

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: PROYECTO DE MEJORA DE LA
ATENCIÓN AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN
EL PROCESO QUIRÚRGICO**

Alumno: Torres Dios, José Ángel

Tutor: Sánchez Molla, Manuel

Master Universitario en Gestión Sanitaria

Curso:2024-2025





Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



ÍNDICE

Presentación	4
Plan estratégico	5
1. Metodología. Definición de estrategia y valores.....	5
1.1 Misión	5
1.2 Visión.....	5
1.3 Valores	5
2. Análisis de la situación	6
2.1 Análisis externo y demográfico	6
2.2 Análisis interno	9
2.3 Matriz DAFO. - Análisis estratégico CAME	14
3. Estrategia y objetivos.....	16
3.1 Líneas estratégicas y objetivos.....	16
3.2 Otros aspectos del proyecto de mejora.....	19
3.3 Optimización de costes – Memoria económica	20
4. Plan de actuación	21
4.1 Acciones.....	21
4.2 Recursos necesarios	24
Conclusiones	25
Bibliografía	25

PRESENTACIÓN

Cumplidos ya 50 años de historia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), este centro siempre ha tenido como uno de sus principales y mayores valores a los propios profesionales, de todos los niveles y categorías, que en él trabajan; centrados en dar la mejor calidad en la asistencia a los pacientes de nuestra área en particular y a la población de Tenerife en general.

Es este un proyecto que surge y que propongo como trabajador de esta institución, en concreto del servicio de anestesiología y reanimación, para dar respuesta a aquellas debilidades y amenazas que en el día a día de nuestro trabajo detecto, y que creo pueden ser objeto de mejora o análisis para intentar convertirlas en una oportunidad para crecer y mejorar la asistencia que mis compañeros y yo como profesionales ofrecemos.

Me centro en la atención al paciente pediátrico (0-14 años), especialmente en su paso por el proceso quirúrgico (donde incluimos los procedimientos diagnósticos). Y lo hago buscando dar la mayor calidad asistencial posible y manteniendo la máxima seguridad siempre, ya en 1989 la ONU declara la Convención de los Derechos del Niño ¹, y reconoce en su artículo 24, el derecho de estos a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Como a continuación se detallará, esta propuesta la hago basándome en un marco normativo y legal que me da respaldo, así como justificando aquellos cambios que son necesarios, si bien, ciertas actuaciones, habrán de terminar de definirse y de consensuarse, antes de implantarse, con el resto de actores implicados en el proceso que estamos afectando, pudiendo ser modificadas dentro de las líneas estratégicas y objetivos que en este documento se marquen.

PLAN ESTRATÉGICO

1. METODOLOGÍA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES

1.1 Misión

Atender a los pacientes pediátricos con las mayores garantías, creando un circuito eficiente para el sistema sanitario, que tenga como centro al niño y su familia. Todo ello lo haremos en diversas áreas, desde una visión global, hablamos pues de medicina perioperatoria:

- Cirugías y pruebas diagnóstico-terapéuticas: hacer que el paciente llegue en óptimas condiciones a las mismas, disminuir su ansiedad y la de la familia, coordinar las necesidades del paciente antes, durante y después de su estancia hospitalaria y contribuir a su seguridad, equidad y eficiencia de su asistencia.
- Reanimación: garantizar la pronta recuperación y readaptación a su medio, así como prever la aparición de complicaciones derivadas de los procedimientos a los que han sido sometidos.
- Dolor: evitar el sufrimiento físico y emocional ligado a los procedimientos a que se someten, así como paliar y tratar el que sobrevenga como consecuencia de los mismos.

1.2 Visión

Queremos ser el servicio central y transversal implicado en el paso del niño por el proceso quirúrgico, ser garantes de la seguridad del mismo y de la mejor calidad y eficiencia de la asistencia que le prestamos, coordinando las actuaciones de los profesionales que sobre él actúan.

1.3 Valores

- Defensa de los Derechos del Niño
- Excelencia profesional y científica.
- Ética.
- Trabajo en equipo.
- Liderazgo.
- Continuidad y calidad asistencial.
- Eficiencia, búsqueda de la mejora continua.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

2.1 Análisis externo y demográfico

2.1.1 Marco legal:

La atención al paciente pediátrico tiene un gran interés social que se traduce a nivel normativo-legal de las sociedades científicas y del Estado en conjunto. Como dijimos previamente, en 1989 la ONU declara la Convención de los Derechos del Niño ¹, y reconoce, en su artículo 24 el derecho de estos a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud; además la Declaración de Helsinki ², enfatiza los derechos que cada paciente sometido a anestesia tiene, centrándose en la necesidad de cada servicio de tomar una serie de medidas y tener controles de calidad, para garantizar esta práctica, entre ellas destacamos el tercer requerimiento que dice que “toda institución que provea sedación a pacientes deben cumplir los estándares de seguridad reconocidos por anestesiología”.

Existen documentos de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), como las recomendaciones para servicios de anestesia pediátrica ³ o las pautas para la formación en anestesia pediátrica ⁴, en los cuales se recogen distintas necesidades: personal médico y de enfermería con entrenamiento y habilidad específico (sobre todo en hospitales no dedicados), áreas y material específicos para pacientes pediátricos, pautas de formación reglada...Estas medidas son para toda la población pediátrica, pero en especial para los neonatos, lactantes y niños de 3 años o menos, ASA III o más de cualquier edad, así como cirugías complejas, pues son estos pacientes los que un estudio multicéntrico europeo con gran población pediátrica, el APRICOT ⁵, recoge que deben ser anestesiados y tratados por personal experimentado específico.

Esto es uno de los motivos, que, visto junto al resto del análisis de la situación, lleva a la redacción de este documento.

2.1.2 Organización de la asistencia sanitaria en la Comunidad Canaria:

Las dos islas capitalinas, Tenerife y Gran Canaria, y sus zonas básicas de salud (ZBS), tienen su asistencia hospitalaria repartida entre cuatro grandes hospitales de tercer nivel (dos en cada isla), situados en el área metropolitana de cada una de ellas. A cada uno de estos se les atribuye las ZBS norte y sur de cada isla, y lo mismo con el área metropolitana, a saber, en Tenerife: CHUC área norte, y Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC) área sur; en Gran Canaria: Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (H. Negrín) área norte, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI) área sur.

Se ha destacar aquí la gran diferencia, además en el tema que ocupa a este proyecto, entre ambas islas, la población pediátrica (0-14 años), es atendida en Tenerife, en el hospital que corresponda según su ZBS; mientras en Gran Canaria, está toda unificada en sólo uno de los centros, el CHUIMI.



2.1.3 Análisis demográfico:

Revisando las memorias de los tres hospitales que incluyen en su cartera de servicios la cirugía pediátrica, de 2022, últimas hechas públicas por todos, nos encontramos con los siguientes datos:

CHUC ⁶	Población	Porcentaje (del total)
Adultos	345.363	89%
<u>Pediátricos</u>	43.756	11%
0-5 años	13.275	
Nacimientos	1.748	
Total	389.119	

CHUNSC ⁷	Población	Porcentaje (del total)
Adultos	458.889	88%
<u>Pediátricos</u>	66.147	12%
0-5 años	20.751	
Nacimientos	2.244	
Total	525.036	

CHUIMI ⁸	Población	Porcentaje (del total)
Adultos	402.804	81%
<u>Pediátricos</u> (toda Gran Canaria)	92.256	19%
0-5 años	No hay datos	
Nacimientos	3.521	
Total	495.069	

Si en Tenerife centralizáramos la atención en un solo centro, tendríamos, con respecto a la atención pediátrica, los siguientes datos:

CHUC+CHUNSC (TENERIFE)	Población
<u>Pediátricos</u>	109.903
0-5 años	34.026
Nacimientos	3.992

He aquí otro de los motivos que nos llevan a este proyecto. Hay un agravio comparativo entre Islas, que nos lleva de por sí a un sistema de atención pediátrica menos eficiente en nuestra área, y menos igualitario dentro de la misma Comunidad Autónoma. Esta distribución conlleva en menor experiencia en cada profesional de cada centro de Tenerife, mayor derivación de patologías complejas a otro hospital, con la consecuente afectación para la atención recibida por parte de la población pediátrica de nuestra isla.

2.2 Análisis interno

2.2.1 Cirugía Pediátrica en el CHUC:

Históricamente, desde su fundación, y hasta el 2009, el entonces Hospital Universitario de Canarias (HUC) era parte del Consorcio Sanitario de Tenerife, no estando integrado en el Servicio Canario de Salud (SCS), prestando asistencia a una población pediátrica menor (por tener un área asistencial concertada menor), con una plantilla escasa de cirujanos pediátricos (2-3), que ni podían dar cuenta de todas las urgencias, ni eran capaces de asumir todos los casos complejos, dada la experiencia del equipo y no tener capacidad organizativa para subespecializarse o dedicarse preferentemente a ciertas áreas. Esto, en el 2009, tras la integración en el SCS, sigue en términos similares en lo que respecta al proceso de atención, aunque agravado al asumir el hospital la llamada “Isla Baja”, aumentando pues la población de referencia (adulto y pediátrica).

En el 2019, se produce en el seno del servicio de cirugía del CHUNSC una serie de denuncias contra su jefe (son públicas a través de los medios de comunicación, por eso hablamos aquí de este tema), que acaban en un abandono de siete de sus facultativos, trasladándose estos al CHUC, quedando la atención a cirugía pediátrica deficitaria en el centro de origen y empezando a potenciarse y crecer en el nuestro. Esto ha supuesto afectaciones y reorganizaciones a ambos hospitales, aún no resueltas del todo ¹³.

Actualmente los cirujanos pediátricos del CHUC ofertan y asisten toda la actividad quirúrgica de la isla, por un acuerdo con la Dirección del SCS, donde pueden contar con recursos de ambos hospitales (según la asignación o acuerdo con cada subdirección quirúrgica), esto les hace ser muy autónomos y resolutivos, estando organizados en secciones y derivando solo aquellos casos de eminente complejidad o que han tenido un fracaso terapéutico a hospitales de referencia nacionales.

2.2.2 Actividad asistencial:

En las memorias antes consultadas, de 2022, no aparecen datos totalmente desglosados de cada especialidad que realiza cirugías o procedimientos invasivos en la población pediátrica, pero tomando como referencia las realizadas por el servicio de cirugía pediátrica, tenemos:

Cirugía Pediátrica - Tenerife	Intervenciones quirúrgicas
CHUC	578
CHUNSC	306
Total	884

Si comparamos esta cifra, sobre todo la total, con el CHUIMI, que realizó 834 intervenciones, el H.U. Reina Sofía que realizó 909, o el H.U. Virgen del Rocío, con un total de 1650 al ser centro de referencia autonómica y nacional, vemos que si trabajáramos como un único hospital, estaríamos en datos similares a los grandes centros de referencia pediátricos, incluso de Península, donde se realizan cirugías de alta complejidad, pues, tanto en el CHUIMI con en el Reina Sofía tienen en su cartera de servicios la cirugía cardíaca infantil y neonatal (y este último su población de referencia en 2022 era de 446.413 habitantes en total).

En estos datos de cirugías aportados del servicio de cirugía pediátrica del CHUC, se incluyen (hecho que no hicimos previamente al hablar del área de referencia), a los hospitales de segundo nivel existentes en las islas menores, donde no se oferta esta atención en la cartera de servicio, siendo la población pediátrica de La Gomera y La Palma y el Hierro derivada a nuestros hospitales para su tratamiento.

Aun así, los datos de demora media en lista de espera quirúrgica son, en el CHUC, donde tienen tres quirófanos semanales, de 93 días, en el CHUNSC, con dos quirófanos semanales, de 216 días, y en el CHUIMI de 102 días.

2.2.3 Estructura de la atención al paciente pediátrico en el proceso quirúrgico en el CHUC:

La atención quirúrgica pediátrica en el centro se lleva a cabo de forma indiferenciada junto con la de los adultos, no existiendo ningún bloque o área específica para los mismos donde se les diferencia y separe de los adultos.

Para desgranar mejor cómo se atiende a estos pacientes, vamos a ir enumerando diversos aspectos y sentando los principios que nos llevarán luego, a cumplimentar la matriz D.A.F.O. para posteriormente, establecer nuestras líneas estratégicas y objetivos:

1. Existe actualmente una plantilla grande de cirujanos pediátricos, que presta asistencia en ambos hospitales de la isla, con la sobrecarga que ello supone. Además, si bien pueden usar recursos de ambos centros, no cuentan en su hospital de pertenencia, el nuestro, con los suficientes quirófanos que demandan, ni disponen de la flexibilidad necesaria para atender casos urgentes (programables) que se sumen a la programación ya existente.

2. El servicio de anestesiología y reanimación no cuenta con una sección de profesionales dedicados, organizados en un grupo de trabajo, tal y como recomienda su propia sociedad científica, la SEDAR, realizando actividad mixta, adulta y pediátrica, si bien hay un grupo escaso de anestesiólogo con dedicación preferente, que no única, a niños. El CHUNSC sí consta de él. Además, derivado de la escasez de salas de procedimientos y quirófanos en el CHUC, así como de anestesiólogos, procedimientos diagnóstico-terapéuticos invasivos, programados, que requieren de sedación-anestesia general, se llevan a cabo por parte de profesionales no anestesiólogos, sino miembros del servicio de Pediatría, esto va en contra de todas las guías y consensos al respecto de seguridad del paciente, y especialmente del niño.

3. No existe un bloque quirúrgico dedicado donde llevar a cabo el proceso quirúrgico al completo, y si bien la CMA cuenta con un box de recuperación adaptado para la población infantil, no pasa así con el bloque quirúrgico central, ni con ninguno de los quirófanos de ambas áreas, donde no existe un circuito diferenciado para el niño, donde se tengan en cuenta aspectos de

humanización y de adaptación al entorno para ellos como ocultar aparataje, mecanismos de distracción, acompañamiento parental hasta inducción anestésica...Hubo una gran difusión entre profesionales e incluso en medios de comunicación ¹⁶, de una serie de noticias donde se anunciaba que se iba a construir un hospital materno-infantil, que desde luego solucionaría todos estos aspectos, aunque volvemos a mencionar que no solucionaría todos nuestros problemas si se siguiera trabajando así, pues debería realizarse una adecuada planificación y atención de la atención a los niños, y unificarse la asistencia quirúrgica pediátrica en un solo centro, como ya expusimos.

4. Una organización/planificación quirúrgica poco eficaz, pues, salvo el servicio de cirugía pediátrica, y el de neurocirugía (referencia para la Isla de Tenerife para la población pediátrica), los demás no agrupan a los niños en una única sesión quirúrgica semanal, quincenal o como corresponda según número de esta población pendiente de intervención, existiendo casos graves como el de otorrinolaringología (ORL), en el que en una misma semana podemos encontrar, por poner un ejemplo, que el lunes en horario de mañana se interviene 1 niño, otros 2 el martes en horario de tarde, y otros 2 el jueves en horario de tarde. Todo esto es anómalo ⁹, no permite una especialización adecuada que requerirían no sólo los anestesiólogos, pues aunque hubiera una sección dedicada amplia, no puede abarcarse, ni dar atención a una planificación así, sino que los propios especialistas quirúrgicos también deberían especializarse en la población infantil, siendo unos los que principalmente asumieran estos casos, en aras de una mayor seguridad de los mismos, así como para fomentar con una mayor experiencia la capacidad de llevar a cabo intervenciones más complejas en el centro, sin tener que derivarlas a centros externos.

5. Por este mismo motivo, la enfermería de quirófano, tampoco puede especializarse, pues al no agruparse los niños de cada especialidad en una única o varias jornadas quirúrgicas, el que se programa para un día determinado, se asume por parte del personal de enfermería que a continuación, o antes, asume también al adulto, pues no es factible organizar los turnos de todo el personal implicado de otra manera, dada la dispersión en la programación.

6. Una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP) en crecimiento reciente, con la adición de dos nuevas camas, que, en periodos determinados del año, se encuentra saturada, no pudiendo dar atención a toda la demanda (ingresos médicos, ingresos quirúrgicos, procedimientos diagnósticos...). A esto se suma que dedican recursos (camas de cuidados críticos pediátricos), a un uso poco eficiente y no seguro según las recomendaciones de la SEDAR para el paciente, pues se realizan procedimientos diagnóstico-terapéuticos programados, en los que el paciente acude de su casa para realizarse la prueba de forma ambulatoria, bajo sedación/anestesia general, todo con uso de recursos físicos y personales de la UCIP, sin participación del servicio de anestesiología y reanimación.

7. No existe un área de recuperación postoperatoria específica para niños, con la consecuente insuficiente formación especializada de anestesiólogos y personal de enfermería que allí trabajan, esto no sólo sería eficiente para el hospital, pues ampliamente se ha demostrado el trabajo de las unidades de reanimación y recuperación postanestésicas, sino que encima es parte integral de la formación del anestesiólogo, siendo ámbito de sus competencias que un anestesiólogo pediátrico también debería desarrollar junto con las propias de quirófano ⁴. Pero es que además, aunque todos los niños con criterios de ingreso en unidad de cuidados intensivos, al no tener una propia de anestesia para pediatría(y no quisiéramos crearla y dotarla), la UCI pediátrica, unidad a la que van estos casos ahora mismo, tanto si la consideramos de nivel II, o de nivel III, debería o necesitaría disponer de un anestesista pediátrico, de presencia 24h ¹⁴, es decir cuanto menos deberíamos avanzar a un modelo de atención multidisciplinar del niño postoperado grave, como hacen en el H.U. La Fe, o contar el servicio de anestesia con medios propios, como el H.U. La Paz.

2.3 Matriz D.A.F.O. – Análisis estratégico C.A.M.E.

Este apartado nos servirá, para, junto con el análisis externo e interno realizado, plantear nuestros objetivos, y plan de actuación, así como poder encuadrar mejor, tanto nuestras metas (estrategia), como los posibles obstáculos que nos podemos encontrar al buscarlas.



DEBILIDADES	FORTALEZAS
Menor infraestructura y plantilla que el CHUNSC.	Interés del S ^o anestesiología y reanimación en especializarse y expandirse.
Falta de sección pediátrica dentro del S ^o de anestesiología y reanimación.	Interés del personal de enfermería (de quirófano y de reanimación) en especializarse.
Falta de área quirúrgica separada.	Larga trayectoria asistencial.
Falta de área de reanimación propia.	Menor demora y más actividad asistencial que el CHUNSC, con menos medios.
Intrusismo de otras especialidades.	S ^o cirugía pediátrica trabajando como uno solo para toda la provincia.
Falta de espacio donde poner nuevas instalaciones	Servicio de anestesiología en continua formación e incorporando últimos beneficios con evidencia a la actividad asistencial.
Falta de enfermería especializada.	Interés de los cirujanos pediátricos en aumentar su cartera de servicios, evitando derivaciones.
Falta de personal especializado de anestesiología de guardia.	Liderazgo.
	Conciencia sobre seguridad en quirófano.

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
CHUNSC con más infraestructura y plantilla.	Política de ahorro del gasto público.
Intereses políticos y económicos por encima de las necesidades y de la eficiencia del sistema.	Interés de la población por la autogestión de su salud.
Ciclos políticos más cortos que el tiempo necesario para la construcción de nuevas infraestructuras.	Aumento de la conciencia sobre la necesaria formación, especialización y capacitación de la profesión médica en cada área de conocimiento.
Envejecimiento poblacional (menos recursos económicos se dotarán a la población pediátrica).	Envejecimiento poblacional (necesidad a la postre de unificar actividad pediátrica).
	Estrategias de humanización del SCS.
	UCIP en crecimiento con necesidad de seguir recomendaciones de su sociedad.

En la matriz CAME, tratamos ahora de corregir las debilidades, afrontar las amenazas, mantener las fortalezas y explotar las oportunidades, a saber:

CORREGIR	MANTENER
Solicitar medios materiales y humanos una vez creada para una mejor equidad de la asistencia.	Favorecer mediante cambios en el proceso quirúrgico el interés del personal médico y de enfermería en la mejor atención al paciente pediátrico.
Presentar un proyecto de gestión para solicitar la creación de una sección de anestesia pediátrica.	Mantener y mejorar las cifras asistenciales del CHUC.
Solicitar nuevas infraestructuras y adaptación de las existentes.	Trabajar en equipo y con liderazgo junto a intereses del Sº de cirugía pediátrica
Fomentar la formación y especialización del personal médico y de enfermería.	Difundir actividad de vanguardia del Sº de anestesia, así como su implicación en la mejora de la calidad y seguridad
Reivindicar el lugar legal del anestesiólogo	

AFRONTAR	EXPLOTAR
Solicitar adecuar la plantilla a la actividad realizada, para mantener una adecuada equidad del servicio presta.	Demostrar que la especialización y la unificación de patologías pediátricas supone ahorro de costes al evitar duplicidades en distintos centros.
Actitud proactiva en búsqueda de reuniones con líderes políticos para concienciar de la importancia de este proyecto y sus beneficios en términos de salud poblacional (pediátrica) y sostenibilidad económica a largo plazo.	Implicar a la población en la defensa de una mejor calidad asistencial presente y futura, así como en la humanización de la misma.
Optimizar proceso quirúrgico, revisar circuitos, aumentar ambulatorización y otras técnicas de disminuir gasto sanitario manteniendo la actividad.	Solicitar facilidades para formación especializada: cursos, simulaciones, rotaciones externas, etc.
	Implicación activa y reivindicación del papel del anesestesiólogo en la UCIA pediátrica.

3. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS

3.1 Líneas estratégicas y objetivos

Como expuse inicialmente, este proyecto surge de mi propia labor como trabajador del centro, donde detecto como estructuradamente acabamos de exponer en la matriz D.A.F.O, ámbitos que pudieran ser susceptibles de mejorar, conllevando una mejora para el paciente, el sistema y el propio profesional implicado.

Nuestras propuestas de gestión (adelantadas en la matriz CAME), irán pues en consonancia con los principios de equidad, eficiencia, y de búsqueda de sostenibilidad del sistema sanitario a largo plazo, basándonos en estrategias actuales del propio SCS:

- Estrategia de atención sanitaria centrada en la persona del SCS ¹⁵, donde destacan los siguientes ejes: eje 1 o de impulso del enfoque humano de los servicios y procesos de atención sanitaria; eje 2 o de bienestar y cuidado del persona; eje 3 o de mejora del confort y accesibilidad de infraestructuras, espacios y entornos; y eje 5 o de cultura de la visión humanocéntrica.
- Plan Activa Canarias ¹⁷ para reducir tiempos de demora y número de personas en espera de intervención quirúrgica, consulta y pruebas diagnósticas.
- Línea estratégica de inversión en infraestructuras y equipamiento ¹⁸.

Las líneas estratégicas de nuestro proyecto de gestión para la mejora de la atención al paciente pediátrico en el proceso quirúrgico, abarcan pues las siguientes tres líneas que se enumeran, junto con sus objetivos, que como luego trataremos en el apartado de plan de actuación, serán secuenciales, pues algunos pueden llevarse a cabo rápidamente con pocos cambios y sin repercutir a la actividad hospitalaria, mientras que otros requieren de consenso político, inversiones y años hasta poderse realizar.

3.1.1 **LÍNEA ESTRATÉGICA ASISTENCIAL (LA):** especialización, diferenciación y reconocimiento a profesionales dedicados a la asistencia pediátrica en el proceso quirúrgico, adaptación del macroproceso quirúrgico a las peculiaridades del paciente pediátrico, garantizando la calidad y seguridad en la asistencia.

OBJETIVOS:

- 1- Creación de una sección de anestesia pediátrica que se encargue de la asistencia en exclusiva en jornada programada y de guardia de estos pacientes, especialmente los de alto riesgo, en todo el perioperatorio.
- 2- Favorecer y garantizar la formación continuada en atención segura al paciente pediátrico: cursos de soporte vital avanzado pediátrico, simulación en situaciones críticas, jornadas de puesta al día, cursos de perfeccionamiento, rotaciones en centros de referencia con alto volumen de paciente y patología compleja...
- 3- Garantizar la calidad de la asistencia, manteniendo activos los sistemas de vigilancia y monitorización de eventos adversos ya implantados.

- 4- Dotar a un quirófano, de forma permanente, de todo el material necesario para la atención pediátrica.
- 5- Formación o creación de un equipo de enfermería quirúrgica especializada en los distintos procedimientos a que se someten los niños.
- 6- Formación de enfermería de recuperación de quirófano en atención al paciente pediátrico postoperado.
- 7- Apertura de una unidad de recuperación postanestésica (URPA), o unidad de cuidados intensivos de anestesia (UCIA) específica pediátrica.
- 8- Establecer líneas de comunicación interhospitalarias para que profesionales implicados en la atención al paciente pediátrico colaboren, reorganizando y centralizando en un único centro la patología compleja.

3.1.2 **LÍNEA ESTRATÉGICA DE GESTIÓN (LG)**: optimización y reorganización de la programación quirúrgica, y adaptación de los circuitos por los que el paciente pediátrico circula, tanto para pruebas diagnóstico-terapéuticas, como para quirófano o reanimación, a las recomendaciones de seguridad y calidad de las sociedades científicas.

OBJETIVOS:

- 1- Fomentar la ambulatorización de los pacientes pediátricos.
- 2- Aunar la programación de los pacientes pediátricos de cada especialidad quirúrgica en una o varias jornadas dedicadas a estos.
- 3- Garantizar que se cumplan los estándares de calidad y recomendaciones de seguridad de las sociedades científicas, favoreciendo los objetivos restantes al respecto.
- 4- Comunicación con responsables políticos para recabar su colaboración necesaria en este proyecto.
- 5- Creación de protocolos para establecer colaboración y trabajo en equipo coordinado entre los servicios de anestesiología y reanimación y de pediatría y sus áreas específicas.
- 6- Establecer un sistema de gestión de calidad específico para el circuito operatorio o de pruebas diagnósticas pediátrica.
- 7- Favorecer la comunicación interhospitalaria, intentando aunar patologías poco frecuentes para su tratamiento en un único centro.

8- Unificación de la asistencia pediátrica quirúrgica, en un solo centro o con un mismo grupo de profesionales que trabajen en ambos (como ya hace cirugía pediátrica).

3.1.3 **LÍNEA ESTRATÉGICA DE INFRAESTRUCTURAS (LI)**: mejora, actualización y creación de nuevas infraestructuras.

OBJETIVOS:

1- Adaptación de URPA/UCIA con la dotación de 1-2 boxes de cuidados críticos pediátricos.

2- Creación de una sala de procedimientos diagnóstico-terapéuticos pediátricos bajo anestesia, con una mini-URPA anexa.

3- Planeamiento, diseño y edificación de un nuevo bloque quirúrgico pediátrico.

4- Diferenciar un área quirúrgica en su totalidad, desde el preoperatorio hasta el postoperatorio y el alta a casa para la actividad quirúrgica pediátrica.

3.2 Otros aspectos del proyecto de mejora

3.2.1 Trato humanitario: todos los cambios y objetivos propuestos hasta ahora van encaminados a un trato más cercano y centrado en las necesidades del paciente, sin repercutir, o incluso mejorando la eficiencia del sistema sanitario, mejorando la percepción del usuario (niño) y su familia del paso por el mismo, de ahí la necesidad de personal especializado, y de adaptación/construcción de nuevas infraestructuras dedicadas.

3.2.2 Calidad total: se buscará continuamente mejorar a lo largo de la implantación de las medidas, midiendo continuamente el impacto de las medidas que se toman, para en caso de ser necesario, puedan realizarse las correcciones necesarias a las mismas. Se busca garantizar principios de la asistencia sanitaria como la calidad asistencial, la equidad en el acceso, y la eficiencia del sistema (ahorramos costes al mismo para una misma labor o prestación de servicios).

3.2.3 Actividades de docencia e investigación: sin duda están van ligadas a una actividad asistencial de calidad. Se fomentará la formación de médicos especialistas y de estudiantes de pregrado; así como se facilitarán convenios y acuerdos con la Universidad para incentivar la investigación.

3.3 Optimización de costes – Memoria económica

- En la línea estratégica asistencial:
 - Muchos cambios son organizativos, sin conllevar afectación económica negativa, sino al revés al optimizar los flujos de pacientes agrupando pacientes pediátricos en programaciones únicas llevadas a cabo por personal más especializado con las ventajas que se han descrito.
 - Sí conllevaría un coste la sección de anestesia pediátrica (retribución del puesto de jefatura de sección), así como los directos e indirectos derivados de facilitar la adecuada formación necesaria para el personal.
- En la línea estratégica de gestión:
 - Todos los cambios propuestos conllevan un ahorro de costes al ir encaminados a hacer más eficiente y más igualitaria la atención al paciente pediátrico en la isla, evitando duplicidades de servicios, al aunar tratamiento de patologías en un único centro, o usando un personal que trabaje en ambos.
- En la línea estratégica de infraestructuras:
 - Todos los cambios suponen un coste o desembolso inicial, que se justificaría dentro de la planificación a largo plazo del propio SCS, dados los aspectos comentados de envejecimiento poblacional y disminución por tanto de población infantil, que harán una necesidad acuciante cada vez más, el aunar y centralizar dicha asistencia, haciendo más costo-efectivo el sistema al ahorrar gastos por duplicidad de centros abiertos, personal de guardia médico y de enfermería en ambos sitios, mantenimiento de infraestructuras y de material necesario, disminución de la calidad asistencial o aumento de derivaciones en patología compleja...

4. PLAN DE ACTUACIÓN

4.1 Acciones

Creo y en este documento he justificado, que las mejoras que se proponen redundarán en beneficio del Hospital, de una mejor gestión integral de los procesos afectados, reinvertiendo nuestros esfuerzos y economía hacia una mayor eficiencia. Hay algunas acciones que dependen directamente de la Dirección-Gerencia de nuestro centro, mientras que otras conllevarán voluntad y amplio consenso político para poder llevarse a cabo (especialmente la línea estratégica de infraestructuras)

En el siguiente cronograma proponemos la distribución temporal de implantación y consecución de los objetivos (los cuales los nombramos según las siglas de la línea estratégica y el número de objetivo de la misma).

OBJETIVOS	CRONOGRAMA				
	1º AÑO		2º AÑO	3º AÑO	4 AÑO
	1-6 m	6-12m			
Línea Asistencial					
- LA.1	X				
- LA.2	X				
- LA.3	X				
- LA.4		X			
- LA.5		X	X		
- LA.6			X	X	
- LA.7				X	
- LA.8				X	X
Línea Gestión					
- LG.1	X				
- LG.2		X			
- LG.3		X			
- LG.4		X	X	X	
- LG.5			X		
- LG.6			X		
- LG.7				X	
- LG.8				X	X
Línea					
- LI.1			X		
- LI.2			X	X	
- LI.3			X	X	X
- LI.4				X	X

4.1.1 Implantación del proyecto de mejora:

Buscamos como hemos repetido ya en más de una ocasión, mejorar la eficiencia y calidad de la actividad que se viene desempeñando de rutina en el CHUC, para lo cual vamos a diferenciar dos fases, según las líneas estratégicas y cronograma planteados.

1ª Fase:

- a) Proponemos como base de trabajo la creación de una sección de anestesia pediátrica, la cual sirva, a través de su jefe de sección, para encauzar el resto de líneas estratégicas que se han planteado, con apoyo de la Dirección-Gerencia del centro.
- b) Reprogramar la actividad quirúrgica de aquellos servicios con asistencia mixta de niños y adultos, en jornadas únicas pediátricas, como es el de ORL. Con esto conseguimos afianzar el grupo de trabajo de anestesia pediátrica, dotándolo de mayor volumen de trabajo (no sólo los 3 quirófanos semanales de cirugía pediátrica), al conseguir 1 o 2 quirófanos más semanales de niños. Con el resto de servicios en misma situación habría que poco a poco ir llegando al mismo acuerdo, en función de la cantidad y de la patología que tengan, por ejemplo, traumatología tiene en ocasiones, repartidos en dos áreas quirúrgicas, varios niños que se intervienen en conjunto con adultos en una misma sesión quirúrgica, los cuales se beneficiarían de programarse juntos un mismo día.
- c) Dedicación de un quirófano dedicado a la realización de las cirugías pediátricas de diversas especialidades, de modo que esté dotado material y específicamente, así como de recursos humanos, especializados y haga más fácil una posterior, si no separación, mejor diferenciación de circuitos quirúrgicos pediátrico y adulto.
- d) Favorecer trabajo en equipo y formación continuada y especializada adecuada de todo el personal.
- e) Iniciar contactos entre dentro del propio CHUC, así como el CHUNSC y líderes políticos para poner en marcha el resto de estrategias.

2ª Fase:

- a) Colaboración multidisciplinar con el servicio de pediatría, de modo que las pruebas diagnóstico-terapéuticas que vienen realizando ellos, pasen a estar bajo cuidados del servicio de anestesiología y reanimación, lo que no quita un manejo multidisciplinar, al no contar nosotros inicialmente con un área específica de URPA/UCIA pediátrica, otro proyecto a ir ejecutando.
- b) Dotación de un área de reanimación específica, con personal de enfermería adecuadamente formado. Aquí creemos que el modelo más idóneo para nuestro centro es el del H.U. La Fe, donde pediatras y anestesiólogos comparten la URPA/UCIP/UCIA-pediátrica, favoreciendo el desarrollo simultáneo de ambos y la mejor atención a los pacientes según los estándares de ambas sociedades nacionales.
- c) Comunicación interhospitalaria para aunar casos de patología compleja y escasa en un único centro, favoreciendo el trabajo en equipo y si fuera posible con independencia del centro, funcionando determinados profesionales como un distrito sanitario único, como viene haciendo el Sº de cirugía pediátrica. Se propone este apartado como paso intermedio al d), que consideramos como la solución a largo plazo en cuanto a infraestructura sanitaria pediátrica quirúrgica en la Isla de Tenerife.
- d) Los contactos a nivel político que la Dirección-Gerencia del centro haya establecido previamente deben llevar a la dotación presupuestaria para la adecuación y ampliación de infraestructuras existentes, así como a la planificación y diseño de un nuevo edificio o bloque quirúrgico dedicado pediátrico, que integre, zonas de evaluación preanestésica, optimización preoperatoria, intraoperatorio y salas de procedimiento, así como URPAS/UCIA específicas pediátricas y zonas de ambulatorización y de corta y larga estancia hospitalaria.

4.2 Recursos necesarios

A continuación, enumeramos los medios necesarios, mencionando aquellos de nueva necesidad o que adaptan su uso o función con respecto a como lo venían teniendo.

- Materiales:

- Adecuación de uno de los quirófanos existentes a la atención diaria de patología pediátrica de distintas especialidades quirúrgicas, ambientación que favorezca la ansiólisis, material pediátrico general...
- Ampliar y unificar la atención al niño crítico y postoperado en zona de trabajo multidisciplinar.
- A largo plazo: edificación de un bloque quirúrgico dedicado y dimensionado para dar asistencia centralizada a toda la isla.

- Humanos:

- Jefe de sección de anestesiología pediátrica, y grupo de al menos 8-10 anestesiólogos que den cobertura a la asistencia pediátrica programada y de urgencias, tanto quirúrgica, como de cuidados críticos, así como de procedimientos diagnóstico-terapéuticos.
 - Enfermería pediátrica especializada, única que controle diversas especialidades quirúrgicas, o de cada especialidad una con atención preferente al paciente pediátrico.
 - Enfermería de recuperación especializada junto a enfermería especializada en pediatría.
- Guías, protocolos, comunicación y coordinación: creo que lo más adecuado sería establecer un sistema de gestión específico para el circuito pediátrico, diseñando protocolos y guías de manejo específicos, que sirvan de referencia a los profesionales implicados y equiparen y hagan más eficiente la atención prestada.

Los recursos planteados estarían disponibles 24h, lo cual hace necesario la distribución del personal médico y de enfermería de quirófano en guardias/turnos, garantizando que en cada uno siempre haya una persona del “equipo pediátrico” disponible (o asegurándola mediante localización); lo mismo aplica para las unidades de cuidados críticos y recuperación postanestésica.

Este manejo, sobre todo en la primera fase de acciones antes descritas, requiere de importante liderazgo y motivación, hasta que los procesos se hayan reestructurado, las infraestructuras adecuadas y el equipo esté consolidado y dispuesto para la atención centralizada del paciente pediátrico.

CONCLUSIONES

- La población pediátrica tiene derecho a la mayor calidad asistencial con las máximas garantías de seguridad.
- El CHUC tiene amplias fortalezas y oportunidades para mejorar la asistencia que viene prestando a los niños de su área de referencia.
- La creación de un Hospital Infantil para toda la isla de Tenerife, donde se centralizada la atención pediátrica, sería, teniendo en cuenta la evolución demográfica poblacional, y la estructura organizativa de esta asistencia en otra provincia de la misma Comunidad autónoma, así como en la mayoría del resto de Península, una medida ideal para garantizar la equidad y la sostenibilidad a largo plazo de la atención a la población pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de Naciones Unidas. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. [Internet]. [20 de noviembre, 1989, citado mayo 2025]. Disponible en:
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
2. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki para la seguridad del paciente en anestesiología. [Internet]. [actualizado jun 2010; citado mayo 2025]. Disponible en:
https://sensor.org/wp-content/uploads/2010/06/Helsinki_Declaration.pdf
3. Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación. Recomendaciones para los servicios de anestesia pediátrica de la SEDAR. [Internet]. [citado mayo 2025]. Disponible en:
<https://www.sedar.es/images/images/site/SECCIONES/pediatrica/recomendped.pdf>
4. Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación. Pautas para la formación en anestesia pediátrica de la SEDAR. [Internet]. [citado mayo 2025]. Disponible en:
<https://www.sedar.es/images/images/site/SECCIONES/pediatrica/FormacionPediatica.pdf>
5. Habre W., Disma N., Virag K., Becke K., Hansen T. G., Jöhr M., et al. & APRICOT Group of the European Society of Anaesthesiology Clinical Trial Network (2017). Incidence of severe critical events in paediatric anaesthesia (APRICOT): a prospective multicentre observational study in 261 hospitals in Europe. LRM [Internet]. 2017 [citado mayo 2025]; 5(5), 412–425. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(17\)30116-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(17)30116-9)
6. Dirección-Gerencia del CHUC. Memoria Complejo Hospitalario Universitario de Canarias 2022. [Internet]. [citado mayo 2025]. Disponible en:
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2022/index.html>

7. Dirección-Gerencia del CHUNSC. Memoria Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria 2022. [Internet]. [citado mayo 2025]. Disponible en:
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/27/Memorias/2022/index.html>
8. Dirección-Gerencia del CHUIMI. Memoria Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil 2022. [Internet]. [citado mayo 2025]. Disponible en:
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/gc/30/memorias/22/index.html>
9. Ministerio de Sanidad. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. [Internet]. [actualizado 2009; citado mayo 2025]. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/BQ.pdf>
10. Dirección-Gerencia H.U. Virgen del Rocío. Memoria Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) 2022. [Internet]. [citado mayo 2025]. Disponible en: <https://hospitaluvrocio.es/memoria-entrada/el-hospital-2022/>
11. Dirección-Gerencia H.U. Reina Sofía. Memoria Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba) 2022. [Internet]. [citado mayo 2025]. Disponible en:
http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_gerencia/unidad_comunicacion/memoria_2022/memoria_2022.pdf
12. Dirección-Gerencia H.U. La Paz. Memoria Hospital Universitario La Paz (Madrid) 2022. [Internet]. [citado mayo 2025]. Disponible en:
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memoria_2022_hulapaz_ok.pdf
13. Atlántico Hoy. Periódico digital 13/7/2023. [Internet]. [actualizado julio 2023; citado mayo 2025]. Disponible en:
https://www.atlanticohoy.com/tenerife/denuncia-acoso-laboral-cirugia-pediatrica-hunsc-candelaria_1519180_102.html

14. Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Informe técnico nº 3 año 2020. [Internet]. [citado mayo 2025]. Disponible en: https://www.secip.com/images/uploads/2020/09/INFORME_TECNICO_D E LA SECIP N%C2%BA3.doc
15. Servicio Canario de la Salud. Noticia página web del SCS. [Internet]. [actualizado octubre 2024; citado mayo 2025]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/el-scs-impulsa-la-humanizacion-con-la-elaboracion-de-la-estrategia-de-atencion-sanitaria-centrada-en-la-persona/>
16. El Día. Periódico digital 21/10/2021. [Internet]. [actualizado octubre 2021; citado mayo 2025]. Disponible en: <https://www.eldia.es/sociedad/2022/10/21/materno-infantil-tenerife-sumara-180-77536697.html>
17. Servicio Canario de la Salud. Noticia página web del SCS. [Internet]. [actualizado diciembre 2024; citado mayo 2025]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/carlos-diaz-y-los-gerentes-hospitalarios-analizan-los-nuevos-proyectos-asistenciales-desarrollados-en-el-scs/>
18. Servicio Canario de la Salud. Noticia página web del SCS. [Internet]. [actualizado noviembre 2024; citado mayo 2025]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/el-presupuesto-del-scs-con-un-incremento-del-cinco-por-ciento-se-situa-en-los-4-598-millones-de-euros/>