

Diseño de instrumento para la evaluación y estandarización del proceso de autorización de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en Sala SIP (Servicio Integral Personalizado) de Coomeva EPS

Ximena Marlen Estrada Hincapié

Doris Lucrecia Henao Holguín

Liliana Vásquez Salazar

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2008

Diseño de instrumento para la evaluación y estandarización del proceso de autorización de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en Sala SIP (Servicio Integral Personalizado) de Coomeva EPS

Ximena Marlen Estrada Hincapié

Doris Lucrecia Henao Holguín

Liliana Vásquez Salazar

Proyecto de Desarrollo Institucional para optar al título de Especialistas en Auditoría en Salud

Asesor
Pascual Hernando Pérez
Profesor F.N.S.P.

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2008

Nota de aceptación

Presidente: _____

Jurado 1: _____

Jurado 2: _____

Jurado 3: _____

Medellín, Diciembre de 2008

Tabla de contenido

1. Introducción	6
2. Planteamiento del problema	7
3. Objetivos	9
3.1. Objetivo General	9
3.2. Objetivos Específicos	9
4. Marco teórico.....	10
4.1. Reseña Histórica Coomeva EPS	10
4.2. Procesos de Autorización de Servicios de Salud en Coomeva EPS	11
4.3. Generalidades sobre Construcción de Encuestas	12
4.3.1. Ventajas... ..	12
4.3.2. Inconvenientes:	12
4.3.3. Tipos de preguntas:	13
4.3.3.1. Según la contestación que admitan:	13
4.3.3.2. Según su función en el cuestionario:.....	13
4.3.3.3. Según su contenido:	13
4.3.4. Reglas para la formulación de preguntas:.....	14
4.3.5. Fases	14
4.3.6. Construcción.....	14
4.4. Construcción de estándares	15
4.4.1. Instrumento de medición	15
4.4.2. Instrumento de verificación de actividades medicas	15
4.5. Validación de Instrumentos	15
4.6. Calidad enfocada a la autorización de Servicios de Salud	16
4.7. Calidad en la autorización de servicios de salud	17
5. Normatividad relacionada.....	19
6. Metodología.....	21
7. Resultados.....	22
7.1. Encuesta para el diagnóstico del proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos en la Sala SIP de Coomeva EPS.....	22

7.2.	Análisis de la encuesta	23
8.	Instrumento de estandarización de protocolos quirúrgicos Sala SIP Coomeva EPS	28
8.1.	Instrumento de estandarización de protocolos quirúrgicos Sala SIP Coomeva EPS... ..	29
8.2.	Instrumento de estandarización de protocolos quirúrgicos Sala SIP Coomeva EPS... ..	30
8.3.	Instrumento de estandarización de protocolos quirúrgicos Sala SIP Coomeva EPS... ..	32
8.4.	Validación Del Instrumento.....	33
9.	Conclusiones y recomendaciones.....	34
	Bibliografía citada.....	35
	Anexos	38

Lista de figuras

Figura 1. Capacitación en trámite de autorizaciones. Sala SIP Coomeva EPS. Medellín 2008	23
Figura 2. Dificultades presentadas el proceso. Sala SIP Coomeva EPS, Medellín 2008	24
Figura 3. Requisitos para la recepción de órdenes. Sala SIP Coomeva EPS, Medellín 2008 ..	25
Figura 4. Documentación del proceso. Sala SIP Coomeva EPS, Medellín 2008	26
Figura 5. Modelo Sala SIP	39

Lista de Anexos

Anexo 1. Coomeva. Software 9000.doc. para gestión documental. Manual Sala SIP Coomeva EPS. Medellín: Coomeva; 2005	39
Anexo 2. Instructivo para diligenciamiento de instrumento de estandarización de protocolos quirúrgicos en Sala SIP de Coomeva EPS	44
Anexo 3. Procedimientos más frecuentes a autorizar en Coomeva EPS. Descompresión del túnel del carpo.....	46
Anexo 4. Histerectomía abdominal	51
Anexo 5. Safenovaricectomía.....	55

1. Introducción

El personal de salud en todos los campos se ha visto enfrentado a tomar decisiones relacionadas con la salud de los pacientes que consultan, advirtiéndose la diversidad de criterios médicos. En especialidades quirúrgicas se observa como los profesionales involucrados en el trámite de autorizaciones tomarán según sus parámetros, la decisión de intervenir o no al usuario, juicio que puede ser riesgoso, si éste profesional autoriza la cirugía de un paciente sin haber cumplido con unas pautas previas de tratamiento o con guías de manejo establecidas.

Desde esta perspectiva se evidencia como el proceso de autorización de procedimientos no solo involucra al paciente que requiere del servicio sino también al profesional que tiene la responsabilidad de emitir un juicio al autorizar dicho servicio. Lo que se deriva de la decisión acarrea consecuencias que, de alguna manera, impactan en la calidad de la atención, definida por la Organización Mundial de la Salud como “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima para el paciente la cual debe cumplir con las demandas de salud de la población en términos de eficiencia y eficacia”. (1)

Esta situación afecta al personal auditor debido a que puede verse implicado en casos legales derivados de una mala decisión al momento de autorizar o no un servicio que repercute en la salud del paciente y que por ser éste el objeto central de la atención, representa el punto crítico para su protección y para preservar la vida.

Es ahí donde el profesional auditor, que es quien evalúa esa condición del paciente y decide autorizar el servicio quirúrgico ambulatorio, se ve enfrentado a disyuntivas. El personal tanto asistencial como autorizador requiere de parámetros concretos y reales, para que al momento de definir pueda tomar la decisión correcta, no sólo basado en criterios propios, sino con bases científicas, objetivas y éticas.

Al estandarizar el proceso de autorización, además de mejorar la oportunidad de respuesta a su solicitud, se disminuyen los riesgos para la salud del paciente, que en el caso de una cirugía podría significarle la muerte.

Por otro lado, se beneficia la institución, que al contar con criterios mas unificados, reducirían costos derivados de la toma de decisiones erradas por parte del personal auditor que en algunos casos pueden darse por falta de capacitación, o por negligencia.

2. Planteamiento del problema

Complicaciones en la salud del paciente derivadas de la ausencia de estándares para la autorización de procedimientos quirúrgicos más frecuentes en la sala SIP de Coomeva EPS

En la actualidad, Coomeva EPS no cuenta con estándares definidos para la autorización de sus servicios ambulatorios, entre ellos los quirúrgicos. Pese a que se ha visto la necesidad de unificar criterios, el personal directivo y administrativo encargado de dicha auditoría, no se ha motivado para trabajar al respecto, situación que ha generado complicaciones al interior de la institución y también para el cliente.

Los criterios subjetivos al momento de autorizar un procedimiento quirúrgico, inciden en la adecuada prestación del servicio al usuario, principalmente en el aumento en los tiempos de espera, la oportunidad del trámite de autorización, sin olvidar el riesgo de tipo legal en el que incurre el personal auditor quien es el encargado de la autorización del servicio quirúrgico.

Efectivamente la falta de compromiso por parte del personal directivo, los procesos de inducción deficientes y la contrataciones de personal que no cuenta con el perfil establecido por la empresa se constituyen en agravantes para la situación antes mencionada.

El presente proyecto pretende el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, relacionada con la autorización de servicios quirúrgicos, enfocado hacia el usuario, quien asume en última instancia las consecuencias evitables de una decisión errada, en muchos casos, por el desconocimiento sobre sus derechos.

El estar involucrado en procesos de acceso a los servicios de salud como el de autorizaciones, exige además de ser competente (conocimiento amplio y suficiente) contar con parámetros claros al momento de tomar decisiones.

Es por ello, que los estándares o protocolos institucionales permiten al médico u enfermera que autoriza el servicio quirúrgico, contar con patrones científicos, metodológicos, éticos y legales. El cumplimiento real de los requisitos y su seguimiento llevará a disminuir errores y a mejorar la calidad del proceso de autorizaciones.

La normatividad vigente pretende abordar estos temas y dar obligatoriedad al cumplimiento de estándares por medio de la habilitación de los servicios de salud y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, es importante para ello, que cada institución se acoja a la norma pero que además de implementarla para la prestación del servicio, también puedan garantizar el acceso a la salud a través de mecanismos eficientes y objetivos.

No obstante, Coomeva EPS no cuenta con información consolidada que permita medir el impacto de la falta de dichos estándares, no se ha documentado, ni se ha adelantado ninguna gestión al respecto; para iniciar el proyecto podría encontrarse limitaciones de tipo administrativo, temporo-espaciales y actitudinales por parte de los funcionarios involucrados en el proceso.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Diseñar un instrumento para la estandarización del proceso de autorización de los principales procedimientos quirúrgicos en la salas de Servicio Integral Personalizado (Salas SIP) de Coomeva EPS.

3.2. Objetivos Específicos

Caracterizar la manera como se desarrolla el proceso de autorización.

Evaluar mediante encuesta los criterios utilizados por el personal que autoriza los procedimientos quirúrgicos en la Sala SIP de Coomeva EPS.

Diseñar un instrumento para la estandarización de la autorización de procedimientos quirúrgicos en la sala SIP de Coomeva EPS.

Validar el instrumento estándar diseñado en la Salas SIP de Coomeva EPS.

Proponer la implementación de dicho instrumento en la institución.

4. Marco teórico

4.1. *Reseña Histórica Coomeva EPS*

COOMEVA, consecuente con su Misión corporativa para con el Estado, la sociedad, sus Asociados y familiares, no se mantuvo indiferente al reto planteado por la *Ley 100*. Gracias a COOMEVA y a ese camino abierto construido con 36 años de historia, permite concebir la creación de la EPS.

En la Asamblea Ordinaria de Delegados, celebrada en Rionegro el 04 de marzo de 1995 se autoriza la creación de COOMEVA E.P.S. S.A. con naturaleza de Sociedad Anónima y la participación del capital de COOMEVA como accionista mayoritario. Así, mediante escritura pública 1597 de abril 7 de 1995 nace COOMEVA E.P.S. S.A.

En 1996 el crecimiento de Coomeva EPS se hace notar, superando la cifra propuesta de 156.600 afiliados por 202.272 afiliados en el Régimen Contributivo.

En 1997 se comenzaron las primeras aplicaciones de nuestros modelos conceptuales y planes institucionales; se atendía una población de 444.535 afiliados presentes en el Atlántico, Santander, Antioquia, Cundinamarca, Bogotá D.C., Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Nariño, Cauca, Caquetá y la Guajira, mediante tres sucursales en las principales ciudades del país: Cali, Medellín y Bogotá.

1998 fue la consolidación de la operación, desarrollando una nueva plataforma informática que respondía al gran crecimiento poblacional con 671.510 afiliados en el Régimen Contributivo. Se instalaron nuevas unidades de atención tales como Mushaisa en la Guajira; en los Ingenios del Valle del Cauca donde se tenía la mayor población cotizante y en Medellín con la Clínica Sommer, Clínica Las Américas, Clínica El Prado y Clínica Conquistadores.

En 1999 se inicia una nueva etapa con el Software COOEPS Siglo XXI desarrollado por la misma EPS. Éste se convierte en una plataforma de gran ayuda para la operación de la empresa, que tenía el reto de manejar la información de 841.941 afiliados en el Régimen Contributivo en cuatro Sucursales en las ciudades principales del país (Cali, Medellín, Bogotá y Barranquilla).

En el año 2000 se contaba con una población de 1.294.402 afiliados en el Régimen Contributivo y presencia en más de 650 municipios del país mediante 30 oficinas. En cuanto a su Administración se rediseñó la “carta de navegación” de la EPS para los siguientes cinco años, y se adoptó el Modelo de Desarrollo Organizacional, bajo la premisa: “la calidad es la base de nuestra competitividad”.

En el 2001 Coomeva EPS se consolidó como la segunda EPS privada en el Régimen Contributivo, con una población de 1.335.203 afiliados en 692 municipios del país. Se desarrolló el Software E-Case, ahora Atentos Coomeva, para la recepción de la voz del cliente. Además en la búsqueda de la estandarización de la imagen con la imagen corporativa de Coomeva, se realizó el cambio del logo y slogan: “Somos su opción en salud”.

En el 2002 se consolidaron territorialmente dos Zonas, el Eje Cafetero y el Nororiente del país, para atender un total de población de 1.506.048 afiliados en 756 municipios colombianos. Por otro lado, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas selecciona a Coomeva EPS como la mejor Entidad Promotora de Salud; se desarrolló el sitio virtual EPS Online, ahora Cooepe Siglo XXI versión 2 y se trabajó en el Código de Buen Gobierno Corporativo.

El año 2003 Coomeva EPS continuó consolidándose en el sector de la Seguridad Social en Salud, con una población de 1.789.023 afiliados con una presencia en 882 municipios del país. Además en la búsqueda en la recordación de marca se realizó nuevamente el cambio del logotipo. Se implementó el software Ciklos con el fin de ofrecer una información ágil y amigable en las UBA, Unidades de Atención Básica.

En el 2004 según el estudio realizado por la Revista Dinero y la firma de investigación Invamer Gallup, Coomeva EPS se consolidó como Top of Mind entre las Entidades Promotoras de Salud, es decir, la marca más recordada por los colombianos. Además, fue la primera Entidad Promotora de Salud que obtuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000 en todos sus procesos.

En el 2005 la EPS cumplió una década brindando los servicios de salud a las familias colombianas, construyendo sueños que han sido posibles gracias a la confianza que 2.390.143 afiliados en 957 municipios han depositado día a día en nuestra Organización, ofreciéndonos la oportunidad de continuar con la consecución de las metas trazadas. Se mantuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000.

Adicionalmente el Ministerio de la Protección Social seleccionó a la EPS para llevar cabo el proyecto piloto de la Acreditación y la Bolsa de Valores nombró a la EPS como una de las 15 empresas colombianas que avanzó hacia los estándares de calidad más altos en la aplicación del Código del Buen Gobierno. (2)

4.2. *Procesos de Autorización de Servicios de Salud en Coomeva EPS*

Coomeva EPS cuenta con un proceso diseñado para la autorización de servicios de salud a nivel Nacional, llamado Proceso de Acceso y Beneficios; éste enmarca de manera general el desarrollo de las actividades relacionadas con la aprobación de servicios de salud ambulatorios, de ayuda diagnóstica, medicamentos y procedimientos quirúrgicos. Cuenta con una manual que le permite al empleado

conocer el modelo de autorizaciones llamado Manual Sala SIP, el cual da cuenta de la estructura organizacional y distribución de las Salas en la regional. (Ver Anexo 1).

Cada sala consta de un auditor (enfermera o médico) llamado back 1 y back 2, que es en quien se centra la autorización. La orden médica ingresa a la Institución a través de las taquillas dispuestas en cada Sala SIP para la recepción, ingreso al sistema y gestión de dicho servicio; ésta función es desarrollada por un personal auxiliar (Front) y es éste el contacto entre el usuario y el auditor. La respuesta al usuario le es dada de manera inmediata, excepto en los procedimientos quirúrgicos, los cuales se decepcionan y se direccionan al Comité de Cirugías que es el encargado de la aprobación del servicio quirúrgico.

El proceso de acceso y beneficios no cuenta con herramientas operativas estandarizadas para la autorización de servicios quirúrgicos, ni con manual de procedimientos específicos para ésta área, dicha actividad es realizada de manera subjetiva por cada auditor y consolidada por el Comité de Cirugía.

4.3. Generalidades sobre Construcción de Encuestas

La encuesta es un técnica cuantitativa que consiste en una investigación realizada sobre una muestra de sujetos, representativa de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones cuantitativas sobre una gran cantidad de características objetivas y subjetivas de la población.

4.3.1. Ventajas

- Técnica más utilizada y que permite obtener información de casi cualquier tipo de población.
- Permite obtener información sobre hechos pasados de los encuestados.
- Gran capacidad para estandarizar datos, lo que permite su tratamiento informático y el análisis estadístico.
- Relativamente barata para la información que se obtiene con ello.

4.3.2. Inconvenientes:

- No permite analizar con profundidad temas complejos (recorrir a grupos de discusión).

4.3.3. Tipos de preguntas:

4.3.3.1. Según la contestación que admitan:

- Abiertas, preguntas que se formulan sin establecer categorías de respuesta. Se debe cerrar al final y estandarizar.
- Cerradas: **Dicotómicas** (establecen sólo 2 alternativas de respuesta, "Si o No" y a veces Ns/Nr) Se deben utilizar sólo para temas muy bien definidos que admiten estas 2 alternativas como respuesta. **Categorizadas** además de la pregunta, establecen las categorías de respuesta y su vez se subdividen en:
De respuesta espontánea, el encuestador no debe leerle la respuesta al encuestado.
De respuesta sugerida, el entrevistador lee las preguntas al encuestado.
De valoración, el entrevistador lee una escala de intensidad creciente o decreciente de categorías de respuesta.

4.3.3.2. Según su función en el cuestionario:

- Filtro, se utilizan mucho en los cuestionarios para eliminar aquellas personas que no les afecten determinadas preguntas, es decir que marcan la realización o no de preguntas posteriores.
- Batería, todas las preguntas tratan sobre un mismo tema y siempre deben ir juntas en el cuestionario en forma de batería, empezando por las sencillas y luego las más complejas. Esto se denomina "embudo de preguntas".
- De control, se utilizan para comprobar la veracidad de las respuestas de los encuestados y normalmente lo que se hace en estos casos es colocar la misma pregunta pero redactada de forma distinta en lugares separados una de la otra.
- Amortiguadoras, cuando se va a tratar un tema difícil de tratar, se construye la pregunta suavizándola para no preguntar de modo brusco y directo.

4.3.3.3. Según su contenido:

- Identificación, sitúan las condiciones en la estructura social. Ej. Edad, sexo, profesión.
- Acción, tratan sobre las acciones de los entrevistados. Ej. ¿Va al cine?¿fuma?
- Intención, indagan sobre las intenciones de los encuestados. Ej. ¿Va a votar?
- Opinión, tratan sobre la opinión encuestados sobre determinados temas. Ej. ¿Qué piensa sobre...?
- Información, analizan el grado de conocimiento de los encuestados sobre determinados temas.
- Motivos, tratan de saber el porqué de determinadas opiniones o actos.

4.3.4. Reglas para la formulación de preguntas:

- No deben ser excesivamente largo, porque en cuestionarios largos (+100 preguntas) disminuye el % de respuestas.
- Tiene que ser sencillas y redactadas de tal forma que puedan comprenderse con facilidad (no utilizar términos técnicos).
- No deben incorporar términos morales (juicios de valor).
- Nunca sugerir la respuesta, incitando a contestar más en un sentido que en otra.
- Todas deben referirse a una sola idea.
- Todas las que estén dentro de un mismo tema deben ir juntas en el cuestionario en forma de batería.
- No juntar preguntas cuya contestación a una de ellas influya sobre la contestación de la otra, denominado efecto "halo".

4.3.5. Fases

- Formular hipótesis.
- Establecer las variables intermedias (dimensiones que queramos analizar)
- Operacionalizar las variables intermedias, dando lugar a las preguntas que serían los indicadores.

4.3.6. Construcción

- Introducción, da cuenta de quién nos encargó el estudio, el carácter anónimo de las respuestas, etc.
- Preguntas: Preguntas de identificación (sexo, edad,...), preguntas sencillas para introducir las más complejas y terminar con sencillas, facilitar la transición de un tema a otro en el cuestionario y evitar muchas preguntas abiertas.
- Elaborar o decidir sobre los aspectos formales.
- Preparar determinados elementos decisivos (carta de presentación de los encuestadores).
- Formar a los encuestadores y elaborar una guía de instrucciones para realizar el cuestionario.
- Hacer un PRETEST (prueba del cuestionario antes de su lanzamiento definitivo) tiene por objeto ver si se entienden las preguntas, si hay problemas en la redacción.
- Codificar el cuestionario (3)

4.4. Construcción de estándares

El estándar es un patrón expresado en una norma o un valor, usualmente se obtiene del promedio del valor de diferentes observaciones, y se constituye en el ideal, meta a alcanzar o también en los valores mínimos que se requieren cumplir, por lo tanto, su función es servir de referente. El estándar debe ser dinámico por lo tanto, estar en constante construcción con cambios en el tiempo.

No todos los estándares son valores, pueden ser instrumentos, normas, así por ejemplo, la estandarización de los procesos es un elemento de calidad que permite identificar resultados previsibles según las actividades identificadas. Las guías de manejo o protocolos de salud son pautas estandarizadas de la atención de un paciente.

4.4.1. Instrumento de medición

Un instrumento de medición se usa para comparar conceptos mediante un proceso de medición. Como unidades de medida se utilizan objetos y sucesos previamente establecidos como estándares.

Medición es el proceso de clasificar y cuantificar datos que puedan suministrar conductas observables relacionadas con las variables en estudio.

Toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir dos requisitos esenciales: la confiabilidad, que se refiere al grado de precisión o exactitud de la medida, en el sentido que si aplicamos repetidamente el instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados. El segundo requisito es la validez: es el grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir.

4.4.2. Instrumento de verificación de actividades medicas

Listas de chequeo

Es una estrategia para verificar la existencia, ausencia y el estado de o condición de una variable. Su objetivo fundamental es observar el comportamiento de la variable. Las listas de chequeo deben ser corroboradas con la inspección objetiva o la evidencia objetiva de la variable. A la existencia o ausencia de estos requisitos o variables se les puede asignar un valor que puede obtener la institución. Este proceso se denomina ponderación de cada variable, es decir, es la asignación de un valor comparativo de una variable, el peso o importancia que tiene esa variable sobre el total. (4)

4.5. Validación de Instrumentos

En la literatura la información relacionada es escasa, en algunos estudios se mencionan algunos principios significativos y se consolidan los siguientes:

- En primer lugar se debe identificar el objetivo u objetivos de la auditoria y la profundidad que se quiere medir.

- Identificar y listar variables que se deseen medir. Estas variables se deben agrupar por áreas que tengan una unidad temática.
- A cada variable se le debe dar una definición conceptual clara y precisa.
- Definir las variables operacionalmente e indicar el nivel de medición.
- Definir un instrumento de medición a emplear.
- Ponderar las áreas y subáreas asignando un valor a cada variable y al final dar un puntaje total que es la suma de cada área.

4.6. *Calidad enfocada a la autorización de Servicios de Salud*

La palabra **calidad** tiene múltiples significados. Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. Por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando, por ejemplo, la calidad del servicio postal, del servicio dental, del producto, de vida, etc.

El concepto de calidad genera otra serie de definiciones entre las que citaremos:

- Característica de calidad propiedad de un producto o un servicio que contribuya a su ecuación al uso, como por ejemplo: rendimiento, sabor, fiabilidad, apariencia, etc.
- Calidad de diseño o adecuación de las características de calidad diseñadas para la generalidad de usuarios.
- Calidad de conformidad o calidad de fabricación que indica la fidelidad con que un producto se ajusta a lo establecido en su proyecto.

Los conceptos e innovaciones de la calidad siempre se han iniciado en las empresas de producción, donde se han desarrollado, y con posterioridad se han exportado a los otros tipos de empresas (servicios, etc.)

Esta evolución ha originado la aparición de un nuevo concepto de calidad que se basa en dos aspectos igualmente importantes:

- El Factor Humano, que afecta al comportamiento y actitud de los trabajadores, ellos son expertos en su trabajo, que influirá en gran medida en la consecución de los objetivos de calidad.

- Los Sistemas de Calidad, (Calidad Total), basados en la mejora permanente, inciden en la actuación sobre el proceso mas que sobre el producto acabado, los costes serán menores, y existe una orientación de la calidad hacia el cliente y sus necesidades.

En la calidad se debe hallar involucrados todos los niveles de la empresa y crear una cultura de la calidad, en la que todos los integrantes de la empresa piensen y actúen en calidad (hacer las cosas bien a la primera, fomentar la comunicación, abolir la atmósfera de culpa no buscando culpables, utilizar los errores para aprender, utilizar el autocontrol, etc.)

El éxito de la empresa no radica únicamente en su crecimiento, ni siquiera solamente en el triunfo económico, sino en la consecución de sus objetivos, que deben ser tanto sociales como puramente materiales.

4.7. *Calidad en la autorización de servicios de salud*

Una autorización es un acto o un documento a través del cual se permite a una persona realizar aquello que solicita, siempre y cuando cumpla con los requisitos exigidos por las instituciones de salud amparadas en las leyes para cada caso, cabe anotar que la solicitud de un servicio de salud, nace de la necesidad de un tercero, (en este caso un médico), para detectar un problema de salud o dar solución al mismo. No obstante, las Entidades Promotoras de Salud buscan ofrecer servicios de salud con calidad al mejor costo; es en esta parte donde hablar de calidad en el servicio se convierte en algo ambiguo, por un lado, el usuario espera recibir lo ordenado por el médico (confiando en el la recuperación de su salud) y por otro lado la institución prestadora del servicio espera ofrecer los servicios más adecuados y suficientes para cada caso, evitando sobrecostos y falta de pertinencia medica en el ejercicio de los profesionales de la salud.

La valoración que hace un usuario de la calidad de un servicio tiene lugar mediante una comparación entre expectativas y resultados, ellos evalúan el servicio que reciben a través de la suma de las evaluaciones que realizan a diferentes factores, a saber:

- La apariencia de las instalaciones de la organización, la presentación del personal y hasta los equipos utilizados en determinada compañía (de cómputo, oficina, transporte, etc.). Una evaluación favorable en este rubro invita al cliente para a utilizar sus servicios.
- El cumplimiento de promesa, significa entregar correcta y oportunamente el servicio acordado. Es decir, si se promete entregar una autorización en 8 días, deberá cumplirse con este tiempo.
- Actitud de servicio: Con mucha frecuencia los clientes perciben falta de actitud de servicio por parte de los empleados; esto significa que no sienten la

disposición quienes los atienden para escuchar y resolver sus problemas o emergencias de la manera más conveniente.

Este es el factor que más critican los clientes, y es el segundo más importante en su evaluación.

- Competencia del personal: el cliente califica qué tan competente es el empleado para atenderlo correctamente; si es cortés, si conoce la empresa donde trabaja y los productos o servicios que vende, si domina las políticas, en fin, si es capaz de inspirar confianza con sus conocimientos como para que usted le pida orientación.
- Empatía: Aunque la mayoría de las personas define a la empatía como ponerse en los zapatos del usuarios, debe tenerse en cuenta además, la facilidad de contacto, la comunicación. (5)

5. Normatividad relacionada

La auditoría en Colombia no ha sido reglamentada en el pasado en forma directa, sus orígenes se reglamentan en la contaduría pública. La auditoría a principios del siglo XX fue orientada al control de las grandes corporaciones cotizantes en la bolsa de valores norteamericana, que eran las únicas que podían pagar los altos costos del proceso, para garantizar la razonabilidad de los estados financieros al público interesado en invertir en las mismas. Este trabajo era desarrollado por un equipo de muchas personas y elevadas y costosas horas de labor por persona. Básicamente consistía en la inspección de activos y verificación y validación de las de transacciones económicas constitutivas de la formación de los estados financieros.

En materia legal, la autorización de servicios médicos esta soportada en la **Resolución 5261 de 1994** que define el Plan Obligatorio de Salud (POS) la cual contempla el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, entre ellos los servicios quirúrgicos. Actualmente para los servicios por fuera de éste, se debe solicitar al Comité Técnico Científico de cada institución la autorización de dicho servicio. (6)

La circular 021 de 2005, de la Superintendencia Nacional de Salud dirigía a todos funcionarios de entidades promotoras de salud, administradoras de recursos del régimen subsidiado, entidades de medicina prepagada, entidades territoriales e instituciones prestadoras de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica. Contempla las características que debe tener la no autorización de los servicios de salud y/o medicamentos y tiene como objetivo recordar a las entidades sujeto de esta instrucción, el comportamiento y el trámite que debe seguirse para garantizar el acceso de la población colombiana a los servicios de salud y a medicamentos, cuando se presente la negativa de los mismos y permitir una eficaz labor de inspección, vigilancia y control a este Organismo.(7)

Existe en el país un gran número de normas que respaldan el proceso de autorización de órdenes de servicio, todo regido desde la Constitución Nacional donde se ampara la vida y la salud de todos los colombianos. En los últimos años se ha observado la inclusión de cada vez más beneficios ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados con el objetivo de lograr una cobertura total al territorio nacional con la mayor cantidad posible de servicios que mejoren la salud de las personas, no solo brindando tratamientos de curación sino también de prevención. Podemos enumerarlas así:

Ley 100 de 1993. Reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Art 178 y 179 se refiere a las funciones de las entidades promotoras de salud.

Decreto 2759 de 1991. Art 2 y Art 4. Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia.

Resolución 5261 de 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 4445 de 1996: Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

Decreto 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resolución 1043 de 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Artículos 15 y 16

6. Metodología

Proyecto de desarrollo institucional que consta de 3 fases 1 evaluación y 2 diseño de instrumento estándar y fase 3 recomendaciones y conclusiones

Fase 1

En la fase uno se partió del análisis del problema mediante el acercamiento a las Sala SIP de Coomeva EPS, donde se ejecutó el presente proyecto. Se diseñó una encuesta aplicada a 11 auditores de sala SIP, cuyo objetivo fue establecer un diagnóstico que permitiera conocer la forma como se desarrolla el proceso de autorización de los 3 procedimientos quirúrgicos más frecuentes (histerectomía abdominal, safenovaricectomía y decompresión del túnel del carpo) además, se verificaron los criterios adoptados para dicha autorización. (Ver anexo 2)

Posteriormente se realizó la tabulación de los datos obtenidos y se analizaron los hallazgos.

Fase 2

De acuerdo a los hallazgos encontrados se realizó un instrumento para estandarizar el proceso de autorizaciones y que a su vez se constituyera en una herramienta de verificación (lista de chequeo). (Ver anexo 4)

Se aplicó una prueba piloto utilizando el instrumento en los 3 procedimientos quirúrgicos más frecuentes para autorizar en las Salas SIP. Se realizó con los auditores del comité de cirugías, encargados de la autorización y programación de los procedimientos quirúrgicos, quienes validaron el instrumento. (Ver anexos 4,5 y 6)

Fase 3

Se analizaron los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento y se generó un informe con los hallazgos.

Se generaron las respectivas conclusiones y recomendaciones para la institución.

7. Resultados

7.1. Encuesta para el diagnóstico del proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos en la Sala SIP de Coomeva EPS.

Fecha:

Nombre:

Cargo:

Sede:

Profesión:

Lea cuidadosamente la pregunta y conteste de acuerdo al caso. Justifique la respuesta en donde sea indicado, o simplemente de respuesta a la pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted laborando en esta área?
2. ¿Ha recibido alguna capacitación en el proceso de trámite de autorizaciones de procedimientos quirúrgicos?
3. ¿En caso afirmativo, dicha capacitación logró satisfacer sus expectativas?
4. ¿Qué dificultades técnico científicas y/o administrativas ha tenido para desarrollar el proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos?
5. ¿Cuáles son los requisitos con los que debe cumplir el paciente al momento de solicitar autorización de procedimiento quirúrgico en la sala SIP?
6. ¿Conoce las ayudas diagnósticas para evaluar cada uno de los siguientes procedimientos?
Safenovaricectomía, descompresión del túnel carpiano, histerectomía.
7. ¿Cuáles son las indicaciones de cirugía en los 3 procedimientos antes mencionados?
8. ¿Qué criterios se tienen en cuenta para definir si un procedimiento quirúrgico es prioritario o electivo? De ejemplos.
9. ¿Cuál es el plazo máximo y mínimo que debe tenerse en cuenta para la autorización de un procedimiento quirúrgico?
10. ¿Cuál es la fuente de consulta utilizada por usted al momento de requerir asesoría respecto a la autorización de determinado procedimiento quirúrgico?
11. ¿Se encuentra documentado el proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos?
12. ¿Existen indicadores que permitan medir la calidad en el proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos?
13. ¿Qué beneficios encuentra en la estandarización y documentación del proceso?

14. ¿Qué situaciones legales pueden derivarse de la falta de oportunidad o situaciones equivocadas en la autorización de un procedimiento quirúrgico?

7.2. *Análisis de la encuesta*

Se analizaron 11 encuestas pertenecientes a la totalidad de las salas SIP del área metropolitana (Medellín, Rionegro y la Ceja) dentro de este análisis se observa que el promedio de tiempo laboral en años de los auditores de la sala SIP corresponde a 3, siendo el de menor tiempo de vinculación 2 semanas y el mayor 10 años. Teniendo en cuenta el tiempo promedio y la baja rotación de personal en salas, se considera que es un tiempo facultativo para llevar a cabo el proceso de aprendizaje y entrenamiento propios del cargo, que puede incidir en la toma de decisiones al momento de autorizar un procedimiento quirúrgico.

Respecto a los procesos de capacitación se encontró que el 64% (7) de los auditores ha recibido capacitación relacionada con el trámite de autorización de procedimientos quirúrgicos durante su tiempo de vinculación. Cabe mencionar que sólo para el 36% (4) de los auditores se logró satisfacer las expectativas frente a las capacitaciones, el 18% (2 personas) manifestó satisfacción parcial y el 9%(1) restante manifestó que definitivamente las capacitaciones no han logrado satisfacer sus expectativas. Lo anterior evidencia la deficiente planeación y la falta de interés por parte del personal directivo en la estructuración eficiente del proceso, lo que impacta negativamente en el desarrollo del mismo. (ver figura 1)

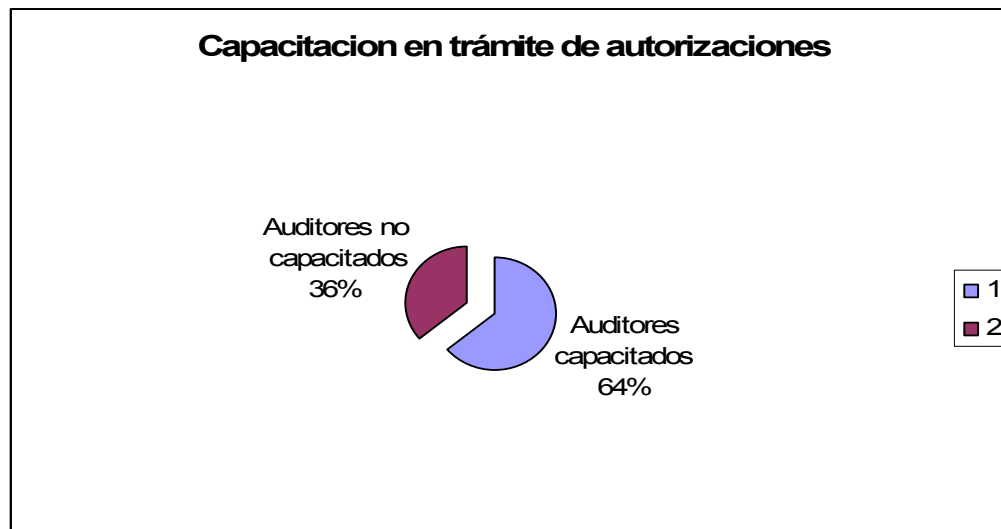


Figura 1. Capacitación en trámite de autorizaciones. Sala SIP Coomeva EPS. Medellín 2008

Partiendo de este hallazgo es importante considerar que las capacitaciones dadas bajo un enfoque práctico e integral se constituyen en una herramienta clave para el fortalecimiento y/o el mejoramiento de procesos al interior de las instituciones máxime cuando se habla de procesos que influyen significativamente en la prestación de servicios con calidad, como es el de autorizaciones. Para garantizar el mejoramiento es necesario entre otros aspectos, que la totalidad de las personas involucradas en el proceso reciban capacitación continua de manera planificada.

Al indagar sobre las dificultades presentadas en el desarrollo del proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos se encontró que el mayor número (40%) se centra en la limitación en la comunicación entre áreas y salas, además el software soporte lo consideran lento y poco práctico (40%). Otros inconvenientes encontrados hacen relación a la falta de estandarización de criterios, protocolos y el desconocimiento de contratos. (ver figura 2).

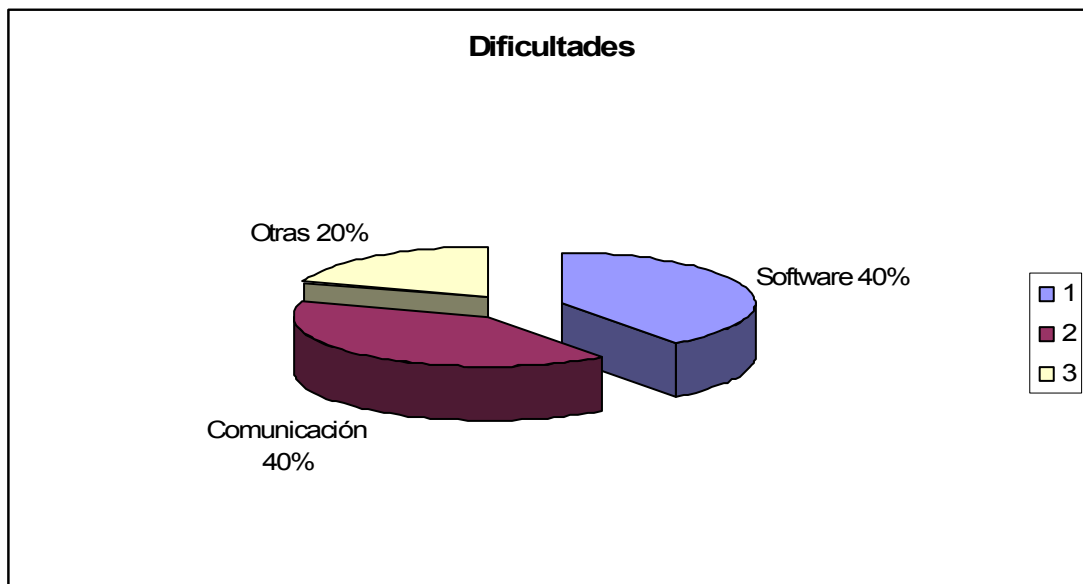


Figura 2. Dificultades presentadas el proceso. Sala SIP Coomeva EPS, Medellín 2008

La inadecuada planificación y la carencia de procesos estandarizados al interior de las empresas, repercute en el desarrollo de las actividades relacionadas con los procesos. Muestra de ello son las deficiencias en los soportes técnicos y administrativos relacionados directamente con la autorización de procedimientos quirúrgicos en la sala SIP de Coomeva EPS y que influyen en la calidad percibida por el usuario.

La comunicación y el software son herramientas vitales para la buena prestación del servicio. Las encuestas reflejan las principales dificultades en ambos aspectos.

Otro hallazgo importante consiste en que solo el 18% (2) de los auditores de Sala SIP conocen los requisitos para la recepción y programación del procedimiento quirúrgico, los demás los mencionan de manera imprecisa, situación que evidencia aún más la falta de estandarización del proceso y quizá la inexistencia de procesos de inducción y mecanismos de retroalimentación y comunicación eficientes al interior de las salas, lo que puede conducir a información inadecuada para el usuario y demoras innecesarias en su trámite. (Ver figura 3)

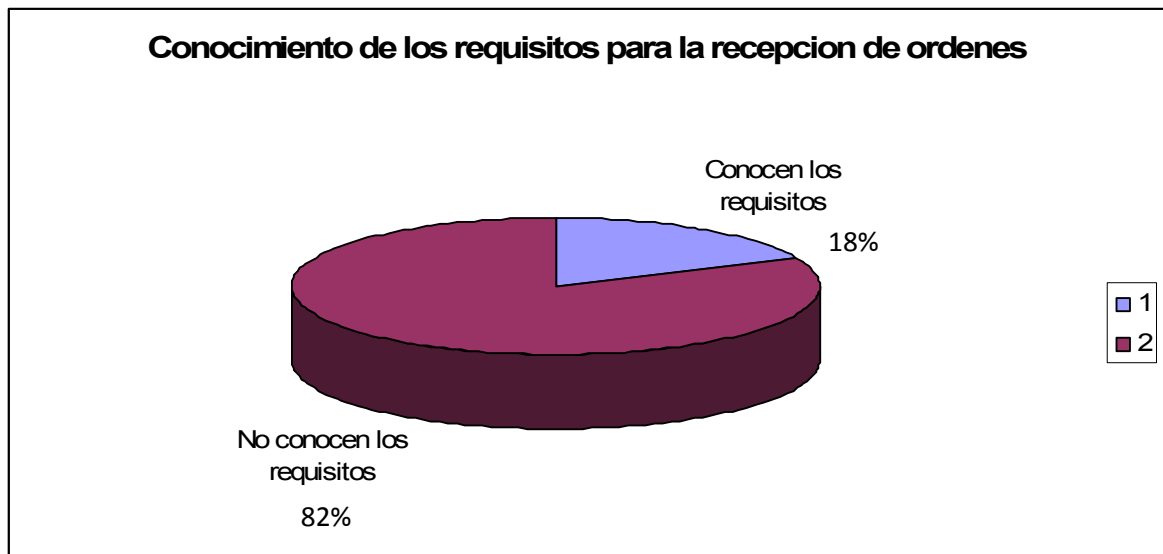


Figura 3. Requisitos para la recepción de órdenes. Sala SIP Coomeva EPS, Medellín 2008

Aunque no existe claridad respecto a los requisitos administrativos para el acceso al servicio, se logra evidenciar que el 82 % (9) de los auditores conoce las ayudas diagnósticas indicadas para los 3 principales procedimientos quirúrgicos: histerectomía, safenovaricectomía, descompresión del túnel carpiano, situación que de alguna manera favorece el proceso. El 18% (2) restante los menciona de manera imprecisa; cabe resaltar que aunque se conocen no existen mecanismos de control que muestren la aplicación de dichos conocimientos en el desarrollo de su labor.

Respecto a la principal fuente de consulta se encontró que el 50% de los auditores acude al Comité de Cirugías y al médico tratante para resolver sus dudas, situación que puede ser limitante si se tiene en cuenta que dentro de las principales

dificultades presentadas para la autorización de procedimientos quirúrgicos se encuentra la deficiente comunicación entre salas, además acudir al comité de cirugías no sería lo ideal teniendo en cuenta las amplias competencias y responsabilidades que éste debe cumplir dentro de las cuales la asesoría continua no se encuentra como función principal.

Al indagar sobre si el proceso se encontraba documentado o no el 18% (2 personas) respondió afirmativamente, el 45% (5) respondió negativamente y el 36%(4) restante no sabe. Los auditores que respondieron negativamente exponen que las herramientas de las que se han valido para documentarlo son el 9000.doc, pero que sólo existen anexos del proceso. Otras fuentes de información son los correos del comité con información relacionada o comunicación interna con los jefes. Adicionalmente el 64% (7) de los encuestados no sabe si existen indicadores, el 9%(1) afirma que no existen y el 27% (3) afirma que existen mencionando indicadores de manera inespecífica, lo que corrobora la falta de estructuración del proceso y difusión de la información relacionada con el mismo. (Ver figura 4)

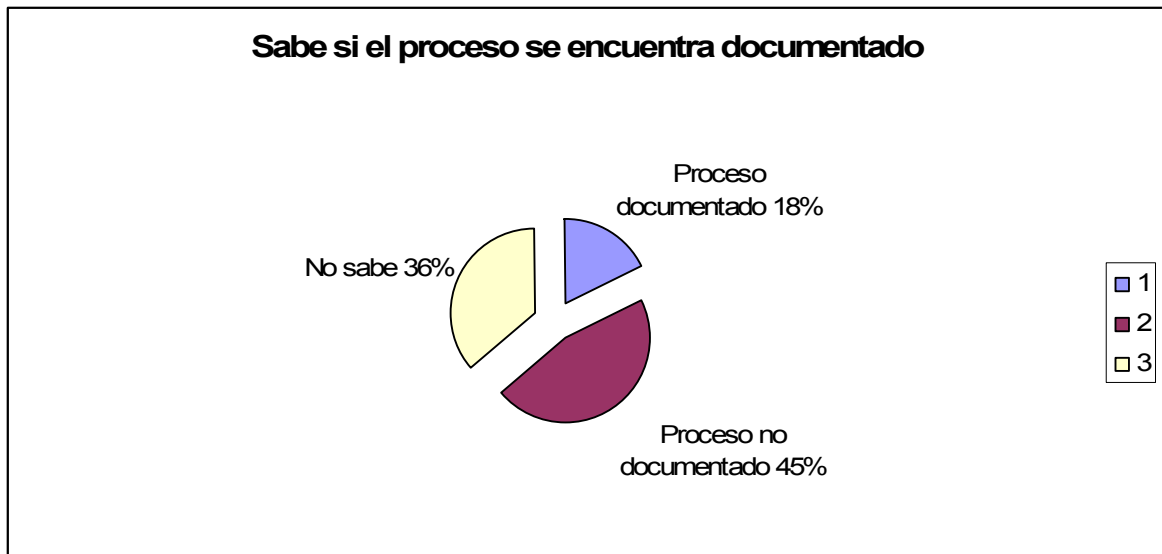


Figura 4. Documentación del proceso. Sala SIP Coomeva EPS, Medellín 2008

El desconocimiento respecto a la documentación del proceso con sus respectivos indicadores resulta evidente, no existe claridad al respecto por parte del personal auditor.

No obstante, para quienes respondieron que no se encontraba estandarizado el proceso, mencionan como principales beneficios de la estandarización la

uniformidad de criterios, seguido de la reducción de costos, mejoramiento de la imagen institucional y disminución de reprocesos.

Otros aspectos relacionados con la priorización de procedimientos, las indicaciones para la autorización de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes y los tiempos máximos y mínimos para su autorización, dejan ver que algunos conceptos son poco claros e inespecíficos por parte del personal auditor, además de la falta de un estándar definido.

8. Instrumento de estandarización de protocolos quirúrgicos Sala SIP Coomeva EPS

Nombre:

Definición:

ITEM A EVALUAR	SI	NO	NO APLICA
Paciente Activo (afiliación)			
Documento de identidad			
Orden Médica Original			
Copia de historia Clínica			
Ayudas Diagnósticas			
1.			
2.			
3.			
Procedimiento POS			
SOAT o Enfermedad Profesional (ARP)			
Manifestaciones Clínicas (2 o más de las siguientes)			
1.			
2.			
3.			
Recibió tratamiento oportuno			
Diagnóstico temprano			
Procedimiento Electivo			
Indicaciones para realizar procedimiento quirúrgico. (alguna de las siguientes)			
1.			
2.			
3.			
Fue informado sobre riesgos postoperatorios			

8.1. Instrumento de estandarización de protocolos quirúrgicos Sala SIP Coomeva EPS

Nombre: Histerectomía Abdominal

Definición: es la extirpación quirúrgica del útero, es un procedimiento que se puede realizar a través del abdomen o de la vagina. La histerectomía abdominal es un procedimiento por el que se extrae el útero de una mujer a través de un corte en el abdomen. Genera infertilidad en la mujer. Puede ser:

- **Histerectomía Parcial o Subtotal** --Extirpación del útero
- **Histerectomía Total, Completa o Simple** --Extirpación del útero y cérvix (la abertura del útero que lleva a la vagina)
- **Histerectomía Radical** -- Extirpación del útero, ovarios, trompas de Falopio, parte superior de la vagina y los nódulos linfáticos pélvicos
- **Salpingo-oforectomía** --Extirpación de los ovarios y trompas de Falopio (pueden combinarse con cualquiera de los procedimientos mencionados)

ITEM A EVALUAR	SI	NO	NO APLICA
Paciente Activo (afiliación)			
Documento de identidad			
Orden Médica Original			
Copia de historia Clínica			
Ayudas Diagnósticas			
1. Ecografía Transvaginal (siempre)			
2. Colposcopia - Biopsia (en caso de tumores)			
3. Hemoglobina Hematocrito (en caso de hemorragia uterina)			
Procedimiento POS			
SOAT o Enfermedad Profesional (ARP)			
Manifestaciones Clínicas (2 o más de las siguientes)			
1. Dolor pélvico severo			
2. Periodos menstruales dolorosos			
3. Sangrado vaginal anormal			
4. Anemia			
5. Enfermedad pélvica inflamatoria			

Recibió tratamiento oportuno			
Diagnóstico temprano			
Procedimiento Electivo			
Indicaciones para realizar procedimiento quirúrgico. (alguna de las siguientes)			
1. Cáncer			
2. Fibrosis uterina (miomas)--tumores comunes y benignos (no cancerosos) que crecen en el músculo uterino.			
3. Endometriosis en los casos en los que el dolor es severo y no responde a otros tratamientos no quirúrgicos			
4. Hemorragia uterina anormal que no se puede controlar.			
5. Prolapso uterino que no se ha resuelto con otros tratamiento (ejercicios piso pélvico) o si está causando dificultades de salud graves			
Fue informado sobre riesgos postoperatorios			

8.2. Instrumento de estandarización de protocolos quirúrgicos Sala SIP Coomeva EPS

Nombre: Descompresión Quirúrgica del Túnel Carpiano

Definición: Es el tratamiento quirúrgico que se realiza bajo anestesia regional o local mediante un corte del ligamento carpiano para liberar la presión del nervio mediano.

ITEM A EVALUAR	SI	NO	NO APLICA
Paciente Activo (afiliación)			
Documento de identidad			
Orden Médica Original			
Copia de historia Clínica			
Ayudas Diagnósticas			
1. Electromiografía (siempre)			
2. Tomografía computarizada (opcional, si electromiografía tiene contraindicaciones)			

3. Resonancia magnética (opcional, si electromiografía tiene contraindicaciones)			
Procedimiento POS			
SOAT o Enfermedad Profesional (ARP)			
Manifestaciones Clínicas (2 o más de las siguientes)			
1. Parestesias: Se produce una sensación de hormigueo de los dedos de las manos.			
2. Dolores en la muñeca, palma de la mano y a veces por el antebrazo			
3. Sensación de pérdida de fuerza en la mano, y debilidad en los dedos			
4. Paresias: dificultad para agarrar objetos con una o ambas manos y para hacer garra con la mano o cerrar el puño.			
5. Mano seca por disminución del sudor: trastorno vasomotor.			
Recibió tratamiento oportuno			
Diagnóstico temprano			
Procedimiento Electivo			
Indicaciones para realizar procedimiento quirúrgico. (tres de las siguientes)			
1. Dx de síndrome del túnel carpiano que no responde al tratamiento convencional			
2. Casos clasificados por electrodiagnóstico como severos o moderados con evidente compromiso axonal.			
3. Déficit sensitivo o motor.			
4. Lesiones ocupantes de espacio que requieren extirpación			
5. Síntomas severos o progresivos mas de 12 meses.			
Fue informado sobre riesgos postoperatorios			

8.3. Instrumento de estandarización de protocolos quirúrgicos Sala SIP Coomeva EPS

Nombre: Safenovaricectomía

Definición: Es el tratamiento quirúrgico que se realiza bajo anestesia general o regional, y consiste en eliminar las venas varicosas por el llamado método de stripping (fleboextracción de la safena interna y externa). Simultáneamente se ligan las venas perforantes insuficientes, así como las ramas secundarias.

ITEM A EVALUAR	SI	NO	NO APLICA
Paciente Activo (afiliación)			
Documento de identidad			
Orden Médica Original			
Copia de historia Clínica			
Ayudas Diagnósticas			
1. Eco Doppler Venoso (siempre)			
2. Plestimografía (complementaria a 1)			
3. Flebografía (opcional)			
Procedimiento POS			
SOAT o Enfermedad Profesional (ARP)			
Manifestaciones Clínicas (2 o más de las siguientes)			
1. Hinchazón en las piernas o tobillos			
2. Sensación de tensión en las pantorrillas			
3. Dolor al caminar que desaparece al hacer reposo			
4. Tono marrón en la piel			
5. Venas varicosas			
6. Ulceras en las piernas			
Recibió tratamiento oportuno			
Diagnóstico temprano			
Procedimiento Electivo			

Indicaciones para realizar procedimiento quirúrgico. (dos de las siguientes)			
1. Eco dúplex sugestiva de insuficiencia venosa profunda crónica, con afectación de safenas y/o insuficiencia de lo cayados.			
2. Complicaciones derivadas de la estasis: pigmentación, induración, úlceras superficiales.			
3. Várices de gran tamaño.			
4. Utilización de medias de gradiente de presión por lo menos un año sin mejoría.			
Fue informado sobre riesgos postoperatorios			

8.4. Validación Del Instrumento

Se aplicó el instrumento a los integrantes del Comité de Cirugías, validándolo en 3 de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes: safenovaricectomía, descompresión quirúrgica del túnel del carpo e hysterectomía abdominal. Fue realizada de forma personalizada a 3 auditores quienes actualmente aprueban los procedimientos quirúrgicos en la regional, en Coomeva EPS. Se entregó a cada auditor 2 instrumentos de cada procedimiento quirúrgico y se solicitó que se realizará de manera individual.

El comité de cirugías validó el 100% de la muestra y realizó recomendaciones, entre ellas, realizar un instructivo para el desarrollo del instrumento, mejorar los contenidos del instrumento en cuanto a redacción, cambiar los criterios de selección de los ítem relacionados con las manifestaciones clínicas, ayudas diagnósticas e indicaciones para realizar el procedimiento. Se realizaron las correcciones correspondientes.

Se pudo determinar que el instrumento sirve como soporte para la unificación de criterios en la gestión de los auditores y establecer pautas para la que la aprobación de los procedimientos quirúrgicos se realice de manera concreta, técnica y estandarizada.

El instrumento fue aprobado por el Comité de Cirugías de la regional. Para su futura implementación deberá ser enviado a Comité de Calidad Nacional ubicado en Cali, Colombia con el fin de incluirla en el software 9000.doc y así puesta en práctica.

9. Conclusiones y recomendaciones

- Los procesos de capacitación inducción y entrenamiento del personal auditor de las salas SIP de Coomeva presentan serias deficiencias. Lo anterior se ve reflejado en el desconocimiento de aspectos básicos relacionados con los requisitos administrativos para el acceso a los servicios de autorización, los criterios a tener en cuenta para autorizar o no dicho procedimiento y la prioridad que se le debe dar al paciente al resolver su trámite.
- El proceso de autorizaciones es básico dentro de la prestación de servicios y se encuentra alineado con componentes de calidad, por lo tanto es necesario implementar acciones tendientes a su mejoramiento para impactar en la imagen institucional tanto con el cliente interno como externo y evitar situaciones que vayan en detrimento de la salud del paciente.
- La principal fuente de consulta no debe ser el comité de cirugías debido a la complejidad de éste y a las dificultades de comunicación que van desde el acceso limitado a Internet hasta la comunicación telefónica. Deben generarse mecanismos más accesibles rápidos y prácticos para el personal auditor, que reduzcan el tiempo de espera para el usuario y que permitan mayor fluidez en el proceso. En este caso tener protocolos y acceder fácilmente a ellos sería una herramienta casi que inmediata para resolver las dudas que se presenten.
- La falta de estandarización, lleva a que no se tengan en cuenta además de los protocolos y guías de manejo; los soportes técnicos, administrativos y de comunicación relacionados con el proceso conduciendo a trámites innecesarios y costos por la no calidad.
- El desconocimiento por más del 50% de los auditores respecto la existencia de un proceso de autorización de procedimientos quirúrgicos documentado con sus respectivos indicadores, puede deberse a poca motivación del personal para indagar sobre determinados aspectos relacionados con su quehacer, que son básicos; igualmente es evidencia de las dificultades de comunicación por parte del área administrativa.

Bibliografía

- (1) Varo Jaime. La calidad de la atención médica (sitio en Internet) España.
Disponible en:
<http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL104/M1041405.pdf>. Consultado el 20 de junio de 2008
 - (2) Coomeva EPS, Reseña Histórica (Sitio en internet) Disponible en:
<http://eps.coomewa.com.co/publicaciones.php?id=9648> consultado el 20 de febrero de 2009
 - (3) Gestipolis.com. La encuesta y tipos de encuesta (sitio en Internet).
Disponible en: <http://www.conocimientosweb.net/zip/article1821.html>.
Consultado el 10 de febrero de 2009
 - (4) Álvarez Heredia, F. Instrumentos de auditoría medica. Capitulo 2. p. 24-32.
Ediciones ECOE, 2006
 - (5) Torregrosa, S. Rafael. Calidad, concepto y generalidades (Sitio en Internet)
España. Disponible en:
chguv.san.gva.es/Descargas/Gerencia/PlaniCalidad/Kiosco/Calidad_generalidades.pdf. Consultado el 20 de junio de 2008
 - (6) Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 5261 de 1994. Por el cual se define el Plan Obligatorio de Salud (POS). Bogotá: El Ministerio, 1994
 - (7) Colombia, Ministerio de la Protección Social, Circular 021 de 2005. Diciembre 11. Tiene por objetivo recordar el comportamiento y trámite que debe seguirse para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud y medicamentos. Bogotá: El Ministerio, 2005
- Fundación Eroski. Síndrome del túnel carpiano. Una enfermedad profesional en aumento. (Sitio en internet) Disponible en:
<http://revista.consumer.es/web/es/20040401/salud/> Consultado el 20 de junio de 2008
- Butler Hospital. Histerectomía. (Sitio en Internet) EEUU. Disponible en:
<http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=0d429707-b7e1-4147-9947-abca6797a602&chunkiid=103903>. Consultado el 20 de junio de 2008.
- Tratamiento de las venas varicosas. (Sitio en Internet) España. Disponible en:
<http://www.terra.es/personal2/rmm00005/tratvaricosas.htm>. Consultado el 20 de junio de 2008

Ary, Jacobs y Razavieh. Introducción a la Investigación Pedagógica. 2da Edición. Mexico, McGraw-Hill Interamericana, 1996 Consultado el 21 de junio de 2008.

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución No. 1043 de Abril de 2006: Manual único de estándares y verificación. Anexo Técnico No. 1. Bogotá: El Ministerio; 2006.

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2759 de 1991, diciembre 11, Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia. Bogotá: El Ministerio; 1991

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad. Bogotá D.C: EL Ministerio, 2006

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 100 de 1993: reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C: EL Ministerio, 1993

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 5261 de 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C: EL Ministerio, 1994

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 4445 de 1996: Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. Bogotá D.C: EL Ministerio, 1996

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C: EL Ministerio, 2006

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C: EL Ministerio, 2007

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Artículos 15 y 16. Bogotá D.C: EL Ministerio, 2007

Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Calidad en el servicio. (Sitio en Internet) Disponible en:

http://moodle.fukl.edu/fukl/rpsi/articulos/SumaPsicologicade13_2a14_2/132/7Calidadenelservicio.pdf. Consultado el 21 de junio de 2008.

Hernández S. y otros. Metodología de la investigación. 4ta Edición. México, McGraw-Hill Interamericana, 1998

Universidad del Rosario. Manual único de estándares y de verificación. (Sitio en Internet) Disponible en:
http://www.urosario.edu.co/fase1/medicina/documentos/facultades/medicina/calidad/anexo1_%20R1043.pdf. Consultado el 21 de junio de 2008.

Anexos

Anexo 1

MANUAL SALA SIP COOMEVA EPS

Definición

Sala SIP - Servicio Integral Personalizado hace parte del Nivel de Servicio definido en el Modelo de operación de Coomeva EPS (Ver EPS-DC-096 “Manual Modelo de operación”) y su objetivo es brindar al afiliado una atención integral de servicios operacionales, financieros y de salud, soportado por un Modelo Sala SIP, garantizando la satisfacción del afiliado.



Figura 5. Modelo Sala SIP

Nota: tomada del software 9000.doc

Barra de atención (Front)

Es la conformada por el personal de la sala SIP que esta de cara al cliente, sus funciones son: brindar Información al afiliado, recibir documentos, generar ordenamientos médicos, solucionar anomalías, generar certificados, atender requerimientos de los trámites de Servicios de Salud.

Back

Es el personal de sala SIP destinado para la autorización de trámites de Servicios de Salud y procesos Financieros y Operativos.

Recursos físicos

Ubicación y señalización

Para las unidades existentes el “Modelo de operación EPS-DC-096”, indica que una Sala SIP debe estar adjunta a la UBA (Unidad básica de atención) para garantizar la atención integral al afiliado y que dichas instalaciones deben diferenciarse de la infraestructura de la UBA y el acceso debe ser independiente; Cuando no se ha tenido disponibilidad de un sitio adjunto para el montaje de esta, se deben ubicar en un sitio cercano a la Institución Prestadora de Servicios. Esta excepción aplica para las UBA cuyo montaje se haya realizado antes del 1ro. de Mayo de 2005.

Tipos de sala.

Para determinar el tipo de sala SIP (A, B o C), se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

El tipo de la Sala SIP depende de:

- La tasa de utilización de los servicios ofrecidos a los afiliados.
- El horario de atención definido para la SIP.
- Numero de afiliados asignados a la IPS o UBA

Teniendo en cuenta las consideraciones de áreas requeridas dentro de la Sala y el montaje de equipos, a continuación se ilustra un bosquejo de la distribución de planta para los tres tipos de Sala SIP.

Sala tipo A

Características

- No tienen población de IPS o UBA asignada.
- Atienden un promedio diario de 720 afiliados.
- Cuentan con BACK asignado de acuerdo al proceso definido.
- Tiene 12 o mas casillas
- Tienen una barra informadora

Sala tipo B

Características

- Tienen población de IPS o UBA asignada.
- Atienden un promedio diario de 360 afiliados.
- Cuentan con BACK asignado de acuerdo al proceso definido
- Cuentan con enfermera jefe auditora

Sala tipo C

Características

- Tienen población de IPS o UBA asignada.

- Atienden un promedio diario de 120 afiliados.
- Cuentan con respaldo de BACK de acuerdo al proceso definido

Recurso humano

Estructura

Para control y seguimiento al mejoramiento de las Salas SIP debe existir un Jefe por regional que responda por las unidades de su zona y garantice una administración efectiva y estabilidad continua ante el Responsable nacional.

Los perfiles de los Cargos: Auxiliar Sala SIP, Enfermera Jefe, Auditor Medico y el Jefe Regional de Operaciones Puntos de Atención se encuentran definidos en el Procedimiento EPS-DP-018 “Administración por Competencias”.

Capacitación y entrenamiento

Adicionalmente, el Coordinador Regional debe garantizar que los auxiliares nuevos estén capacitados de acuerdo a la tabla 1, y en general todos los auxiliares tendrán un entrenamiento de 15 días.

Tabla 1. Modelos de capacitación para personal autorizador de servicios, Coomeva EPS, Medellín, 2006

PROCESO	TEMA	INTENSIDAD
Capacitación	Ley 100	5 Hrs
Planeación de la Atención	Portafolio de producto y red de prestadores	5 Hrs
Jurídico	Actualización marco legal, Manejo Tutelas	4 hrs.
Operaciones	Acreditación de la Afiliación y Compensación	5 Hrs
Operaciones	Mesa de control y traslados	4 Hrs
Cartera y cobranza	Prestaciones económicas y pago oportuno	5 Hrs
Financiero	Tramite de cuentas	4 Hrs
Procesos	Sistema de gestión de calidad	4 Hrs
Servicio al cliente	Atentos, Protocolos de atención	6 Hrs
Promoción y Prevención	Promoción y Prevención	4 Hrs
Operaciones	Ciklos	6 Hrs
Operaciones	COEPS	6 Hrs.
Trámites de Servicios de Salud	Temas de salud: Terminología Médica, Coberturas POS, Manuales Tarifarios, Red de Prestadores, Criterios Autorización.	6 Hrs.
Sala SIP	Entrenamiento (personal nuevo)	15 Días

El auxiliar sala SIP laborara con el recurso técnico apropiado de acuerdo a los insumos, y a la oportunidad en la prestación de servicio y ser el intermediario entre la barra de atención (front) y el back cuando alguno de los dos incumpla en el procedimiento. El back como ejecutor de los principales servicios ofrecidos en la SIP

debe cumplir con los tiempos pactados y garantizar la actualización de sus procesos, con su debida capacitación. Cuando se requiere capacitar al personal se debe tener en cuenta que no se puede interferir con los horarios de atención o en su defecto se deben organizar grupos que no afecten la oportuna prestación del servicio.

Recurso Técnico

Con el objetivo de garantizar que en el momento de prestar un servicio este no se retrase por fallas del sistema, equipos, desconocimiento o desplazamientos, se deben tener en cuenta los siguientes ítems:

- El Jefe Regional de Operaciones Puntos de Atención debe estar pendiente del estado de los equipos y garantizar que se les haga mantenimiento; si se requiere comprar nuevos equipos de computo o impresoras se debe realizar de acuerdo al procedimiento TI-PR-PS-100 “Compras Equipos de Tecnología”, para la instalación de las impresoras se debe tener en cuenta que:
- El desplazamiento del Auxiliar Sala SIP para recoger las impresiones de documentos debe ser mínimo.
- El volumen total de impresiones no afecte el tiempo de espera del afiliado.
- Las características estándar de los equipos de cómputo son:
 - Celeron a 2.8 GHz
 - 512 MB RAM
 - Disco Duro de 80 GB.
 - Windows XP
 - Conectividad: Banda Ancha

Sistema de información

- **Ciklos:** software utilizado para la gestión, autorización y estadística de servicios de salud a nivel Nacional en Coomeva EPS.
- **Atentos**

Software consulta de imágenes digitalizadas, cada Auxiliar Sala SIP debe tener asignado un usuario y contraseña para la consulta de imágenes en la Web, las oficinas en las que el proceso se realiza de forma local, deben tener instalado el visor Extremo Digital Cliente/servidor con privilegios de consulta, impresión, correo y notas.

- Internet Explorer Versión 6
- Conexión a Terminal Server para consulta de vademécum
- Sistema administración de turnos, la Sala SIP debe contar con lo siguiente para el funcionamiento del sistema de asignación de turnos:
 - Señalización para la comprensión del afiliado o Casilla para la entrega de los turnos.
 - Cuando se realice un comunicado masivo por parte de los procesos relacionados con el back, deberán contar con el recurso humano necesario para dar apoyo a las SALAS.

- La barra de atención en la que se encuentran ubicados los Auxiliares Sala SIP debe tener instalado un teléfono con opción de salida de llamadas y este debe ser utilizado por los Auxiliares únicamente en los casos en que se requiera hablar con el back. Adicionalmente, el Auditor Medico debe tener instalado un teléfono y un fax.

Servicios ofrecidos

Los servicios a prestar en la Sala SIP son los siguientes y deben ser prestados conforme a los estándares establecidos y publicados en el 9000.doc, según el proceso.

- Información al afiliado
- Ordenamientos médico Autorizaciones medicas u odontológicas Niveles I, II, III, IV
- Autorizaciones de otras ciudades
- Autorizaciones ordenes de cirugía y hospitalización
- Autorizaciones NO POS – medicamentos CTC

- **Tutelas**

Solución de anomalías:
Solicitud de tiqueteras

- **9000.DOC**

Software oficial mediante el cual Coomeva EPS controla los documentos que hacen parte de su Sistema de Gestión de Calidad.

- **Sistema de comunicación interna**

La Gerencia General de COOMEVA EPS ha implementado diferentes mecanismos de comunicación interna, mediante los cuales se garantiza el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad.

Control de documentos y registros de calidad

Para garantizar el adecuado manejo de todos los documentos pertenecientes al Sistema de Gestión de Calidad, se cuenta con el procedimiento “Control de Documentos y Registros de Calidad” administrado a través del Software 9000.doc.

Anexo 2

Instructivo para diligenciamiento de instrumento de estandarización de protocolos quirúrgicos en Sala SIP de Coomeva EPS

Items a evaluar:

En la primera parte del instrumento se utilizan variables básicas para determinar el acceso al servicio (1 a 5)

1. Paciente activo: paciente afiliado a la EPS y que el sistema lo registre como activo, es decir, sin moras, sin suspensiones actuales en el sistema.
2. Documento de identidad: dentro de los documentos recepcionados debe encontrarse anexa fotocopia del documento de identificación (RC, TI, CC).
3. Orden médica original: es la orden generada por el especialista en la cual solicita la realización del procedimiento quirúrgico, la cual debe recepcionarse en original.
4. Copia de historia clínica: es la copia del registro clínico que soporta el motivo por el cual se está solicitando el procedimiento quirúrgico a realizar.
5. Ayudas diagnósticas: se encuentran especificadas en el instrumento de acuerdo al procedimiento que se va a autorizar. Así mismo se especifica de acuerdo a cada procedimiento cuáles son obligatorias y opcionales.

Las variables 6 y 7 determinan las características del trámite de autorización a realizar, lo cual es básico para evitar reprocesos y trámites innecesarios que se traducen en insatisfacción para el usuario.

6. Procedimiento POS: especificar si el procedimiento objeto de autorización se encuentra incluido en el Plan Obligatorio de Salud.
7. SOAT o Enfermedad Profesional (ARP): especificar si el procedimiento a autorizar corresponde a enfermedad profesional o SOAT, de ser así, el trámite debe realizarse en otra instancia.

Las variables de los numerales 8 al 11 fueron tenidas en cuenta debido a que determinan la pertinencia del procedimiento de acuerdo a la valoración previa de la condición clínica del paciente

8. Manifestaciones Clínicas: especificar los signos y síntomas que presenta el paciente de acuerdo a la patología diagnosticada. Cada instrumento menciona cuántas deben aparecer, cuáles son las principales u opcionales.
9. Recibió tratamiento oportuno-diagnóstico temprano: se refiere a la evaluación cualitativa de la historia clínica del paciente que el auditor debe realizar para determinar el manejo clínico en cuanto al tratamiento y diagnóstico oportuno para reportar los hallazgos al auditor concurrente y mejorar los procesos de atención.
10. Procedimiento Electivo: identifica si el procedimiento es electivo para determinar la prioridad que debe dársele al procedimiento
11. Indicaciones para realizar el procedimiento: relaciona las situaciones clínicas del paciente que obligan a realizar el procedimiento. Cada instrumento de acuerdo a la patología a auditar menciona las respectivas indicaciones. Debe seleccionarse como mínimo una o dos de las descritas de acuerdo al caso.

La siguiente variable es indispensable considerarla debido a que permite la verificación de un requisito legal básico dentro de la realización de procedimientos invasivos como es el consentimiento informado.

12. Fue informado sobre los riesgos postoperatorios: se refiere a la nota en la historia clínica que da cuenta de la información suministrada al paciente en cuanto a los riesgos de la cirugía que se va a practicar.

Anexo 3

Procedimientos Quirúrgicos más frecuentes a autorizar

Descompresión del túnel del Carpio

Definición

El síndrome del túnel carpiano (STC) es un conjunto de síntomas producidos por la compresión del nervio mediano a su paso por la muñeca. Este nervio ha de atravesar un estrecho túnel formado por huesos y ligamentos que, en determinadas circunstancias, puede estrecharse y comprimir el nervio. Dado que este nervio se encarga de la sensibilidad y de la movilidad de parte de la mano, enseguida aparecen los síntomas, que fundamentalmente consisten en alteraciones de la sensibilidad.

Existe un franco predominio en el sexo femenino a partir de la quinta década de la vida y una directa relación con labores que impliquen movimientos ligeros y repetitivos de la mano.

La cirugía es la mejor opción cuando los síntomas llevan más de seis meses sin responder al tratamiento

El STC puede considerarse una enfermedad profesional: su incidencia está aumentando por el tipo de trabajos que se realizan en la actualidad, como los que exigen una producción con ritmo elevado y pocas pausas. También parece estar contribuyendo al incremento del número de casos la proliferación de ordenadores y teclados poco o nada ergonómicos.

Causas

Son muchas las circunstancias que pueden favorecer su aparición: Los movimientos repetitivos. El STC es muy habitual en determinadas profesiones, sobre todo si se manipulan cargas o se han de adoptar posturas forzadas y hacer fuerza. Es el caso de personas que usan teclados.

Existen varios factores que pueden originar la enfermedad:

Anatómicos

Por disminución del tamaño del túnel: Por anomalías óseas ligamentarias del carpo, incluyendo entidades inflamatorias como la artritis.

Aumento del contenido del canal, como tumores de diferentes orígenes, neurinoma, lipoma, mieloma, hipertrofia sinovial, mala consolidación de fracturas o excesivo

callo óseo, tofos gotosos, amiloidosis, hematomas (secundarios a trauma o hemofilia o anticoagulación).

Fisiológicos

- Neuropatías, diabetes tipo I, alcoholismo, exposición a solventes.
- Uso de drogas legales: alcohol, cigarrillo, cafeína.
- Alteraciones del balance de líquidos: embarazo, eclampsia, mixedema, hemodiálisis crónica, estado del sueño (por estasis venosa), enfermedad de Raynaud, obesidad.
- Posición y uso de la muñeca. Labores manuales que impliquen repetitividad, fuerza, estrés mecánico, posturas inadecuadas, vibración o temperaturas extremas e inmovilización de la muñeca en posición no neutra (como en el caso de fractura).

La evidencia sugiere que factores ocupacionales, incluyendo uso de fuerza en manos, repetitividad y vibración son factores predisponentes. Cuando ocurren como resultado de exposición ocupacional, se aplica el término es STC relacionado con el trabajo.

Hay varias teorías que explican el aumento de la presión dentro del túnel. Se ha demostrado que la presión intracarpiana aumenta durante los movimientos de flexo extensión activa o pasiva de la muñeca y durante los movimientos laterales (en especial desviación cubital mayor de 20° o desviación radial mayor de 15°).

También los movimientos de los dedos, en especial si la muñeca está en posición no neutra, provocan mayores presiones, tal vez por el desplazamiento del mediano justo debajo del retináculo o por el de los músculos lumbricales dentro del túnel.

En estudios *in vivo* se ha definido que los movimientos con mayor repercusión sobre la presión intracarpiana son la flexión energética de los dedos en forma de puño, la extensión de la muñeca, el agarre de objetos con circunferencias de 10.5 cms o menos y la flexión isométrica de los dedos contra resistencia. La presión ejercida sobre o cerca al retináculo flexor también aumenta la presión intracarpiana.

Trabajos relacionados con las siguientes actividades antes del desarrollo de los síntomas:

- Uso repetitivo frecuente de movimientos iguales o similares de la mano o muñeca afectada.
- Tareas habituales que requieren el empleo de gran fuerza con la mano afectada.
- Tareas habituales que requieren posiciones forzadas de la mano.
- Uso regular de herramientas de mano vibrátiles.
- Presión sobre la muñeca o la base de la palma frecuente o prolongada en el lado afectado.

Una variedad de condiciones pueden ser asociadas con el STC son aquellas que aumentan el contenido o disminuyen el continente a nivel del túnel carpiano originando compresión. Estas incluyen:

- Embarazo
- Artritis inflamatoria
- Trauma (fracturas mal consolidadas, fractura de Colles)
- Amiloidosis
- Mixedema
- Anomalías músculo tendinosas (tenosinovitis de los flexores)
- Degeneración hipertrófica idiopática del ligamento anular del carpo
- Diabetes Mellitus Tipo I
- Acromegalia
- Esclerodermia
- Mieloma múltiple
- Gangliones
- Tumores
- Infecciones
- Obesidad
- Uso de corticoides y estrógenos
- Actividades deportivas (levantamiento de pesas, voleyball, baloncesto, deportes de raqueta)
- Actividades vocacionales (bordar, tejer, pintar, uso de instrumentos musicales)
- Labores domésticas (lavar, planchar, restregar, barrer y trapear)

Manifestaciones clínicas

- parestesias dolorosas en las manos.
- dolor en la muñeca, brazo y hasta en el cuello.
- torpeza manual.
- mano seca por disminución del sudor → trastorno vasomotor.
- debilidad y dificultad para los movimientos de abducción y oposición del 1er. dedo.

Diagnóstico

La semiología es el arma diagnóstica de primera línea tanto para el médico general como para el reumatólogo. La clínica, así como la actividad laboral, son fuertemente sugestivas de esta patología, pero existen algunos signos clínicos y pruebas complementarias que confirman el diagnóstico. Entre los datos que orientan hacia la existencia de un síndrome del túnel del carpo se encuentran una serie de maniobras

que deliberadamente disminuyen o aumentan el espacio de tránsito por dicho túnel, comprobando con ello si aumenta o disminuye la sintomatología:

Signo de Phallen: Con la flexión palmar de la muñeca a 90 grados durante un minuto se reduce el espacio de tránsito, desencadenándose parestesias en la mano estudiada cuando existe compromiso o estrechez previos del mismo.

Signo de Tinel: Se percute el ligamento anular de la muñeca con un martillo de reflejos. Si existe compromiso del canal se produce una sensación de calambre sobre los dedos segundo y tercero (inervados por el nervio mediano).

Signo del círculo: Cuando el paciente intenta oponer el primer dedo al segundo (ejecutando la figura de un círculo, o el signo internacional de OK) no es capaz de flexionar correctamente las falanges dibujando una "pinza" o "pico de pato", en lugar de un círculo.

Signo de Durkan: El explorador presiona con el pulgar la cara palmar de la muñeca, en la zona situada entre las eminencias tenar e hipotenar (zona de mayor estrechamiento del canal), desencadenando los síntomas si existe estrechez del paso.³

Signo de Pyse-Phillips: Desaparición de las molestias con la elevación del miembro afectado.

Pero la prueba diagnóstica más sensible y específica y que confirma definitivamente la existencia de compresión del nervio es la Electromiografía. Con esta prueba se establece la velocidad de conducción nerviosa del mediano, manifestándose como un retardo de la conducción nerviosa sensitiva y motora a su paso por el carpo.

Los signos de Phalen y Tinel son supremamente orientativos. En caso de dudas la Electro miografía (E.M.G.) es obligada.

Ayudas diagnósticas

El *estudio Electrodiagnóstico*, considerado como la "Prueba de Oro" para la evaluación de pacientes con sospecha de STC. El reporte debe contener como mínimo los siguientes resultados:

- Medición de latencias sensitivas distales y velocidad de conducción de mediano y cubital bilateral a través del carpo.
- Medición de latencias distales motoras de nervio mediano y cubital.
- Electromiografía de aguja en caso de sospecha de compromiso axonal, derivado de neuroconducciones y para descartar radiculopatía cervical u otro tipo de neuropatía.

Usualmente no hay hallazgos radiológicos. Las *radiografías simples* están indicadas en pacientes con antecedentes de trauma. La proyección anteroposterior del carpo puede valorar deformidades y la axial la estrechez de canal o existencia de prominencias. Se puede evaluar la necesidad de radiografía cervical si existe sospecha de radiculopatía cervical.

La *tomografía computarizada* puede mostrar tumores, estenosis del canal, no aparentes en el examen clínico. Se ha estudiado la circunferencia del canal como predictor de enfermedad, sin buenos resultados.

La *resonancia magnética* es de utilidad prequirúrgica, particularmente si hay lesiones ocupando espacio en el túnel carpiano. Las anomalías de señal pueden ser detectadas en algunos casos, pero su correlación con el diagnóstico y severidad no están claros. Algunos autores reportan cambios patológicos en el túnel carpiano como edema en la parte proximal y adelgazamiento en la parte distal. Sin embargo, al parecer no existe correlación entre el edema y el déficit funcional.

Indicaciones de cirugía

- Persistencias de síntomas a pesar de tratamiento médico.
- Estudio electrofisiológico muy patológico.
- Déficit sensitivo o motor.
- Lesiones ocupantes de espacio que requieren extirpación.
- Síntomas severos o progresivos mas de 12 meses.

En STC se recomienda valoración por cirugía en todos los casos clasificados por electrodiagnóstico como severos o moderados con evidente compromiso axonal o que muestren persistencia de la sintomatología y limitación funcional con el tratamiento conservador y control de la exposición al riesgo.

En pacientes intervenidos quirúrgicamente hay mejoría sintomática y de hallazgos neurofisiológicos a corto plazo, pero la fuerza de agarres disminuye.

La liberación abierta del túnel carpiano estándar es aún el método preferido de tratamiento comparado con otras técnicas quirúrgicas.

Un programa de ejercicio supervisado en pacientes con postoperatorio (POP) de liberación del túnel carpiano acelera la recuperación hay mejoría sintomática y de hallazgos neurofisiológicos en los pacientes operados pero la fuerza de agarres disminuye con este procedimiento.

Anexo 4

Histerectomía abdominal

Definición

Es la extirpación quirúrgica del útero, es un procedimiento que se puede realizar a través del abdomen o de la vagina. La histerectomía abdominal es un procedimiento por el que se extrae el útero de una mujer a través de un corte en el abdomen. Genera infertilidad en la mujer. Puede ser:

- **Histerectomía Parcial o Subtotal** --Extirpación del útero
- **Histerectomía Total, Completa o Simple** --Extirpación del útero y cervix (la abertura del útero que lleva a la vagina)
- **Histerectomía Radical** -- Extirpación del útero, ovarios, trompas de falopio, parte superior de la vagina y los nódulos linfáticos pélvicos
- **Salpingo-oforectomía** --Extirpación de los ovarios y trompas de falopio (pueden combinarse con cualquiera de los procedimientos mencionados)

Factores de Riesgo

- Obesidad
- Fumar
- Anemia por falta de hierro
- Enfermedad del pulmón o corazón
- Diabetes
- Cirugía pélvica previa o infección grave
- Uso de algunos medicamentos recetados y no recetados; informe a su doctor de cualquier medicamento o suplemento que esté usando o haya usado en el último mes

Manifestaciones Clínicas

- Dolor pélvico severo
- Periodos menstruales dolorosos
- Sangrado vaginal anormal
- Anemia
- Enfermedad pélvica inflamatoria

Ayudas Diagnósticas

- Ecografía Transvaginal (siempre)
- Colposcopia - Biopsia (en caso de tumores)

- Hemoglobina Hematocrito (en caso de hemorragia uterina)

Indicaciones Quirúrgicas

Se practica una histerectomía en casi todos los casos de cáncer uterino que no se han expandido al útero (metástasis). El cáncer que afecta los órganos pélvicos cuentan con sólo el diez por ciento de las histerectomías e incluyen:

- Cáncer de endometrio
- Sarcoma uterino
- Cáncer Cervical
- Cáncer de los ovarios
- Cáncer de las trompas de Falopio

Dependiendo del tipo y extensión del cáncer, otras clases de tratamiento tales como la radiación o la terapia hormonal pueden también utilizarse.

Otras Razones

Aunque controversial, una histerectomía puede realizarse también para tratar estas afecciones del útero cuando no responden a otros métodos de tratamiento:

Fibrosis uterina (miomas)--tumores comunes y benignos (no cancerosos) que crecen en el músculo uterino.

- La mayoría de las histerectomías que se realizan se deben a los fibrosis más que a cualquier otro problema uterino.
- Frecuentemente las fibrosis no causan síntomas y no necesitan tratamiento alguno y usualmente disminuyen después de la menopausia. Pero algunas veces causan sangrado o dolor grave.
- Hay alternativas a la histerectomía para tratar las fibrosis, que pueden ser especialmente importantes para mujeres jóvenes que tienen la esperanza de tener hijos.

Endometriosis: una afección benigna en la que el tejido del endometrio (el forro interior del útero) empieza a crecer en el exterior del útero y en los órganos cercanos (por ejemplo, ovarios, trompas de Falopio y otros)

- La endometriosis es la segunda causa que lleva a las histerectomías. Es muy común en mujeres en los treinta y cuarenta años, especialmente en mujeres que nunca han estado embarazadas.
- Esta afección puede causar períodos menstruales dolorosos, sangrado vaginal anormal y algunas veces esterilidad (inhabilidad para embarazarse).

Usualmente la endometriosis no es un problema para las mujeres después de la menopausia.

- Con frecuencia se trata con hormonas y medicinas a las mujeres con endometriosis que bajan sus niveles de estrógenos. La cirugía extirpa las manchas del tejido endométrico haciendo que los síntomas se pueden terminar usando un laparoscopio o a través de un corte mayor en el abdomen (laparotomía). Generalmente una histerectomía no se realiza a menos que otro tratamiento haya fallado y los síntomas sean graves.

Prolapso uterino: una afección benigna en la que el útero se mueve de su lugar usual hacia la vagina.

- El prolapso uterino se debe a ligamentos y tejidos pélvicos débiles y estirados. Otros órganos, como la vejiga, pueden también estar afectados.
- El parto, la obesidad y la pérdida de estrógenos después de la menopausia pueden contribuir a este problema. El prolapso uterino cuenta con cerca del 16 por ciento de la histerectomías.
- El tratamiento incluye terapia de estrógenos, ejercicios para estirar los músculos del piso pélvico o el uso de un pesario, un anillo plástico insertado en la vagina, para ayudar a sostener el útero. En casos más graves, la cirugía puede restaurar los órganos combados a su localización normal y reparar los tejidos de soporte.

Algunas veces una histerectomía puede realizarse si el prolapso está causando problemas graves.

Otras razones del porqué las histerectomías se realizan incluyen, dolor pélvico crónico, sangrado fuerte durante o entre períodos y enfermedad inflamatoria pélvica crónica.

Beneficios de este procedimiento

Una histerectomía solucionará los problemas que pueda haber tenido con el útero. Por ejemplo, eliminará todos los tumores que pueda haber habido en el útero y también los periodos menstruales.

Riesgos de este procedimiento

- Siempre hay riesgos cuando uno recibe anestesia general. Consulte con su profesional médico sobre los riesgos.
- Es posible que un anestésico local no le duerma el área lo suficiente y que sienta una leve molestia. Además, ocasionalmente puede sufrir una reacción alérgica a la droga que se usa para anestesiarlo. La anestesia local se considera menos riesgosa que la anestesia general.

- Es posible que haya que volver a hacerle un corte en el abdomen (incisión) para parar el sangrado.
- Es posible que se dañe la vejiga o los tubos que llevan a la vejiga, y que haya que repararlos por medio de otra operación.
- Es posible que se desprenda parte de un coágulo de sangre y entre en su sistema circulatorio, bloqueando una arteria en el pulmón.
- Puede sufrir una infección o sangrado.
- La incisión se puede abrir.
- Es posible que se forme una hernia en la incisión.
- Es posible que el intestino se lesione durante la operación.

Complicaciones:

- Reacciones a los anestésicos
- Dolor
- Infección
- Sangrado
- Fatiga
- Órganos pélvicos dañados (intestino y/o vejiga)
- Incontinencia urinaria (problemas para retener su orina)
- Pérdida de la función ovárica y menopausia temprana
- Depresión
- Disfunción sexual

Anexo 5

Safenovaricectomía

Definición

Es el tratamiento quirúrgico por el cual se pueden eliminar las venas varicosas, mediante la cirugía o la terapéutica esclerosante. No existe tratamiento médico de las varices; en el mejor de los casos los fármacos pueden influir favorablemente sobre los efectos de la insuficiencia venosa crónica. La cirugía se basa en la premisa de que la vena varicosa que se extrae no puede recidivar.

Aplicaciones

La cirugía de las venas varicosas proporciona unos excelentes resultados en cuanto a que evita la sintomatología propia de las varices, y también las posibles futuras complicaciones. No se puede mantener por más tiempo las tácticas dilatorias o el tratamiento conservador frente a la intervención quirúrgica. El esperar hasta que las varices lleguen a representar un problema para el paciente puede significar un obstáculo para que la intervención resulte eficaz.

Indicaciones

Clínicos (Exploración e interpretación del Eco Doppler)

- Várices con sintomatología de Insuficiencia Venosa Crónica, con afectación de safenas y/o insuficiencia de los cayados.
- Dolor, calambre u opresión.
- Complicaciones derivadas de la estasis: pigmentación, dermatitis, induración, úlceras superficiales.
- Várices de gran tamaño.
- Insuficiencia de safena interna o safena externa.
- Varices poco sintomáticas, pero muy evidentes, con riesgo potencial de complicaciones (varicoflebitis, varicorragia, etc.)

Técnica

La controversia de si las varices deben tratarse con cirugía o por terapéutica esclerosante pertenece ya al pasado: la escleroterapia se reserva para las varices de ramas secundarias y varículas. Con una aguja corta y bien afilada se punciona la vena y se inyecta material esclerosante, con la intención de que se produzca una reacción local de la íntima, que origine la oclusión de la luz.

El tratamiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general o regional, y consiste en eliminar las venas varicosas por el llamado método de stripping (fleboextracción de la safena interna y externa). Simultáneamente se deben ligar las venas perforantes insuficientes, así como las ramas secundarias.

Precauciones

La terapéutica esclerosante puede acompañarse de reacciones de hipersensibilidad, por lo que debe contarse siempre a mano con el tratamiento médico adecuado. Las causas más frecuentes de la recidiva después de la eliminación quirúrgica de varices son: un diagnóstico incorrecto (pasar por alto la insuficiencia también de ramas perforantes o del sistema profundo), la cirugía incompleta, esto es: limitar la operación a las venas accesibles y evitar las ramas tortuosas o las venas perforantes incompetentes (defecto de técnica), o un embarazo después de una fleboextracción.- Indicaciones: Las indicaciones al tratamiento quirúrgico son las siguientes: 1) varices sintomáticas (dolor, calambres, opresión); 2) complicaciones derivadas de la estasis: pigmentación, dermatitis, induración, úlceras superficiales, varicoflebitis; 3) varices de gran tamaño, y 4) insuficiencia de safena interna y/o safena externa. En caso de varices de la vena safena interna o la safena externa, de venas comunicantes insuficientes o grandes ramas secundarias, se opta por la cirugía de entrada. La escleroterapia se reserva como medida de elección en los casos de varices de ramas secundarias, varículas y varicosidades reticulares.

Ayudas diagnósticas

Eco-Doppler venoso: Con las que se pueden lograr imágenes de la mayor parte del sistema venoso y diagnosticar con alto grado de precisión enfermedad aguda o crónica. El término "dúplex" se refiere al hecho de que se utilizan dos tipos de ultrasonido: Doppler y modo B. El transductor de modo B (como un micrófono) obtiene una imagen de la arteria carótida que está en estudio. La sonda Doppler en el transductor evalúa la velocidad y la dirección del flujo sanguíneo en el vaso.

Flebografía: Utiliza rayos X y una solución de contraste intravenosa (IV) para visualizar las venas. La solución de contraste hace que los vasos sanguíneos aparezcan opacos en la imagen de rayos X, lo que permite que el médico visualice los vasos sanguíneos que se están evaluando.

Complicaciones

Generalmente son complicaciones menores y poco frecuentes, como puedan ser un retraso en la cicatrización de las heridas y pequeños hematomas. La mortalidad es prácticamente nula.