

Características de la suspensión de cirugías electivas en un hospital de la Seguridad Social en Chiclayo, Perú. 2016

Characteristics of the suspension of elective surgeries in a Social Security hospital in Chiclayo, Peru. 2016

Fernández-Mogollón Jorge^{1,2,a}, Santa Cruz-Ruiz Diana^{2,b}, Zapata-Velezmoro Roberto^{2,b}, Santa Cruz-Polo Roger^{1,c}

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de la suspensión de cirugías electivas en un hospital de la seguridad social de Chiclayo, Perú en el periodo enero- diciembre 2016. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, en el cual se recolectó información de cada una de las fichas de suspensión de cirugía electiva encontradas en sala de operaciones correspondientes al periodo enero-diciembre 2016 que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** Los servicios con mayor frecuencia de suspensión de cirugías electivas fueron: traumatología (16,3%), oftalmología (13,7%) y cirugía general (11,9%), siendo además la tasa de suspensión de cirugías electivas del 10%. Las cirugías de catarata (facoemulsificación) fueron individualmente los procedimientos más suspendidos (13,2%), seguidos de otros procedimientos (9,2%) y osteosíntesis (6,9%). Las causas de suspensión administrativas fueron las más frecuentes constituyendo el 57,1%, seguidos de las causas clínicas (23,7%) y las quirúrgicas (8,5%); siendo específicamente la prolongación del tiempo operatorio la causa con mayor frecuencia (27,3%), seguida de las malas condiciones clínicas del paciente (13,7%) y la falta de insumos (10,5%). **Conclusión:** Las causas de suspensión de cirugías electivas halladas en el presente estudio fueron, en su mayoría, de causa administrativa, dentro de la cual destaca la prolongación de tiempo operatorio como causa más importante.

Palabras clave: Suspensión, cirugía electivas, hospital. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the characteristics of the suspension of an hospital from Chiclayo, Perú. in 2016. **Material and methods:** A descriptive, observational, cross-sectional and retrospective study was carried out, in which information was collected from each The elective surgery suspension records found in the operating room for the January-December 2016 period that met the inclusion criteria. **Results:** The most frequent services of suspension of elective surgeries were: traumatology (16.3%), ophthalmology (13.7%) and general surgery (11.9%), being also the suspension rate of elective surgeries of 10 %. Cataract surgeries (phacoemulsification) were individually the most suspended procedures (13.2%), followed by other procedures (9.2%) and osteosynthesis (6.9%). Administrative causes were the most frequent, accounting for 57.1%, followed by clinical causes

(23.7%) and surgical causes (8.5%); (27.3%), followed by the patient's poor clinical conditions (13.7%) and the lack of supplies (10.5%). **Conclusion:** The causes of suspension of elective surgeries found in the present study were, for the most part, an administrative cause, in which the prolongation of operative time as the most important cause stands out.

Keywords: suspension, elective surgery, hospital (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

La organización, planificación y cumplimiento de las cirugías, se vuelven etapas necesarias para la actividad quirúrgica, de tal forma que se puedan alcanzar los objetivos y mantener los indicadores de atención en los pacientes, minimizando los gastos y el desgaste del recurso humano. La programación de las cirugías, se da desde las esferas de atención y políticas de salud brindadas en los centros hospitalarios como la ley de seguridad del paciente; ésta guarda relación con el compromiso en gestión de recursos y organización institucional en términos administrativos, además

1. Hospital Nacional Almirante Aguirre, EsSalud. Chiclayo-Perú.
2. Facultad de Medicina Humana. Universidad de Chiclayo, Chiclayo-Perú.
a. Médico epidemiólogo.
b. Médico Cirujano.
c. Médico Traumatólogo.

constituye un indicador de calidad en atención. Igualmente, la cancelación aumenta el tiempo de estancia hospitalaria y pone en riesgo de infección a los pacientes⁽¹⁾. La cancelación de cirugía se enmarca en los tipos de atención en salud insegura, que puede llegar a convertirse en un evento adverso relacionado con la gestión organizacional de las instituciones hospitalarias⁽²⁾.

La suspensión de una cirugía es una situación común a todo centro hospitalario que propicia inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria y aumento importante en los gastos. Cada vez con más frecuencia, el cirujano, tiene que adaptarse a los problemas intrínsecos o extrínsecos que en un marco de costo-beneficio enfrenta un hospital para realizar sus actividades.

En cuanto al costo de suspensión de una cirugía McIntosh, B; Cookson, G y Jones, S. reportaron que en Reino Unido en el año 2012 se presentó un gasto mayor de £ 432 por intervención suspendida (aprox. 5 US\$ 570)⁽³⁾. Y Perroca y colaboradores, encontraron que los gastos directos de un hospital universitario de Brasil estimando que una operación suspendida en promedio implica un gasto de 1169 reales (aprox. US\$ 356.4)⁽⁴⁾.

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, aunados 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.

Barbosa, M. et. al. analizaron todos los registros de cirugías canceladas en el periodo de enero de 2006 a diciembre de 2007 en el Centro Quirúrgico de un hospital público docente de Minas Gerais, Brasil, obteniendo que para 1402 (63,78%) de las cirugías canceladas no había constancia de la justificación de la suspensión. Las razones para la cancelación de cirugías fueron: por motivos asistenciales, se observaron 32 (34,04%) por ausencia de evaluación pre-anestésica, 31 (32,98%) por falta de ayunas, 19 (20,21%) por análisis complementarios incompletos y 12 (12,77%) por administración de medicaciones contraindicadas en el preoperatorio. Se identificaron 179 (8,14%) suspensiones quirúrgicas por motivos administrativos, siendo la deficiencia de los recursos materiales (93/52,00%) y de recursos humanos (25/14,00%) los motivos más frecuentes. De los 61 (2,77%) motivos relacionados con la estructura, la falta de cama fue la

justificación principal para la cancelación quirúrgica (49/80,30%)⁽⁵⁾.

Shu-Yip, S. (Lima, 2016) realizó un estudio consistente en recopilar información de fuentes secundarias del Hospital Cayetano Heredia de la totalidad de las intervenciones quirúrgicas programadas del 2013, cuyo número total fue 5293 cirugías programadas, obteniéndose como resultado que de aquellas fueron suspendidas 699 (13,2%), además la media de la edad de los pacientes de las intervenciones suspendidas fue de 44 años y 287 (41,0%) fueron varones. Las especialidades con mayor porcentaje de intervenciones suspendidas fueron Cirugía General, Traumatología y Ginecología con (184/699) 26,3%, (141/699) 19,9% y (82/699) 11,7%, respectivamente. Según la vía de programación, el 81,1% (567/699) de las intervenciones suspendidas fueron de hospitalización. El tipo de causa más frecuente fue la causa administrativa (38,6%). La causa específica más frecuente de suspensión fue "Tiempo programado insuficiente" con un 22,2%. La segunda causa más frecuente fue "Inicio tardío de la intervención" con 16,5%, y en tercer lugar, las complicaciones agudas del paciente que impiden la intervenciones con un 14,0%. El modelo de regresión logística determinó que las intervenciones programadas en el turno "tarde" son 9 veces más probables de ser suspendidas que aquellas que son programadas en el turno "mañana". Asimismo, las intervenciones programadas entre las 11:00 am y la 1:59 pm tuvieron 2 veces más riesgo de ser suspendidas que los que estaban programados en los demás horarios juntos⁽⁶⁾.

Por todo lo expuesto, el objetivo del presente estudio es determinar las características de la suspensión de cirugías electivas en un hospital de la seguridad social de Chiclayo, 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio: Descriptivo, retrospectivo y trasversal.

Población: Cirugías electivas que fueron suspendidas en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo 2016.

Muestra: Se usa todo el marco muestral que son 555 cirugías electivas suspendidas.

Criterios de selección: Se incluyeron a las cirugías que tenían ficha de suspensión en los archivos de centro quirúrgico, excluyéndose a los que tenían datos incompletos.

Método: Se revisaron las fichas de suspensión en formato institucional de cirugía electiva encontradas en el de centro quirúrgico, y luego se solicitó las historias clínicas a la oficina de archivo clínico.

Aspectos éticos: Se solicitó el permiso respectivo al hospital mediante la revisión del Comité de ética en investigación y del Comité de Investigación. Se guardó la confidencialidad de los datos obtenidos de los pacientes.

Análisis estadístico: Se formó la base de datos en una

hoja de cálculo de Microsoft Excel, donde se realizaron tablas de frecuencia para las variables cualitativas y obtención de media y mediana para las variables cuantitativas.

RESULTADOS

Se revisaron 555 fichas que cumplieron con los criterios de inclusión. Se eliminaron 2 fichas por tener datos incompletos. Se analizó una base de datos de 553 fichas de suspensión de cirugías programadas en 2016.

Tabla N°1. Suspensión de cirugías electivas según servicio de procedencia en un hospital de la seguridad social de Chiclayo, 2016.

	n = 553	%
Servicio		
Traumatología	90	16,3
Oftalmología	76	13,7
Cirugía general	66	11,9
Ginecología	63	11,4
Neurocirugía	51	9,2
Cirugía de cabeza y cuello	39	7,1
Otorrinolaringología	39	7,1
Urología	36	6,5
Cirugía de tórax y CV	34	6
Cirugía pediátrica	23	4,2
Cirugía plástica	18	3,3
Gastroenterología	14	2,5
Sala de operaciones	2	0,4
Anestesiología	1	0,2
Hematología	1	0,2
Personal que suspende		
Anestesiólogo	136	24,6
Cirujano	142	25,7
Ambos	275	49,7
cirugías programadas	5605	100%
Suspensión de cirugías programadas	553	10%

Los meses que más frecuentemente presentaron suspensión de cirugías fueron: enero (63), abril (58), julio y noviembre (52). Los meses que menos frecuentemente presentaron suspensión de cirugías fueron: diciembre (36), febrero (33) y junio (19).

Tabla N°2. Suspensión de cirugías electivas en un hospital de la seguridad social de Chiclayo, según tipo de causa y número de motivos de suspensiones, 2016.

	n = 553	%
Causa de la suspensión		
Causa administrativa	316	57,1
Causa clínica	131	23,7
Causa quirúrgica	47	8,5
Causa del paciente	42	7,6
Causa de anestesiología	14	2,5
No especificado	3	0,6
Motivos de suspensión		
Un motivo	531	96
Dos motivos	20	3,9
Tres motivos	1	0,1

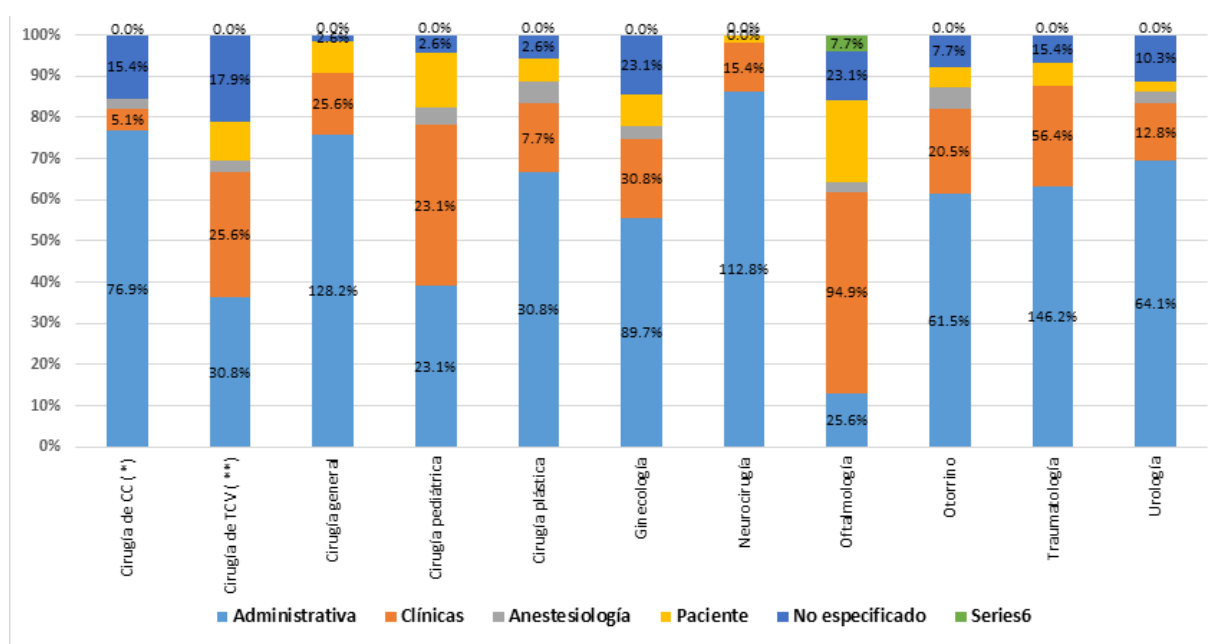
Los procedimientos quirúrgicos que más frecuentemente se suspendieron fueron: Extracción de catarata (Faco) (13,2%), osteosíntesis (6,9%) hernioplastia gastrointestinal (5,1%), colecistectomía laparoscópica (4,5%), tiroidectomías (4,3%), patología de glándula mamaria (3,8%) entre otras.

Tabla N°3. Motivos de suspensión de cirugías electivas (detalle) en un hospital de la seguridad social de Chiclayo, 2016.

	n	%
Prolongación del tiempo operatorio	151	27,3
Malas condiciones clínicas del paciente	76	13,7
Falta de insumos	58	10,5
Presencia de proceso infeccioso	43	7,8
Falta de cama en URPA (*)	33	6
Paciente desiste de la cirugía	32	5,8
Cirujano indica reevaluar el caso	16	2,9
Falta de cama en UCI post operatorio	16	2,9
Exámenes auxiliares anormales	12	2,2
Prolongación del tiempo operatorio/Falta de cama en URPA	12	2,2
Se realizó cirugía de emergencia	11	2,0
Anestesiólogo no disponible	9	1,6
Ausencia de cirujano asistente	8	1,5
Cambio de paciente	8	1,4
Ingestión de alimentos en preoperatorio	8	1,4
Falta de exámenes auxiliares	7	1,3
Paciente no tiene depósito de sangre	6	1,1
Ausencia de cirujano principal	5	0,9
Falta de riesgo cardiovascular	4	0,7
No especificado	4	0,7
Poco tiempo disponible para cirugía	4	0,7
Relajación de esfínteres post anestesia	4	0,7
Presencia de proceso intercurrente	2	0,4
Se realizó cirugía de emergencia/Falta de cama en URPA	2	0,4
Dificultad técnica anestésica	1	0,2
Ausencia de cirujano asistente /Falta de cama en URPA	1	0,2
Exámenes auxiliares anormales /Malas condiciones clínicas del paciente	1	0,2
Exámenes auxiliares desactualizados	1	0,2
Falta de cama en UCI post operatorio / Falta de insumos	1	0,2
Falta de cama en URPA /Ausencia de cirujano asistente	1	0,2
Falta de cama en URPA /Falta de historia clínica	1	0,2
Falta de cama en URPA / Falta de insumos	1	0,2
Falta examen prequirúrgico / historia clínica incompleta	1	0,2
Mala programación	1	0,2
Prolongación del tiempo operatorio/Falta de cama en URPA/Falta de insumos	1	0,2

* URPA: Unidad de reposo post anestésica

Gráfico N°1. Frecuencia de servicios que suspenden cirugías según tipo de causas, en un hospital de la seguridad social de Chiclayo. 2016



(*) CC = cirugía de cabeza y cuello, (**) TVC = Tórax y cardiovascular

DISCUSIÓN

La tasa de suspensión de cirugía fue de 10%, lo que difiere del estudio de Albedaña (Argentina, 2016) donde la tasa fue de 7,6%. Sin embargo, es similar a la tasa de suspensión del Hospital Santa Rosa (Lima, 2015) donde fue de 10% y menor a la del Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima, 2016), donde se obtuvo un 13,2% HNSR 10%^(6,7).

El mes donde hubo mayor suspensión de cirugías fue en enero (63 casos) y abril (58 casos). En otros países fue el mes de noviembre⁽⁵⁾. Es probable que este dato cronológico de la suspensión de las cirugías se deba a múltiples factores; en el medio en el que se realizó el estudio, por tratarse de una institución del estado como EsSalud, está muchas veces sujeto a los probables cambios de autoridades que manejan el aspecto administrativo del ámbito quirúrgico, la sobrecarga de pacientes en meses con fechas festivas e incluso huelgas médicas o de otros sectores.

Los aspectos administrativos representaron la mayoría de los casos (57,1), seguido de las causas clínicas (23,7%) y las causas quirúrgicas (8,5%). Esto coincide con lo encontrado tanto en Argentina y Colombia, donde las causas administrativas-logísticas, seguido de las causas clínicas fueron los más frecuentes⁽⁸⁾. En Lima, en dos hospitales del ministerio de salud también se encontró que las causas administrativas fueron más

frecuentes, aunque con un porcentaje algo menor (38,6%)⁽⁶⁾. En cuanto a la nomenclatura del detalle de las causas de suspensión es muy heterogéneo variando entre las instituciones; por ejemplo en Lima se encontró una alta frecuencia de causas relacionadas al tiempo; estas son “tiempo prolongado insuficiente” e “inicio tardío de la intervención” que coincidentemente fueron las más frecuentes en un hospital del ministerio de salud^(6,7). En nuestro estudio, observamos que las fichas de suspensión también cuentan con la misma nomenclatura.

Sin embargo en el Hospital Daniel Alcides Carrión (Lima, 2013) se encontró una distinta frecuencia de aparición de causas de suspensión: principalmente por el cirujano (59%), debido al anestesiólogo y motivos institucionales (administrativos), entre otros. Sin embargo en este estudio no se tuvo el mismo criterio para incluir los detalles de las causas en los mismos grupos que se incluyeron en este estudio. Tal es así que nosotros consideramos a un proceso respiratorio alto, como causa atribuida al paciente debido a su estado de salud (causas del paciente); sin embargo en el estudio en mención⁽⁹⁾ el mismo caso, fue una causa atribuida a anestesiología. Ello podría explicar la diferencia de frecuencias de causas de suspensión.

No se pudo evaluar en el presente estudio que tan evitables fueron las cirugías, sin embargo en España encontraron que el 52% de las cirugías programadas

fueron evitables, y 6,2% potencialmente evitables^(10,11). Ello hace pensar que con una mejor programación recursos logísticos y asistenciales podríamos solucionar estos inconvenientes administrativos.

A pesar que el formato institucional de la ficha de suspensión de cirugía no consignaba el turno operatorio como una variable, muchos cirujanos y anestesiólogos explicaban por escrito el detalle del tiempo, refiriendo en la ficha la hora de inicio de la cirugía previa dando a entender que tenía un exceso de tiempo forzando a la suspensión de la cirugía a programar. Sin embargo, este dato fue visto de manera irregular en las fichas, por lo que no siempre se obtuvo este dato. Sin embargo, ello concuerda con estudios que mencionan que el programar una cirugía en el turno tarde es 9 veces más probable de ser suspendida que aquellas programadas en el turno de mañana⁽⁶⁾.

No fue usual encontrar aspectos preoperatorios del paciente como causa frecuente de suspensión ya que en nuestro estudio, los aspectos del paciente sólo ocuparon el cuarto lugar en frecuencia (7,6%) y en los detalles del motivo de suspensión por causa del paciente, los tenemos una relativa baja frecuencia: la ingestión de alimentos en el preoperatorio (1,4%), relajación de esfínteres post anestesia (0,7%) y mala programación del paciente fue de 0,2%. Sin embargo se encontró que en un hospital del MINSa (2012) en los procedimientos de colecistectomía y hernioplastía, las causas de suspensión por falla en preparación del paciente, ocupó un 10,4%⁽¹²⁾.

Una limitación de este estudio es que las fichas de suspensión no siempre contienen información precisa del caso suspendido, además cuenta con un formato institucional general del que se cuestionan muchas variables ahí contenidas, ya sea porque muestran variables con aspectos redundantes, variables inclusivas, algunas innecesarias o simplemente la lista de chequeo cuenta con opciones poco frecuentes de suceder según la estadísticas de aparición de las mismas (ejemplo, proceso dermatológico en la zona operatoria).

Además hemos notado que existen casos en los que los pacientes no son suspendidos en los ambientes de centro quirúrgico, sino que incluso sin acudir a sala de operaciones, telefónicamente (por ejemplo entre los servicios) se comunica la suspensión de la cirugía haciendo que se obvie el llenado de la ficha de suspensión. De esta forma, tendríamos un subregistro de los casos suspendidos. Ello es reforzado por Barbosa quien mencionó que en su estudio, el 63% de las cirugías suspendidas no tuvieron constancia o ficha de suspensión de cirugía⁽⁵⁾.

Por otro lado, si bien es cierto, no fue uno de los objetivos del estudio, se tuvo inquietud por saber si el

resultado obtenido a través de las fichas de suspensión en físico coincidía con el reporte mensual de las suspensiones en el sistema virtual de la institución (sistema de gestión hospitalaria de EsSalud, SGH). Se observó que el reporte de este sistema informático para el 2016, no concuerda con los resultados obtenidos en el presente estudio: el SGH reporta un máximo de 359 suspensiones, mientras que con el uso de las fichas físicas obtenidas encontramos 553 suspensiones.

Ello es importante tenerlo en cuenta debido a que por temas institucionales es frecuente que se tomen decisiones administrativas importantes teniendo como base la información obtenida en el sistema de gestión hospitalaria (SGH) obteniendo como consecuencia una información errada.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Safety WP, Organization WH. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas. 2008; Disponible en: http://www.who.int/entity/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf
2. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Guía Técnica "Buenas prácticas clínicas para la seguridad del paciente en la atención en salud, Versión 1. 2010. Disponible en: www.minprotecciónsocial.gov.co/sogc
3. McIntosh B, Cookson G, Jones S. Cancelled surgeries and payment by results in the English National Health Service. *J Health Serv Res Policy*. 2012; 17(2):79-86.
4. Perroca MG, Jericó M de C, Facundin SD. Surgery cancelling at a teaching hospital: implications for cost management. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007 Oct;15(5):1018-24.
5. Barbosa MH, Miranda Goulart DM, Vieira de Andrade E, de Mattia AL. Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente. *Enfermería Global*. 2012;11(26):164-173.
6. Yip S, Bernardo S. Frecuencia, causas y factores asociados de intervenciones quirúrgicas suspendidas en un hospital nacional durante el 2013 en Lima; [Tesis]. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú. 2016.
7. Oficina de Gestión de la Calidad, Hospital Santa Rosa. Indicadores de Gestión de la Calidad del HSR 2015. Minsa. Lima-Perú. 2015.
8. Abeldaño RA, Coca SM. Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014. *Enfermería universitaria*. 2016;13(2):107-113.
9. Renilla, E. Motivos de cancelación de cirugías

- electivas del periodo 2007-2011 en el departamento de anestesiología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis para segunda especialidad] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013.
10. Bernadó AJ, Solanas JAG, Villahoz ER, Díez MM. Cancelación en CMA: incidencia y causas. *Cirugía española: Organo oficial de la Asociación Española de Cirujanos*. 2012;90(7):429-433.
 11. Rajender Kumar, Ritika Gandhi. Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2012 Jan-Mar; 28(1): 66-69.
 12. Gestión de Servicios de Salud. Minsa. Mejorando el acceso y seguridad en la atención de pacientes intervenidos por colecistectomía y hernioplastia sin hospitalización Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria HNCH-Lima. 2012.

Correspondencia

Dr. Jorge Fernández Mogollón

Correo: jorgeluis_59@yahoo.es

Revisión de pares

Recibido: 20/07/2017

Aceptado: 15/09/2017