

La suspensión de cirugía programada como un indicador de calidad en la atención hospitalaria

Alfonso Galván Montaña,¹ Gerardo Flores Nava²

RESUMEN

La suspensión de cirugía constituye un problema cotidiano en los hospitales públicos que afecta la calidad de atención al no otorgarse este servicio con la oportunidad requerida. El objetivo del presente trabajo es conocer la incidencia y las causas por las que se suspende la cirugía programada en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Clasificamos las causas en dos grandes grupos: estructura y proceso. Se revisaron los expedientes de 15,833 pacientes con cirugía programada en un periodo de 2 años y medio; se suspendieron 645 cirugías, equivalente a un indicador del 4.07% que corresponde a un estándar calificado como regular, y por lo tanto ameritó planear acciones de mejora comentadas al final del trabajo. Se propone a la suspensión de cirugías como un indicador de calidad para medir la oportunidad de la atención en los servicios quirúrgicos.

Palabras clave: Calidad de la atención médica, cirugías.

ABSTRACT

The surgery cancellation is a frequent problem in the public hospital with affectation of the quality of medical care. The objective of this article is to know the incidence and the causes of the surgery cancellation in a general hospital of Mexico City. We classified the causes in two groups: structure and process. We reviewed the charts of 15,833 patients with programmed surgery in a two and a half years period, 645 were cancelled, equivalent to index of 4.07% and corresponds as regular. In the hospital we planned some actions to improve this index.

Key words: Quality of medical care, surgery.

INTRODUCCIÓN

Para Donabedian la calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Esta propiedad se puede definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su

vez en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo a los valores sociales imperantes.

En el concepto de calidad pueden distinguirse dos dimensiones íntimamente relacionadas: la técnica y la interpersonal. Dentro de los atributos de la calidad de atención se encuentran: a) La oportunidad, que corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados, de acuerdo con las características y severidad de cada caso. b) La satisfacción del usuario que se refiere a la plena satisfacción del usuario con la atención recibida de los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención.

Para la medición de la calidad se ha utilizado tradicionalmente el modelo de Donabedian que evalúa tres áreas, a saber: la estructura, los procesos y los resultados; estos últimos representan el impacto logrado con la atención en términos de mejora en la salud

¹ Subdirector de Cirugía. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

² Jefe de la División de Pediatría Clínica. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Correspondencia:

Dr. Alfonso Galván Montaña. Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud. Calzada de Tlalpan 4800, Colonia Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, México, Distrito Federal, 14000. Teléfono 56-65-35-11, Ext. 231.

y el bienestar de las personas, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.^{1,2}

La demanda de asistencia en los hospitales públicos se ha incrementado por factores tales como la explosión demográfica, la crisis económica y la carencia de nuevos hospitales. Todo ello ha contribuido de alguna manera a que exista un deterioro en la calidad de la atención médica, principalmente en lo que se refiere a la relación médico-paciente y a la oportunidad con que se otorgan los servicios, lo que trae repercusiones en la salud de los pacientes. En todas las instituciones se manifiestan estos problemas, pero se presentan con mayor frecuencia en los hospitales públicos.^{3,4}

Se ha propuesto clasificar la suspensión de la cirugía programada en:

- a) Causas inherentes al paciente, ya sea porque presente una enfermedad aguda o no acuda a hospitalizarse.
- b) Causas inherentes al hospital, por problemas propios del hospital o de alguno de los médicos.⁵

La suspensión de una cirugía afecta no sólo la salud del individuo, sino también la economía de la familia, la comunidad, la empresa donde labora y hasta del país ya que se pierden horas/hombre. La mayoría de los pacientes son de bajos recursos económicos y provenientes de zonas alejadas a la institución, teniendo que hacer gastos en transporte y alimentación, aunado a un promedio de tres visitas al hospital antes de que su cirugía sea programada. En consecuencia, la suspensión de su cirugía implica una verdadera catástrofe ya que, a los gastos iniciales tendrán que sumarse gastos adicionales secundarios a la repetición de exámenes de laboratorio, nuevas valoraciones médicas y anestésicas, debiendo esperar nuevo turno en quirófano.⁶⁻⁸

Para la institución también tiene consecuencias, ya que se incrementan los costos debido a mayor uso de laboratorio, rayos X, electrocardiogramas, cama del hospital y recursos humanos, lo que finalmente se refleja en una mala utilización del presupuesto.^{9,10} La suspensión de la cirugía programada es un problema importante que es necesario analizar y clasificar; asimismo se requiere establecer un instrumento de medición (indicador) que nos ayude a conocer la dimensión del problema y poder así establecer acciones de mejora que permitan disminuirlo o evitarlo.

Se ha reportado que el índice de suspensiones de cirugía programada varía del 4.5% al 18%. Sin embar-

go, no se ha propuesto ningún indicador que nos permita monitorizar este problema.¹¹

El objetivo de este trabajo fue analizar las causas de suspensión de las cirugías programadas en un hospital general público.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal revisando los expedientes de todos los pacientes con cirugía programada en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 1999 al 31 de agosto de 2002 en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Se incluyeron todos los pacientes con cirugía programada que fue suspendida por causas atribuibles a la estructura como la falta de medicamentos o material de curación, falta o falla de equipo médico, falta de instrumental, ropa quirúrgica o cama en hospitalización. O bien, por causas atribuibles al proceso como falta de historia clínica, exámenes de laboratorio, sangre, preparación del paciente (ayuno o enemas), valoración cardiovascular, anestesia, falta de tiempo o ausencia del cirujano y turnos quirúrgicos. Se excluyeron las cirugías de urgencias y las suspendidas por problemas inherentes al paciente (no se presentó a hospitalización por enfermedad u otros motivos). El indicador propuesto tiene como numerador el número de cirugías suspendidas y en el denominador el número de cirugías programadas; el resultado se multiplica por 100 para conocer el porcentaje y definir el estándar.

$$\frac{\text{No. de cirugías suspendidas}}{\text{No. de cirugías programadas}} \times 100$$

El estándar propuesto, en relación al porcentaje de cirugías suspendidas, es el siguiente:

- a) Excelente, 0%.
- b) Bueno, de 0.1 a 3%
- c) Regular, de 3.1 a 6%
- d) Malo, más de 6%.

El análisis de las variables fue mediante estadística descriptiva, frecuencias simples y porcentajes.

RESULTADOS

Durante el periodo de revisión se realizaron 15,833 procedimientos quirúrgicos, de los cuales se suspen-

dieron 645 cirugías programadas, equivalente al 4.07% que, de acuerdo al indicador, corresponde a un estándar considerado como regular.

De las 645 cirugías suspendidas, al agruparlas en estructura y proceso, 577 (89.46%) correspondieron a causas en el proceso y 68 (10.54%) en la estructura. El indicador para el proceso fue de 3.64%, un estándar considerado como regular y para la estructura el indicador fue 0.43%, estándar que corresponde a bueno. La incidencia y las causas de suspensión de cirugías relacionadas con el proceso se encuentran en el *cuadro I*, siendo las principales la falta de tiempo del cirujano y falta de tiempo quirúrgico. Los servicios más afectados fueron: Cirugía Plástica, Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología y Otorrinolaringología (*Cuadro II*).

En la estructura la falta de ropa y de material quirúrgico fueron los dos principales motivos (*Cuadro III*) y los servicios más afectados fueron: Ortopedia, Cirugía Plástica y Cirugía General (*Cuadro IV*).

Por grupos de edad la población más afectada fue entre 21 y 40 años (33%), seguida por la de 0 a 20 (29%) y la de 41 a 60 (22%).

DISCUSIÓN

Para resolver el problema de la suspensión de cirugías, primero se deben conocer las causas que lo originan y su frecuencia; para ello se propone agruparlas en causas de estructura y de proceso, a diferencia de lo propuesto por otros autores que las agrupan en causas atribuibles al médico, al paciente y al hospital, ya que sería más fácil su manejo desde el punto de vista administrativo. En el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" el 89% de las causas se encontraron en los procesos y de éstos el 90% correspondió a la falta de tiempo por el cirujano y a la falta de tiempo quirúrgico. Los servicios más afectados fueron Cirugía Plástica y Cirugía General, muy superior al 59% reportado por un hospital del ISSSTE.⁵

Con la información obtenida se pudieron establecer las siguientes acciones de mejora:

1. Realizar una programación de cirugía congruente con tiempo quirúrgico, horario del cirujano, disponibilidad de turnos quirúrgicos y disponibilidad de sala.
2. Tomar en cuenta número de urgencias por día.
3. Agilizar el inicio entre una cirugía y otra sin descuidar la seguridad del paciente. Deberá efectuarse la limpieza de la sala cuando se solicite y tener al paciente en el momento requerido.

Cuadro I. Cirugías suspendidas por problemas en el proceso.

Causa	Número
Falta de tiempo del cirujano	444
Falta de tiempo quirúrgico	59
Falta de exámenes de laboratorio	27
Ausencia de cirujano	14
Preparación inadecuada	13
Falta de sangre	8
Exámenes de laboratorio anormales	6
Falta de valoración cardiovascular	2
Negativa del paciente	2
Falta historia clínica	1
Falta de preparación del intestino	1
Total	577

Cuadro II. Cirugías suspendidas por especialidad a causa de problemas en el proceso.

Especialidad	Número
Cirugía Plástica	124
Cirugía General	116
Ortopedia	74
Oftalmología	60
Otorrinolaringología	58
Urología	40
Cirugía Pediátrica	37
Ginecología	29
Proctología	25
Cirugía cardiovascular	14
Total	577

Cuadro III. Cirugías suspendidas por problemas en la estructura.

Causa.	Número
Falta de:	
Ropa quirúrgica	23
Material quirúrgico	15
Equipo de Rayos X	6
Cánulas o sondas	6
Autoclave	6
Prótesis	4
Equipo médico	4
Instrumental	3
Camas	1
Total	68

Cuadro IV. Cirugías suspendidas por especialidad a causa de problemas en la estructura.

Especialidad	Número
Ortopedia	20
Cirugía Plástica	14
Cirugía General	9
Otorrinolaringología	8
Urología	7
Ginecología	4
Oftalmología	4
Cirugía Pediátrica	1
Proctología	1
Total	68

4. Involucrar a los médicos en estas acciones de mejora y hacerlos conscientes de la problemática.

Para poder monitorizar y saber si las acciones efectuadas fueron las adecuadas, se propone utilizar el indicador referido con anterioridad. Si el estándar es excelente o bueno deberemos continuar con las mismas acciones; por el contrario, si fue regular o malo debemos replantear las acciones y volverlas a medir estableciendo así un círculo de mejora continua.^{12,13}

La medición de la suspensión de cirugía es un buen indicador de calidad para medir la oportunidad con que se otorgan los servicios en cirugía y establecer las estrategias necesarias para disminuir sus causas.

Esta propuesta podrá garantizar a los pacientes y sus familiares una atención quirúrgica oportuna y con

resultados satisfactorios, sin que afecte su economía ni la del hospital.¹⁴

REFERENCIAS

1. Donabedian A. Twenty years of research on the quality of medical care. *Eval Health Proph* 1985; 8:243-265.
2. Ruelas E. Confusiones y definiciones. Calidad de la atención a la salud. *Salud Pública Mex* 1995;2:5-7.
3. Saucedo VAL, Durán AL, Hernández B. Evaluation of a program monitoring the quality of the services provided by a non governmental organization. *Salud Pública Mex* 2000;42:422-30.
4. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989;320:53-56.
5. Aguirre-Córdova JF, Chávez-Vázquez G, Huitrón-Aguilar GA, Cortés-Jiménez N. ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. *Gac Med Mex* 2003;139:545-51.
6. Morehead MA. Evaluating the quality of medical care in the Neighborhood Center Program of the Office of Economic Opportunity. *Med Care* 1970;8:1118-31.
7. Duran AL. Determinants of professional status among physicians in México. *Gac Med Mex* 2001;137:509-20.
8. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. "Hacemos lo que podemos" los prestadores de servicio frente al problema de la utilización. *Salud Pública Mex* 1997;39:546-53.
9. Sánchez JI, Bonne GT, Pérez FC, Botín DM. Evaluación de la calidad de atención médica integral a trabajadores del municipio de Santiago de Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* 2002;28:38-45.
10. Aguirre-Gas H. Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex* 1991;33:624-28.
11. MacArthur AJ, MacArthur C, Bevan JC. Determinants of pediatric day surgery cancellation. *J Clin Epidemiol* 1995;48:485-489.
12. Donahue KT. La calidad de la atención a la salud en los Estados Unidos: nuevas tendencias. *Salud Pública Mex* 1993;35:288-90.
13. Vidal PLM, Reyes ZH. Diseño de un sistema de monitoreo para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Pública Mex* 1993;35:326-31.
14. Ruelas-Barajas E. Calidad, productividad y costos. *Salud Pública Mex* 1993;35:299-335.