



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Frecuencia y causas asociadas a la suspensión de  
cirugías según condición institucional del paciente en la  
Clínica Maison de Santé, Lima-Perú**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Centro  
Quirúrgico

**AUTOR**

Daniella DÍAZ GONZALES

**ASESOR**

Tula Margarita ESPINOZA MORENO

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Díaz D. Frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé, Lima-Perú [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2016.

---

1203



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

69

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : DÍAZ GONZALES DANIELLA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "FRECUENCIA Y CAUSAS ASOCIADAS A LA SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS SEGÚN CONDICIÓN INSTITUCIONAL DEL PACIENTE EN LA CLINICA MAISON DE SANTÉ, LIMA-PERÚ."

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

Lima, 06 de octubre de 2016

Doctora  
**NELLY MARITZA LAM FIGUEROA**  
Directora (e) de la Unidad de Post-Grado  
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de **ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO** ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

**DIECISIETE (17)**



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Unidad de Post Grado

*M. Mariam Quiroz Vasquez*  
**M. MARIAM QUIROZ VASQUEZ**  
Programa de Segunda Especialización en Enfermería  
Coordinadora (e)



*Tula Espinoza Moreno*  
**MG. TULA ESPINOZA MORENO**

Mary

## DEDICATORIA

A Dios que es la luz, salvación y  
fortaleza de mi vida.  
Por su amor infinito hacia nosotros.

A mi familia por su inmenso  
Amor, estímulo y apoyo siempre.

A la Mg. Tula Espinoza por aceptar ser mi asesora,  
su apoyo y motivación hacia mi trabajo de  
investigación.

## INDICE

	Páginas
Índice de gráficos .....	6
Resumen.....	7
Presentación .....	9

### CAPITULO I: INTRODUCCION

1.1. Situación problemática .....	11
1.2. Formulación del problema .....	13
1.3. Justificación .....	13
1.4. Objetivos.....	14
1.4.1. Objetivos generales.....	14
1.4.2. Objetivos específicos.....	14

### CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes .....	16
2.2. Base teórica .....	24
2.2.1. Generalidades sobre cirugía .....	25
2.2.2. Definición de cirugía.....	25
2.2.3. Fase pre operatoria .....	25
2.2.4. Fase trans y post operatoria .....	29
2.2.5. Procedimientos quirúrgicos .....	29
2.2.6. Efectos de la cirugía en el paciente.....	30
2.2.7. Programación de cirugía .....	31
2.2.8. Implicancias de una cirugía cancelada.....	33
2.2.9. Centro quirúrgico.....	35
2.2.10. Suspensión del acto quirúrgico.....	35
2.2.11. Principales motivos de una cirugía cancelada.....	36
2.3. Definición operacional de términos .....	41

### **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	43
3.2. Lugar de estudio.....	43
3.3. Población de estudio .....	44
3.4. Unidad de análisis .....	45
3.5. Criterios de selección .....	45
3.5.1. Criterios de inclusión .....	45
3.5.2. Criterios de exclusión.....	45
3.6. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	45
3.7. Procedimiento para análisis e interpretación de datos .....	46

### **CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. Resultados .....	47
4.2. Discusión.....	54

### **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. Conclusiones.....	58
5.2. Recomendaciones.....	60
5.3. Limitaciones .....	60

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>
--	-----------

<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>
---------------------	-----------

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico		Pág.
1	Frecuencia de cirugías suspendidas según la condición institucional del paciente.....	48
2	Causas de suspensión de cirugías según la condición institucional.....	49
3	Frecuencia de cirugías suspendidas en pacientes hospitalizados.....	50
4	Frecuencia de cirugías suspendidas en pacientes ambulatorios.....	51
5	Causas de suspensión de cirugías asociada al paciente según la condición institucional del paciente.....	52
6	Causas de suspensión de cirugías asociadas al personal de salud según la condición institucional del paciente.....	53
7	Causas de suspensión de cirugías asociada al equipamiento y documentación según la condición institucional del paciente.....	54



## RESUMEN

Autora : Daniella Díaz Gonzales

Asesora : Tula M. Espinoza Moreno

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico es un mecanismo de mejora radical de la salud; por ello la suspensión de una cirugía, ocasiona inconvenientes al paciente, familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria, riesgo de infecciones intrahospitalarias, retraso del tratamiento, complicaciones quirúrgicas e incremento de gastos institucionales; siendo indicador negativo en gestión de calidad. El objetivo es determinar la frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en enero-junio 2015. **Material y método:** Estudio retrospectivo, cuantitativo y descriptivo exploratorio. Según periodo y secuencia de recojo de datos fue de corte transversal. **Resultados:** De 609 Cirugías programadas en el periodo de estudio, la frecuencia de cirugías suspendidas fue de 69 (11.33%). Las causas principales fueron las asociadas al paciente en 57 (82.85%). Según condición institucional, en los pacientes ambulatorios las causas del paciente se presentaron en 41 (59.4%) y las causas atribuidas a pacientes hospitalizados estuvieron presentes en 16 (23.2%). **Conclusiones:** Los problemas identificados a través de los resultados del estudio son importantes para adoptar las mejores soluciones y promover diseño e implementación de estrategias para evitar las suspensiones.

**Palabras claves:** suspensión quirúrgica, causas asociadas al paciente, causas asociadas al personal de salud, causas asociadas a equipamiento y material.

## ABSTRACT

Author : Daniella Díaz Gonzales

Advices : Tula M. Espinoza Moreno

**Introduction:** Surgical treatment is a mechanism of radical health improvement; therefore the suspension of surgery causes inconvenience to patient, family, loss of procedure time, increased hospital length, risk of nosocomial infections, delay of treatment, surgical complications and increased corporate costs; becoming in a negative indicator of quality management. The aim is determine the frequency and causes associated to suspension of surgeries according the institutional condition of patient in January-June 2015.

**Methods:** Retrospective, quantitative and descriptive exploratory study. According to period and sequence of data collection is cross-sectional.

**Results:** At the study period, 609 surgeries were scheduled, the rate was 69 suspended surgeries (11.33%). The main causes were associated with patient in 57 (82.85%). According institutional status, in outpatients, the patient causes was occurred in 41 (59.4%) and the causes attributed to inpatients were present in 16 (23.2%). **Conclusions:** The problems identified by the study results are important to adopt the best solutions, promote the design and implementation of strategies to avoid suspensions.

**Keywords:** Surgical suspension, patient-related causes, causes related to health personnel causes associated equipment and material.

## **PRESENTACIÓN**

Una prioridad en las instituciones prestadoras de salud es la preservación de la salud de la población mediante la prevención y promoción de la salud. El tratamiento quirúrgico está considerado dentro de la prevención de la salud como un mecanismo para mejorar la calidad de vida de las personas enfermas; es por ello que la suspensión de una cirugía programada es una problemática común en todo centro hospitalario, ocasiona inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria, riesgo de infecciones intrahospitalarias, retraso en el tratamiento, complicaciones quirúrgicas y aumento importante en los gastos institucionales y del paciente, las compañías aseguradoras y el Estado.

Para la institución prestadora de salud, la suspensión de una cirugía programada condiciona conflictos presupuestales, laborales y médico legales en la institución, ya que para el hospital la reservación de una sala de quirófano, el desperdicio de materiales, la ocupación del tiempo del personal encargado de preparar el quirófano, los días de hospitalización del paciente pre operatorio y la pérdida de la oportunidad de incluir a otro paciente en la programación quirúrgica acarrearán perjuicios incalculables para todo el sistema hospitalario.

Toda cirugía, por más sencilla que sea, requiere preparación física y emocional previa, para el paciente y su familia, pues provoca alteraciones socioeconómicas, ausentismo laboral, además de situaciones de estrés generadas por el miedo a lo desconocido, el prepararse para una cirugía trae consigo expectativas, dudas, temores con respecto de lo que irá a acontecer; para el paciente el hospital es un medio extraño, desconocido donde se pone en manos de profesionales en los cuales confía obtener cuidados adecuados y oportunos. Todas sus preocupaciones y expectativas están volcadas hacia la realización de la cirugía y no de su postergación.

Se calcula que la postergación de una cirugía electiva le cuesta un hospital 198 00 dólares por paciente (Macarthur, 1995), en 1996 el costo por minuto de tiempo quirúrgico calculado era 8.13 dólares (Dexter F M. A., 1996).

El presente estudio se realizó con la intención de identificar la frecuencia y causas que influyen en la suspensión de una cirugía programada, para poder encontrar soluciones viables que favorezcan una mayor productividad, una mejor atención médico-quirúrgica al paciente y un menor costo hospitalario, mejorando así la gestión institucional.

El presente estudio consta de: Capítulo I: El problema en la cual se presenta el planteamiento, formulación del problema, justificación, objetivos, antecedentes de estudio, base teórica conceptual y definición operacional de términos; Capítulo II: Material y Método, descripción de la sede, población y muestra, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas; Capítulo III: Resultados y Discusión; Capítulo IV: Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Situación problemática:**

La persona que se somete a una cirugía es aquella que padece de una deficiencia o problema en su organismo y este solo puede ser recuperado a través de una intervención quirúrgica, para ello se requiere planear la cirugía mediante una serie de procedimientos que implican un costo y capital humano; cuando esta atención quirúrgica se interrumpe por cualquier causa, este origina problemas que repercuten en la propia institución y en el paciente.

Actualmente la suspensión de cirugías viene siendo una problemática muy relevante para los profesionales de la salud implicados; ya que afecta en la calidad, satisfacción y seguridad del paciente.

La suspensión de una cirugía implica el hecho de no realizar una cirugía una vez que el paciente se encuentra dentro de la programación quirúrgica, teniendo asignado día y hora para la cirugía o incluso encontrándose en la sala de operaciones y, por alguna razón, se suspende la cirugía, situación que ocasiona malestar en los pacientes al posponer su tratamiento; manifestando cierta deficiencia en la atención de estos pacientes desde la planeación de la cirugía y preparación del paciente (Lopez, Sartré, González, & Rodea, 2008).

Esta situación es común en todo centro hospitalario, lo que propicia inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria y aumento importante en los gastos (Aguirre, Chavez, Huitrón, & Cortéz, 2003). Es por ello que la suspensión de una cirugía programada afecta al centro hospitalario y condiciona conflictos presupuestales, laborales y médico legales en la institución (Aguirre, Chavez, Huitrón, & Cortéz, 2003).

El movimiento quirúrgico es considerado una variable que interfiere en los indicadores de calidad y productividad de las instituciones hospitalarias. Se constituye en parámetros de evaluación de la productividad en la sala de cirugía, o sea, tasa de ocupación, tiempo de permanencia, recuperación anestésica, intervalo de tiempo entre cirugías, tasa de retraso y suspensión de cirugía (Barboza, Miranda, & Vieira, 2012).

A nivel mundial se han hecho pocos estudios con respecto a este problema, es así que en Australia, Irlanda, México, Estados Unidos, Reino Unido y Brasil destacan la alta frecuencia de cancelaciones originadas por cuestiones organizacionales de las instituciones de salud, con consecuente aumento de los costos operacionales y financieros de Centro Quirúrgico. Se estima que cerca de 60% de las cancelaciones quirúrgicas electivas son potencialmente evitables, usando técnicas de mejora de salud (Pérroca, Jericó, & Facundi, 2007). En el Perú se han realizado pocos reportes con respecto a la cancelación de cirugías, es así que en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, presentan una tasa de suspensión de 6,92% anual.

En la Clínica Maison de Santé Este, las suspensiones de cirugías no son tema ajeno, se reportan mensualmente cirugías suspendidas, y estos generalmente son por diferentes causas atribuidas a problemas institucionales, de pacientes y cirujano entre otros.

## **1.2 Formulación del problema:**

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la frecuencia y las causas asociadas a la suspensión de cirugías según la condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé – Sede Este de enero a junio del 2015?

## **1.3. Justificación:**

El movimiento quirúrgico es considerado una variable que interfiere en los indicadores de calidad y productividad de las instituciones hospitalarias. En los últimos años el tratamiento quirúrgico está indicado en muchas especialidades, provocando el aumento en el número de procedimientos realizados dentro de las instituciones hospitalarias. El ministerio de salud de Brasil señala un aumento de 3,9% de cirugías electivas (Salud S. N., 2006).

La suspensión de procedimientos anestésicos-quirúrgicos electivos ha sido objeto de investigación en muchos países, pero pocos son los que se han interesado en investigarlo.

En el Perú se han encontrado estudios relacionados con respecto a la suspensión de cirugías, donde dan a conocer que las cirugías que se suspenden más de 2 veces se relacionan a problemas institucionales. El tiempo prolongado de cirugía anterior se asocia con causa quirúrgica, proceso respiratorio alto con anestesiología y la falta de material quirúrgico especializado a la institución.

En la Clínica Maison de Santé, se observó entre los reportes de las cirugías suspendidas se encuentran causas como: materiales insuficientes, programación de cirugía inconclusa, tardanza y faltas de cirujanos y pacientes,

etc. Lo que genera pérdidas en los ingresos de la clínica y pacientes insatisfechos, y estos a su vez generan múltiples costos y daños para el paciente y la institución de salud.

El presente estudio se creyó conveniente realizar por ser un tema muy común en el ámbito hospitalario que genera múltiples pérdidas económicas y riesgos en la salud del paciente. Es un tema de investigación muy importante que no cuenta con muchos estudios al respecto. Tiene como intención reportar e identificar las causas de suspensión de cirugías para poder establecer con ello estrategias de solución.

#### **1.4. Objetivos:**

##### **1.4.1. Objetivo General:**

- Determinar la frecuencia de cirugías suspendidas según condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé – Sede Este de enero a junio del 2015
- Identificar las causas de cirugías suspendidas según la condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé – Sede Este de enero a junio del 2015

##### **1.4.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar la frecuencia de cirugías suspendidas en pacientes hospitalizados.
- Identificar la frecuencia de cirugías suspendidas en pacientes ambulatorios.



- Identificar las causas asociadas al personal de salud, que generaron la suspensión de las cirugías según la condición institucional del paciente.
- Identificar las causas asociadas al paciente, que generaron la suspensión de las cirugías según la condición institucional del paciente.
- Identificar las causas asociadas al equipamiento y documentación, que generaron la suspensión de las cirugías según la condición institucional del paciente.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 Antecedentes:**

Luego de realizar la revisión de antecedentes del estudio se encontró algunos trabajos relacionados que a continuación se exponen:

#### **A Nivel Internacional**

El doctor Federico Abete en el 2014, Brasil, realiza un estudio de investigación denominado "Tasas y causas de suspensión de cirugía en un hospital público", nos muestran como resultados que su tasa de suspensión de cirugías fue del 7.6% en promedio, donde su tasa más baja fue registrada en el mes de diciembre (4.3%), mientras que noviembre registró la mayor tasa (11.1%). Las causas relacionadas con la logística o las de tipo administrativas correspondieron al 44.2% de las causas de suspensión, mientras que las causas médicas (no quirúrgicas) tuvieron una frecuencia del 40.8%. Las causas relacionadas con la anestesia representaron el 5.4% del total de las suspensiones quirúrgicas.

Rajender Kumar y Ritika Gandhi, nos muestran que de 1.29 (17,6%) de los pacientes fueron cancelados en el día de la cirugía de 7272 pacientes

programados para procedimientos quirúrgicos. El mayor número de cancelaciones pertenecen a cirugía general (7,1%) y menor (0,35%) se produjeron en la cirugía del oído, nariz y garganta. La causa más común de la cancelación fue la falta de disponibilidad de tiempo de quirófano 809 (63%) y por no desplazar a los pacientes a sala de operaciones 244 (19%); 149 cancelaciones (11,6%) fueron por razones médicas, 16 (1,2%) fueron cancelados por el cirujano debido a un cambio en el plan quirúrgico, 28 (2,1%) fueron cancelados por mala preparación del paciente para la cirugía y 40 (3,1%) debido a fallas en los equipos. Concluyen además que la mayoría de las causas de la cancelación de las operaciones se pueden prevenir (Kumar & Gandhi, 2012).

En Colombia, en el año 2011, Gaviria-García, Lastre-Amella y M. Suárez-Villa hicieron un estudio titulado: "Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud". Este estudio tuvo como objetivo, identificar desde la percepción de los profesionales de salud, los factores que inciden en la cancelación de cirugías en un hospital de alta complejidad. El diseño del estudio fue descriptivo transversal. Se le aplicó cuestionarios al profesional médico y de enfermería.

En sus resultados se determinó que el 83% de la población encuestada se han percatado de la cancelación de cirugías en los servicios; aproximadamente 50% se presenta en el servicio de cirugía, y el 33% en el servicio de Hospitalización.

Otros motivos de cancelación de cirugías señalaron que fueron: administrativos de la institución 44%, falta de gestión del equipo interdisciplinario 12%, poca gestión médica 28% poca gestión del profesional de enfermería 16%. Llegaron a la conclusión:

*Esta investigación muestra que desde la percepción del personal de salud (médicos y enfermeras encuestados),*

*existe poco compromiso de la gestión administrativas que deberían realizar los directivos frente a la atención en salud; reiterando, de acuerdo a los resultados obtenidos, que las causas de cancelación de cirugías correspondieron en mayor medida a fallas administrativas; lo cual desde la opinión de los prestadores de servicios médicos muestra la desorganización y debilidad en la atención de los pacientes en la institución objeto de estudio. (Gaviria, Lastre, & Suarez, 2014).*

En Brasil, en el año 2008, Chávez, Gomes y Secchin realizaron un estudio titulado: “Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico”.

Este estudio tuvo como objetivo identificar el número de cirugías de corazón realizadas y suspendidas en el Instituto Nacional de Cardiología - RJ describiendo las causas de cancelación de cirugías. El estudio es exploratorio y descriptivo, con enfoque cuantitativo.

Para el análisis de los datos se utilizó la base de datos informatizada del hospital, realizando la encuesta mensual y anual de cirugías cardíacas realizadas y suspendidas en 2008, y los motivos de las suspensiones. Como resultado se observó que hubo 737 cirugías cardíacas y 170 suspensiones quirúrgicas que representan el 23% de todas las realizadas durante este período. Las suspensiones quirúrgicas tuvieron mayor costo para el hospital y un mayor riesgo de complicaciones clínicas para el paciente.

Se describió como causas hospitalarias: el atraso debido a cirugía anterior, evaluación pre-operatoria incompleta, falta de material o equipamiento, falta de cama, previsión de tiempo insuficiente para el procedimiento y sustitución por cirugía de urgencia.

*La cancelación de una cirugía implica un costo operacional y financiero para la institución, teniendo*

*repercusiones negativas en la atención de la población, principalmente de aquella más carente. El estudio llegó a los siguientes hallazgos: el 70% fueron por causas institucionales y logísticas. (Chaves, Gomes, & L, 2011).*

En Cuba, durante los periodos del 2005 al 2009, Zaily Fuentes, Orlando Rodríguez y Diana Echevarria, realizaron un estudio titulado: “Causas de suspensiones en anestesia en el período 2005-2009”, en el Hospital Universitario “Manuel Ascunce Doménech”. Se encontraron los siguientes hallazgos: en el 2005 fueron programadas 2649 cirugías, 1849 en el 2006, 2663 en el 2007, 4873 en el 2008, y 12546 en el 2009, de las cuales se suspendieron 273 en el 2005 y 132 en el 2006, 156 en el 2007, 225 del 2008, y 275 en el 2009. El índice de suspensión de cirugía electiva fue de 10.30% en el 2005, 7.14% en el 2006, 5.86% en el 2007, 4.62% 2008, 2.19% en el 2009.

La investigación atribuyó como causas de suspensión de cirugías a los factores hospitalarios, médicos y a las condiciones clínicas del paciente. Las atribuidas al hospital fueron: falta de tiempo quirúrgico, falta de material, dificultades administrativas del personal responsable. Fueron causas atribuidas al médico, cuando el cirujano o el anestesiólogo suspendieron el procedimiento, por no tener realizada la valoración preoperatorio, no contar en el momento de la consulta preoperatorio con los complementarios, por no haber solicitado sangre con anticipación y el desconocimiento del protocolo farmacológico establecido por el servicio de anestesia. Las causas atribuidas al paciente fueron: enfermedad aguda en días previos al acto quirúrgico que no permitiera la realización del mismo, enfermedades crónicas descompensadas, el paciente no acudió a la consulta con el cirujano o el anestesiólogo.

En el estudio se identificaron causas específicas de suspensión quirúrgica que se dividieron en tres grupos, las atribuidas al paciente fueron las que presentaron el mayor índice de suspensión, en el 2005 más del 50% de estas fue atribuida a las enfermedades crónicas descompensadas. Hand y col

reportan un índice de 57% de suspensión por esta causa y otros autores reportan un índice que varía de 14 a 19%.

El 30% de las suspensiones se atribuyeron al Hospital, predominó en este rubro la falta de tiempo quirúrgico en 11 casos en el 2005 y 8 en el 2006, falta de material para realizar el procedimiento en 14 en el 2005 y 12 en el 2006. La falta de tiempo quirúrgico es una causa constante de suspensión quirúrgica, Pollard reporta esta causa como factor de suspensión en el 21% de 529 pacientes y menciona que en esta situación el principal problema es de tipo administrativo y que en algunos hospitales llega a conformar hasta un 43% de los casos.

En este estudio, el 21.61% de suspensiones se atribuye al personal médico, corresponden al cirujano en el 2005 el 23.07% y el 6.22% al anestesiólogo, aunque este último fue el que suspendió la cirugía por falta de sangre disponible en 21 casos, por faltar los exámenes de laboratorio completos (9 casos) o por encontrar alteraciones de los mismos (17 casos), consideramos que es responsabilidad del cirujano, quien tiene el primer contacto con el paciente, cubrir estos requisitos.

El cirujano suspendió 15 procedimientos (10%) en el 2005 y 2 en el 2006 por restricciones de horario, o bien, por alguna contraindicación para realizar la cirugía. En otros reportes el índice de suspensión atribuida al cirujano es de 16 y 41%. Estos resultados son importantes para poder identificar las causas de las suspensiones de cirugías y poner tomar medidas correctivas.

En México en el 2008, López J., Sastre N. publicaron la investigación titulada: "La suspensión de cirugía electiva en un hospital público de tercer nivel. Frecuencia y causas".

Este estudio tuvo como objetivo analizar la suspensión de las cirugías electivas del hospital de México, el estudio es de tipo observacional, transversal y

prospectivo, se realizó en el Quirófano Central del Hospital General de México, del 01 de enero al 31 de diciembre del año 2006. La información se recopiló diariamente del Programa de la Cirugía Electiva que se realiza en el quirófano, verificando el número de cirugías programadas, de las suspendidas y los motivos de ello durante el año 2006.

Se identificaron causas de origen médico (70%) y no médico (30%), en las primeras destacaron las alteraciones cardiovasculares como la hipertensión arterial, otra fue por salas ocupadas por otro procedimiento y el cambio del plan quirúrgico, y en las no médicas, el ausentismo del paciente en forma importante (23%).

*Las cinco principales causas de suspensión suman el 76.9% de las 18 identificadas, si se resuelven se logra abatir en forma importante el índice de suspensión general. En general, los responsables de ello son el personal de salud y, por otro lado, la falta de concientización del paciente sobre la preservación de su salud. Es necesario hacer una evaluación constante del índice de suspensión de la cirugía que redundará en un mejor desempeño de los servicios quirúrgicos (Lopez, Sartré, González, & Rodea, 2008).*

En Brasil, en el año 2006 y 2007, Helena Barboza, Miranda y Viera de Andrade publicaron la investigación: "Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente"

Se encontró una tasa de anulación quirúrgica de 14.14% y para 1402 (63,78%) cirugías canceladas no había constancia de la justificación de la suspensión. Las razones para la suspensión de las cirugías fueron: 194 (8,82%) por la no hospitalización de los pacientes, 182 (8,30%) por las condiciones clínicas inadecuadas, 179 (8,14%) debido a problemas administrativos, 94 (4,27%) por asuntos de asistencia para el cuidados de la salud, 61 (2,77%) por problemas

estructurales, 40 (1,82%) por ausencia del pacientes y 46 (2.10%) por otras razones. El estudio identifico los siguientes motivos de suspensión:

*Grupo 1 - Motivos Asistenciales: inadecuación de la preparación preoperatoria (ausencia de ayunas, administración de medicación contra-indicada en el preoperatorio, ausencia de reserva de sangre y hemoderivados, no realización de evaluación pre-anestésica y análisis complementarios incompletos).*

*Grupo 2 - Motivos Administrativos: falta de archivos, ausencia de funcionarios y médicos, superposición de horarios, procedimiento de urgencia en otro paciente en el mismo horario, deficiencia de materiales o equipamientos, cirugías realizadas anteriormente y pacientes sin indicaciones quirúrgicas.*

*Grupo 3 - Motivos Estructurales: falta de cama, falta de sala operatoria, servicios de mantenimiento en el Centro Quirúrgico.*

*Grupo 4 - Ausencia del paciente.*

*Grupo 5 - Condiciones clínicas insatisfactorias en el preoperatorio y/o alteración de conducta médica.*

*Grupo 6 - Injustificadas: sin descripción de los motivos.*

*Grupo 7 – No ingresos del paciente debido a no autorización de la guía o del laudo de ingreso, falta de la guía o de tarjeta del Sistema Único de Salud (SUS) o por cuota del SUS sobrepasada.*

*Grupo 8 - Otros: se incluyeron en este grupo, retraso del inicio de la cirugía y/o ingreso, error en la programación de la agenda del paciente (Barboza, Miranda, & Vieira, 2012).*

Este estudio permitió evidenciar que la tasa de suspensión quirúrgica identificada fue 14,14%. En lo que se refiere a las justificaciones para las suspensiones de las cirugías, las más frecuentes fueron relacionadas al no ingreso de los pacientes, condiciones clínicas insatisfactorias en el preoperatorio y/o alteraciones de la conducta médica y problemas administrativos de la institución hospitalaria.



Este estudio lo consideramos importante por la aportación y análisis de los factores relacionados con la suspensión de cirugías.

En Brasil, en el 2006, Habib M., Fortes M. hicieron el estudio llamado: "Tasa de suspensión de cirugía en un hospital universitario y motivos de absentismo del paciente con cirugía programada".

Los objetivos del estudio fue identificar la tasa de suspensión de cirugía y verificar los motivos de absentismo del paciente con cirugía programada. El trabajo fue realizado en un hospital universitario, de atención secundaria, en el municipio de Sao Paulo, durante tres meses e fueron realizadas entrevistas a 60 pacientes que dejaron de comparecer a la cirugía. Los resultados mostraron una tasa de suspensión de cirugía de 19,91% y el absentismo fue responsable por el 54,30% de las 186 suspensiones de cirugías.

*Fueron encontrados 10 motivos para el absentismo del paciente, agrupados en: condición institucional (53,33%), la mayoría por falta de información sobre la fecha de la cirugía; condición clínica (28,33%), por causa de infecciones de vías aéreas y otras enfermedades; condición social (10%), por falta de dinero y problemas familiares; y finalmente la propia condición personal (8,33%) generando desistencia del paciente (Habib & Fortes, 2006).*

En el año 2001, en México, Juan Aguirre, Guadalupe Chávez y Gustavo Huitrón realizaron una investigación titulada: ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos.

En el estudio consideraron cirugía suspendida cuando salía programada en el registro quirúrgico y por alguna razón no se realizó ese día. Las causas de suspensión lo atribuyeron al hospital (30,1%), paciente (40,1%) y cirujano (29,8%). En el estudio el 30% de suspensiones se atribuye al personal médico, siendo el 58% al cirujano y 42% al anesthesiólogo por falta de pre quirúrgico completo.

Hubo 260 cirugías atribuidas al hospital (30,1%), falta de tiempo quirúrgico (101 casos), falta de material (97 casos), falta de camas disponibles en piso (5 casos), errores en la información por parte del personal de admisión (3 casos) y por último errores en la programación (4 casos).

Este estudio es importante pues señala que el mayor porcentaje de cirugías suspendidas programadas fue por factores relacionados con el paciente (pre quirúrgico completo, patologías, sangre, educación), se debe señalar también que su cirujano es el que está en el primer contacto con él, y este sería el responsable de evitar la suspensión.

## **A Nivel Nacional**

En el 2013, Renilla S. Realizó un estudio titulado: “Motivos de cancelación de cirugías electivas del periodo 2007 – 2011 en el departamento de anestesiología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”. Este estudio fue observacional, descriptivo. Se recolectaron los reportes mensuales de anestesia para cirugías programadas del periodo 2007 – 2011.

*Llegaron a la conclusión que la tasa de suspensión fue del 6.92% y fue disminuyendo con el tiempo, las especialidades que más suspendieron fueron cirugía general, traumatología y neurocirugía. Las cirugías que se suspendieron más de 2 veces se relacionan a problemas institucionales. El tiempo prolongado de cirugía anterior se asocia con causa quirúrgica, proceso respiratorio alto con anestesiología y la falta de material quirúrgico especializado a la institución. COLELAP es la cirugía más suspendida. (Renilla, 2013)*

## **2.2 Base teórica:**

A continuación se presentan los fundamentos teóricos que permitirán sustentar los hallazgos del estudio:

### 2.2.1. Generalidades sobre cirugía:

La cirugía viene siendo un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas de la población mundial. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. A pesar del costo y eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. (Salud O. M., 2008)

### 2.2.2. Definición de Cirugía

La cirugía es una de las modalidades de terapia médica más importante. Una cirugía es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad del organismo y a veces una amenaza a la vida misma. Es una estrategia para la corrección de diferentes enfermedades. Rama de la Medicina que se dedica a curar mediante la realización de incisiones en el organismo. Esta es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad del organismo y a veces una amenaza a la vida.

Las cirugías comprenden diferentes fases y tipos de estilos; pueden dividirse en las siguientes:

### 2.2.3. Fase Preoperatoria:

Comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica. Termina con el paciente en el quirófano. En este proceso se efectúan todas las preparaciones,

tanto administrativas, como clínicas del paciente sometido a una cirugía y también asistenciales con el cuidado de enfermería. El manejo del cuidado del paciente se planifica con base en la historia médica del paciente realizándose una valoración integral para planificar y dar comienzo a las intervenciones. (Smeltzer Suzanne, 2004)

Esta etapa se divide a su vez en preoperatorio mediano e inmediato. En el preoperatorio los cuidados deben orientarse a mejorar el estado general del paciente, corregir el déficit, mantener y/o recuperar el estado nutricional, prevenir la infección y planear la indicación quirúrgica correcta a través del examen médico, anamnesis y estudios complementarios de rutina y especiales. El preoperatorio mediano comienza desde que se decide el acto quirúrgico hasta las 24 – 48 horas antes de su realización, este tiempo varía en las distintas cirugías.

Se inicia con la historia clínica a fin de valorar a través del examen el estado general del paciente. Se completa con la investigación de una serie de pruebas de laboratorio y otros estudios de acuerdo a las distintas patologías.

A través del examen físico y de los estudios complementarios se valora el estado general. En la valoración se tendrán en cuenta factores relacionados con:

- La edad: la mortalidad es más alta en edades extremas y se incrementa de forma progresiva con la edad. Sin embargo, los problemas dependen más que de la edad del estado de órganos y sistemas.
- El estado nutricional: Obesidad y desnutrición.

El paciente obeso es considerado mal paciente quirúrgico, predispuesto a complicación anestésica, circulatoria y pulmonar; lábil frente a la infección y predispuesto a eventraciones. Si la intervención no es urgente es posible mediante la regulación de la dieta obtener una disminución de peso. Un paciente desnutrido se haya predispuesto a una cicatrización inadecuada de

las heridas, a la reducción de los depósitos energéticos y a la infección posquirúrgica.

El pre operatorio inmediato ocurre el día de la internación del paciente, allí se realiza la siguiente actividad:

La ejecución del consentimiento informado una vez que el paciente entiende la necesidad de la realización de la cirugía, sus riesgos y resultado previsible y está correctamente preparado, se obtiene el consentimiento antes del ingreso del enfermo en el hospital.

Cuidados de enfermería:

Las actividades que desarrolla la enfermera usando el método científico en esta etapa preoperatoria están dirigidas a la valoración física y psicológica del paciente, la identificación de necesidades, la planificación de los cuidados, su ejecución y la enseñanza preoperatoria.

La valoración preoperatoria se realiza a través del interrogatorio, la observación y el examen físico. Incluye la recolección de datos a fin de identificar necesidades y factores de riesgo quirúrgico. En base a los datos obtenidos se identifican las necesidades del paciente y se va priorizando la atención.

La valoración física tiene como objetivo principal identificar las alteraciones de orden físico que coloquen al paciente en condiciones desfavorables para soportar el trauma quirúrgico. Una tarea importante del enfermero es indagar si hay antecedentes de alergia. Se iniciara el examen observando el aspecto general del paciente, su estado de nutrición, determinación de peso, altura y control de signos vitales. El examen se hará de pies a cabeza.

La valoración psicológica es muy importante ya que el enfermero descubrirá inquietudes o preocupaciones que pueden ejercer un impacto directo sobre la experiencia quirúrgica. Muchos de los temores pueden ser falsos por lo que enfermería disipará la información errónea mitigando la ansiedad y

proporcionando al paciente cierta tranquilidad mental, no debe olvidarse la importancia de la terapéutica espiritual, ya que la fe en un ser omnipotente puede ser tan beneficiosa como los medicamentos.

Cuidados inmediatos:

- Preparación de la piel, se realiza con el objetivo de prevenir las infecciones producidas por la flora normal que se encuentra en la piel. Esta preparación se realiza removiendo la suciedad, la grasa y microorganismos transitorios que se encuentran en la piel y controlando mediante soluciones antisépticas los microorganismos residentes. La preparación adecuada de la piel permite reducir la incidencia de infecciones de la herida operatoria asociadas a procedimientos invasivos. (Roth, 1995) . Según últimos estudios se prohíbe el rasurado de la piel ya que aumenta 10 veces el riesgo de infección de herida operatoria. (Ministerio de Sanidad, 2010)
- Enema evacuante, aplica si la cirugía compromete el aparato gastrointestinal. El intestino vacío reduce el riesgo de lesión y reduce al mínimo la contaminación de la herida operatoria en caso de apertura de un asa.
- Baño, se realizará de preferencia con jabón antiséptico poniendo especial cuidado en la higiene del cabello, pliegues, ombligo, manos y pies.
- Uñas de manos y pies, se deberán recortar y retirar el esmalte que impedirá observar la aparición de cianosis durante el acto quirúrgico.
- Dieta, durante la anestesia general los músculos se relajan y el contenido gástrico puede refluir al esófago. El enfermo no debe ingerir nada por boca desde la noche anterior a la cirugía. El ayuno será de 6 a 8 horas.

- Control de signos vitales y registros, es una importante función de enfermería. Muchas veces una cirugía debe posponerse por alguna alteración en estos parámetros, por ejemplo fiebre, hipertensión arterial. Es necesario informar si hay presencia de anomalías antes de remitir al paciente al quirófano.
- Colocación del venoclisis periférica, se retirará maquillaje y prótesis, colocación de medias antiembólicas, es necesario hacer orinar, administrar profilaxis antibiótica.

#### 2.2.4. Fase trans-operatoria:

Comienza cuando se recibe al paciente en el quirófano, y termina cuando se pasa al paciente a la sala de recuperación post anestésica. Durante este periodo es donde se realiza la anestesia y la cirugía propiamente tal. (Smeltzer Suzanne, 2004).

#### Fase post-operatoria:

Comienza con el traslado del operado a la sala de recuperación y termina con la valoración seriada en la clínica o en el hogar. Esta etapa puede ser variable y su tiempo está relacionado con la complejidad de la cirugía. (Smeltzer Suzanne, 2004)

#### 2.2.5. Procedimientos quirúrgicos

La mayoría de procedimientos quirúrgicos reciben nombres que describen el sitio de la cirugía y el tipo de cirugía que se efectúa.

De acuerdo al tipo de urgencia encontramos las siguientes:

### Cirugías inmediatas:

Son aquellas cirugías impostergables, generalmente se utilizan para salvar la vida del paciente (grandes hemorragias).

### Cirugías mediatas:

Son las que se realizan entre las 24 a 30 horas por ejemplo: Cálculos a la vesícula, los quistes, etc.

### Cirugías necesarias:

Son aquellas cirugías que van a ayudar a mejorar la calidad de vida de un paciente y si no se realizan pueden poner en riesgo la vida de este. Se planifican para realizarse en las semanas o meses siguientes.

### Cirugías electivas:

Son aquellas que pueden hacerse o no y la omisión no tiene consecuencias graves.

### Cirugías opcionales:

Son aquellas que tienen una preferencia personal.

Para fines del estudio se considerará como cirugía programada a aquellas que se encuentran definidas como: cirugías mediatas, necesarias, electivas y opcionales.

## 2.2.6. Efectos de la cirugía en el paciente

Una cirugía constituye una amenaza potencial o real para la persona y por lo tanto, puede producir reacciones de estrés fisiológico y psicológico.



Las reacciones fisiológicas, o el estrés fisiológico están relacionados con la extensión de la cirugía, es decir, cuanto mayor sea la cirugía mayor será la respuesta fisiológica del organismo.

Las respuestas psicológicas sin embargo no se relacionan con el procedimiento mismo más bien, son la reacción a los temores que las personas presentan ante el solo hecho de un procedimiento quirúrgico no importando su magnitud. Existen diferentes formas en que las personas pueden percibir el significado de una cirugía y por lo tanto existen diferentes respuestas. Algunos temores y preocupaciones están relacionados con el temor a lo desconocido, la pérdida del control, la pérdida del amor de personas cercanas y amenazas a la sexualidad. Existen algunas reacciones específicas tales como el temor al diagnóstico de una enfermedad maligna, temor a la anestesia (dormir y no volver a despertarse). También temor a la muerte, el dolor, a las desfiguraciones y cicatrices y a las limitaciones permanentes. Cualquier cirugía está relacionada con alguna de sus angustias, se transforma a una amenaza a su estilo de vida habitual.

### 2.2.7. Programación de Cirugías

Para que se realice una cirugía se requiere que cuatro elementos confluyan en el lugar y en el tiempo establecido: el quirófano, el paciente, el personal, el material y el equipo quirúrgico. Cualquiera de estos cuatro elementos que se encuentre ausente, o en deficientes condiciones de servicio, impedirá la realización de la cirugía. (Dexter F M. A., 1999).

El medico funcional, es el instrumento técnico que a partir del estudio de oferta y demanda por servicios asistenciales en una población determina y de la capacidad resolutive asignada al servicio asistencial, señala el dimensionamiento funcional y nivel tecnológico de operación necesarios en un específico establecimiento de salud. (Salud M. d., 2000)

Los recursos o variables que lo componen comprenden los espacios y tiempo disponibles, la duración de las cirugías, los insumos necesarios, disponibilidad del recurso médico. Estas variables lo hacen un proceso complejo y sensible a problemas logísticos debido a la alta variabilidad que puede sufrir, ya sea por falta de planeación o factores externos como sobre estimación y subestimación de la duración de las cirugías, planeación de insumos, disponibilidad del personal médico o transporte de pacientes.

La planificación de las salas de cirugía se considera un proceso de tres niveles: estratégico, el cual tiene una mirada global del servicio de cirugía. Su objetivo es definir la oferta quirúrgica del hospital y usualmente se hace sobre una base anual, teniendo en cuenta el presupuesto disponible. Adicionalmente, se determina el tiempo de funcionamiento de una o varias salas de cirugía y la distribución de estas, considerando el grupo de cirujanos y los recursos necesarios. (Adan, Bekkers, Dellaert, & Jeunet, 2011)

Programar una cirugía implica establecer el horario y día de la cirugía: esto es, de acuerdo a la agenda que se maneja en el área de programación y a consideración de la agenda del médico y disponibilidad del paciente. Para programar una cirugía debemos tomar en cuenta cuatro factores principales: si es ambulatoria o requiere hospitalización, la disponibilidad del médico y del paciente, el horario y día de la cirugía; y por último, el tiempo de recuperación. Es necesario definir si será un procedimiento ambulatorio (al paciente se le realiza el procedimiento, se estabiliza, se da de alta y se retira para recuperarse en casa) o requiere de internamiento y pasar algunos días en el hospital para recuperarse.

Disponibilidad del médico y del paciente: que consiste en conciliar las agendas del médico y paciente para poder programar en las mejores fechas y horarios, y obtener el mejor beneficio para ambos.

## 2.2.8. Implicancias de una cirugía cancelada

Actualmente las demandas de salud aumentan y los recursos humanos disminuyen, lo que en el campo de la cirugía, cobra cada vez mayor importancia. (Livingstone JI, 1993). La nueva economía del cuidado de la salud tiene a favorecer el aumento en la productividad, la mejoría en la calidad y la reducción en los costos. Se calcula que la suspensión de una cirugía electiva le cuesta a un hospital 198 00 dólares por pacientes (Macarthur, 1995), en 1996 el costo por minuto de tiempo quirúrgico calculado era de 8.13 dólares (Dexter F M. A., 1996), este costo cambia a medida que aumenta el volumen en quirófanos, ya que al aumentar el número de cirugías se aprovecha más el quirófano y disminuyen los costos (Canales MG, 2001). Las salas de cirugía son uno de los departamentos más costosos de los hospitales debido a los problemas de la planeación y programación de las operaciones.

Las pérdidas financieras causadas por la cancelación quirúrgica se evidencian en la reserva de la sala de cirugías y pérdida de oportunidad para agendar otro paciente, salas de cirugías infrutilizadas, hospitalizaciones más largas (y riesgo de infección hospitalaria) y, consecuentemente, aumento en la cama/día, precio y disponibilidad de camas reducidas. Estas fuentes de pérdidas son el despilfarro de material esterilizado, re-trabajo del personal implicado en la preparación de la sala de cirugía y en el proceso de esterilización.

Desde el punto de vista administrativo, la suspensión de una cirugía interfiere en la administración del propio equipo de salud, en la gestión del tiempo y de los recursos materiales, va en contra de la preocupación de los administradores de salud, en particular de los servicios quirúrgicos, de optimizar las actividades, reducir costos, evitar pérdida de materiales y desarrollar el trabajo con la más alta calidad. (M.A. Fortes-Gatto, 1998). Como explican algunos estudios, en algunos países las tasas de cirugías suspendidas oscila entre un 7 (V. Haana, 2009) y 16% (A.R. Seim T. F., 2009).

En hospitales universitarios de Estados Unidos, la tasa de suspensión quirúrgica también oscila entre el 5 y 13% (J.B. Pollard, 1999), mientras que en instituciones de otros países como Canadá, Australia, Inglaterra y Pakistán las tasas reportadas fueron del 10, 12, 14 y 25%, respectivamente (W.C. Sung, 2010). Otros indicadores describen que ante una cirugía cancelada inesperadamente, el tiempo utilizado para preparar la sala de operaciones para el próximo paciente es de una hora 37 minutos en promedio (Fischer, 1996). En hospitales estadounidenses se ha calculado además el costo por minuto de una sala de operaciones, que es de aproximadamente 10 dólares, de manera que la cancelación de una cirugía implica un costo que oscila desde 600 hasta 1 400 dólares por cada hora perdida (F. Dexter, 2005).

Estos indicadores, a su vez, se traducen en una importante causa de incremento de gastos por quirófano, recursos materiales y humanos no utilizados, además del impacto que genera para los demás, pacientes en espera y las consecuencias en el plano emocional y afectivo y sus familiares debidas a la cancelación de la cirugía (A. Jimenez, 2006).

Generalmente los pacientes programados para cirugía electiva ingresan al hospital un día antes de la cirugía para su valoración pre anestésico. Este sistema implica la pérdida de tiempo en los casos que no se pueden operar y no permite aprovechar las camas de manera óptima.

La valoración preoperatoria que se realiza en días previos a la programación no se asocia a un menor índice de suspensiones y permite llamar a los pacientes antes de su cirugía para confirmarla o en su caso utilizar ese tiempo quirúrgico para otro paciente. Además esto disminuye la ansiedad y los requerimientos de analgésico, se obtiene mayor satisfacción quirúrgica y se disminuye la frecuencia de problemas post operatorios.

La cancelación de la cirugía ocasiona en el paciente, los familiares y al personal involucrado un gran malestar, frustración y en algunos casos hasta un

efecto depresor y también supone en ellos ideas de que existen deficiencias en la atención desde la planeación de la cirugía y preparación del paciente, mayores estancias hospitalarias, y aumento de gastos para la institución y para el paciente. (Holt, Silverman, & Dziura, 2007)

Las complicaciones para el paciente se pueden expresar de diferentes maneras dependiente del tipo de patología, encontramos así que un paciente de una fractura, puede tener como consecuencia: infecciones, retardo en la consolidación del hueso, pseudoartrosis, consolidación viciosa, rigidez articular, atrofia ósea de sudek, artrosis secundaria, entre otros.

### 2.2.9. Centro Quirúrgico

Es el conjunto de ambientes o unidad operativa compleja, donde convergen las acciones quirúrgicas programadas y de emergencia de varios servicios del hospital. Funcionan las 24 horas día, absorbe un alto porcentaje de personal y un alto presupuesto.

Desde el punto de vista estructural y organizativo, se le define como el espacio en el que se agrupan todos los quirófanos, con los locales de apoyo, instalaciones y equipamiento necesarios para realizar los procedimientos quirúrgicos previstos, por parte del equipo multiprofesional que ofrece asistencia multidisciplinaria, que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad quirúrgica. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010)

### 2.2.10. Suspensión del acto Quirúrgico

La suspensión del acto quirúrgico como tal, implica el hecho de no realizar una cirugía una vez que el paciente ya tiene asignado día y hora para la cirugía o incluso ya se encuentra en la sala de operaciones y, por alguna razón, se suspende la cirugía, situación que ocasiona malestar en los pacientes al posponer su tratamiento y que es una manifestación de cierta deficiencia en la

atención de estos pacientes desde la planeación de la cirugía y preparación del paciente (Aguirre, Chavez, Huitrón, & Cortéz, 2003). Esta situación también afecta al personal de salud que estuvo asignada a planificar la cirugía, pudiendo haber hecho otras actividades y a la institución que genera pérdida de turno operatorio para otros pacientes, pérdida de insumos, materiales, entre otros.

Situación común en todo centro hospitalario que propicia inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria y aumento importante en los gastos.

La suspensión quirúrgica, es considerada uno de los cuatro componentes del costo de la calidad en salud, se encuentra clasificado dentro de los costos de fallos internos y externos de la prevención.

La tasa de suspensión de cirugía se define como el número de cirugías suspendidas dividido por el número total de cirugías programadas en un determinado período de tiempo en una institución y multiplicado por 100. Para la construcción de este indicador deben ser considerados todos los motivos de suspensión: los relacionados con el paciente (condición clínica desfavorable, inasistencia del paciente, falla de ayuno, entre otras) y los relacionados con el hospital (organización del centro quirúrgico, prioridad de las urgencias, disponibilidad de recursos humanos, materiales, entre otros). (M. Galán-Perroca, 2007)

### 2.2.11. Principales motivos de una cirugía cancelada

Los motivos de suspensión de cirugía pueden variar por el tipo de hospital, clínica, servicio o región. Encontramos entre ellos las de origen médico, susceptibles de corregir, puesto que involucran en forma importante al personal de salud.

Situaciones como la separación de la sala de operaciones por la unidad de cirugía, pero con cancelaciones en el último momento por la misma unidad, o el uso ineficiente de la sala de operaciones en relación al tiempo y al procedimiento programado son algunos de los motivos de cancelación a corregir por la administración hospitalaria. (Schofield & Rubin, 2005)

Las causas de cancelación tienen múltiples divisiones relacionadas al cirujano, al anestesiólogo, al paciente y por razones administrativas organizacionales, aunque esto varía en cada hospital ; también es factible agruparlos por criterio de urgencia-esto nos daría conclusiones sobre especialidades que no son cirugías comprometedoras o de emergencia pero tienen un alto índice de cancelaciones de cirugías que tienen grado de urgencia, y que cuando son canceladas en los pacientes se aumenta su morbilidad y mortalidad. (Jonngadda, Walrond, Harinhan, Walrond, & Prasad, 2005)

La enfermedad es una causa no previsible de suspensión quirúrgica de la cual parece abusar el anestesiólogo para suspender un acto quirúrgico; encontramos entre ellas las infecciones de las vías aéreas, la hipertensión arterial descontrolada, la diabetes mellitus y la anemia. (Aguirre, Chavez, Huitrón, & Cortéz, 2003). Algunas condiciones médicas como los procesos virales superiores también son motivos frecuente de cancelación de cirugías programadas, aun cuando existe discusión si deberían ser suspendidas. Estudios recientes, señalan que el anestesiólogo suspende la cirugía electiva en estos pacientes, más por temor a los problemas médicos legales que a las complicaciones médicas. (J, The upper respiratory tract infection (URI) dilemma fear of a complication or litigation?, 2001)

La infección del tracto respiratorio es una de las causas más comunes y representa más del 50% de incapacidades por enfermedad, la decisión de administrar anestesia a estos pacientes sigue siendo un dilema clínico, diferir este procedimiento en tales condiciones ha sido la práctica común, aunque la justificación para hacerlo, especialmente en adultos es particularmente débil. (Fennely ME, 1990). Los niños con infección de vías respiratorias activas o

recientes tienen mayor riesgo de presentar eventos respiratorios adversos (Cohen MM, 1991), pero con un manejo cuidadoso, la mayoría de estos niños puede ser sometido con seguridad a procedimientos electivos sin aumentar su morbilidad y sin necesidad de posponer la cirugía (J, The upper respiratory tract infection (URI) dilemma fear of a complication or litigation, 2001).

Los niños mayores de 5 años tienen bajos índices de complicaciones respiratorias, ya que sus vías respiratorias son de mayor calibre (Cohen MM, 1991). Estudios recientes, sugieren que en niños y adultos con infección de vías aéreas no complicada la anestesia no causa complicaciones respiratorias (Fennely ME, 1990).

En los pacientes con IRA sometidos a cirugía no se ha demostrado una significativa mayor morbilidad residual ni re hospitalización tienen una recuperación sin complicaciones. Se han descrito muy pocos casos de muertes en estos pacientes, siendo imposible descartar otros factores que también podrían haber contribuido a la mortalidad. (Konarzewki WH, 1992). En los pacientes adultos existe mucha menos evidencia que avale o no la suspensión de una cirugía electiva y las complicaciones relacionadas a una IRA.

La hipertensión se presenta cerca del 25% de los pacientes quirúrgicos; idealmente debe normalizarse la presión antes de la cirugía, ya que una presión diastólica mayor de 110mmhg aumenta la frecuencia de isquemia al miocardio, arritmias, hipotensión trans operatoria, insuficiencia renal post operatoria y presión arterial lábil (GA, 1996).

Los pacientes con trastornos tiroideos deben operarse cuando estén bioquímicamente eutiroideos y con una frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto. En los diabéticos deben solicitarse rayos X de tórax, un ECG, una glucosa sanguínea, electrolitos y determinación de creatinina sérica (Ault ML, 1997) para corroborar el control de la glucemia, prevenir la hiperglucemia que causa diuresis trans operatoria y minimizar el riesgo de infecciones, retraso de



cicatrices y disfunción del SNC, al tiempo de prevenir hipoglicemia, lo cual se logra manteniendo cifras de glucosa entre 120 a 200mg.

La principal causa de morbimortalidad en el peri operatorio del paciente quirúrgico es el infarto al miocardio (GA, 1996), por lo que al paciente con antecedentes de patología cardiovascular como angina, infarto, insuficiencia cardíaca, arritmias, hipertensión arterial o diabetes, debe solicitarse un electrocardiograma además de placa de tórax. Para valorar la función renal en mayores de 65 años o en diabéticos se solicitan electrolitos, úrea y creatinina, los análisis de orina, se indican para descartar infecciones de las vías urinarias, diabetes y nefropatías. Los sujetos con IVU no tratados tienen mayor frecuencia de infección en la incisión quirúrgica. (Ault ML, 1997).

Cuando hay antecedentes de enfermedad hepática se solicitan pruebas funcionales hepáticas y pruebas de coagulación, siendo el TP con 3 a 4 segundos por arriba del control y una disminución del nivel de albúmina de menos de 2.5mg/dl los exámenes más sensibles para detectar disfunción hepática.

Se ha demostrado que la mayor parte de los estudios de “rutina” no aportan información relevante para prevenir complicaciones o modificar la asistencia peri operatoria. En el 96% de los casos bastan la historia clínica y la exploración física para indicar la condición física de un enfermo que será sometido a cirugía electiva. (Marcello PW, 1996).

Algunos motivos de cancelación de cirugías están relacionados con el paciente, señalan que la cirugía se adelanta por agudización del padecimiento de la enfermedad, el paciente no acepta el procedimiento anestésico quirúrgico, negándose a firmar el consentimiento de anestesia, inasistencia el día de la cirugía.

Las suspensiones quirúrgicas también se atribuyen al relacionado con el hospital y en este rubro encontramos como causas la falta de tiempo quirúrgico, la falta de material para realizar el procedimiento, la falta de camas hospitalarias, falta de personal asistencial para realizar la cirugía, errores en la programación de la cirugía, tramites en admisión, entre otros. (Livingstone JI, 1993).

Entre las causas atribuidas al anestesiólogo encontramos la falta de sangre disponible, falta de exámenes de laboratorio, alteración de los mismos, paciente que no se encuentra en ayunas, inasistencia, evaluación pre-anestésica incompleta. (Aguirre, Chavez, Huitrón, & Cortéz, 2003)

Otro aspecto se refiere a las cuestiones relacionadas directamente con las alteraciones psico-emocionales del paciente. Al prepararse para la cirugía, sus preocupaciones, sus expectativas, la ansiedad que presenta ante una experiencia nueva (Bisinotto F, 2007). Todo paciente tiene derecho a una revocatoria de cirugía si este ya no desea, este evento puede ocurrir minutos antes de la operación.

La responsabilidad de suspensión está relacionada con las competencias de cada especialista participante dentro del equipo quirúrgico; el anestesiólogo informará al cirujano las condiciones del paciente que a su juicio podrían generar algún tipo de complicación, poniendo a consideración del cirujano la suspensión o no de la cirugía; es responsabilidad del cirujano la suspensión programada, previa discusión y consenso con el equipo quirúrgico; es responsabilidad del personal de enfermería verificar las condiciones del paciente e informar al cirujano y al anestesiólogo si se detecta alguna alteración. (Mexico, 2015)

La intervención de la enfermera es muy importante ya que es la responsable en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana ante la presencia de un problema o enfermedad, su atención integral al paciente quirúrgico

incluye los aspectos físicos trastornados por la enfermedad, aspectos fisiológicos, emocionales, espirituales, sociales y económicos del paciente, es por ello que el rol de ella es muy importante en la preparación quirúrgico del paciente ya que un error en su cuidado puede influenciar directamente en una suspensión quirúrgica. (Cardiología, 1999)

## **2.3 Definición operacional de términos**

### **a. Suspensión de Cirugía**

La suspensión de cirugía implica el hecho de no realizar una cirugía programada, es decir una vez que el paciente ya tiene asignado día y hora para la cirugía o incluso ya se encuentra en sala, esto ocasiona malestar en los pacientes al posponer su tratamiento y que es una manifestación de cierta deficiencia en la atención de estos pacientes desde la planeación de la cirugía y preparación del paciente.

### **b. Centro Quirúrgico**

Es el conjunto de ambientes o unidad operativa compleja, donde convergen las acciones quirúrgicas programadas y de emergencia de varios servicios del hospital. Funcionan las 24 horas día, absorbe un alto porcentaje de personal y un alto presupuesto.

### **c. Frecuencia**

Se define como una repetición de hechos o sucesos similares en un intervalo de tiempo determinado.

#### d. Factores asociados

Se consideran a las circunstancias o causas que generan la suspensión de una cirugía programada, permite alertar sobre situaciones que ameritan controlar.

#### e. Condición institucional del paciente

Se define como la condición o relación del paciente con la institución prestadora de salud del paciente, con fines de acceder a un acto quirúrgico. Existen dos condiciones institucionales: paciente hospitalizado y paciente ambulatorio.

Se define paciente hospitalizado al paciente que es admitido formalmente a un hospital con orden del médico. A este se le asignará una cama donde será observado, diagnosticado, tratado o preparado para su intervención quirúrgica.

Se define paciente ambulatorio al paciente que está recibiendo servicios del departamento de emergencia, servicios de observación, cirugía ambulatoria, pruebas de laboratorio, rayos x, o cualquier otro servicio hospitalario y el médico no ha escrito una orden para admitirlo en un hospital como paciente hospitalizado. (Baltimore, 2014)

Esta condición institucional del paciente es determinada por el cirujano, quien luego de varias evaluaciones y exámenes, determina el grado de complejidad de la enfermedad para la realización de la cirugía y el tiempo de estancia hospitalaria.

Se debe señalar también que esta condición institucional del paciente puede variar dependiendo de la complejidad del acto quirúrgico, encontrándose así un paciente que ingresa como ambulatorio y termina hospitalizándose.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de nivel retrospectivo, ya que recaba información en base a registros que ya ocurrieron, tipo cuantitativo en razón a que se le asigna un valor numérico a los hallazgos, método descriptivo exploratorio basado en documentos, que se presentan los datos obtenidos en un tiempo y espacio determinado. Según su periodo y secuencia es de corte transversal.

#### **3.2. LUGAR DE ESTUDIO**

El presente estudio se desarrolló en la Clínica Maison de Santé, que es una institución de Nivel II, de relativa complejidad. Pertenece al sector Privado, está ubicado en la Av. Benavides 998, en el distrito de Surco, Lima, Perú.

La institución inicialmente se creó como un Policlínico y estuvo trabajando así hasta mayo del 2005, que es cuando se creció la infraestructura implementándose las unidades de hospitalización, Centro Quirúrgico y la Unidad de Cuidados Intensivos.

El Centro Quirúrgico de la Clínica Maison de Santé cuenta con dos salas de operaciones, una sala de intervenciones, 1 jefa de sala de operaciones, 5

enfermeras instrumentistas, 5 enfermeras de recuperación, 5 técnicas circulantes, 5 técnicas de central de esterilización, 4 anestesiólogos que cubren las 24 horas del día todos los días de la semana. Los cirujanos por especialidades, cirugía, ginecología, traumatología que se encuentran también las 24 horas del día, que se turnan de dos en dos para cubrir las cirugías programadas y de emergencia.

La jefatura de enfermería trabaja con horario administrativo que implica de lunes a viernes de 7:00 a 14:00. El personal asistencial de enfermeras y técnicas en Centro Quirúrgico trabajan mensualmente 150 horas, haciendo turnos de 12 horas divididos en guardias diurnas de 7:00 a 19:00 y nocturnas de 19:00 a 7:00 hasta completar sus horas, la jefatura del servicio es quien realiza el horario de trabajo de acuerdo a la necesidad de servicio. El turno del personal asistencial diario es de 1 enfermera instrumentista, 1 enfermera en recuperación, 1 técnica circulante, 1 técnica en recuperación y por último 1 técnica en central de esterilización.

Los horarios de las cirugías programadas es de 7:00 hasta las 19:00, variando este con previa coordinación con jefatura y anestesiología; cabe mencionar que las horas de las cirugías programadas pueden ser algunas veces variadas por presentarse una cirugía de emergencia, retraso del paciente, cirujano, materiales o anestesiólogo.

### **3.3. POBLACIÓN**

La población de estudio fueron los pacientes con cirugías programadas en la Clínica Maison de Santé Sede Este, durante el periodo enero-junio 2015. En este periodo se atendió 609 cirugías programadas.

Se seleccionó de enero a junio del 2015 para investigar, por estar los registros completos e ingresados al sistema por jefatura de enfermería.

### **3.4. UNIDAD DE ANALISIS**

Registro e historias clínicas de Pacientes, con cirugía programada en la Clínica Maison de Santé Sede Este, durante el período enero-junio 2015.

### **3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **3.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes programados para cirugía en el periodo de enero-junio 2015.
- Pacientes con riesgo quirúrgico I y II.
- Pacientes que fueron programados con todos los exámenes y preparación pre quirúrgica.

#### **3.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con riesgo quirúrgico III y IV.
- Cirugías anotadas como urgencia en el registro quirúrgico.
- Cirugías anotadas como emergencia en el registro quirúrgico.
- Cirugías programadas que no cumplieron con todos los requisitos del pre quirúrgico (nutrición, tratamiento, exámenes auxiliares).

### **3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos la técnica que se utilizó fue la observación directa para la revisión o análisis documental y como instrumento se elaboró una hoja de Registro, el mismo que fue llenado por la investigadora. El instrumento evaluó la frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías programadas en la Clínica Maison de Santé, este instrumento cuenta con tres

dimensiones: paciente, personal de salud, equipamiento y documentación, constó de 16 ítems. El procedimiento de evaluación de validez y confiabilidad se realizó mediante juicio de expertos.

### **3.7. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Luego de concluida la recolección de datos, los datos fueron ordenados y tabulados a través de hojas de cálculo en microsoft Excel donde luego se realizó una evaluación de calidad en la cual se buscó datos faltantes o datos incongruentes con la recolección de datos. Posteriormente se realizó el análisis descriptivo a través de medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Los hallazgos encontrados fueron presentados en gráficos y tablas.



## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego de haber aplicado el instrumento de recolección de datos, los cuales fueron procesados usando el programa de Microsoft Excel 2013 y presentados en gráficos para su análisis e interpretación de aquellos de mayor importancia, utilizando la base teórica correspondiente a fin de determinar las conclusiones del presente estudio.

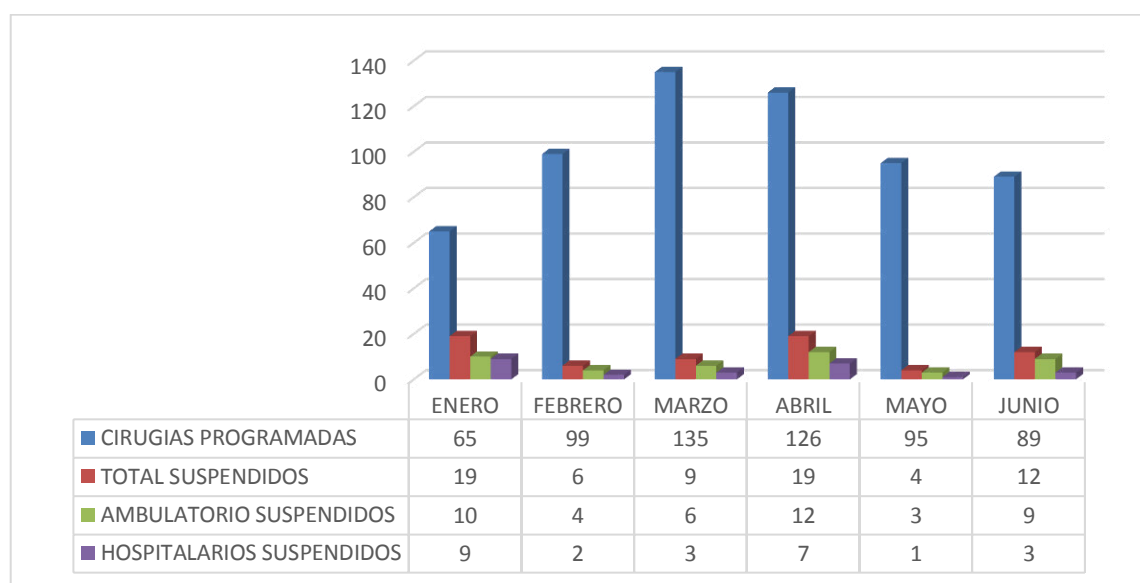
#### **1. RESULTADOS:**

En el gráfico N°1 se puede observar que en la Clínica Maison de Santé-sede Este, entre enero a junio 2015, existieron 609 (100%) cirugías programadas, de las cuales 69 (11.33%) fueron suspendidas, siendo que el mayor porcentaje de suspensión se dio en los meses de enero y abril con 29.2% y 15.07% respectivamente, seguido de junio con 17.4%, marzo 13%, febrero 8.7% y la menor cantidad en mayo 5.8%.

En relación a la frecuencia de cirugías suspendidas según condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé-sede Este, enero-junio 2015, se observa que del total que se suspendieron 69 (100%), 44 (63.8%) son en pacientes de condición institucional ambulatorios y 25 (36.2%) son en pacientes de condición hospitalizados.

## GRÁFICO N°1

### FRECUENCIA DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS SEGÚN LA CONDICION INSTITUCIONAL DEL PACIENTE EN LA CLINICA MAISON DE SANTE-SEDE ESTE ENERO-JUNIO LIMA-PERÚ 2015

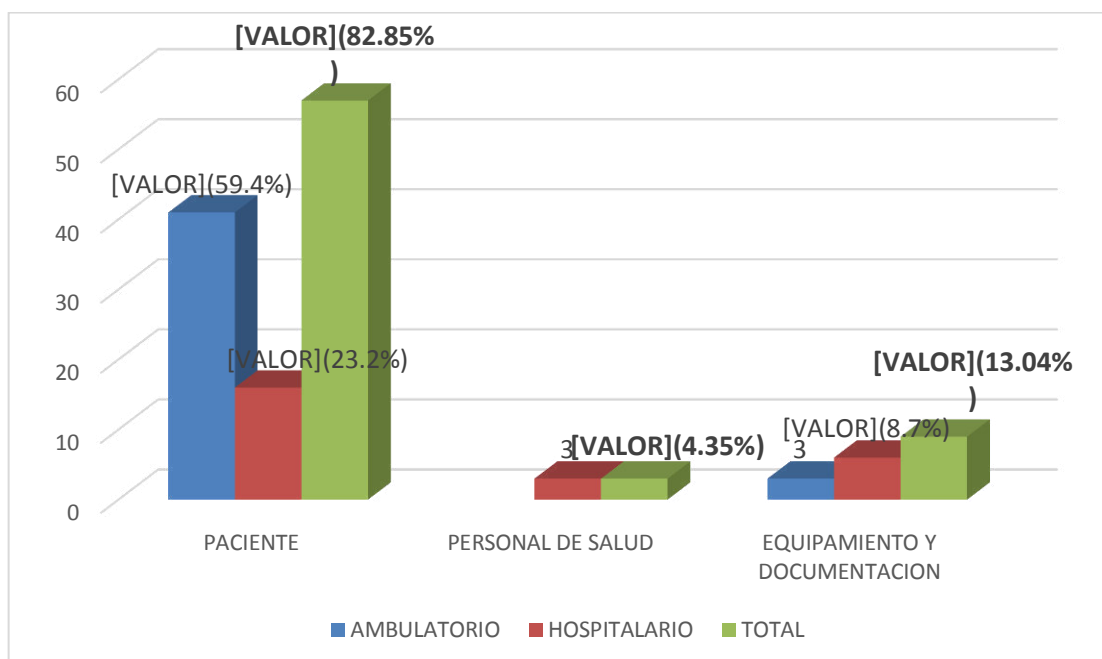


Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado en la Clínica Maison de Santé-Sede Este, enero-julio 2015.

Según mes de programación tenemos que en enero de 65 (100%) cirugías programadas hay 19 (29.2%) cirugías suspendidas, de estas 10 (15.4%) son en pacientes ambulatorios y 9 (13.8%) en pacientes hospitalizados; en febrero de 99 (100%) cirugías programadas hay 6 (9.2%) cirugías suspendidas, de estas 4 (6.15%) son ambulatorias y 2 (3.07%) son hospitalarias; en marzo de 135 (100%) cirugías programadas hay 9 (6.67%) cirugías suspendidas, de estas 6 (4.44%) son ambulatorias y 3 (2.22%) son hospitalarias; en abril de 126 (100%) cirugías programadas hay 19 (15.07%) cirugías suspendidas, de estas 12 (9.52%) son ambulatorias y 7 (5.56%) son hospitalarias; en mayo de 95 (100%) cirugías programadas hay 4 (4.21%) cirugías suspendidas, de estas 3 (3.16%) son ambulatorias y 1 (1.05%) son hospitalarias; en junio de 89 (100%) cirugías programadas hay 12 (13.5%) cirugías suspendidas, de estas 9 (10.11%) son ambulatorias y 3 (3.37%) son hospitalarias.

## GRÁFICO N°2

### CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGIAS SEGÚN LA CONDICION INSTITUCIONAL DEL PACIENTE EN LA CLINICA MAISON DE SANTE-SEDE ESTE ENERO-JUNIO LIMA-PERÚ 2015

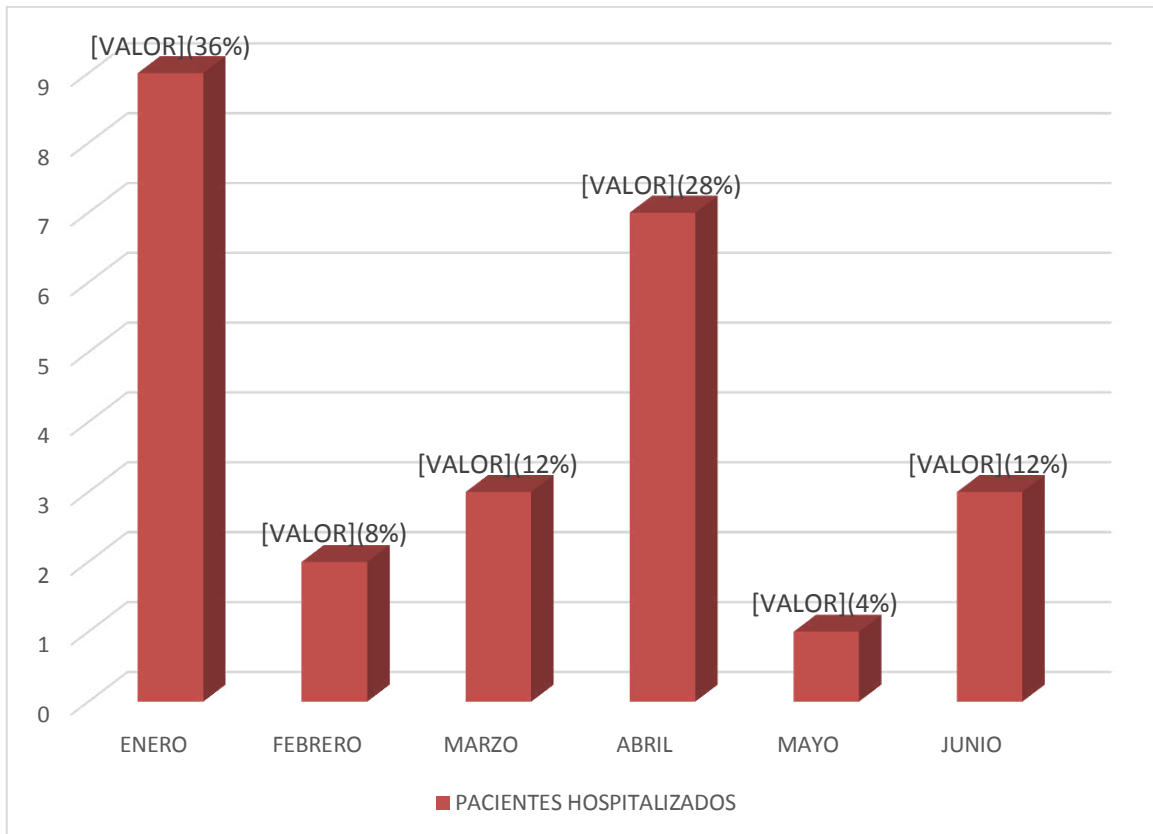


Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado en la Clínica Maison de Santé-Sede Este, enero-julio 2015.

En el gráfico N°2 se identifican tres causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente, de los cuales se observa que la causa atribuida al paciente 57 (82.85%) tiene un mayor porcentaje de suspensión de cirugías, encontrando 41 (59.4%) de condición institucional ambulatorio y 16 (23.2%) de condición institucional hospitalario; le sigue la causa atribuida al equipamiento y documentación 9 (13.04%), donde 6 (8.7%) es de condición institucional ambulatorio y 3 (4.35%) es de condición institucional hospitalario y por último las causas atribuidas al personal de salud 3 (4.35%), donde 3 (4.35%) es de condición institucional ambulatorio y 3 (4.35%) es de condición institucional hospitalario.

### GRÁFICO N°3

#### FRECUENCIA DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLINICA MAISON DE SANTE-SEDE ESTE ENERO-JUNIO LIMA-PERÚ

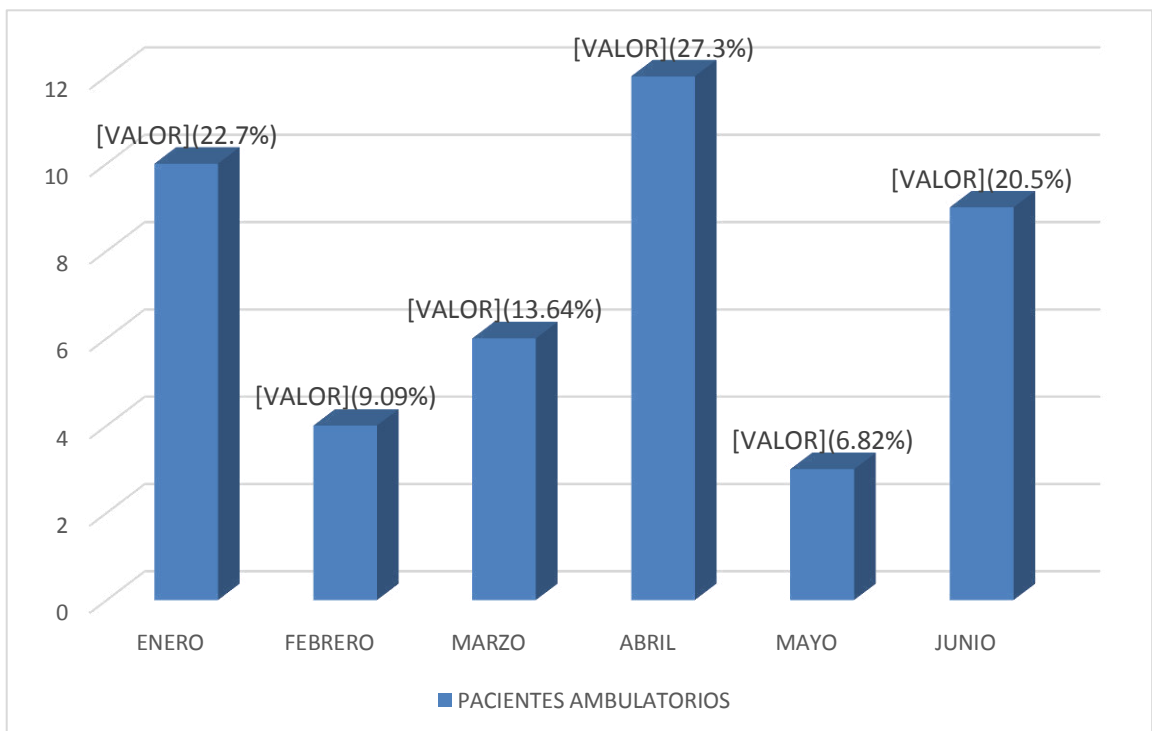


*Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado en la Clínica Maison de Santé-Sede Este, enero-julio 2015.*

En el gráfico N°3 se observa que la mayor frecuencia de cirugías suspendidas en pacientes hospitalizados se encuentra en enero con 9 (36%), seguido de abril con 7 (28%), luego marzo y junio con 3 (12%) cada uno, posteriormente febrero con 2 (8%) y en menor cantidad el mes de mayo con 1 (4%).

#### GRÁFICO N°4

### FRECUENCIA DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS EN PACIENTES AMBULATORIOS EN LA CLINICA MAISON DE SANTE-SEDE ESTE ENERO-JUNIO LIMA-PERÚ

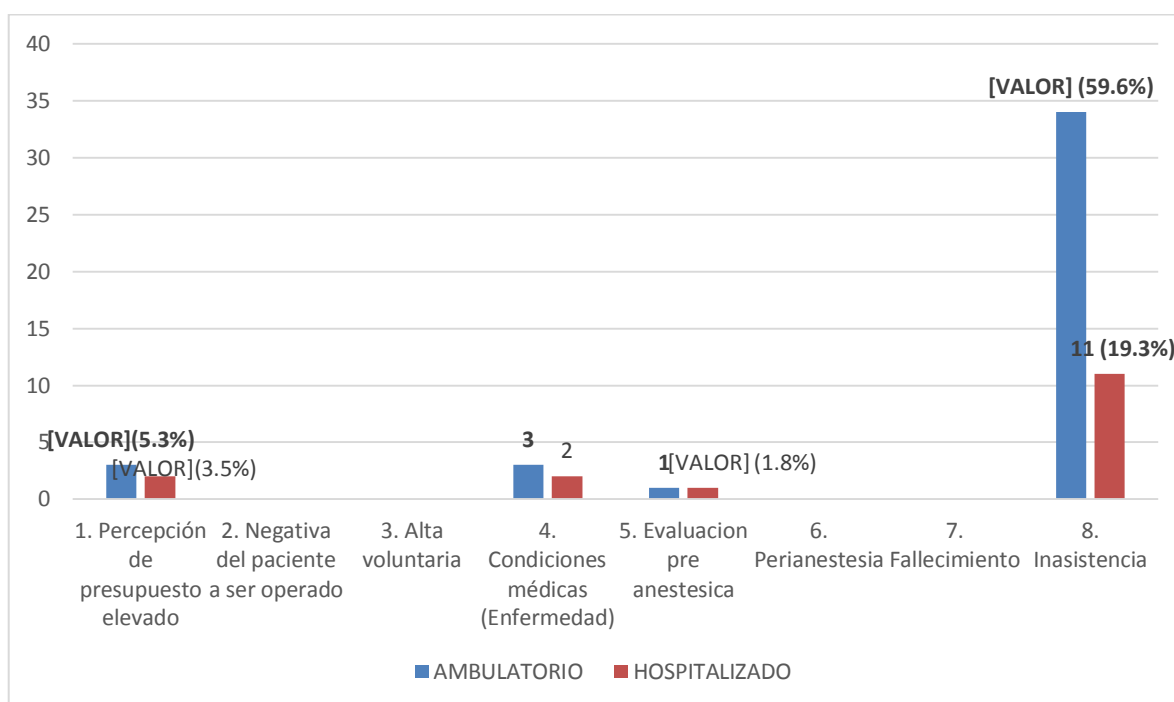


*Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado en la Clínica Maison de Santé-Sede Este, enero-julio 2015.*

En el gráfico N°4 se observa que la mayor frecuencia de cirugías suspendidas en pacientes ambulatorios se encuentra en abril con 12 (27.3%), seguido de enero con 10 (22.7%), luego junio con 9 (20.5%), marzo 6 (13.64%), febrero con 4 (9.09%) y en menor cantidad el mes de mayo con 3 (6.82%).

## GRÁFICO N°5

### CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGIAS ASOCIADA AL PACIENTE SEGÚN LA CONDICION INSTITUCIONAL DEL PACIENTE EN LA CLINICA MAISON DE SANTE-SEDE ESTE ENERO-JUNIO LIMA-PERÚ

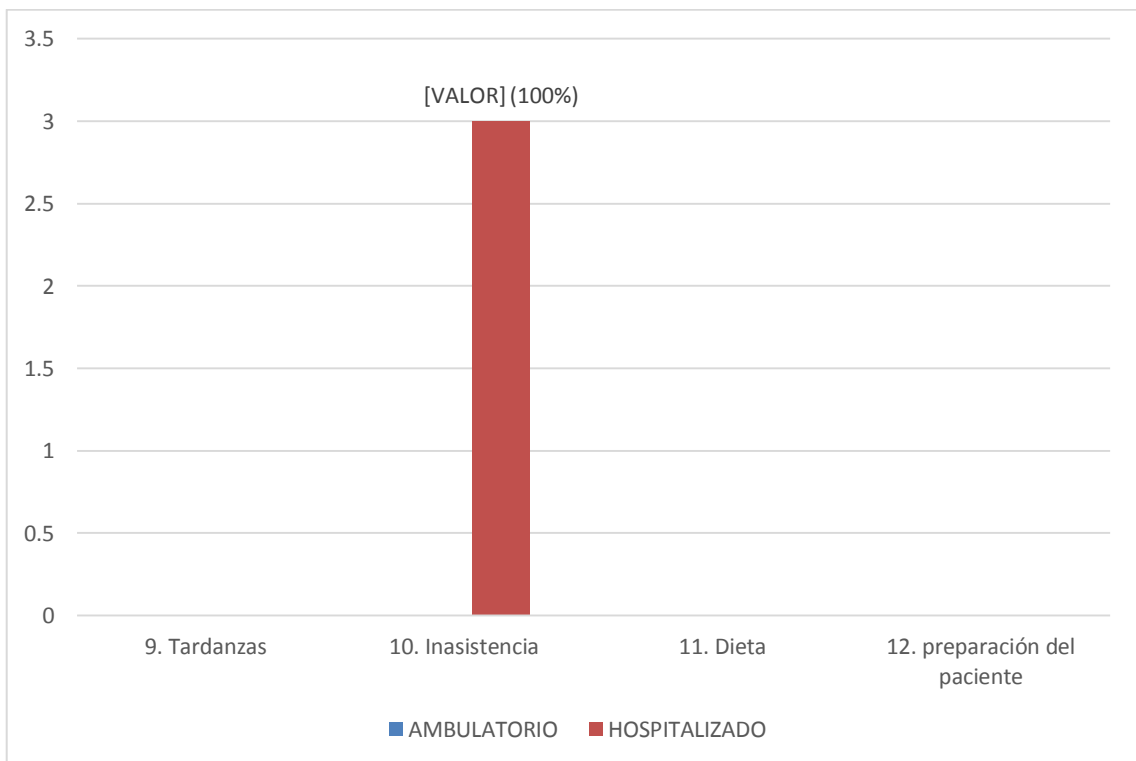


*Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado en la Clínica Maison de Santé-Sede Este, enero-julio 2015.*

En el gráfico N°5 en relación a la causa de suspensión de cirugías asociada al paciente según su condición institucional, encontramos que la mayor causa es la inasistencia del paciente 45 (78.9%), de las cuales 34 (59.6%) son de condición institucional ambulatorio y 11 (19.3%) son de condición institucional hospitalario; la segunda causa es percepción de presupuesto elevado y condiciones médicas con 5 (7.25%), de las cuales 3 (5.3%) son de condición institucional ambulatorio y 2 (3.5%) son de condición institucional hospitalario. Encontramos también la evaluación pre anestésica como ultima causa de suspensión de cirugías con 2 (3.5%) de las cuales 1 (1.8%) son de condición institucional ambulatorio y 1 (1.8%) son de condición institucional hospitalario.

## GRÁFICO N°6

### CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGIAS ASOCIADAS AL PERSONAL DE SALUD SEGÚN LA CONDICION INSTITUCIONAL DEL PACIENTE EN LA CLINICA MAISON DE SANTE-SEDE ESTE ENERO-JUNIO LIMA-PERÚ

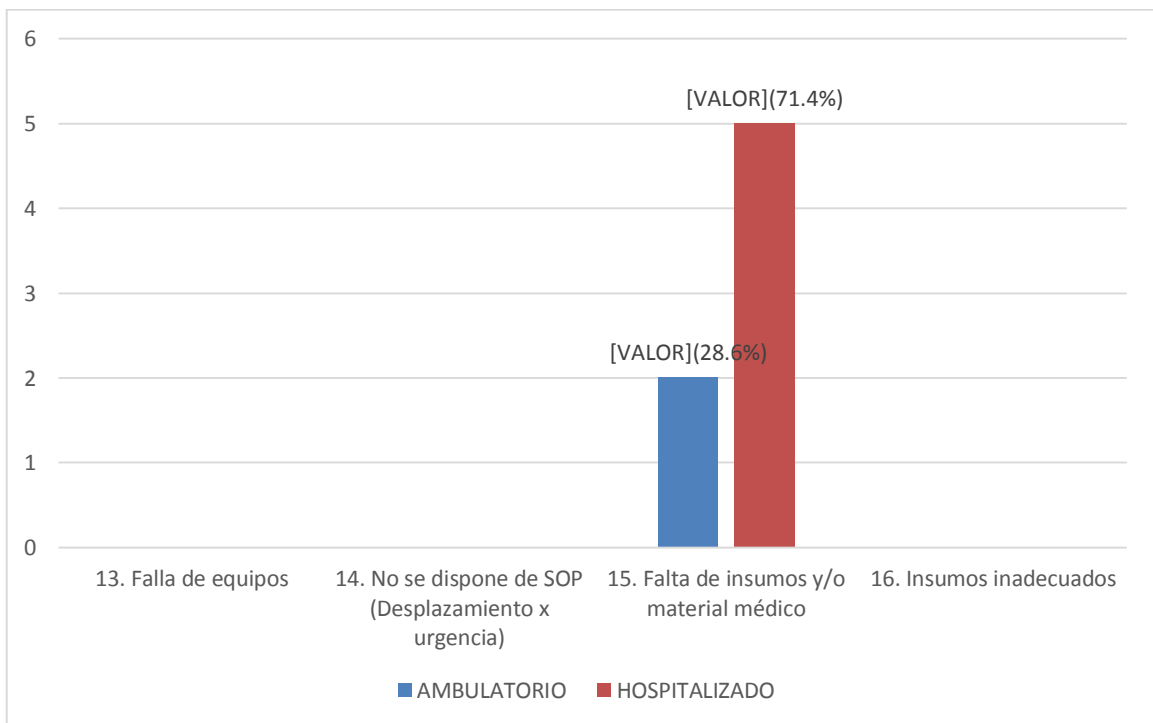


*Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado en la Clínica Maison de Santé-Sede Este, enero-julio 2015.*

En el gráfico N°6 se observa que la única causa asociadas al personal de salud para la suspensión de cirugías es la inasistencia con 3 (100%) y esta es de condición institucional hospitalario. Se encontró en el instrumento de recolección de datos que la inasistencia fue por parte del cirujano tratante.

## GRÁFICO N°7

### CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS ASOCIADA AL EQUIPAMIENTO Y DOCUMENTACIÓN SEGÚN LA CONDICION INSTITUCIONAL DEL PACIENTE EN LA CLINICA MAISON DE SANTE-SEDE ESTE ENERO-JUNIO LIMA-PERÚ



*Fuente: Instrumento de recolección de datos aplicado en la Clínica Maison de Santé-Sede Este, enero-julio 2015.*

En el gráfico N°7 se observa que la única causa de suspensión de cirugías asociada al equipamiento y documentación es la falta de insumos y/o material médico 7 (100%), de las cuales 2 (28.6%) son de condición institucional ambulatorio y 5 (71.4%) de condición institucional hospitalario.

## 2. DISCUSIÓN

En los últimos tiempos las suspensiones de cirugías ha sido considerado un indicador de calidad de asistencia de salud. La cancelación de procedimientos



quirúrgicos es un problema de gran importancia debido al costo económico y social. En la literatura se observa que las tasas de cancelación pueden oscilar desde un 10 hasta un 17% en cirugía programada (A.R. Seim T. F., 2009). Helena Barboza y Miranda y Viera también publican una tasa de anulación entre esos parámetros con 14.14%, en nuestro estudio apreciamos algo similar con una tasa de cancelación 11.33% en promedio, donde los meses de enero y abril presentan la cifra máximo con 3.12% y en mayo se presenta la cifra mínima con 0.66%. Se debe señalar que las tasas mencionadas por las investigadoras se realizaron en hospitales grandes de gran demanda quirúrgica y nuestro estudio se realizó en una clínica.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia y causas de suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé, se obtuvo como resultado que la población total de cirugías suspendidas en la dimensión paciente fue un 82.85%, de los cuales 78.9% fue por el motivo de inasistencia y el 8.8% condiciones médicas del paciente (enfermedad) y 8.8% presupuesto elevado, así mismo se observa que algunas investigaciones demuestran resultados similares, como la de Aguirre, Chavez, Huitron, 2001, en su estudio se identificaron 17 causas específicas de suspensión quirúrgica que se dividieron en tres grupos, las atribuidas al paciente fueron las que presentaron el mayor índice de suspensión con 346 (40.1%), 173 pacientes dejaron de acudir al hospital, 65 no acudieron a la cita de consulta externa de cirugía general, 59 faltaron a la cita de consulta externa con anestesia, 49 no se presentaron a admisión hospitalaria el día que se programó su cirugía. A otros 111 casos se les suspendió la cirugía por presentar enfermedad aguda con predominio de la infecciones respiratorias en 51%, la hipertensión descontrolada con 20%, el 11.8% se realizó cirugía de urgencia y otros 3.75% no aceptaron los procedimientos anestésicos.

Refiere también la autora que el porcentaje de suspensión quirúrgica relacionada con el hospital es de un 30,1%, donde se encontraron falta de tiempo quirúrgico 101 casos), falta de material 97 casos, falta de camas

disponibles en piso 5 casos, entre otros. Al cirujano se le reporta con una tasa de 29.8%, anestesia canceló 35 pacientes sin especificar en la historia clínica la causa y la causa paciente con un 40.1%; similares a nuestro estudio donde reportamos la mayor causa de suspensión está relacionada con el paciente con un 82.85%, al personal de salud 41.35% y al equipamiento y documentación 13.04%.

Algo parecido publica la autora Renilla Elena (2011) donde expone una tasa de suspensión de cirugía de 6.92%, ella identifica en su estudio como motivos de suspensión de cirugía las siguientes dimensiones: problemas relacionados al cirujano (59,15%), aquí están inmerso los relacionados a los pacientes en nuestro caso, al anestesiólogo (25,28%), a la institución (14,46%) y por criterio de urgencia (1,11%), dentro de los problemas del cirujano ubica algunos problemas relacionados con el paciente (falta de firma de consentimiento, falta de exámenes pre quirúrgicos, infección de zona operatoria, riesgo quirúrgico incompleto, entre otros).

Los autores Habit y Fortes publican una tasa de suspensión de 19.91%, donde reportan una alta tasa de ausentismo de paciente 54.30% y señalan que es a causa de falta de información de la fecha programada, infección de vías aéreas, condición social, falta de dinero, problemas familiares, condición clínica del paciente entre otros. Coincidimos con su alta tasa de ausentismo en nuestro estudio dividiéndolo en un 59.6% de pacientes con condición institucional ambulatoria y condición institucional hospitalaria 19.3%.

Los principales motivos identificados en este estudio para la cancelación de los procedimientos quirúrgicos fueron: paciente, equipamiento y materiales y personal de salud. Con todo, también es importante resaltar que en algunos casos no había el registro de estos motivos o estaban algunos datos incompletos. Este hallazgo señala la necesidad de concienciación de los profesionales, pues sólo a partir del conocimiento de causa es como se consigue proponer soluciones.

Otros estudios realizados tanto en Brasil como en otros países indican tasas elevadas de suspensiones quirúrgicas por condiciones clínicas inadecuadas de los pacientes y enfatizan la implementación de programas de orientación preoperatoria para obtener reducción de las tasas de suspensión de cirugías electivas. La carencia socioeconómica de los pacientes es considerada como uno de los factores para su ingreso aunque no esté en condiciones clínicas ideales para cirugía. (Ladim, Paiva, Fiuza, Oliveira, & Pereira, 2009).

El no ingreso del paciente después de llegar a la institución hospitalaria también fue otro motivo identificado para las cancelaciones quirúrgicas en esta investigación. En estos casos, los problemas descritos fueron la percepción de los costos elevados, temor a su cirugía, etc.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

#### **1. CONCLUSIONES**

En el presente estudio se concluye que la frecuencia de suspensión quirúrgica es variable, encontrando un promedio de 11.33%, de los cuales la mayor tasa se encontraron en los meses de enero y abril 3.12% y la más baja tasa se encontró en mayo con 0.66%. La frecuencia de suspensión de cirugía según condición institucional del paciente se encontró que el 63.8% son de condición institucional ambulatorio y el 36.2% son de condición institucional hospitalaria.

Las causas de suspensión de cirugías según condición institucional de paciente son: causas relacionadas con el paciente, donde se encuentra con mayor porcentaje 82.85%, de los cuales 59.4% son de condición institucional ambulatoria y 23.29% son de condición institucional hospitalaria; causas relacionadas con equipamiento y documentación 13.04%, de los cuales 4.35% son de condición institucional ambulatoria y 8.7% son de condición institucional hospitalaria y en menor cantidad las causas relacionadas con el personal de salud 4.35% donde solo encontramos la condición institucional hospitalaria.

De acuerdo a la frecuencia de cirugías suspendidas en pacientes hospitalizados se encontró lo siguiente: enero presentó la más alta tasa con 36%, seguido de abril con 28%, marzo y junio con 12% cada uno, febrero con 8% y la más baja tasa fue en mayo con 4%.

De acuerdo a la frecuencia de cirugías suspendidas en pacientes ambulatorios se encontró lo siguiente: abril presentó la más alta tasa con 27.3%, seguido de enero con 22.7%, junio con 20.5%, marzo con 13.64%, febrero con 9.09% y la más baja tasa fue en mayo con 6.82%.

Dentro de las causas asociadas al personal de salud según condición institucional del paciente, encontramos lo siguiente: la única causa de suspensión fue por inasistencia, reportándose tres casos de condición institucional hospitalaria.

Dentro de las causas asociadas al paciente según condición institucional del paciente, encontramos lo siguiente: la mayor causa fue relacionado a la inasistencia con 78.9%, de los cuales 59.6% son de condición institucional ambulatoria y 19.3% de condición institucional hospitalaria. Le siguen las causas percepción del presupuesto elevado y condiciones médicas con 8.8% cada uno. Y la causa menor de suspensión relacionado con la evaluación pre anestésica con 3.6%, de los cuales las condiciones institucionales ambulatorias y hospitalarias se encuentran en la misma proporción.

Dentro de las causas asociadas al equipamiento y documentación según condición institucional del paciente, encontramos lo siguiente: la única causa de suspensión fue por falta de insumos y/o material médico, de los cuales 71.4% son de condición institucional hospitalaria y 28.6% de condición institucional ambulatoria.

## **2. RECOMENDACIONES**

El servicio de sala de operaciones de la Clínica Maison de Santé promueva el diseño de implementación de estrategias, protocolos y flujogramas para la programación de cirugías, evitando hasta el más mínimo sus suspensiones.

Reunir a los cirujanos, el equipo de centro quirúrgico y al personal administrativo involucrado una vez al mes para que evalúen las causas de suspensiones de cirugías y tomen medidas preventivas para suspensión.

Realizar estudios de investigación con enfoque cualitativa profundizando el tema de suspensiones quirúrgicas.

## **3. LIMITACIONES**

Los resultados y conclusiones solo son válidos para la población de estudio (Clínica Maison de San Te – Sede Este), o poblaciones con características muy similares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Jimenez, C. A. (2006). Cancellations in ambulatory day surgery: Ten years observacional study. *Ambul Surg*, 119-123.
- A.R. Seim, T. F. (2009). Causes of cancellations on the day of surgery at two major university hospitals. *Surg Innov*.
- A.R. Seim, T. F. (2009). Causes of cancellations on the day of surgery at two major university hospitals. *Surg Innov*, 173-180.
- Adan, I., Bekkers, J., Dellaert, N., & Jeunet, J. (2011). *Improving operational effectiveness of tactical master plans for emergency and elective patients under stochastic demand and capacitated resources*. Polonia: European Journal of Operational Research.
- Aguirre, J., Chavez, G., Huitrón, G., & Cortéz, N. (2003). ¿Porqué se suspende una cirugía? Causas, implicancias y antecedentes bibliograficos. *Gaceta médica de México*, 545-551.
- Ault ML, C. S. (1997). The preoperative assesment clinic, its value and function. *Anesthesiol Clin NA*.
- Baltimore. (2014). Es un paciente hospitalizado o ambulatorio. *Centers for medicare y medicaid services*, 1-7.
- Barboza, M., Miranda, D., & Vieira, E. (2012). Análisis de la suspensión de cirugías de un hospital docente. *Enfermería Global*, 26.
- Bisinotto F, P. J. (2007). Implicancias del servicio pre anestésico en el hospital preuniversitario dificultades y resultados. *Bras Anestesiologia*, 57,167,76.
- Canales MG, M. A. (2001). The surgical sulte meets the new health economy. *J Am Coll Surg*, 192, 768, 775.
- Cardiologia, S. M. (1999). La importancia de la enfermeria moderna en la atencion integral del paciente quirurgico. *revista mexicana de enfermeria cardiologica*, 1-4.
- Chaves, S., Gomes, T., & L, S. (2011). Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico. *Enfermeria Global*, 23.
- Cohen MM, C. C. (1991). Should you cancel the opertion when a child has an upper respiratory tract infection. *Anesth Analg*.
- Dexter F, M. A. (1996). Applications of information systems to operating room scheduling. *Anesthesiology*, 85: 1232-1234.
- Dexter F, M. A. (1999). An operating room scheduling strategy to maximice the use of operating room block time. *anesth analg*, 7-20.
- F. Dexter, E. M. (2005). Validation of statistical methods to compare cancellation rates on the day of surgery. *Anesth Analg*, 465-473.

- Fennely ME, H. G. (1990). Anaesthesia and upper respiratory tract infections: a non-existent hazard. *BJ Anaesth*.
- Fischer, S. (1996). Development and effectiveness of an anesthesia preoperative evaluation clinic in a teaching hospital. *Anesthesiology*, 196-206.
- GA, V. N. (1996). Preoperative assessment of common diseases in the outpatient setting. *Anesthesiol Clin North Am*.
- Gaviria, G., Lastre, G., & Suarez, M. (2014). Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. *Enfermería universitaria*, 2.
- Habib, M., & Fortes, M. (2006). Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Latino-am Enfremagem*, 48-53.
- Hernandez, H., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación 5ta edición*. México: Mc Graw Hill.
- Holt, N., Silverman, R., & Dziura, J. (2007). *Preanesthesia Clinics, Information Management, and Operating Room Delays: Results of a Survey of Practicing Anesthesiologists*. *Anesth Analg*.
- J, C. C. (2001). *The upper respiratory tract infection (URI) dilemma fear of a complication or litigation*. Pandit UA. *Anesthesiology*.
- J, C. C. (2001). *The upper respiratory tract infection (URI) dilemma fear of a complication or litigation?* Pandit UA. *Anesthesiology*.
- J.B. Pollard, L. O. (1999). Early outpatient preoperative anesthesia assessment: Does it help to reduce operating room cancellations? *Anesth Analg*, 502-505.
- Jonnalagadda, R., Walrond, E., Harinharan, S., Walrond, M., & Prasad. (2005). Evaluation of the reasons for cancellations and delays of surgical procedures in a developing country. *Clin Pract*, 716-720.
- Konarzewki WH, R. N. (1992). Anaesthetic death of a child with a cold. *Anaesthesia*, 624.
- Kumar, R., & Gandhi, R. (2012). Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 66-69.
- Ladim, F., Paiva, F., Fiuza, M., Oliveira, E., & Pereira, J. (2009). Analisis de factores relacionados a suspensión de operaciones en un servicio de cirugía general. *Revista Col. Bras. Cir.*, 283-287.
- Livingstone JI, H. M. (1993). *Role of pre admission clinics in a general surgical*. *Ann Royal Surg Eng*.
- Lopez, J., Sartré, N., González, V., & Rodea, H. (2008). La suspensión de cirugía electiva en un hospital público de tercer nivel. Frecuencia y causas. *Medigraphic Artemisa en línea*, 35-40.



- M. Galán-Perroca, M. d.-J.-F. (2007). Monitoreando o cancelamiento de procedimientos quirúrgicos: indicador de desempeño organizacional. *Esc Enfermería USP*, 113-119.
- M.A. Fortes-Gatto, V. G. (1998). Otimizando o uso da SO. *Rev SOBECC*, 23-28.
- Macarthur. (1995). Determinants of pediatric day surgery cancellation. *J Clin Epidemiology*, 48: 485-486.
- Marcello PW, R. P. (1996). Estudios perioperatorios "de rutina" seleccion de los mas adecuados para el paciente idoneo. *Clin Qui NA*.
- Mexico, M. d. (2015). Procedimiento de suspensión de cirugía. *INR LGII*, 3-5.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Bloque quirurgico, Estandares y recomendaciones*. Madrid: Informes estudio e investigación.
- Ministerio de Sanidad, P. s. (2010). Guia de practica clinica para la seguridad del paciente quirurgico. España: Ministerio de Ciencia e inovación.
- Pérroca, M., Jericó, M., & Facundi, S. (2007). Cancelamiento quirurgico en un hospital: Implicancias sobre gerenciamiento y costos. *Revista Latino-Am*, 1018-1024.
- Renilla, E. (2013). *Motivos de cancelación de cirugías electivas del período 2007-2011 en el departamento de anestesiología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. Lima, Perú: Ateneo-UNMSM.
- Roth, R. A. (1995). Perioperative nursing core curriculum. *AORN*.
- Salud, M. d. (2000). Norma tecnica para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de centro quirurgico. Lima, Lima, Peru: Minsa.
- Salud, O. M. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, Segundo reto mundial por la seguridad del paciente*. Suiza: Ediciones de la OMS.
- Salud, S. N. (2006). *Indicadores del ministerio de Salud*. Brasil: Ministerio de Salud.
- Schofield, W., & Rubin, G. (2005). Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *Medical Journal* , Australia.
- Smeltzer Suzanne, B. B. (2004). *Enfermería Medico Quirurgico*. EEUU: Mc Graw-Hill Interamericana Editores S.A.
- V. Haana, K. S. (2009). Case cancellations on the day of surgery: An investigation in an Australian paediatric hospital. *ANZ J Surg*, 636-640.
- W.C. Sung, A. C. (2010). Operation cancellation al Chang Gung Memorial Hospital. *Chang Gung Med J*, 568-575.

# **ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
A. Operacionalización de la variable.....	66
B. Instrumento.....	67
C. Tabla de concordancia de juicio de expertos y Prueba Binomial.....	68
D. Tabla matriz de consistencia.....	69

## ANEXO A:

### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL
Causas relacionados a suspensión de cirugías.	La suspensión implica el hecho de no realizar una respuesta a una actividad o situación una vez que ya se planificó.	La suspensión de cirugías se determinará como una actividad realizada o no realizada dentro del estudio.  Este será anotado dentro de una hoja de registro.	Paciente          Personal de salud       Equipamiento y documentación	Percepción del presupuesto elevado.  1. Negatividad del paciente a ser operado.  2. Alta voluntaria  3. Condiciones médicas (enfermedad)  4. Evaluación pre anestésica.  5. Perianestesia  6. Fallecimiento  7. Inasistencia  8. Tardanza  9. Inasistencia  10. Dieta  11. Preparación del paciente.  12. Fallo de equipos  13. No se dispone de SOP.  14. Falta de insumos y/o material médico.  15. Insumos inadecuados	Ausente/presente

**ANEXO B:**  
**INSTRUMENTO**

HOJA DE REGISTRO DE LAS OPERACIONES PROGRAMADAS SUSPENDIDAS																			
																	AÑO:	2015	
FILIACION			FACTORES DE SUSPENSION																OBSERVACIONES
			PACIENTE						CIRUJANO		ANESTESIÓLOGO				EQUIPAMIENTO Y DOCUMENTACIÓN				
N°	H.C.	Fecha	Percepción de presupuesto elevado	Negativa del paciente a ser operado	Alta voluntaria	Condiciones médicas (Enfermedad)	Fallecimiento	Inasistencia	Tardanzas	Inasistencia	Evaluación preanestésica	Perianestesia	Tardanza	Inasistencia	Falla de equipos	No se dispone de SOP (Desplazamiento x urgencia)	Falta de insumos y/o material médico	Insumos inadecuados	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			

## ANEXO C:

### TABLA DE CONCORDANCIA DE JUICIO DE EXPERTOS Y PRUEBA BINOMIAL

JUECES									
ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	p
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es afirmativa

Si  $P$  es  $< 0.05$ , el grado de concordancia es significativa, por lo tanto de acuerdo a cada resultado obtenido de cada juez,  $p$  igual a 0.004, encontrándose por debajo del valor de 0.05; se concluye que el grado de concordancia es significativo.

## ANEXO D: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	VALOR FINAL
<b>Problema principal</b> ¿Cuál es la frecuencia y las causas asociadas a la suspensión de cirugías según la condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé – Sede Este?	<b>Objetivo General</b> 1. Identificar la frecuencia de cirugías suspendidas según la condición institucional del paciente. 2. Identificar las causas de cirugías suspendidas según la condición institucional del paciente.	Frecuencia de suspensión de cirugías.				Suspensión No suspensión
		Condición Institucional del paciente	Paciente Ambulatorio  Paciente Hospitalizado			Si No
<b>Problema específico</b>	<b>Objetivos específicos</b>					
¿Cuáles son las causas atribuidas al paciente, asociados a la suspensión de las cirugías según la condición institucional del paciente?	Identificar las causas atribuidas al paciente, asociados a la suspensión de las cirugías según la condición institucional del paciente.	Causas de suspensión de cirugías	Paciente	Percepción del presupuesto elevado. Negatividad del paciente a ser operado. Alta voluntaria Condiciones médicas (enfermedad) Evaluación pre anestésica. Perianestesia Fallecimiento Inasistencia Tardanza		Ausente/presente
¿Cuáles son las causas atribuidas al personal de salud, asociados a la suspensión de las cirugías según la condición institucional del paciente?	Identificar las causas atribuidas al personal de salud, asociados a la suspensión de las cirugías según la condición institucional del paciente.		Personal de salud	Inasistencia Dieta Preparación del paciente.		Ausente/presente
¿Cuáles son las causas atribuidas al equipamiento y documentación, asociados a la suspensión de las cirugías según la condición institucional del paciente?	Identificar las causas atribuidas al equipamiento y documentación, asociados a la suspensión de las cirugías según la condición institucional del paciente.		Equipamiento y documentación	Fallo de equipos No se dispone de SOP. Falta de insumos y/o material médico. Insumos inadecuados.		Ausente/presente