

CAPI TULO I

Tema 3

COMITÉ DE EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (CEIQ)

Actividades que deben realizarse en los servicios de cirugía general

Dr. Rafael Valera Mena¹ y Dr. Alejandro García Gutiérrez²

1- OBJETIVO

Evaluar y perfeccionar los procedimientos llevados a cabo en las intervenciones quirúrgicas.

2- FUNCIONES

A.- Realizar el análisis mensual de todas las operaciones mayores (Electivas, urgentes, ambulatorias y de acceso mínimo) que se realicen en el servicio de cirugía general.

- Para cumplir con esta actividad el Jefe del Servicio designará un comité constituido por un Presidente y un evaluador de cada uno de los Grupos Básicos de Trabajo que integran el servicio.

- Para realizar su trabajo el comité dispondrá de los documentos siguientes:

- HC.
- El anuncio operatorio.
- El informe operatorio.
- El informe del estudio histológico si lo hubiera.
- El informe de necropsia.
- Opiniones de especialistas consultados (Patólogo, anestesiólogo, enfermera u otro).
- Informe anestésico.

B.- Este análisis comprenderá:

1. Evaluar los procedimientos que se llevan a cabo durante el preoperatorio, el acto anestésico quirúrgico y el postoperatorio.
2. Determinar la plena justificación médica de la intervención quirúrgica practicada.
3. Precisar si la magnitud de la intervención realizada es adecuada según lo que se estableció para la especialidad en el manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento.
4. Confrontar los diagnósticos preoperatorios con los hallazgos y el diagnóstico anatomopatológico, cuando se halla extirpado tejido, determinando el índice de correlación quirúrgico-patológico.
5. Evaluar los accidentes quirúrgicos, teniendo en cuenta sus causas, la trascendencia de éstos y la responsabilidad individual.
6. Evaluar el comportamiento de la infección posquirúrgica en heridas limpias.

C.- El comité del servicio será el encargado de organizar y realizar la discusión mensual y elaborar el informe con todos los datos para ser entregado al Jefe del Servicio, quien enviará una copia al C. E. I. Q. del hospital.

D.- Metodología de la evaluación retrospectiva de las intervenciones Quirúrgicas:

La justificación de la intervención quirúrgica se determinará por los elementos de juicio que tuvo el cirujano antes de decidir la operación, y nunca por los hallazgos operatorios o el resultado de las biopsias.

Hay que analizar, cuidadosamente, el acatamiento exacto de al manual nacional de diagnóstico y tratamiento de la especialidad aprobado por el MINSAP.

Toda justificación tiene que contemplar los puntos siguientes:

- Si la afección es de tratamiento quirúrgico
- Si en el enfermo operado estaba indicado el tratamiento quirúrgico
- Si el tipo de intervención fue el adecuado

La magnitud de la intervención se catalogará de suficiente, insuficiente o exagerada. Se entenderá por insuficiente cuando el propósito que se perseguía era factible, no habiéndose logrado o habiéndose alcanzado solo parcialmente. Se tendrá por exagerada, cuando el cirujano ha ido más allá de lo requerido y normado para lograr su propósito. La operación injustificada es ya en sí exagerada y no es necesario (en estos pacientes) señalarlo como tal; solo se calificará como injustificada. De ocurrir un accidente en el periodo transoperatorio, el procedimiento utilizado para corregirlo no se catalogará de exagerado, si se ajusta a lo establecido en el manual.

Se considerará accidente quirúrgico el que ocurra durante los procedimientos operatorios y que pudo ser evitado. Se tendrá en cuenta si dio lugar a complicaciones o a la muerte del paciente. Hay que especificar si el médico que operaba era interno, residente o especialista.

El diagnóstico será correcto cuando el resultado de la intervención o la biopsia confirme el diagnóstico etiológico planteado en el anuncio operatorio.

Los diagnósticos sindrómicos serán catalogados como errores, excepto en las situaciones siguientes:

- Nódulo de la glándula mamaria.
- Nódulo de la glándula tiroides.
- En los pacientes de hemorragia intraabdominal traumática.
- En la perforación de vísceras de origen traumáticos.
- En las lesiones nodulares del pulmón.

En aquellos pacientes en quienes las conductas aprobadas en el manual no se hayan cumplido, el cirujano especialista debe explicar —en el informe operatorio— las razones de este incumplimiento, las que serán discutidas por el colectivo, quien calificará el proceder. El incumplimiento de lo señalado hará que se califique como negativo dicho procedimiento.

La evaluación se expresará por una calificación cuyos grados o notas se representan por letras mayúsculas o #, como se determina a continuación:

- A = Diagnóstico correcto y operación justificada
- B = Diagnóstico incorrecto y operación justificada
- C = Diagnóstico incorrecto y operación injustificada
- D = Diagnóstico correcto y operación injustificada

- 1 = Operación suficiente
- 2 = Operación insuficiente
- 3 = Operación exagerada

E = Accidente quirúrgico

Para calificar, se sitúa la letra seguida del #. El accidente quirúrgico se coloca al final de la calificación.

Se juzgará el criterio quirúrgico, no el accidente inevitable ni la imposibilidad de realizar determinado propósito.

En caso de intervenciones en que se realicen varios procedimientos quirúrgicos diferentes, estos se calificarán en conjunto y no por separado, ya que ello es más exacto y práctico desde el punto de vista evaluativo y estadístico.

3. EVALUACIÓN CONCURRENTE

Esta evaluación se llevará a cabo por el CEIQ a través de visitas de la unidad quirúrgica en el momento en que se está realizando el proceder anestésico- quirúrgico y evaluará todos los pormenores en la realización de estas. Además de evaluar también los procedimientos del pre y postoperatorio.

Si durante el proceso de evaluación concurrente se detectan deficiencias que se consideran que pueden tener serias consecuencias, se garantizará su solución inmediata, comunicándolo a las instancias administrativas correspondientes rápidamente.

El resultado final de la evaluación retrospectiva y concurrente debe informarse mensualmente al consejo de evaluación de la calidad.

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas «Finlay-Albarrán».

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor de Mérito (I SCM-H), Profesor Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas «General Calixto García», Jefe del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.