

# HOSPITAL MILITAR CLÍNICO. QUIRÚRGICO DOCENTE” COMANDANTE MANUEL FAJARDO RIVERO”

Santa Clara, Villa Clara

## CONTRIBUCION DE LACIRUGIAMAYORAMBULATORIAGINECOLOGICAAL PRESUPUESTO DE LASALUD

\*Dr. Abraham D. Reyes Pérez. Calle Blanca Pérez Núm. 153 entre Virtudes y Amparo, Reparto Médico, Santa Clara. Teléfono: 21 57 73

\*\*Dr. Javier Cruz Rodríguez. Calle C Núm. 57 entre Primera y Segunda, Reparto Santa Catalina, Santa Clara. Teléfono: 21 11 73

\*\*\*Dr. Humberto Raúl Alvarez Luna. Calle Segunda, edificio 32, apartamento 14, entre G e I, Reparto Santa Catalina, Santa Clara. Teléfono: 20 50 14

\*\*\*\* Lic. María del Carmen Rodríguez Fernández. Calle C Núm. 57 entre primera y segunda, Reparto Santa Catalina, Santa Clara. Teléfono: 21 11 73

\*Especialista Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar ISCM-VC..

\*\*Médico General.

\*\*\*Médico General.

\*\*\*\*Licenciada en Economía. Profesora de nivel superior Economía. Instructora.

### RESUMEN

Se realizó un estudio observacional-descriptivo de 596 pacientes con afecciones ginecológicas, operadas por el método de cirugía mayor ambulatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital Militar Docente Clínico-Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo Rivero” de Santa Clara, durante el período comprendido desde el 7 de enero del 2001 hasta el 6 de julio del 2003, con el propósito de determinar la incidencia de la Cirugía Mayor Ambulatoria en Ginecología en cuanto a la evolución de las pacientes, los indicadores de calidad del centro hospitalario y la reducción de los costos, así como su aceptación. El ahorro fue de 40 4213,53 (moneda nacional), sin detrimento de la salud de las pacientes intervenidas por este método, lo que da una medida de lo necesario de incrementar esta modalidad en el país. El método tuvo buena aceptación en 93,9% de los encuestados. El 100 % de las pacientes fue seguida por consulta especializada de cirugía y el Médico de la familia.

**Palabras clave:** Cirugía mayor; Cirugía ambulatoria; Costos de servicio.

## INTRODUCCION

Las Unidades Presupuestadas son las entidades que reciben del Estado los recursos destinados a financiar los diferentes servicios que presta. Son aquellas que se dedican a recibir, ejecutar y controlar los recursos financieros que el Estado les brinda para financiar sus actividades, cuyo objeto social es la prestación de servicios sociales y donde el resultado de su gestión económico-financiera no se mide por la obtención de un determinado nivel de rentabilidad, sino por la ECONOMÍA (GASTAR MENOS lo cual presupone la utilización de los recursos tanto en la cantidad y calidad apropiadas, como al menor costo posible, y de manera oportuna), EFICIENCIA (GASTAR BIEN teniendo en cuenta una relación insumo/servicio con un estándar aceptable) y EFICACIA (GASTAR SABIAMENTE al alcanzar los objetivos propuestos con un pleno nivel de satisfacción por parte de los usuarios del servicio) en la utilización del presupuesto, contribuyendo al desarrollo económico-social y al incremento del bienestar del pueblo.<sup>1,2</sup>

Dentro de los sectores priorizados en el Presupuesto se encuentra la Salud Pública, donde se desarrolla una verdadera revolución para lograr la excelencia de los servicios y, por ende, continuar elevando la calidad de vida de la población, por lo que a pesar de las limitaciones económicas, el Estado no escatima recursos y esfuerzos para el logro de tal objetivo.

Una muestra de lo que en este sector puede hacerse en función de disminuir los costos y aprovechar al máximo los recursos asignados por el presupuesto para la salud lo constituye la cirugía mayor ambulatoria (CMA), la cual se refiere a intervenciones quirúrgicas realizadas en pacientes no hospitalizados, sin tener presente el tipo de anestesia utilizada, en las cuales es necesario y recomendable un período de recuperación u observación postoperatoria corta del enfermo, que tiene como objetivo primordial realizar las intervenciones que anteriormente precisaban de ingreso hospitalario, sin dicho ingreso, dando el alta hospitalaria en las primeras horas del postoperatorio con la intención de proporcionar un servicio excelente.

Este concepto es diferente al de Cirugía de Corta Estancia o de Alta Precoz, que es aquella que resuelve patologías de Cirugía Mayor con estancias entre uno y tres días.<sup>3-6</sup>

Nuestro país, inmerso en el adelanto científico-técnico de la cirugía, no ha permanecido ajeno al renovador paso que representa la CMA instituyéndose como Programa Nacional por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) en 1988. En 1997 el MINFAR estableció su aplicación en las instituciones hospitalarias que también pertenecen a este ministerio. El presente trabajo aborda la influencia que en los resultados económicos de la entidad y para la salud de las pacientes intervenidas quirúrgicamente, tuvo la aplicación de la CMA en Ginecología en el servicio de cirugía del Hospital Militar Docente Clínico-Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo Rivero" de Santa Clara, durante el período comprendido desde el 7 de enero del 2001 al 6 de julio del 2003.

## METODOS

Se realizó un estudio observacional-descriptivo de 596 pacientes con afecciones ginecológicas, operadas por el método de cirugía mayor ambulatoria en el servicio de Cirugía del Hospital Militar Docente Clínico-Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo Rivero" de Santa Clara, durante el período comprendido desde el 7 de enero de 2001 hasta el 6 de julio del 2003.

Esta modalidad incluyó a todas las pacientes que desearon operarse por este sistema, que contaban con médicos de la familia debidamente informados de la intervención quirúrgica de su paciente, cuya afección se encontraba en uno de estos grupos: ovarios, trompas, útero, cuello uterino, mama, vejiga orecto.

Para recoger la información se elaboró una ficha, en la cual se vertieron los datos provenientes del libro de intervenciones quirúrgicas, del libro de consulta externa, de las historias clínicas individuales de los pacientes y de la ficha de costo por intervención. La encuesta para conocer la aceptación de la CMA se aplicó a 180 pacientes. Los datos se introdujeron en el programa *Microsoft Excel* para su procesamiento y fueron reflejados en tablas para su análisis y discusión.

## RESULTADOS

En el hospital se realizaron, en el período de estudio, un total de 3 634 intervenciones quirúrgicas y de ellas 1 947 correspondieron a CMA; por lo que las 596 correspondientes a CMA-Ginecológica representaron 16,40% del total de intervenciones quirúrgicas y 30,61% del total de CMA. Se realizaron 791 intervenciones en cirugía mayor ginecológica, por lo que las 596 correspondientes a la CMA-ginecológica representaron 75,35%. (Tabla 1).

**Tabla 1**  
**Incidencia de las intervenciones Ginecológicas por CMA**

<i>Intervención</i>	<i>Ambulatorias</i>	<i>Total</i>	<i>CMA %</i>
Histerectomía total abdominal	82	170	48,24%
Histerectomía vaginal	20	34	58,82%
Salpingectomía	197	216	91,20%
Colporrafias	73	98	74,49%
Amputación de cuello	12	16	75,00%
Anexectomía	2	7	28,57%
Manchester	5	6	83,33%
Cuadrantectomía + Mastectomía	11	18	61,11%
Marshall-Marchetti-Krantz	2	4	50,00%
Conización	1	2	50,00%
Legrado Diagnóstico	138	157	87,90%
Plicatura de Kelly	1	2	50,00%
Miomectomía	3	4	75,00%
Exéresis de nódulo de mama	49	57	85,96%
TOTAL	596	791	75,35%

**Fuente:** Libro de intervenciones quirúrgicas.

Los indicadores de calidad, empleados en este estudio, se comportaron de forma muy favorable ya que ninguna de las pacientes programadas como CMA tuvo que ser ingresada en el hospital por complicaciones, mala selección de la paciente o del procedimiento por lo que la tasa de ingresos fue de 0,00%; por otra parte,

ninguna de las pacientes intervenidas por CMA una vez dada de alta fue ingresadas por complicación alguna, siendo de 0,00% la tasa de reingresos.

Las 19 pacientes que acudieron a consulta con alguna complicación después de la intervención determinaron que la tasa de complicaciones reportadas en consulta fuese de 3,2%. Las complicaciones fueron: disuria (11), granuloma de la herida (5), seroma de la herida (1), hematoma de la herida (1) y granuloma de la cúpula (1). Ninguna intervención programada como CMA fue suspendida por lo que la tasa de cancelación quirúrgica fue de 0,00%.

La Tabla 2 refleja los resultados de la encuesta de satisfacción practicada a 180 pacientes al alta definitiva, donde 93,9% de las encuestadas ofreció una buena opinión sobre el método y 95,0% sobre el seguimiento.

**Tabla 2**  
**Opinión sobre el método y el seguimiento**

<i>Opiniones</i>	<i>Bueno</i>		<i>Regular</i>		<i>Malo</i>	
	Núm.	(%)	Núm.	(%)	Núm.	(%)
Opinión del método	169	93,9	10	5,5	1	0,6
Opinión del seguimiento	171	95,0	8	4,4	1	0,6

**Fuente:** Encuestas realizadas.

En la Tabla 3 es mostrado el ahorro que produce la aplicación de la CMA-ginecológica. El costo de un paciente en el servicio de cirugía por día de estadía hospitalaria es de 119,20 (dato ofrecido por el Departamento de Contabilidad). Si se hubiesen realizado las 791 intervenciones de CM-ginecológica con ingreso hospitalario, se hubiese incurrido en gastos por valor de \$ 442 194,57, pero como se realizó de forma ambulatoria 75,35% de las operaciones, se logró un ahorro de \$ 404 213,53 que representó una reducción de los costos en 91,41%.

Tabla 3

## Determinación de la reducción de los costos con la CMA-Ginecológica

Intervención	Estadía (días)	Costo CMA	Costo (CM) no amb.	Ahorro por Inter.	Ahorro total (*)
Histerectomía total abdominal	6	118,04	833,24	715,20	131971,52
Histerectomía vaginal	5	80,57	676,57	596,00	21391,98
Salpingectomía	3	64,30	421,90	357,60	78463,30
Colporrafias	4	52,38	529,18	476,80	48035,90
Amputación de cuello	6	63,99	779,19	715,20	11699,16
Anexectomía	6	68,46	783,66	715,20	5348,70
Manchester	4	84,40	561,20	476,80	2945,20
Cuadrantectomía + Mastectomía	6	80,02	795,22	715,20	13433,74
Marshall-Marchetti-Krantz	5	68,41	664,41	596,00	2520,82
Conización	5	63,99	659,99	596,00	1255,99
Legrado Diagnóstico	3	44,37	401,97	357,60	56986,23
Plicatura de Kelly	3	60,92	418,52	357,60	776,12
Miomectomía	4	73,67	550,47	476,80	1980,87
Exéresis de nódulo de mama	4	28,30	505,10	476,80	27404,00
TOTAL	-	-	-	7628,80	404213,53

**Fuente:** Departamento de contabilidad e historias clínicas.

(\*) El ahorro total fue calculado considerando que todas las intervenciones fueron practicadas con ingreso hospitalario y deduciendo de ese costo total, el costo de las ambulatorias.

## DISCUSION

La relación costo-efectividad de la CMA es reconocida internacionalmente. En España, se realizan de 35-40% del total de las intervenciones por CMA. 7. En la década de los 90, las intervenciones realizadas por esta modalidad en EEUU representaban 60-70% de la totalidad de las cirugías practicadas, pero el número en otras partes del mundo es menor.8,9

Con el perfeccionamiento de la Atención Primaria de Salud, el aumento de la confianza de los cirujanos en la CMA, los beneficios que recibieron los pacientes y las ventajas económicas que brinda el método al país; se produjo un incremento en la cantidad de pacientes intervenidos por este procedimiento, que ha sido también señalado por otros autores.4,5,10 Hubo una disminución importante en los costos hospitalarios, sin afectar al paciente, así como la eliminación de la lista de espera; este mismo ahorro ha sido señalado en otras investigaciones. 5,11,12

En el presente estudio, sólo se encontraron 50 pacientes con complicaciones, lo que representó 5,% aproximadamente. Según parámetros de la Organización Mundial de la Salud ha de encontrarse entre 2,5 y

12% el rango de complicaciones; 13 además, consideramos que este aspecto fue propiciado por el riguroso cumplimiento de las medidas de asepsia, antisepsia, hemostasia y técnicas quirúrgicas.

En el ámbito mundial sólo 3,4% de los pacientes intervenidos por CMA requieren hospitalización por complicaciones, 14 aunque la incidencia de ingresos no esperados oscila de 0,09-16%, dependiendo de la complejidad de los procedimientos quirúrgicos que se practican. 3 En este estudio ningún paciente requirió reingreso.

Si tenemos en cuenta que internacionalmente se considera ideal que se realice 30% de las intervenciones programadas como CMA, 5 resulta meritorio que en la CMA ginecológica efectuada, no ocurriese cancelación quirúrgica.

En el mundo, existe actualmente una amplia aceptación de la CMA; han sido reportados altos porcentajes de satisfacción, como 95,6% por algunos autores, 11 pudiendo alcanzar hasta 99,6%, según otros. 12

Consideramos que la aplicación de este método de intervención quirúrgica, ha demostrado ser necesario y factible por los beneficios sociales y económicos que brinda, pues ofrece una óptima relación entre insumos y resultado, beneficio y costo, resultado y tiempo, teniendo en cuenta la eficacia en el logro de los objetivos con un pleno nivel de satisfacción de las pacientes con el propósito de ofrecer un servicio de excelencia.

**ABSTRACT:** Contribution of the gynecological ambulatory bigger surgery to the healthcare budget.

This is an observational and descriptive study that was done in "Comandante Manuel Fajardo Rivero" Hospital of Santa Clara in 596 patients with gynecologic affection that were operated on major ambulatory surgery from 7th of January 2001 to 6th of July 2003. In this study we have wanted to show the result of this surgical modality respecting evolution of patients, indicators of quality of the hospital, cost reduction and acceptance of this type of surgical procedure. An amount of \$ 40 4213,53 was reduced without detriment of patients health. 93,9% of the patients who took the survey were satisfied with this method. We consider that is necessary to increase this surgical modality in all the country.

**Key words:** Major surgery; Ambulatory surgery; Service costs.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 Alhama Belamaric R., Alonso Arrastía F. y Cuevas Cañizares R. Perfeccionamiento empresarial. Realidades y retos. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2001, p. 108.

2 Sito Cabo A. Selección de Temas Contabilidad y Finanzas. Curso básico. Tomo I. Marzo, 1998, p. 51-52.

3 Farreras - Rozman. Tratado de Medicina Interna. 14a edición [CD-ROM]. Madrid, España: Ediciones Harcourt; 2000.

4 Martínez Ramos G., Torres Fraguela S., González Delis R. y Garrido Lena L. I. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria. Estudio de 5 años Hospital Militar Clínico-quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo Rivero", Santa Clara, Villa Clara. Rev Cubana Cir 2003;42 (4); URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol42\\_4\\_03/cir05403.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol42_4_03/cir05403.htm)

- 5 Carrasco L. La Aportación de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en el servicio de cirugía general de un hospital de segundo nivel. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 1999; 4 (3):480-3.
- 6 Martínez Ramos G., Torres Fraguela S., González Delis R., Garrido Lena L.I., Betancourt Cervantes J. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria. Estudio de seis años. *Medicentro [Revista electrónica]* 2004; 8 (1). URL disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v8n104/cirurgiamayor70.htm>
- 7 Raich Brufau M. Cirugía Mayor Ambulatoria: un beneficio para todos. *Cirugía Mayor Ambulatoria*. 2001; 6 (1):9-10.
- 8 Rawal N. Analgesia en CMA. *British Journal of Anesthesia*. 2001; 87:73-87.
- 9 Kremer C, Duffy S, Moroney M. Patient satisfaction with outpatient hysteroscopy versus day case hysteroscopy: randomized controlled trial. *BMJ*. 2000; 29;320:279-82.
- 10 [Pérez Fouces F., Rodríguez Ramírez R., J.F. Puertas Álvarez y González Rondón P.L.](#) Cirugía mayor ambulatoria en el servicio de cirugía general. Hospital Militar Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba. *Rev Cubana Cir*. 2000;39 (3):184-7.
- 11 Ferrer Pérez A, Torres Fraguela S, Ramírez Álvarez R, González Delis R, Cabrera Dreque C, Reyes Pérez A, et al. Perioperatorio de la cirugía mayor ambulatoria. Estrategia de calidad. *Medicentro [Revista electrónica]* 2002; 6 (1): URL disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v6n102/perio.htm>
- 12 Rodríguez A, Valdés PG, Armas JC, Valdés FR. Comportamiento de la cirugía mayor aplicada a pacientes ambulatorios. *Rev Cubana Cir*. 2001; 40 (1):33-7.
- 13 [Domínguez Lanuza J. C, Zamora Santana O., Rodríguez Reyes J.F. y Rodríguez Soto M. E.](#) Cirugía general mayor ambulatoria y de corta hospitalización: Experiencia de 5 años de trabajo. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "Miguel Enríquez" *Rev Cubana Cir*. 1999; 38 (1):52-6.
- 14 Múgica Jon. V Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria. [Artículo electrónico] 2001 [Consultado el 7 de octubre de 2004]. URL disponible en: [http://diariomedicovd.recoletos.es/edicion/componentes/noticia/VersionImprimirDM\\_cmp/0,3237,63473,00.html](http://diariomedicovd.recoletos.es/edicion/componentes/noticia/VersionImprimirDM_cmp/0,3237,63473,00.html)