

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NÚMERO 4

“LUIS CASTELAZO AYALA”

**OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA GINECOLÓGICA EN LA
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA “LUIS CASTELAZO AYALA”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

DRA. ERIKA MARGARITA NÚÑEZ CORTÉS

ASESOR

DR. ANTONIO ROJAS RUIZ

COORDINADOR DE LA CONSULTA EXTERNA

México D.F. 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. GILBERTO TENA ALAVEZ

Director General de la Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”

DR. CARLOS E. MORÁN VILLOTA

Director de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”

DR. ANTONIO ROJAS RUIZ

Coordinador de la Consulta Externa
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Ginecología y Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”

DEDICATORIAS

A **Dios** por haberme permitido nacer y vivir esta maravillosa experiencia.

A **Martin** y **Lilia**, mis padres, por haberme otorgado la vida y acompañarme en cada uno de los momentos de mi existencia, espero no haberlos decepcionado.

A mis hermanos, **Nestor** y **Martin** por contribuir con esta causa, por su tolerancia, compañía y apoyo incondicional.

A **Tammy** la mejor de mis amigas, compañera y hermana a la que siempre estaré agradecida por su gran apoyo durante mi carrera profesional.

A **Estela, Mónica, Janeth, Lizbeth, Juan, Carlos y Ricardo**, personas que me acompañaron durante esta inolvidable experiencia llamada residencia y que siguen estando presente en mi vida, a ellos a quienes les llamé amigos.

A mi alma mater, la **Universidad Nacional Autónoma de México**, patrimonio de la humanidad, en cuyas aulas se forma miles de profesionistas y hombres de bien en nuestro país.

Y por último a mi segundo hogar durante los últimos 3 años, mi querido **Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”** y a todos mis maestros que ahí laboran porque gracias a ellos debo todo lo que se.

A todos mi más sincera gratitud....

Erika Margarita

ÍNDICE

I. RESUMEN	5
II. INTRODUCCIÓN	6
III. JUSTIFICACIÓN	13
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
V. OBJETIVO	15
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	16
VII. RESULTADOS	18
VIII. DISCUSIÓN	25
IX. CONCLUSIONES	27
X. BIBLIOGRAFÍA	28

RESUMEN

Oportunidad en la atención quirúrgica ginecológica en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”

Objetivo. Conocer la oportunidad en la atención quirúrgica ginecológica en la UMAE HGO 4 “Luis Castelazo Ayala” a partir de la primera consulta recibida en esta unidad.

Definición operacional de la variable. Se considero como oportunidad en la atención quirúrgica ginecológica en la UMAE HGO 4 al tiempo transcurrido en días desde la primera consulta otorgada a una paciente en esta unidad que requirió una intervención quirúrgica ginecológica hasta el momento en que fue intervenida quirúrgicamente.

Material y Métodos. A partir de la hoja de programación diaria de cirugía elaborada por el control de quirófanos, se seleccionaron a las pacientes a las que se les realizó una cirugía ginecológica (convencional o laparoscópica) por patología benigna durante los meses de febrero a mayo del 2007 y se analizaron los expedientes. Se diseño una hoja de captación de datos y se aplicó estadística descriptiva e inferencial mediante el programa SPSS 10.0.

Resultados. La oportunidad quirúrgica presentó una frecuencia variable dependiendo del servicio en el que fue programada, el servicio de laparoscopia presentó una oportunidad quirúrgica en menos de 60 días en el 60% de los casos, en el servicio de urología ginecológica solo el 33.3% presentó la oportunidad quirúrgica en menos de 60 días y en el servicio de tracto genital superior fue en donde se presentó la oportunidad quirúrgica en menos de 60 días en menor porcentaje, solo en 21.4%.

De todas las pacientes solo el 36.7% presentaron oportunidad quirúrgica en menos de 60 días.

Conclusiones. La oportunidad quirúrgica en nuestra unidad comparada con países de Occidente como España ocurre en mayor tiempo, sin embargo, en comparación con el resto de la República y países de Latinoamérica es menor.

Este estudio puede despertar el interés para análisis posteriores y evaluar con mayor profundidad cada una de las causas de inoportunidad quirúrgica para mejorar la calidad de la atención al derechohabiente como una misión de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.

INTRODUCCIÓN

La tradición de evaluación de la calidad de la atención médica tiene una larga historia. Su mayor desarrollo se ha dado en los Estados Unidos de América donde las primeras acciones dirigidas hacia la calidad de la atención médica se desarrollaron principalmente en los hospitales. Por ejemplo, en los años veinte, el método de “resultados finales” de Codman, inició el interés por evaluar las consecuencias de las acciones médicas en términos de resultados finales.

Posteriormente, en los años treinta, se enfatizó la elaboración de normas y estándares estructurales para establecer los fundamentos del proceso de la “buena atención médica”, desarrollados por Lee y Jones. Todo ello condujo a la creación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, en 1951, un parteaguas que, después de un largo camino, logró la estandarización estructural de los hospitales en E.U.A.

En los años setenta, el doctor Avedis Donabedian propuso una forma sistematizada para la definición y abordaje de los estudios sobre la evaluación de la calidad de la atención médica. En su obra destaca el análisis de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado; así como el análisis de la calidad por medio de sus tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades.

Los programas de mejora continua de la calidad provienen de la industria manufacturera y han sido adaptados en los últimos quince años en las industrias de servicios y en los últimos diez años en el área de servicios de salud. El mejoramiento continuo de la calidad se desarrolló a partir de las ideas de Shewart y Deming y se ha utilizado en las industrias japonesas y estadounidenses. Con base en el éxito en el mejoramiento de la calidad, las organizaciones internacionales de servicios de salud comenzaron a utilizar el mejoramiento continuo de la calidad hacia finales de los años ochenta. Los ministerios de salud y las clínicas privadas y gubernamentales en más de 30 países comenzaron a emplear este enfoque innovador para adecuar sus programas.

La meta principal consiste en satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, así, los miembros del personal trabajan en equipo para evaluar los procesos de prestación de los servicios de su organización.

Son múltiples las transiciones que en torno al tema de la calidad de la atención médica se han dado en los últimos 100 años. Sin embargo, como en muchos otros aspectos en la evolución de la sociedad contemporánea, los últimos 10 años han sido particularmente dinámicos. ¹

Es a partir de 1996 cuando se inicia la generación de la estadística de los procedimientos quirúrgicos realizados en unidades gubernamentales.⁶

El tema de la calidad de la atención en los servicios de salud tiene una amplia tradición en México y en países desarrollados. Sin embargo, a diferencia de otros países, en México existen pocas publicaciones en las que se describan los programas que se han implantado y menos aún los que notifiquen resultados de la evaluación de su efectividad e impacto.

La primera experiencia en México de esfuerzos tendientes a mejorar la calidad de la atención se puede identificar cuando en el Hospital La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social se inició, en 1956, de manera extraoficial, la revisión de los expedientes clínicos. Ello condujo, un año después, a la creación de la Comisión de Supervisión médica del propio IMSS que después evolucionaría para convertirse, en 1972, en un área de evaluación médica; a partir de esa experiencia, en la década de los setenta, particularmente entre 1970 y 1976, la evaluación médica adquiere mayor relevancia y se inician desarrollos semejantes en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con base en las auditorías médicas. Durante este período aparecen publicaciones sobre auditoría médica, evaluación de la relación médico-paciente y mortalidad como indicador de calidad.²

En 1972 y 1973 la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social editó los documentos *Evaluación médica* y *El Expediente clínico en la atención médica*.

Entre 1972 y 1976 los trabajos de González Montesinos, Lee Ramos y colaboradores consolidaron la evaluación del expediente clínico como instrumento para conocer la calidad con que se otorga la atención médica.

En 1976 Enríquez de la Fuente llamó la atención acerca de la relación entre calidad y eficiencia, al tiempo que Pucheu Regis, Tamayo Pérez y Garduño Navarro hacían énfasis en la importancia de la relación médico-paciente. Los trabajos realizados por González Posada y colaboradores durante 1983 y 1984 acerca de la evaluación integral de las unidades médicas y publicados en noviembre de 1984, cambiaron el enfoque sobre la calidad de la atención médica y su evaluación, introduciendo conceptos que no se habían aplicado antes como la teoría de sistemas, la satisfacción del usuario, el prestador de servicios con el trabajo realizado y de la institución con la calidad con que se otorga la atención. El Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación retomó los

trabajos de González Posada y colaboradores y con aportaciones de expertos, procedentes de las diferentes instituciones del Sector Salud editó y publicó *Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud*. Bajo los auspicios de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social se editó el libro *Calidad de la atención médica*.

Deben tenerse en cuenta los trabajos de Reyes Zapata y colaboradores sobre los círculos de calidad; los de Bobadilla sobre la calidad de la atención obstétrica; Laguna Calderón y Salinas Oviedo en las unidades médicas del Departamento del Distrito Federal; los de Lilia Durán sobre la calidad de la consulta externa y particularmente los de Ruelas Barajas, que han permitido precisar los conceptos sobre los diferentes enfoques de la calidad; así como los de Aguirre Gas y colaboradores sobre sus experiencias en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la evaluación integral de hospitales de tercer nivel de atención médica.⁸

Los trabajos sobre la evaluación de la calidad del servicio que toman en cuenta la opinión de los usuarios tienen su origen en el sector empresarial y han sido aplicados a la evaluación de la atención médica; la satisfacción es “la medida en que la atención médica y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”. Si bien las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1994, la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud llevada a cabo en 1994 por Zurita y colaboradores y la Fundación Mexicana para la Salud, hicieron contribuciones importantes, la institución pionera en estas evaluaciones ha sido el IMSS, comprometida cada vez más con la mejora continua de sus procesos.⁴

En 2001, el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud en conjunto con el IMSS y el ISSSTE, crea un programa sistematizado para la evaluación de la calidad de los servicios de salud en las diferentes instituciones, que si bien está vigente hasta la fecha, no se han publicado trabajos en los que se evalúen los resultados.⁹

La calidad de la atención médica consiste en otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución. Al analizar los conceptos que integran esta definición se hace necesario precisar los siguientes términos:

Conforme a los conocimientos médicos vigentes mediante la disponibilidad de personal de salud capacitado, a partir de un proceso de actualización permanente, en congruencia

con las normas que los expertos del área operativa han emitido y mantenido actualizadas.

Los principios éticos vigentes incluyen “primero, no hacer daño”, equidad en el otorgamiento de los servicios ofreciendo a cada paciente la atención que su padecimiento lo requiere; humanismo, privacidad, trato individualizado, respeto al secreto profesional, ofreciendo el máximo beneficio con mínima exposición al riesgo durante su atención y con el consentimiento informado para la realización de estudios y tratamiento.

La satisfacción de las expectativas del usuario incluye la accesibilidad a los servicios, oportunidad para la atención, proceso de la atención realizado sin obstáculos; solución del problema de salud que motivó la atención en congruencia con el objetivo a lograr, y finalmente *las expectativas de la institución* corresponden a la calidad en la atención médica en función del cumplimiento de las normas vigentes emitidas por la propia institución, equidad en el acceso a la atención que requieren los usuarios, independientemente del problema de salud del paciente; oportunidad para la atención en cuanto al tiempo de espera y diferimientos, mejoría del nivel de salud de la población, costo-beneficio aceptable en la prestación de los servicios con base en una administración racional de los recursos; productividad adecuada y ausencia de quejas y demandas.⁷

En su esencia, “calidad” significa conformidad con normas, y al respecto, hace más de medio siglo Lee y Jones reconocieron, en su admirable exploración del concepto de calidad, que tales normas no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra. La atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal, y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención. La evaluación de cada uno de estos aspectos permite estimar la calidad de la atención brindada, siempre y cuando se tomen en consideración las características específicas del país y la región geográfica en que se da la atención del paciente.⁵

De cultura a cultura cambian las normas de adecuación y la disponibilidad de recursos, las preferencias de la gente, sus creencias, y consecuentemente deben cambiar los criterios para evaluar la calidad de la atención. Una vez definidos estos criterios, garantizar la calidad depende del diseño de un sistema adecuado a las particularidades de cada caso, y de la monitorización eficiente del desempeño de este sistema.

El ambiente físico de la atención se refiere a las características del medio dentro del cual se proporciona ésta, que las hacen aceptables o deseables. De una manera más

fundamental, lo aceptable o deseable del medio ambiente en que se proporciona la atención, depende de nociones culturales determinadas de lo que es bueno o correcto.

En lo que respecta al manejo de la relación interpersonal es fácil ver que lo que se considera bueno en la relación entre el paciente y el proveedor de la atención médica, también tiene que variar entre un lugar y otro. Los valores que incorporan la cultura y las costumbres locales determinan lo que es correcto en la relación médico-paciente.³

El significado de la calidad y de los procedimientos empleados para evaluarla, dependerán de la política que se adoptara con respecto a la legitimidad de la medicina, la satisfacción de los pacientes podría servir como un indicador razonable. Pero si deseamos ir más allá de eso, a fin de incluir medidas más “objetivas” del bienestar y del funcionamiento, tendríamos que contar con información científicamente válida sobre la relación entre el proceso y los resultados.¹²

Las evaluaciones de la atención también pueden variar debido a las diferencias en el comportamiento de los pacientes, por ejemplo, hay que considerar si la patología de la paciente se presta a una observación prolongada, si llegará a las citas y si se someterá realmente a un régimen de atención y si la intervención elegida será el tratamiento quirúrgico adecuado.

Las diferencias en objetivos sociales representan la última fuente de variaciones en las evaluaciones de la atención médica. Son dos los principios relevantes: la eficiencia de asignación y la equidad.

La eficiencia de asignación tiene que ver con el logro del mayor mejoramiento en el bienestar humano, empleando recursos limitados según un sistema de prioridades basadas en la relación entre el costo y la efectividad. La equidad depende de la asignación de recursos de acuerdo con algún principio de justicia o imparcialidad. Ambos objetivos suelen influir en cómo uno califica la calidad de la atención proporcionada a pacientes determinados. Ambos pueden variar de una nación a otra de acuerdo con diferencias en valores religiosos, sociales y políticos, así como a diferencias en los problemas que una sociedad dada tiene que atacar y de los medios de que dispone para ello.¹⁰

La División Técnica de Información Estadística en Salud publicó en el 2004 los resultados de una evaluación comparativa entre las distintas instituciones del sistema público de salud, a través de la evaluación de 29 indicadores agrupados en los siguientes rubros: mortalidad intrahospitalaria, productividad y disponibilidad de recursos, calidad de la atención, seguridad del paciente, gasto e inversión, trato y satisfacción del

paciente. Este análisis resulta de particular interés pues nos habla de la eficiencia y la organización de los servicios de salud otorgados por las diferentes instituciones, y permite hacer un balance del desempeño institucional.¹¹

La fortaleza de las instituciones está fundamentada en la disponibilidad y capacidad de sus recursos humanos. La disponibilidad de médicos en Pemex y la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) es superior a la de instituciones de mayor derechohabiencia: el ISSSTE cuenta con poco más de dos médicos por 1000 habitantes; el IMSS y la Secretaría de Salud tiene apenas un poco más de un médico por 1000 derechohabientes; el IMSS-Oportunidades es la institución más baja en este recurso.

En cuanto a consultas por consultorio, el alto índice alcanzado por el IMSS refleja, por un lado, la buena organización para atender un elevado número de derechohabientes y, por otro, la saturación de los servicios del primer nivel de atención. Resalta la baja productividad de consultas que otorga la SEDENA dados los recursos humanos con que cuenta. En relación con la productividad quirúrgica, el IMSS y el Programa IMSS-Oportunidades son las instituciones con mejores desempeños. Ambas informan un número semejante de cirugías diarias por quirófano, a pesar de la diferencia en cuanto a disponibilidad de recursos entre ambas entidades.

El porcentaje de complicaciones en cirugías convencionales (abiertas) es significativamente superior en la Secretaría de Salud que en el IMSS; llama la atención que la relación se invierte cuando se trata de complicaciones en cirugías laparoscópicas. La certificación de hospitales implica el cumplimiento de varios requisitos vinculados con la capacitación, organización disponibilidad y eficiencia en el uso de los recursos institucionales, utilizar la proporción de hospitales certificados como elemento de comparación resulta injusto, pues, mientras Pemex tiene 91.3% de sus 23 hospitales certificados y pareciera estar más avanzado que el IMSS, que tiene 44.4% de sus hospitales certificados, pero de un total de 260 hospitales. Referente a las recetas surtidas en forma completa, el IMSS, el Programa de IMSS-Oportunidades y el ISSSTE obtuvieron porcentajes superiores a 90%. El mayor número de usuarios que tuvieron que pagar por algunos de sus medicamentos correspondió a los pacientes de la Secretaría de Salud y del Seguro Popular. En el IMSS, sólo 1% de sus usuarios tuvo que comprar complementos a sus recetas.

Los tiempos de espera para la atención médica muestran porcentajes que favorecen notoriamente a IMSS-Oportunidades 10% por arriba del ISSSTE, la institución más cercana. La calificación del trato respetuoso es alta para todas las instituciones y

nuevamente sobresale IMSS-Oportunidades. Uno de los objetivos de comparar el desempeño de las instituciones es identificar el grado de avance y las oportunidades para mejorar, para que este ejercicio de evaluación se realice eficazmente, es indispensable establecer indicadores uniformes para todas las instituciones. Sin lugar a dudas, la comparación es necesaria y debe alentar la implantación de acciones para que el sector salud en su conjunto tenga un mejor desempeño frente a la sociedad.⁴

La oportunidad quirúrgica en el HGZ No 11 de Nuevo Laredo Tamaulipas es de 82.75%, de las causas de inoportunidad quirúrgica que predominaron en primer lugar destaca la inasistencia de las pacientes, segunda causa por enfermedad y en tercer lugar por falta de personal de enfermería. Las especialidades con más inoportunidad quirúrgica fueron traumatología 28%, cirugía general 26%, ginecología 12% y otorrinolaringología 10%.¹³

En la base de datos del Hospital General de Zona Número 7 de Lagos de Moreno se menciona una oportunidad quirúrgica del 99.58% con un diferimiento de la cirugía a 20 días a partir de la fecha de programación de la cirugía,¹⁴ en contraparte se menciona un diferimiento de la cirugía a 10 días en países occidentales como España.

En el programa FONASA, el beneficiario ingresa a ese programa desde el momento que el médico del hospital le indica alguna intervención quirúrgica, en ese programa se le garantiza al beneficiario un plazo no superior a 3 meses para su realización. En el caso de patología oncológica como por ejemplo cáncer invasor de cuello uterino (tratamiento radical y seguimiento) y cáncer preinvasor de cuello uterino (ambulatorio) la intervención quirúrgica se garantiza en un mes.¹⁵

En el método específico de trabajo del 2º piso Sur de la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala" vigente desde el 21 de Diciembre de 2005 se establece que no se debe prolongar la estancia en la consulta externa por esperar resultados de laboratorio o gabinete que puedan ser valorados en su Unidad de Medicina Familiar o por medidas terapéuticas que puedan ser llevadas a efecto en su unidad médica.

Se establece también que el tiempo máximo de atención en la Consulta externa de las pacientes no debe exceder los 6 meses. En casos especiales que requieran más tiempo (6 meses) de atención deberá presentarse el caso conjuntamente a la jefatura de Departamento clínico y división de Ginecología para la autorización correspondiente.

Para el presente estudio se tomará como tiempo de oportunidad quirúrgica 60 días a partir de la primera cita en la UMAE.

JUSTIFICACIÓN

Según la fuente de ARIMAC se conoce que la oportunidad quirúrgica en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” oscila entre 96 y 98.8 % en los años 2006 y 2007 respectivamente, tomando en cuenta la cirugía en menos de 5 días a partir de la fecha de programación, sin embargo, actualmente no hay estudios que determinen la oportunidad quirúrgica en las patologías ginecológicas benignas tomando en consideración desde la primera consulta recibida en esta Unidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe oportunidad en la atención quirúrgica de patologías ginecológicas benignas en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”?

OBJETIVO

Conocer la oportunidad en la atención quirúrgica ginecológica de patologías benignas en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No 4 “Luis Castelazo Ayala” tomando en cuenta desde la primera consulta recibida en esta unidad hasta la fecha de cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo en las mujeres a las que se les realizó una cirugía ginecológica (convencional o laparoscópica) por patología benigna en la Unidad médica de alta especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el período del 1 de febrero al 31 de mayo del 2007 y se realizó la captación de las variables mediante hojas de registro clínico.

A partir de la Hoja de Programación diaria de cirugía elaborada por el control de quirófanos, se seleccionaron a las pacientes a quienes se les realizó una cirugía ginecológica por patología benigna y se analizaron los expedientes extrayendo la fecha en que fue otorgada la primera consulta, fecha de programación y fecha de realización de cirugía. Se analizaron los resultados a través de estadística descriptiva e inferencial mediante el programa SPSS 10.0.

Por cuestiones de factibilidad solo fueron incluidas 60 pacientes.

Definición Operacional de Variables

Oportunidad quirúrgica. Se considero como oportunidad en la atención quirúrgica ginecológica al tiempo transcurrido en días desde la primera consulta otorgada a una paciente que requirió una intervención quirúrgica ginecológica hasta el momento en que fue operada.

Fecha de la primera consulta. Fecha en que la paciente fue vista en la consulta externa por primera vez en esta UMAE.

Fecha de programación de la cirugía. Fecha en que se propuso un tratamiento quirúrgico a la paciente y fue especificado en el expediente.

Fecha de valoración pre anestésica. Fecha en que la paciente fue valorada por el servicio de anestesiología y se estableció el riesgo quirúrgico.

Fecha de realización del procedimiento quirúrgico. Fecha en que a la paciente se le realizó la cirugía propuesta.

Número total de consultas otorgadas. Número de veces que una paciente fue vista en la consulta externa de la UMAE hasta que fue intervenida quirúrgicamente.

Primera consulta ---- Programación. Tiempo transcurrido en días entre la primera vez que la paciente fue vista en la UMAE hasta la fecha en que se propuso un tratamiento quirúrgico y éste fue especificado en el expediente.

Programación ---- Valoración pre anestésica. Tiempo transcurrido en días desde la fecha en que se propuso un tratamiento quirúrgico y fue especificado en el expediente hasta la fecha en que la paciente fue valorada por el servicio de anestesiología y fue establecido el riesgo quirúrgico.

Valoración pre anestésica ---- Cirugía. Tiempo transcurrido en días desde la fecha en que la paciente fue valorada por el servicio de anestesiología estableciendo el riesgo quirúrgico hasta la fecha en que se realizó la cirugía propuesta.

Criterios de Inclusión

Todas aquellas pacientes atendidas en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” a quienes se les realizó una cirugía ginecológica por patología benigna ya sea convencional o laparoscópica en los meses de Febrero a Mayo del 2007.

Criterios de Eliminación

Pacientes que no contaban con expediente, o que en este no se especificaban las fechas de primera consulta, fecha de programación y/o fecha de cirugía.

Criterios de No inclusión

Pacientes a quienes se les realizó cirugía ginecológica por patología oncológica.

Análisis estadístico de la información

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial aplicada mediante el programa SPSS 10.0.

RESULTADOS

Se analizaron 60 expedientes de pacientes a las que se les realizó una cirugía ginecológica por patología benigna en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” del IMSS en el período comprendido de Febrero a Mayo del 2007.

En lo que respecta al número de días transcurridos entre la fecha de la primera consulta y la fecha en que se propuso un tratamiento quirúrgico se observó una media de 81 días con una desviación estándar de ± 119.32 , observando que el mínimo de días fue de 0 y la paciente que más tiempo tardó en ser programada tardó 595 días. Cabe señalar que la paciente tardó en ser programada debido a que inicialmente no aceptó el tratamiento quirúrgico por no tener su paridad satisfecha.

Tabla 1. Resultados de oportunidad quirúrgica.					
	N	Número de días			
		Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Primera consulta a Programación quirúrgica.	60	0	595	81.33	119.329
Programación quirúrgica a valoración anestésica	60	0	383	40.22	63.446
Valoración anestésica a cirugía	60	1	53	11.52	8.492
Oportunidad quirúrgica	60	12	669	133.25	155.267
Número de Consultas	60	2	13	5.03	2.292

La media para el tiempo transcurrido entre la programación quirúrgica y la valoración anestésica fue de 40 días con una desviación estándar de ± 63.44 , el tiempo mínimo que transcurrió en ser valorada por el servicio de anestesia fue de 0 días, es decir fue valorada por dicho servicio el mismo día en que fue programada y el máximo de 383 días debido a que la paciente no acudió a su cita.

La media para el tiempo transcurrido entre la fecha de la valoración anestésica y la fecha de la cirugía fue de 11 días con una desviación estándar de ± 8.4 , tiempo mínimo de 1 día y máximo de 53 días.

Tabla 2. Frecuencia en número de días de la primera consulta a la fecha de programación.			
Número de días	Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
0	14	23.3	23.3
7	1	1.7	25.0
14	1	1.7	26.7
15	1	1.7	28.3
18	1	1.7	30.0
22	1	1.7	31.7
28	3	5.0	36.7
29	1	1.7	38.3
30	2	3.3	41.7
31	2	3.3	45.0
35	3	5.0	50.0
42	1	1.7	51.7
43	1	1.7	53.3
44	1	1.7	55.0
49	2	3.3	58.3
52	1	1.7	60.0
53	1	1.7	61.7
59	2	3.3	65.0
64	3	5.0	70.0
72	1	1.7	71.7
90	1	1.7	73.3
94	1	1.7	75.0
98	1	1.7	76.7
101	1	1.7	78.3
104	1	1.7	80.0
129	1	1.7	81.7
136	1	1.7	83.3
140	1	1.7	85.0
177	1	1.7	86.7
212	1	1.7	88.3
222	1	1.7	90.0
232	1	1.7	91.7
259	1	1.7	93.3
294	1	1.7	95.0
334	1	1.7	96.7
533	1	1.7	98.3
595	1	1.7	100.0
Total	60	100.0	

Tabla 3. Frecuencia en días, de la programación quirúrgica a la valoración pre-anestésica.

Número de días	Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
0	1	1.7	1.7
1	1	1.7	3.3
2	1	1.7	5.0
6	2	3.3	8.3
7	2	3.3	11.7
8	1	1.7	13.3
10	1	1.7	15.0
11	2	3.3	18.3
13	2	3.3	21.7
14	1	1.7	23.3
15	1	1.7	25.0
16	3	5.0	30.0
17	1	1.7	31.7
18	3	5.0	36.7
19	3	5.0	41.7
20	4	6.7	48.3
21	2	3.3	51.7
22	3	5.0	56.7
23	1	1.7	58.3
25	1	1.7	60.0
27	2	3.3	63.3
28	1	1.7	65.0
29	1	1.7	66.7
30	3	5.0	71.7
32	1	1.7	73.3
33	2	3.3	76.7
38	1	1.7	78.3
43	1	1.7	80.0
47	1	1.7	81.7
49	1	1.7	83.3
53	1	1.7	85.0
54	1	1.7	86.7
55	1	1.7	88.3
59	1	1.7	90.0
61	1	1.7	91.7
125	1	1.7	93.3
146	1	1.7	95.0
218	1	1.7	96.7
247	1	1.7	98.3
383	1	1.7	100.0
Total	60	100.0	

La media para la oportunidad quirúrgica fue de 133 días con una desviación estándar de ± 155.26 , el tiempo mínimo que transcurrió entre que una paciente recibió la primera consulta en la unidad y la fecha en que fue operada fue de 12 días y el tiempo máximo fue de 669 días.

Por último la media para el número de consultas otorgadas en la unidad fue de 5 con una desviación estándar de ± 2.2 , 2 fue el mínimo de consultas recibidas y 13 el máximo. El resumen de los resultados se muestra en la Tabla 1.

En la Tabla 2 se muestran las frecuencias en número de días que transcurrieron desde la fecha de la primera consulta a la fecha en que se propuso un tratamiento quirúrgico. Se observó que el 23% de las pacientes (14) se les propuso un tratamiento quirúrgico en su primera consulta.

Tabla 4. Frecuencia en días de la valoración anestésica a la fecha de la cirugía.			
Número de días	Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
1	2	3.3	3.3
2	1	1.7	5.0
3	3	5.0	10.0
4	4	6.7	16.7
5	3	5.0	21.7
6	7	11.7	33.3
7	1	1.7	35.0
8	4	6.7	41.7
9	3	5.0	46.7
10	3	5.0	51.7
11	5	8.3	60.0
12	2	3.3	63.3
13	2	3.3	66.7
14	2	3.3	70.0
15	4	6.7	76.7
16	4	6.7	83.3
17	3	5.0	88.3
21	2	3.3	91.7
23	1	1.7	93.3
25	1	1.7	95.0
29	2	3.3	98.3
53	1	1.7	100.0
Total	60	100.0	

El tiempo transcurrido entre la fecha de la primera consulta y la fecha en que se propuso un tratamiento quirúrgico fue variable, transcurriendo de 1 hasta 595 días, sin embargo al 65% de las pacientes ya se les había propuesto un tratamiento quirúrgico en menos de

60 días, y solo en una paciente transcurrieron cerca de 2 años para proponer un tratamiento quirúrgico.

**Tabla 5. Frecuencia en días de la oportunidad quirúrgica
(días entre la consulta de primera vez a la fecha de la cirugía).**

Número de días	Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
12	2	3.3	3.3
17	1	1.7	5.0
19	2	3.3	8.3
20	1	1.7	10.0
21	1	1.7	11.7
27	2	3.3	15.0
30	1	1.7	16.7
31	2	3.3	20.0
34	1	1.7	21.7
35	1	1.7	23.3
39	1	1.7	25.0
42	2	3.3	28.3
49	1	1.7	30.0
51	1	1.7	31.7
53	1	1.7	33.3
55	1	1.7	35.0
57	1	1.7	36.7
62	1	1.7	38.3
64	1	1.7	40.0
65	2	3.3	43.3
67	1	1.7	45.0
69	1	1.7	46.7
71	1	1.7	48.3
72	1	1.7	50.0
76	1	1.7	51.7
79	1	1.7	53.3
87	1	1.7	55.0
90	2	3.3	58.3
93	1	1.7	60.0
94	1	1.7	61.7
104	1	1.7	63.3
112	1	1.7	65.0
113	1	1.7	66.7
118	1	1.7	68.3
123	1	1.7	70.0
127	1	1.7	71.7
133	2	3.3	75.0
148	1	1.7	76.7
164	1	1.7	78.3
169	1	1.7	80.0
187	1	1.7	81.7

193	1	1.7	83.3
241	1	1.7	85.0
259	1	1.7	86.7
261	1	1.7	88.3
305	1	1.7	90.0
374	1	1.7	91.7
426	1	1.7	93.3
556	1	1.7	95.0
560	1	1.7	96.7
653	1	1.7	98.3
669	1	1.7	100.0
Total	60	100.0	

El tiempo transcurrido entre la fecha de la programación quirúrgica a la fecha en que la paciente fue valorada por el servicio de anestesiología fue variable, con un rango de 0 a 383 días, sin embargo el 90% de las pacientes ya habían sido valoradas en menos de 60 días. El resumen de los resultados se muestra en la Tabla No.3.

En la Tabla No. 4 se muestra el tiempo transcurrido desde la valoración anestésica hasta la fecha de la cirugía. El 100% de las pacientes ya habían sido operadas en menos de 60 días. El tiempo mínimo entre la valoración anestésica y la cirugía fue de 1 día y de 53 días.

Tabla 6. Número total de consultas otorgadas desde la primera vez hasta su cirugía.

Número de días	Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
2	4	6.7	6.7
3	12	20.0	26.7
4	11	18.3	45.0
5	14	23.3	68.3
6	10	16.7	85.0
7	2	3.3	88.3
8	2	3.3	91.7
9	1	1.7	93.3
10	2	3.3	96.7
12	1	1.7	98.3
13	1	1.7	100.0
Total	60	100.0	

La oportunidad quirúrgica presentó una frecuencia variable dependiendo del servicio en el que fue programada, el servicio de laparoscopia presentó una oportunidad quirúrgica en menos de 60 días en el 60% de los casos, en el servicio de urología ginecológica solo el 33.3% presentó la oportunidad quirúrgica en menos de 60 días y el servicio de tracto

genital superior fue quien presentó la oportunidad quirúrgica en menos de 60 días en menor porcentaje, solo 21.4%. De todas las pacientes solo el 36.7% presentaron oportunidad quirúrgica en menos de 60 días. El resumen de los resultados de la oportunidad quirúrgica se muestra en la Tabla No.5.

En la Tabla No. 6 se muestra el promedio de consultas otorgadas en la Unidad.

El promedio en el 68% de las pacientes fue de 5 consultas recibidas.

DISCUSIÓN

Aunque la tradición de evaluación de la calidad en la atención médica tiene una larga historia, son pocas las publicaciones nacionales que hasta la fecha existen acerca del tema.

Si tomamos en consideración que la mayoría de las publicaciones nacionales determinan la oportunidad quirúrgica en menos de 5 días a partir de la fecha de la programación resulta por demás interesante conocer la oportunidad quirúrgica en cirugía ginecológica en patologías benignas en nuestra unidad tomando en cuenta desde la primera consulta recibida en esta unidad.

En nuestra unidad la oportunidad quirúrgica presentó una frecuencia variable dependiendo del servicio en el que fue programada, el servicio de laparoscopia presentó una oportunidad quirúrgica en menos de 60 días en el 60% de los casos, es pertinente mencionar que en esas fechas el servicio apenas iniciaba y contaba con menos médicos, por lo tanto el número de cirugías programadas era menor en comparación con fechas más recientes, en el servicio de urología ginecológica solo el 33.3% presentó la oportunidad quirúrgica en menos de 60 días, es necesario considerar que la paciente vista en este servicio es de mayor edad, por lo que requiere en muchas ocasiones ser valorada de manera conjunta en servicios como endocrinología y medicina interna por patologías crónico-degenerativas concomitantes, aunado al tiempo que tarda el resultado de los cultivos (exudado cervicovaginal y urucultivo específicamente) estudios indispensables para valoración urológica, situación que retrasa la fecha de la cirugía como se menciona en el HGZ No 11 de Tamaulipas en donde una de las principales causas de inoportunidad quirúrgica fueron las enfermedades concomitantes. Y por último el servicio de tracto genital superior fue quien presentó la oportunidad quirúrgica en menos de 60 días en menor porcentaje, solo 21.4%, encontrando como principales causas de inoportunidad la inasistencia de las pacientes y el hecho de no aceptar el tratamiento quirúrgico de primera instancia.

De todas las pacientes solo el 36.7% presentaron oportunidad quirúrgica en menos de 60 días.

El promedio en el 68% de las pacientes fue de 5 consultas recibidas.

Es importante no olvidar que según lo establecido en el método específico de trabajo del 2º piso sur de la UMAE las pacientes no deben exceder el tiempo máximo de atención en la consulta externa de 6 meses, situación que no se cumple en muchas de las ocasiones.

CONCLUSIONES

La oportunidad quirúrgica en nuestro medio comparado con países de Occidente como España ocurre en mayor tiempo, sin embargo en comparación con el resto de la república y países de Latinoamérica es menor.

Este estudio puede despertar el interés para análisis posteriores y evaluar con mayor profundidad cada una de las causas de inoportunidad quirúrgica para mejorar la calidad de la atención al derechohabiente como una misión de la Unidad médica de alta especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ruelas Barajas E. **Los paradigmas de la calidad en la atención médica** Gac Med Mex 1994;133(2):141-6.
- 2.- Saucedo-Valenzuela AL, Durán Arenas L, Hernández B. **Evaluación de un programa de monitoria de la calidad de los servicios otorgados por una organización no gubernamental.** Salud Pública Mex 2000;42(5):422-30.
- 3.- Frenk J. **El concepto y la medición de accesibilidad.** Salud Publica Mex 1985;112:438-53.
- 4.- **El IMSS en cifras. Evaluación del desempeño de las instituciones de salud.** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006;44(5):481-8.
- 5.- Aguirre Gas H. **Evaluación y garantía de calidad de la atención médica.** Salud Pública Mex 1991;33:623-9.
- 6.- **Estadística de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud.** Salud Pública Mex 1998;40:88-103.
- 7.- Ramírez Sánchez TJ, Nájera Aguilar P, Nigenda López G. **Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios.** Salud Pública Mex 1998;40:3-12.
- 8.- Aguirre Gas H. **Administración de la calidad de la atención médica.** Rev Med IMSS Mex 1997;35(4):257-64.
- 9.- Guzmán MA, Ramos Córdova LF, Castañeda Sánchez O, et all. **Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar.** Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006;44(1):39-45.
- 10.- Donabedian A. **La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad.** Salud Pública Mex 1990;32:113-7.
- 11.- Díaz R. **Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios.** Rev Calidad Asistencial 2002;17(1):9-22.
- 12.- Laguna CJ, Salinas OC. **Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal.** Salud Pública Mex 1990;32:221-4.
- 13.- Landero Reyes J, Quiroz Franco M. **Oportunidad quirúrgica en el HGZ No. 11 de Nuevo Laredo Tamps.** RESPYN 2002;5 45.
- 14.- Calderón Alcaraz X. **Indicadores relevantes en el HGZ con UMA No. 7 Lagos de Moreno.** IMSS 2007.
- 15.- **Intervención quirúrgica garantizada en 3 meses.** FONASA 2006.