



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 19 de Julio de 2019

Visto el Exp. N°15116-2019, con el Oficio N°097-OGC-2019-HCH, del 21 de junio de 2019, de la Oficina de Gestión de la Calidad, que remite el proyecto de Mejora Continua de la Calidad "Disminuyendo las Operaciones Suspendidas en las Cirugías Electivas en el Hospital Cayetano Heredia, y;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, en el artículo VI Título Preliminar de la norma legal citada, en su primer párrafo establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Literal f) del artículo 3° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado con Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, establece como una de las funciones generales del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar. Así mismo el artículo 11° inciso f) señala que la Oficina de Gestión de la Calidad tiene asignada como una de sus funciones asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente;

Que, de acuerdo a la Resolución Ministerial 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", el cual tiene por finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, por lo que en aras de mejorar la Calidad y Seguridad de la Atención del Paciente la Jefa de la Oficina de Gestión de Calidad presenta un Proyecto de Mejora, el cual beneficiará a los usuarios externos que acuden al Hospital;

Que, de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, del 28 de octubre de 2016, se aprobaron las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", en el que se considera a los denominados "Documentos Técnicos", cualquier sea su naturaleza. Asimismo, se ha previsto que estos Documentos Técnicos cuenten con el sustento técnico del órgano competente;

Que, mediante el Oficio N°097-OGC-2019-HNCH, del 21 de junio de 2019, la Oficina de Gestión de Calidad, solicita la Aprobación del Proyecto de Mejora Continua de la Calidad "Disminuyendo las Operaciones suspendidas en las Cirugías Electivas en el Hospital Cayetano Heredia Febrero 2019 a febrero 2020", con el objetivo de disminuir el porcentaje de cirugías electivas suspendidas por causas evitables en el Hospital Cayetano Heredia;



Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente atender la propuesta presentada por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, aprobando el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad "Disminuyendo las Operaciones suspendidas en las Cirugías Electivas en el Hospital Cayetano Heredia Febrero 2019 a febrero 2020";

Que, estando a la propuesta de la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica con el Informe N°669-2019-OAJ/HCH;

Con el visto de las Jefaturas de la Oficina de Gestión de la calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en la Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 007-2016-SA, la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, con eficacia anticipada desde el mes de febrero de 2019 en aplicación del numeral 17.1 del TUO de la Ley 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, el Proyecto de Mejora Continua de la Calidad "**Disminuyendo las Operaciones Suspendidas en las Cirugías Electivas en el Hospital Cayetano Heredia Febrero 2019 a Febrero 2020**" por las consideraciones expuestas, que se adjunta y forma parte de la presente Resolución.

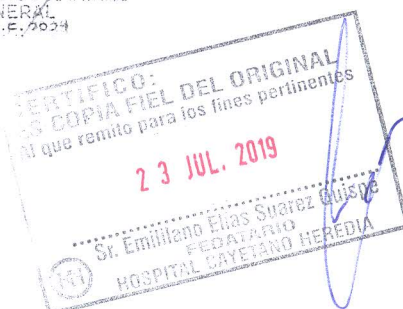
Artículo 2°.- ENCARGAR a la Oficina de Gestión de la Calidad proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento del Proyecto de Mejora Continua de la Calidad "Disminuyendo las Operaciones Suspendidas en las Cirugías Electivas en el Hospital Cayetano Heredia Febrero 2019 a febrero 2020", aprobado en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER la Publicación de la resolución en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 P.N.F. 2024

ACRPR/BIC/pdrg
OAJ
OEC
OCCM



PROYECTO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: "DISMINUYENDO LAS OPERACIONES SUSPENDIDAS EN LAS CIRUGIAS ELECTIVAS EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA FEBRERO 2019 A FEBRERO 2020"

1. EQUIPO DE MEJORA

Dr. Juan Carlos Quispe Cuba	Director Adjunto del HCH
Dr. Wilde Lavado Acuña	Director de la Oficina Ejecutiva de Administración
Mg. Marlene Inés Huaylinos Antezana	Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad
Dr. Enrique Chong Ramos	Jefe Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
Dra. Nieve Jayo Luna	Medico Asistente del Dpto. de Anestesiología y Centro Quirúrgico
Lic. Rosa Ganoza Gonzáles	Jefe del Dpto. de Enfermería
Mg. Maruja Gonzales Almeida	Enfermera Jefe de Centros Quirúrgicos
Dr. Giuliano Borda Luque	Jefe del Dpto. de Cirugía
Dr. Carlos Caparó Farfán	Jefe del Dpto. de Gineco- Obstetricia
Dr. Alberto Sifuentes Sifuentes	Jefe del Servicio de Emergencia
Mg. María Lourdes Diaz Caramutti	Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de Calidad
Q.F. Patricia León Paredes	Jefe del Departamento de Farmacia
Econ. Aida Sala Gamarra	Jefe de la Oficina de Logística

2. DEPENDENCIA

El Hospital Nacional Cayetano Heredia cumple 50 años de vida institucional, categorizada como nivel III-1 de atención de alta complejidad, de acuerdo a la Resolución Directoral N° 259-DG-DESP-DISA-III-L-2006. Se encuentra ubicada en el Cono Norte de la provincia de Lima, cuya población está alrededor de 3 millones de habitantes.

Somos un hospital docente de alta complejidad y referencia nacional, comprometidos en brindar atención integral de salud especializada, con calidad, calidez, oportunidad, equidad y respeto a la interculturalidad, contribuyendo en la formación de recursos humanos, investigación científica y tecnológica. El HNCH, cuenta con 2,090 trabajadores de los cuales 1372 son nombrados y 718 son contratados. Cuenta con 380 camas disponibles.

El hospital brinda atención médica especializada en los servicios de emergencia, consulta externa, cuidados críticos, centro quirúrgico, centro obstétrico y servicios de hospitalización. En consulta externa brinda atención altamente especializados en más de 40 servicios médico-quirúrgicos

3. POBLACION OBJETIVO

El proyecto de mejora beneficiará a los usuarios externos que acuden al servicio de cirugía, que se encuentran en espera para ser intervenidos de acuerdo a las patologías más frecuentes.

4. LUGAR DE EJECUCION

El proyecto se desarrollará en el servicio del Dpto. de cirugía y el Dpto. de Anestesiología y Centro Quirúrgico.



5. DURACION

El proyecto inicia en el mes de febrero del 2019 y culminará en febrero 2020

6. ANTECEDENTES

En el año 2014, se desarrolló el proyecto de calidad de "Cirugía Segura": Mejorando el acceso y seguridad en la atención de pacientes intervenidos por colecistectomía y hernioplastia sin hospitalización. UCMA .HNCH", lográndose atender la demanda de la atención de estas patologías mencionadas , implementándose una unidad de cirugía ambulatoria para aquellas casos de intervención que no requerían hospitalización.

7. JUSTIFICACION

El proyecto de mejora continua denominado. *"Disminuyendo las operaciones suspendidas en la cirugías electivas en el hospital Cayetano Heredia "*. Se sustenta en la necesidad de mejorar la eficacia y eficiencia en la gestión del proceso de atención del paciente quirúrgico. La suspensión de una cirugía programada, conlleva a consecuencias perjudiciales tanto para la institución y el paciente.

Para la institución genera costos de la no calidad, ya que hay un costo adicional en términos de horas hombre programado para las cirugías, capacidad ociosa en el uso de las salas de operaciones, incremento de la estancia hospitalaria producto de la suspensión quirúrgica , sin considerar la espera de cama que existe en la emergencia y otros servicios del hospital.

Para el paciente genera costos adicionales para aquellos que no cuentan con un seguro de salud, aunado a ello, el riesgo alto de generar la ansiedad y/o depresión en pacientes que al tener conocimiento de que ésta se ha suspendido por algún motivo, puede traer como consecuencia una intensificación de dichos síntomas, tanto en el paciente como en los familiares del paciente.

Por lo tanto la cirugía suspendida es aquella que ya habiendo sido programada, se postergan para el siguiente día o más, o en su defecto no se vuelve a programar.

En virtud a ello se considera pertinente la operativización del proyecto en mención que busca la mejora de los procesos de atención del paciente quirúrgico para contribuir en la satisfacción del usuario.

8. OBJETIVOS

Objetivo General

- Disminuir el porcentaje de cirugías electivas suspendidas por causas evitables en el Hospital Cayetano Heredia

Objetivos Específicos:

- Identificar los factores causales que propician la suspensión de las cirugías electivas, a través de estudios operativos diversos.
- Estandarizar los procesos de atención del paciente quirúrgico: programación, preoperatorio mediato e inmediato, traslado del paciente, inicio de la cirugías.
- Mejorar las condiciones de la salas de operaciones para la atención del paciente y el desempeño del personal en el centros quirúrgico.



9. METODOLOGIA

Se utilizará la metodología de los ciclos de mejora continua de Deming o ciclos PHEA.

En la fase de **PLANIFICACIÓN** se realizarán las siguientes tareas:

- Compromiso de la Alta Dirección mediante el otorgamiento facilidades a los equipos de mejora y los recursos necesarios para la implementación de las actividades o tareas.
- Se realizará un estudio como base de los indicadores del proyecto.
- Se gestionarán los recursos necesarios para la implementación de las tareas y actividades del proyecto
- Se definirán las metas y objetivos del proyecto
- Se definirán los indicadores para medir los avances y resultados del proyecto.

En la fase de **HACER**, Se ejecutarán las actividades y tareas programadas

En la fase **VERIFICAR**, se realizará la medición de los indicadores según del diagrama de

Gantt

En la fase **ACTUAR**, se retroalimentará los resultados ante todos los involucrados, para el análisis e interpretación

IDENTIFICACION DEL PROCESO CRÍTICO

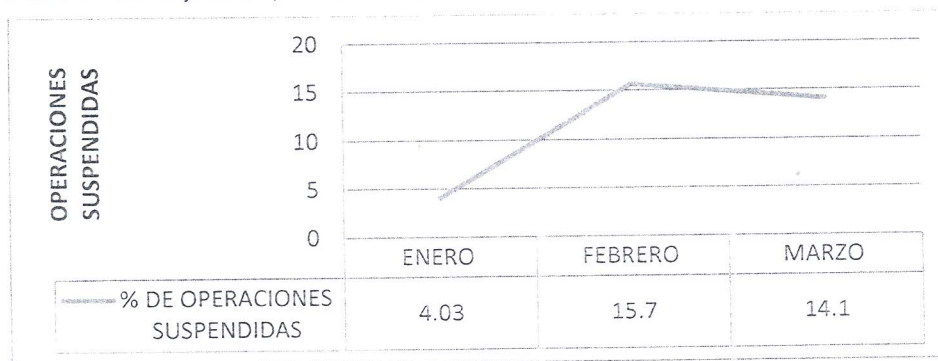
a. Identificación de la oportunidad de mejora

Dentro de los aspectos para la identificación de oportunidad de mejora se considera lo siguiente:

1) Evaluación de las operaciones suspendidas en el año 2019:

En el mes de febrero del 2019, se evidencia un incremento del porcentaje de las operaciones suspendidas de 15.7% superando el estándar esperado. Situación que llamó la atención del equipo de mejora continua, lo cual hace evidente que existe una oportunidad de mejora, por lo que el equipo liderado por la dirección adjunta se inicia el interés de intervenir para la mejora de estos resultados.

Gráfico 1. Porcentaje de la operaciones suspendidas enero a marzo del 2019



2) Estudios de factores causales de las operaciones suspendidas según la estadística del Dpto. de Anestesiología y Centros Quirúrgicos enero-febrero 2019

Tabla 1. Distribución de las causas de las operaciones suspendidas en enero y febrero del 2019

FACTORES CAUSALES	n	%
CIRUGIA PREVIA PROLONGADA	32	38.1
FALLA EN LA PREPARACION DEL PACIENTE	26	31.0
FALTA DE MATERIALES EN SALA DE OPERACIONES	3	3.6
FALTA /FALLA DE EQUIPOS INSUMOS EN SALA DE OPERACIONES	2	2.4
OTRAS CAUSAS		
sala ocupada por emergencia	3	3.6
no hay disponibilidad de camas	7	8.3
otros	11	13.1
TOTAL	84	100.0

En esta tabla se observa que las principales causas de las operaciones suspendidas se encuentran la cirugía previa prolongada y la falla en la preparación del paciente.

Tabla 2. Distribución de los factores causales según las subcausas Enero. Febrero 2019

CAUSAS DE LAS OPERACIONES SUSPENDIDAS ENERO FEBRERO 2019				
	ENERO	FEBRERO	n	%
CIRUGIA PREVIA PROLONGADA				
Tiempo programado es insuficiente para la cirugía previa		25	25	29.76
Inicio tardío de la cirugía previa		4	4	4.76
Falta personal para el turno Cirujano	1	2	3	3.57
Falta personal para el turno Anestesiólogo		0	0	0.00
Falta personal para el turno enfermera		0	0	0.00
Falla en la programación		0	0	0.00
FALLA EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE				
Paciente presenta enfermedad intercurrente	1	5	6	7.14
Paciente no se encuentra en ayunas	1	3	4	4.76
Paciente con presión arterial no controlada	1	1	2	2.38
Paciente no cuenta con insumos completos para SOP	1	1	2	2.38
Exámenes de laboratorio Alterados	1	1	2	2.38
No tiene depósito de sangre	1	1	2	2.38
Paciente desiste de la operación	1	1	2	2.38
Paciente no se presentó	1	1	2	2.38
No se suspendió anti coagulación	1	0	1	1.19
Riesgo neurológico Alterados		1	1	1.19
Falta interconsulta		1	1	1.19
Paciente no cuenta con Medicamentos completos para SOP	1	0	1	1.19
Paciente con glicemia no controlada		0	0	0.00
Riesgo quirúrgico No tiene		0	0	0.00
Falta consentimiento informado		0	0	0.00
FALTA DE MATERIALES EN SALA DE OPERACIONES				
Falta de Material Estéril		2	2	2.38
Falta Insumos	1	0	1	1.19
Falta Ropa quirúrgica		0	0	0.00
Falta instrumental		0	0	0.00
FALTA /FALLA DE EQUIPOS INSUMOS EN SALA DE OPERACIONES				
Falta de equipo (arco en C. Óptica de histeroscopia)		2	2	2.38
Falta de equipo (especificar)		0	0	0.00
OTRAS CAUSAS:				
Otros	1	10	11	13.10
No hay disponibilidad de camas	1	6	7	8.33
Sala ocupada por emergencia	1	2	3	3.57
Intubación fallida	0	0	0	0.00
TOTAL	15	69	84	100.00

En esta tabla se evidencia que las subcausas relacionadas a la suspensión de cirugías se encuentra el tiempo programado es insuficiente para la cirugía previa. En segundo lugar está referida a la falla de preparación del paciente (paciente no en ayunas, no insumos completos, no depósitos de sangre, no suspensión de coagulación, no medicamentos para sop).

b. Planteamiento del problema

Los resultados evidenciados de la revisión de las estadísticas mensuales del indicador e de la operaciones suspendidas muestran que los porcentajes de suspensión se encuentran por encima, del estándar esperado, siendo los dos factores causales identificados según la información estadística del servicio en primer lugar se tiene el tiempo prolongado de la cirugía previa, en segundo lugar se encuentra falla en la preparación del paciente quirúrgico, todo ello genera costo de la no calidad de la atención y estrés, angustia para el paciente y familia al verse afectado por la suspensión de sus cirugías programada.

Frente a lo expuesto se identifica como problema principal **"El limitado acceso a las intervenciones quirúrgicas por la suspensión de las cirugías electivas"**

c. Determinación de las causas

En reunión de trabajo con todo el equipo de mejora, y estudios operativos internos utilizando las herramientas de calidad: Lluvia de Ideas, Matriz de Priorización y árbol de causas y efectos, también se complementó los estudios de medición de tiempos en el inicio de la primeras cirugías.

CAUSAS	Obs 1	Obs2	Obs3	Obs4	Obs.5	Total
Limitada comunicación del personal de farmacia sobre el stock de insumos y medicamentos al equipo de sala de operaciones.	5	4	3	4	4	20
Procesos de atención del paciente quirúrgico no estandarizados para las cirugías electivas	4	4	5	5	5	23
Falla en la preparación del paciente inmediato y mediano	5	5	5	5	5	25
Inicio tardío de la primera cirugía.	5	4	5	5	5	24
Insuficiente número de camas en recuperación	3	3	4	3	3	17
Insuficiente número de cirujanos, anestesiólogos y enfermeras	3	4	2	4	4	19
Material quirúrgico deteriorado	3	4	3	4	2	16
Existe limitado número laparoscopia	3	4	4	5	3	19
Asignación de turnos quirúrgicos limitados	4	4	3	3	3	17
Insuficiente número de salas	5	5	4	3	4	21
programación no acorde a la capacidad del establecimiento	5	5	5	4	4	22
Falla/ de barreras de control en el proceso de atención pre quirúrgica	5	3	3	4	5	20
Fallas de los equipos, maquinas quirúrgicas	5	4	3	3	4	19
Debil trabajo en equipo entre médicos anestesiólogos y enfermeras	4	4	4	3	3	18

d.- Determinación de indicadores para medir los logros.

Indicadores	Basal	Fuente de Datos	Recolección de Datos	Meta
Porcentaje de operaciones suspendidas	15.7%	Hoja de operaciones suspendidas y Hoja de programación	Mensual	Menor al 10%
Tiempo de llegada del Paciente del servicio de cirugía a SOP según hora programada.	31 minutos	Fichas de cirugías electivas y observación	Mensual	15 minutos
Tiempo de espera para el inicio del acto operatorio del primer turno (incisión)	89 minutos	Fichas de cirugías electivas	Mensual	30 minutos

e.- Recopilación de datos basales.

Se obtuvieron los datos de la hoja de Cirugías suspendidas, hoja de programación de las cirugías realizado por el Jefe de Centros Quirúrgicos, estudios operativos del inicio de las primeras cirugías y los factores directos que afectan el proceso de ejecución de las cirugías.

f.- Planteamiento de hipótesis sobre los cambios o intervenciones.

Implementando las actividades correspondientes de cada objetivo definido se contribuirá a disminuir las operaciones suspendidas permitiendo mejorar el acceso oportuno a las cirugías programadas,

g. Priorizar las causas raíz a intervenir

Se identificó como las causas que afectan el proceso de atención y el cumplimiento de las cirugías programadas los siguientes:

- 1.- Que el promedio de tiempo de espera del paciente programado en el primer turno ingresa a sala de operaciones con un retraso de 31 minutos en relación a la hora programada. A sí mismo la hora de inicio del acto operatorio (incisión) se realiza con un retraso de 89 minutos en función a la hora programada. Estos son causales que afectan el aumento de las operaciones suspendidas y limitan el acceso para la programación de otros usuarios.

2.- Falla en la preparación del paciente quirúrgico programado.

- Paciente no recibe consejería sobre la adecuada preparación en el preoperatorio
- Limitada barreras de control de la verificación de la preparación completa del paciente programado. del paciente recurso humano que brinde atención personalizada sobre el proceso del preoperatorio para las cirugías electivas
- Deficiente trabajo en equipo entre anestesiólogos, cirujanos y enfermeras de comunicar la situación real de la preparación del paciente.
- Falta de medicamentos, insumos en farmacia para los pacientes SIS

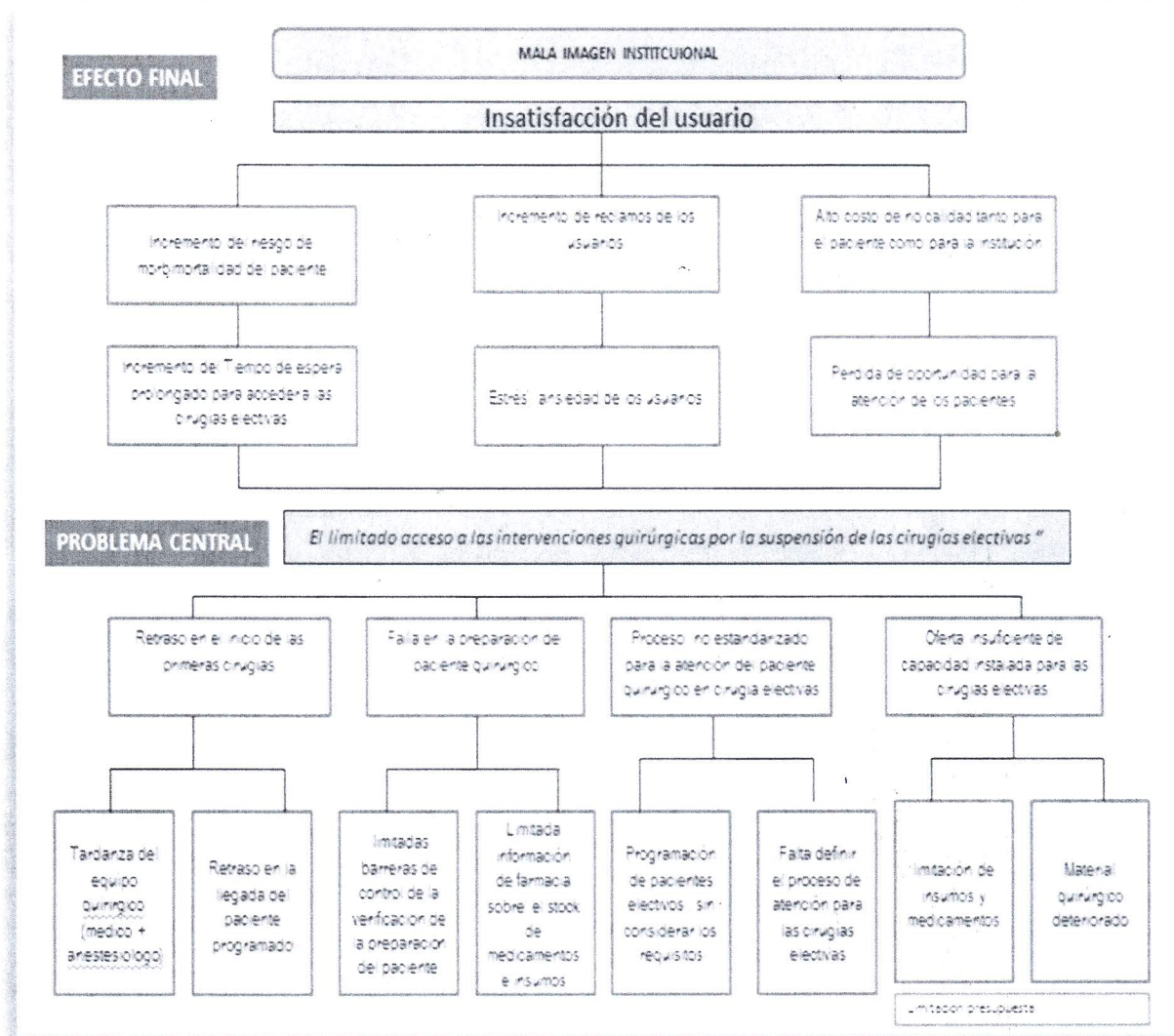
3.- Procesos de atención no estandarizados para las cirugías electivas

- Programación de las cirugías electivas no acordes a la capacidad instalada de sala de operaciones.
- Falta de definir el proceso de atención articulado entre médicos cirujanos, anestesiólogos y enfermeras en el centro quirúrgico.
- La atención de cardiología y anestesiología prolongada para el riesgo quirúrgico.

4.- Oferta insuficiente de capacidad instalada para las cirugías mencionadas

- Insuficiente número de camas en recuperación
- Insuficiente número de cirujanos, anestesiólogos y enfermeras.
- Material quirúrgico deteriorado.
- existencia de limitado laparoscopios
- Insuficiente número de salas para cubrir la demanda
- Espacio reducido en recuperación
- Instrumental deteriorado e insuficiente
- Utilización d salas de cirugía electiva por pacientes de emergencia.
- Limitado acceso a los medicamentos e insumos para sala de operaciones proporcionados por farmacia





h) FORMULACIÓN DEL PLAN DE ACCION: Cronograma de Actividades

Etapas del proyecto	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	Año 2019							AÑO 2019 - 2020					
			F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Etapa de estudio	Compromiso de la alta dirección	Equipo de la OGC	X												
	Conformación del equipo de mejora	DG y equipo de la OGC	X												
	Emisión de resolución de Oficialización del equipo de mejora	Director General		X											
	Realización de estudios operativos para establecer la línea base	Equipo de la OGC			X	X									
	Reuniones con los miembros del Equipo de Gestión del HCH	Dirección Adjunta	X		X	X	X								
	Elaboración del proyecto	Equipo del proyecto				X									
Etapa de ejecución	Aprobación del proyecto de mejora	Dirección General					X								
	Reuniones con el equipo de mejora y el equipo de gestión del HCH	Director Adjunto					X	X	X	X	X	X	X		X
	Estandarización del procesos de atención quirúrgica: Coordinación entre cirujanos, anestesiólogos y enfermeras, farmacia, SIS, para estandarizar el proceso de atención quirúrgica (preoperatorio)	Dirección adjunta					X								
	Elaboración de la directiva sobre el proceso del traslado del paciente quirúrgico	Enfermera Jefe de sala de Operaciones + Jefe de la OGC				X									
	Aprobación de la directiva sobre el proceso del traslado del paciente quirúrgico	Dirección General					X								
	Difusión de la Directiva sobre el proceso de traslado del paciente quirúrgico	Jefe del Dpto de Enfermería+ Enfermera Jefe de sala de operaciones							X						
	Reuniones con las enfermeras jefe de cirugía A, B, Traumatología, ginecología, obstetricia y pediatría sobre la aplicación de lista de verificación de la preparación prequirúrgica	Enfermera jefe del Dpto de Enfermería							X						

[illegible]



Etapa del proyecto	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	AÑO 2019						AÑO 2019- 2020					
			F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E
Seguimiento y monitoreo	Medición del indicadores del proyecto	Equipo de la OGC						x			x			x
	Retroalimentación de los resultados de los indicadores	Equipo de la OGC						x			x			x
	Monitoreo del proyecto: reuniones con cada área involucrada	Equipo de mejora						x						x
	Informe de avance del proyecto	Equipo de mejora									x			x
Evaluación de resultados	Reconocimiento de los equipos de mejora	Dirección General									x			
	Informe final del proyecto	Equipo de mejora												x
Institucionalización	Institucionalización del proyecto	Dirección General												x
	Sostenibilidad de proyecto	Jefe de los Departamento de Cirugía, Gineco-Obstetricia, Anestesiología y Centros Quirúrgico y Enfermería												x

