

REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 21 de NOVIEMBRE del 2023

VISTOS:

El Informe N° 000868-2023-DICON/INEN de la Dirección de Control del Cáncer, el Informe N° 000799-2023-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 002624-2023-OGPP/INEN de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe N° 002586-2023-OPE-OGPP/INEN de la Oficina de Planeamiento Estratégico y el Informe N° 001570-2023-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:



Que, la Ley N° 28748, crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal, calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y sus modificatorias;

Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones-ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, estableciéndose su competencia, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;




Que, la Resolución Jefatural N° 097-2020-J/INEN, aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2020-INEN/OGPP-OPE, "Lineamientos para la elaboración, aprobación, seguimiento y evaluación de planes de trabajo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas";

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", cuya finalidad es "Contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad", teniendo como objetivo general: "Brindar al personal de las organizaciones de salud un documento de consulta que provea la metodología para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad, así como la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad", y como objetivos específicos: "Facilitar el desarrollo de capacidades en las organizaciones de salud para la implementación del sistema de gestión de la calidad y el desarrollo de actividades dirigidas a la mejora continua de la calidad"; "Establecer las pautas y pasos para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad y la aplicación de las técnicas y herramientas para la mejora de procesos";

Que, mediante el Informe N° 000868-2023-DICON/INEN, la Dirección de Control del Cáncer, remite el Informe N° 000788-2023-DNCC-DICON/INEN, del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, conteniendo el Proyecto de Mejora: Optimización de Cirugía Ambulatoria (OCA) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, para su revisión y opinión técnica sobre la propuesta del financiamiento de dicho proyecto de mejora;




Que, mediante el Memorando N° 002624-2023-OGPP/INEN la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, traslada el Informe N° 002586-2023-OPE-OGPP/INEN, elaborado por la Oficina de Planeamiento Estratégico, en el cual concluye que la propuesta del “Proyecto de Mejora: Optimización de Cirugía Ambulatoria”; ha sido elaborado de acuerdo a la “Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad”, aprobado por la Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, encontrándose alineado con el Plan Operativo Institucional (POI) 2023 y el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2022 – 2026, ampliado del instituto, destacando que su ejecución está sujeta a la disponibilidad presupuestaria de la entidad;



Que, el Proyecto de Mejora: Optimización de Cirugía Ambulatoria (OCA) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, tiene como objetivo general: *“Mejorar la atención integral perioperatoria de los pacientes oncológicos con indicación de cirugía electiva ambulatoria con calidad, equidad, oportunidad y seguridad”*, y objetivos específicos: 9.1 Reducir las Listas de Espera Quirúrgica (LEQ), 9.2 Reducir las tasas de suspensión quirúrgica en pacientes con cirugía ambulatoria; 9.3 Reducir la duplicación de exámenes preoperatorios; 9.4 Incrementar el tiempo efectivo de uso de quirófanos; 9.5 Implementar la gestión por procesos del paciente con indicación de cirugía electiva ambulatoria; 9.6 Evaluar la implementación y cumplimiento de indicadores de gestión quirúrgica en tiempo real; así mismo, cumple con las disposiciones, de la Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad” y la Directiva Administrativa N° 001-2020-INEN/OGPP-OPE, “Lineamientos para la elaboración, aprobación, seguimiento y evaluación de planes de trabajo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN”, aprobada por la Resolución Jefatural N° 097-2020-J/INEN;

Que, mediante documentos de vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica, encuentra viable lo requerido en el presente caso, por lo cual cumple con formular y visar la Resolución Jefatural en mérito de lo solicitado;




Que, contando con los vistos buenos de la Sub Jefatura Institucional; Gerente General; Oficina General de Planeamiento y Presupuesto; Oficina de Planeamiento Estratégico; Dirección de Control del Cáncer; Dirección de Cirugía; Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; Oficina de Asesoría Jurídica; con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2007-SA y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el Proyecto de Mejora: Optimización de Cirugía Ambulatoria (OCA) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución, cuya ejecución está sujeta a la disponibilidad presupuestaria de la entidad.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (www.gob.pe), y en el Portal Institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (www.inen.sld.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.



MG. FRANCISCO E.M. BERROSPLESI
Jefe Institucional
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





PERÚ

Ministerio de
Salud



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

PROYECTO DE MEJORA
OPTIMIZACIÓN DE CIRUGÍA AMBULATORIA (OCA)

DIRECCIÓN DE CIRUGÍA

DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER

Lima – Perú

2023



**Dr. Francisco Berrospi Espinoza**

Jefe Institucional

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

M.C. Adela Heredia Zelaya

Sub Jefe Institucional

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

M.C. Gustavo Sarria Bardales

Director General de la Dirección de Control de Cáncer

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Dr. Carlos Emilio Luque Vásquez Vásquez

Director General de la Dirección de Cirugía

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

M.C. Yura Toledo Morote

Director General de la Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Mg. Duniska Tarco Virto

Directora General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Mg. María Ibis Rivera Morales

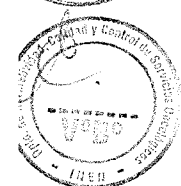
Departamento de Enfermería

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

M.C. Essy Milagros Maradiegue Chirinos

Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos

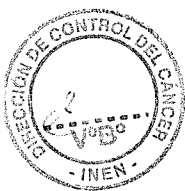
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





Elaborador:

Dr. Carlos Emilio Luque Vásquez Vásquez
Director General de la Dirección de Cirugía



Revisión y Validación:

Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos

M.C. Essy Milagros Maradiegue Chirinos – Directora Ejecutiva

Mg. Quetti Ivonne Siadén Tuanama - Médico Auditor

Lic. Yoseline Azarán Isla – Gestor en Salud

EEO. Mg. Nathaly Cuellar Rentería – Experto en Salud Pública





Contenido

- I. TÍTULO 4
- II. EQUIPO DE MEJORA 4
- III. DEPENDENCIA..... 5
- IV. POBLACIÓN OBJETIVO 5
- V. LUGAR DE EJECUCIÓN..... 5
- VI. DURACIÓN 5
- VII. ANTECEDENTES..... 5
- VIII. JUSTIFICACIÓN 6
- IX. OBJETIVOS..... 13
- X. METODOLOGÍA..... 13
- XI. RESULTADOS ESPERADOS..... 17
- XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... 19
- XIII. PROPUESTA DE FINANCIACIÓN 19
- XIV. ANEXOS..... 20





I. TÍTULO

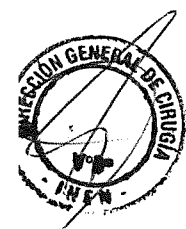
PROYECTO DE MEJORA: OPTIMIZACIÓN DE CIRUGÍA AMBULATORIA (OCA)

II. EQUIPO DE MEJORA

Estará conformado por el Director General de Cirugía, los Directores Ejecutivos de los Departamentos Quirúrgicos, el Coordinador del Proceso (designado por el Director General de Cirugía), dos gestores operativos (uno para el turno mañana y otro para el turno tarde), un técnico para apoyo administrativo y un representante de OGPP, DISAD y DNCC como asesores técnicos.

CUADRO 1. EQUIPO DE MEJORA DE OPTIMIZACIÓN DE CIRUGÍA AMBULATORIA (OCA)

Nombre	Cargo	Rol	Compromiso (%)
Dr. Carlos Emilio Luque Vásquez Vásquez	Director General de la Dirección de Cirugía	Responsable del proceso	100%
Mg. María Eugenia Guillen Zeballos	Directora General del Departamento de Cirugía en Tórax	Coordinadora del Equipo	100%
Mg. Duniska Tarco Virto	Directora General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto	Asesoría Técnica	100%
Mg. Yura Gardenia Toledo Morote	Directora General de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	Asesoría Técnica	100%
MC. Essy Milagros Maradiegue Chirinos	Directora Ejecutiva del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos	Asesoría Técnica	100%
MC. Lissete Huamán Ochoa	Departamento de Anestesia, Anestesia, Analgesia, Reanimación y Centro Quirúrgico	Responsable subproceso	100%
Mg. Iván Chávez Passiuri	Director Ejecutivo del Departamento de Abdomen	Responsable subproceso	100%
MC. Giovanni Luna Sánchez	Director Ejecutivo del Departamento de Cirugía en Cabeza y Cuello	Responsable subproceso	100%
MC. Ricardo Delgado Binasco	Director Ejecutivo del Departamento de Especialidades Quirúrgicas	Responsable subproceso	100%
MC. Aldo López Blanco	Director Ejecutivo del Departamento de Cirugía Ginecológica	Responsable subproceso	100%
MC. Jorge Dunstan Yataco	Director Ejecutivo del Departamento de Cirugía en Mamas y Tejidos Blandos	Responsable subproceso	100%
MC. Pedro Deza Ruiz	Director Ejecutivo del Departamento de Neurocirugía	Responsable subproceso	100%





Mg. María Guillen Zeballos	Directora Ejecutiva del Departamento de Cirugía en Tórax	Responsable subproceso	100%
MC. Víctor Destefano Urrutia	Director Ejecutivo del Departamento de Cirugía Urológica	Responsable subproceso	100%
Mg. Ibis Villalobos Morante	Directora Ejecutiva del Departamento de Enfermería.	Coordinadora de Enfermería	100%
Mg. Silvia Calvo de la Vega	Supervisora CAAC	Coordinadora de Centro Quirúrgico	100%
Lic. Cinthia Chapa Cabrera	Enfermera OCA	Gestor Operativo (TM)	100%
Lic. Jenny Sánchez Díaz	Enfermera OCA	Gestor Operativo (TT)	100%

III. DEPENDENCIA

El equipo de mejora de optimización de cirugía ambulatoria (OCA) dependerá directamente de la Dirección General de Cirugía (DICIR) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

IV. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes de todos los Departamentos Quirúrgicos del INEN con indicación de cirugía ambulatoria electiva.

V. LUGAR DE EJECUCIÓN

Consultorios Externos y Centro Quirúrgico del Centro de Atención Ambulatoria del Cáncer (CAAC - 4to Piso) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

VI. DURACIÓN

Desde su implementación con proyección a ser permanente.

VII. ANTECEDENTES.

- En el INEN, desde los años 80s, se viene practicando cirugía ambulatoria en pacientes con patología quirúrgica oncológica en el antiguo Centro Quirúrgico de Cirugía Menor y en la Unidad denominada anteriormente como Clínica de Día, cuyo reglamento fue aprobado mediante Resolución Jefatural N°182-2008-J/INEN.
- Mediante Resolución Ministerial N° 280-2013/MINSA, se aprobó la NTS N°104 - MINS/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia" en la que se establece los lineamientos para la gestión de la cirugía ambulatoria (sin periodo de recuperación específico) y la cirugía ambulatoria con observación extendida (observación postoperatoria menor de 24h).
- A inicios del año 2021 se inaugura el Centro de Atención Ambulatoria del Cáncer (CAAC) del INEN, trasladándose toda la actividad quirúrgica ambulatoria (Cirugía Menor y Clínica de Día) al Centro Quirúrgico del CAAC (4to Piso), los Procedimientos Endoscópicos al 3er Piso del CAAC y los Procedimientos Especiales al 9no Piso del CAAC.



- En el Centro Quirúrgico del Edificio Principal, se realiza actualmente los procedimientos quirúrgicos en pacientes hospitalizados y emergencias.

VIII. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) define cirugía mayor como: “todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, manipulación o sutura de un tejido y que generalmente requiere anestesia regional, general, raquídea o sedación profunda para controlar el dolor”. El término Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) fue creado en 1986 por James E. Davis durante la publicación del libro titulado Major Ambulatory Surgery. Es un concepto quirúrgico en constante evolución, a través del cual se consigue que determinadas pacientes, programados para cirugía electiva de baja o mediana complejidad (independientemente del tipo de anestesia utilizada), puedan acudir al hospital el mismo día de la intervención quirúrgica programada y después de un corto período de recuperación postoperatoria salir de alta hospitalaria, regresando a su domicilio el mismo día o como máximo 24 horas después, prescindiendo desde su ingreso de la ocupación de una cama hospitalaria; en esta definición no se incluyen los pacientes con intervenciones quirúrgicas de muy baja complejidad (Cirugía Menor) que se realizan con anestesia local y que salen de alta inmediata, sin un período de observación post operatoria especial.

La CMA se originó en los primeros años del Siglo XX cuando el cirujano pediátrico escocés James Nicoll reportó su experiencia de 10 años en la revista British Medical Journal con 8,988 intervenciones quirúrgicas ambulatorias (sin necesidad de hospitalización) en el Glasgow Royal Hospital For Sick Children. En las décadas siguientes, en diferentes partes del mundo, se desarrollaron numerosas técnicas quirúrgicas y se hicieron repetidos intentos por difundir las ventajas del manejo ambulatorio de los pacientes operados, destacando notablemente el cirujano canadiense Earle Shouldice, que en el año 1946 desarrollo una técnica de hernioplastia con anestesia local, deambulación y alta precoz.

A inicios de los 70s se inauguró Surgycenter (Phoenix, Arizona, EE.UU.) considerada como la primera Unidad de CMA independiente de un centro asistencial, suceso que dio gran impulso al desarrollo de CMA a nivel mundial; así observamos que, en 1973 la American Medical Association recomendó la creación de hospitales diseñados, organizados y equipados para realizar procedimientos quirúrgicos sin necesidad de hospitalizar a los pacientes, en 1974 se formó la Federated Ambulatory Surgery Association y en 1984 la Society for Ambulatory Anesthesia.

Como se observa Gráfico N° 1, en el INEN se realizan más de 11,000 intervenciones quirúrgicas de baja, mediana y alta complejidad por año, tanto en pacientes hospitalizados (Centro Quirúrgico del Edificio Principal) como en pacientes ambulatorios (Centro Quirúrgico del Centro de Atención Ambulatoria del Cáncer), 47% de las cuales, se realizan en pacientes ambulatorios con anestesia local, regional o general; siendo las operaciones de mediana y alta complejidad más frecuentes en estos pacientes ambulatorios: tiroidectomía, mastectomía, ooforectomía, traquelectomías cervical, colostomía, resecciones de lesiones de piel y tumores de partes blandas, etc.

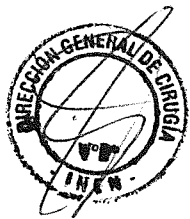
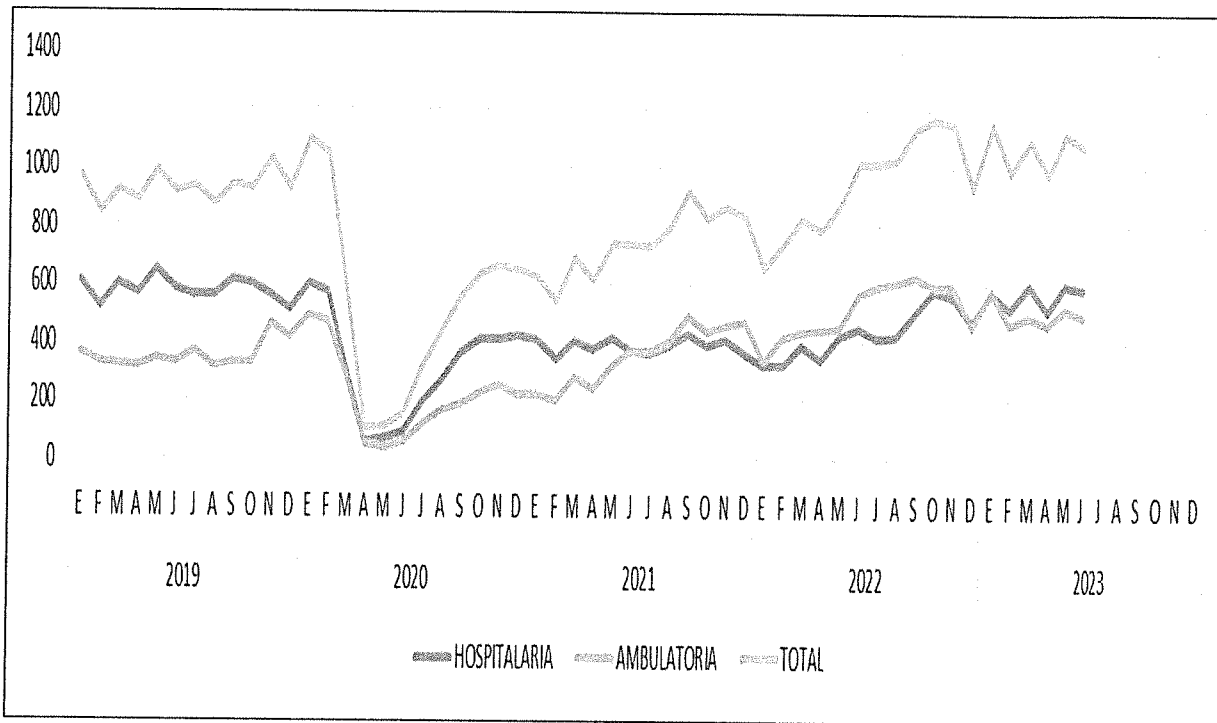
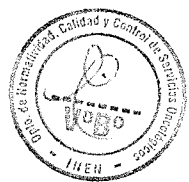




Gráfico N°1
Intervenciones Quirúrgicas
DICIR 2019 - 2023



* Fuente: SIS INEN 2023.



Usualmente, en las instituciones en las que se realizan CMA, los procedimientos se efectúan en unidades integradas o diferenciadas (independientes) denominadas UCA (Unidades de Cirugía Ambulatoria, UCMA (Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria), Clínica de Día, etc., caracterizados por su organización como espacios estructurales y funcionales diseñados especialmente para garantizar la seguridad y calidad del proceso quirúrgico y la asistencia al paciente y la familia. Casi siempre, la preparación preoperatoria, la admisión y alta postoperatoria se realizan dentro de estas unidades de alta eficiencia y rendimiento, por lo que es ideal que el trabajo en equipo se fundamente en guías y protocolos de práctica clínica, de tal forma que se obtengan los mejores resultados.

Anteriormente en el INEN, la Cirugía Ambulatoria se realizaba en el Servicio de Cirugía Menor y Endoscopia y en la Unidad denominada Clínica de Día que funcionaba como una Unidad Integrada al Centro Quirúrgico del Edificio Principal de la Institución; sin embargo, en la actualidad, ésta última, funciona como una Unidad Independiente localizada en el nuevo Centro Quirúrgico ubicado en el 4to Piso del CAAC-INEN; por tal motivo, es indispensable y necesario modernizar los procesos de gestión de conformidad con la Directiva Administrativa N° 288-MINSA-2020-OGPPM "Lineamientos para la Implementación de la Gestión por Procesos en Salud".

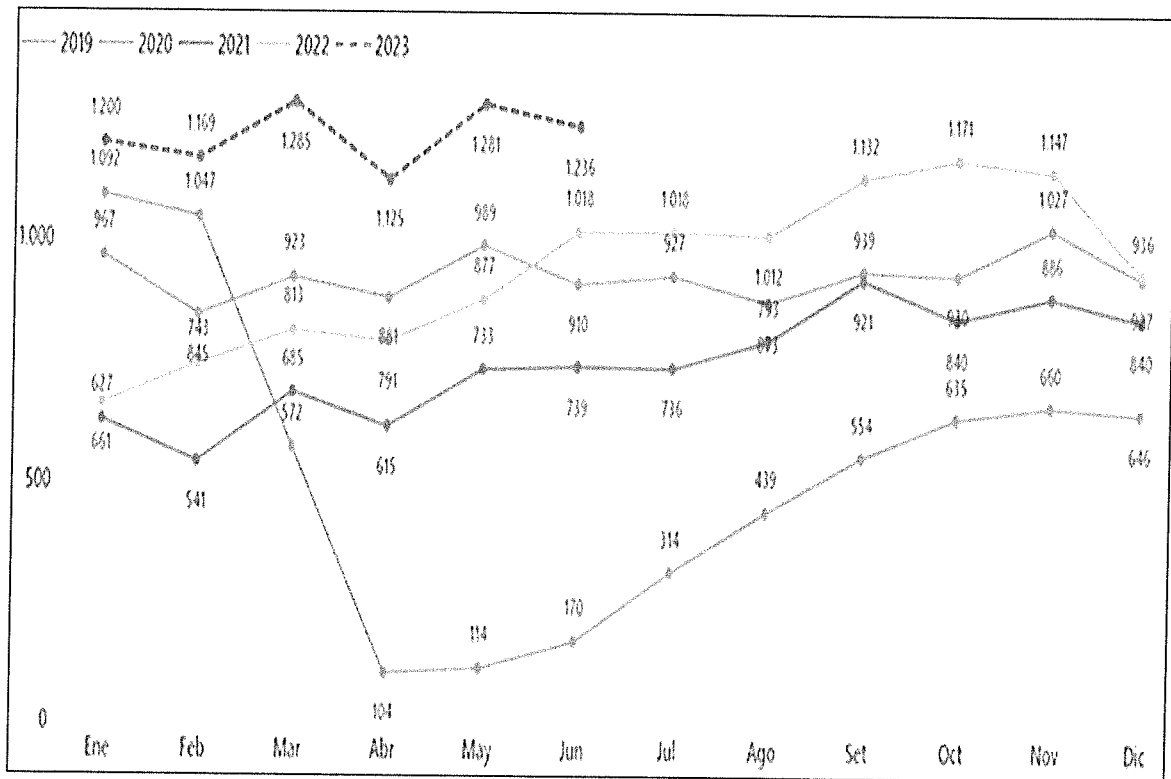
Por otro lado, la normativa vigente del MINSA (NTS N°104 -MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de los Establecimientos de Salud que realizan Cirugía Ambulatoria y/o Cirugía de Corta Estancia"), permite que los Establecimientos de Salud puedan realizar procedimientos quirúrgicos ambulatorios de mayor complejidad con periodos de observación post operatoria extendida hasta 24 horas, los cuales son muy frecuentes en los pacientes con



patología quirúrgica oncológica, por lo que el proyecto de mejora de optimización de cirugía ambulatoria (OCA), de conformidad con esta Norma Técnica, permitirá ampliar la cartera de servicios a procedimientos oncológicos de mediana y alta complejidad, con el consecuente incremento del número de procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

Además, tal como se observa en el Gráfico N° 2, en el INEN se realizaron más de 7,000 cirugías en el primer semestre del 2023, tanto en pacientes hospitalizados (Centro Quirúrgico del Edificio Principal) como en pacientes ambulatorios (Centro Quirúrgico del CAAC), cifras que representan un incremento importante el Número de Procedimientos Quirúrgicos respecto a los años anteriores, superando incluso el periodo pre-pandemia. Este incremento constante del número de intervenciones quirúrgicas, sobre todo en pacientes ambulatorios (Gráfico N° 1) implica nuevos retos para la gestión clínica y administrativa de la Dirección General de Cirugía y de los diferentes Departamentos Quirúrgicos especializados del Instituto; fundamentalmente porque la selección del paciente, programación y ejecución de una intervención quirúrgica es un proceso complejo que involucra prácticamente todas las UPSS INEN, como consulta externa, radiodiagnóstico, laboratorio, banco de sangre, farmacia, logística, archivo de historias clínicas, hospitalización, etc.

Gráfico N° 2
Número de Procedimientos Quirúrgicos
DICIR 2019-2023



* Fuente: SIS INEN 2023

Las cirugías de cualquier naturaleza (hospitalaria o ambulatoria), deben ser realizadas con seguridad y con garantías explícitas de su ejecución en óptimas condiciones de calidad, en ese sentido, el Centro Quirúrgico del CAAC-INEN cuenta con 07 salas de operaciones y 14 camas de observación postoperatoria convenientemente equipadas para garantizar la calidad de la ejecución de los procedimientos quirúrgicos de mediana y alta complejidad en pacientes ambulatorios. La ejecución de un procedimiento quirúrgico seguro en un paciente ambulatorio



no solamente comprende el acto quirúrgico propiamente dicho, sino la preparación preoperatoria, la observación postoperatoria y el seguimiento postquirúrgico hasta lograr su recuperación completa.

También es necesario precisar que actualmente en el INEN, la gestión de las Lista de Espera Quirúrgica (LEQ), que incluye la preparación preoperatoria y la programación quirúrgica, la realiza cada Departamento en forma independiente, no existiendo una gestión centralizada de las LEQ que garantice la equidad y oportunidad del acceso de los pacientes a sala de operaciones, generando embalses quirúrgicos (pacientes con más de 30 días en LEQ) en algunas especialidades con mayor demanda y subutilización de los turnos quirúrgicos en otras especialidades; así podemos observar en la Tabla N° 1, que al final del primer semestre 2023, existían 359 pacientes en espera de intervención quirúrgica (LEQ), con un tiempo promedio de más de 2 meses de espera quirúrgica, los mismos que si no son programados en los siguientes 30 días necesitarán actualización de exámenes preoperatorios, generando gastos operativos innecesarios.

Tabla N° 1
Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica
DICIR JUNIO 2023

DEPARTAMENTO	Número de Pacientes	Promedio de días en lista espera
ABDOMEN	99	95
CABEZA Y CUELLO	51	67
CIR. PLÁSTICA	13	55
GINECOLOGÍA	19	45
MAMAS Y TB	58	31
NEUROCIRUGÍA	36	56
ORTOPEDIA ONCOLÓGICA	7	31
TÓRAX	41	49
UROLOGÍA	35	44
TOTAL	359	62

* Fuente: Informe mensual de los Departamentos Quirúrgicos.

Asimismo, debemos tener en cuenta que la falla en cualquiera de los procesos involucrados en la preparación y programación de los pacientes para la cirugía casi siempre lleva a la suspensión de la intervención quirúrgica, por esa razón, el porcentaje de cirugías suspendidas es uno de los Indicadores que mejor refleja la gestión de los procesos de evaluación preoperatoria, manejo de la LEQ y la administración del centro quirúrgico, la suspensión quirúrgica es sinónimo de ineficiencia en la gestión y genera gastos innecesarios como el mantenimiento de SOP, pago de recursos humanos (cirujanos, enfermeras, personal auxiliar, etc.), preparación de instrumental y material quirúrgico que no se llega a usar. En el INEN (Gráfico N° 3), a pesar de que se observa una gran mejoría (franco descenso en los últimos 2 años) en la tasa de suspensiones quirúrgicas en pacientes hospitalizados (5.13%) con valores ligeramente por encima del estándar internacional (<5%), en los pacientes ambulatorios, la tasa de suspensiones permanece en valores muy altos (15.81%), probablemente como consecuencia de un déficit en la gestión de los procesos preoperatorios en esta última cohorte; por esta razón, urge la implementación de medidas correctivas



destinadas a mejorar la gestión de los procesos relacionados con la programación quirúrgica para cirugía electiva en pacientes ambulatorios.

Las tasas de suspensión quirúrgica en pacientes ambulatorios no solo son más altas, sino que las causas de la suspensión quirúrgica en estos pacientes son diferentes, entre las cuales (a diferencia de los pacientes internados) intervienen más los factores externos relacionados el traslado del paciente al centro hospitalario, la admisión a tiempo del paciente, el cumplimiento de las indicaciones preoperatorias, etc. La admisión al centro hospitalario del paciente programado para cirugía ambulatoria se realiza el mismo día que se realizará el procedimiento quirúrgico; por lo tanto, es afectado directamente por condiciones externas a la Institución, como la coyuntura política que atraviesa el país (huelgas y protestas con bloqueo de calles, suspensión de medios de transporte, etc.) y fenómenos naturales que impiden el transporte interprovincial (70% de los pacientes que se atienden en el INEN son de Provincia), sumado a la idiosincrasia y nivel cultural propia de nuestra población (llegan tarde, no comprenden las indicaciones preoperatorias, etc.), así como a un déficit en los procesos administrativos y en la gestión adecuada de la Historia Clínica física (el INEN no cuenta con Historia Clínica Electrónica).

Gráfico N° 3
Porcentaje de Procedimientos Quirúrgicos Suspendidos
DICIR 2022-2023

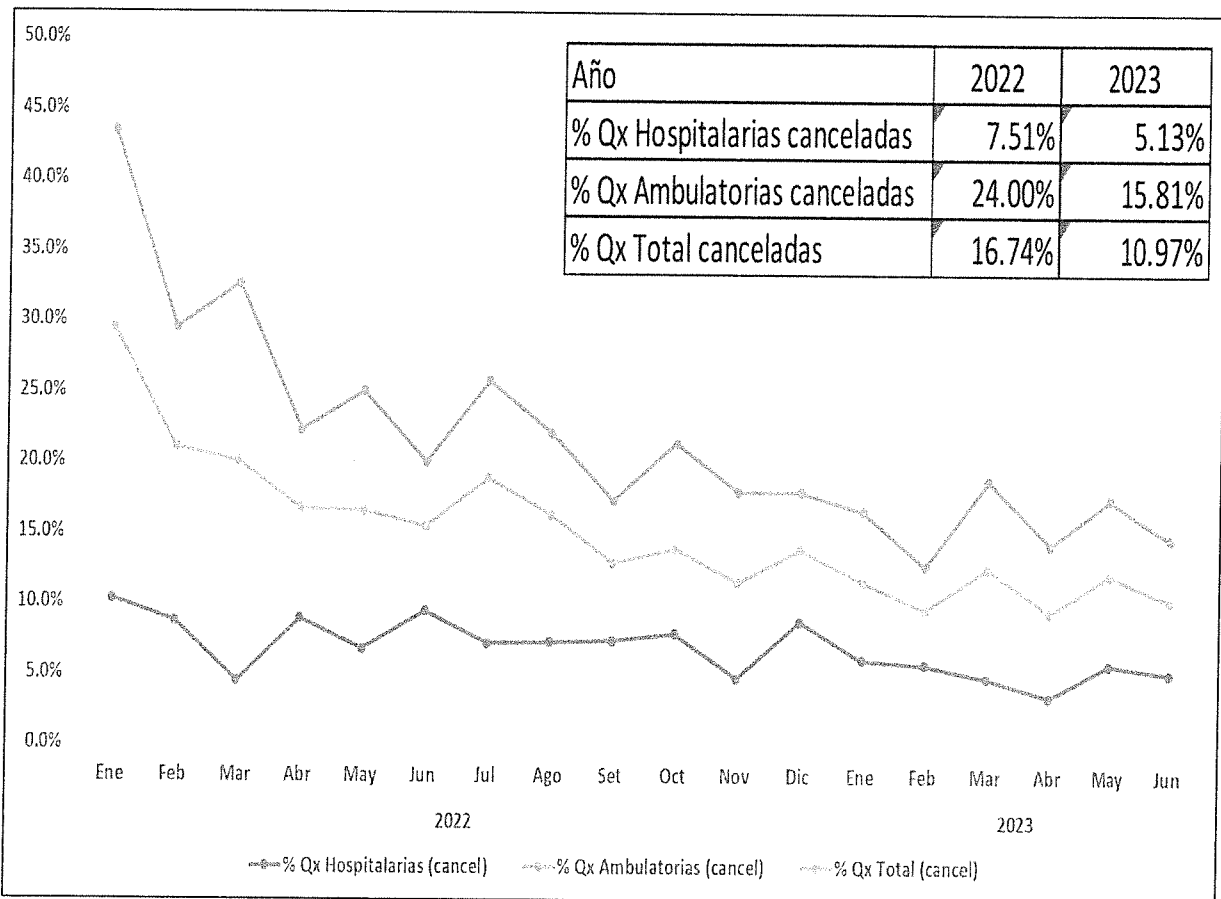
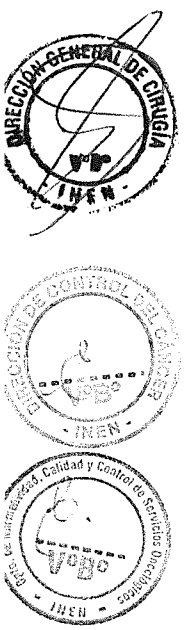


Table with 3 rows and 3 columns: Año, 2022, 2023. Rows include % Qx Hospitalarias canceladas, % Qx Ambulatorias canceladas, and % Qx Total canceladas.



* Fuente SIS INEN, Elaborado por Departamento de Estadística y Epidemiología

Tal como se observa en la Tabla 3, el SIS INEN muestra un déficit en los datos de registro de las causas de suspensión de cirugías en el centro quirúrgico del CAAC (recientemente



inaugurado), probablemente por falta implementación de los procesos de control y déficit en los sistemas informáticos que supone la puesta en marcha de un nuevo centro quirúrgico; por ejemplo, podemos ver que solo 224 (38%) del total de procedimientos suspendidos (597) cuentan con registro de la causa de suspensión, siendo la falta de asistencia del paciente (41%) el motivo más frecuente, seguido de error en la programación quirúrgica (19%) y cambio en la condición clínica (17%).

Finalmente, son muchos los avances en anestesiología y cuidados post-operatorios, así como el desarrollo de técnicas de cirugía mínimamente invasiva, los que han facilitado la ambularización de muchos procedimientos quirúrgicos oncológicos, con seguridad y eficacia en el tratamiento (resultados finales equivalentes a la cirugía oncológica abierta); sin embargo, la selección del paciente adecuado, la programación quirúrgica y la ejecución de la CMA sigue siendo una práctica compleja que involucra al paciente, la familia y prácticamente todas las áreas asistenciales de la Institución como consulta externa, radiodiagnóstico, laboratorio, banco de sangre, farmacia, logística, archivo de historias clínicas, admisión etc., y la falla en cualquiera de los procesos involucrados en alguna de estas áreas conlleva a la suspensión de la intervención quirúrgica, que usualmente fue programada el día anterior; por lo que es necesario una gestión clínica óptima que garantice la ejecución de la intervención quirúrgica con seguridad y calidad. La implementación de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en hospitales europeos y en algunos países latinoamericanos (como Brasil, Chile y Colombia) han demostrado alta capacidad para la gestión de la LEQ, reportando mejoras en los indicadores de calidad, eficiencia y satisfacción tanto de los pacientes como del personal sanitario. Estos módulos (físicos o funcionales) son un conjunto de medidas que se implementan para mejorar la gestión de las LEQ de pacientes que requieren una cirugía electiva ambulatoria (programada con anticipación), estimar los riesgos y tomar las precauciones necesarias para evitar la suspensión quirúrgica o la morbilidad perioperatoria.





Tabla N° 2
Cirugías Ambulatorias Suspendidas primer semestre 2023

CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGIA AMBULATORIA		ABD	CYC	DENTAL	OFTAL	GIN	MTB	TORAX	ORTOP	CIR. PL	UPV	URO	TOTAL	%
ADMINISTRATIVAS	1. Falta de tiempo en el quirófano								2				2	1
	2. Falta de equipamiento o de material quirúrgico			1	2			1			5		9	4
	3. Error de programación quirúrgica		6	4	2	1	3	8		9	8		41	19
	4. Falta de camas (Piso, UCI, URPA, etc.)					4						3	7	1
	5. Falta de trámites o papeles administrativos			2	2		3			1	5		13	6
	6. Falta de Historia Clínica												0	0
	7. Falta de Recursos Humanos												0	0
	TOTAL												72	32.1
MÉDICAS	8. Cambio de condición clínica (plaquetopenia, fiebre, infarto, HTA, emergencia, etc.)		5	5	13	2	2	2		2	6	1	38	17
	9. Cambio de conducta terapéutica (QT, RT, etc.)			1									1	0
	10. Anestesiológicas (Intubación difícil, hipertermia maligna, PCR, etc.)												0	0
	TOTAL												39	17.4
PACIENTE	11. Fallecimiento del paciente												0	0
	12. No autoriza procedimiento (Consentimiento informado)		4	1	2						1		8	3
	13. No se presentó		10	26	12	3	11	9		11	8		90	41
	14. Incumplimiento de indicaciones preoperatorias (ayuno)	1			3	1	5		1			4	15	7
	TOTAL												113	50.5
CON REGISTRO		1	25	40	36	11	24	20	1	25	33	8	224	100.0
SIN REGISTRO		4	29	8	16	27	49	27	3	202	0	12	377	
Total de pacientes suspendidos		5	54	48	52	34	73	47	4	227	33	20	597	
Total de pacientes programados para cirugía electiva		73	484	227	283	328	574	220	12	656	706	163	3726	
Tasa de Procedimientos Quirúrgicos Suspendidos		6.85	11.16	21.15	18.37	10.37	12.72	21.36	33.33	34.60	4.67	12.27	16.02	

* Fuente: SISINEN 2023

IX. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la atención integral perioperatoria de los pacientes oncológicos con indicación de cirugía electiva ambulatoria con calidad, equidad, oportunidad y seguridad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 9.1 Reducir las Listas de Espera Quirúrgica (LEQ).
- 9.2 Reducir las tasas de suspensión quirúrgica en pacientes con cirugía ambulatoria.
- 9.3 Reducir la duplicación de los exámenes preoperatorios.
- 9.4 Incrementar el tiempo efectivo de uso de los quirófanos.
- 9.5 Implementar la gestión por procesos del paciente con indicación de cirugía electiva ambulatoria
- 9.6 Evaluar la implementación y cumplimiento de indicadores de gestión quirúrgica en tiempo real.

X. METODOLOGÍA

El presente proyecto de mejora tiene como eje central la optimización de cirugía ambulatoria como unidad de gestión de alto rendimiento, que se encargará de la ejecución de nuevos procesos centrados en la seguridad y satisfacción del paciente oncológico.

10.1 ORGANIZACIÓN, ESTRUCTURA Y GESTIÓN

Definición: El equipo de mejora de optimización de cirugía ambulatoria (OCA), es un plantel de gestión de alto rendimiento, de la Dirección General de Cirugía, destinado al manejo integral de los procesos asistenciales y administrativos involucrados en el manejo perioperatorio de los pacientes con indicación de cirugía electiva ambulatoria y cirugía electiva ambulatoria con observación extendida (<24 horas) que reúne los requisitos funcionales, estructurales y organizativos adecuados para garantizar la calidad, eficiencia y seguridad en la ejecución de los procedimientos perioperatorios.

Organización: OCA estará conformado por el Director General de Cirugía (responsable de la gestión de la unidad), un cirujano (coordinador general del proyecto), dos enfermeras (gestores operativos), un asistente administrativo, la enfermera coordinadora del Centro Quirúrgico del CAAC y los médicos anestesiólogos, endocrinólogos, neumólogos y cardiólogos (evaluación preoperatoria) que usualmente se encuentran programados en consulta externa; además participarán en el proceso implementación del proceso los representantes de OGPP, DISAD y DICON.

Estructura física: El proyecto de mejora de optimización de cirugía ambulatoria (OCA) contará con los siguientes ambientes:

- Una oficina en consultorios externos o en el CAAC para revisión de las evaluaciones preoperatorias pertinentes, revisión de los resultados de laboratorio e imagenología, gestión de la historia clínica, gestión de la LEQ y monitoreo de los indicadores
- 04 consultorios externos agrupados en un solo Módulo para atención simultánea (unidad de alto rendimiento) en las especialidades de anestesiología, neumología, endocrinología y cardiología, según corresponda, y que funcionará en el turno tarde.
- Centro Quirúrgico exclusivo para cirugía ambulatoria localizado en el 4to Piso del CAAC y que está conformado por 06 quirófanos equipados para anestesia general y 01 quirófano para anestesia local, 14 camillas de recuperación post





anestesia para pacientes que requerirán observación extendida (<24 horas) y 13 sillones para pacientes con anestesia local y regional que no requieren periodo de observación postoperatoria específica.

- Sistema de admisión y alta diferenciado para los pacientes ambulatorios en el CAAC.

Gestión y funcionamiento: Tal como se puede observar en el Anexo N° 1, el flujograma de atención en el presente proyecto de mejora del paciente con indicación de cirugía electiva debe estar articulado con el proceso de atención integral del paciente con patología quirúrgica oncológica en las diferentes especialidades quirúrgicas.

OCA será manejado y evaluado permanentemente mediante el enfoque de gestión por procesos. Como parte del proyecto, se desarrollarán los diagramas de procesos y las fichas de procedimientos.

Acceso del paciente al proyecto de mejora de OCA: El paciente con indicación quirúrgica de cirugía electiva podrá ser admitido a la Unidad desde la consulta externa luego de completar la evaluación los procesos de diagnóstico y estadiaje correspondiente.

Cartera de servicios: La selección del paciente para cirugía ambulatoria o la necesidad de hospitalización depende de muchos factores, pero en general, los procedimientos que se podrán realizar en forma ambulatoria son aquellos incluidos en el Nivel I, II y III; excepcionalmente se podrá incluir alguno del Nivel IV de la Clasificación de Davis (modificada con fines operativos):

- Nivel I Intervenciones que pueden practicarse en el tópico de consulta externa con anestesia local y que no requieren ningún cuidado especial en el postoperatorio.
- Nivel II Procedimientos que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, no prolongados ni intensivos, en el área de recuperación post anestesia. La analgesia en estos pacientes, si es necesaria, es de tipo oral.
- Nivel III Cirugías con anestesia local, regional o general que requieren monitoreo y observación postoperatoria extendida hasta 24 horas en el área de recuperación post anestesia. La analgesia en estos pacientes es de tipo parenteral en las primeras 24 horas.
- Nivel IV Procedimientos quirúrgicos que requieren hospitalización mayor de 24 horas, cuidados muy especializados o críticos en el postoperatorio.

Criterios de selección para cirugía ambulatoria: Además de los aspectos esbozados en el acápite anterior, otros aspectos importantes que intervienen en la selección del paciente son:

- **Aspectos médicos y fisiológicos.** Serán candidatos a cirugía ambulatoria los pacientes ASA I y ASA II de la clasificación de la American Society of Anesthesiologists. Excepcionalmente, previa evaluación de los riesgos y beneficios podría incluirse algún paciente ASA III, pero definitivamente ninguno con ASA IV.

La edad cronológica en sí, no es contraindicación para cirugía ambulatoria, más bien debería considerarse en la valoración el estado funcional del paciente (edad biológica); así por ejemplo, estará contraindicado programar pacientes con obesidad severa (IMC>35) o mórbida (IMC>40), diabetes descompensada, anticoagulados o con antecedentes personales o familiares de coagulopatías, complicaciones anestésicas (hipertermia maligna) en cirugías previas, miopatías, neuropatías o enfermedades neurodegenerativas.





- **Aspectos educativos y psicológicos.** La inclusión del paciente en la programación para cirugía ambulatoria requiere autorización expresa del paciente; por lo tanto, no podrán ser incluidos en la programación los pacientes que no comprendan o no puedan seguir las instrucciones médicas (excepto cuando el tutor o acompañante asuma la responsabilidad), así como las personas con alteraciones psiquiátricas no controladas y problemas de drogodependencia activa.
- **Aspectos sociales.** La evaluación inicial del paciente candidato a cirugía ambulatoria debe incluir la valoración del entorno social y demográfico del paciente. Es necesario que el paciente disponga de la atención de un adulto responsable durante la admisión y estancia en el Instituto, durante el periodo de readaptación al medio, el traslado a su domicilio y por lo menos en las primeras 24 horas del alta del Centro Quirúrgico del CAAC. Idealmente el paciente no debe domiciliar a más de dos horas de distancia (en un vehículo motorizado), contar con un teléfono permanente (celular) y condiciones mínimas de confort e higiene domiciliario.

Inclusión en LEQ: La inclusión de los pacientes en la LEQ la realiza la asistente administrativa del equipo de mejora de OCA por indicación del médico anestesiólogo que efectuó la evaluación preoperatoria en la consulta externa, luego de finalizada la preparación preoperatoria, verificando la indicación clara y oportuna del procedimiento quirúrgico que indicó el médico cirujano oncólogo tratante.

La inclusión en LEQ se realiza en el módulo de gestión informática del SIS INEN que se está desarrollando especialmente para el registro electrónico de los pacientes que se encuentran en espera de cirugía electiva, el mismo que contiene los datos generales del paciente, datos del contacto familiar, detalles del procedimiento quirúrgico a realizar, prioridad de la indicación quirúrgica, verificación de las evaluaciones pre operatorias y condiciones de salida de la LEQ (Gráfico N° 4).





Gráfico N° 4
Módulo Informático de Gestión de LEQ

Solicitud de Tiempo Espera Quirúrgica
Información del Paciente
Nro.Solicitud: Fecha registro del modulo: 00/00/0000
H/C: D.N.I 40480416 Condición: 03 HOSPITAL (H)
Cl: HISTORIA CLINICA 0635941 Sexo: F G.S:
Paciente: PAIAMAASIFEN MARILIN Edad: 43
Telefono: - 993272254
Domicilio: CALLE DROSERAS 151
Lug. Domicilio: 150103 LIMA-LIMA-ATE
Dpto Principal: 003 GINECOLOGIA
Dx Principal: SD
Datos del Familiar o responsable del pariente
Nombre:
Telefono:
Datos De La Atención Quirúrgica
Dpto Solicitante:
Medico solicitante:
Prioridad:
Condición Cirugia:
Clase Cirugia:
Nivel Complejidad:
DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO
N° Código Descripción del diagnostico
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
N° Código Descripción
Pre Quirúrgico
Laboratorio Anestesiología Endocrinología
Raxos X Neumología R.Q.C.V Otros
Completa evaluación pre operatoria
Fecha Ingreso al LEQ: 00/00/0000 00:00
Disponibilidad Quirúrgica
Condición Salida:
Fecha Salida: 00/00/0000

*Fuente: Oficina de Informática



Funciones del Gestor Operativo: Respecto a las funciones específicas del Gestor Operativo en la preparación del paciente programado para cirugía ambulatoria, se asignarán las siguientes:

- Gestionar la preparación preoperatoria de los pacientes con indicación de cirugía electiva ambulatoria, haciendo énfasis en la prontitud de las evaluaciones médicas, exámenes radiológicos y exámenes pre operatorios necesarios para la cirugía.
- El día previo a la programación quirúrgica, el Director Ejecutivo del Departamento Quirúrgico correspondiente, seleccionará de la LEQ la relación de los potenciales pacientes que podrían ser programados para Cirugía Ambulatoria, el encargado del equipo de mejora, procederá a verificar telefónicamente si el paciente se encuentra en la Ciudad de Lima y en condiciones de ser intervenido quirúrgicamente. Además, revisará que en la Historia Clínica estén registrados los exámenes preoperatorios completos, riesgo quirúrgico, consentimientos informados, etc.
- El día de la programación quirúrgica (día previo a la cirugía), antes de las 13:00 horas, el Director Ejecutivo elaborará la programación quirúrgica con los pacientes aptos que se encuentren registrados en la LEQ (verificados el día anterior por el equipo de OCA).
- Una vez establecida la programación quirúrgica, el equipo de OCA se pondrá en contacto (telefónicamente u otro medio) con el paciente y/o el familiar responsable para confirmar la fecha y hora de asistencia del paciente al CAAC para la intervención quirúrgica.
- Recordará telefónicamente las indicaciones preoperatorias, educando e informando al paciente sobre el procedimiento, los riesgos, los beneficios y la firma del consentimiento informado.
- Finalmente, volverá a verificar que las historias clínicas de los pacientes programados se encuentren completas y antes de las 19:00 dejará listas todas las Historias Clínicas completas en Admisión de CAAC.

XI. RESULTADOS ESPERADOS

La implementación del presente proyecto de mejora permitirá centrar la atención en la gestión de los procesos perioperatorios del paciente con indicación quirúrgica de cirugía electiva ambulatoria. Los resultados se medirán con los siguientes indicadores:

1. **Número de pacientes en LEQ.** Número total de pacientes registrados en LEQ de cada departamento quirúrgico al último día de cada mes. Valor esperado: <600 pacientes.
2. **Tiempo de promedio de permanencia en LEQ.** Se obtiene del promedio global del tiempo que permanecen los pacientes en LEQ en cada departamento quirúrgico desde la fecha de registro en LEQ hasta la fecha de intervención quirúrgica. Valor esperado: <60 días.
3. **Número de pacientes en embalse quirúrgico (LEQ > 30 días).** Número total de pacientes de cada departamento quirúrgico que se encuentran esperando más de 30 días la intervención quirúrgica desde la fecha de registro en LEQ. Valor esperado: <10% de LEQ.



4. **Tasa de suspensión quirúrgica.** Porcentaje mensual de procedimientos quirúrgicos cancelados luego de la programación quirúrgica. Valor esperado <5%.

$$\text{Suspensión quirúrgica} = \frac{\text{Número de cirugías canceladas por mes}}{\text{Número total de cirugías programadas por mes}} \times 100$$

5. **Tasa de ambularización quirúrgica.** Porcentaje mensual de procedimientos quirúrgicos ambulatorios en cada departamento quirúrgico. Valor esperado >50%.

$$\text{Ambularización quirúrgica} = \frac{\text{Número de cirugías ambulatorias por mes}}{\text{Número total de cirugías programadas por mes}} \times 100$$

6. **Tasa de cirugía mayor ambulatoria.** Porcentaje mensual de procedimientos quirúrgicos ambulatorios de mediana, alta y muy alta complejidad en cada departamento quirúrgico. Valor esperado: >60%

$$\text{Cirugía mayor ambulatoria} = \frac{\text{Número de cirugías ambulatorias de mediana, alta y muy alta complejidad por mes}}{\text{Número total de cirugías ambulatorias por mes}} \times 100$$

7. **Retraso en el inicio de la primera cirugía.** Se obtiene del promedio global de los tiempos de retraso (en minutos) en el inicio de la primera cirugía (inicio de anestesia) respecto a la hora programada para la primera cirugía (8:00 am) en el centro quirúrgico del CAAC. Valor esperado: <30 min.

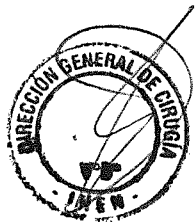
8. **Promedio del tiempo de intervalo de sustitución.** Se obtiene del promedio global en los tiempos de inicio (en minutos) de la segunda, tercera, etc., cirugía respecto a la hora que finalizó la cirugía anterior en el centro del CAAC. Valor esperado: < 1hora.

9. **Tasa de hospitalización en cirugía ambulatoria.** Porcentaje mensual de pacientes que requieren hospitalización luego del periodo de observación esperado para la intervención quirúrgica programada como ambulatoria. Valor esperado: <10%

$$\text{Porcentaje hospitalización} = \frac{\text{Número de hospitalización por mes}}{\text{Número total de cirugías ambulatorias por mes}} \times 100$$

10. **Tasa de reintervención quirúrgica.** Porcentaje mensual de pacientes que reingresan a SOP en cada departamento quirúrgico. Valor esperado: <5%

$$\text{Reintervención quirúrgica} = \frac{\text{Número de reintervenciones quirúrgicas por mes}}{\text{Número total de cirugías programadas por mes}} \times 100$$



**XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

La implementación del Proyecto de Mejora incluye varias actividades agrupadas en 7 etapas (Tabla N° 4), las cuáles serán especificados en los diagramas de procesos y las fichas de procedimiento.

Tabla N° 3
Cronograma de Implementación del Proyecto de Mejora

ETAPAS DEL PROYECTO 2023	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Diseño y desarrollo del módulo Informático en el SIS INEN para la gestión de LEQ	Dr. Carlos Luque Vásquez Ing. Robert Pedraza												
Capacitación de los médicos asistentes para la gestión de LEQ	Ing. Robert Pedraza												
Rediseño del proceso de suspensión quirúrgica	Dr. Carlos Luque Vásquez												
Elaboración del flujograma de atención por equipo de OCA	Dr. Carlos Luque Vásquez												
Elaboración diagramas de procesos y fichas de procedimientos de OCA	Mg. Angel Riquez Quispe Dra. Rosalinn Esther García Grimaldo												
Implementación de OCA	Mg. María Guillén Zeballos												
Reporte, evaluación y realimentación de los procesos	Mg. María Guillén Zeballos												

**XIII. PROPUESTA DE FINANCIACIÓN**

Las actividades programadas en el presente proyecto de mejora se encuentran articuladas a las actividades operativas del Centro de Costo de la Dirección General de Cirugía del Plan Operativo Institucional; por lo que, dichas actividades serán financiadas con cargo de los recursos de la entidad y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.





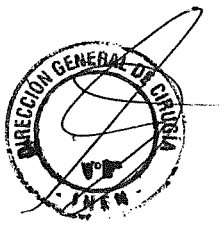
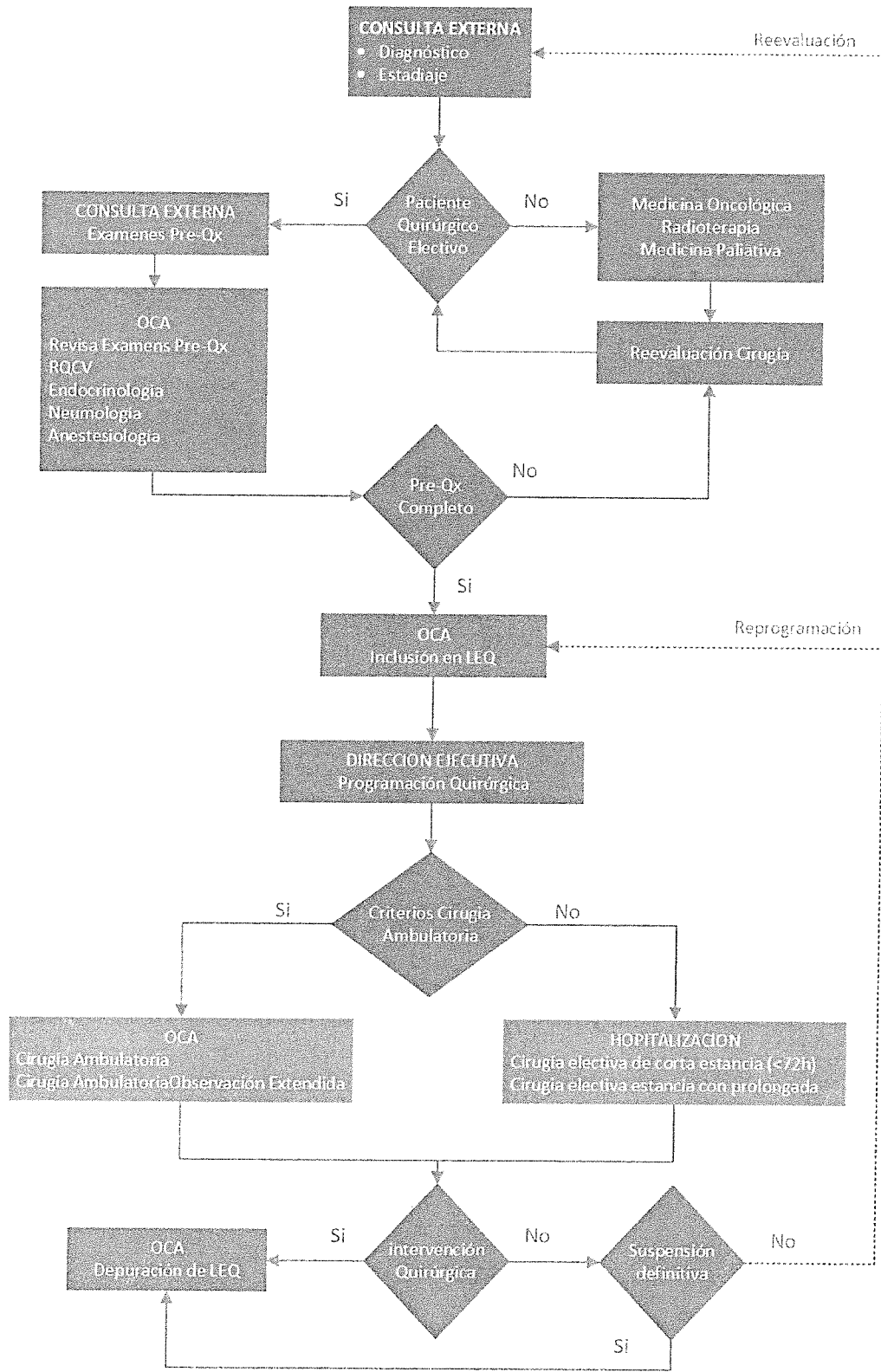
XIV. ANEXOS

- ANEXO 1: Flujograma Atención del Paciente Quirúrgico Electivo.
- ANEXO 2: Flujograma del Proceso de Suspensión de un Procedimiento Quirúrgico Ambulatorio.





ANEXO 1 Flujograma Atención del Paciente Quirúrgico Electivo





ANEXO 2

Flujograma del Proceso de Suspensión de un Procedimiento Quirúrgico Ambulatorio

