
NORMAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN RESPECTO DE:
ANÁLISIS DE REOPERACIONES QUIRÚRGICAS NO PROGRAMADAS

Introducción

Reoperación quirúrgica no programada es la realización de una intervención quirúrgica no planificada a un paciente ya operado como consecuencia de la cirugía primaria, dentro de los primeros 30 días de la intervención.

Se entiende por una reoperación quirúrgica programada aquellas cirugías en que en el período preoperatorio o post operatorio inmediato se ha documentado en la ficha clínica que el paciente requiere de una segunda intervención o que exista una posibilidad de que se requiera una segunda intervención.

La reoperación quirúrgica no planificada incide directamente en los resultados finales para el paciente, el equipo que interviene en la cirugía, el que aplica los cuidados y con el establecimiento. La incidencia, dependiendo de la complejidad de los pacientes varía entre 1.7% y 11.2%, en cirugías de adulto e infantil^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}. La incidencia por tipos de cirugía es variable: 26,3% en trasplante renal, 8,7% en cirugía vascular periférica, 8,5% en *bypass* gástrico, 6,8% en resecciones de intestino delgado, 6,3% en laparotomía diagnóstica, 3,0% en colecistectomía, 2,5% en *bypass* coronario (por sangramiento), 1,2% en cirugía mamaria y 0,1% en herniorrafia^{1, 2, 12}.

La mayoría de las reoperaciones reflejan problemas relacionados con los procedimientos quirúrgicos en sí. Una revisión de 447 casos de reoperaciones encontró que la causa en el 70% fue por errores en la técnica quirúrgica y 21% por la comorbilidad asociada². Otra revisión de 107 reoperaciones, mostró que el 85% se debió a la técnica quirúrgica original; de éstos el 18% relacionados con anastomosis y 23% infección y dehiscencia¹. Otras causas frecuentes de reoperación son dehiscencia de anastomosis, perforación intestinal, peritonitis, obstrucción intestinal por bridas o adherencias⁷. También se han identificado como causas la filtración de la anastomosis, infección de la herida, íleo post-operatorio y la oclusión vascular^{1, 13, 14}.

La mortalidad es mayor en el grupo de pacientes que se reopera comparado con aquellos no reoperados^{1, 2, 7, 8}; en pacientes pediátricos reoperados fue de un 8% y 4.4% en el grupo no reoperado⁶. En adultos la mortalidad en reoperaciones de resección pancreática fue de 33% versus 3,7% en los no reoperados, para esófago - gastrectomía 100% versus 4,2% y en funduplicatura laparoscópica 50% versus 0%¹.

El impacto de una reoperación precoz se expresa en aumento de 8 veces las infecciones del sitio operatorio, triplica el tiempo de estadía hospitalaria y en 10 veces la mortalidad operatoria^{5, 7}.

La reoperación no planificada ha sido utilizada como un indicador de calidad de la atención si ciertas condiciones se cumplen como el registro preciso y completo de las causas de reoperación seguida de un ajuste de las tasas por riesgo².



Se conocen pocas intervenciones eficaces para mejorar la calidad de la técnica quirúrgica a excepción del entrenamiento profesional. Estudios que evalúan revisiones clínicas de casos con retroalimentación pueden ser eficaces para mejorar la práctica, en particular cuando el cumplimiento inicial de la práctica es bajo y cuando las opiniones se brindan en forma activa¹⁵. Las lecciones aprendidas de las revisiones rutinarias de casos de reoperaciones quirúrgicas han sido de utilidad en el proceso educativo continuo de los equipos médicos para poder generar cambios en conductas y técnicas quirúrgicas¹.

El impacto de intervenciones para disminuir las reoperaciones dependerá de las causas más frecuentes en el nivel local, del tipo de pacientes, técnicas quirúrgicas utilizadas y entrenamiento de los equipos médicos.

Propósito de la intervención

Revisar las condicionantes que más frecuentemente se asocian a reoperaciones no planificadas para establecer las medidas preventivas de acuerdo a la realidad local.

Estrategia

Análisis y discusión en reunión clínica de cada una de las reoperaciones no programadas ocurridas en cada servicio quirúrgico.

Objetivos generales

Identificar y analizar las causas más frecuentes de reoperaciones no programadas en los servicios quirúrgicos.

Objetivos específicos

Retroalimentar a los equipos quirúrgicos sobre las causas de reoperaciones no programadas identificadas y su análisis como una instancia para mejorar la práctica y técnicas quirúrgicas.

Normas para su aplicación

1. La Dirección Médica de cada Prestador Institucional designará formalmente un profesional médico responsable de implementar la estrategia en la totalidad de la actividad quirúrgica de la organización; de dirigir, supervisar y coordinar las actividades necesarias para realizar la evaluación de los casos de reoperaciones no programadas.
2. La fuente de información sobre la nómina de pacientes reoperados será la base de datos de intervenciones quirúrgicas realizadas en cada servicio quirúrgico durante un mes en la institución.
3. Para identificar los pacientes reoperados, el (la) encargado(a) del programa de Calidad de la Institución Prestadora de Salud solicitará a Servicios Quirúrgicos el listado del total de pacientes operados en los 30 días anteriores. Posterior a ello, procederá a ordenar el listado utilizando el identificador seleccionado por la Institución; a partir de ella se obtendrá el listado de pacientes reoperados en el período.
4. El profesional médico responsable, analizará este listado para identificar los pacientes reoperados no programados y eliminará aquellos pacientes en que la segunda intervención estaba planificada o constituía una segunda etapa de su tratamiento.



5. Todas las reoperaciones no programadas serán presentadas dentro de los 20 días siguientes a la reoperación en reunión clínica de servicio por el primer cirujano de equipo de la primera intervención y comentadas por un cirujano par del servicio quirúrgico.
6. Si un paciente es reoperado no programado más de una vez en el período, se presentará en reunión la primera reoperación no programada.
7. En cada caso se presentará brevemente: diagnóstico y operación primaria, incidentes de la cirugía, evolución post operatoria, causa que motivó la reoperación y conducta quirúrgica adoptada como solución.
8. La información mínima a presentar en reunión clínica de cada paciente reoperado no programado será:
 - a. Identificación del o la paciente (edad, sexo)
 - b. Diagnóstico clínico preoperatorio de primera intervención
 - c. Operación realizada y fecha, incluye cualquier incidente destacable durante el acto quirúrgico
 - d. Evolución post operatoria
 - e. Causas de reoperación, hallazgos, operación realizada y fecha
 - f. Estado actual del o la paciente
 - g. Comentario breve sobre el caso por otro cirujano asignado por jefe de servicio clínico que resuma los aprendizajes
 - h. Información consolidada debe quedar
9. Cada reunión de análisis de reoperaciones no programadas se documentará con un acta según formato adjunto en anexo N° 1,

Supervisión del cumplimiento de la normativa

Esta norma se evaluará con los siguientes indicadores:

- a) Indicador Global

$$\text{Número de pacientes reoperados no programados analizados en reunión clínica} \div \text{Número total de pacientes reoperados no programados} \times 100$$
- b) Indicador Complementario

$$\text{Número de pacientes reoperados no programados} \div \text{Número total de pacientes operados} \times 100$$

Informe de cumplimiento

1. Las Instituciones Prestadoras de Salud mantendrán Acta(s) sobre la realización de reuniones clínicas para el análisis de reoperaciones no programadas las que deberán ser archivadas en Nivel Local. (Anexo N° 1 Formato Acta Reunión Análisis Reoperaciones Quirúrgicas no Programadas) y conservará la agenda/programa de estas reuniones clínicas para control de la actividad y sus asistentes cuando corresponda.
2. Se realizará una evaluación trimestral y anual de las causas más frecuentes de reoperaciones no programadas y medidas adoptadas.
3. El profesional médico encargado enviará trimestralmente la información sobre la medición de estos indicadores al profesional encargado del Programa de Calidad de Prestador Institucional.
4. Cada tres meses el encargado del Programa de Calidad de Prestador Institucional deberá enviar al Servicio de Salud cuando corresponda y al Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud un informe consolidado con los resultados de la medición de este indicador en la Institución Prestadora de Salud según formato adjunto en Anexo N° 2.



5. La información respecto de las mediciones de estos indicadores y sus resultados deberá ser difundida a todos los niveles de la Institución.
6. El Prestador Institucional y Servicio de Salud cuando corresponda mantendrá registros sobre la realización del proceso trimestral de análisis de reoperaciones no programadas.
7. Anualmente las instituciones Prestadoras de Salud realizarán un informe con análisis consolidado de las tasas de reoperación en cada servicio quirúrgico no programadas y del porcentaje presentado en reunión clínica, de las causas de reoperación no programadas observadas y sus porcentajes.
8. El Prestador Institucional y Servicio de Salud cuando corresponda mantendrá registros sobre la realización del proceso trimestral de evaluación y resultados de las mediciones de indicador de cada establecimiento.

Recomendaciones para la aplicación

Se recomienda mantener registro por tipo de cirugía, así como un análisis de datos de las causas en los primeros 7 días desde la operación original y los que se producen después de la primera semana (día 8 a 30).



Anexo N°1

Acta Análisis Reoperaciones Quirúrgicas No Programadas	
Identificación Institución Prestadora de Salud:	
Servicio Quirúrgico:	
Identificación Paciente (RUN , cuenta corriente u otro similar) según Ley N° 20.584 Derechos y Deberes del paciente :	
Diagnóstico preoperatorio 1ª intervención:	
Operación realizada:	Fecha 1ª intervención:
Causa(s) reoperación no programada:	Fecha reoperación no programada:
Reunión de Análisis	Fecha reunión análisis :
Cirujano que presenta	
Cirujano que comenta	


SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
SUBSECRETARIO
[Handwritten signature]

Anexo Nº 2 Formato Informe Medición

Normas sobre Calidad de la Atención Indicador: Análisis Reoperaciones no Programadas	
Identificación Institución Prestadora de Salud:	
Servicio de Salud (cuando corresponda)	
Fecha en que se realiza la medición	
Nombre Profesional responsable de la medición	
Número de personas que participaron en la medición.	
Listado de Servicios/Unidades en que se hizo la medición.	
Número total de pacientes evaluados.	
Formula Indicador Global:	
Número de pacientes reoperados no programados presentados en reunión clínica/ Número total pacientes reoperados no programados / X 100	
Período de observación	
Resultado Numerador (Número de pacientes reoperados no programados presentados en reunión clínica):	
Resultado Denominador (Número pacientes reoperados no programados):	
Resultado Obtenido (numerador/denominador x 100):	
Formula Indicador Complementario:	
Número total de pacientes reoperados no programados en el período/ Número total de pacientes operados en el período X100	
Resultado Numerador (Número de pacientes reoperados no programados en el período)	
Resultado Denominador (Número total de pacientes operados en el período)	
Resultado obtenido	
Comentarios sobre los resultados:	
Plan de Acción	
Fecha envío de informe de medición	

¹ John D. Birkmeyer, MD; Hamby S. Leigh, MD; Birkmeyer M. Christian, BS; V. Maureen RN Decker,; Nancy M. Karon, RN, Richard W. Dow, MD: Is Unplanned Return to the Operating Room a Useful Quality Indicator in General Surgery?, *Arch Surg.* 2001;136:405-410



-
- ² Hidde M, Kroon, Paul J, Breslau and Jan Willem H. P. Lardenoye: Can the Incidence of Unplanned Reoperations Be Used as an Indicator of Quality of Care in Surgery?, *American Journal of Medical Quality* 2007; 22; 198
- ³ Bergqvist D, Ljungstrom KG: Hemorrhagic complication resulting in reoperation after peripheral vascular surgery: a fourteen-year experience. *J Vasc Surg.* 1987;6:134-138.
- ⁴ Healey MA, Shackford SR, Osler TM, Rogers FB, Burns E: Complications in surgical patients. *Arch Surg.* 2002;137:611-618. Citado en: Can the Incidence of Unplanned Reoperations Be Used as an Indicator of Quality of Care in Surgery?; Hidde M, página 201
- ⁵ Schepers A, Klinkert P, Vrancken-Peeters MPFM, Breslau PJ: Complication registration in patients after peripheral arterial bypass surgery. *Ann Vasc Surg.* 2003;17:198-202.
- ⁶ Ramírez Campo, Paula Alejandra; Rivas Cabral, Célida Ysabel; Scharf Rodríguez, Claudia María; Otero Cruz, Héctor: Complicaciones post-quirúrgicas como causas de reintervención en niños sometidos a cirugía : *Acta méd. Domin*;20(1):1-5, ene.-feb. 1998
- ⁷ Bannura G., Cumsille M.A., Barrera A., Contreras J., Melo C., Soto D., Mansilla J.: Reoperaciones precoces en cirugía colorrectal. Análisis uni y multivariado de factores de riesgo* Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja Arriaran. Escuela de Salud Pública. *Rev. Chilena de Cirugía.* Vol 59 - Nº 4, Agosto 2007, pág.281
- ⁸ Jimenez Valdés J. y Cols: Reintervenciones en Cirugía General, *Rev. Cubana de Cirugía*,2001,40(3):201-204
- ⁹ A. Alvarez Kindelán, F. Cerezo Madueño, A. Salvatierra Velázquez, C. Baamonde Laborda, F.J. López Pujol: Reintervenciones en Cirugía Torácica: Estudio retrospectivo, Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Regional Universitario Reina Sofía. Córdoba: *Rev. Asociación de Neumólogos del Sur.* Vol.7, número 3, 1995
- ¹⁰ Arianne J. Ploeg, Chris P. E. Lange, Jan-Willem Lardenoye, and Paul J. Breslau: The Incidence of Unplanned Returns to the Operating Room After Peripheral Arterial Bypass Surgery and Its Value as Indicator of Quality of Care, *Vasc Endovascular Surg* 2008 42: 19-24.
- ¹¹ Shroyer AL, Coombs LP, Peterson ED, Eiken MC, DeLong ER, Chen A, Ferguson TB Jr, Grover FL, Edwards FH: The Society of Thoracic Surgeons: 30-day operative mortality and morbidity risk models; *Ann Thorac Surg.* 2003 Jun;75(6):1856-64;
- ¹² Mehta RH, Sheng S, O'Brien SM, Grover FL, Gammie JS, Ferguson TB, Peterson ED, Reoperation for bleeding in patients undergoing coronary artery bypass surgery: incidence, risk factors, time trends, and outcomes.,; Society of Thoracic Surgeons National Cardiac Surgery Database Investigators.
- ¹³ Campbell WB, Tambeur LJ, Geens VR. Local complications after arterial bypass grafting. *Ann R Coll Surg Engl.* 1994;76:127-131. Citado en Can the Incidence of Unplanned Reoperations Be Used as an Indicator of Quality of Care in Surgery?, *American Journal of Medical Quality* 2007; 22; página 201
- ¹⁴ Ellozy SH, Harris MT, Bauer JJ, Gorfine SR, KreeI. Early postoperative small-bowel obstruction: a prospective evaluation in 242 consecutive abdominal operations. *Dis Colon Rectum.*2002;45:1214-1217. Citado en Can the Incidence of Unplanned Reoperations Be Used as an Indicator of Quality of Care in Surgery?, *American Journal of Medical Quality* 2007; 22; página 201
- ¹⁵ Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Auditoria y opiniones: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de la atención sanitaria. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2006, Issue 2. No.: CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub2.

