

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de la productividad quirúrgica del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet”, 2010 - 2017

Surgical productivity characterization of the “Aleida Fernández Chardiet” Clinical Teaching Hospital, 2010 - 2017

Victor Manuel Sierra Alfonso¹ 

I Especialista de I grado en Medicina y en Cirugía General. Asistente. Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet”. Güines, Cuba. Correo electrónico: victorsierra@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la mayor parte de los hospitales, tienen un programa de control de calidad asistencial. Han utilizado, como método básico, la monitorización de la actividad asistencial a través de las comisiones clínicas o de los estudios puntuales en profundidad de los problemas detectados, a través de los auditores médicos.

Objetivo: caracterizar la actividad quirúrgica departamental en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet” en el periodo comprendido desde 2010 - 2017.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se caracterizó la actividad quirúrgica departamental en el hospital y periodo mencionado. Del departamento de estadística y de las actas del Comité de Evaluación de Intervenciones Quirúrgicas se obtuvieron los datos necesarios para esta investigación. El universo estuvo constituido por el total de cirugías realizadas por el departamento quirúrgico en el periodo estudiado, en total 22 378.

Resultados: hubo un aumento de la cirugía mayor del departamento a expensas de la cirugía ambulatoria. La cirugía menor siempre ha sido superior a la mayor y aunque la menor ambulatoria se disminuyó, la menor de urgencia se ha incrementado. El departamento de cirugía general es el de mayor productividad del servicio. Las suspensiones quirúrgicas han afectado la productividad quirúrgica del departamento. El índice de reintervenciones ha disminuido en el hospital.

Conclusiones: el departamento mantiene la productividad quirúrgica y logra disminuir la cirugía menor ambulatoria y las reintervenciones.

Palabras Clave: departamento quirúrgico, productividad quirúrgica, cirugía mayor, cirugía menor, reintervenciones, suspensiones quirúrgicas

Descriptores: servicio de cirugía en hospital/estadística & datos numéricos; procedimientos quirúrgicos menores; cirugía general; segunda



cirugía/estadística & datos numéricos

ABSTRACT

Introduction: most of the hospitals, have a program of Control of Assistance Quality, they have used, as basic method, control of the assistance activity through the Clinical Commissions or of the punctual studies in depth of the detected problems, through the medical auditors.

Objective: to describe the departmental surgical activity at "Aleida Fernández Chardiet" Clinical Teaching Hospital from 2010 to 2017.

Methods: a longitudinal and retrospective descriptive observational study was carried out. The departmental surgical activity in the hospital in the mentioned period was characterized. The necessary data were obtained from the statistic department and from the records of the Evaluation of Surgical Interventions Committee. The universe was formed by all the surgeries carried out by the surgical department in the studied period, in total 22 378.

Results: there was an increase of the major surgery of the department taking into account the increasing of the ambulatory surgery. The minor surgery has always been higher than the major surgery and although the ambulatory minor one decreased, the urgency minor surgery has been increased. The general surgery department has the highest productivity of the service. The surgical interruptions have affected the surgical productivity of the department. The reinterventions index has diminished in the hospital.

Conclusions: the department maintains the surgical productivity and manages to diminish the ambulatory small surgery and the reinterventions.

Key words: surgical department, surgical productivity, major surgery, minor surgery, reoperations, surgical suspensions

Descriptors: surgery department; hospital/statistics & numerical data; minor surgical procedures; general surgery/statistics & numerical data; second-look surgery/statistics & numerical data

INTRODUCCIÓN

Cada año se opera a nivel mundial a uno de cada 25 ciudadanos. En el año 2004 se estimaba un volumen global de cirugía mayor entre los 187 y los 281 millones de casos, cifra que en el estado español ascendió a algo más de tres millones de procedimientos, equivalente a una tasa de 7.027 intervenciones quirúrgicas por cada 100.000 ciudadanos.¹

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creada en octubre de 2004 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. El primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención

sanitaria y el tema elegido para el Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente es la seguridad de las prácticas quirúrgicas.²

El proceso de estudio de un paciente que necesita tratamiento quirúrgico incluye: antecedentes, riesgos (cardiovasculares, neumológicos, neurológicos u otros), estado clínico, revisión de exámenes auxiliares; que va a estar efectuado por el médico cirujano. El anestesiólogo, quien, de considerar necesario, solicitará nuevos exámenes o consultas especializadas. Informa al paciente o a sus familiares sobre el riesgo del acto anestésico, se obtiene el consentimiento informado y la aprobación de la intervención quirúrgica.³

La mayor parte de los hospitales, tienen un programa de control de calidad asistencial, han utilizado como método básico, la monitorización de la actividad asistencial a través de las comisiones clínicas o de los estudios puntuales en profundidad de los problemas detectados, a través de los auditores médicos.⁴

El trabajo de las comisiones tiene como finalidad detectar problemas, estudiarlos en profundidad y plantear las posibles soluciones que se podrían poner para conseguir obtener unos resultados deseables y solucionar aquellas deficiencias que hayan sido detectadas.⁴

En el departamento quirúrgico existen tres de las comisiones clínicas que normalmente existen en un hospital que evalúan el trabajo del departamento. Estas comisiones son: la Comisión de Tejidos, la Comisión de Evaluación de Intervenciones Quirúrgicas y la Comisión de Mortalidad.⁴

La metodología de cada una de ellas es diferente porque estudian aspectos clínicos distintos y por eso tanto su composición como el sistema de recogida de datos a evaluar van a ser diferentes, estos datos son remitidos a la dirección para que lo estudie y ponga en marcha las medidas correctoras como órgano ejecutivo del hospital, ya que sólo él puede dictar estas medidas.⁴

Parte importante de los problemas de calidad pueden ser anticipados, al adoptar medidas antes que éstos ocurran. Este debiera ser el enfoque que privilegie el establecimiento. Las actividades de evaluación consisten, por lo general, en mediciones sistemáticas, periódicas, del cumplimiento de una práctica, comparada con un estándar de referencia. El estándar es la norma interna, protocolo o manual de procedimientos institucional que indica el “cómo” se deben llevar a cabo dichas prácticas. El cumplimiento de la práctica se puede verificar mediante revisión de fichas, registros informáticos, actividades de supervisión u otros.⁵

Las actividades de evaluación llevan implícito el diseño y aplicación de intervenciones o planes de mejora, cuando los resultados de las evaluaciones se encuentran bajo los umbrales deseados, y también implican reevaluar los resultados con posterioridad a la aplicación de dichos planes.⁵

Es importante que la institución analice críticamente la pertinencia de las evaluaciones que realiza, y elimine o corrija aquellas que no aportan información relevante para mantener la calidad de la atención o contribuir a su mejoría. La cantidad y la profundidad de las evaluaciones debe ser la mínima necesaria para cumplir los objetivos de calidad trazados.⁵

El objetivo del Comité de Evaluación de Intervenciones Quirúrgicas es evaluar y perfeccionar los procedimientos llevados a cabo en las intervenciones quirúrgicas, donde realiza un análisis mensual de las intervenciones quirúrgicas mayores.⁶

El departamento quirúrgico del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet” cuenta con una unidad quirúrgica con tres salones, dos para la cirugía mayor electiva y procedimientos menores y uno para la cirugía de urgencia. Dentro de la unidad quirúrgica existe una sala de cuidados mínimos postoperatorios, que cuenta con cuatro camas. Además, se hace uso de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA) para la atención del paciente quirúrgico complicado. Consta de un Servicio de Urgencia y Emergencia de Cirugía General con guardia localizable en las especialidades de Urología, Angiología, Maxilofacial y Anestesiología; esta última, no estuvo física, durante parte del año 2017.

El departamento quirúrgico está formado por las siguientes especialidades: siete especialistas en cirugía general (seis de ellos hacen guardia física), cuatro urólogos (dos de ellos hacen guardia física), cuatro angiólogos (tres de ellos hacen guardia localizable), dos maxilofacial (hacen guardia localizable), un coloproctólogo, cuatro otorrinolaringólogos (dos de ellos hacen guardia localizable) y diez oftalmólogos.

Se encuentra apoyado por un Servicio de Anestesia integrado por cinco especialistas. El resto distribuidos de manera que uno de ellos realiza el turno electivo diurno, mientras los otros se mantienen localizables para la urgencia, con una rotación planificada, que puede tener variaciones cuando sale de vacaciones uno de los médicos o por razones de enfermedad. En esos casos, se queda un solo médico para atender el turno electivo y las urgencias con la consecuente afectación al número de operaciones-día. El departamento quirúrgico cuenta con 16 camas (una sala), de las que hacen uso indistintamente, y según la demanda clínica, las diferentes especialidades quirúrgicas mencionadas.

El servicio de cirugía en diciembre del año 2017 tuvo la lamentable pérdida de un cirujano, el Dr. Reinaldo Rodríguez Rodríguez, a la edad de 82 años, que por problemas de salud había dejado de estar activo; el mismo es intervenido quirúrgicamente de urgencia y fue atendido por quien fuera durante muchos años el cirujano con quien compartiera la mayoría de sus intervenciones quirúrgicas, en un salón adaptado para las intervenciones quirúrgicas de emergencia; después de intervenido, es remitido hacia otro centro hospitalario, donde a pesar del alto nivel profesional de sus miembros y la calidad de la atención, no pudo recibir el calor, atención y afecto en esos últimos instantes de su vida, por sus compañeros de trabajo, en el hospital donde dedicó más de 50 años de su vida profesional; donde a

pesar de no haber sido profesor categorizado, le brindó muchos conocimientos tanto a estudiantes, residentes como a especialistas de dicho servicio de cirugía.

A pesar de múltiples afectaciones que inciden en la productividad quirúrgica del hospital a lo largo de los últimos ocho años, el departamento quirúrgico mantiene su trabajo y logra disminuir los pacientes en lista de espera. Por tal motivo se decide realizar esta investigación con el objetivo de caracterizar la productividad quirúrgica departamental en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet” en el periodo comprendido desde 2010 - 2017.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se caracterizó la actividad quirúrgica departamental en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet” en el periodo comprendido desde 2010 - 2017.

Inicialmente se realizó un encuentro con el responsable del servicio de cirugía y la dirección del centro hospitalario y se solicitó el consentimiento informado para realizar la investigación.

Se revisaron los registros del departamento de estadística* y las actas del Comité de Evaluación de Intervenciones Quirúrgicas y se obtuvieron los datos necesarios para esta investigación.

Se trabajó con el universo que estuvo constituido por el total de cirugías realizadas por el departamento quirúrgico en el periodo estudiado, un total de 22 378 cirugías.

Las variables objeto de estudio fueron: total de cirugías mayor y menor anual, total de cirugías mayores (ingresadas, ambulatorias y de urgencia) y menores (ambulatorias y de urgencia) anuales, la productividad anual por servicios, las suspensiones y las reintervenciones quirúrgicas anuales por servicios.

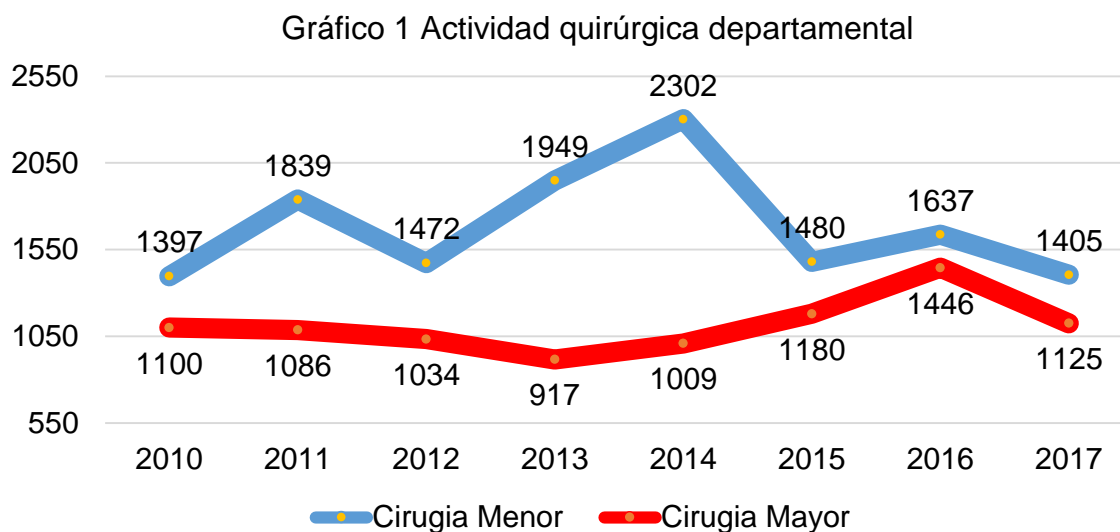
Para el análisis de los datos se utilizó el paquete de programas Microsoft Office de Windows 2007 expresando la información obtenida a través de la estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se muestra la actividad quirúrgica departamental en los últimos ocho años, donde se puede apreciar que la cirugía mayor disminuyó hasta el año 2013 y a partir de aquí comienza a aumentar paulatinamente, aunque en el año 2017 disminuyó.

*Departamento de Estadísticas del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet”.

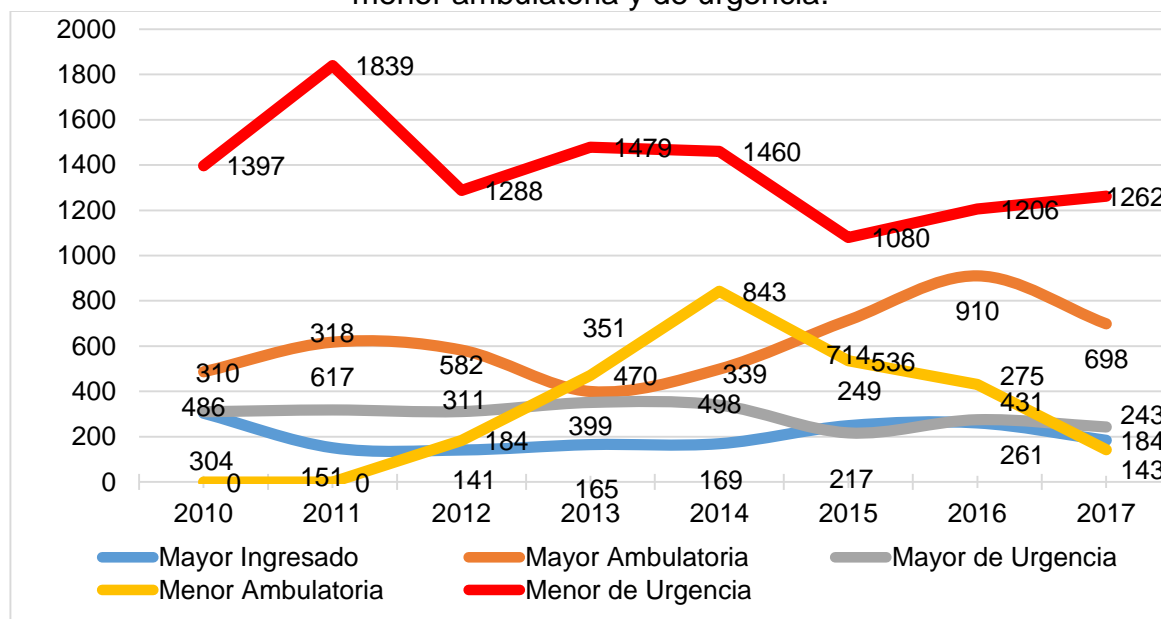
La cirugía menor ha tenido múltiples fluctuaciones en el transcurso de los años con un máximo valor en el año 2014; y aunque en el año 2016 hubo un ligero aumento, en el año 2017 hubo un descenso de la misma (gráfico1)



Al desglosar el comportamiento de la cirugía mayor y menor, se observó un ligero aumento de la cirugía mayor del paciente ingresado, disminuyendo en el último año, existiendo una caída de la cirugía de urgencia y una elevación de la cirugía ambulatoria.

La cirugía menor ha tenido fluctuaciones, ha ocurrido una disminución de la cirugía menor ambulatoria a partir del 2014, mientras que la cirugía menor de urgencia se ha mantenido superior a la ambulatoria (gráfico 2).

Gráfico 2 Comportamiento de la cirugía mayor electiva y de urgencia y la cirugía menor ambulatoria y de urgencia.



Al analizar la productividad anual de cirugía mayor por los servicios del departamento quirúrgico y hacer una comparación entre los años analizados por servicios se evidencia un incremento paulatino de la productividad quirúrgica por los diferentes servicios, en especial del servicio de Cirugía; a no ser el último año donde la productividad se vio afectada de forma general. De la misma forma, es llamativo el incremento general de la productividad quirúrgica del departamento en el periodo 2013-2016 donde se logró un número de casos operados de 917, 1009, 1180 y 1446 respectivamente (tabla 1).

Tabla 1. Productividad anual por servicios del Departamento Quirúrgico de la Cirugía Mayor

Servicios	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cirugía General	726	712	651	698	691	832	1029	825
Urología	164	200	176	120	125	173	159	129
Angiología	67	46	42	52	52	48	80	60
Cirugía Estética	-	-	45	19	71	8	2	-
Maxilofacial	0	0	0	2	28	35	43	23
Ortopedia	108	-	103	6	1	0	1	0
Oftalmología	-	-	-	-	-	-	-	-
ORL	3	0	0	0	0	19	43	28
Coloproctología	-	-	-	-	1	40	55	55
Ginecología	-	-	-	-	15	24	32	5
Obstetricia	-	-	-	-	25	1	2	0
Total	1068	958	1017	917	1009	1180	1446	1125

En el periodo evaluado han existido múltiples afectaciones en la actividad quirúrgica en los diferentes años, siendo el servicio de cirugía en todos los años el más afectado por las suspensiones quirúrgicas (tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento de las suspensiones quirúrgicas por años y servicios

Servicios	2013	2014	2015	2016	2017
Cirugía General	68	43	22	77	40
Urología	1	1	1	21	16
Angiología	4	7	3	1	5
Cirugía Estética	0	1	0	0	0
Maxilofacial	0	1	1	0	2
Ortopedia	12	-	-	-	-
Oftalmología	-	-	-	-	-
ORL	0	0	0	9	2
Coloproctología	-	-	2	14	9
Ginecología	-	-	-	2	-
Total	85	53	29	124	77

Se muestran las reintervenciones quirúrgicas llevadas a cabo por los diferentes servicios y el índice de reintervenciones por año. El año 2014 fue el de mayor índice de reintervención (4.46) existiendo una disminución a partir de entonces, llegando al año 2017 con un índice de reintervención de 1.69 (tabla 3).

Tabla 3 Comportamiento de las reintervenciones quirúrgicas por años y servicios

Servicios	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cirugía General	10	16	22	22	8	26	18
Urología	-	-	-	11	10	-	-
Angiología	-	-	-	-	4	-	-
Cirugía Estética	-	-	-	-	-	-	-
Maxilofacial	-	-	-	-	-	-	1
Ortopedia	-	-	-	-	-	-	-
Oftalmología	-	-	-	-	-	-	-
ORL	-	-	-	-	-	-	-
Coloproctología	-	-	-	-	1	-	-
Ginecología	2	-	2	12	5	1	-
Total	12	16	24	45	28	27	19
Índice de reintervención	1.25	1.57	2.6	4.46	2.37	1.81	1.69

DISCUSION

El descenso de la cirugía mayor hasta el 2013 se debe en gran medida al desmembramiento del servicio de anestesiología del centro donde de seis especialistas solo quedaron cuatro, con seria afectación en la cirugía electiva. Se debe destacar, no obstante, que en los primeros años comparados, entendiéndose 2010 y 2011, el hospital absorbía toda la urgencia de lo que es la actual provincia Mayabeque; pero se debe destacar que a pesar de ello, se tienen los resultados mostrados.

En el 2015 fue suspendida, por decisión de las instancias superiores, la cirugía de urgencia durante la mayor parte de ese año. En el 2017 desde mediados de octubre hubo que reducir la productividad quirúrgica, solo se realizan cirugías ambulatorias con vista a poder trasladar transitoriamente los servicios quirúrgicos para poder realizar la reparación del hospital. A partir de entonces solo se realiza la cirugía de extrema urgencia que no pudiese ser trasladada a otro centro hospitalario porque su inestabilidad hemodinámica pudiera comprometer la vida del paciente en el traslado.

En el país la cirugía mayor también ha tenido fluctuaciones ligeras. A partir del 2011 hubo un descenso hasta el 2014 y desde entonces se ha mantenido en ascenso, también con predominio de la cirugía menor sobre la mayor. En la provincia Mayabeque de forma general en el 2017 la cirugía menor duplicó la cirugía mayor.⁷

El desglose de las cirugías mayores en ingresados, ambulatorias y de urgencia evidencia el impacto negativo en la actividad quirúrgica debido a los cambios ocurridos en el servicio de anestesia, lo que obligó, en virtud de mantener la atención a la población y los índices hospitalarios requeridos, a elevar la cirugía ambulatoria, la gran mayoría de ellas realizadas con anestesia local infiltrativa, al no requerir esta necesariamente de personal de anestesiología especializado, pues es realizada por el propio cirujano. Por otra parte, el decrecimiento de la cirugía de urgencia, durante el final del 2014 y casi todo el 2015, estuvo dado, entre otras razones por la carencia de anesthesiólogos y a decisión administrativa.

Por otra parte, se toma la decisión, por las instancias superiores, la suspensión de la guardia de cirugía a partir de las 4.00 p.m. en el hospital de referencia durante el mes de julio del año 2015 y se deja de realizar un notable número de este tipo de cirugía (urgencias) y el traslado del servicio en el 2017.

En Cuba también la cirugía mayor ambulatoria y de urgencia se ha comportado de forma general muy similar. No fue así en la provincia de Mayabeque, que en el 2017 presentó cifras similares en cuanto a la cirugía ambulatoria y de urgencia, 38.2 % y 38.6 % respectivamente.⁷

La cirugía mayor ambulatoria también conocida como cirugía sin ingreso, permite que los pacientes a los que les será realizada una intervención mayor puedan acudir al hospital el día de la intervención que tienen programada y después de un período de recuperación corto se le da el alta hospitalaria en las primeras horas del postoperatorio, y regresan a su domicilio el mismo día que se realizó la intervención, tras una vigilancia directa y repetida, y hasta el momento en que se cumplan los criterios de alta aceptados; ello permite prescindir de la ocupación de una cama para su ingreso y abarata los costos hospitalarios comparado con otro tipo de cirugías.^{8,9}

Actualmente se reporta que pueden llegar a constituir entre 40-60 % de la cirugía programada y aunque está claro que las fuerzas que han impulsado el cambio de la actividad quirúrgica con ingreso al régimen ambulatorio han sido fundamentalmente económicas, ya que reducen los costos hospitalarios entre 25-75 %, no hay dudas de que ofrecen una serie de ventajas para el paciente que hacen posible que se popularicen y se difundan con mayor rapidez.^{8,9}

El principal objetivo de la cirugía ambulatoria es solucionar el padecimiento con calidad y seguridad. Actualmente constituye uno de los pilares fundamentales para medir desarrollo en lo que asistencia médica se refiere y es muy favorable para pacientes e instituciones de salud por su alto valor humano, pues permite brindar una atención especializada con mayor calidad y con múltiples ventajas demostradas a través de los años.⁹

Actualmente se considera que a nivel mundial puede llegar a representar el 80 % de la cirugía electiva. En Cuba se reportó un 53 % de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias en el año 2014.^{7,10}

La anestesia local infiltrativa tiene muy buenos resultados. Este método anestésico ofrece las siguientes ventajas: menor riesgo en general, buena tolerabilidad por parte del paciente, permite realizar maniobra de Valsalva sin dificultad durante el procedimiento, produce menor dolor en el período postoperatorio (teoría del asta posterior) y facilita la de ambulación inmediata al terminar el procedimiento. Rara vez produce retención urinaria y resulta un método económico. Sus desventajas serían que requiere de una curva de aprendizaje de la técnica de anestesia local y coordinación con el anesthesiólogo para la dosis exacta de sedación en caso de ser necesaria.¹¹

La disminución de la cirugía menor ambulatoria se debe a que por estrategia de la dirección del centro hospitalario, se decide la realización de este tipo de cirugías fuera del centro, en un salón de cirugía menor ubicado en el Policlínico “Luis Li Trigent” del municipio de Güines. La cirugía menor de urgencia siempre ha sido superior a la ambulatoria, pero de forma global afecta este índice hospitalario. Por consiguiente, surgen interrogantes a partir de esto, ¿Por qué se realizan tantos procedimientos menores de urgencia en el hospital?

Estos procedimientos menores de urgencia no son más que la sutura de heridas y la incisión y drenaje de abscesos, que salvo excepciones, pueden ser realizados y además son de conocimiento práctico de los médicos en la atención primaria y que por algún motivo han sido derivados hacia la atención secundaria, que sobrecargan el trabajo del cirujano de guardia y hacen incrementar este índice quirúrgico, que de forma global es superior al de la cirugía mayor y tiene que ser lo inverso.

A pesar que en Cuba también ha habido un aumento de la cirugía menor de forma global. Hay que destacar que la provincia de Mayabeque fue la segunda que menos cirugía menor realizó en el año 2017.⁷

La disminución de la productividad quirúrgica anual por servicios el último año se debe a que el servicio de ortopedia por decisión de instancias superiores desde el año 2014 se traslada y se centraliza la guardia provincial para el Hospital “Leopoldito Martínez” del municipio San José de las Lajas. En el 2014 el hospital abre a la población el servicio de Coloproctología, del cual carecía, y Oftalmología solo realiza consultas externas en los correspondientes policlínicos.

Desde el 2014 por decisión de instancias superiores el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet” cede un salón semanal en múltiples ocasiones para la prestación del servicio quirúrgico de Ginecología al Hospital Ginecobstétrico “Manuel Fajardo” del municipio de Güines; así como al servicio de Obstetricia por afectaciones del salón de operaciones del hospital antes mencionado y decisión de instancias superiores, se decide realizar en el hospital de estudio, las cesáreas que se presentan.

En un estudio en el Hospital General de Xoco se encuentran diferentes resultados, los servicios que más procedimientos quirúrgicos efectuaron fueron: ortopedia 471

(30.8 %), y cirugía general 465 (30.4 %), que suman 61.2 % del total de las operaciones.¹²

La suspensión quirúrgica constituye un indicador de calidad en atención. Son las intervenciones quirúrgicas, cuyo anuncio se efectúa, no se realiza y no puede retirarse el anuncio, si se determina que no puede operarse y se cuenta como operación suspendida. Se clasifican de acuerdo con su imputabilidad al paciente o a la unidad.¹³

Igualmente, la cancelación aumenta el tiempo de estancia hospitalaria y pone en riesgo de infección a los pacientes. Propicia una serie de inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico y mayor estancia hospitalaria, un aumento importante en los gastos. No sólo afecta 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.¹⁴

Cualquier reducción en las tasas de suspensión quirúrgica tiene el potencial de ahorrar importantes cantidades de dinero cuando se extrapola a mayores períodos de tiempo, como puede ser un año; en consecuencia, la reducción de los indicadores de suspensión de cirugías debe constituir una prioridad para los hospitales, ya que los costos de las horas de quirófano no utilizado y de personal recaen únicamente sobre el hospital.¹⁵ De ahí que países como Canadá la tasa de cancelación de cirugías se redujo de 1.5 a 0.7 %.¹²

Las cirugías suspendidas en el hospital objeto de investigación se comienzan analizar en el Comité de Intervenciones Quirúrgicas a partir del año 2013 y en el departamento de estadística no se recogen datos anteriores a este año. Las suspensiones quirúrgicas afectan mayormente al servicio de cirugía. Dentro de los motivos de suspensión ha predominado la causa institucional.

Con relación a las causas del paciente, predomina la descompensación de alguna enfermedad de base en el momento de realizar la cirugía, como ha sido con la hipertensión arterial. Estas suspensiones, muchas de ellas prevenibles, afectan seriamente la productividad quirúrgica del servicio, lo que coincide con un estudio en Perú donde predominan las suspensiones de causa institucional o administrativa. La causa de la suspensión es muy heterogénea y variada, depende en gran medida del centro hospitalario.¹⁴

No se comporta así en el Hospital Universitario "General Calixto García", donde las especialidades que mayor cantidad de pacientes aportan a la lista de suspensiones son los servicios de maxilofacial y cirugía general con 35.1 % y 20.4 % respectivamente.¹⁶

Las reintervenciones se comienzan a analizar en el Comité de Intervenciones Quirúrgicas a partir del año 2011, previo a esto no se recoge ningún dato en el departamento de estadística.

La reintervención quirúrgica se define como la realización de una nueva operación a causa del fallo de la anterior, ya fuera por no cumplirse el objetivo propuesto, por la aparición de complicaciones o por iatrogenias.¹⁷

Una operación que se repite por una misma condición en un mismo paciente en el transcurso de los 30 días posteriores a la primera operación. Incluye la reoperación para reexamen, reoperación por progresión o recurrencia de la enfermedad, o la operación que tiene lugar por una falla operatoria. No incluye las operaciones que se realizan a un mismo paciente en diferentes tiempos quirúrgicos.¹³ Existe literatura que entiende el periodo hasta los 60 días de la primera intervención.¹⁸

Las reintervenciones quirúrgicas tienen una incidencia que oscila entre el 0.5-15 % de las intervenciones realizadas. En la literatura mundial reflejan una incidencia entre el 2 y el 20 %.¹⁸ En Cuba se citan tasas de reintervenciones abdominales entre 1.3 y 2.6 % en servicios de Cirugía General; 10.6 % en salas de Terapia Intermedia de Cirugía y hasta 17 % en Unidades de Cuidados Intensivos.¹⁹

El hospital de estudio comienza a jugar un rol de hospital provincial a finales del año 2010 y por tanto también asume un número mayor de pacientes en estado grave que anteriormente eran derivados a la antigua provincia Ciudad de La Habana. La disminución en el índice de reintervenciones en el año 2015 se debe a un decrecimiento de la cirugía de urgencia, durante el final del 2014 y casi todo el 2015.

Esto es consecuencia, entre otras razones, carencia de anesthesiólogos, suspensión de la cirugía de urgencia, decisión de la dirección provincial durante la mayoría de los meses del 2015; suspensión de la guardia física de cirugía del centro también por decisión de la dirección provincial en el mes de julio del 2015.

La disminución del índice de reintervenciones a partir del 2014 se relaciona con la discusión colectiva en el servicio de la conducta a seguir ante el paciente quirúrgico grave, que es el que con más frecuencia demanda una reintervención.

Se concluye que el departamento mantiene la productividad quirúrgica y logra disminuir la cirugía menor ambulatoria y las reintervenciones.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez A, Zurbano Fernández J. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía: necesaria coordinación entre los niveles primario y secundario de salud. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2015 [citado 7 Dic 2018]; 19(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000200016
2. Ministerio de Salud Pública. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía [Internet]. Santo Domingo: Ministerio de Salud; 2015. [citado 7 Dic 2018] Disponible en: http://190.167.104.68/web/Transparencia/documentos_oai/350/guias/6433/guia_tecnica_seguridad_cirujiaold.pdf
 3. Pattillo JC, Dexter F. Enfrentando el dilema de las suspensiones: características e incidencia de las suspensiones quirúrgicas en un centro académico en Chile. RevChilCir [Internet]. 2018 [citado 7 Dic 2018];70(4):322-28. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-40262018000400322&lng=es&nrm=iso
 4. Cruz Rodríguez J. Un programa para la cirugía mayor ambulatoria. Mediceletrónica [Internet]. 2016 Sep [citado 7 Dic 2018] ; 20(3): 243-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300016
 5. Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. RevHabanCiencMéd [Internet]. 2015 Jun [citado 7 Dic 2018]; 14(3): 373-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000300014
 6. Valera Mena R, García Gutiérrez A. Comité de Evaluación de Intervenciones Quirúrgicas. Rev Cubana Cir [Internet]. 2005 [citado 7 Dic 2018];44(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000400011
 7. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2017 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2018. [citado 7 Dic 2018]. Disponible en: <files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Español-2017-ed-2018.pdf>
 8. Cruz Rodríguez J, Cinta Domínguez L, García Frómata D, Rojas Bez J, Pérez Cedeño Y. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en el tratamiento del paciente con hernia abdominal externa. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2014 [citado 7 Dic 2018];13(6):893-901. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000600010
 9. Gavía García G, Lastre Amell G, Suárez Villa M. Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. EnfermUniv [Internet]. 2014 Jun [citado 7 Dic 2018];11(2): 47-51. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000200002&lng=es&
 10. Cruz Rodríguez J. Evaluación de una guía de procedimientos para cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Medisur [Internet]. 2017 [citado 7 Dic

- 2018];15(5):716-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000500019
11. CaraballosaGarcía VJ, Casanova Pérez PA, GallosaCueto GL, Santana González Chávez A, Orea Cordero I, Caraballosa García L. Resultados del tratamiento quirúrgico de los pacientes operados de hernia inguinoocrural. Rev Méd Electrón[Internet].2016[citado 7 Dic 2018];38(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400006
 12. Olgúin-Juárez P. El análisis factorial para aumentar el rendimiento del quirófano y disminuir la cancelación de cirugía electiva. Rev Cirujano General [Internet]. 2018 [citado 28 Jun 2018]; 40 (2): 78-86. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83466>
 13. Zacca Peña E, Bess Constantén S, Pérez Leyva ME. Sistema de información estadística: actividades de cirugía y anestesia. La Habana: MINSAP; 2013.
 14. Fernández Mogollón J, Santa Cruz Ruiz D, Zapata Velezmoro R, Santa Cruz Polo R. Características de la suspensión de cirugías electivas en un hospital de la Seguridad Social en Chiclayo, Perú:2016. Rev Cuerpo Méd HNAAA [Internet].2017 [citado 7 Dic 2018]; 10(3): 126-31. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/3>
 15. Abeldañoa RA, Cocab SB. Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016 [citado 7 Dic 2018];13(2):107-13. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-tasas-causas-suspension-cirugias-un-S1665706316000294>
 16. Martínez Blanco C, Massip Nicot J, Ortiz Almeida L, Martínez Gálvez I, Santana Lechuga J, Terry Villa O. Suspensión de cirugías electivas en el Hospital Calixto García: causas y prevalencia. 2016-2017. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García" [Internet]. 2017 [citado 28 Jun 2018];5(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.revcaxltxto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/234>
 17. La Rosa Armero Y, Matos Tamayo ME, Rodríguez Fernández Z. Características de las reintervenciones en un servicio de cirugía general. Medisan[Internet]. 2017 [citado 7 Dic 2018]; 21(2):187-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000200009
 18. Báez León-Asdrúbal S, Juárez de la Torre JC, Navarro Tovar F, Heredia Montaña M, Quintero Cabrera JE. Reintervenciones quirúrgicas abdominales no planeadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Puebla. Gac Med Mex [Internet]. 2016 [citado 7 Dic 2018]; 152(4):508-15.

Disponible


en:

https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM_152_2016_4_508-515.pdf

19. Rodríguez Fernández Z, La Rosa Armero Y, Matos Tamayo ME. Factores asociados a la mortalidad en las reintervenciones quirúrgicas. Rev Cub Cir [Internet]. 2017 [citado 7 Dic 2018];56(2): 12-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932017000200002

Recibido: 14/3/2019

Aprobado: 15/5/2019

Dr. Victor Manuel Sierra Alfonso.  Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet”. Güines, Cuba. Correo electrónico: victorsierra@infomed.sld.cu

Citar como: Sierra Alfonso VM. Caracterización de la productividad quirúrgica del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet”, 2010 - 2017. Medimay [Internet]. 2019[citado: fecha de acceso] May-Ago;26(2).120-34. Disponible en: <http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1405>

Contribución de autoría

Todos los autores participaron en la elaboración del artículo y aprobaron el texto final.

Copyright Revista Electrónica Medimay. Este artículo se encuentra protegido con [una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.