Procesos que se interrelacionan entre sí. Estos procesos del sistema de gestión de la calidad

comprenden los procesos que por Metodología GPR (Gobierno por Resultados), para el caso en cuestión, se denominan Procesos Gobernantes, Sustantivos y Adjetivos, especificados en el Mapa de Procesos del Hospital José Carrasco Arteaga. Los Procesos siempre están interrelacionados los unos con los otros, es decir, la salida de un Proceso es la entrada de un siguiente Proceso.

En el Hospital JCA, las interacciones entre Procesos se describen en la Matriz de Interacción de Procesos y Caracterización de Procesos, documentos que se encuentran controlados por el SGC, interacciones las cuales reflejan un flujo tanto de comunicación como documental, se puede distinguir a los clientes internos y clientes externos. El ciclo Deming, como ya se ha especificado, se aplica en cada Proceso con el propósito de generar la cultura de la mejora en la gestión que se evidenciará en los resultados obtenidos que posterior a su aplicación son analizados.

Planificar

En la planificación se buscan actividades que sean necesarias mejorar para establecer los objetivos proyectados a alcanzar.

Para buscar posibles mejoras se recomienda realizar grupos de trabajo, escuchar las opiniones de los colaboradores, buscar nuevas TICs.

Para tener éxito en la planificación es necesario:

- Involucrar a la gente correcta
- Recopilar los datos disponibles
- Comprender las necesidades de los clientes
- Estudiar exhaustivamente el/los procesos involucrados
- ¿Es el proceso capaz de cumplir las necesidades?
- Desarrollar el plan/entrenar al personal

Hacer

Es la fase de ejecución donde los procesos son puestos en práctica, incluida la capacitación para garantizar su mejora, para ello es necesaria una planificación que guiará las actividades de cada área y así asegurar que se cumplan todas las metas.

Verificar

En esta fase se verifica que los procedimientos sean entendidos e implementados en su totalidad.

En este punto es donde se identifica cuáles son los parámetros a mejorar o corregir esto se puede realizar de forma continua o por niveles de supervisión de la calidad y la productividad.

Actuar

Es necesario estudiar los resultados y compararlos con el funcionamiento de las actividades antes de haber sido implantada la mejora.

Si los resultados son satisfactorios se implantará la mejora de forma definitiva, caso contrario será necesario realizar cambios para ajustar los resultados o desechar la mejora.

En resumen es necesario:

- Incorporar la mejora al proceso
- Comunicar la mejora a todos los integrantes de la empresa
- Identificar nuevos proyectos/problemas

2.1.6 Herramientas de Mejora Continua

Las herramientas de mejora sirven para encontrar puntos débiles en los procesos para análisis

Diagrama Causa – Efecto

De gran utilidad para mostrar la relación que existe entre un determinado efecto y sus causas, durante la aplicación de esta herramienta, se plantean un análisis de las 5MS que se ven intervenidas dentro de la problemática, descritas como:

- mano de obra
- materiales
- método
- medio ambiente
- maquinaria

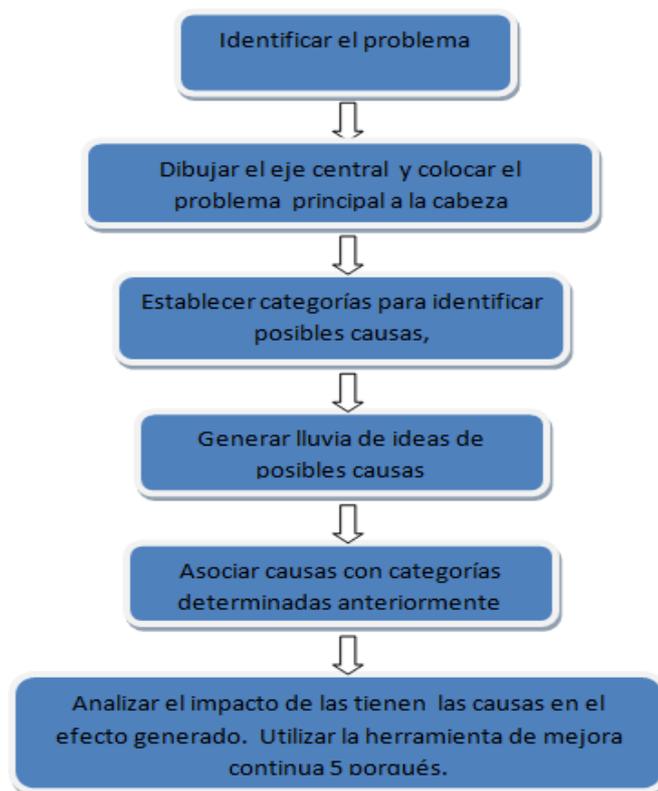


Gráfico 2.3. Pasos para Determinar el Diagrama de Ishikawa.

Fuente: Autora

El gráfico 2.3. Se muestra una serie de pasos que se deben seguir para estructurar un diagrama Ishikawa permitiendo identificar las causas y efectos que se generaran en una problemática a evaluar.

Tomando en consideración dentro del diagrama aspectos tan importantes como:

- Nivel de especialización profesional.
- Recursos
- Riesgo para el paciente
- Satisfacción del paciente
- Efectos en la salud del paciente

Además, se han de considerar aspectos inherentes al cumplimiento de las normas técnicas dentro del sector de la salud. Una vez que se han obtenido resultados e información de estas estrategias de verificación del mejoramiento continuo, es importante continuar con la retroalimentación sobre los principales aspectos de la satisfacción o insatisfacción del cliente y del servicio.

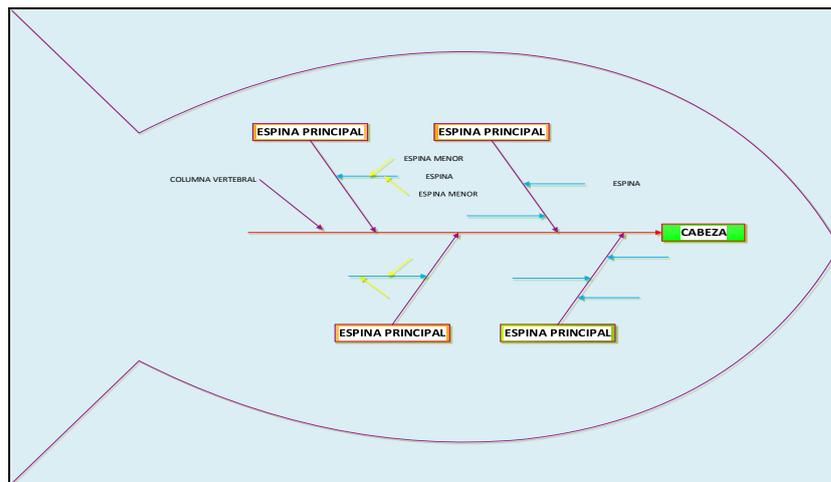


Gráfico 2.4. Diagrama de Ishiawa.
Fuente: Autora

Diagrama de los 5 Porqués

Es una técnica que se utiliza para analizar los problemas que generan las causas que originan las no conformidades de un proceso de calidad, preguntando el porqué varias veces hasta encontrar la causa Raíz.

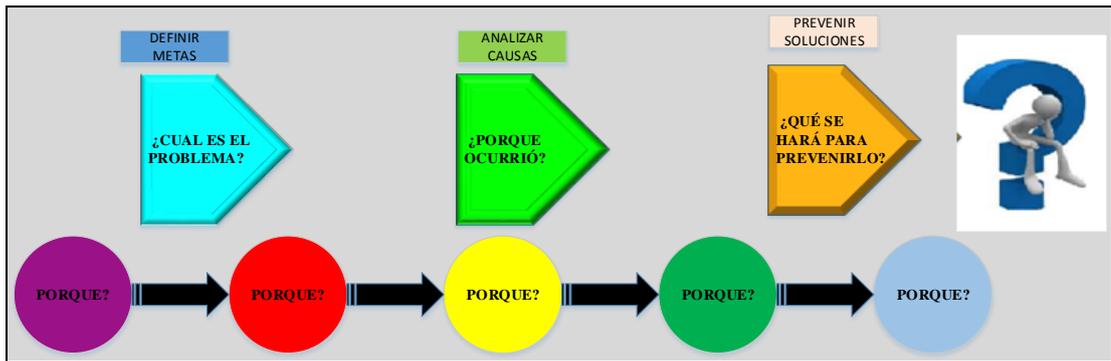


Gráfico 2.5. Diagrama de los Cinco Porqués.
Fuente: Autora

El gráfico 2.5 muestra una serie de pasos que se deben seguir para estructurar un diagrama de los 5 porqués. Se recomienda su uso porque además permite hacer un análisis para determinar la causa raíz pregunta el porqué se generó dicha causa, lo cual permite focalizar la atención en dichas causas para generar soluciones al mismo.

2.1.7 Ventajas del Mejoramiento Continuo

Deming (Gutiérrez, 2004) plantea las siguientes ventajas:

- Si hay reducción de costos y se aplican procesos para el mejoramiento de la calidad, los resultados se traducen en una mayor productividad.
- Si hay mayor productividad, la empresa captura mayor atención en el mercado, derivando en el aumento de los clientes.

Gutiérrez (2004) también opina sobre una ventaja importantísima:

- La calidad y mejora continua como una estrategia de competitividad de las organizaciones o empresas, sobre todo en aspectos que resaltan al cliente: calidad, precio y confiabilidad.
- El mejoramiento continuo se traduce también como el punto de partida de la dirección para elaborar la planeación estratégica en la que se toma como parte fundamental las necesidades y requerimientos del consumidor y la calidad del producto que se está ofertando en relación con los de nuestros competidores.

Juran (Gutiérrez, 2004) complementa la idea de Deming en cuanto a la reducción de costos:

- Al reducir costos de producción que pueden ser suprimibles y se invierten en el mejoramiento de la calidad, se obtendrían resultados sustanciales en mejoramiento.

2.1.8 Desventajas al generar una cultura de mejoramiento continuo

- La necesidad de capacitación a los nuevos profesionales sobre lo que es mejoramiento de calidad continuo, para que desarrollen capacidades y habilidades estadísticas, administrativas, de fijación de estándares y control de calidad, para que aporten con nuevas ideas, proyectos para mejorar el proceso, debido a que el mismo implica altos costos por capacitación a personal de las instituciones / empresas que se comprometen con un Sistema de Gestión de Calidad.

Crosby (Gutiérrez, 2004) también señala otro punto desfavorable:

- La falta de exigencia por parte de la administración a sus trabajadores de perfección y calidad en el servicio, evidente indisposición de ambas partes para lograr un verdadero mejoramiento de calidad.

Finalmente Gutiérrez (2004) pone en evidencia una desventaja que suele ser la que más incide en las organizaciones:

- Falta de compromiso por parte de las organizaciones y empresas para asumir cambios profundos en la estructura organizacional y administrativa, para llegar a un proceso de mejoramiento en la calidad del servicio.

De la revisión que se ha hecho, hemos podido apreciar que el mejoramiento continuo de la calidad, favorece sustancialmente tanto en el desarrollo como desempeño de la organización, sin embargo, durante la etapa de fomentar esta cultura dentro de la organización nos encontramos con inconvenientes en la marcha, como los descritos anteriormente.

Generalidades:

Un mejoramiento continuo se basa esencialmente en el esfuerzo en ámbitos organización en términos puntuales, consiguiendo mejorar en el corto plazo con resultados visibles que identificando los beneficios, reduciendo costos e incrementando la productividad y dirigiendo a la organización a la competitividad.

2.2 Sistema de Gestión de Calidad

Un Sistema de Gestión de Calidad, contribuye a que la organización pueda establecer planificada mente como utilizar métodos y recursos, atribuyendo responsabilidades y gestionando actividades con el único fin de obtener resultados positivos a los objetivos y metas planteados por la dirección de la empresa.

2.2.1 Principios de SGC

Enfoque al cliente: Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

- Liderazgo: Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

- Participación del personal: El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- Enfoque basado en procesos: Un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- Enfoque de sistema para la gestión: Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

CAPÍTULO 3

EVALUACIÓN DE MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LA NORMA ISO 9001:2008 AL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL

En este capítulo se analizará la situación actual y la propuesta de mejora en el proceso Quirófano General.

Según (Organización Mundial de la Salud) Propone un concepto para los grupos involucrados en calidad de servicio en la salud.

“La calidad en la atención en salud consiste en la apropiada ejecución de acuerdo a estándares de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición”

3.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD APLICADO AL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL.

3.1.1 Evaluación según Normas Internacionales y Nacionales usadas en el Proceso Quirófono del Hospital.

Según Las Normas Mínimas para el ejercicio de anestesiología latinoamericana 2009, comité de Seguridad CLASA. (Anestesiología, 2009) (Ver Anexo 2) Establece que:

“Es altamente deseable que los departamentos, servicios, grupos e inclusive anestesiólogos individuales registren los datos básicos de sus actos anestésicos para poder evaluar la seguridad, eficiencia, efectividad y eficacia de los servicios prestados. “

Deben identificarse y registrarse los eventos adversos relacionados al ejercicio anestesiológico.

Deben concebirse estrategias para analizar los eventos adversos y diseñarse iniciativas para minimizarlos”

Consulta Pre anestésica

El anestesiólogo debe aplicar la consulta Pre anestésica a todo paciente con la finalidad de valorarlo según lo que establece la Asociación Americana de Anestesiología ASA (Ver anexo 3 extracto) según sus siglas en inglés, y los modelos del manejo que se considere apropiado.

- Antecedentes del paciente,
- Estado clínico,
- Revisión de Exámenes Paraclínicos,

- Solicitud de nuevos exámenes o recomendaciones de otros especialistas en caso de ser necesario.
- Antes de la cirugía el anestesiólogo debe revisar que la información es completa.
- Se debe informar al paciente y familiares del riesgo que puede producirse al suministrar la anestesia y proceder a la aprobación del consentimiento informado.

Lista de Chequeo

El anestesiólogo debe realizar una lista de chequeo recomendada por la OMS (ver anexo 4) Para controlar y verificar la seguridad quirúrgica.

El anestesiólogo debe verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación preanestésica del paciente, con todos los exámenes requeridos y verificar el consentimiento informado, debe conocer las necesidades de del paciente según el procedimiento a realizarse.

- Verificar la Máquina de Anestesia
- Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar
- Buen funcionamiento del dispositivo para administración de oxígeno de flujo rápido.
- Buen estado de fluxómetros, vaporizadores, circuito, válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión
- Buen funcionamiento del ventilador
- Vía venosa.
- Se deben conocer las necesidades de posicionamiento del paciente durante el procedimiento

- Deben disponerse de los elementos para proteger al paciente en los puntos de presión y en las posiciones.

Todos estos parámetros se deben registrar y verificar para garantizar la seguridad quirúrgica de paciente.

Registro anestésico Intraoperatorio.

Según la norma CLASA (Ver anexo 2) se debe tener un registro detallado y valoración anestésica, es fundamental verificar los siguientes puntos:

- Materiales, Medicamentos y Equipo (ver anexo 4 lista mínima).
- Hipertermia maligna.
- Registro Anestésico.
- Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento.
- Anestésico.
- Monitoreo del paciente.
- Drogas administradas.
- Líquidos administrados.
- Técnica empleada.
- Estado del paciente al final del acto anestésico.
- Monitoreo Básico Intraoperatorio.
- Estrategias para el control del dolor postoperatorio.

La norma CLASA establece que:

“Siempre debe haber un médico anesthesiologo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía. En el quirófano

debe haber personal entrenado para colaborar en el monitoreo y en la ejecución del acto anestésico.”

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública en su estatuto Orgánico De Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales capítulo 2 (Ver anexo 5) establece atribuciones y responsabilidades para el proceso de Gestión de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas donde establece que es necesario:

“[...]

b. Coordinar la atención integral a los procesos que estén a su cargo sustentados en medicina basada en evidencia, guías de práctica clínica y protocolos de atención que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizado por el MSP;

c. Conocer el estado de los pacientes atendidos en su ámbito de acción y asegurar que se facilite oportunamente la información a pacientes y familiares;

[..]

i. Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción;

[...]”

Productos y Servicios

a. Evaluación y clasificación de pacientes.

b. Diagnóstico y tratamiento del paciente registrado en el expediente único de su Historial clínica;

c. Atención integral a los procesos clínicos sustentada en Medicina Basada en evidencia, guías de práctica clínica y protocolos de atención que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipologías de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP.

[...]

k. desarrollo de información, elaboración y requerimiento del consentimiento informado de cada paciente.

[..].

Para el proceso de gestión de enfermería el MSP establece:

“[..]

f. Planificar, organizar y mantener un registro de actividades realizadas en su ámbito de acción.

[..]

i. Velar en coordinación con la Unidad de Calidad, por el cumplimiento de procedimientos de limpieza desinfección y esterilización de los espacios y materiales clínicos sanitarios;

[..]”

Productos:

“[..]

g. Informe del cumplimiento del plan de contingencia y procedimientos de limpieza desinfección y esterilización de los materiales clínicos sanitarios;

[..]”

3.2 DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL AREA DE QUIROFANO

El Hospital JCA es una unidad en la que se realizan cirugías de mediana y baja complejidad donde se cuenta con equipos altamente especializados para la ejecución de cirugías y administración de anestésicos, instrumental, y abastecidos con un stock

de fármacos e insumos; es importante recalcar el nivel profesional en diferentes las especialidades que posee el hospital.

Debido a la alta demanda de atención que tiene el HJCA⁴, se genera dificultad al momento de enlace con las demás áreas como rayos x, laboratorio, etc., lo que retrasa la oportuna entrega de resultados.

Para plantear actividades de mejora continua, es necesario conocer la situación en la que se encuentra el área de interés. Para el caso, el área a intervenir corresponde al Proceso Quirófano del hospital JCA, que comprende estructuralmente 9 quirófanos.

En la tabla 3.1. Se describen las actividades que se realizan dentro del proceso mencionado, en el cual, como procesos intervienen: Paciente/Usuario, Consulta Externa, Auxiliares de Diagnóstico, Planificación de Cirugías, Atención al Paciente Hospitalizado y Quirófano.

En el anexo 1 se detalla el Diagrama de Flujo correspondiente al Proceso Quirófano.

⁴ Hospital José Carrasco Arteaga

CONTROLES		
*Registro Preanestésico		
* Registro Trans-Anestésico		
QUIROFANO		
ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS
Dirección Médica *Comunicación de quejas, sugerencias *Emisión de memos y/o estudios de caso * Notificación de novedades y toma de decisiones	1. El paciente/usuario llama al sistema de agenda miento ARIESS y se le asigna el turno para atención con un médico general. 2. El paciente llega a la consulta y es diagnosticado, en caso de requerirlo es referido a un médico especialista. 3. El especialista le da una orden para exámenes complementarios. 4. En base a los exámenes complementarios, el médico especialista valora y diagnostica al paciente indicando el procedimiento para la intervención a realizarse.	Dirección Médica *Ideas de nuevos proyectos * Informes y reportes del área *Solicitud de Aprobaciones *Comunicación de quejas, sugerencias *Pedido de emisión de memos y/o estudios de
Planificación y Gestión *Acciones correctivas, preventivas. *Indicadores y metas *Ideas de nuevos proyectos *Registro de quejas	5. El médico especialista planifica la fecha de la cirugía. 6. Un día antes a la fecha asignada el paciente llega y comunica en estadística sobre la cirugía planificada. 7. El médico genera el parte operatorio. 8. Con el parte operatorio se le asigna hora y quirófano para la intervención quirúrgica. 9. El paciente regresa a estadística, para recibir la orden de ingreso. 10. Se le realiza una consulta pre anestésica (llenar el registro preanestésico ver anexo 6)	Planificación y Gestión *No conformidades y Observaciones *Plan Estratégico * Informes y avances de proyectos * Informes a los procesos responsables de quejas, reclamos y sugerencias
Servicio al Cliente Admisión * Ingreso de pacientes al sistema * Envío del paciente * Información al paciente *Realización de ficha con la respectiva Historia Clínica * Ficha de Ingreso de Hospitalización * Carnet de Nacimiento * Llamada para solicitar asignación de medias pensiones y pensiones * Adecuación de unidad	11. El paciente es hospitalizado previo a la cirugía. Al paciente se le traslada a enfermería, para la hospitalización. 12. Luego del ingreso del paciente-usuario, se pide al área de quirófano la programación quirúrgica. 13. El día de la cirugía, las enfermeras en piso le preparan al paciente. 14. El paciente es trasladado al área de quirófano el mismo que se encuentra equipado acorde a las necesidades de la cirugía. 15. En el área gris se hace una revaloración para verificar si el paciente que vino de piso está bien preparado para la cirugía. 16. En el área blanca se procede a la limpieza del quirófano para recibir al paciente. 17. Una vez en la cama el paciente, se procede a anestesiarlo para su intervención (se llena registro trans-anestésico ver anexo 7). 18. Se procede a la cirugía. 19. Culminada la cirugía se traslada al paciente a la sección post-operatoria.	Servicio al Cliente Atención al Cliente *Quejas y Reclamos de los Pacientes *Información para traslados del Paciente * Solicitud de traslado en ambulancia Admisión * No conformidad de los pacientes * Entrega de Ficha de los paciente que estan con el alta * Quejas, reclamos y sugerencias * Aviso de desinfección requerida en la unidad
Hotelería *Gestión de lencería *Gestión de Mantenimiento Recepción *Fichas *Enviar a través de conserjería insumos y equipos solicitados *Enviar al Personal de conserjería limpieza y mantenimiento cuando lo requieran *Enviar servicio de Hotelería * Enviar correspondencia *Transferencia de llamadas	QUIRÓFANO Salas de Cirugías *Ingreso de pacientes	Hotelería *Solicitud de lencería *Solicitud de mantenimiento Recepción *Solicitud el envío de insumos y equipos médicos *Solicitud de servicios de conserjería, limpieza y mantenimiento *Solicitud servicio de Hotelería *Registro firmado *Solicitud de llamadas QUIRÓFANO Recuperación *Solicitud de traslado en ambulancia
Estudios Diagnósticos QUIRÓFANO Atención de Enfermería (Qx) *Recepción de resultados Salas de Cirugías *Exámenes	19. Culminada la cirugía se traslada al paciente a la sección post-operatoria. Una vez estable el paciente se reenvía nuevamente a hospitalización.	Estudios Diagnósticos *Toma de muestra para patología *Solicitud de Estudio Radiológico *Solicitud de servicio de citodiagnostico y anatomo patologica
Quirófano / Intervención	Quirófano / Intervención	Quirófano / Intervención
Paciente: *Necesidades	Paciente: *Satisfacción de Necesidades Servicio de	Paciente: *Satisfacción de Necesidades Servicio de

Tabla 3.1. Proceso quirófano Hospital JCA
 Fuente: Departamento de planificación y estadísticas

Actividades del Proceso Quirófano

Los siguientes actividades realiza el proceso quirofono general del hospital JCA

1. El paciente/usuario llama al sistema de agenda miento ARIESS y se le asigna el turno para atención con un médico general.
2. El paciente llega a la consulta y es diagnosticado, en caso de requerirlo es referido a un médico especialista.
3. El especialista le da una orden para exámenes complementarios.
4. En base a los exámenes complementarios, el médico especialista valora y diagnostica al paciente indicando el procedimiento para la intervención a realizarse.
5. El médico especialista planifica la fecha de la cirugía.
6. Un día antes a la fecha asignada el paciente llega y comunica en estadística sobre la cirugía planificada.
7. El médico genera el parte operatorio.
8. Con el parte operatorio se le asigna hora y quirófano para la intervención quirúrgica.
9. El paciente regresa a estadística, para recibir la orden de ingreso.
10. Se le realiza una consulta pre anestésica (llenar el registro preanestésico ver anexo 6)
11. El paciente es hospitalizado previo a la cirugía. Al paciente se le traslada a enfermería, para la hospitalización.
12. Luego del ingreso del paciente-usuario, se pide al área de quirófano la programación quirúrgica.
13. El día de la cirugía, las enfermeras en piso le preparan al paciente.
14. El paciente es trasladado al área de quirófano el mismo que se encuentra equipado acorde a las necesidades de la cirugía.
15. En el área gris se hace una revaloración para verificar si el paciente que vino de piso está bien preparado para la cirugía.
16. En el área blanca se procede a la limpieza del quirófano para recibir al paciente.
17. Una vez en la cama el paciente, se procede anestesiarlo para su intervención (se llena registro trans-anestésico ver anexo 7).
18. Se procede a la cirugía.
19. Culminada la cirugía se traslada al paciente a la sección post-operatoria.

Una vez estable el paciente se reenvía nuevamente a hospitalización.

3.2.1 Entrevistas Con El Personal Y Pacientes

Con el objeto de conocer de mejor manera la situación actual del Área de Quirófano y así tener el criterio de mejora y las recomendaciones del personal operativo del área se procedió a realizar entrevistas cualitativas a las personas involucradas en el mismo y así poder decretar las causas y efectos que permitirán determinar las oportunidades de mejora en dicho proceso.

Se procede a levantar información mediante el método de entrevista, al Dr. Juan Diego Araujo Jefe del área de Quirófano a quien se le realizó tres entrevistas y a la Licenciada, Gladys Buenaño Jefa de Enfermería la misma que se entrevistó por una ocasión con el objeto de obtener recomendaciones y así tener un panorama de la situación del quirófano.

A continuación se presentan las siguientes preguntas realizada al Jefe del Área de Quirófano; la entrevista completa se adjunta (Anexo 8).

1. ¿Hay control permanente en los tratamientos médicos?
2. ¿Hay equipos médicos acordes con el nivel de atención del servicio?
3. ¿Hacen uso de los equipos médicos para la prestación del servicio?
4. ¿Cuál es la situación actual del área de quirófano?
5. ¿Poseen algún documento legal firmado por el paciente previa intervención?
6. ¿Posee protocolos estandarizados para el proceso quirúrgico?
7. ¿Posee manuales de procedimientos para el proceso quirúrgico?
8. ¿Existe el personal completamente capacitado para suministro de anestesia y manipulación de los equipos médicos?
9. ¿Existe una completa evaluación en el procedimiento anestésico?
10. Existe algún documento para garantizar la seguridad del paciente al momento de la cirugía del proceso quirúrgico.

Es necesario realizar la entrevista a la jefa de Enfermeras, a continuación muestra las preguntas planteadas, la entrevista completa se adjunta en el (Anexo 9)

1. Existe un manual de procedimientos que identifique un debido control de la limpieza para evitar errores y posibles contaminaciones.
2. De todos los procedimientos que se llevan cual considera usted que es el que más retrasos conllevan.
3. ¿Existe control y disponibilidad de insumos de aseo?

En la siguiente tabla 3.2. Se detalla las respuestas del Jefe del Área de Quirófano y la Jefa de Enfermería que servirá para encontrar posibles causas y así determinar mejoras.

RESUMEN DE LA ENTREVISTA A LOS JEFES DEL ÁREA DE QUIRÓFANO Y LA JEFA DE ENFERMERÍA	
Preguntas	Respuestas comunes
Doctor	
Pregunta 1	Si existe tratamiento médico, pero no existe monitorización para la seguridad del paciente
Pregunta 2	Si existen equipos médicos con tecnología avanzada que garantizan la buena práctica médica.
Pregunta 3	Siempre se realiza un mantenimiento preventivo y correctivo que permiten una vida útil amplia y así darle un buen uso.
Pregunta 4	Se encuentra bien equipado tanto en infraestructura, equipos.
Pregunta 5	No hay documento de respaldo legal.
Pregunta 6	No Hay Protocolos de suministros de anestesia.
Pregunta 7	Falta de manuales de procedimientos.
Pregunta 8	Se cuenta con personal capacitado para una buena práctica médica.
Pregunta 9	Si existe una evaluación médica antes de la cirugía, pero no existe documentos que evidencien la evaluación.
Pregunta 10	Si se evalúa al paciente en la consulta pre anestésico pero no se lleva un control para obtener información más completa sobre el paciente/usuario.
Enfermeras	

Pregunta 1	No hay manual de procedimiento de limpieza
Pregunta 2	No se prepara correctamente al paciente cuando baja de piso para la cirugía.
Pregunta 3	No se supervisa las limpiezas del Quirófano (control).

*Tabla 3.2. Resumen de la a los Jefes del área de Quirófano y la Jefa de Enfermería
Fuente: Entrevistas*

Finalmente se procedió a entrevistar a los pacientes/usuarios determinando el tamaño de la muestra.

3.2.2 Tamaño De La Muestra

Z= Representa el nivel de confianza

P= Probabilidad de ocurrencia de un evento (éxito)

Q= Probabilidad de no ocurrencia de un evento (fracaso)

N= Tamaño de la muestra que se desea conocer

E= Error de estimación

n: Tamaño de la muestra	296
N: Población cirugías mes de Diciembre	1292
Z: Nivel de confianza	1,96
E: Margen de error	0.05
p: Porcentaje de probabilidad de éxito	0.5
q: Porcentaje de probabilidad de fracaso	0.5

Tabla 3.3. Tamaño de la Muestra

Fuente: TORRES, Mariela, Tamaño de una Muestra para una investigación de mercado, Universidad Rafael Landívar, Mexico, 2000.

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{((N - 1) * E^2) + (Z^2 * p * q)}$$

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 1292}{((1292 - 1) * 0,05^2) + (1,96^2 * 0,5 * 0,5)}$$

$$n = 296,290933$$

Para una población de 1292 pacientes que fueron intervenidos en el mes de noviembre es necesario tomar una muestra de 296 entrevistas lo que implica que por día se realizara 10 entrevistas durante el mes de diciembre para recolectar información que servirá para el análisis de la mejora a plantearse.

$$n = 296,290933/ 31 \text{ días}$$

$$n = 9,55777205$$

En esta investigación se desarrolló y evaluó una entrevista, que consiste en un cuestionario de 10 preguntas, basadas en la norma, y recomendaciones del Jefe de Anestesiología y de la Lcda. Jefa de Enfermeras, para obtener información sobre la percepción del servicio que desde el momento que ingresan al hospital para su intervención. (Ver Anexo 10)

1. Cuando acude a nuestras instalaciones, ¿Recibió la información que necesita sobre la intervención quirúrgica y proceso anestésico a someterse?

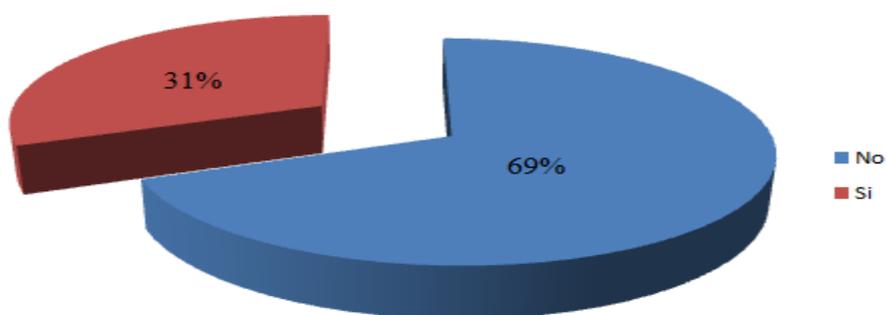


Gráfico 3.1. Frecuencia pregunta 1.
Fuente: Entrevistas.

En el Gráfico 3.1 se observa que el 69% de pacientes/usuarios entrevistados dijeron que no se les informa por falta de asesoría sobre la intervención quirúrgica a realizarse.

2. ¿Ha recibido usted y su familia toda la ayuda psicológica necesaria previa la intervención?

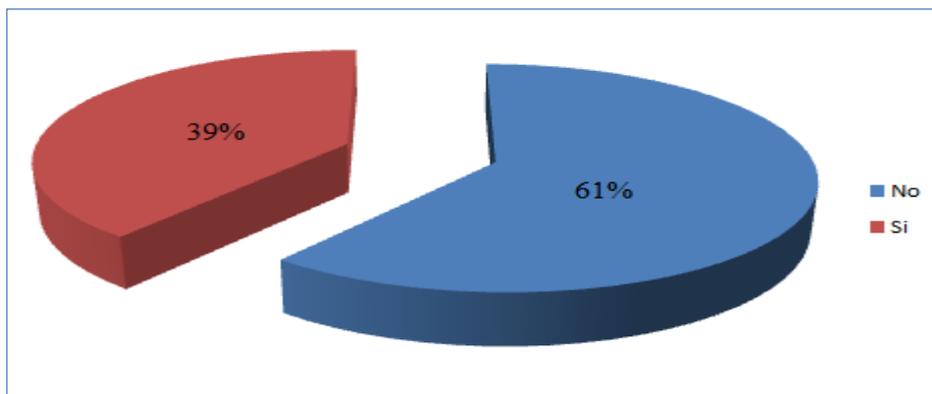


Gráfico 3.2. Frecuencia pregunta 2.
Fuente: Entrevistas.

En el Gráfico 3.2. Se observa que el 61% de los pacientes/usuarios entrevistados dan a conocer que existe descontento en la preparación Psicológica para la cirugía.

3. ¿Tuvo usted y su familia la oportunidad de conocer al personal a cargo de su cirugía, en especial al anestesiólogo?

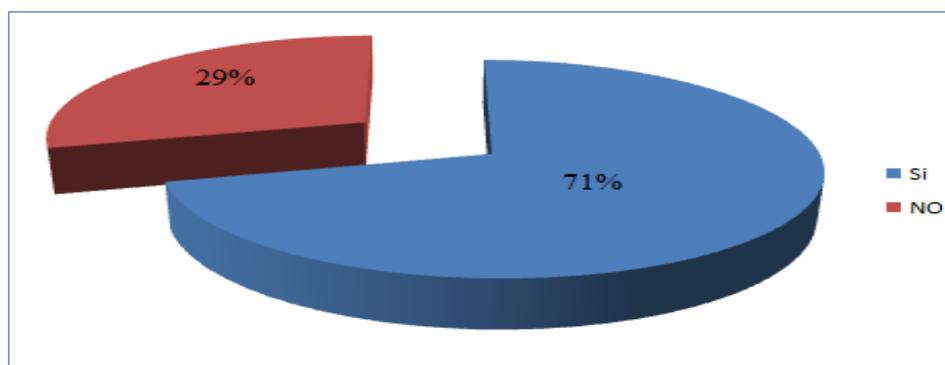


Gráfico 3.3. Frecuencia pregunta 3.
Fuente: Entrevistas.

En el Gráfico 3.3. Se observa que un 71% de los pacientes/ usuarios si tienen la oportunidad de conocer al personal a cargo de la cirugía, también manifiestan que la atención no es personalizada, los pacientes comunican que el médico cirujano no da una explicación detallada al paciente y familiares del procedimiento quirúrgico a realizarse solamente informa el tipo de cirugía, de la misma manera el médico anestesiólogo solo realiza la consulta pre anestésica y no se informa sobre los riesgos

posibles que se pueden presentar al momento de suministrar la anestesia dependiendo la patología del paciente.

4. ¿Cuál es el mayor de sus temores en la cirugía?

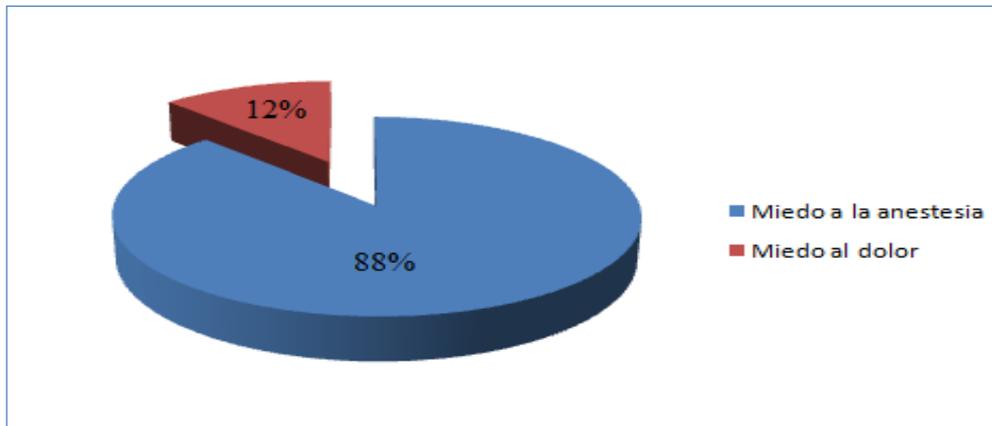


Gráfico 3.4. Frecuencia pregunta 4.
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.4. La mayoría de los pacientes entrevistados supo manifestar que uno de sus mayores temores es el suministro de anestesia debido a que han existido casos como parálisis cerebrales, movilidad limitada e incluso la muerte, otro grupo de personas comunicó que tienen miedo del dolor que puede ocasionar al momento de la incisión en la cirugía

5. ¿El trato que recibió por parte del personal de enfermería fue cordial y oportuno?

Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Aceptable	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				

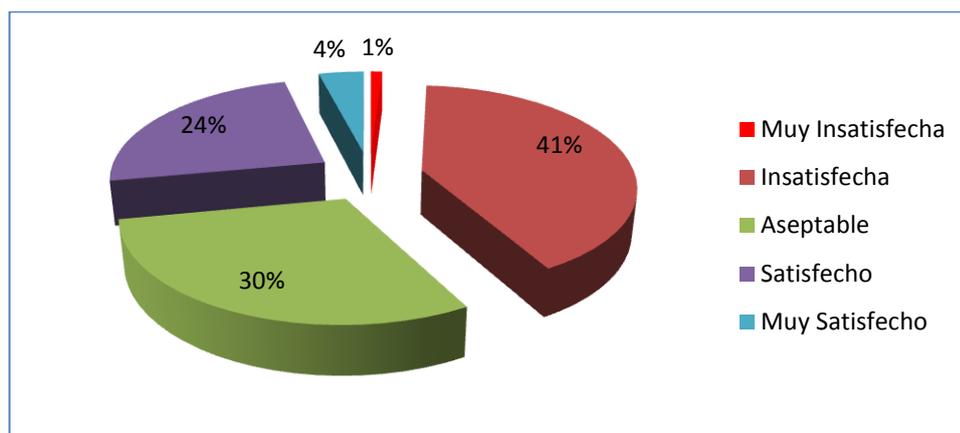


Gráfico 3.5. Frecuencia pregunta 5.
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.5. Que el 41% de los pacientes/usuarios entrevistados están insatisfechos por la atención prestada.

6. ¿Qué recomendación daría para que usted se sienta seguro previa la intervención?

La mayoría de los pacientes entrevistados recomiendan, que se debe tener más cuidado al momento de evaluar al paciente/usuario antes de la cirugía tomando en cuenta los antecedente clínicos proporcionando información correcta y así evitar inconvenientes en la cirugías garantizando la seguridad en las cirugías.

7. ¿El personal médico anesthesiólogo le transmite confianza y seguridad?

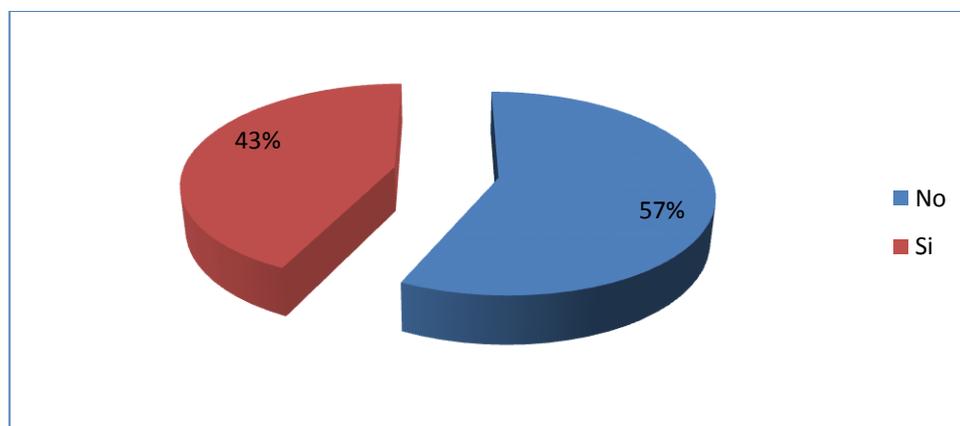


Gráfico 3.6. Frecuencia pregunta 6.
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.6. Muestra un 57% de desconfianza de los pacientes/usuarios hacia los anestesiólogos, por antecedentes que se han ido presentando en otros hospitales por mala práctica médica por parte de los médicos anestesiólogos.

8. ¿Considera que el tiempo de espera en la habitación preoperatoria es adecuado?

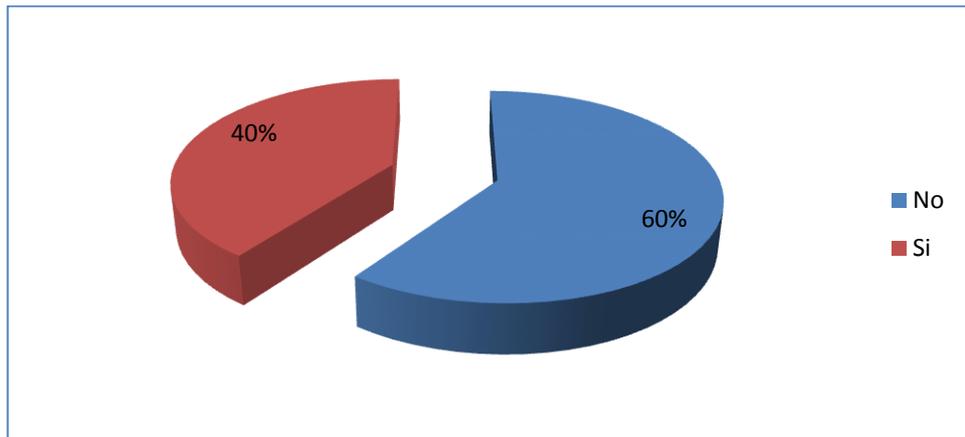


Gráfico 3.7. Frecuencia pregunta 8.
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.7. Se observa que el 60% de los pacientes/usuarios entrevistados dan a conocer que existe mucho tiempo de espera antes de que se ingrese al quirófano para proceder a la intervención quirúrgica.

9. ¿El personal médico y de apoyo aclara sus inquietudes?

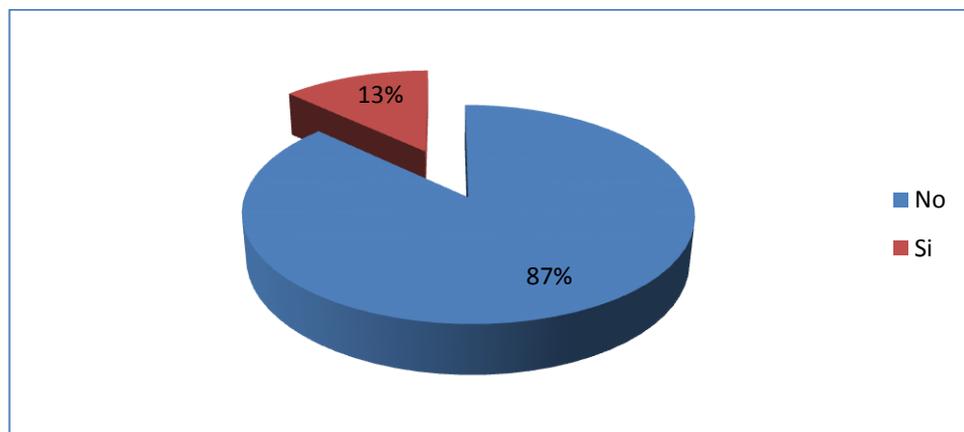


Gráfico 3.8. Frecuencia pregunta 9.
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.8. Muestra que el 87% de los pacientes/usuarios manifiestan que el personal médico quirúrgico no aclara sus inquietudes de los riesgos que se pueden presentar en la cirugía.

10. ¿Se encuentran en buenas condiciones las instalaciones?

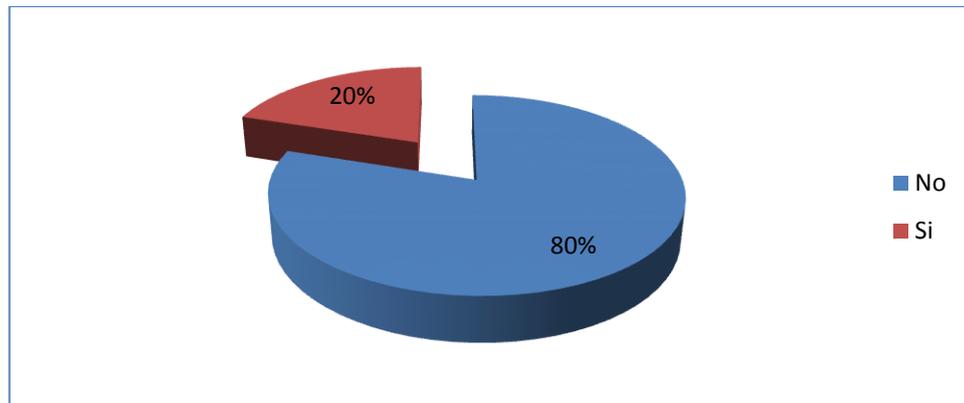


Gráfico 3.9. Frecuencia pregunta 10.

Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.9. Se puede observar que el 80% de los pacientes/usuarios dan a conocer que los quirófanos están bien equipados con buenos con muy buena tecnología y eso garantiza seguridad en la cirugía.

Una vez realizada las entrevistas a los Pacientes/usuarios se procedió a sacar un informe de las respuestas más comunes de los entrevistados esto se detalla en la Tabla 3.4.

**RESUMEN DE LA ENTREVISTA PARA DETERMINAR LA
PERCEPCIÓN Y CALIDAD DEL SERVICIO APLICADA A LOS
PACIENTES / USUARIOS**

Preguntas	Respuestas comunes	Frecuencia
Pregunta 1	Falta de asesoría en la intervención quirúrgica.	203
Pregunta 2	Falta de apoyo psicológico preoperatorio hacia el paciente.	150
Pregunta 3	Servicio poco oportuno y no personalizado. Falta de conocimiento sobre procedimientos quirúrgicos y posibles consecuencias por aplicación de anestesia.	210
Pregunta 4	Temor al suministro de la anestesia.	210
Pregunta 5	Insatisfecho	107
Pregunta 6	Crear métodos que garanticen el bienestar y seguridad del paciente	220
Pregunta 7	Falta de confianza del paciente hacia al anesthesiólogo.	130
Pregunta 8	Prolongados tiempos de espera en la habitación preoperatoria.	96
Pregunta 9	Poca asesoría en la intervención quirúrgica.	209
Pregunta 10	Excelentes condiciones de los quirófanos e instalaciones.	230

Tabla 3.4. Resumen de la entrevista a los pacientes para determinar la percepción y calidad del servicio.

Fuente: Entrevistas

En la Tabla 3.5 Se describen las opiniones vertidas por los mismos.

<i>Comentarios generales de los involucrados</i>	
Colaboradores	Pacientes
<ul style="list-style-type: none"> • No hay documento de respaldo legal. • Valoración pre-operatoria incompleta. • Alta rotación de personal. • No se supervisa las limpiezas del Quirófano (control). • No se prepara correctamente al paciente cuando baja de piso para la cirugía. • Carencia de protocolos en el proceso quirúrgico. • Ausencia de protocolos de limpieza. • Falta de manuales de procedimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio poco oportuno y no personalizado. • Poca asesoría en la intervención quirúrgica y procedimiento anestésico • Prolongados tiempos de espera en la habitación preoperatoria. • Falta de confianza del paciente hacia al anesthesiólogo. • Falta de apoyo psicológico preoperatorio hacia el paciente. • Falta de supervisión de las enfermeras. • Falta de cordialidad en el trato por parte de las enfermeras. • Falta de interés de las enfermeras. • Estancia hospitalaria prolongada. • Falta de conocimiento sobre procedimientos quirúrgicos y posibles consecuencias por aplicación de anestesia.

Tabla 3.5. *Comentarios Generales de los entrevistados.*

Fuente: Entrevistas

3.2.3 Recolección de Recomendaciones y Observaciones

De igual manera, se pidió que las personas involucradas en el proceso, tanto colaboradores y pacientes den a conocer sus recomendaciones y observaciones para mejorar la calidad del servicio, los resultados de esta entrevista se detallan en Tabla 3.6.

<i>Recomendaciones y Observaciones de los involucrados</i>	
Colaboradores	Pacientes
<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el bienestar del paciente intervenido en la cirugía. • Mayor control en los requisitos preoperatorios. • Tener un respaldo legal para evitar reclamos y problemas legales para la actividad del médico especialista de anestesiología. • Prevenir riesgos durante el acto quirúrgico. • Controlar el procedimiento quirúrgico. • Controlar la limpieza en el área de quirófano para evitar posibles contaminaciones. • Recibir al paciente preparado correctamente previo al acto quirúrgico cuando baje de hospitalización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor calidad del servicio • Siempre estar informado sobre la intervención quirúrgica y sentirse seguro de la cirugía. • Dialogar con los profesionales de la salud con el objeto de mejorar la atención al paciente. • Garantizar el control de suministro de anestesia.

Tabla 3.6. Recomendaciones y Observaciones de los Entrevistados.

Fuente: Entrevistas

3.2.4 Aplicación de la Matriz FODA

El análisis FODA sirve para identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que actualmente presenta el hospital JCA, por tal motivo para promover la mejora continua dentro del Proceso Quirófano, se realiza un enfoque en las debilidades presentadas para su control. Por lo antes mencionado, y los antecedentes ya presentados del Proceso Quirófano del HJCA, se efectúa al análisis FODA.

INTERNOS	
Fortaleza	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Personal capacitado y especializado. • Equipamiento y tecnología acorde a nuestras necesidades. • Centro de referencia pública con atención de 24 horas. • Docencia hospitalaria. • Programas de atención en Salud de especialidad - Programa de Trasplante Renal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de registros que evidencien el control en el procedimiento quirúrgico. • Alta carga horaria, de profesionales y trabajadores • Poco Espacio Físico. • Falta de atención oportuna al paciente al ingresar al quirófano. • Falta de compromiso de algunos colaboradores para mejorar el servicio. • Falta de mantenimiento de infraestructura. • Aplicación parcial de protocolos. • Falta de control en la limpieza de quirófano. • Temor del paciente en el suministro de anestesia. • Paciente no preparado para la cirugía desde piso.

EXTERNOS	
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes/usuarios de otra provincia prefieren el servicio que ofrece el hospital JCA por referencias. • Trabajo conjunto con Prestadores Externos. • Modelo a seguir para determinados programas en diferentes aéreas. • Intercambio para proyectos de investigación • Políticas de salud Nacional que apoyan a la Salud Pública 	<ul style="list-style-type: none"> • Recorte de presupuestos. • Cambios políticos. • El presupuesto destinado a programas sociales no llegan oportunamente. • Los servicios brindados por el HJCA no son valorados por los usuarios.

*Tabla 3.7. FODA.
Fuente: Entrevistas*

En la tabla 3.7. Se considera la información obtenida con la matriz FODA podemos encontrar que el Hospital JCA se ha caracterizado por lograr la exclusividad en atención al paciente/usuario con una ubicación geográfica, bien definida para que los afiliados tengan acceso las 24 horas del día en forma continua.

Otra de las fortalezas que posee el HJCA es el ámbito educativo e investigativo, el mismo que podría ser mayormente aprovechado con los convenio interinstitucionales para desarrollar tecnología, ganando con ello nombre no únicamente como institución sino como orgullo de ciudad.

En relación a los espacios físicos en el área de quirófano son muy reducidos por lo que la administración de esta aérea ha planteado un proyecto de ampliación de la sección de quirófanos, para facilitar la comodidad, seguridad, orden y así mejorar la atención a los pacientes.

3.2.5 Identificación de Problemáticas y Debilidades

Como se puede Observar en la tabla numero 3 Refleja muchas debilidades siendo muy importante mejorar la seguridad del paciente/usuario respecto a la seguridad quirúrgica en el proceso del quirófano general.

Para evitar la falta de seguridad del paciente / usuario se sugiere llevar controles mediante registros en el proceso del quirófano para monitorear en la limpieza del área quirúrgica y evitar posibles contaminaciones.

Adicionalmente, es necesario mejorar el control en el procedimiento quirúrgico, y realizar una evaluación más completa de las condiciones del paciente/usuario para así garantizar su seguridad al momento de la cirugía.

3.3 IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

En este punto se tomara en cuenta toda la información obtenida para determinar las causas más relevantes que están generando los problemas en el proceso, para ello también se tendrá el apoyo de ciertas herramientas de mejora continua.

3.2.1 Aplicación de herramientas de mejora continua

Estas herramientas nos permiten visualizar de manera óptima las causas que están generando el problema y llegar a una solución.

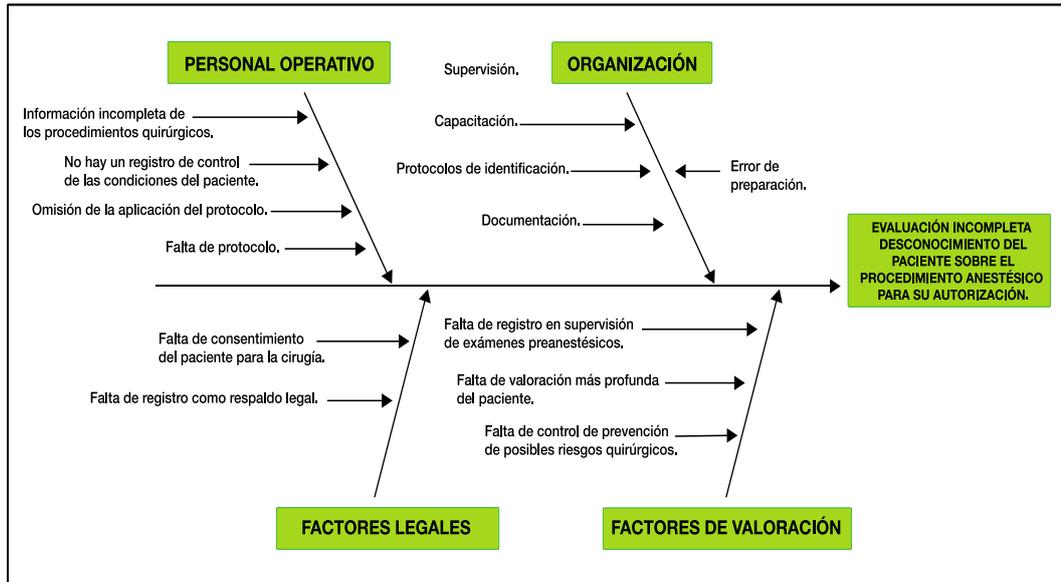
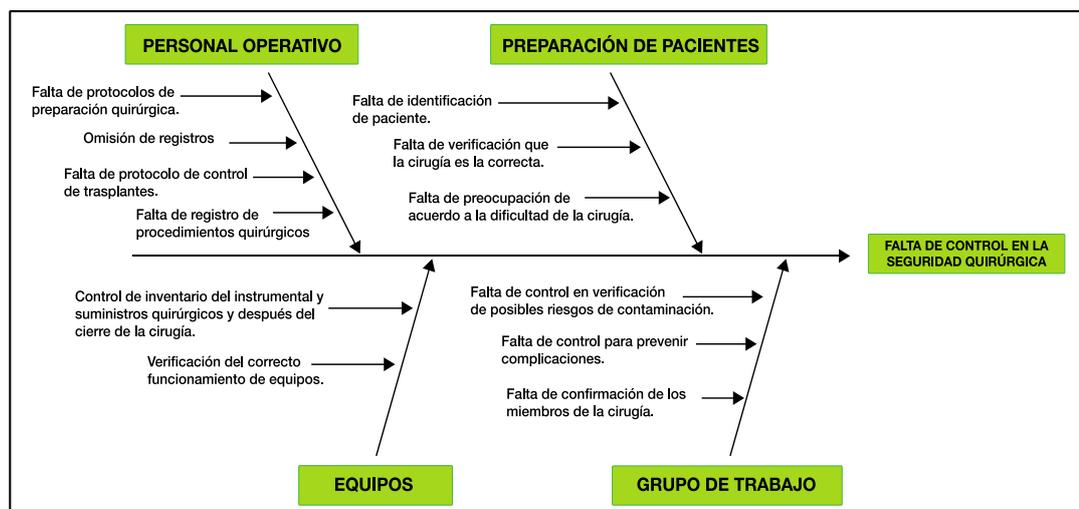


Gráfico 3.10. Diagrama de Ishikawa Evaluación incompleta y desconocimiento del paciente sobre el procedimiento anestésico para su Autorización.

Fuente: Entrevistas

El Gráfico 3.10. Describe el problema generado durante la visita preanestésica⁵, debido a que no se proporciona detalladamente la información al paciente, en donde se detalle los exámenes pertinentes previos al suministro de anestesia donde se describa las posibles consecuencias que se puede presentar por la administración de anestésicos y evitar posibles riesgos quirúrgicos por falta de información de resultados.



⁵ Evaluación médica antes de la cirugía

Gráfico 3.11. Diagrama de Ishikawa Falta de control en la seguridad quirúrgica.
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.11. Se analiza la falta de seguridad quirúrgica por la carencia de protocolos esta ausencia de protocolos ocasionaría riesgos que la intervención no se realice al paciente correcto y también puede producirse que la cirugía a realizarse no sea la que se pretendía realizar por la falta de registros que verifiquen los procesos estén bien definidos.

En esta fase se lleva un control en la que se comprueba de que se trata del mismo paciente, el encargado del llenado mantiene conversación verbal con el paciente para que le confirme su identidad, el procedimiento quirúrgico a realizar y el consentimiento informado para la cirugía, verificando que en el sitio de la intervención han sido marcados, esto es importante porque garantiza el procedimiento a realizarse al paciente.

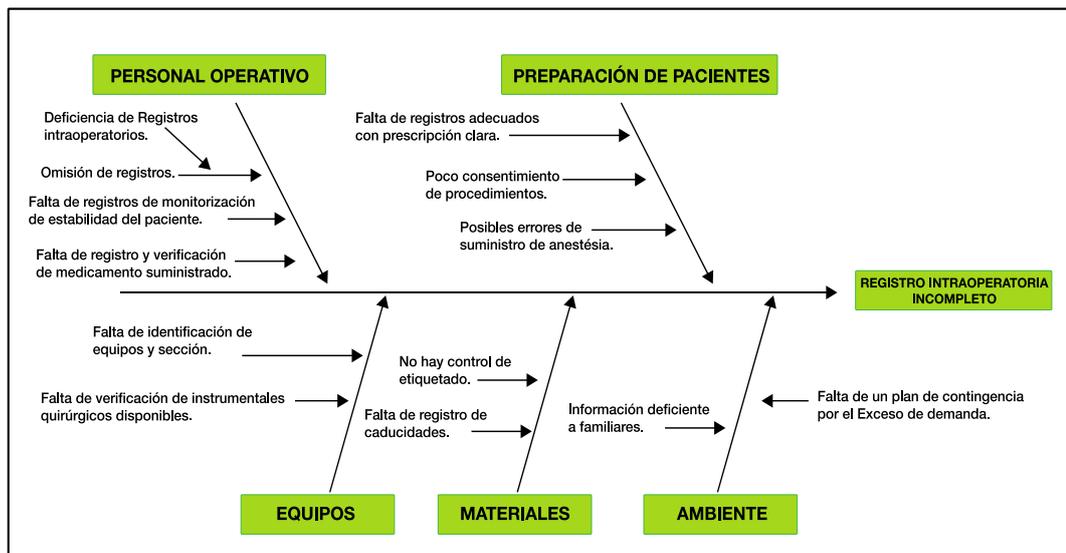


Gráfico 3.12. Diagrama de Ishikawa Registro intraoperatorio incompleto
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.12. Se observa que el registro para control intraoperatorio⁶ que actualmente se está aplicando, debe ser actualizado, ya que el mismo no permite especificar algunos de los puntos a ser controlados durante el procedimiento quirúrgico, formato de registro el cual se ha venido aplicando mucho tiempo atrás.

⁶ Fase cuando el paciente ingresa a quirófano.

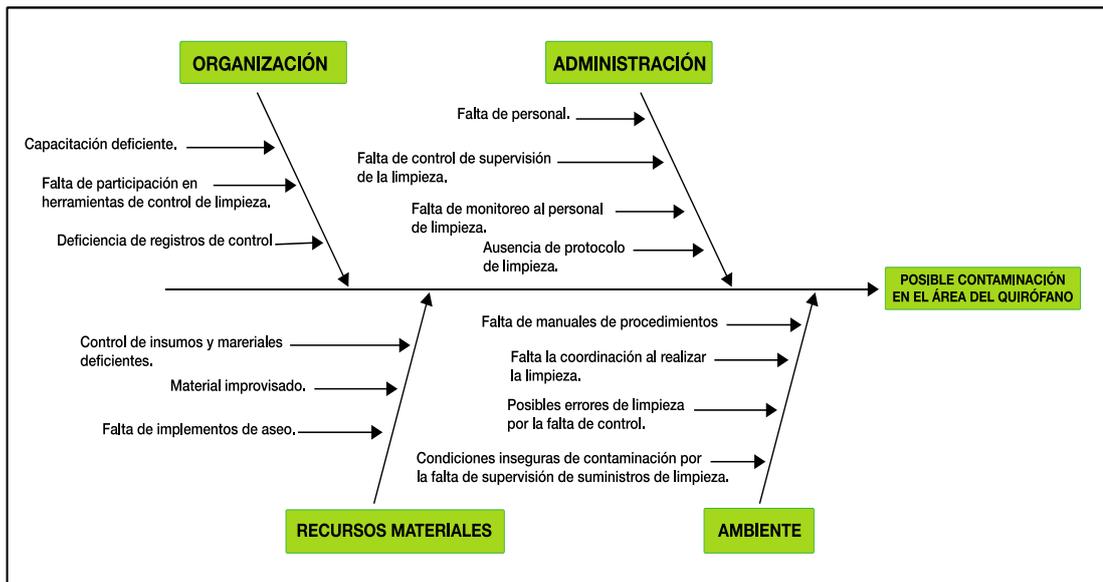


Gráfico 3.13. Diagrama de Ishikawa posible contaminación en el área de Quirófano.
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.13. Se analiza la posible contaminación en el área de quirófano por las condiciones inseguras de limpieza esto ocasionaría graves consecuencias como infecciones en el quirófano donde se realizan intervenciones a los pacientes, estas condiciones inseguras se dan por la falta de manuales de procedimientos por lo que no se lleva una supervisión adecuada que garantice la seguridad del paciente. Se puede apreciar también que desde la parte administrativa existe la ausencia de protocolos ocasionando fallas en el monitoreo y la supervisión por la falta de registros de control, y así verificar el cumplimiento de la limpieza el aérea de quirófano.

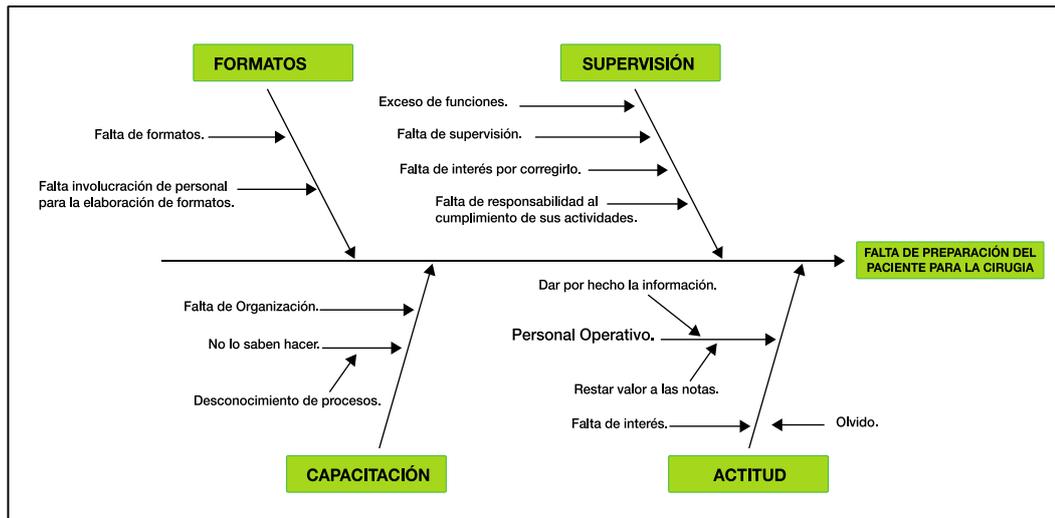


Gráfico 3.14. Diagrama de Ishikawa Falta de Preparación del Paciente par la Cirugía.
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.14. Se observa diversas circunstancias en el aérea de hospitalización ya que no existe la debida organización e interés para cumplir con los parámetros necesarios en preparación del paciente, esto se debe a que no existe definiciones de políticas y lineamientos en su preparación, generando complicaciones y retrasos en el proceso quirúrgico, esto implica que la recepción del paciente no está siendo controlada una vez que el mismo baja de piso para ser intervenido en el Quirófano.

3.2.2 Determinación de causa Raíz (análisis de las 5 porqués)

Es una técnica que se utiliza para analizar los problemas que generan las causas que originan las no conformidades de un proceso de calidad, preguntando el porqué varias veces hasta encontrar la causa Raíz.

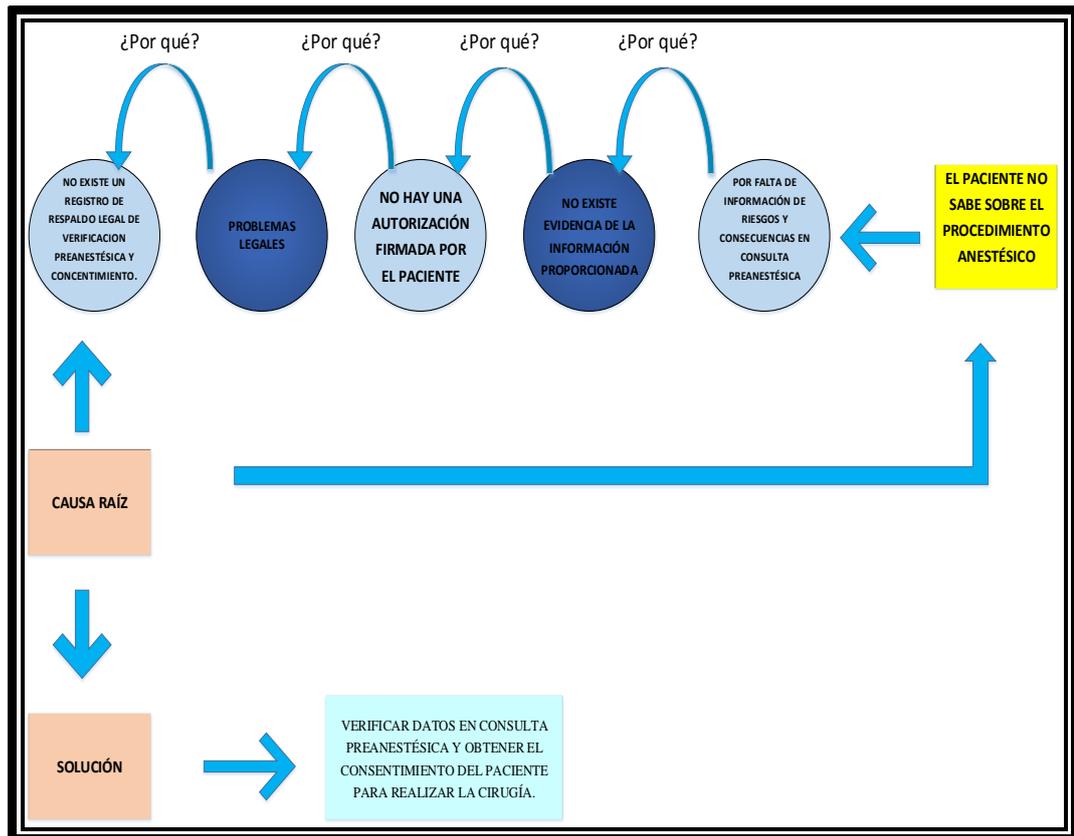


Gráfico 3.15. Esquema de los 5 porqués de Evaluación incompleta y desconocimiento del paciente sobre el procedimiento anestésico para su Autorización.

Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.15. Mediante la herramienta de los 5 porqués muestra que no se lleva un control de valoración preanestésica que facilite una información más certera y completa sobre los posibles riesgos y complicaciones que se puede presentar al momento de suministrar la anestesia, con esta información explicada, el paciente/usuario toma la decisión de autorizar la cirugía.

Concluyendo este análisis se ha identificado que es necesario la creación hacer seguimiento de control para evitar inconvenientes.

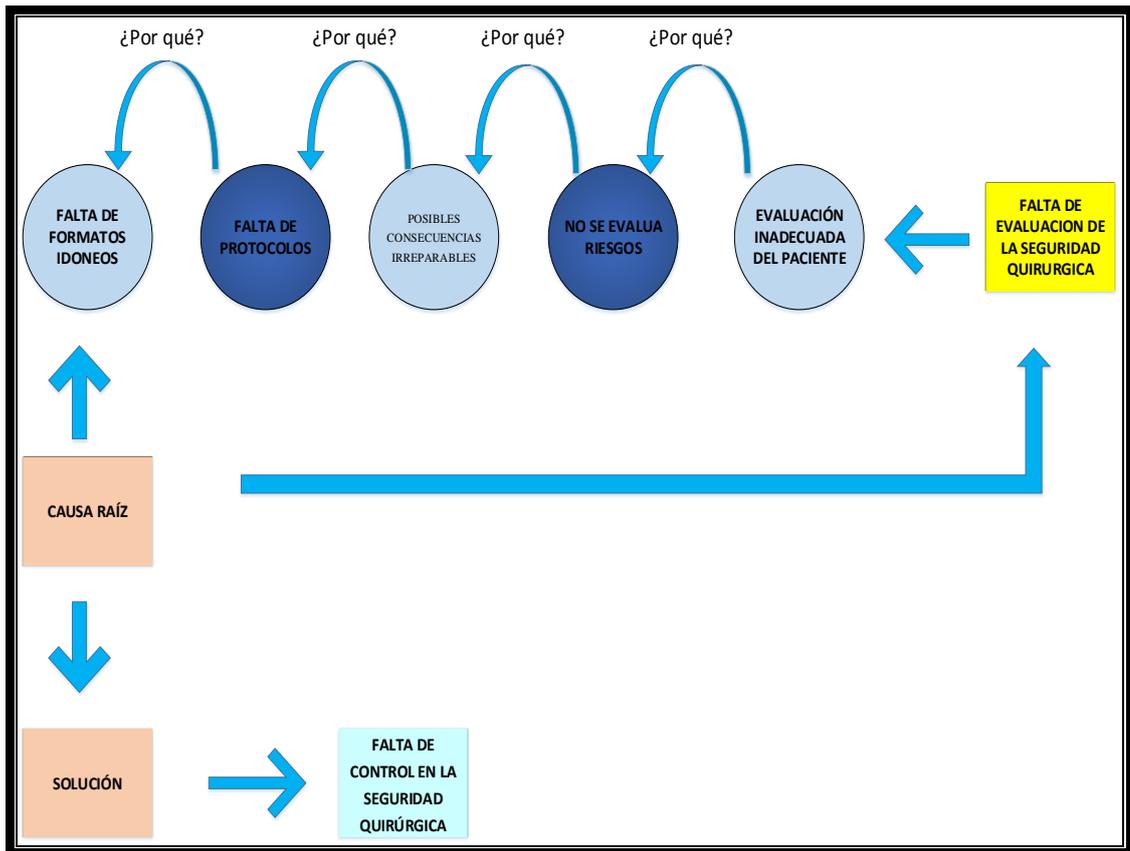


Gráfico 3.16. Esquema de los 5 porqués de Evaluación Incompleta de la seguridad quirúrgica
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.16. Mediante la herramienta de los 5 porqués se muestra al evaluación incompleta del paciente/usuario por lo que puede generar riesgos al momento de la intervención quirúrgica porque no se lleva un control de procedimientos, ya que no se evalúa de manera completa los posibles riesgos que ocasionarían graves consecuencias por la falta de protocolos y registros de verificación que garantice que el proceso quirúrgico está bien realizado.

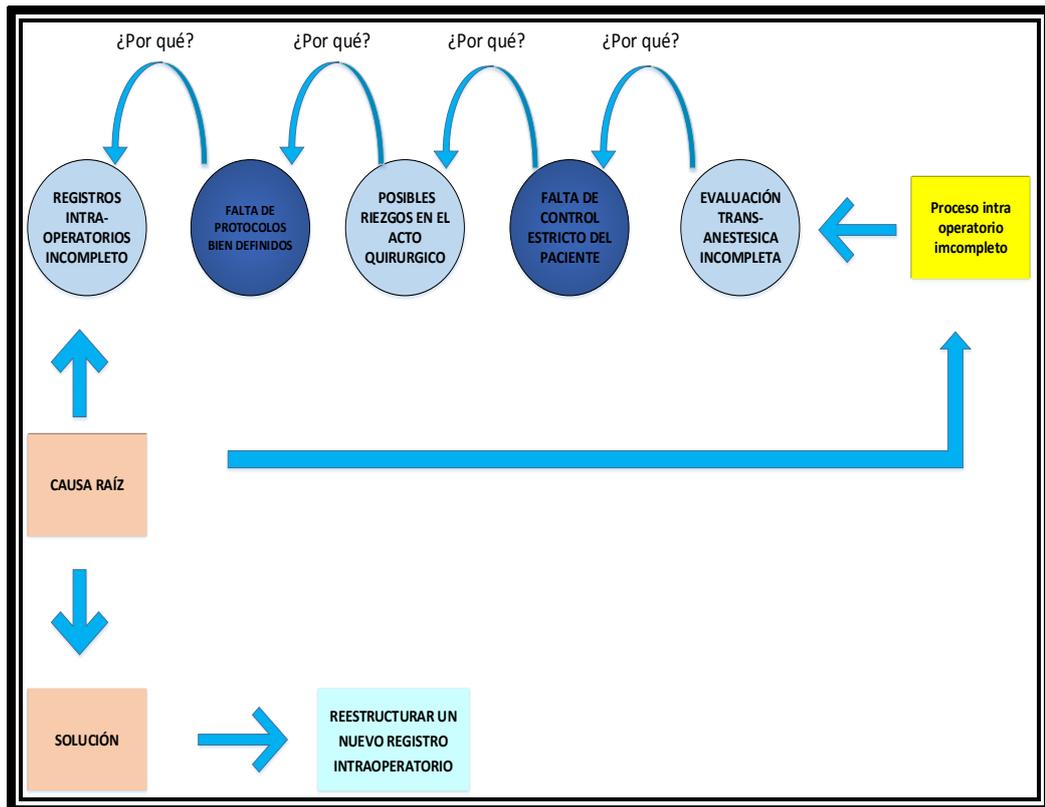


Gráfico 3.17. Esquema de los 5 porqués del Control Intraoperatorio Incompleto
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.17. Mediante la herramienta de los 5 porqués se muestra que en el proceso intraoperatorio no se lleva un registro completo, debido a esto la evaluación del paciente es incompleta generando posibles riesgos en el procedimiento quirúrgico por la falta de registros intraoperatorios completos para poder monitorear de manera más estricta al paciente/usuario y evitar complicaciones en el acto quirúrgico.

Concluyendo este análisis se ha identificado que es necesaria la actualización del registro de control Intraoperatorio ya existente, para prevenir posibles errores que pudieran presentarse al momento de la cirugía y posteriores consecuencias.

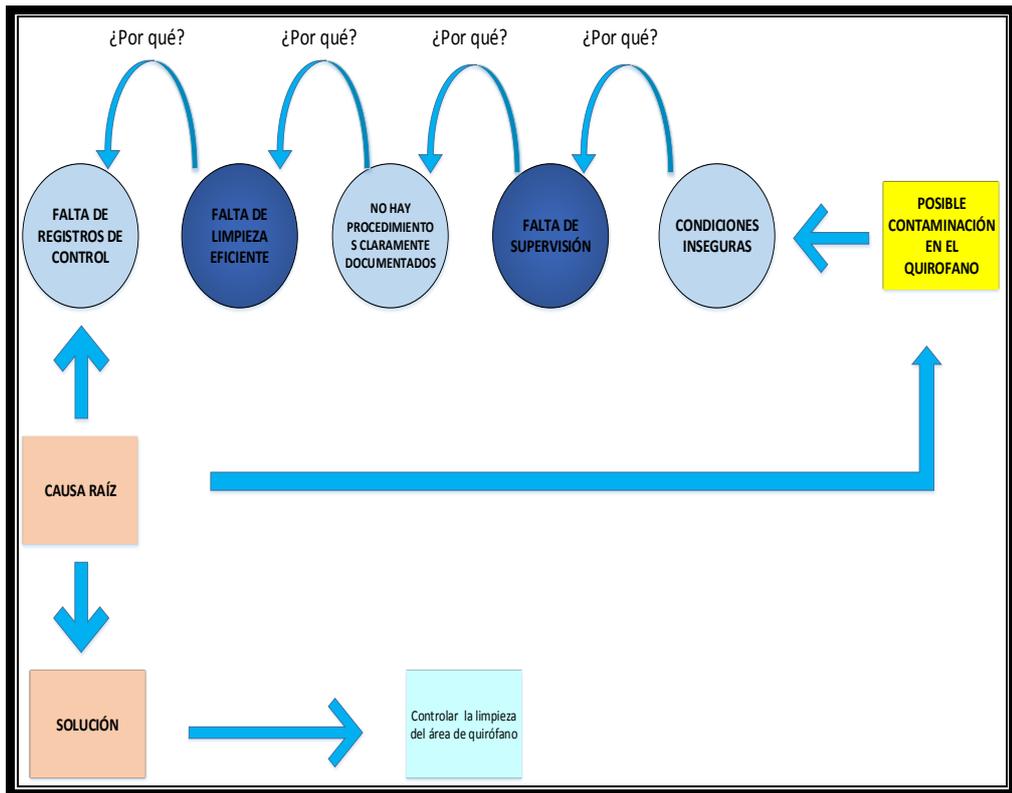


Gráfico 3.18. Esquema de los 5 porqués de una posible contaminación en el quirófano incompleto
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.18. Mediante el uso de la herramienta de los 5 porqués, se analiza la causa raíz del problema "posible contaminación en el Quirófano" debido a la falta de registros de control de la limpieza en diferentes salas del quirófano, entre las que se incluye los siguientes parámetros:

- Lámparas quirúrgicas
- Todo el mobiliario
- Equipamiento médico
- Manillas de puertas
- Rejillas de ventilación
- Ductos
- Superficies horizontales
- Lavabos de manos
- Bodega de equipos
- Techos
- Paredes
- Pisos

Para el análisis, se tomará como ejemplo el caso que se haya realizado una limpieza deficiente en el mobiliario quirúrgico esto ocasionaría la proliferación de bacterias las mismas pueden contaminar al paciente en el momento de una cirugía, esta falta de registro de control al momento de la supervisión, se ve abocado por la ausencia de formatos de registro para control de los diferentes tipos de limpieza que se realizan en el quirófano, como también por la ausencia de un procedimientos descrito y socializado entre el personal ejecutor de esta actividad.

Concluyendo este análisis se ha identificado que es necesaria la creación de registros para control de limpieza en los quirófanos, con propósito es evitar posibles infecciones por contaminaciones debido a la falta u omisión de limpieza, como también un procedimiento de limpieza.

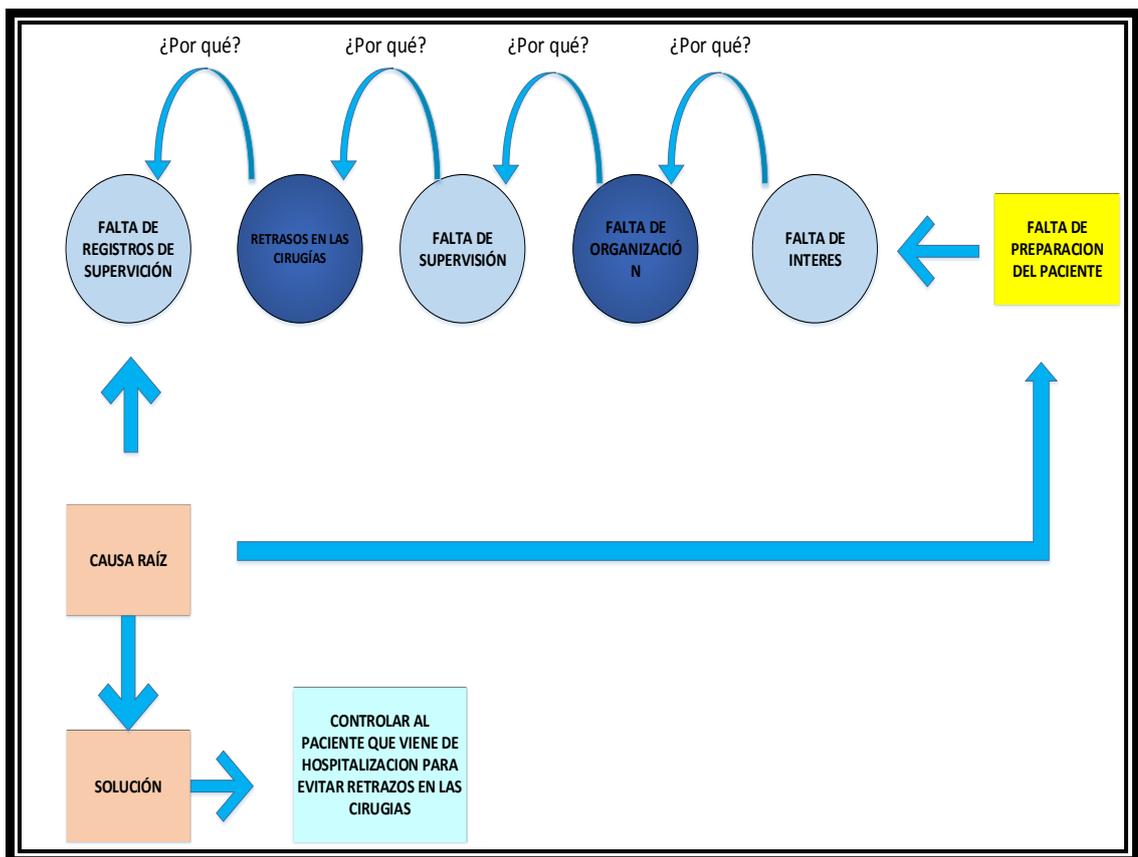


Gráfico 3.19. Esquema de los 5 porqués de Falta de preparación del Paciente
Fuente: Entrevistas

En el Gráfico 3.19. Mediante la herramienta de los 5 porqués se muestra la falta de preparación del paciente que viene de piso, debido al incumplimiento de las

actividades que pertenecen a las licenciadas encargadas de la preparación del mismo, entre los parámetros a analizarse y que el paciente no debe poseer están:

- Sin maquillaje.
- Preparación de área quirúrgica (protocolo).
- Sin bisutería.
- Aseo personal adecuado.
- Sin lencería.
- Con brazalete de identificación.
- Con ropa (bata, gorro).
- Ayuno adecuado.
- Presenta exámenes complementarios.
- Consentimiento informado.
- Parte operatorio

Por el análisis realizado con las dos herramientas descritas, se define que este incumplimiento en muchas ocasiones se presenta por la falta de organización del personal encargado de cada piso para la preparación del paciente al momento de realizar sus funciones, como también a la falta de control al momento de la recepción paciente para ingreso al quirófano.

Concluyendo este análisis se ha identificado que es necesario controlar al momento de la recepción del paciente, en el que se verifique si el mismo cumple con los requisitos previos para someterse al acto quirúrgico y de esta manera evitar retrasos en las cirugías.

3.2.3 Análisis de resultados

Mediante los resultados obtenidos con la aplicación de las herramientas de los 5 porqués y el Diagrama de Ishikawa, se han determinado las causas raíz que generan los problemas detectados en el Proceso Quirófano. Con estos resultados, se procede a la siguiente fase correspondiente al análisis, identificando los puntos más críticos sobre los cuales se debe actuar.

Una vez que el paciente/usuario ha sido hospitalizado, con todos los exámenes complementarios realizados, el doctor hace una consulta pre anestésica para lo cual, el médico anestesista no tiene un registro de control acorde a las necesidades que verifique los índices de riesgo anestésico en la cirugía, seguido a ello, se explica a los pacientes el riesgo que puede presentar el uso de anestésicos, no se registra el consentimiento o negación del paciente para someterse al uso de anestésicos, posterior, el médico general emite el parte operatorio, con el cual se le asigna la fecha, hora y el quirófano para realizar la intervención quirúrgica.

El día de la cirugía, las enfermeras en piso le preparan al paciente/usuario, quien es trasladado al área de quirófano el cual está equipado acorde a las necesidades de la cirugía, previo a su ingreso, en el área gris el paciente/usuario es verificado que desde el piso haya bajado preparado para la cirugía, en la mayoría de las ocasiones, los pacientes/usuarios no cumplen este requisito, por lo que es necesario controlar esta actividad de preparación previo a su ingreso, por tal motivo es necesario realizar un control previo y así evitar retrasos en las cirugías programadas.

En el área blanca se procede a verificar la limpieza del quirófano para recibir al paciente, sin embargo no se lleva un control de limpieza que evidencie su ejecución, evitando de esta manera posibles contaminaciones. Una vez en la cama el doctor procede a anestesiarse al paciente, para su intervención en esta fase del proceso no existe un registro adecuado ni completo de la evolución tras anestésica del paciente, y registros de los eventos durante el procedimiento.

3.4 DETERMINACIÓN DE PROPUESTAS DE MEJORAS

Una vez realizado el análisis con las herramientas de mejora continua se han determinado varios hallazgos para mejorar al Proceso Quirófano General del HJCA de la ciudad de Cuenca, dentro del proceso estudiado se estableció que no se tiene un registros y listas de verificación que controle el buen desarrollo del proceso mencionado que garantice la mejora y así brindar un mejor servicio de calidad al paciente-usuario.

3.4.1 Identificación de las oportunidades de mejora

En base a las herramientas utilizadas se determinó en el área de quirófano no tiene formatos bien definidos en su proceso, por lo que es necesario formular registros de control o listas de verificación que serán útiles para garantizar la seguridad al proceso quirúrgico, garantizando el bienestar del paciente - usuario.

La propuesta en implementar listas de verificación es necesaria porque previene errores quirúrgicos y eventos irreversibles.

Estos errores pueden producirse en el proceso Quirófano:

- Error preoperatorios
- Error intraoperatorio
- Error en bioseguridad (limpieza y desinfección)
- Error en suministro de anestesia.
- Error en la preparación del paciente

Para evitar este tipo de errores se ha visto la necesidad de elaborar registros de control que se señalan a continuación en el siguiente punto.

3.4.2 Planteamiento de Oportunidades de mejora

Una vez realizado el levantamiento de información en bases a lo analizado en el proceso de Quirófano General será necesario realizar listas de verificación para garantizar la seguridad quirúrgica que garantice el bienestar del paciente-usuario generando una evaluación más completa de las condiciones del paciente previas a la cirugía y brindar un servicio de calidad en las que permite garantizar que el paciente conoce el procedimiento que se le va a realizar solicitando autorización y evitar problemas legales.

Las oportunidades de mejora son las siguientes:

Lista de verificación de consulta pre anestésica

Esta lista de verificación ayudara al proceso quirófano a tener información más completa de las condiciones previas a recibir la anestesia y también garantiza que el paciente conoce el procedimiento quirúrgico que se le va a realizar.

El formato de verificación en evaluación preanestésica lo realiza el médico anestesista donde se registra los datos del paciente especificando el sexo, la especialidad quirúrgica, y el procedimiento a realizar, se debe registrar los antecedentes del paciente el cual nos ayuda a identificar los riesgos que puedan tener en la cirugía por precaución para el equipo quirúrgico por alguna enfermedad infectocontagiosa.

También en el registro debe tener revisión por sistemas para valoración del paciente el sistema cardíaco, pulmonar y nervioso para ver si hay riesgo al momento de la cirugía.

Posterior mente el examen físico es la valoración de la estabilidad hemodinámica para que el paciente este estable, debe estar registrado los exámenes de laboratorio con sus respectivos resultado y los exámenes de apoyo diagnostico con la fecha y el día del examen complementario, para tener en cuenta que al momento de suministrar la anestesia no se produzca riesgos anestésicos.

Por último el formato debe tener su respectiva firma de verificación por parte de anestesiólogo. (Anexo 11 formato de la lista de verificación de consulta preanestésica)

En el Gráfico 3.20. Se muestra el diagrama de flujo muestra en que actividad se procede al llenado del registro de verificación de consulta pre anestésica.

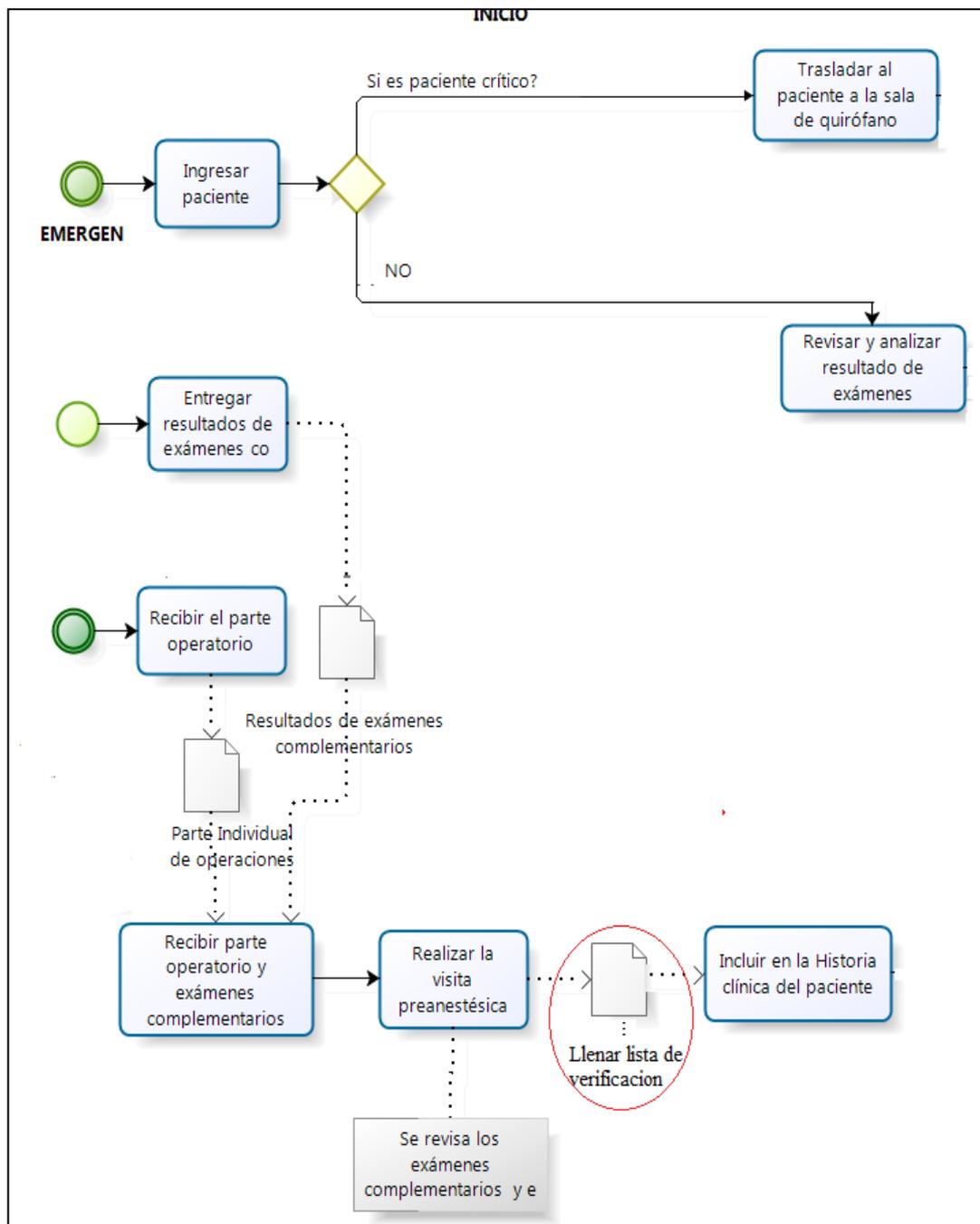


Gráfico 3.20. Diagrama de flujo de llenado de lista de verificación de Consulta Pre anestésica
Fuente: Diagrama de Flujo del Proceso Quirófano General

Consentimiento Informado de Anestesiología

El consentimiento informado es un respaldo legal para las actividades del médico especialista de anestesiología, en donde el paciente da su consentimiento para el procedimiento anestésico adecuado para la intervención quirúrgica, en donde se manifiesta que el anesestesiólogo ha explicado la naturaleza y el propósito del acto anestésico donde se manifiestan las ventajas y complicaciones molestias y riesgos que se puedan producir al momento de suministrar la anestesia.

- Este registro debe ser debidamente firmado por el paciente o responsable, un testigo que verifica la autenticidad del formato y el médico anestesista. (Anexo 12 Consentimiento informado)

En el Gráfico 3.21. Se muestra el siguiente diagrama de flujo muestra en que actividad se procede al llenado del registro de Consentimiento Informado.

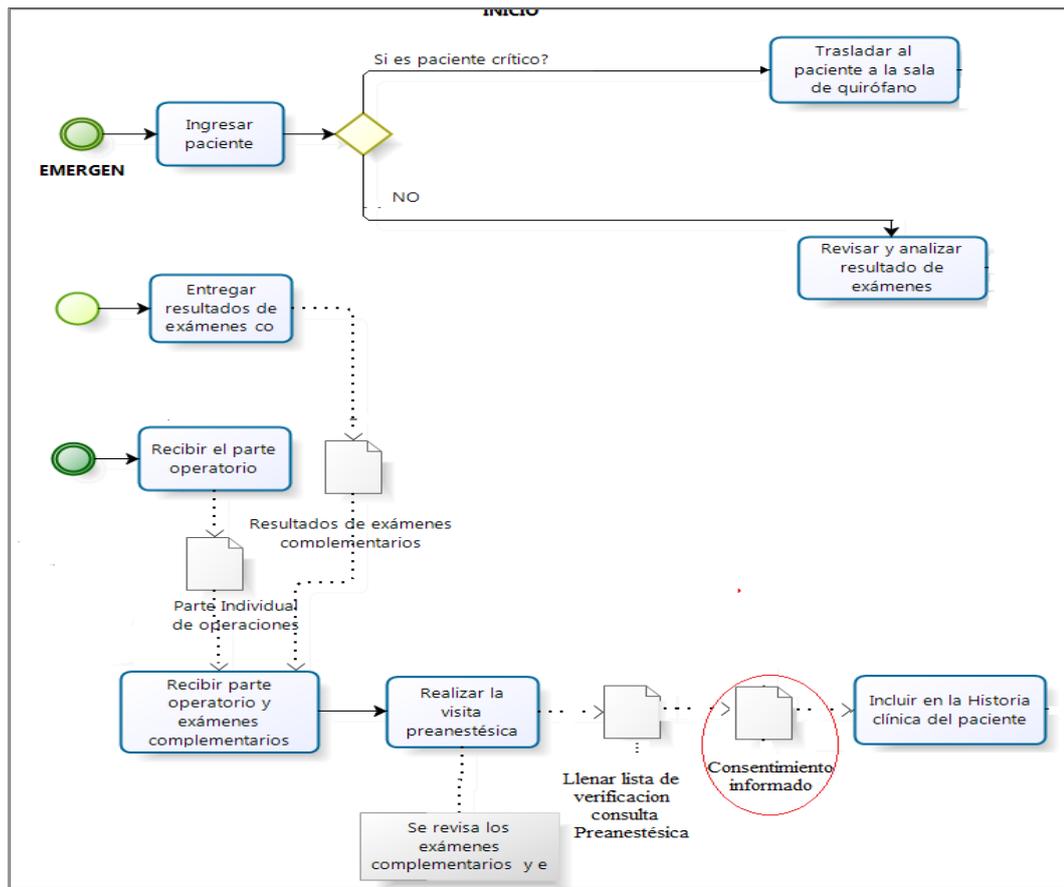


Gráfico 3.21. Diagrama de flujo de llenado de Consentimiento Informado
 Fuente: Diagrama de Flujo del Proceso Quirófano General

Lista de verificación de la seguridad Quirúrgica

La lista de verificación es un registro seguro y útil para prevenir errores en procedimientos quirúrgicos esta herramienta es muy importante en el proceso puesto que garantiza que está bien realizado el procedimiento en la cirugía.

Esta lista de verificación debe verificar el Nombre del Paciente, la Intervención o Parte Quirúrgica, numero de Historia Clínica, Numero del Quirófano, Fecha y Hora estos datos son importantes que comprueban que el paciente para la cirugía es el mismo.

La verificación comprende tres fases: Antes de la Inducción de la Anestesia, Antes de la incisión Cutánea, Antes del Cierre Quirúrgico cada una tiene un tiempo determinado en el procedimiento quirúrgico

Primera fase

En esta fase se lleva un control en la que se comprueba de que se trata del mismo paciente, el encargado del llenado mantiene conversación verbal con el paciente para que le confirme su identidad, el procedimiento quirúrgico a realizar y el consentimiento informado para la cirugía, verificando visualmente que el sitio de la intervención han sido marcados esto es importante porque garantiza problemas legales y tener los requerimientos apropiados para tener listos a utilizar dependiendo el caso.

Se debe llenar el protocolo de preparación quirúrgica como equipos de respiración, succión y aspiración y verificar si esta todo correcto.

En caso de trasplante de órganos se debe llevar a cabo el protocolo de trasplante completado y el protocolo de donación.

Luego se debe tomar en cuenta las precauciones de acuerdo al grado de dificultad para la entubación del paciente, verificar si al paciente tiene algún tipo de alergia algún anestésico, tomar en cuenta si se necesita líquidos intravenosos y/o corporales intravenosos en caso de complicaciones dentro del acto quirúrgico.

En esta fase son necesario las firmas del enfermero/a y del médico encargado del trasplante.

Segunda fase

En esta fase se procede a operación para que no exista descoordinación y realizar paso a paso el tipo de cirugía propuesta, hay que confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función, se debe verificar tipo de cirugía se va a realizar, y que los involucrados en la cirugía estén al tanto lo que se va a operar, la profilaxis antibiótica en los últimos 60 segundos es importante para evitar riesgos de infecciones que se puedan adquirir durante y posterior a la cirugía, las imágenes de diagnóstico ayuda a guiar y saber que técnica y procedimiento se debe realizar, también se debe controlar el tipo de sangre y no se produjo una reacción anafiláctica si no se dio el adecuado tipo sanguíneo, en caso de trasplante se

debe verificar el tipo de órgano, se debe tener prevención en Pasos críticos o no sistematizados; Duración de la operación; y Pérdida de sangre se debe controlar porque se puede producir alguna complicación durante la cirugía, el anestesiólogo debe revisar si existe algún efecto anestésico si está el paciente está aspirando y si los signos vitales están dentro de los parámetros normales, el personal de enfermería debe registrar que no exista contaminación, se debe tener el adecuado instrumental quirúrgico para las distintas cirugías y evitar el riesgo que cualquier objeto pueda quedar dentro del paciente, en el caso de trasplante se debe verificar que el órgano este adecuado para que no aumente el riesgo de rechazo.

Finalmente se debe registrar las firmas de las personas responsables como son el cirujano/a, el anestesiólogo/a y el enfermero/a con sus respectivas observaciones.

Tercera Fase

En esta última etapa antes de finalizar la operación, y que el paciente salga del quirófano, se debe confirmar que se dispone con todo el material utilizado para seguridad del paciente y la seguridad del cirujano, tener un registro de todo lo que utilizado en la cirugía. (Anexo 13 formatos de Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica)

En el Gráfico 3.22. Se muestra el siguiente diagrama de flujo muestra en que actividad se procede al llenado de la lista de verificación para la seguridad Quirúrgica.

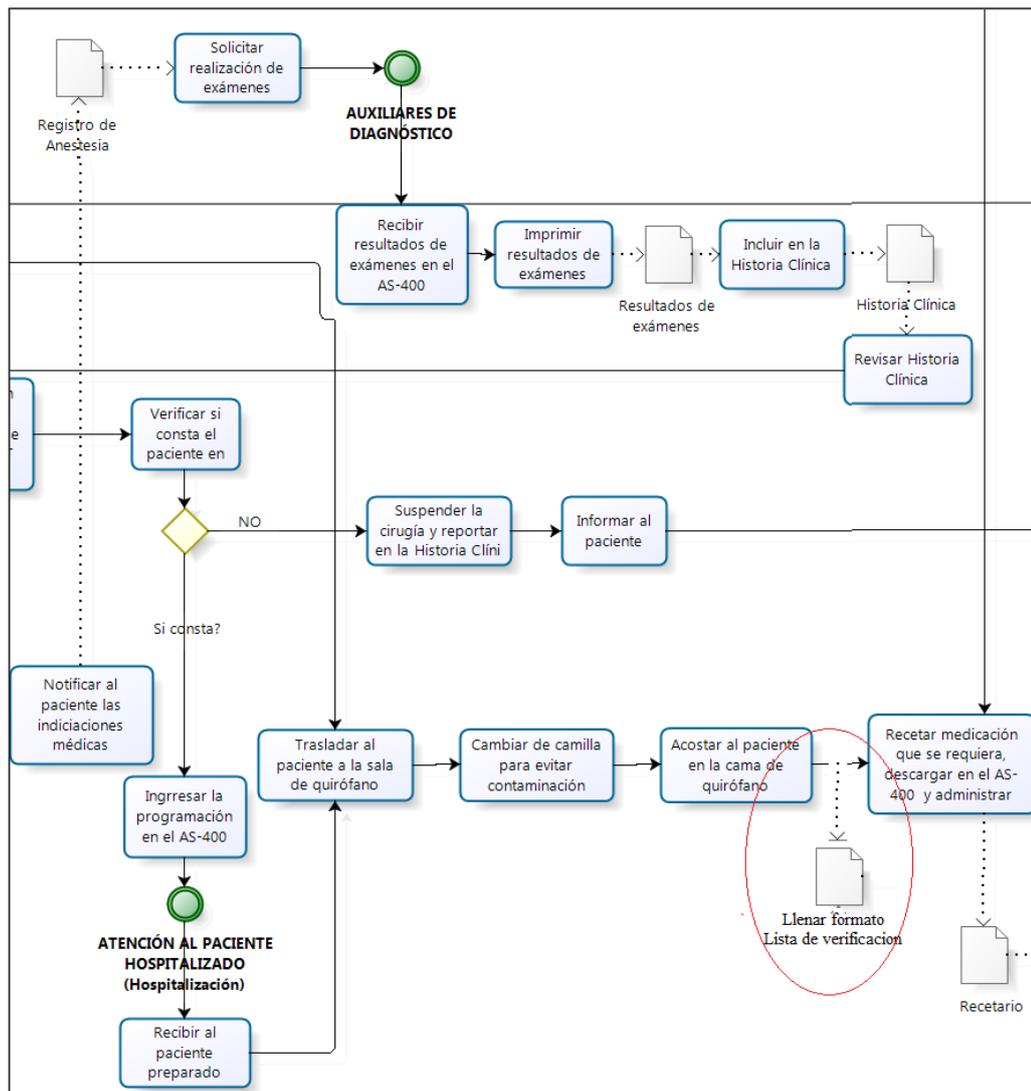


Gráfico 3.22. Diagrama de flujo de llenado de Lista de verificación de seguridad Quirúrgica
Fuente: Diagrama de Flujo del Proceso Quirófano General

Registro Intraoperatorio

Este formato sirve para monitorizar al paciente y establecer el rango de anestesia se le va a suministrar al paciente al momento de la cirugía.

Se debe registrar los datos de anesestiólogo, se debe monitorizar al paciente para que este estable, también hay que registrar los eventos intraoperatorios a utilizar, ya sea por riesgo bronco aspiración, equilibrio hidroelectrolítico, subir o bajar líquidos y pérdida de sangre, registrar el tipo de anestesia que se usa, verificar los instrumentales disponibles para una adecuada vía aérea premiable dependiendo al

tipo de anestesia, es importante identificar los acontecimientos que van sucediendo durante la cirugía de acuerdo a la máquina de anestesiología verifica que va variando durante el acto en el paciente, e ir anotando la medicación que se va a dar durante la cirugía, se toma las muertas para ver cómo está el paciente para verificar si hay tejidos benignos o malignos, verificar el balance de líquidos de pérdida de líquidos para que este bien el paciente y verificar los riesgos que se producen en los parámetros mencionados, y por último se registra el traslado dependiendo como queda el paciente si es en UCI, UCIM o Cuidados Postanestésicos.

En el Gráfico 3.23. Se muestra el siguiente diagrama de flujo muestra en que actividad se procede al llenado de la lista de verificación para la seguridad Quirúrgica. (Anexo 14 registro intraoperatorio)

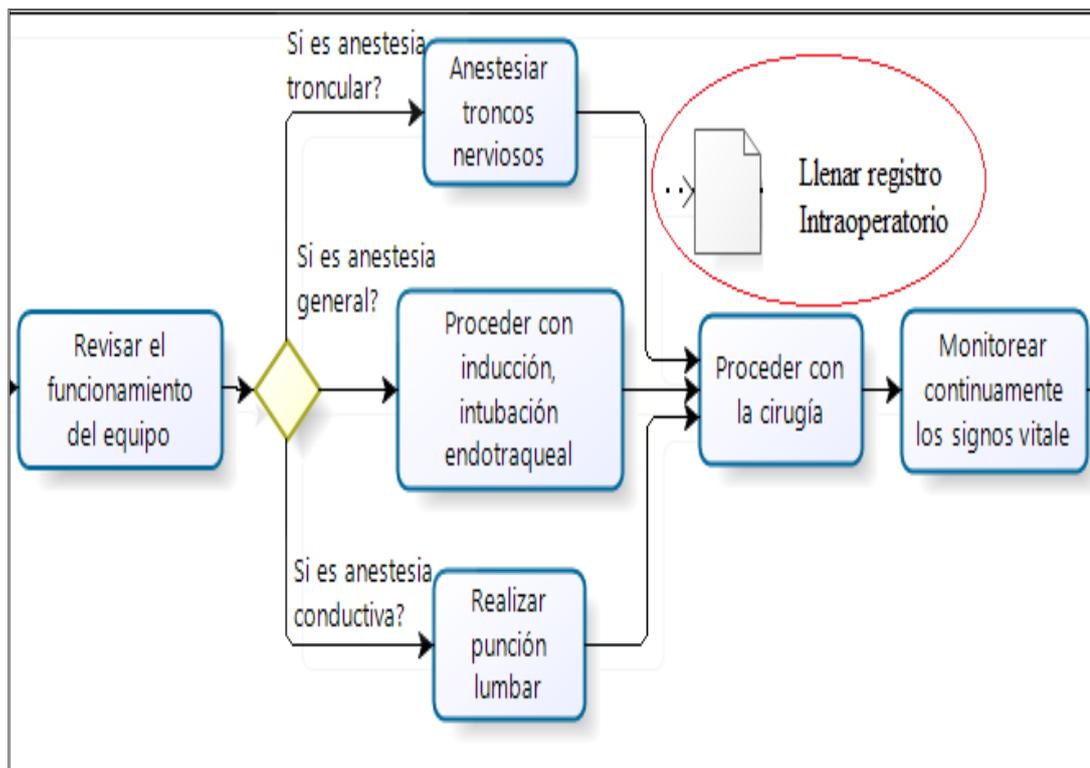


Gráfico 3.23. Diagrama de flujo de llenado de Registro Intraoperatorio
Fuente: Diagrama de Flujo del Proceso Quirófano General

Registro de Limpieza del Quirófano

La limpieza en el quirófano es un factor muy importante puesto que el registro de limpieza nos dará a conocer en forma detallada la forma y la eficacia de control de cómo se está llevando a cabo la limpieza y desinfección del área de quirófano, para evitar posibles infecciones y proliferación de micro organismos que pueden ocasionar posibles enfermedades y controlar los factores relacionados con el medio ambiente.

El registro de limpieza es un registro diario que permitirá controlar la limpieza recurrente que se realiza después de cada cirugía y comprende limpiar lámparas quirúrgicas, pisos, equipamiento médico, lavado de manos, zona circundante a la mesa quirúrgica, la limpieza terminal que se hace al final de cada día se debe limpiar lámparas quirúrgicas, todo el mobiliario, equipamiento médico, rejillas de ventilación, superficies horizontales, lavabos de manos, bodega de equipos, techos, Paredes, Pisos: zona circundante a la mesa quirúrgica, toda la sala de quirófano, piso completo, y la limpieza semestral en donde se limpia toda el área quirúrgica más los ductos.

El registro de control de limpieza de quirófano se realizara diariamente dependiendo el tipo de limpieza a efectuarse y estará firmada por el personal encargado de la limpieza y verificado por la Licenciada en Jefe de Bioseguridad del Quirófano del HJCA.

En el Gráfico 3.24. Se muestra el siguiente diagrama de flujo muestra en que actividad se procede al llenado de la lista de verificación para la seguridad Quirúrgica. (Anexo 15 lista de verificación para limpieza y desinfección del quirófano)

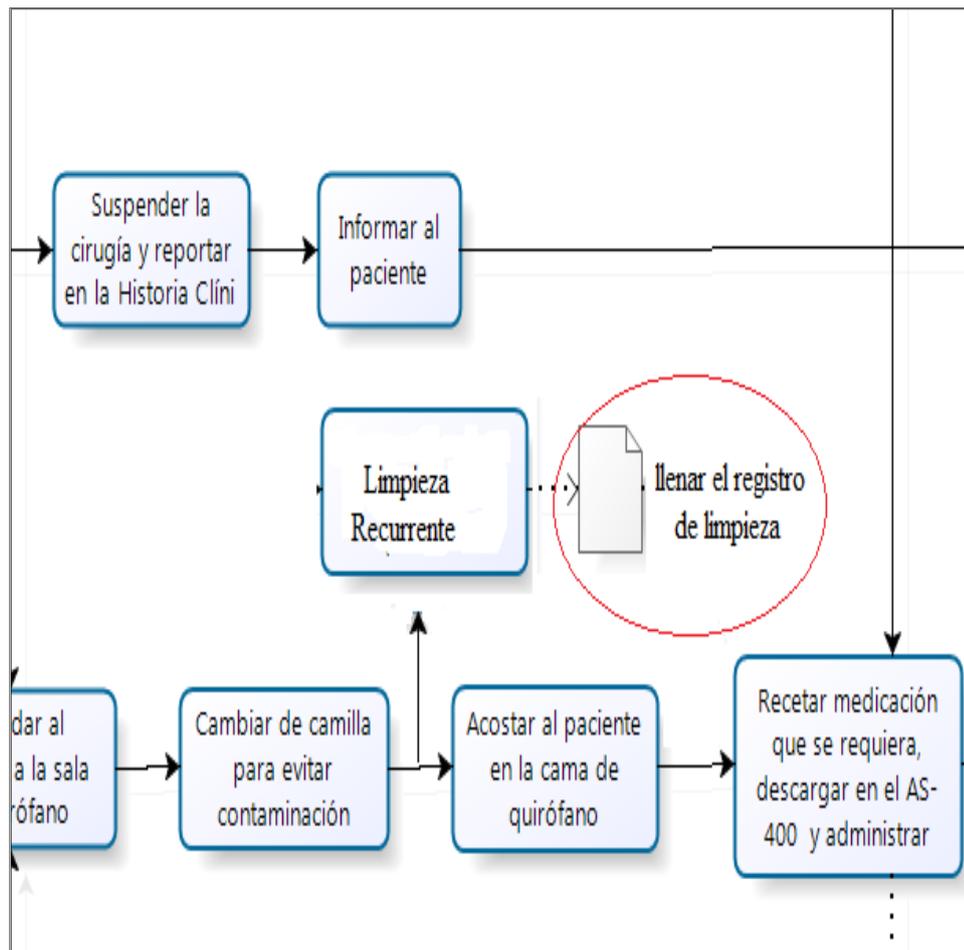


Gráfico 3.24. Diagrama de flujo de llenado de Registro de limpieza de quirófano
Fuente: Diagrama de Flujo del Proceso Quirófano General

Registro diario de pacientes para ingresar a Quirófano

Este registro es muy importante porque controla que el paciente que baje del área de hospitalización este bien preparado para evitar inconvenientes y retrasos en las cirugías y evitar doble trabajo al preparar nuevamente al paciente en quirófano.

En este registro se verifica el número de cirugía, Nombre del paciente, Historia Clínica, responsable de piso encargado/a de transportar al paciente a quirófano, origen según las siglas que manejan en el hospital, número del quirófano, Especialidad, procedimiento a realizarse.

En esta lista de control se debe registrar que el paciente cumpla con los parámetros a ingresar al quirófano para su intervención quirúrgica.

No debe tener prótesis dental, maquillaje, bisutería, lencería, debe tener el brazalete identificación, y llevar puesto la ropa quirúrgica especial para la intervención, tener las horas de ayuno, el historial clínico con los respectivos exámenes y tema AS400 y el parte operatorio que explica la planificación de la cirugía.

En el Gráfico 3.25. Se muestra el siguiente diagrama de flujo muestra en que actividad se procede al llenado de la lista de verificación para la seguridad Quirúrgica. (Anexo 16 registro diario de pacientes para ingresar a quirófano)

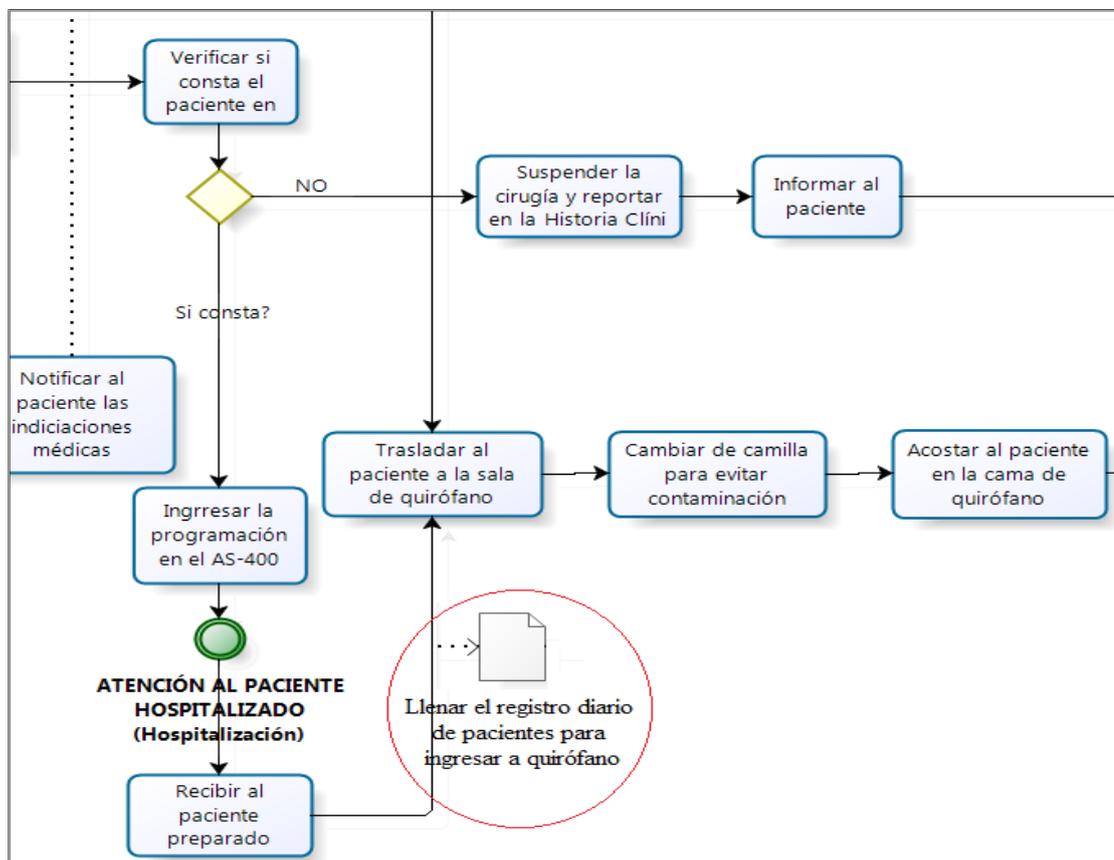


Gráfico 3.25. Diagrama de flujo de llenado de Registro diario de pacientes para ingresar a quirófano
Fuente: Diagrama de Flujo del Proceso Quirófano General

Se mostrara el Siguiete Diagrama de flujo del Proceso Quirófano General con los formatos de mejora aplicados (Ver anexo 17).

3.5 Capacitación en mejoras propuestas

Para determinar la efectividad de las fichas propuestas es necesario realizar una capacitación con el personal que estará a cargo del llenado de las mismas.

CAPACITACIÓN DE FORMATOS PARA LA MEJORA EN EL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL

Datos de la capacitación

Tema: Capacitación de formatos para la mejora en el proceso quirófono general

Fecha: 04 de febrero 2015

Lugar de Inducción: Instalaciones del hospital área quirófono

Provincia: Azuay

Ciudad: Cuenca

Hora de Inicio: 07:20

Hora de Fin: 10:00

Datos instructores

Instructor(es): 1. Inés Ortiz
2. Dr. Juan Diego Araujo

Asistentes:

Durante el proceso de inducción se contó con la participación de 15 asistentes el día 04 de febrero conforme el listado adjunto (según anexo 18).

Objetivo general:

- ✓ Capacitar al personal en temas relacionados a Calidad para fortalecer conocimientos y generar interés del personal con el Sistema de Gestión de Calidad.

Objetivos Específicos:

- ✓ Dar a conocer la Propuesta de mejoras.

- ✓ Dar a conocer al personal a cargo de las ventajas que conlleva los formatos planteados.
- ✓ Exposición detallada al personal en el llenado y uso de los formatos propuestos.

Recursos Didácticos:

- Presentación de Diapositivas
- Foto Copias de los Formatos

Descripción de las Actividades:

- Breve descripción de Gestión de Calidad
- Alcance de la capacitación
- Llenado Practico de los formatos
- Resolver inquietudes

Observaciones:

El Hospital JCA es una unidad en la que se realizan cirugías de alta, mediana y baja complejidad donde se cuenta con equipo altamente especializado para la ejecución de cirugías y administración de anestésicos, por lo que es necesario realizar una propuesta de mejora continua a la implementación de formatos ya mencionados que garantizará una mejor atención al paciente/usuario y a los colaboradores del área de Quirófano.

Firmas de responsabilidad

Dr. Juan Diego Araujo

JEFE DE ANESTESIOLOGÍA

Srta. Inés Ortiz

ESTUDIANTE

3.6 EVALUACIÓN DE MEJORAS

En la tabla 3.8 se muestra un análisis comparativo entre los requisitos de norma CLASA, la situación actual del hospital y finalmente la propuesta de mejora planteada, por lo que es necesario demostrar el porcentaje de cumplimiento, es por ello que en el análisis se consideró un valor entre cero y uno para la evaluación, 1 se usara para el parámetro que si se cumple y 0 para el parámetro que no se cumple.

		Norma	Situación Actual	Mejora Continua	
EVALUACIÓN PREANESTÉSICA	1.1.				
CONSULTA PREANESTÉSICA	1.1.1.	Antecedentes	1	1	1
		Estado clínico	1	1	1
		Exámenes para clínicos	1	1	1
		Criterios asa	1	0	1
		Clasificación de el asa para estimar el estado físico del paciente	1	0	1
		Revisión por sistemas	1	0	1
		Exámenes físicos	1	0	1
CONSULTA PREANESTÉSICA	1.1.2.	Exámenes de apoyo y diagnostico	1	0	1
		Se debe informar al paciente sobre el consentimiento informado y obtenerlo	1	1	1
EVALUACIÓN EN URGENCIA	1.1.3	El paciente de urgencia debe ser sometido a la evaluación preanestésica (inmediata) que su condición y las circunstancias permitan.	1	1	1
PREPARACIÓN PERIANESTÉSICA	1.2.				
LISTA DE CHEQUEO	1.2.1	Lista de chequeo global del paciente	1	0	1
MÁQUINA DE ANESTESIA	I	a. Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar b. Presencia de bala de oxígeno de emergencia c. Buen funcionamiento del dispositivo para administración de oxígeno de flujo rápido (flush) d. Buen estado de flujómetros, vaporizadores, circuitos (sin fugas), válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión y absorbedor de CO2 e. Buen funcionamiento del ventilador	1	1	1
MONITOREO	II	a. Básico: fonendoscopio, monitoreo electrocardiográfico, tensiómetro, oxímetro, capnógrafo y termómetro	1	1	1
PACIENTE	III	a. Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación preanestésica b. Los exámenes paraclínicos requeridos c. Consentimiento informado d. Cavidad oral: dificultad para la intubación o prótesis	1	0	1
MATERIALES, MEDICAMENTOS Y EQUIPO	IV	a. Equipo básico para el manejo de la vía aérea b. Medicamentos a utilizar c. Succión d. Cavidad oral: dificultad para la intubación o prótesis e. Vía venosa	1	1	1
REGISTRO ANESTÉSICO	1.2.2	1.2.2.1 Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico.	1	0	0
		1.2.2.2 Monitoreo del paciente.	1	0	0
		1.2.2.3 Drogas administradas.	1	0	0
		1.2.2.4 Líquidos administrados.	1	0	0
		1.2.2.5 Técnica empleada.	1	0	0
		1.2.2.6 Estado del paciente al final del acto anestésico.	1	0	0
		1.2.2.2 Monitoreo del paciente.	1	0	0
MONITOREO BÁSICO INTRAOPERATORIO	1.2.3	1.2.3.2.1 Oxigenación	1	0	1
		1.2.3.2.2 Ventilación	1	1	1
		1.2.3.2.3 Circulación	1	0	1
		1.2.3.2.4 Temperatura	1	1	1
		1.2.3.2.5 Sistema Nervioso Central	1	1	1
		1.2.3.2.5 Gases Anestésicos	1	0	1
		1.2.3.2.6 Otros Elementos De Monitoreo ASA1, ASA2, ASA3, ASA4, ASA	1	1	1
		1.2.3.2.7 Alarmas Y Monitores:	1	0	1
		1.2.3.2.8. Disponibilidad Para Rccp	1	0	1
1.2.3.2.9. Equipo Mínimo Para El Manejo De La Vía Aérea	1	0	1		
			32	12	25
			100%	37,50%	78%

Tabla 3.8. Evaluación por Ponderación.

Fuente: Entrevistas

Cabe recordar que actualmente el Hospital JCA lleva registros que cumplen con parámetros establecidos por el Ministerio de Salud Pública para su aplicación.

Estos formatos establecidos como consulta preanestésica y trans anestésico (ver anexo 6 y 7), no detallan parámetros de acuerdo al requerimiento de los médicos anestesiólogos que muestre de forma más completa del diagnóstico del paciente/usuario y de esta manera no exista ninguna complicación en el momento de la cirugía, sin embargo durante esta etapa de estudio se detecta que es necesario establecer más parámetros que permitan el control en base a información oportuna y durante el acto quirúrgico, por tal razón el HJCA adoptó e implantó nuevos formatos basándose en la norma CLASA en donde manifiesta que se debe llevar registros de control donde se evaluó la seguridad, eficiencia, efectividad y eficacia de los servicios quirúrgicos.

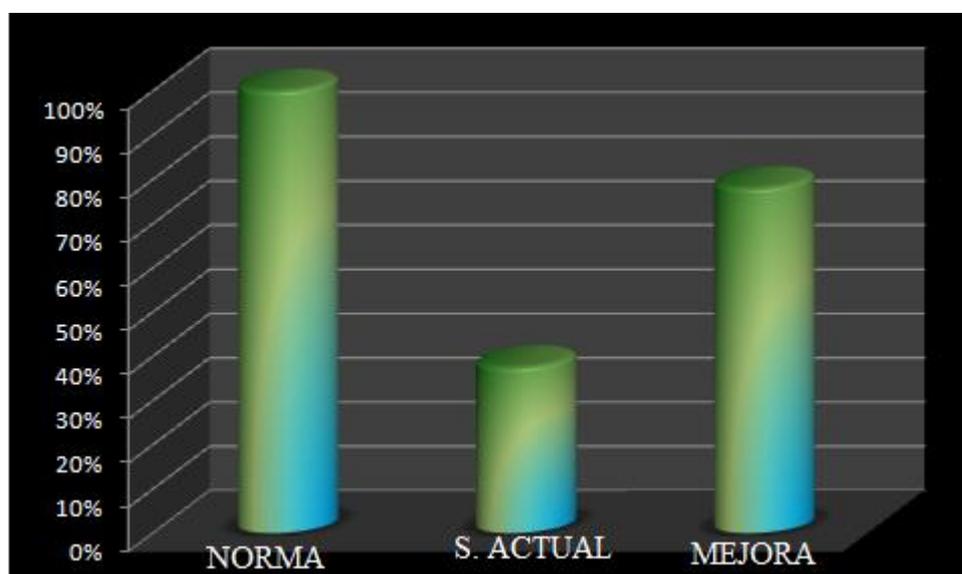


Gráfico 3.26. Evaluación de la mejora

Fuente: norma, análisis de la situación (formatos anteriores) y formatos de mejora

En el siguiente gráfico 3.26. Se puede observar que en base a la norma de la CLASA el hospital JCA en el proceso quirúrgico no cumple con el 50% de la norma en el control y verificación de las actividades quirúrgicas a realizar, para garantizar la buena práctica médica.

Con los formatos de mejora adoptados bajo la norma de la CLASA se puede verificar que la norma se cumple en un 90% con los nuevos registros de control que el hospital JCA aprobó para su llenado y así poder controlar con eficiencia y eficacia el proceso quirúrgico. (Ver anexo 2)

El análisis anterior se lo realizo conforme el Manual de Limpieza del Quirófano de la Autora Maholy Liseth Franco Párraga donde menciona lo siguiente:

“Es necesario limpiar a conciencia con agua y detergente para eliminar material orgánico de los equipos e instrumentos usados. Con este paso se eliminara a la mayoría de los microorganismos (hasta un 80%). Ni la esterilización ni la desinfección de alto nivel son eficaces sin una limpieza previa⁷”.

3.6.2 Paciente que Baja de Piso(Hospitalización)

PARÁMETROS DE EVALUACIÓN DE PACIENTE QUE BAJA DE PISO	CUMPLIMIENTO	
	Primer Escenario	Segundo Escenario
SIN MAQUILLAJE	1	1
PREPARACIÓN DE ÁREA QUIRÚRGICA (PROTOCOLO)	1	0
SIN BISUTERÍA	1	1
ASEO PERSONAL ADECUADO	1	1
SIN LENCERÍA	1	1
CON BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN	1	1
CON ROPA (BATA, GORRO)	1	1
AYUNO ADECUADO	1	1
PRESENTA HC Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	1	1
CONSENTIMIENTOS INFORMADO	1	1
PARTE OPERATORIO	1	1
	100%	90%

Tabla 3.10. Evaluación Fichas de control de pacientes que baja de piso (Hospitalización)

Fuente: Formato de paciente de baja de piso (Hospitalización)

En la tabla 3.10. Se muestra una propuesta para calificar con parámetros de cumplimiento de 0 (no cumple) y 1 (cumple), si cumple todos los parámetros el 100% el paciente está bien preparado para la cirugía y si no cumple con solo un

⁷ TECNICA DE LIMPIEZA DEL QUIROFANO, Maholy Liseth Franco Párraga, Pag. 34, 2011,

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6376/1/Franco%20P%C3%A1rraga%20Maholy%20Liseth%20.pdf>

parámetro el paciente no está preparado para la cirugía y nuevamente regresa a piso este formato sirve para controlar que el paciente ese apto para la cirugía y de esta manera no se perdería mucho tiempo en volver a preparar al paciente para la cirugía.

A continuación se plantea un ejemplo de análisis:

En el día 1 están programan 50 cirugías de las cuales se realizan 40 cirugías, el 80% de las cirugías se realizaron pero el 20% de las cirugías no se efectuaron por las siguientes causas:

- Preparación del paciente porque no cumplió los parámetros establecidos ya mencionados anteriormente.
- Porque el quirófano no estuvo apto para la cirugía.
- Porque el paciente no firmo el consentimiento informado.
- Por problemas patológicos del paciente.
- Porque la visita preanestésica no fue bien evaluada

Con este ejemplo se quiere demostrar que los formatos planteados son muy importantes para evitar retrasos y cirugías canceladas y así evitar el descontento de los pacientes/usuarios.

CAPÍTULO 4

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

La evidencia en el cumplimiento de ejecución de procedimientos ha mejorado en más del 50% con la mejora planteada a comparación de la situación actual del hospital según la norma CLASA.

Con la implementación de los formatos se espera que el hospital José Carrasco Arteaga tenga importantes resultados que garanticen el bienestar, seguridad y comodidad de los pacientes/usuarios.

Como se pudo evaluar en el Capítulo 4 de esta investigación los formatos dan soporte de control en los procedimientos y evita inconvenientes al momento de intervención quirúrgica.

Se espera que al llevar un Registro del Consentimiento Informado el anesthesiologo pueda tener un respaldo legal y apoyo de procedimientos para evitar problemas legales establecidos en frente al Código Integral Penal en su Artículo 146. Donde se refiere a mala práctica profesional.

Para el hospital JCA la excesiva rotación del personal podría generar inconvenientes al momento de usar los formatos planteados debido a que el personal nuevo posiblemente no esté acostumbrado a llenar este tipo de formatos.

Se espera que con la mejora planteada los médicos tratantes del proceso quirúrgico puedan brindar una atención más personalizada con el paciente.

Con la implementación del proceso de mejora el HJCA sería el plan piloto en seguridad quirúrgica en aplicación de estos formatos como modelo a seguir en la seguridad social a nivel nacional.

4.2 RECOMENDACIONES

En el futuro para tener una mejor gestión y control por parte de los auditores médicos se debería cambiar el sistema operativo AS-400 originario de 1988 que actualmente utiliza el HJCA, con un nuevo software podría implementar formatos digitales para optimizar recursos.

Los formatos planteados deberían irse innovando con los años de acuerdo a las necesidades y requerimientos que se vayan generando en la valoración del paciente, esta innovación es parte de la mejora continua planteada.

Realizar periódicamente autoevaluaciones de los formatos para verificar el cumplimiento de las actividades dentro del proceso Quirófano está bien desarrolladas.

Realizar cada 6 meses seguimiento de los formatos para realizar acciones correctivas y de mejora de acuerdo a los requerimientos médicos que se vayan generando en el transcurso del tiempo.

Concientizar al personal sobre los beneficios que genera el servicio de Calidad en los procesos, ya que esto refleja la imagen del Hospital José Carrasco Arteaga.

Con el análisis FODA realizado se logró identificar sus fortalezas, oportunidades, debilidades, y amenazas, este análisis debería ser aprovechado por el hospital para potenciar sus fortalezas y oportunidades y dar seguimiento a sus amenazas con el objetivo de minimizarlas.

Es necesario tener una capacitación continua, teórico-práctica de trabajo grupal para el llenado de los formatos e intercambio de experiencias de tal manera que no se tenga inconvenientes con la rotación del personal.

ANEXO 1

DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO QUIRÓFANO GENERAL

ANEXO 2

NORMA CLASA



NORMAS MINIMAS PARA EL EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGIA LATINOAMERICA 2009 Comité de Seguridad

INTRODUCCIÓN

Las normas mínimas de seguridad en anestesiología y reanimación se iniciaron en Colombia en 1984, cuando durante la presidencia del Dr. Julio Enrique Peña se encomendó a los doctores Tiberio Álvarez, Mario Granados, Alfredo León, Sebastián Merlano, Carlos Julio Parra, Amobio Vanegas y Manuel Galindo Arias, coordinados por el presidente, en su condición de miembros del Comité de Seguridad, elaborar algunas normas básicas que sirvieran de punto de referencia dentro de la práctica de la anestesiología en el país

Estas normas aparecieron en el primer número de la Revista Colombiana de Anestesiología de 1985

Posteriormente, durante la presidencia del Dr. Manuel Galindo Arias en la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología en 1987 se envió una comunicación a todas las entidades hospitalarias, en la cual se les notificaba, tanto a anesthesiólogos como a directivos hospitalarios, los mínimos elementos de monitoría que a juicio de la Sociedad debería tener todo paciente que fuese llevado a cirugía

Este documento fue bastante controvertido, incluso dentro de los mismos anesthesiólogos: algunos sostenían que, basados en dicha comunicación, un anesthesiólogo podría llegar a tener problemas legales por suministrar anestesia sin alguno de los elementos enunciados

Este temor era fundado, pero fue satisfactorio poder comprobar que gracias a la tenacidad de la Sociedad Cundinamarquesa y posteriormente de la SCARE, se logró que las instituciones, presionadas por los anesthesiólogos y por la Sociedad, aceptaran la necesidad de proveer a los anesthesiólogos con la monitorización adecuada

Vino luego la promulgación de la Ley 6ª de 1991 que le dio a nuestro gremio un arma legal para exigir lo que sin Ley ya estábamos exigiendo

La Asamblea de la SCARE efectuada en Manizales, Colombia en Agosto de 1991 aprobó las primeras NORMAS MÍNIMAS DE SEGURIDAD EN ANESTESIA que con ese nombre se publicaron, gracias al invaluable aporte científico de los Drs. Pedro Ibarra y Germán Parra, las que se difundieron ampliamente, tanto en Colombia como en Latinoamérica

Posteriormente estas normas han sufrido algunas modificaciones, tanto en Asambleas de SCARE como en Asambleas de CLASA, obteniéndose finalmente este documento que consideramos bastante adecuado a nuestra situación

1. EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGÍA



NORMAS MINIMAS PARA EL EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGIA LATINOAMERICA 2009 Comité de Seguridad

1.1. EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

Es mandatoria en todo paciente. En ella el médico anestesiólogo debe establecer el estado clínico del paciente, su estado físico según la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA) y las pautas de manejo que considere pertinentes. Debe consignarse explícitamente todo lo referido a continuación. (Puede servir de patrón el anexo 1)

1.1.1. Consulta Preanestésica

- 1.1.1.1. Debe incluir antecedentes, estado clínico, revisión de exámenes paraclínicos (ver sección 9), conceptos de otros especialistas, ASA. Si se considera necesario, se pedirán nuevos exámenes o conceptos especializados
- 1.1.1.2. El día de la cirugía, el especialista a cargo del caso debe revisar que la información anterior esté completa y consignada en el registro anestésico
- 1.1.1.3. Se debe informar al paciente o a sus familiares sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado

1.1.2. Consulta Preanestésica Intrahospitalaria

Es la que se realiza en los pacientes hospitalizados. En ella debe establecerse el estado clínico actual. Se debe informar al paciente, si no se ha hecho previamente, sobre el riesgo del acto anestésico y se debe obtener el consentimiento informado

1.1.3. Evaluación en Urgencias

El paciente de urgencia debe ser sometido a la evaluación preanestésica (inmediata) que su condición y las circunstancias permitan

1.2. PREPARACION PERIANESTÉSICA

1.2.1. Lista de Chequeo

El anestesiólogo debe colaborar con el cirujano y el resto del equipo quirúrgico para completar una lista de chequeo global del paciente con al menos los ítems de la lista de chequeo recomendada y validada por la OMS/OPS y que ha sido adoptada por la SCARE

- 1.2.1.1. Antes de iniciar el acto anestésico, el anestesiólogo debe hacer una revisión que incluya lo siguiente:



**NORMAS MINIMAS PARA EL EJERCICIO DE
LA ANESTESIOLOGIA LATINOAMERICA 2009**
Comité de Seguridad

- 1.2.1.2. Máquina de Anestesia
- 1.2.1.3. Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar
- 1.2.1.4. Presencia de bala de oxígeno de emergencia
- 1.2.1.5. Buen funcionamiento del dispositivo para administración de oxígeno de flujo rápido (flush)
- 1.2.1.6. Buen estado de flujómetros, vaporizadores, circuitos (sin fugas), válvulas unidireccionales, válvula de sobrepresión y absorbedor de CO₂
- 1.2.1.7. Buen funcionamiento del ventilador

1.2.2. Monitoreo

- 1.2.2.1. Básico: fonendoscopio, monitoreo electrocardiográfico, tensiómetro, oxímetro, capnógrafo y termómetro cutáneo/esofágico o timpánico

1.2.3. Paciente

- 1.2.3.1. Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación preanestésica
- 1.2.3.2. Los exámenes paraclínicos requeridos
- 1.2.3.3. Consentimiento informado
- 1.2.3.4. Cavidad oral: dificultad para la intubación o prótesis
- 1.2.3.5. Vía venosa

1.2.4. Posición del paciente

- 1.2.4.1. Se deben conocer las necesidades de posicionamiento del paciente durante el procedimiento
- 1.2.4.2. Deben disponerse de los elementos para proteger al paciente en los puntos de presión y en las posiciones no anatómicas

1.2.5. Materiales, Medicamentos y Equipo

- 1.2.5.1. Equipo básico para el manejo de la vía aérea
- 1.2.5.2. Medicamentos a utilizar



**NORMAS MINIMAS PARA EL EJERCICIO DE
LA ANESTESIOLOGIA LATINOAMERICA 2009**
Comité de Seguridad

1.2.5.3. Succión

1.2.5.4. En el área quirúrgica debe haber disponible un desfibrilador y un equipo para manejo de vía aérea difícil. (Ver 1.3.11)

1.2.6. Hipertermia maligna

1.2.6.1. Es altamente deseable que todo sitio con ofrecimiento de servicios anestesiológicos tenga estrategias explícitas para la obtención urgente de dantrolene para el manejo de una crisis de hipertermia maligna

1.2.7. Registro Anestésico: Debe incluir:

1.2.7.1. Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico

1.2.7.2. Monitoreo del paciente

1.2.7.3. Drogas administradas

1.2.7.4. Líquidos administrados

1.2.7.5. Técnica empleada

1.2.7.6. Estado del paciente al final del acto anestésico

1.2.7.7. Monitoreo Básico Intraoperatorio

1.2.7.8. Estrategias para el control del dolor postoperatorio

1.2.8. Siempre debe haber un médico anestesiólogo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía. En el quirófano debe haber personal entrenado para colaborar en el monitoreo y en la ejecución del acto anestésico



**NORMAS MINIMAS PARA EL EJERCICIO DE
LA ANESTESIOLOGIA LATINOAMERICA 2009**
Comité de Seguridad

1.2.9. Todo procedimiento anestesiológico invasivo deberá realizarse previo lavado de manos

1.3. CUIDADO PERIANESTÉSICO

1.3.1. Durante el acto anestésico se debe evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente

1.3.2. Oxigenación:

1.3.2.1. Debe medirse la saturación del oxígeno en sangre mediante un oxímetro de pulso

1.3.2.2. Debe medirse la concentración de oxígeno en el gas inspirado mediante un analizador de oxígeno

1.3.3. Ventilación

1.3.3.1. Cuando se utilicen métodos para controlar la vía aérea, se deben auscultar los ruidos respiratorios, evaluar la excursión del tórax, y observar el balón reservorio

1.3.3.2. Cuando se practique intubación endotraqueal, se debe verificar la posición del tubo a través de la auscultación

1.3.3.3. Si la ventilación es mecánica, se debe contar con alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión

1.3.3.4. Si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea o cánula orofaríngea COPA -cuffed oropharyngeal airway- o afín), se deberá tener alarma de presión alta de la vía aérea

1.3.3.5. La capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general

1.3.3.6. Durante anestesia regional se debe evaluar permanentemente la ventilación mediante signos clínicos

1.3.3.7. Si la máquina de anestesia está provista de ventilador, éste debe tener los siguientes parámetros mínimos:



NORMAS MINIMAS PARA EL EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGIA LATINOAMERICA 2009 Comité de Seguridad

- 1.3.3.7.1. Control de frecuencia respiratoria
- 1.3.3.7.2. Control para fijar volumen corriente y volumen minuto
- 1.3.3.7.3. Control para relación inspiración/expiración
- 1.3.3.7.4. Alarmas para presión inspiratoria máxima y de desconexión
- 1.3.3.7.5. Al ventilador se le debe poder monitorizar la presión de la vía aérea, siendo deseable la posibilidad de medir volumen corriente espirado

1.3.4. Circulación

- 1.3.4.1. El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanentemente
- 1.3.4.2. Se deben hacer tomas de tensión arterial y frecuencia cardíaca por lo menos cada cinco minutos
- 1.3.4.3. Cuando lo considere necesario, el anestesiólogo recurrirá a la palpación del pulso o a la auscultación de los ruidos cardíacos

1.3.5. Temperatura

- 1.3.5.1. Es mandatoria en cirugía cardíaca, en trauma moderado o severo, en cirugía de neonatos y de infantes menores, en cirugías de más de tres horas y en aquellas en la que se prevean pérdidas sanguíneas superiores a la volemia. Siempre debe haber la posibilidad de monitorizar la temperatura
- 1.3.5.2. Es altamente deseable disponer de métodos para evitar el enfriamiento, y/o calentar al paciente



NORMAS MINIMAS PARA EL EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGIA LATINOAMERICA 2009 Comité de Seguridad

1.3.6. Sistema Nervioso Central

- 1.3.6.1. Es recomendable el uso de análisis biespectral o similares, en pacientes bajo anestesia total intravenosa o con técnicas basadas en opioides

1.3.7. Gases anestésicos:

- 1.3.7.1. El monitoreo de los gases anestésicos inspirados y espirados es altamente deseable

1.3.8. Otros elementos de monitoreo:

- 1.3.8.1. Cuando las condiciones del paciente o el tipo de cirugía lo requieran, se deberá monitorizar la diuresis, la presión arterial invasiva, la saturación venosa de oxígeno, el gasto cardíaco, presión venosa central, la presión de arteria pulmonar, y otros parámetros según necesidad
- 1.3.8.2. Es altamente deseable monitorizar la relajación muscular mediante el estimulador de nervio periférico

1.3.9. NOTA 1: ALARMAS Y MONITORES:

- 1.3.9.1. Durante todo el tiempo que dure el procedimiento anestésico, los monitores deben permanecer prendidos, con las alarmas activadas y con el volumen adecuado para que puedan ser escuchadas. Se considera práctica muy peligrosa desconectar o silenciar las alarmas sin una justificación expresa, tanto en el quirófano como en la UCPA, mientras el paciente esté bajo el cuidado de un anestesiólogo

1.3.10. NOTA 2: Disponibilidad para RCCP

- 1.3.10.1. En el área en la cual se administre anestesia debe disponerse siempre de todos los elementos necesarios para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar (RCCP), incluyendo las drogas pertinentes y el desfibrilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente. El anestesiólogo es por definición experto en RCCP

1.3.11. EQUIPO MÍNIMO PARA EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA

- 1.3.11.1. Toda institución hospitalaria que cuente con servicios de



**NORMAS MINIMAS PARA EL EJERCICIO DE
LA ANESTESIOLOGIA LATINOAMERICA 2009
Comité de Seguridad**

anestesiología, debe tener disponible las 24 horas un Carro de Vía Aérea, móvil, con los siguientes elementos:

- 1.3.11.2. Hojas de laringoscopio curvas y rectas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas
- 1.3.11.3. Bujías o guías
- 1.3.11.4. Máscaras laríngeas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas
- 1.3.11.5. Equipo para practicar cricotiroidotomía por punción o percutánea
- 1.3.11.6. Es altamente recomendable disponer de una máscara laríngea tipo Fastrach®
- 1.3.11.7. Además, en hospitales de tercero y cuarto nivel debe contarse con un fibrobroncoscopio
- 1.3.11.8. En estos hospitales de tercer o cuarto nivel, también es deseable disponer de elementos para practicar intubación retrógrada

1.3.12. Entrega de pacientes

- 1.3.12.1. Cuando un anesthesiologo tiene que entregar su paciente a otro anesthesiologo, debe informarle la condición previa del paciente, el manejo realizado, eventos relevantes y plan inmediato
- 1.3.12.2. En el registro anestésico el anesthesiologo que entrega debe dejar constancia de la entrega y de las condiciones del paciente en ese momento

**1.3.13. Normas específicas para la anestesia obstétrica
(adicional a las normas mínimas generales)**

- 1.3.13.1. Ningún procedimiento anestésico debe practicarse hasta que la paciente y el feto hayan sido evaluados por la persona acreditada para ello
- 1.3.13.2. En la sala de cirugía debe haber una persona calificada, diferente del anesthesiologo, para atender al recién nacido

ANEXO 3

EXTRACTO DE LA CLASIFICACION NORMA ASA

ASA 1	Paciente Sano	
ASA 2	Paciente con alguna alteraciones sistémicas leves a moderadas , que no produce incapacidad o limitación funcional.	HTA controlada, anemia, tabaquismo, diabetes controlada, asma, embarazo, obesidad, edad < de 1 año o > de 70 años.
ASA 3	Paciente con alguna alteraciones sistémicas grave, que produce limitación funcional definida y en determinado grado.	Angor, HTA no controlada, Diabetes no controlada, Asma, EPOC, Historia de IAM, Obesidad Mórbida.
ASA 4	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante que constituye una amenaza constante para la vida y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía	Angor inestable, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca global, hepatopatía, insuficiencia renal.
ASA 5	Pacientes terminales o moribundos, con unas expectativas de supervivencia no superior a 24 horas con o sin tto quirúrgico.	
ASA 6	Paciente con muerte cerebral.	

ANEXO 4

**MANUAL DE APLICACIÓN DE LISTA OMS DE LA SEGURIDAD DE LA
CIRUGIA**

ALIANZA MUNDIAL PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

**LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE
LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA
MANUAL DE APLICACIÓN
(1ª EDICIÓN)**

LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS



**Organización
Mundial de la Salud**



INTRODUCCIÓN

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa **La cirugía segura salva vidas** como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestelistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. El resultado ha sido la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, 1ª edición (disponible en www.who.int/patientsafety/challenge/safesurgery/en), que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas. *La Lista de verificación* no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

ANEXO 5

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN SU ESTATUTO ORGÁNICO DE
GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DE LOS HOSPITALES**

**Ministerio de Salud Pública**

- p. Aplicar y asegurar que se apliquen las políticas, normas y procedimientos de las unidades agregadoras de valor;
- q. Supervisar al personal médico, técnico y operativo de las unidades a su cargo, asegurando su participación efectiva en la prestación especializada de servicios médicos estandarizados de alta calidad;
- r. Dirigir y Supervisar al personal médico, establecer la cobertura, la asignación de capital humano, procurar la optimización del perfil profesional del personal médico, de enfermería y auxiliares y evaluar su desempeño en la prestación de servicios;
- s. Representar al Hospital en reuniones y eventos técnicos - médicos y ser su portavoz en esos ámbitos;
- t. Monitorear el cumplimiento del plan de infecciones (epidemiólogo) en los servicios y dictar las medidas para corregir desviaciones;
- u. Supervisar que se cumplan las metas del Plan Nacional de Desarrollo, en lo relacionado con la prestación del servicio de salud pública;
- v. Evaluar la productividad de los servicios hospitalarios y coordinar la generación de estadísticas especializadas;
- w. Proponer, desarrollar, promover, aplicar y hacer que se apliquen las normas y procedimientos técnicos, del manejo y utilización de instalaciones, equipos e instrumental médico;
- x. Definir y coordinar el plan de control de calidad de las diferentes áreas técnicas agregadoras de valor.
- y. Subrogar al Gerente de Hospital por ausencia temporal, previa autorización y conocimiento del nivel desconcentrado de la Autoridad Sanitaria Nacional;
- z. Responder ante las demandas de la Gerencia de Hospital.

La Dirección Asistencial se gestiona a través de las siguientes unidades:

- Unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas (De acuerdo al tipo, complejidad y nivel resolutivo de cada hospital)
- Unidad de Cuidados de Enfermería
- Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (De acuerdo al tipo, complejidad y nivel resolutivo de cada hospital)
- Unidad de Docencia e Investigación (De acuerdo a la acreditación en docencia e investigación)

2.1.1. Gestión de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas

Unidad Responsable: Unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas

Misión: Dirigir y coordinar la gestión de la/s especialidad/es clínica/s y/o quirúrgica/s de atención que, de acuerdo con su cartera de servicios, se lleve a cabo en el hospital, con el fin de que los procesos se diseñen y ejecuten desde la perspectiva y necesidades del paciente, de forma que la atención sea accesible y se preste con una visión integral y de forma articulada, ajustada a estándares de calidad científico-técnicos y de utilización adecuada de los recursos.



30001537

Ministerio de Salud Pública

La cantidad de especialidades dependerá de la cartera de servicios que ofrece cada hospital. La cartera de servicios de cada hospital será evaluada y propuesta por la Gerencia Hospitalaria, y aprobada por la Autoridad Sanitaria Nacional en función del nivel de hospital y las necesidades de salud de la población.

Responsable: Subdirector/a / Coordinador/a de Especialidad/es Clínica/s y/o Quirúrgica/s

Atribuciones y responsabilidades:

- a. Ser el responsable de las actividades y el servicio de su Especialidad Clínica y/o Quirúrgica o grupo de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas;
- b. Coordinar la atención integral a los procesos a su cargo sustentada en medicina basada en evidencia, guías de práctica clínica y protocolos de atención que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipología de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
- c. Conocer el estado de los pacientes atendidos en su ámbito de acción y asegurar que se facilite oportunamente la información a pacientes y familiares;
- d. Articular y coordinar la gestión de Cuidados de Enfermería en su ámbito de acción;
- e. Velar por el cumplimiento y aplicación del sistema de referencia y contra referencia, e interconsultas;
- f. Autenticar y suscribir las certificaciones de atención y administrativas de su ámbito de acción;
- g. Liderar las sesiones clínicas, clínico patológicas y otras actividades científicas de su servicio;
- h. Coordinar con la gestión de Docencia e Investigación lo inherente a la rotación de Estudiantes;
- i. Proponer programas de investigación, docencia y capacitación en su ámbito de acción;
- j. Participar en los comités de acuerdo a la disposición del Director/a Asistencial o Director/a de Hospital;
- k. Elaborar los planes contingencias asistenciales de su ámbito de acción;
- l. Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción;
- m. Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo;
- n. Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias del/los servicios a su cargo;
- o. Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial o Dirección de Hospital.

Los procesos independientemente de su configuración en cada hospital, incluirán siempre los productos que se detallan a continuación.

Productos y Servicios:

- a. Evaluación y clasificación de pacientes;
- b. Diagnóstico y tratamiento del paciente registrado en el expediente único de su Historia Clínica;
- c. Atención integral a los procesos clínicos sustentada en Medicina Basada en Evidencia, Guías de práctica clínica y protocolos de atención que incluyan a todos los niveles asistenciales, en todas las tipología de pacientes y procesos susceptibles de ser atendidos en el hospital, de acuerdo con la cartera de servicios autorizada por el MSP;
- d. Información a pacientes y familiares;
- e. Prescripciones del tratamiento médico respectivo;
- f. Recetas de medicamentos y solicitud dispensación;



[Handwritten signature]



00001537

Ministerio de Salud Pública

- b. Articular y coordinar la gestión de su ámbito de acción con las unidades de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas del hospital;
- c. Proponer programas de investigación, docencia y capacitación para su ámbito de acción;
- d. Participar en los comités de acuerdo a la disposición del Director/a Asistencial o Director/a de Hospital;
- e. Velar por el cumplimiento de los planes de contingencias asistenciales de ser el caso;
- f. Planificar, organizar y mantener un registro de las actividades realizadas en su ámbito de acción;
- g. Coordinar con la Unidad de Talento Humano los horarios y salidas del personal a su cargo;
- h. Elaborar el listado de requerimientos y necesidades operativas propias de su área;
- i. Responder ante las demandas de la Dirección Asistencial.

Productos y Servicios:

Centro Quirúrgico

- a. Evaluación y clasificación del riesgo anestésico;
- b. Realización de intervenciones y procedimientos quirúrgicos de acuerdo al estado de salud y requerimiento de cada paciente;
- c. Atención a los post operatorios inmediatos;
- d. Registro de todos los componentes, su evolución y seguimiento en el expediente único de Historia Clínica de los pacientes;
- e. Prescripciones del tratamiento médico respectivo;
- f. Solicitud de estudios y exámenes complementarios que requiera cada caso;
- g. Ingresos y transferencias de los pacientes de acuerdo a su estado de salud;
- h. Desarrollo de información, elaboración y requerimiento del consentimiento informado de cada paciente;
- i. Informes periódicos de condiciones clínico quirúrgicas de pacientes, de acuerdo al requerimiento de la Dirección Asistencial;
- j. Reporte diario del cronograma de cirugías programadas;
- k. Sesiones clínicas, clínico patológicas y otras actividades científicas;
- l. Reportes de la aplicación del sistema de referencia y contra referencia e interconsultas;
- m. Indicadores de gestión diaria del trabajo, partes diarios de trabajo.

ANEXO 6

FORMATO ANTERIOR DE CONSULTA PREANESTÉSICA

ANEXO 7

FORMATO ANTERIOR TRANS-ANESTÉSICO

ESTABLECIMIENTO _____		PRE - ANESTESICO		LOCALIDAD _____										
APELLIDO PATERNO _____		MATERNO _____		NOMBRES _____										
FECHA _____		EDAD _____	SEXO _____	ESTATURA _____	PESO _____									
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO _____		DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO _____		OPERACION PROPUESTA _____										
CIRUJANO _____		AYUDANTES _____		OPERACION REALIZADA _____										
ANESTESIOLOGO _____		AYUDANTES _____		INSTRUMENTADORA _____										
REGISTRO TRANS - ANESTESICO														
AGENTES	HORA	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
<input type="checkbox"/> PRESION ARTERIAL <input type="checkbox"/> PULSO <input type="checkbox"/> INDUCCION <input type="checkbox"/> INCISION <input type="checkbox"/> FIN-ANESTESIA <input type="checkbox"/> TEMPERATURA <input type="checkbox"/> F.E.T.O. <input type="checkbox"/> PRES. VENOSA <input type="checkbox"/> PRES. VENOSA <input type="checkbox"/> RESPIRACION EXPONTANEA <input type="checkbox"/> R. CONTROLADA <input type="checkbox"/> R. ASISTIDA <input type="checkbox"/> TORNIQUETE		220 21 200 19 180 17 160 15 140 13 120 11 100 9 80 7 60 5 40 3 2 1 0												
DROGAS ADMINISTRATIVAS														
POSICION														
X	<input type="checkbox"/> Inducción	4			8			DURACION ANESTESIA						
1		5			9			HS. MIN.						
2		6			10			DURACION OPERATIVA						
3		7			11			HS. MIN.						
TECNICAS		INFUSIONES			COMPLICACIONES OPERATORIAS									
GENERAL	<input type="checkbox"/> CONDUCTIVA	D	DEXTROSAS		cc	HIPOTENSION	ARRITMICAS							
SISTEM. ABIERTO	<input type="checkbox"/> ASEPCIA DE PIEL	R	RINGER		cc	DEPRESION RESPIRATORIA	PERFORACION DURAMADRE							
SISTEM. CERRADO	<input type="checkbox"/> CON: _____	S	SANGRE		cc	DIFICULTAD TECNICA	NAUSEAS-VOMITOS							
SISTEM. SEMI-CERR.	<input type="checkbox"/> JABON	E	EXPANSORES		cc	CONDUCTIVA INSUFICIENTE	LARINGOESPASMO							
APARATOS USADOS	<input type="checkbox"/> RAQUIDEA	TOTAL			cc	CAMBIO DE TECNICA								
CIRC. <input type="checkbox"/> VAIVEN	<input type="checkbox"/> ESPIDURAL CAUD.	HEMORRAGIAS												
MASCARA <input type="checkbox"/> SIMPLE	<input type="checkbox"/>	cc APROX.												
INTB. OROTRAQUEAL	<input type="checkbox"/> CONTINUA	APGAR			COMENTARIOS:									
RAPIDA <input type="checkbox"/> LENTA <input type="checkbox"/>	ALTURA PUNCION:	1 MIN	5 MIN	10 MIN							FETO MUERTO			
TUBO No. _____	PUNCION LAT. <input type="checkbox"/>	TECNICAS ESPECIALES												
MANGUITO INFLAB <input type="checkbox"/>	LINEA MEDIA <input type="checkbox"/>													
TAPONAMIENTO <input type="checkbox"/>	AGUJA N° _____													
ANST TOPICA <input type="checkbox"/>	NIVEL _____													
ANST TRANSORAL <input type="checkbox"/>	HERPERBARA <input type="checkbox"/>													
	POSICION PACIENTE _____													
		CONDUCIDO A: _____		HORA: _____		FIRMA DEL ANESTESIOLOGO _____								

ANEXO 8

ENTREVISTAS REALIZADAS AL JEFE DEL ÁREA DE QUIROFANO

	ENTREVISTA PARA DETERMINAR LA PERCEPCIÓN Y CALIDAD DEL SERVICIO
---	--

Estimado Dr Juan Diego Araujo, ya que nuestros pacientes/usuarios son muy importantes en nuestra misión, objetivos y retos y al ser un hospital centrado en satisfacer las necesidades de los clientes, su opinión es muy importante para mejorar nuestra calidad del servicio por lo se requiere que se responda de la manera más clara y sincera.

Lugar y Fecha: Diciembre 20 del 2015

1. ¿Existe el personal completamente capacitado para suministro de anestesia y manipulación de los equipos médicos?

Contamos con un personal altamente capacitado para proceder con el suministro de anestésicos porque continuamente estamos ejecutando talleres de capacitación de suministro y verificación de anestesia para ello garantiza la buena práctica médica en el área de quirófano en el proceso de suministro de anestesia.

2. ¿Existe una completa evaluación en el procedimiento anestésico?

Se se lleva una completa evaluación en la consulta pre-anestésica y se registra un control pero el registro pre-anestésico no tiene parámetros completos para identificar diversas circunstancias que se requieren al momento de evaluación del paciente.

3. Existe algún documento para garantizar la seguridad del paciente al momento de la cirugía del proceso quirúrgico.

No existe un documento de control y de respaldo para el anestesiólogo que verifique que el paciente no corre ninguna complicación en la cirugía se hace un registro que garantiza la seguridad quirúrgica del paciente.


HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA

 Juan Diego Araujo Astudillo
 JEFE DE ANESTESIOLOGÍA
 Firma del entrevistado

Estimado Dr Juan Diego Araujo, ya que nuestros pacientes/usuarios son muy importantes en nuestra misión, objetivos y retos y al ser un hospital centrado en satisfacer las necesidades de los clientes, su opinión es muy importante para mejorar nuestra calidad del servicio por lo se requiere que se responda de la manera más clara y sincera.

Lugar y Fecha: Enero 23 del 2015

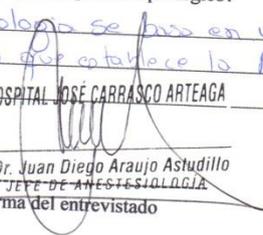
1. ¿Cuál es la situación actual del área de quirófano?
El HSCA es una unidad médica en donde se realizan cirugías de alta de mediana y bajo complejidad donde se cuenta con equipo altamente especializado para la ejecución de cirugía y administración de anestésicos e instrumental en quirófano se encuentra abastecido con un stock de farmacia e insumos.

2. ¿Poseen algún documento legal firmado por el paciente previa intervención?
No existe un documento legal firmado que el paciente de su consentimiento para proceder al suministro de anestesia en la que se le informe al paciente sobre los posibles riesgos que se pueden presentar al momento de suministro de anestesia.

3. ¿Posee protocolos estandarizados para el proceso quirúrgico?
Se está trabajando en estos protocolos pero aún no están listos para proceder a su ejecución.

4. ¿Posee manuales de procedimientos para el proceso quirúrgico?
El personal de anestesiología se basa en un manual de buenos practicas médicos que establece la ASA. un manual del área no hay.

HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA



Dr. Juan Diego Araujo Astudillo
 JEFE DE ANESTESIOLOGIA
 Firma del entrevistado

Estimado Dr Juan Diego Araujo, ya que nuestros pacientes/usuarios son muy importantes en nuestra misión, objetivos y retos y al ser un hospital centrado en satisfacer las necesidades de los clientes, su opinión es muy importante para mejorar nuestra calidad del servicio por lo se requiere que se responda de la manera más clara y sincera.

Lugar y Fecha: Enero 30 del 2015

1. ¿Hay control permanente en los tratamientos médicos?

Si existe un tratamiento médico pero no existe control en los mismos que garantice como evidencia que las actividades estén bien estructuradas en un debido seguimiento de control.

2. ¿Hay equipos médicos acordes con el nivel de atención del servicio?

Se existen equipos médicos con tecnología adecuada que garantiza la buena práctica médica en la ejecución del proceso quirúrgico.

3. ¿Hacen uso de los equipos médicos para la prestación del servicio?

Siempre se hace un debido uso a los equipos médicos para que tienen un mantenimiento constante para su buen funcionamiento y así no tener inconvenientes al momento del acto quirúrgico.


HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA
 Dr. Juan Diego Araujo Astudillo
 JEFE DE ANESTESIOLOGIA
 Firma del entrevistado

ANEXO 9

**ENTREVISTA REALIZADA AL LA LICENCIADA JEFE DE ENFERMERIA
DEL ÁREA DE CIRUGÍA**

Estimado(a) _____, ya que nuestros pacientes/usuarios son muy importantes en nuestra misión, objetivos y retos y al ser un hospital centrado en satisfacer las necesidades de los clientes, su opinión es muy importante para mejorar nuestra calidad del servicio por lo se requiere que se responda de la manera más clara y sincera.

Lugar y Fecha: Enero, 10 de 2015

1. Existe un manual de procedimientos que identifique un debido control de la limpieza para evitar errores y posibles contaminaciones.

Por el momento el manual de procedimientos de limpieza se está trabajando en la realización del manual pero aún no está terminado.

2. De todos los procedimientos que se llevan cual considera usted que es el que más retrasos conllevan.

El paciente que llega de piso a área de hospitalización no viene bien preparado ejemplo: siempre llega con pañales puestos, con probador dental, con maquillaje etc y esto genera retrasos en la cirugía para el paciente hay que volver a prepararlo y esto genera molestias en común es decir al personal de enfermería y al paciente.

3. ¿Existe control y disponibilidad de insumos de aseo?

Por el momento no existe un control de como se controla llevando la limpieza y garantizar que el trabajo del personal de Aseo está cumpliendo con todos los parámetros que requieren ser limpiados. y evitar posibles errores de limpieza y verificar para que no ocurra con la minimización en el área físico.



 Firma del entrevistado

ANEXO 10

ENTREVISTA REALIZADA A PACIENTES/USUARIOS



ENTREVISTA PARA DETERMINAR LA PERCEPCIÓN Y CALIDAD DEL SERVICIO

Estimado usuario, ya que nuestros pacientes/usuarios son muy importantes en nuestra misión, objetivos y retos y al ser un hospital centrado en satisfacer las necesidades de los clientes, su opinión es muy importante para mejorar nuestra calidad del servicio por lo se requiere que se responda de la manera más clara y sincera, ya que los datos proporcionados en esta entrevista son completamente confidenciales.

Lugar y Fecha: Guano, Diciembre 15 del 2014

1. Cuando acude a nuestras instalaciones, ¿Recibió la información que necesita sobre la intervención quirúrgica y proceso anestésico a someterse? .

No, me explicaron los pasos a seguir en la cirugía pero no se habló en profundidad el proceso anestésico

2. ¿Ha recibido usted y su familia toda la ayuda psicológica necesaria previa la intervención?

El psicólogo habló un poco del tema pero no hubo un apoyo en si.

3. ¿Tuvo usted y su familia la oportunidad de conocer al personal a cargo de su cirugía, en especial al anestesiólogo?

Si, incluso existió una entrevista personal

4. ¿Cuál es el mayor de sus temores en la cirugía?

Los problemas que puedan ocurrir el mal suministro de anestesia

5. ¿El trato que recibió por parte del personal de enfermería fue cordial y oportuno?

Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Aceptable	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Qué recomendación daría para que usted se sienta seguro previa la intervención?

Una mejora en el apoyo psicológico, y que se de a conocer de mejor manera el proceso de la cirugía

7. ¿El personal médico anestesiólogo le transmite confianza y seguridad?

NO, porque me parece que es la parte donde mayor complicaciones podría tener por el mal suministro de anestesia

8. ¿Considera que el tiempo de espera en la habitación preoperatoria es adecuado?

Si, porque por parte del personal a cargo se da un trato agradable.

9. ¿El personal médico y de apoyo aclara sus inquietudes?

Si, porque me respondieron todas mis inquietudes.

10. ¿Se encuentran en buenas condiciones las instalaciones?

Si, porque se ve que los equipos médicos son nuevos.

ANEXO 11

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONSULTA PREANESTÉSICA



HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA

CONSULTA PREANESTÉSICA

Ciudad: _____ N° H C _____ N° de Cédula _____ Fecha: DD ____/MM/____/AAAA/____

DATOS DEL PACIENTE

Nombres:(Apellidos y Nombres)	Tipo de Afiliación	Edad	<input type="checkbox"/> Día (s)	Sexo
			<input type="checkbox"/> Mes (es)	
			<input type="checkbox"/> Año (s)	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Especialidad/es quirúrgica(s)	Procedimiento a realizar:			

ANTECEDENTES

- Anestésicos General No. _____ Regional No. _____ Última anestesia hace: _____

- Complicaciones _____

- Alérgicos _____

- Farmacológicos _____

- Hemorrágicos _____

- Patológicos _____

- Quirúrgicos _____

- Tóxicos _____

- Transfusionales _____

- Otros _____

REVISIÓN POR SISTEMAS

Disnea Si No Grado _____ Angina Si No Grado _____

alpitaciones Si No Precipitados por _____

Pulmonar: Tos Si No Periodicidad de la tos _____

SNC: (o Glasgow) _____ Otros síntomas _____

EXÁMEN FÍSICO

Presión arterial	Sentado <input type="checkbox"/>	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Temperatura	Pulsoximetría	Peso	Talla	IMC
mmHg	Decúbito <input type="checkbox"/>	Latidos / min	Respirac. / min	°C	%	Kg	m	

CABEZA:

Lentes contacto Si No Prótesis Si No

Cuello normal Si No Removible Si No

Masas Si No Dientes flojos Si No

Pulsos Normal Anormal Apertura Normal Anormal

Probabilidad vía aérea difícil: Alta Media Baja Otros: _____ Especifique: _____

TÓRAX:

Ruidos cardíacos Rítmico Arrítmico

Soplos Si No

Características del soplo: _____

Auscultación pulmonar Normal Anormal

Abdomen _____ Extremidades _____

Otros hallazgos

EXÁMENES DE LABORATORIO EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO

Hematócrito	Resultado	Electrocardiograma	Fecha de Exámen
Creatinina		Rx. de tórax	DD ____/MM/____/AAAA/____
Nitrógeno ureico		Tipo de Sangre	DD ____/MM/____/AAAA/____
Glicemia		Prueba de coagulación	
Albúmina		Otros estudios	DD ____/MM/____/AAAA/____
Plaquetas	x1000		

Diagnóstico(s) _____

Clasificación ASA: _____

RECOMENDACIONES:

ASA: Sociedad Americana de Anestesiología

ND: no disponible, no necesaria

SNC: Sistema Nervioso Central

ANESTESIÓLOGO Nombre _____

Firma _____

Rev.01

FH-009

Este formato de registro se tomó de las Normas Mínimas Para el Ejercicio De La Anestesiología Latinoamericana 2009 Comité de Seguridad CLASA.

IESS **HOSPITAL JOSE CARRANCO ARTEAGA**
CONSULTA PREHISTORICA

QUINCE 08NO 2015

Nombre: CARDENAS DOMINGUEZ JOSE EDUARDO Edad: 30 años Sexo: M Estado Civil: C

Código de Seguro: 10000000000000000000

Examen físico: Normal

Examen de laboratorio: Normal

Examen de imagen: Normal

Examen de otros: Normal

Diagnóstico: MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado

Tratamiento: MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado

Medicamentos: MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado

Evolution: MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado

Recomendaciones: MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado

Referencias: MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado

Examen de laboratorio:

Examen	Resultado	Referencia
44	MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado	
130	MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado	
49	MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado	
109	MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado	
243	MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado	

III

1) HPO grado 2HCO
2) SUSPENDIDA HPO con res cordado
3) MIOPATOLOGIA SUSPENDIDA HPO con res cordado
4) PUE a SOP

Dr. CARLOS O

HOSPITAL JOSE CARRANCO ARTEAGA
DR. LUCIA GARCIA SUZUKAWA
MEDICO GENERALISTA ASISTENCIAL
REG. N.º 2. L. N. 1778 N.º 228
IESS: 306-2-00-0104444773

03 03 2015

ANEXO 12

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGÍA PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

1. Yo, _____ identificado con documento de identidad; Tipo¹ - _____ No.: _____, por la presente autorizo a los anestesiólogos del departamento de Anestesiología, del Hospital José Carrasco Arteaga a realizar en mí o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado que consiste en _____ para la siguiente intervención quirúrgica: _____.

2. El Doctor _____ me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico; también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos anestésicos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el anestesiólogo arriba mencionado lo juzgan necesario.

4. Reconozco que me ha informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como; dolor de cabeza, mareo, náuseas, vómito, inflamación del sitio de la venopunción, dolor de garganta, escoriaciones o lesiones en piel, en los dientes, en mucosas y lesiones por la (s) posición(es) necesaria (s) para realizar la cirugía además de otras complicaciones asociadas al procedimiento, y a las patologías previas. Las más comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores puntuales de mi caso (o del paciente) para las que se procurarán estrategias preventivas son:

5. He leído y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Fecha de diligenciamiento D/M/A _____/_____/_____

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma: _____

Nombre: _____

Documento de identidad: Tipo: _____ No. _____

TESTIGO

Firma: _____

Nombre: _____

Documento de identidad: Tipo: _____ No. _____

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente / tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: _____ Fecha de diligenciamiento D/M/A _____/_____/_____

Sello: _____

Este formato de registro se tomó de las Normas Mínimas Para el Ejercicio De La Anestesiología Latinoamérica 2009 Comité de Seguridad. CLASA.

Rev. 01

FH-003

¹ Tipo CC: Cedula de ciudadanía; CE: Cedula extranjera; PA: Pasaporte

Yo Abaco Gerardo Renato Jaje identificado con documento de identidad Tipo CC No 6600033143 por la presente autorizo a los anestesiólogos del departamento de Anestesiología del Hospital José Carlos Anaya a realizar en mí o en el/los paciente _____ el procedimiento anestésico adjuvado que consiste en A General para la siguiente intervención quirúrgica Hemicolectomía

- 1. El Doctor Mé. Marco Siqueira me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico, también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que pueden producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos anestésicos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas satisfactoriamente.
- 2. Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el anestesiólogo arriba mencionado lo juzga necesario.
- 3. Reconozco que no he informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como dolor de cabeza, mareos, náuseas, vómito, inflamación del sitio de la punción, dolor de garganta, escoriaciones o lesiones en piel, en los dientes, en mucosas y lesiones por la (a) posición(s) necesaria (s) para realizar la cirugía además de otras complicaciones asociadas al procedimiento, y a las patologías previas. Las más comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores particulares de mi caso (o del paciente) para las que se procurarán estrategias preventivas son: _____

3. He leído y comprendo perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Fecha de diligenciamiento DMA 04 / 04 / 2015

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma [Firma]
Nombre Gerardo Jaje
Documento de identidad Tipo CC No 6600033143

TESTIGO

Firma _____
Nombre _____
Documento de identidad Tipo _____ No _____

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente /tubo comprendido completamente lo que se le explicó.
MÉDICO ANESTESIOLOGO
Fecha _____ Fecha de diligenciamiento DMA 04 / 04 / 2015

03 03 2015

ANEXO 13

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA



HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

Nombre del Paciente: _____ N° de HC: _____ Fecha: _____
Intervención - Parte Quirúrgico SI NO N° de Cédula: _____ Quirófano N°: _____ Hora: _____

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	ANTES DEL CIERRE QUIRÚRGICO / ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO
1. Confirmar identificación del paciente. SI <input type="checkbox"/>	12. Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función. SI <input type="checkbox"/>	21. El equipo de enfermería confirma verbalmente: - Nombre del Procedimiento. SI <input type="checkbox"/>
2. ¿El paciente está ingresado en el Sistema AS-400? SI <input type="checkbox"/>	13. Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento. SI <input type="checkbox"/>	- Recuento completo de instrumentos, compresas, gasas y agujas. SI <input type="checkbox"/>
3. Confirmar procedimiento quirúrgico a realizar. SI <input type="checkbox"/>	14. ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica los últimos 60 min? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	- Etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido nombre del paciente). SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>
4. Confirmar consentimientos del paciente. SI <input type="checkbox"/>	15. ¿Están disponibles las imágenes diagnósticas y exámenes complementarios? SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>	- Si hay problemas que resolver relaciones con el instrumental y los equipos. SI <input type="checkbox"/>
5. Protocolo de preparación quirúrgica completado: - Monitores funcionales SI <input type="checkbox"/> - Máquina de anestesia funcional SI <input type="checkbox"/> - Equipo médico en uso SI <input type="checkbox"/> - Medicación anestésica completa SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>	16. ¿Hubo transfusión y se verificó el tipo de sangre? SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>	
6. ¿Protocolo de Donación Completo? SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>	17. Tipo de órgano: _____ NO PROCEDE <input type="checkbox"/>	
7. ¿Protocolo de Trasplante Completo? SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>	18. Previsión de Eventos Críticos tales como: Cirujano: - Pasos críticos o no sistematizados SI <input type="checkbox"/> - Duración de la operación SI <input type="checkbox"/> - Pérdida de sangre SI <input type="checkbox"/> Anestesiólogo: ¿Presenta el paciente algún problema específico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Detalle: _____	
8. ¿Presenta alergias conocidas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____	Equipo de Enfermería: - Confirmación de esterilidad de equipos (con resultado de los indicadores) SI <input type="checkbox"/> - Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos. SI <input type="checkbox"/> - Recuento completo de instrumentos, compresas, gasas y agujas. SI <input type="checkbox"/>	
9. Vía aérea difícil prevista. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Necesidad de equipo de especialidad: SI, y están disponibles y operativos NO PROCEDE <input type="checkbox"/>	RESPONSABLES
10. Riesgo de broncoaspiración. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	19. ¿Disponibilidad de solución de preservación para el órgano? SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/>	Cirujano/a: Nombre: _____ Firma: _____
11. Riesgo de hemorragia mayor a 500ml ó 7ml/kg en niños. SI, y se ha previsto disponibilidad de líquidos y hemoderivados; vías o accesos centrales. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	20. Tipo de incisión: _____	Anestesiólogo/a: Nombre: _____
<p style="text-align: center;">RESPONSABLES</p> <p>Anestesiólogo/a: Nombre: _____ Firma: _____</p> <p>Enfermero/a: Nombre: _____ Firma: _____</p> <p>En caso de Trasplante: Nombre: _____ Firma: _____</p> <p>Observaciones: _____</p>	<p style="text-align: center;">RESPONSABLES</p> <p>Cirujano/a: Nombre: _____ Firma: _____</p> <p>Anestesiólogo/a: Nombre: _____ Firma: _____</p> <p>Enfermero/a: Nombre: _____ Firma: _____</p> <p>Observaciones: _____</p>	<p>Observaciones: _____</p>

Este formato de registro se tomó de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y se adaptó a la práctica local. OMS, 2002.

ANEXO 14

REGISTRO INTRAOPERATORIO

ANEXO 15

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE QUIRÓFANO



HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA

LISTA DE VERIFICACION PARA LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL QUIRÓFANO

Fecha: _____

Número de Limpieza: Número de Quirófano:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
	HORA INICIO HORA FN																																																	
<input type="checkbox"/> Recurrente <input type="checkbox"/> Terminal <input type="checkbox"/> Semestral																																																		
PARÁMETROS A EVALUAR																																																		
Lámparas quirúrgicas																																																		
Todo el mobiliario																																																		
Equipamiento médico																																																		
Rejillas de ventilación																																																		
Ductos																																																		
Superficies horizontales																																																		
Lavabos de manos																																																		
Bodega de equipos																																																		
Techos																																																		
Paredes																																																		
Pisos:																																																		
- Zona circundante a la mesa quirúrgica																																																		
- Toda la sala de quirófano																																																		
- Piso completo																																																		

RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA

Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza	Aux. Enfermería	P. Limpieza											
1.	/	/	11.	/	/	21.	/	/	31.	/	/	41.	/	/	51.	/	/	61.	/	/	71.	/	/	81.	/	/	91.	/	/	101.	/	/	111.	/	/	121.	/	/	131.	/	/	141.	/	/	151.	/	/	161.	/	/	171.	/	/	181.	/	/	191.	/	/	201.	/	/
2.	/	/	12.	/	/	22.	/	/	32.	/	/	42.	/	/	52.	/	/	62.	/	/	72.	/	/	82.	/	/	92.	/	/	102.	/	/	112.	/	/	122.	/	/	132.	/	/	142.	/	/	152.	/	/	162.	/	/	172.	/	/	182.	/	/	192.	/	/	202.	/	/
3.	/	/	13.	/	/	23.	/	/	33.	/	/	43.	/	/	53.	/	/	63.	/	/	73.	/	/	83.	/	/	93.	/	/	103.	/	/	113.	/	/	123.	/	/	133.	/	/	143.	/	/	153.	/	/	163.	/	/	173.	/	/	183.	/	/	193.	/	/	203.	/	/
4.	/	/	14.	/	/	24.	/	/	34.	/	/	44.	/	/	54.	/	/	64.	/	/	74.	/	/	84.	/	/	94.	/	/	104.	/	/	114.	/	/	124.	/	/	134.	/	/	144.	/	/	154.	/	/	164.	/	/	174.	/	/	184.	/	/	194.	/	/	204.	/	/
5.	/	/	15.	/	/	25.	/	/	35.	/	/	45.	/	/	55.	/	/	65.	/	/	75.	/	/	85.	/	/	95.	/	/	105.	/	/	115.	/	/	125.	/	/	135.	/	/	145.	/	/	155.	/	/	165.	/	/	175.	/	/	185.	/	/	195.	/	/	205.	/	/
6.	/	/	16.	/	/	26.	/	/	36.	/	/	46.	/	/	56.	/	/	66.	/	/	76.	/	/	86.	/	/	96.	/	/	106.	/	/	116.	/	/	126.	/	/	136.	/	/	146.	/	/	156.	/	/	166.	/	/	176.	/	/	186.	/	/	196.	/	/	206.	/	/
7.	/	/	17.	/	/	27.	/	/	37.	/	/	47.	/	/	57.	/	/	67.	/	/	77.	/	/	87.	/	/	97.	/	/	107.	/	/	117.	/	/	127.	/	/	137.	/	/	147.	/	/	157.	/	/	167.	/	/	177.	/	/	187.	/	/	197.	/	/	207.	/	/
8.	/	/	18.	/	/	28.	/	/	38.	/	/	48.	/	/	58.	/	/	68.	/	/	78.	/	/	88.	/	/	98.	/	/	108.	/	/	118.	/	/	128.	/	/	138.	/	/	148.	/	/	158.	/	/	168.	/	/	178.	/	/	188.	/	/	198.	/	/	208.	/	/
9.	/	/	19.	/	/	29.	/	/	39.	/	/	49.	/	/	59.	/	/	69.	/	/	79.	/	/	89.	/	/	99.	/	/	109.	/	/	119.	/	/	129.	/	/	139.	/	/	149.	/	/	159.	/	/	169.	/	/	179.	/	/	189.	/	/	199.	/	/	209.	/	/
10.	/	/	20.	/	/	30.	/	/	40.	/	/	50.	/	/	60.	/	/	70.	/	/	80.	/	/	90.	/	/	100.	/	/	110.	/	/	120.	/	/	130.	/	/	140.	/	/	150.	/	/	160.	/	/	170.	/	/	180.	/	/	190.	/	/	200.	/	/			

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN

Turno 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
Turno 2:																																																		
Turno 3:																																																		

N/A: No aplica X: No se realiza ✓: Si se realiza

Rev:01

FH-001

OBSERVACIONES

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.
26.
27.
28.
29.
30.
31.
32.
33.
34.
35.
36.
37.
38.
39.
40.
41.
42.
43.
44.
45.
46.
47.
48.
49.
50.

ANEXO 16

REGISTRÓ DIARIO DE PACIENTES PARA INGRESAR A QUIRÓFANO

ANEXO 17

**DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL CON
LOS FORMATOS DE MEJORA APLICADOS**

ANEXO 18

CAPACITACIÓN DE FORMATOS PARA LA MEJORA EN EL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL



**CAPACITACIÓN DE FORMATOS PARA LA MEJORA
EN EL PROCESO QUIRÓFANO GENERAL**

Datos de la capacitación

Tema: Capacitación de formatos para la mejora en el proceso quirófono general

Fecha: 04 de febrero 2015

Lugar de Inducción: Instalaciones del hospital área quirófono

Provincia: Azuay

Ciudad: Cuenca

Hora de Inicio: 07:20

Hora de Fin: 10:00

Datos instructores

Instructor(es):

1. Inés Ortiz
2. Dr. Juan Diego Araujo

Asistentes:

Durante el proceso de inducción se contó con la participación de 15 asistentes el día 04 de febrero conforme el listado adjunto.

Objetivo general:

- ✓ Capacitar al personal en temas relacionados a Calidad para fortalecer conocimientos y generar interés del personal con el Sistema de Gestión de Calidad.

Objetivos Específicos:

- ✓ Dar a conocer la Propuesta de mejoras.
- ✓ Dar a conocer al personal a cargo de las ventajas que conlleva los formatos planteados.

- ✓ Exposición detallada al personal en el llenado y uso de los formatos propuestos.

Recursos Didácticos:

- Presentación de Diapositivas
- Foto Copias de los Formatos

Descripción de las Actividades:

- Breve descripción de Gestión de Calidad
- Alcance de la capacitación
- Llenado Practico de los formatos
- Resolver inquietudes

Observaciones:

El Hospital JCA es una unidad en la que se realizan cirugías de alta, mediana y baja complejidad donde se cuenta con equipo altamente especializado para la ejecución de cirugías y administración de anestésicos, por lo que es necesario realizar una propuesta de mejora continua a la implementación de formatos ya mencionados que garantizará una mejor atención al paciente/usuario y a los colaboradores del área de quirófano.

Firmas de responsabilidad


HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA
Dr. Juan Diego Araujo Astudillo
JEFE DE ANESTESIOLOGÍA
Dr. Juan Diego Araujo


Inés Ortiz

HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA



REGISTRO DE ASISTENCIA

INSTRUCTOR: Dr. Juan Diego Araujo Inés Ortiz FECHA: 04-02-2015 HORARIO: 7:20
 TEMA: Capacitación de Formatos para mejora en el Proceso Quirúrgico General

OBJETIVO: Capacitar al personal en temas relacionados a calidad para fortalecer conocimientos de los ventajas que conlleva los formatos planteados.

No.	NOMBRE Y APELLIDO	AREA	FIRMA
1	<u>Paúl Rojas Noboa</u>	<u>Anestesiología.</u>	<u>[Firma]</u>
2	<u>Jenny Mercedes Coronel</u>	<u>Anestesiología</u>	<u>[Firma]</u>
3	<u>Carolina Arizaga S.</u>	<u>Anestesiología</u>	<u>[Firma]</u>
4	<u>Juan Carlos Astudillo</u>	<u>Anestesiología</u>	<u>[Firma]</u>
5	<u>Patricia Bena S.</u>	<u>Anestesiología</u>	<u>[Firma]</u>
6	<u>Mariela Siguencia Ortega</u>	<u>Anestesiología</u>	<u>[Firma]</u>
7	<u>German Velez Ortiz</u>	<u>Anestesiología</u>	<u>[Firma]</u>
8	<u>Fernando Hernandez</u>	<u>Anestesiología</u>	<u>[Firma]</u>
9	<u>Rose Morala Mella</u>	<u>Anestesiología</u>	<u>[Firma]</u>
10	<u>Edmundo Buzano B.</u>	<u>Anestesiología</u>	<u>[Firma]</u>
11	<u>Dr. Luis Sánchez</u>	<u>Anestesiología</u>	<u>[Firma]</u>
12	<u>Dr. Juan C. Espinoza L.</u>	<u>Anestesiología</u>	<u>[Firma]</u>

Observación del facilitador, frente al logro del objetivo:
El H.T.C.A es una unidad en la que realiza cirugía de alta, mediana, y baja complejidad donde se encuentra con equipo y personal altamente especializado para la ejecución de cirugías.

f: [Firma]
 FACILITADOR

A
N
E
X
O

1
9

APROBACIÓN DE FORMATOS DE MEJORA



Memorando Nro. IESS-HJCA-DIRTEC-2015-0066-M

Cuenca, 23 de enero de 2015

PARA: Sr. Ing. Fernando Efrain Oyervide Tello
Gerente General Hospital Jose Carrasco Arteaga

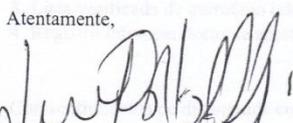
ASUNTO: SOLICITUD

De mi consideración:

Luego de la revisión de los 4 formularios que presenta el Dr. Juan Diego Araujo, jefe de la Unidad de Anestesiología considero que serían de utilidad su aplicación en este Hospital, en tal consideración solicito su aprobación por su validez científica y práctica para resguardar la salud del paciente.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Dr. Juan Carlos Ortiz Calle



Memorando Nro. IESS-HJCA-DIRTEC-2015-0129-M

Cuenca, 10 de febrero de 2015

PARA: Sr. Ing. Fernando Efrain Oyervide Tello
Gerente General Hospital Jose Carrasco Arteaga

ASUNTO: Formularios departamento de Anestesiología

De mi consideración:

Para su conocimiento remito Memorando No.IESS-HJCA-CGAM-2015-0004-M, mediante el cual el Dr.Marco Palacios Auditor Medico emite su criterio sobre la aplicación de los formularios que se utilizaran en Anestesiología.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Juan Carlos Ortiz Calle
DIRECTOR TÉCNICO

Referencias:

- IESS-HJCA-CGAM-2015-0004-M



Memorando Nro. IESS-HJCA-CGPE-2015-0040-M

Cuenca, 21 de febrero de 2015

PARA: Sra. Lcda. Ana Cecilia Fajardo Méndez
Coordinadora General de Enfermería

ASUNTO: Aplicación de Registro en Quirofano

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. IESS-HJCA-CGPE-2015-0002-O me permito informar que la Coordinación General de Planificación y Estadísticas en conjunta coordinación con el Jefe de la Unidad Técnica de Anestesiología y la licenciada Jefe de Quirofano, han venido elaborando formatos de registro, con el propósito de proporcionar evidencia de la ejecución de las actividades para su control y verificación en base a los parámetros definidos, los mismos que son acordes a las necesidades del proceso en cuestión.

Con la finalidad de garantizar la calidad de servicio que esta Casa de Salud brinda, se procedió a elaborar los siguientes formatos de registro: "Lista de Verificación para Limpieza y Desinfección del Quirofano", esto debido a que no existe un mecanismo documentado de la revisión, verificación y con ello un posterior análisis de las actividades relacionadas con la limpieza ejecutada en el área, requisitos que si bien no son establecidos por el paciente/usuario, son indispensables para brindar un servicio de calidad. En lo que comprende al segundo formato "Registro Diario de Pacientes para Ingresar a Quirofano", permite verificar que el paciente previo a su ingreso a la sala de quirófano, haya sido preparado correctamente desde el inicio del proceso de ingreso.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

PHVA.- PLANIFICAR HACER VERIFICAR ACTUAL.

IESS.- INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.

HJCA.- HOSPITAL JOSÉ CARRASCO AARTEAGA.

ISO.- INSTITUTO INTERNACIONAL DE ESTANDARIZACIÓN.

GPR.- GOBIERNO POR RESULTADOS.

TICS.- TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACION.

SGC.- SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD.

CLASA.- CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGIA.

ASA.- SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGIA.

MPS.- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

UCI.- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

BIBLIOGRAFÍA

[1] **GARCIA, M., QUISPE, C., & RÁEZ, L.** (2014). *“Mejora continua de la calidad en los procesos”*. Industrial Data, 6(1), 089-094.

[2] **RINCÓN, R. D.** (2012). *“Modelo para la implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001”*. Revista Universidad EAFIT, 38(126), 47-55.

- [3] **VALENCIA, V., OSWALDO, J., LÓPEZ, I., & RAMIRO, W.** (2013). Metodología para la Implementación de la Norma ISO 9001-2008 en la Gestión de Calidad para los Niveles de Apoyo y Operativo del Gobierno Provincial de Chimborazo.
- [4] **CHIAVENATO, I., & VILLAMIZAR, G.** (2002). Gestión del talento humano.
- [5] **GUTIÉRREZ, M.** (1989). Administrar para la calidad: conceptos administrativos del control total de calidad. Editorial Limusa.
- [6] **ROSS, A. G., ZEBALLOS, J. L., & INFANTE, A.** (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, 8, 93-98.
- [7] **RAMOS, M., PRATTS, M. F.,** González, M. D. L. C. B., Bernal, L. D. C. C., Jiménez, E. V., Flores, G. L., & Gutiérrez, R. C. (2004). Calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- [8] **BORROTO CRUZ, R., & SALAS PEREA, R. S.** (1999). El reto por la calidad y la pertinencia: la evaluación desde una visión cubana. Educación Médica Superior, 13(1), 70-79.
- [9] (Administración Pública, 2015) . Estatuto Orgánico De Gestión Organizacional por Procesos de los Hospitales.
- [10] (Anestesiología, 2009) Norma de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología.
- [11] (Patiño, 2011). Plan Anual Operativo del Hospital José Carrasco Arteaga.