
GESTIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO



Dr. F. Acosta Villegas

Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca”

Murcia

FACTORES DETERMINANTES DE LA EXISTENCIA DE LEQ

- LE “explícitas” son un elemento común a todos los S.S. de financiación pública
 - Objetivo LE cero erróneo. Supondría ↑ costes y ↓ eficiencia: “recursos ociosos”
 - Sin embargo, LE no son bien aceptadas socialmente y se perciben como el principal problema sanitario
-

¿POR QUÉ EXISTEN LAS LEQ? (I)

- **LEQ resultado desequilibrio oferta / demanda**
 - **Incrementos de recursos no solucionan problema**
 - **SS de pago, precio actúa como freno a demanda, incluso cuando la necesidad es real: LE “implícita”**
 - **Consenso: “no es posible ofrecer prestaciones sanitarias ilimitada; los recursos públicos siempre estarán limitados**
-

¿POR QUÉ EXISTEN LAS LEQ? (II)

- **Aceptado LEQ inherentes a SS públicos, incluso los más eficientes y equitativos. Pero hay que establecer más límites:**

→ **¿cuánto tiempo de espera resulta socialmente aceptable?**

→ **¿qué criterios clínicos determinan quienes y cuánto esperan?**

CIRUGÍA



NO ES UN GRIEGO:
ES UN ROMANO;
POR FIN SE MUEVE
LA LISTA DE ESPERA

PUES
VAYA



FACTORES QUE MODIFICAN LA DEMANDA

1. CLIENTES

- **Cambios demográficos y morbilidad**
- **Nuevas expectativas, educación sanitaria**
- **Inducción mediática de la demanda**

2. CENTROS PROVISORES

- **Mayor disponibilidad de servicios**
- **Implantación nuevas tecnologías**
- **Mejores circuitos asistenciales**

3. PROFESIONALES

- **Variabilidad clínica**
 - **Medicina defensiva. Nivel seguridad jurídica**
-

FACTORES QUE MODIFICAN LA OFERTA (I)

1. AUTORIDAD SANITARIA

- **Datación recursos financieros**
- **Recursos estratégicos: camas, Q, anesthesiólogos, etc.**

2. CENTROS PROVISORES

- **Nivel responsabilidad clínicos en LEQ**
 - **Existencia pactos sobre objetivos LEQ**
 - **Horario Q, rendimiento**
 - **Existencia “cuellos de botella”**
 - **Grado ambulatorización: CMA**
 - **Calidad y centralización Admisión**
 - **Desarrollo de auditorías**
-

FACTORES QUE MODIFICAN LA OFERTA (II)

3. PROFESIONALES

- **Edad y formación de plantilla**
- **Productividad y rendimiento**
- **Nivel variabilidad práctica clínica**
- **Adecuación programación**
- **Cargas de trabajo**
- **Existencia de incentivos perversos generadores de LEQ:
“peonadas”, derivaciones C.C.**

LEQ: PRINCIPALES FACTORES GENERADORES

- 1. Envejecimiento población. Inmigración**
 - 2. “Cuellos de botella” funcionales**
 - 3. Limitado horario Q**
 - 4. Irregular rendimiento del personal**
 - 5. Variabilidad en la práctica clínica**
 - 6. Desigual grado de utilización Red Utilización Pública: c. públicos y c. concertados**
 - 7. Irregular dotación de recursos**
 - 8. Escasa implicación clínicos en gestión LEQ**
 - 9. Inadecuada organización circuitos asistenciales**
-

¿QUÉ PODEMOS HACER FRENTE A LAS LEQ?

1. Alternativas estratégicas de intervención

- **Reducir LEQ**
- **Gestionar LEQ**

2. Elección de actuaciones posibles y eficaces: cada FACTOR DETERMINANTE tiene una o varias LÍNEAS DE ACCIÓN con, a su vez, diferentes ACCIONES POSIBLES

- **Seleccionar LÍNEAS y ACCIONES prioritarias**
-

PRIORIDAD DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN

- 1. Promover protocolos de inclusión/priorización**
 - 2. Mejorar rendimiento “cuellos de botella”**
 - 3. Utilización plena Red Utilización Pública**
 - 4. Desarrollar la Gestión Clínica**
 - 5. S.I. compatibles y comparables**
 - 6. Incrementar rendimiento personal**
 - 7. Pacto político sobre objetivos LE**
 - 8. Potenciar S. Admisión. Centralizar LEQ**
 - 9. Ampliar horarios de trabajo**
 - 10. Desarrollo CMA**
-

SOLUCIÓN A LA LEQ

- **Niveles: Macro (gestores) / Micro (clínicos)**
 - **Vías diferentes, cuando no divergentes**
 - **Intereses a veces contrapuestos**
 - **Planificación conjuntos:**
 - **Medidas consensuadas**
 - **Corresponsabilidad en resultados**
 - **Herramientas de gestión:**
 1. **Dirección por objetivos**
 2. **Rediseño de procesos**
 3. **Mejora continua de la calidad**
 4. **S.I. adecuados**
-

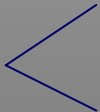
ORGANIZACIÓN DE QUIRÓFANOS

→ POR ESPECIALIDADES

- Zona hospitalización y quirúrgica propia
- Personal y equipamiento exclusivos
- URPA por especialidad: neuro, quemados, etc.
- Poca eficacia: ocupación, programación, etc

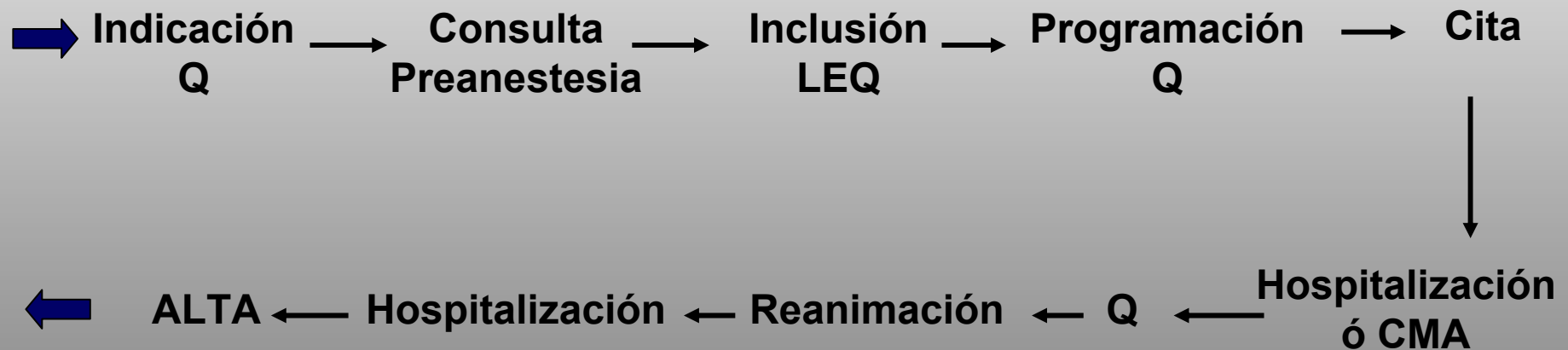
→ A.Q. CENTRALIZADA

- Agrupa a todos los Q en un único bloque optimizando recursos humanos y materiales. Q polivalentes
- Unifica gestión, mejora eficacia de recursos, asignación de personal y permite planificar con objetivos globales a largo plazo

→ necesidad  **Comité de Q**
Coordinador

REDISEÑO DE PROCESOS

Procedimiento quirúrgico → paciente quirúrgico



A.Q.: CONFLICTO DE INTERESES

1. CIRUJANOS

- **Puntualidad inicio sesión (conveniencia)**
 - **Facilidad para programar. Disponibilidad**
 - **Equipos accesibles, en buen estado**
 - **Seguridad anestesia**
 - **Enfermería capacitada**
-

A.Q.: CONFLICTO DE INTERESES

2. ANESTESIÓLOGOS

- **Seguridad del paciente. Preoperatorio**
 - **Tiempo suficiente para realizar su trabajo correctamente**
 - **Puntualidad en inicio y fin de la sesión**
 - **Programación sin tiempos muertos**
 - **Programaciones “realistas”**
 - **Cama en Reanimación**
-

A.Q.: CONFLICTO DE INTERESES

3. ENFERMERÍA

- Igual que anesthesiólogos

4. PACIENTES

- Ante todo, **SEGURIDAD**
 - Puntualidad inicio y fin de la intervención
 - Más y mejor comunicación
-

A.Q.: CONFLICTO DE INTERESES

5. GESTORES

- Maximizar nº intervenciones
- Optimizar recursos: personal y equipos
- Ausencia de conflictos

6. SERVICIOS DE APOYO

- Equipos suficientes
 - Programación con antelación
 - Buena comunicación
-

A.Q.: CONFLICTO DE INTERESES
“Plan de acción”

- **Reconocer la importancia de la eficiencia**
- **Convergencia de intereses entre gestores y clínicos**
- **Identificar ineficiencias del sistema mediante el análisis de la información**
- **Implicar a todo el personal en la solución de los problemas**

→ **EL PACIENTE es el eje sobre el que gira todo el proceso quirúrgico**

GESTIÓN ÁREA QUIRÚRGICA

- 1. Estructura funcional**
 - 2. Normativa**
 - 3. Programación quirúrgica**
 - 4. Registro y evaluación de la información**
-

1. ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL A.Q.

- **El Coordinador Médico**
- **La Supervisora de Enfermería**
- **La Comisión de Quirófano**

EL COORDINADOR MÉDICO DEL A.Q.

- **REFERENTE de todos los profesionales del A.Q.**
 - **Conexión con la Dirección**
 - **Arbitro en los conflictos**
 - **Salvaguarda de los intereses del paciente**
 - **Organiza trabajo. Busca mayor eficacia**
 - **Capacidad de gestionar, escuchar, estimular**
 - **Visión A.Q. como un TODO vs especialidades**
- **ANESTESIÓLOGOS: visión y dedicación más completos**
-

EL COORDINADOR MÉDICO DEL A.Q. PROBLEMAS

- **Dirección (SMSQ): barrera defensiva, distancia**
 - **Jefes y FEAS → conflicto: SM vs Coordinador**
 - **Supervisora y enfermería → conflicto SE vs Coordinador**
 - **Ubicación: despacho, Q, planta ? Polivalencia**
 - **“Presión del entorno”**
 - **Recepción y evaluación de la información**
 - **Recursos materiales y humanos: peticiones**
 - **Capacidad de influir en programación**
 - **Gestión LEQ: servicios, D.M (?)**
-

NUEVO PARADIGMA: DIRECCIÓN POR OBJETIVOS

- **ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA**
 - Estructura vertical, muy jerarquizada
 - No hay comunicación horizontal; ni SM, ni Servicios
 - DG → DM → SMSQ → JSev → JSec → FEA → Q
 - Dispersión de la responsabilidad, información e intereses
 - Objetivos del A.Q. son un fin, no un medio: ocupación, suspensiones, reclamaciones, cumplimiento horario, etc.

**¿SE ESTÁ SATISFACIENDO
LA DEMANDA QUIRÚRGICA?**

**OBJETIVO DE LA ORGANIZACIÓN —→ SATISFACER LA
DEMANDA QUIRÚRGICA**

¿Cómo?

CUMPLIENDO LOS OBJETIVOS DEL LEQ: Contrato de Gestión

¿Quién?

GESTOR DE LA DEMANDA QUIRÚRGICA

¿Con qué?

DISPONE DE TODOS LOS RECURSOS QUIRÚRGICOS

¿Cómo se evalúa?

**RESPONSABLE ÚNICO ANTE EL COMITÉ DE DIRECCIÓN DEL
HOSPITAL**

LA GESTIÓN DE LA DEMANDA QUIRÚRGICA

→ GESTIÓN DE LEQ

- Admisión y U. Evaluación → oficina técnica
- Información en tiempo real
- Evaluación periódica y proyección
- Derivaciones c.c./seguimiento
- Programación con LEQ Servicios. Depuraciones

→ GESTIÓN RECURSOS HUMANOS

- Funcional: equipos, necesidades, turnos, vacaciones, etc.
- Orgánica: plantilla, laborales, hospitalización, etc.

→ GESTIÓN RECURSOS ESTRUCTURALES

- Q, Reanimación, UCI, CMA, etc

→ GESTIÓN FUNCIONAL

- Programación
- Distribución Q: LEQ y rendimiento
- Programas especiales, “partes corridos”
- Cir.derivable/no derivable/CMA

2. LA COMISIÓN DE QUIRÓFANO

- **Foro donde se reúnen miembros representativos de toda el área quirúrgica para coordinar su funcionamiento con unas metas comunes**
 - ¿Quiénes lo forman? ¿Todos los Servicios y Áreas?
 - ¿Qué se discute? ¿Programación, estadísticas?
 - ¿Periodicidad?
- **FUNCIONES**
 - Elaborar y revisar normas sobre la calidad de los cuidados prestados
 - Evitar desviaciones de la práctica
 - Procurar uso eficiente de recursos

3. LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

- **Programación abierta vs en bloques**
- **Asignación mensual Q según LEQ**
- **Reasignación semanal según cirugía no demorable**
- **Programación semanal los jueves, confirma y edita día anterior**
- **Orden: más largo, vs más cortos, CMA, etc.**
- **“Partes corridos” vs “peonadas”**

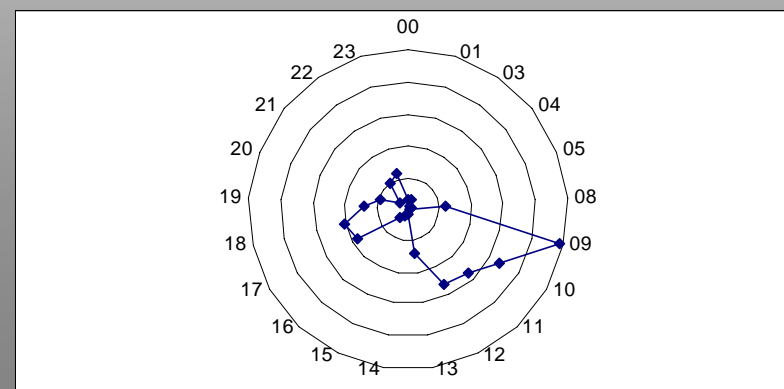
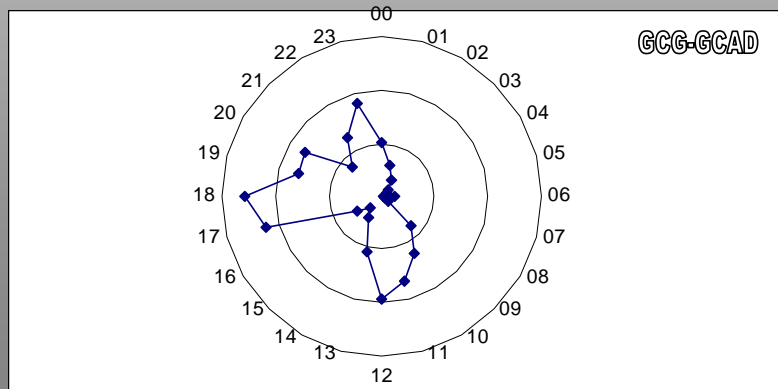
FACTORES CONDICIONANTES:

Hospitalización

Reanimación

4. LA CIRUGÍA URGENTE

- N° de Q necesarios: 6 – 9 urgencias/1000 h/año
- H. MATERNO-Infantil / H. General
- H. eferencia: CCV, neurocirugía, etc.
- Docente
- Ext. Órganos, trasplantes
- Tiempo que se tarda en disponer de un Q. programado, en función de complejidad de parte quirúrgico



5. UTILIZACIÓN E ÍNDICES DE EFICIENCIA (I)

Glosario de la *Association Anesthesia Clinical Directors*

- **T. ESPERA PACIENTE EN B.Q.**
 - **T. INDUCCIÓN ANESTÉSICA:** desde entrada en quirófano a fin de inducción
 - **T. PREPARACIÓN QUIRÚRGICA:** colocación paciente y preparación campo
 - **T. DE CIRUGÍA:** desde fin inducción anestésica hasta final de técnica q.
 - **DURACIÓN PROCEDIMIENTO:** desde entrada a salida Q
 - **T DE CAMBIO Q:** desde salida Q a entrada siguiente. Es igual a: t. limpieza + t. preparación de q. + t. entrada
-

5. UTILIZACIÓN E ÍNDICES DE EFICIENCIA (II)

- **T. DE Q EFECTIVAMENTE UTILIZADO:** desde entrada a q. de 1^{er} paciente hasta salida último. Incluye t. de cambio q.
 - **T. QUIRÚRGICO:** Suma de todos los t “duración procedimiento” de todos los pacientes programados. No incluye t. de cambio q.
 - **PROLONGACIÓN DE Q:** desde hora fijada de salida de q. del último paciente, hasta momento en que realmente sale
 - **T. RESTANTE:** desde salida último paciente hasta hora real fijada para salida
 - **DURACIÓN MEDIA DE UN PROCEDIMIENTO:** promedio de “duración procedimiento” de un n^o determinado de casos
- T. controlado por anestesia (ACT)
 - T. de cambio paciente (Turnover, TOT)
 - T. de cirugía
-

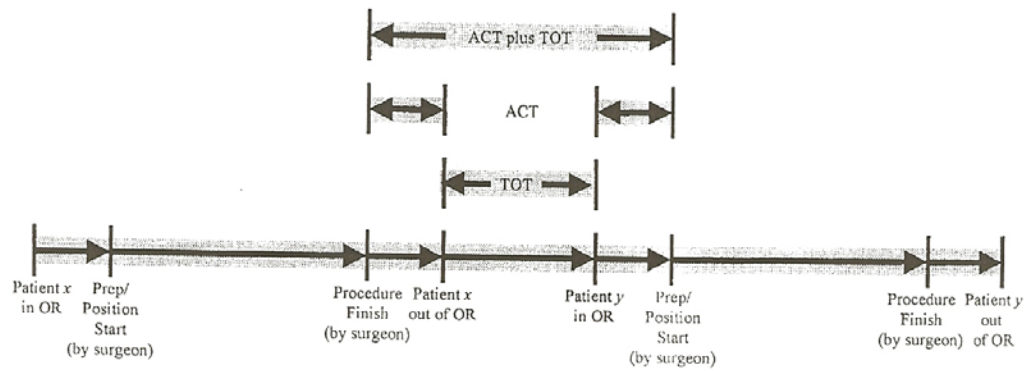


Fig. 1. Schematic demonstration of anesthesia-controlled time (ACT) and turnover time (TOT) in the context of operating room ((process sequences relevant to outpatient anesthesia and surgery for patients x and y.

OCUPACIÓN DEL Q (75-90%)

$$\text{OCUPACIÓN} = \frac{\text{duración procedimiento} + \text{t. cambio q.}}{\text{horas asignadas}} \times 100$$

→ **EFICACIA**

Servicio A = 80%; Servicio B = 95%

→ **EFICIENCIA**

- **Nº pacientes programados > t. cambio q.**
 - **Programación q > coste**
 - **Suspensiones por falta de tiempo**
-

OCUPACIÓN DEL Q (1)

- **Paciente entra en q → paciente en Reanimación**
 - 67% depende de cirugía
 - 20% depende de anestesia

Andel H, et al. Acta Anesthesiol Scand, 1997

- **T. dependiente de anestesia, debería disminuir el 100% para permitir un caso más, de corta duración (30 min) en una programación de 8 h**

Dexter F, et al. Anesth Analg, 1999

OCUPACIÓN DEL Q (2)

- **Simulación ordenador: la inclusión de un caso más en la jornada q es má fácil que se consiga optimizando la programación que disminuyendo la duración de cada caso**

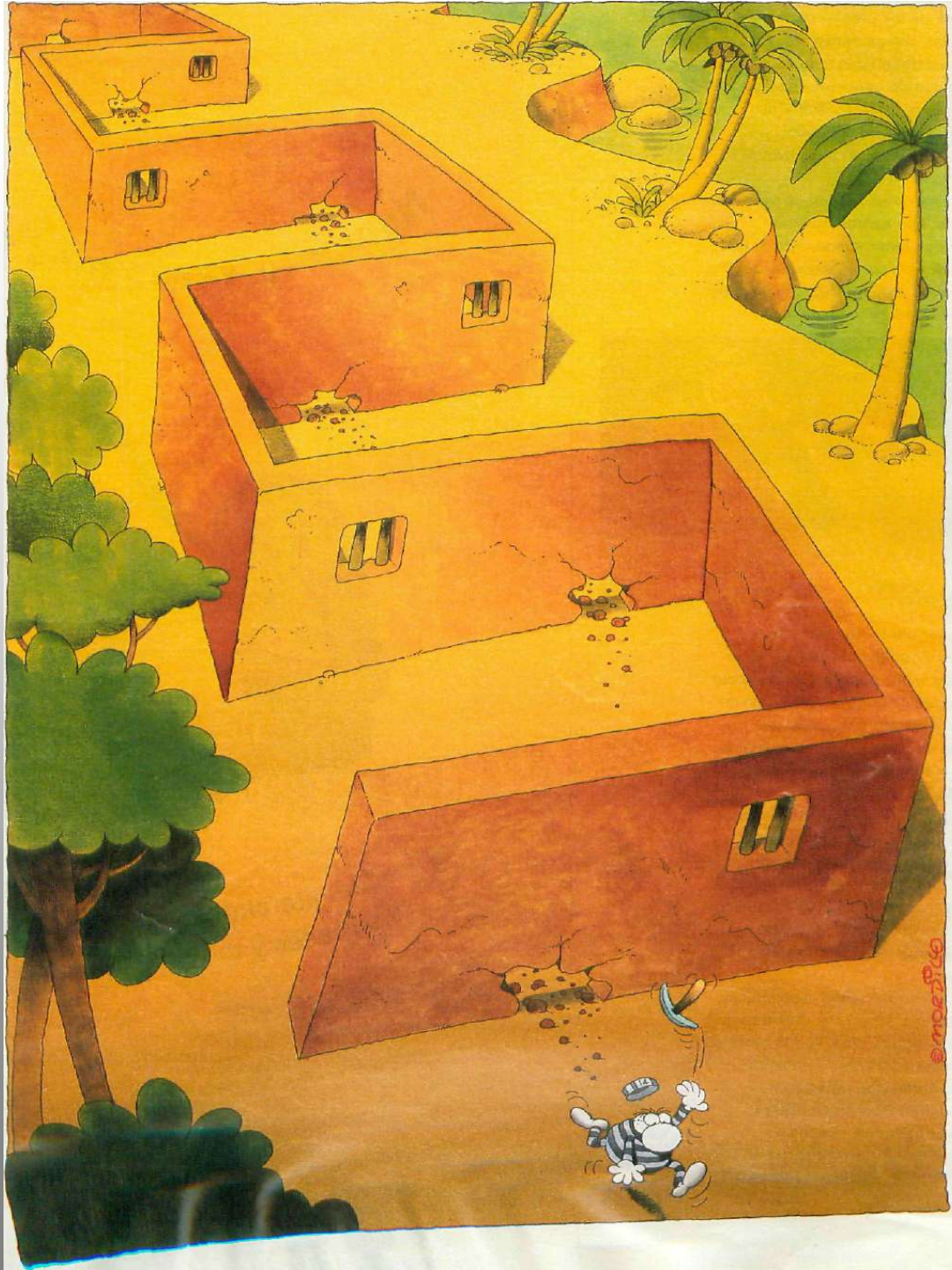
Dexter F, et al. Anesth Analg, 1999

- **Informe mensual a J. Servicio sobre tiempos y retrasos:**
 - ↓ t. cambio q.
 - ↓ t de q. vacío
 - ↓ comienzo 1ª intervención
 - t. anestesia no cambió
 - ganancia de 46 min / día/ Q

Oberdyk F, et al. Anesth Analg, 1998

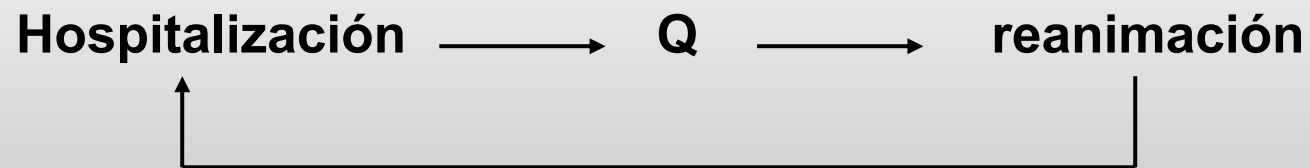
OCUPACIÓN DEL Q (3)

- **Una vez conseguido que t que no dependen de cirugía: anestesia y cambio, se encuentren en límites razonables, el único modo de mejorar la rentabilidad de q. es:**
 - **conseguir una programación bien ajustada**
 - **evitar t. de q. sobrantes y prolongaciones**
 - **procurar que duración prevista procedimiento se acerque a la real**
 - **flexibilidad para cambiar de q. según trascurra la programación**
 - **aplicar programas de calidad**



© OLLIVIERI AG 1998

- **PROCESO QUIRÚRGICO CLÁSICO:**



- **REDISEÑO DE PROCESOS:**

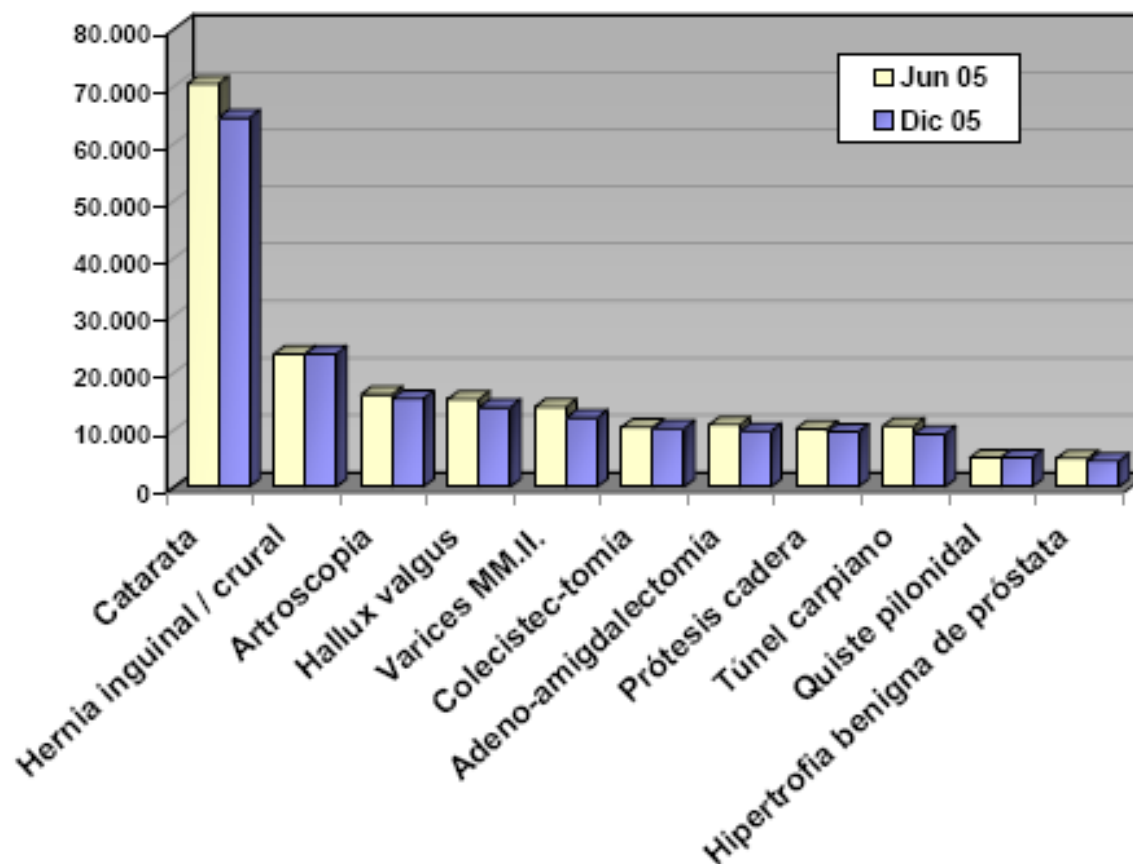
CMA: Unidad autónoma

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DEL SNS

Evolución Junio 2005 - Diciembre 2005

Distribución procesos seleccionados (número de pacientes)

(en orden descendente Dic 05)



CMA: “LA CARA”

- **Rápida implantación**
- **Coexistencia de dos modelos de CMA:**
 - * **Autónoma: H. General**
 - * **Integrada: H. Materno-Infantil**
- **Clima laboral de enfermería**
- **Satisfacción pacientes. Encuestas**
- **“Top - 20”: tasa ambulatorización**

CMA: "LA CRUZ"

- **Estancamiento en la incorporación de nuevos procedimientos. Los objetivos (IS) se cumplen más fácilmente con los "clásicos".**
- **Gestión CCAA no cambia contrato de gestión: IS global**
- **No se incentivan objetivos cualitativos:**
 - IS por procedimiento ("benchmarking")
 - Incorporación de nuevos procedimientos (?)
- **¿Quién debe realizar la CMA?**
 - Cirujanos (¿todos?). Residentes
 - Anestesiistas
- **Indicadores de actividad iguales a Q. Programados:**
Ocupación, suspensiones, horario, etc.
- **¿Criterios para indicar procedimientos ambulatorios?:**
 - Cirujanos: según procedimiento, no riesgo
 - Anestesiistas: preanestesia (criterios ASA únicamente)
- **Consecuencias:** interconsultas, hospitalización, Reanimación, etc
- **URPA ¡¡Un espacio sin ocupar!!**
 - Admisión; P. Especiales

CMA: “LA ENCRUCIJADA”

¿PROBLEMA? Sí cualitativo, No cuantitativo

¿ACTITUD?

→ **Conservadora:**

- **Hablar con servicios: ¿con quién?**
- **Dirección: ¿Se cumplen objetivos? ¡¡no es importante!!**

→ **Radical:**

- **Elegir médicos: fuerte jerarquización ¡¡oposición!!**
- **Exigir calidad: ¿a quién?**
- **Protocolos más estrictos: desconocimiento, rechazo**

¿QUÉ HACER?

***“ Los hombres siguen siempre con placer sus hábitos;
tanto es así que abandonan las innovaciones con tanta
prontitud como las acogen”***

N. Maquiavelo

***“ No hay nada más difícil de llevar a cabo, ni de más
dudoso éxito, ni más peligroso de controlar, que
comenzar un nuevo orden de cosas”***

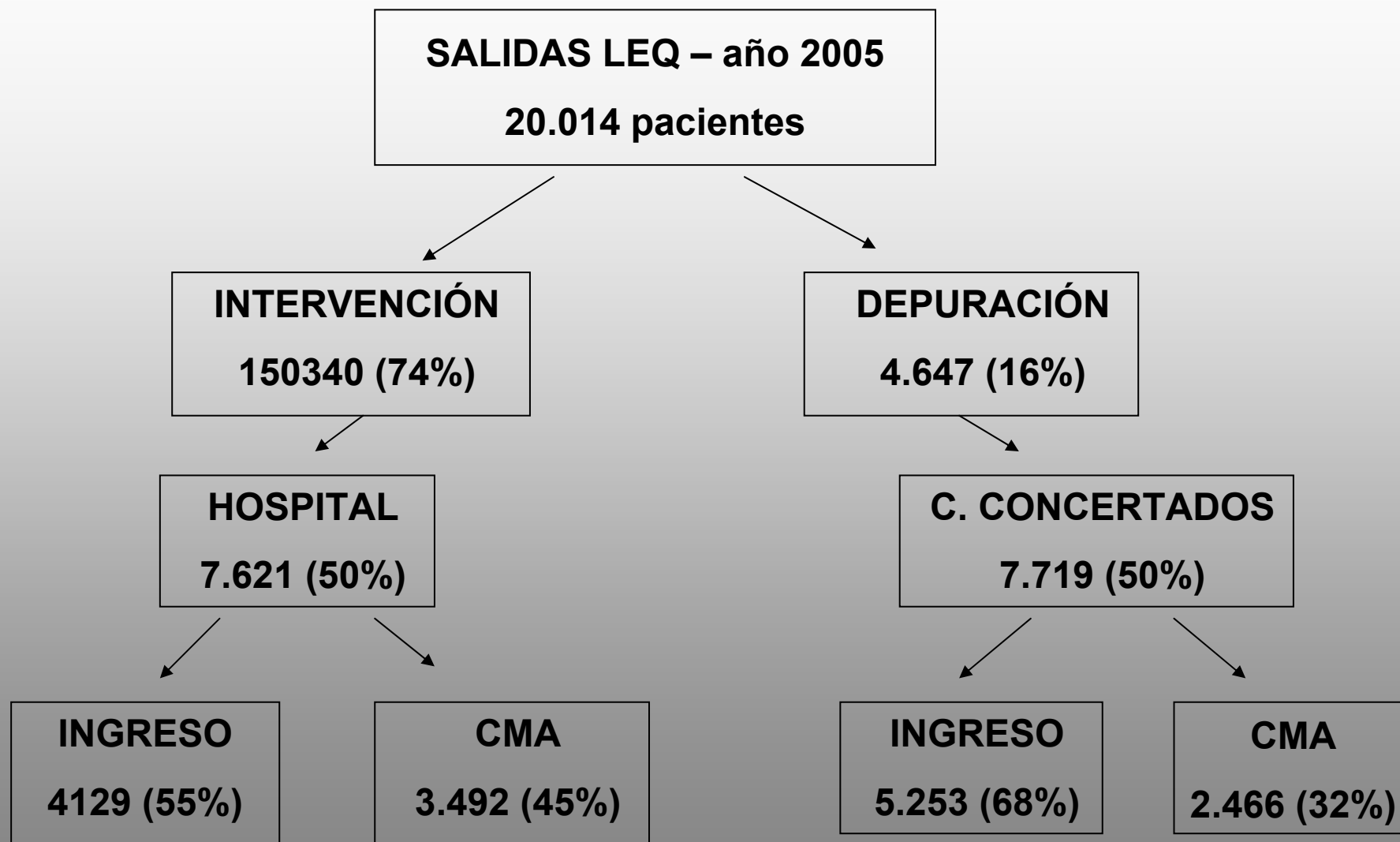
N. Maquiavelo

NUEVOS CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Especialidades con poca rotación facultativos, “líderes”**
 - **Procedimientos más frecuentes, criterios claros CMA**
 - **Poca variabilidad en cuanto a técnica anestésica, posibles contraindicaciones o criterios de alta**
 - **Posibilidad de partes con un solo tipo de procedimiento , ampliable hasta la tarde**
 - **Mejor relación coste / resultado**
 - **Asignación de Q: capacidad de resolver LEQ**
-

CAMBIO CARACTERÍSTICAS UNIDAD CMA

	2000	2006
Tipo Unidad	Autónoma	Autónoma
Nº Quirófanos	2	2
Horario	8 - 15 h	20 h
Cirujanos	Rotan todos	Selección
Anestesiastas	Mixto	Fijos
Enfermería	Fija	Fija
Preoperatorio	Preanestesia (1 - 2 meses)	CMA
Criterios de exclusión	ASA III - IV	A priori, ninguno
Especialidad	Todas	OFT, TRAUMA, DERMA





YO CREÍA QUE LO DE
AGILIZAR LAS LISTAS DE ESPERA
IBA A SER OTRA COSA...

PUES
YA VES

CONCLUSIONES

- 1. La limitación de recursos y la mejora de la gestión ha impulsado la centralización de los quirófanos en dos sentidos:**
 - Agrupación en un Área Quirúrgica única para optimizar recursos**
 - Creación de la figura del Coordinador del AQ y la Comisión de Q**
 - 2. Hemos evolucionado del simple “procedimiento quirúrgico” al concepto global de “paciente quirúrgico”, en donde influyen múltiples factores como consulta, cuidados perioperatorios, preanestesia, Reanimación, etc, determinantes en el resultado final de la cirugía**
-

CONCLUSIONES

- 3. La Coordinación del A.Q. es una misión compleja, pues debe arbitrar entre un colectivo amplio y variado, salvaguardar dando los intereses del paciente por encima de conflictos y objetivos, a veces, encontrados entre profesionales y especialidades**
-

CONCLUSIONES

- 4. No existe un modelo estandarizado de organización del A.Q. Cualquiera puede ser eficaz si se consigue adaptarse de manera idónea a las características de cada hospital. Sin embargo, si el modelo solo pretende optimizar la eficiencia del A.Q., podemos considerar su objetivo táctico y autolimitado.**

El objetivo debe ser más amplio, con un sentido estratégico: satisfacer la demanda quirúrgica de un área sanitaria determinada. En este escenario, el Coordinador debe gestionar la demanda, es decir, la LEQ, así como todos los recursos que componen la oferta para satisfacerla, siendo el A.Q. tal vez, el más importante pero no el único.
