

Resultados de la aplicación de la mejora continua al proceso de cirugía ambulatoria en un servicio de cirugía general

Sergio E. Posada-Arévalo

Hospital General de Zona No. 2, Instituto Mexicano del Seguro Social

RESUMEN

La Cirugía Ambulatoria ha demostrado tener beneficios tanto para el paciente como para las instituciones. La mejora continua como método de trabajo, facilita la identificación de áreas de oportunidad en los procesos para incrementar la satisfacción de los usuarios. En el Hospital General de Zona Número 2 con Medicina Familiar (HGZMF 2) del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cárdenas, Tabasco, a petición del Equipo Natural de Administración (ENA) se integró un equipo que revisó el proceso de la cirugía ambulatoria en el servicio de cirugía general y propuso el rediseño del mismo. Mediante este cambio en la forma de proporcionar el servicio, se ha logrado disminuir el tiempo de espera de la intervención quirúrgica de 74 a 3 días; el 27% de los pacientes se operaron el mismo día que fueron enviados por el Médico Familiar y el costo de las intervenciones se redujo al 11% del normal. Se logró además agregar valor al proceso al efectuar intervenciones quirúrgicas en las Unidades de Medicina Familiar.

Palabras claves: *Cirugía ambulatoria, procedimientos, economía, clínicas ambulatorias, organización y administración.*

SUMMARY

Ambulatory surgery has shown benefits for patients and institutions, the process of continuous improvement as a working method facilitates the identification of areas in order to increase the user's satisfaction. In the Zone General Hospital no. 2 with Familiar Medicine (HGZMF2, IMSS) in Cardenas, Tabasco. As a request from the Natural Management Team, a group was integrated, they reviewed the process used in Ambulatory Surgery, at the general surgery service and proposed and redesigned the procedure, which has resulted in a decrease in waiting time for surgery from 74 days down to 3 days, 27% of patients were operated upon the same day of their transference by the Family Physician, and intervention cost was reduced by 11% of the usual cost. Besides aggregating value to the process of doing surgical procedures at the Familiar Medicine Units.

Key words: *Ambulatory surgery, procedures, economics, out-patients clinics, organization and management.*

INTRODUCCIÓN

En las unidades médicas de la Delegación Tabasco del

Instituto Mexicano del Seguro Social se ha incrementado la calidad de los servicios utilizando la mejora continua. En el HGZMF 2 existen equipos de proyecto que están revisando los procesos de mayor importancia para la zona basados en las líneas de acción establecidas por el Equipo Natural de Administración (ENA).¹ Dentro de estas líneas de acción se encuentran: el reforzamiento de los programas ambulatorios, abatir diferimientos, uso óptimo de los recursos, reforzamiento del primer nivel de atención y acercamiento de los servicios al usuario. Con estas prioridades, se integró en septiembre de 1997 un equipo de proceso para implantar mejoras al programa de cirugía ambulatoria.² Se iniciaron los trabajos de este equipo tomando como base a la especialidad de cirugía general por ser accesible y la de mayor demanda a los miembros del equipo.

Se determinaron acciones de mejora del proceso y se realizó un programa de Cirugía Menor Ambulatoria en Unidades de Medicina Familiar en octubre de 1997, para lo que se integró un Módulo de Cirugía Menor Ambulatoria con un cirujano, una enfermera y un personal becario, al que se le proporcionó vehículo y operador para acudir a las unidades de medicina familiar.

Con este trabajo se pretende demostrar los beneficios que a la institución y al paciente ha producido la aplicación de la mejora continua y el rediseño del proceso de cirugía ambulatoria en el servicio de cirugía general del HGZMF 2 durante los años 1998 y 1999.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una recopilación de las mejoras hechas al proceso de cirugía menor ambulatoria en el servicio de cirugía general del HGZMF 2 y se revisaron los registros del programa para medir los logros obtenidos en el periodo de enero de 1998 a diciembre de 1999.² Se tomó al azar una muestra de pacientes con un mismo diagnóstico atendidos con el método tradicional y se comparó con los resultados obtenidos de los pacientes atendidos en el módulo de mejora. En ambos grupos se comparó el tiempo que transcurría desde el envío de la referencia por el médico familiar hasta la fecha de intervención quirúrgica y los costos del servicio.³

En las acciones de mejora del proceso de cirugía ambulatoria de la especialidad de cirugía general, se decidió un rediseño del proceso ya que se observó que aún cuando todos los pasos del mismo se dieran oportuna y correctamente no se favorecía la atención oportuna del paciente ni un mejor uso

de los recursos.

Se elaboró una guía del programa⁴ para el médico familiar que incluyó un catálogo de diagnósticos candidatos a ingresar al programa, cuadro básico de medicamentos y material de curación, calendario y cronograma de trabajo, criterios de envío y sistema de información. Se adecuó un área subutilizada del servicio de urgencias para proporcionar la consulta y realizar las intervenciones quirúrgicas, evitando así el uso del quirófano con el desgaste innecesario de recursos que ello significa. Se decidió también como acción de mejora importante, seleccionar aquellas unidades de medicina familiar en las que se pueden efectuar este tipo de intervenciones quirúrgicas y se elaboró un calendario de asistencia a ellas.

Este rediseño simplificó el proceso eliminando actividades que no le agregaban valor o que representaban retrabajo, almacenaje o inspecciones innecesarias. El proceso tradicional tenía 51 pasos con 28 momentos de la verdad e intervenían 19 trabajadores del IMSS, con la mejora se redujo a 11 pasos/momentos de la verdad con la intervención de 7 trabajadores del IMSS. Se encontraron 13 diferencias entre ambos procesos. (Cuadro 1).

CUADRO 1. Principales diferencias del proceso mejorado en relación al método tradicional.

Guía diagnóstica terapéutica del servicio.
Oferta de consulta sin previa cita, dos días a la semana.
Nota de referencia sólo en original.
Número de estudios de laboratorio rutinarios.
Oferta de intervención quirúrgica de 0 a 3 días.
Se permite y fomenta familiar acompañante en la intervención quirúrgica.
No se requiere ayuno preoperatorio.
No se desnuda al paciente ni se le aplica venoclisis.
Se realiza la intervención quirúrgica fuera del quirófano tradicional.
Se proporcionan analgésicos a granel en el servicio, no receta.
Instrucciones postoperatorias por escrito.
Encuesta de satisfacción periódica.
Sistema de información confiable.

De acuerdo al calendario establecido, el equipo quirúrgico acudió a las Unidades de Medicina Familiar seleccionadas para realizar las intervenciones quirúrgicas de los pacientes que fueron programados cuando asistieron al HGZMF 2. De enero de 1998 a diciembre de 1999, se otorgaron 2287 consultas y se realizaron 1369 intervenciones quirúrgicas. De estas, 264 (19.2%) fueron realizadas en la Unidad de Medicina Familiar de adscripción del paciente y 1105 (81.8%) en el Módulo de Cirugía Menor Ambulatoria del HGZMF 2. Los diagnósticos más frecuentes fueron: quiste de la bolsa serosa sinovial 211 (15.4%), tumor benigno lipomatoso 167 (12.1%), quiste tricodérmico 154 (11.2%), verruga vírica 93 (6.7%), tumor benigno de piel 92 (6.7%), nevo melanocítico 71 (5.1%), tumor benigno de la mama 49 (3.5%), esterilización masculina por vasectomía 45 (3.2%), angioma 27 (1.9%), y mama supernumeraria 24 (1.7%). El proceso mejorado disminuyó costos y recursos humanos empleados, así mismo permitió incrementar la cobertura. (Cuadro 2).

CUADRO 2. Comparación del método tradicional y el proceso mejorado de las intervenciones quirúrgicas.

Concepto	Método tradicional	Proceso mejorado
Líder del proceso.	Médico Familiar	Cirujano
Pasos.	28	11
Personas que intervienen en el proceso.	19	7
Días de diferimiento quirúrgico.	74 (12 a 202)	3.5 (0 a 14)
Pacientes intervenidos el mismo día en que se solicitó la interconsulta.	0	342
Costo unitario del servicio en pesos.	4 864.99	510.74
Ahorro total en pesos.	0	5 960 974.00

Los tiempos de espera de más de 3 días, se dieron cuando se programó la intervención quirúrgica del paciente en su Unidad de Medicina Familiar y hubo que esperar la fecha de la asistencia del equipo quirúrgico a esa unidad. Se han detectado 3 pacientes con complicaciones (hematomas menores) en la zona quirúrgica resueltos en el mismo módulo. No se han presentado complicaciones por el uso de anestésicos locales ni complicaciones de tipo infeccioso. Se realizaron durante el periodo, tres trabajos de investigación relacionados con la cirugía ambulatoria,^{5,6} y se han realizado cuatro cursos de adiestramiento en servicio a médicos familiares y uno de ellos ya efectúa intervenciones quirúrgicas en su Unidad de Medicina Familiar.

DISCUSIÓN

La atención médica ha sufrido enormes modificaciones al redefinirse los procesos que se llevan a cabo y al retomar la misión de los diferentes servicios. Muestra de ello son los programas de lactancia materna, alojamiento conjunto, puerperio de bajo riesgo, diálisis peritoneal ambulatoria, atención domiciliaria del enfermo crónico y cirugía ambulatoria. Sin embargo, la selección y manejo de pacientes con padecimientos que requieren tratamiento quirúrgico, muestra en nuestra opinión un rezago, ya que se aplican los mismos criterios a todos los pacientes sin tomar en cuenta el riesgo quirúrgico real y la complejidad del procedimiento a realizar.

De esta manera se observa, como un paciente con un problema quirúrgico menor como una tumoración subcutánea ingresa al mismo proceso de selección y de atención que quien será sometido a una intervención quirúrgica mayor. Esto lleva a la realización de actividades que no benefician al paciente y que difieren la atención e incrementan los costos. Ejemplos de lo anterior son las pruebas de laboratorio rutinarias, estudios radiológicos de tórax rutinarios, ayunos, tricotomías, aplicación de venoclisis, uso de ropa hospitalaria, vendajes de miembros pélvicos y uso de salas de operaciones, entre otros.³ El evento quirúrgico se ha mitificado más allá del razonamiento científico y el uso de las salas de operaciones se ha convertido en una rutina más que una garantía de asepsia, antisepsia, temperatura e iluminación adecuadas. Estas rutinas elevan el costo de los servicios y difieren la atención sin aportar beneficios al paciente. Los programas básicos

de calidad de la atención, unidad de mejora continua, productividad hospitalaria y contención de costos encaminados a la búsqueda de la satisfacción de nuestros usuarios y a la garantía de la viabilidad financiera del Instituto deben ser motivo para encontrar nuevas formas de proporcionar la atención.

Es necesario revisar los procesos de la atención médica que se están proporcionando, a fin de encontrar áreas de oportunidad que permitan elevar la calidad del servicio por medio de la satisfacción del usuario a un costo razonable.

El rediseño del proceso reportado es sólo una parte del sistema de atención médica. Es evidente que a pesar de la optimización de recursos obtenidos, la calidad se incrementa al personalizar la atención, acercar en tiempo y lugar los servicios al usuario y provocarle menos molestias. Cada unidad médica deberá implantar las mejoras de acuerdo a sus necesidades y buscar estrategias aplicables en todo el sistema. Con este reporte se pretende demostrar que existen opciones de mejora con gran impacto en la oportunidad del servicio y en el costo. Las mejoras en el proceso se continuarán realizando ya que el cambio es permanente.

CONCLUSIÓN

Implantar un cambio no es fácil, pero una vez que los pacientes y los prestadores del servicio disfrutan de los beneficios que se obtienen, se estimula en los participantes el ánimo de participar en el.

El rediseño del proceso institucional de cirugía ambulatoria

produce beneficios tanto al paciente como a la institución. Es posible eliminar pasos que actualmente son obsoletos en la selección, preparación y atención del paciente.

Se requiere de un cambio de actitud radical en el personal, a fin de aceptar la nueva forma de proporcionar los servicios médicos quirúrgicos.

El rediseño del proceso permite optimizar los recursos existentes e incrementar la satisfacción de los usuarios.

REFERENCIAS

1. Plan estratégico del Hospital General de Zona No. 2 con Medicina Familiar (HGZMF 2) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1997.
2. Minutas de trabajo del equipo de proyecto "Cirugía Ambulatoria" del HGZMF 2.
3. Manual del Programa de Cirugía Ambulatoria. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social.
4. Programa de cirugía menor ambulatoria en unidades de Medicina Familiar. Módulo de Cirugía Ambulatoria del HGZMF 2.
5. Memorias de la VIII Reunión Nacional de Investigación Médica. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social.
6. Memorias de la V Reunión de Investigación Médica de la Región Sur. Delegación Tabasco. Instituto Mexicano del Seguro Social.
7. Listado de Costos Unitarios. PRECOE. Delegación Estatal en Tabasco. Instituto Mexicano del Seguro Social.

XXIV EXAMEN NACIONAL DE ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS

La Secretaría de Salud, en el proceso de mejorar la eficiencia y la calidad en la atención médica de segundo y tercer nivel, se incorpora en 1982 a la formación de recursos humanos en Especialidades Médicas. Los estudios de las especialidades médicas representan la respuesta al reto de mejorar cada día los niveles de atención médica en nuestro país y nuestro estado, que ha sido pionero en el proceso de descentralización implementando la formación de sus propios recursos humanos en este nivel profesional.

Desde 1985 el estado de Tabasco es sede de la aplicación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas y participa como formador de recursos humanos en los Hospitales Generales "Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez", "Dr. Juan Graham Casasús," Hospital del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón" y Hospital Psiquiátrico "Villahermosa", ofreciéndose los siguientes cursos de especialidad: Anestesiología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicina Familiar, Pediatría y Psiquiatría. Los cursos son avalados



por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y la Universidad Nacional Autónoma de México.

El XXIV Examen Nacional se llevó a cabo los días 30 de Septiembre y 1 de Octubre del año 2000, en el Teatro Esperanza Iris, en esta ciudad capital, con la participación de 524 aspirantes procedente de los estados de Campeche, Veracruz, Estado de México, Tamaulipas, Zacatecas, Nuevo León, Hidalgo, Jalisco, Distrito Federal y Tabasco.

Fuente: Dirección de Investigación y Enseñanza, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.