

La cancelación de Operaciones Electivas. Problema Nacional*

Dr. Milton Mendoza Blanco**

Dra. Francis Baptista***

Dr. Pedro Martí ***

Dr. Trinette Durán****

Mendoza Blanco M, Baptista F, Martí P, Durán Trinette. La cancelación de operaciones electivas. Problema nacional. Centro Médico, 1990; 36:96-99.

RESUMEN

Se analizaron las causas que produjeron omisión de operaciones electivas en tres hospitales regionales tipos:

"Miguel Pérez Carreño" de Caracas, "Luis Razetti" de Barcelona para la región oriental y Antonio María Pineda de Barquisimeto por la región Centro Occidental.

De 9.683 operaciones para 1987, se cancelaron 1661 (17%) correspondiendo (32%) a falta de tiempo por su utilización del quirófano, inicio retardado, intervalos prolongados y actitudes disciplinadas del personal médico y paramédicos para iniciar las últimas intervenciones programadas. Diecisiete (17%), se debieron a fallas del personal de las cuales 32 a 56% por falta del cirujano o ayudante, 42-58% ausencia de Anestesiólogo y 1,4 al 10% del personal paramédico. Causas médicas justificadas del 10 al 12%; 18% por carencia de materiales y equipos, 6% por exámenes incompletos; siendo injustificadas el 80% de las cancelaciones.

ABSTRACT

Causes of omission of the operations of the three regional Hospitals Miguel Pérez Carreño in Caracas, Luis Razetti in Barcelona in the east region of the country and the Antonio María Pineda in the central west, were analyzed.

On 9683 operations 1661 (17%) were cancelled, for lack of time, subutilization of the operating room, delayed treatments, prolonged intervals and undisciplined attitude of medical personal and paramedics to initiate of the last program intervention.

Absences of surgeons and assistance (32-56%), anesthesiologist (42-58%) and paramedics personal (1,4-10%); justified medical causes 10-12%, 18% absences of material and equipments, 6% for incomplete Exams. 80% unjustified cancellations.

PALABRAS CLAVES

Cancelación, Omisión, Justificación.

INTRODUCCION

El creciente número de pacientes, que en los últimos años son cancelados en los Hospitales públicos nacionales, cuando figurando en los planes quirúrgicos de cirugía electiva, habiendo recibido premedicación anestésica y preparados física y síquicamente para ser operados, son devueltos a sus respectivas salas de hospitalización, son analizados en el presente trabajo, pretendiendo incentivar la preocupación de los cirujanos nacionales para la corrección inmediata de este defecto de atención médica, que no solo repercute seriamente en el detrimento económico de la atención quirúrgica institucional, si no que de manera displicente, desconsiderada y deshumanizada hacia el paciente, menoscaba cada día en su prestigio, ética y responsabilidad nuestra actuación como cirujanos.

MATERIALES Y METODOS

Se analizaron las estadísticas de quirófano y las causas que motivaron la suspensión de operaciones programadas para 1987 en los Hospitales: "Miguel Pérez Carreño" de Caracas, "Luis Razetti" de Barcelona y "Antonio María Pineda" de Barquisimeto como tipo de cada una de las regiones: Capital, Oriental y Centro Occidental respectivamente, comparando sus resultados con los publicados por los Dres. Ricaurte Salom y Pedro Romero⁴ en 1973, en el Hospital Universitario de Maracaibo; igualmente se revisó la bibliografía referente a riesgo anestésico y normas de seguridad para el paciente (Nacionales e Internacionales)^{1,2,3,5} a fin de catalogar la justificación real para omitir llevar a cabo una intervención electiva programada.

RESULTADOS

El número de operaciones electivas canceladas representó un promedio de 17% en relación al número de las programadas, variando del 14 al 21% en los tres hospitales estudiados (Cuadro N° 1); esta incidencia casi duplica la expresada en 1973 por los Dres. Salom y Romero⁴ quienes ya para esa época consideraban elevado el índice de omisiones en las operaciones programadas, lo cual demuestra un evidente deterioro en el tiempo del problema.

*Trabajo presentado en las XLV Jornadas Intercapitulares de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Pto. Ordaz Julio 1988.

** Cirujano Adjunto y Docente del Postgrado de Cirugía del Servicio N° 3, Hospital "Miguel Pérez Carreño".

*** Cirujano Adjunto Hospital Luis Razetti de Barcelona y ex-residente del Servicio N° 3 de Cirugía Hospital "Miguel Pérez Carreño".

**** Residentes del Servicio de Cirugía N° 3.

CUADRO N° 1
Intervenciones Canceladas (Electivas)

Hospital	Lapso	N° Operaciones	N° Canceladas	%	% Promedio
"Miguel Pérez Carreño" (Caracas)	1987 (6 meses)	5.331	770	14	
"Luis Razetti" (Barcelona)	1987 (1 año)	1.829	392	21	17
"Antonio Ma. Pineda" (Barquisimeto)	1987 (1 año)	2.523	499	20	
Universitario* (Maracaibo)	1973	6.477	583	9	

*Referencia: (4)

CUADRO N° 2
Hospitales "Miguel Pérez Carreño" y "Luis Razetti"
Intervenciones canceladas por causa
cuadro comparativo con el estudio de 1973

Causas	N° Casos	%	1973 (Salom-Romero)
"Falta de Tiempo"	249-121	32%-31%	46%
Problemas del Personal (Médico y Paramédico)	125-71	16%-18%	10%
Causas Médicas	93-32	12%-10%	17%
Carencia de Material y/o Equipos	175-59	23%-15%	18%
Exámenes Incompletos	42-24	5%-6,1%	7%
Del Paciente	2-20	0.21%-5%	17%

Al analizar las causas que condujeron a la toma de decisión para omitir operaciones electivas programadas, encontramos una real coincidencia de los factores en todos los hospitales analizados y con los resultados de 1973,4 cuando la falta de tiempo representó casi la tercera parte de las razones para omitir operaciones programadas. Investigando este aspecto pudimos comprobar que en la mayoría de ellas era un inicio retardado (promedio de 1 hora), de la o las intervenciones previas lo que causaba la

suspensión de la última intervención programada, unido esto a falta de interés de miembros del equipo médico y paramédico de quirófano para en horas cercanas al mediodía dar inicio a la intervención correspondiente.

Los problemas del personal de Quirófano que resumen las ausencias de cirujanos y/o ayudantes (32 a 56%), anestesiólogo (42 a 58%), personal paramédico (enfermería y/o técnicos) del 1,4 al 10%, en los tres hospitales estudiados para 1987, contrastan radicalmente con el estudio de 1973, cuando las ausencias de cirujanos y/o ayudantes fueron del 8,4% anestesiólogos del 1,7% y ninguna ausencia de personal paramédico, lo que representa también un deterioro en la mística y responsabilidad del personal médico y en menor grado pero significativa del paramédico.

Las causas médicas (crisis hipertensiva) cuadros gripales o respiratorios, ó enfermedades súbitas intercurrentes, sangramiento menstrual etc) tuvieron una incidencia del 10 al 12% en los tres hospitales estudiados, para omitir intervenciones programadas, cercana o lo expresado en 19734 la cual fue del 17%.

La carencia de materiales y/o equipos ha permanecido en el orden del 15 al 23% como causa, de cancelación, sensiblemente igual (18%), que en el estudio de Salom y Romero;4 igualmente que exámenes incompletos (Laboratorio, cardiovascular, etc.). 5-6, 1% en 1987 y 7% en 1973, lo que demuestra que persistimos los cirujanos en el error de revisar un poco a la ligera los exámenes necesarios que debe tener un paciente que va a ser operado.

Por actitudes negativas del paciente a la intervención solamente se presentaron del 0,2 al 5% en contraste con el 17% del estudio de 1973, lo que demuestra su vivo interés por solventar el problema quirúrgico que padecen.

CUADRO N° 3
Justificación de Operaciones Canceladas
(Porcentaje)

Hospital	Justificadas	No Justificadas
"Miguel Pérez Carreño" (1987)	119 (15%)	651 (85%)
"Luis Razetti" (1987)	98 (25%)	294 (75%)
"Universitario de Maracaibo" (1973)	116 (20%)	467 (80%)

*(4)

Al igual que en el pasado, la justificación real para omitir una operación programada, la encontramos del 15 al 25%, no justificándose del 75 al 85% el que hayamos tomado la decisión de cancelar la intervención.

Estos resultados hablan por sí solos del necesario cambio de actitudes, para corregir nuestros errores de actuación.

DISCUSION

Aún cuando las causas médicas y exámenes incompletos solamente representaron 16%, pero que sumados al 18% de carencia de material conforman algo más de la tercera de las causas que motivan la omisión de intervenciones programadas, es conveniente conocer que las normas que clasifican el riesgo anestésico, propuesta por la Asociación Americana de Anestesiología (ASA)^{2,3,5} y recomendadas por la Sociedad Venezolana de Anestesiología con el aval de la Secretaría de Doctrina de la Federación Médica Venezolana,⁵ son de obligatorio acatamiento y que cumplidas podran hacer disminuir el índice de cancelaciones.

El paciente A.S.A. 1: paciente normal salvo la lesión que ocasiona la intervención que amerita.

A.S.A. 2: Con enfermedad sistémica leve.

A.S.A. 3: Con enfermedad sistémica grave no incapacitante.

A.S.A. 4: Con enfermedad sistémica grave que es un peligro constante para la vida.

A.S.A. 5: Moribundo; sobrevida esperada no mayor de 24 horas.

La operación Tipo A: No requieren hospitalización ó no prevea hospitalización mayor de 24 horas.

Tipo B: Requiera hospitalización mayor de 24 horas, transfusiones o ablaciones sin necesidad de cuidados especiales post operatorios.

Tipo C: Requiera cuidados especiales post-operatorios.

Así clasificado el paciente y la operación propuesta requerirá:

1) A.S.A. 1 Tipo A: Hematología, tipo sanguíneo, tiempo de protrombina (P.T.) y tiempo parcial de tromboplastina (P.T.T.), evaluación cardiovascular si es mayor de 40 años o cualquiera sea la edad si hay síntomas cardiovasculares.

2) A.S.A. 1 Con operaciones Tipo B y C: lo anterior más urea, creatinina y glicemia.

Requiriendo el Anestesiólogo instrumentos de monitoreo, máquina de anestesia, máscaras de todos los tamaños, cánulas, tubos, succión estetoscopio, catéteres, Agujas para venoclipis, fármacos anestésicos, ventiladores automáticos, desfibrilador, equipo para calentamiento de la sangre y disponibilidad de ella.

Pacientes A.S.A. 1 y 2 con operaciones B y C o A.S.A. 3 con operaciones A y B: control automático de presión arterial y acceso a vía central.

A.S.A. 1,2,3 operaciones Tipo "C" o A.S.A. 4-5 en cualquier operación, monitoreo automático de presión arterial, vía venosa central y catéter en arteria pulmonar, y las salas de recuperación: Oxígeno y succión central, tensiómetro y monitor cardíaco.

La presencia de un proceso séptico respiratorio, status asmático

en un paciente que va a ser operado, especialmente con anomalías ventiloperfusionales al estudio gasométrico, contraindicaría la operación,¹ e igualmente la insuficiencia cardíaca^{1,2,3} debería ser compensada así como las crisis hipertensivas. En general se consideran de alto riesgo la presencia de galope, con ingurgitación yugular, arritmias distintas a la sinusal, infarto reciente (menos de 6 meses) mayores de 70 años, con alteraciones gasométricas (PO₂ menos de 60, PCO₂ mayor de 50, K: menor de 3, creatinina mayor de 3), que implicarían corrección de estos parámetros antes de proceder a operar.²

CONCLUSIONES

Del análisis de la investigación realizada podemos concluir:

- 1) Se observa un incremento del índice de operaciones electivas canceladas en los hospitales nacionales tipos estudiados, el cual es del orden del 17% de las intervenciones programadas para 1987.
- 2) Siendo la falta de tiempo la causa fundamentalmente aducida en casi la tercera parte de las cancelaciones, pudimos comprobar que en la mayoría de ellas los inicios con retraso del plan quirúrgico (1 hora como promedio), los intervalos prolongados entre una y otra operación así como la falta de interés por iniciar la última intervención programada, contribuyeron a omitir con frecuencia intervenciones a segunda y tercera hora, siendo indispensable la corrección de estos errores de procedimiento para disminuir el índice de cancelaciones mediante el mancomunado trabajo responsable de los integrantes médicos y paramédicos del equipo quirúrgico.
- 3) Es necesario el rescate de la mística y responsabilidad médica para contrarrestar el que las ausencias de cirujanos, ayudantes o anestesiólogos, responsables directos del 33 al 58% de la omisión de operaciones electivas programadas pueda ser corregida con objeto de brindar una asistencia más humana y considerada al paciente.
- 4) Le recomienda a los cirujanos y directivos institucionales percatarse acuciosamente de los exámenes recomendados por la Sociedad Venezolana de anestesiología avalados por la comisión de doctrina de la Federación Médica Venezolana⁵ y la Asociación Americana de Anestesiología,^{1,2,3} a fin de contribuir para hacer corregir las causas médicas, completar los exámenes requeridos de acuerdo al riesgo anestésico y dotar de los equipos e instrumentos indispensables para evitar cancelaciones por carencia de Recursos mínimos.
- 5) Al margen del incremento obvio de los costos de hospitalización lo cual no analizamos pero que fueron conclusión relevante en el estudio de los Dres. Salom y Romero,⁴ recomendamos igualmente planificar la utilización integral de los quirófanos, estimulando su mejoramiento físico y humano en concordancia con la demanda actual existente.

REFERENCIAS

1. Bendixen Henrik: "Manejo Anestésico de pacientes con enfermedad pulmonar". Memorias del IV Congreso Venezolano de Anestesiología; 1-2, Maracaibo, Dic. 1970.
2. Brunner Edward: "Preanesthetic Evaluation And Preparation". In: Shields Thomas, General Thoracic Surgery, Lea and Febiger second edit. 17: 243-253, 1983.
3. Miller Ronald: Preoperative procedures Associated with

Anesthesia".

In: Lawrence Way, current surgical diagnosis and treatment. Lange Med. Public. Seven edit. 12: 162-164. 1985.

4. Salom Gil Ricaurte y Romero Pedro: "Análisis de causas y costos por intervebciones quirúrgicas omitidas en un hospital general para adultos". Técnica Hospitalaria. XX (1): 76-79. Marzo, 1973.

5. Sociedad Venezolana de Anestesiología: "Principios y normas generales para la atención del paciente en el acto anestésico". Mimiografiado, Nov. 1987.