



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Factores asociados a la suspensión de cirugías
programadas del servicio de centro quirúrgico,
Hospital Nacional Dos de Mayo, 2021**

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Enfermería en Centro Quirúrgico

AUTOR

Natalia Cecilia CABRERA BENDEZÚ

ASESOR

Roberto ZEGARRA CHAPOÑAN

Lima - Perú

2021



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

Cabrera N. Factores asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2021 [Trabajo Académico de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina/Unidad de Posgrado; 2021.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Natalia Cecilia Cabrera Bendezú
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46646550
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0006-2092-6232
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Roberto Zegarra Chapoñan
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40970938
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-0471-9413
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Yissella Betzabeth Acuache Quispe
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10032874
Datos de investigación	
Línea de investigación	FACTORES ASOCIADOS A LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DEL CENTRO QUIRURGICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, AÑO 2020.
Grupo de investigación	AREA ACADEMICA CIENCIAS DE LA SALUD
Agencia de financiamiento	PROPIA
Ubicación geográfica de la investigación	LIMA, PERU
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019
URL de disciplinas OCDE	Ciencias del cuidado de la salud y servicios https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01 Políticas de Salud, Servicios de Salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02 Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA



TRABAJO ACADÉMICO

LICENCIADA: CABRERA BENDEZÚ, NATALIA CECILIA

TRABAJO ACADÉMICO: “FACTORES ASOCIADOS A LA SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2021”

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

Lima, 14 de mayo de 2021

Doctor
MANUEL HERNÁN IZAGUIRRE SOTOMAYOR
Vicedecano de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina Humana –UNMSM

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

CATORCE (14)



Firmado digitalmente por ACUACHE
QUISPE Yissella Betzabeth FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 14.05.2021 21:03:35 -05:00



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, Decana de América
Facultad de Medicina



Vicedecanato de Investigación y Posgrado
Sección de Segunda Especialización

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Eddie Enrique Vargas Encalada en mi condición de operador del software, del trabajo académico, cuyo título es "FACTORES ASOCIADOS A LA SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2020".

presentado por el/la Lic. **CABRERA BENDEZU NATALIA**

para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en enfermería en Centro Quirúrgico.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud del trabajo académico. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 9% de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título de la especialidad correspondiente.

Firma del Operador _____

DNI: 08035908

Dr. Eddie Enrique Vargas Encalada



ÍNDICE

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Situación Problemática	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Justificación de la investigación	4
1.4 Objetivos de la investigación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes del problema	6
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Glosario	15
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	19
3.1 Hipótesis	19
3.2 Identificación de variables	19
3.3 Operacionalización de variables	21
3.4 Matriz de consistencia	23
IV. METODOLOGÍA	25
4.1 Tipo y diseño de investigación	25
4.2 Unidad de análisis	25
4.3 Población de estudio	25
4.4 Tamaño de la muestra	26
4.5 Instrumento y técnica de recolección de datos	27

4.6	Plan de recolección de datos	28
4.7	Análisis e interpretación de datos	28
4.8	Aspectos éticos de la investigación	29
V.	PRESUPUESTO	30
V.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	32
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
VIII.	ANEXOS	39

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación Problemática

La preservación de la salud de la población es el principio fundamental de las instituciones prestadoras de salud, muchos de los pacientes con enfermedades graves ameritan una intervención quirúrgica para atender su padecimiento, por lo cual las demás especialidades intervienen para detectar la patología de manera oportuna, por lo que el paciente pueda dirigirse al quirófano a la brevedad posible contando con las condiciones idóneas.

El área de las operaciones quirúrgicas es una importante área del sector salud, ya que no solo es el espacio donde se desarrolla una intervención, sino también el ambiente que consume cuantiosos recursos humanos y financieros para su implementación y mantenimiento (Martínez et al. 2017). Para los procedimientos se necesita de equipos de cirugía, personal médico, enfermeros, anesthesiólogos e instrumentos y equipos correspondiente a cada profesional, junto a ello se conoce que en las cirugías programadas el personal debe conocer exámenes de laboratorio, radiológicos, evaluaciones clínicas, además de la programación de camas para el cuidado postoperatorio (El-Jardali et al. 2016). Sin embargo, el paciente puede verse afectado por una suspensión quirúrgica que incide negativamente en él, en sus familiares y el equipo encargado de su monitoreo y recuperación, porque se ha consumido un tiempo preparatorio, además de debilitar la calidad de atención asistencial de los médicos y la institución.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) se registra un promedio de 230 millones de cirugías mayores realizadas anualmente, lo que representa cerca del 30% de cirugías practicadas en un establecimiento hospitalario; en ese sentido la suspensión de las cirugías programadas genera impactos económicos, laborales, comprometiendo no solo la salud y el pronóstico del paciente al no ser

atendida la necesidad médico quirúrgica. Por su parte, Abeldaño (2016) sostuvo que en ciertas naciones de América del Norte, Europa y Asia el índice de cirugías postergadas fluctúan alrededor del 10% anual.

Según la (OMS, 2008) la intervención quirúrgica es un componente esencial de la asistencia sanitaria, debido a este procedimiento los pacientes pueden mitigar su discapacidad y reducir la probabilidad de fallecimiento; sin embargo esta puede presentar problemas relacionados de la atención como el mal estado de infraestructura, falta de equipos y suministros médicos, calidad de medicamentos y deficiencias en la organización; que pueden originar daños considerables en los pacientes. Suspender un procedimiento quirúrgico electivo implica que no se realice la intervención para el cual, el paciente ha sido programado para un día y hora específica, junto con la preparación de las instalaciones, equipos e instrumentos necesarios para la atención. Tal acto genera en el paciente y familiares malestar, produciendo que los niveles de calidad disminuyan y la confianza de los pacientes hacia la institución se desprestigie (Durant et al. , 2020; Elkouny et al., 2016).

Las situaciones imprevistas pueden originarse por el paciente o la institución, sus causas podrían ser eventos adversos relacionados con la falta de gestión, personal, reemplazos o insuficiencia de instrumentos. La suspensión de la cirugía es vista como un problema necesario por diagnosticar y analizar, puesto que repercute económicamente con el costo operacional y financiero, evidenciando deficiencias en la gestión, además del desperdicio de tiempo en la preparación del área, materiales esterilizados, trabajo extra del personal y reorganización de citas previamente programadas (Luo, 2017; Pattillo y Dexter, 2018).

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (MINSA, 2013) ha realizado reportes para conocer las suspensiones quirúrgicas, estas visibilizan las cancelaciones de este servicio como un indicador de calidad en los hospitales de asistencia pública y privada. La institución señala que

solo se acepta el 5% de suspensiones por año, no obstante nosocomios nacionales registran un mayor porcentaje de lo aceptado. En definitiva, el avance de la calidad de atención en el ambiente quirúrgico espera ser resultado de un proceso de gestión que los trabajadores deben considerar para alcanzar un logro de excelencia de sus funciones, con el uso eficiente de recursos que implique un mínimo riesgo en el cliente (De Carvalho et al., 2016). Por ello, tomar en cuenta el parámetro de evaluación ayuda a reorganizar actividades del servicio que, son objeto de estudio en países como Brasil, México, Reino Unido y Estados Unidos otorgando resultados que demuestran que la suspensión quirúrgica se origina por razones de organización en los hospitales, ocasionando sobrecostos en las operaciones y reduciendo la eficacia de la calidad del servicio. De esta manera los estudios concuerdan que las cancelaciones se pueden evitar si la institución desarrolla técnicas de mejora de la calidad (Cruz y Reyes, 2016). Asimismo, a pesar de reconocer sus efectos, muchas instituciones no toman en cuenta los estándares de calidad y los daños colaterales en el paciente. Por ello, conocer las causas y registrar los motivos de suspensiones puede ayudar a corregir errores humanos y conocer la magnitud de costo real que las cancelaciones ocasionan en la economía y calidad de atención de la institución, generando el establecimiento de estrategias oportunas que permitan aminorar las causas del problema.

El servicio de sala de operaciones del Hospital Dos de Mayo está dividido en Cirugía de Emergencia con dos quirófanos en el primer piso, Cirugía de ginecología contando con dos quirófanos en el segundo piso y, finalmente, Cirugía Programada que cuenta con 5 quirófanos en el cuarto piso, donde se realizará nuestro estudio, aquí se realizan cirugías de todas las características, registrándose alrededor de 300 intervenciones por mes. Al respecto, los personales de Enfermería del Centro Quirúrgico han declarado que las causas que inciden en la suspensión de las cirugías programadas podrían ser agrupadas en dos factores importantes, el primero incluye factores biológicos que implica

el examen alterado antes de la intervención, presión arterial fuera de lo normal, indicaciones pre-operatorias no realizadas, diabetes, elevación de la glucosa que puede ocurrir por la ansiedad de la intervención, entre otros. El segundo puede deberse a la ingesta de alimentos, cuando la norma indica lo contrario, y, por último, factores administrativos, por ejemplo: falta de presencia de personal cirujano o anestesiólogo, incluye tardanza o inasistencia, materiales y medicamentos insuficientes y equipos biomédicos no preparados.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, ¿Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020?

1.3 Justificación de la investigación

La suspensión de cirugías programadas tiene un impacto social en la persona, familia, y en el establecimiento hospitalario al generar pérdida de tiempo en el acto quirúrgico, incremento de estancia hospitalaria y costos. Estos costos involucran incremento en la lista de espera de turnos quirúrgicos, horas hombre del personal de sala de operaciones, sala de postanestesia, vencimiento de exámenes auxiliares, además de un impacto psicológico en el paciente y familia.

Identificar los factores intervinientes servirá para conocer oportunidades de mejora y establecer líneas prioritarias de trabajo hospitalario para el profesional de enfermería, sobre todo para determinar y planificar acciones que disminuyan la ocurrencia de eventos adversos, reducir la tasa de morbimortalidad incluyendo las complicaciones que diariamente se dan en los centros quirúrgicos de los hospitales. Finalmente permitirá mejorar el cuidado quirúrgico en cuanto a la especialidad de enfermería, optimizando su labor, sugestión y permitiendo que más peruanos puedan reestablecer su salud.

A nivel práctico permitirá conocer los factores vinculados a la suspensión de cirugías en el Hospital nacional dos de mayo, lo que permitirá a la jefatura de servicio plantear estrategias viables para mitigar el embalse de cirugías electivas programadas optimizando recursos escasos en favor del paciente y su familia

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.

1.4.2. Objetivos específicos

Identificar los factores institucionales asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.

Identificar los factores administrativos asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.

Identificar los factores individuales del paciente asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

2.1.1 Antecedentes internacionales

Martínez et al. (2017) realizaron una investigación que tuvo como objetivo caracterizar las cancelaciones quirúrgicas electivas según causas y describir su comportamiento según especialidades quirúrgicas. Se basó en un estudio descriptivo de corte transversal y se trabajó con una muestra de 24276 cirugías programadas en los años 2016 y 2017. Los resultados mostraron que 1183 cirugías fueron canceladas, de las cuales: 89.7 % razones relacionadas al paciente, el 78,7 % inasistencia del día de intervención, 3,8 por alteración arterial elevado, 3,6 % prolongación de turno quirúrgico y 3.6 % problemas administrativos. Se concluyó que la disminución de las cancelaciones depende de la voluntad y el compromiso de los profesionales del hospital.

Abeldaño y Coca (2018) elaboraron una investigación que tuvo como objetivo analizar la suspensión de cirugías en el Hospital de Trauma Dr. Federico Abete en el año 2014. Se aplicó una metodología cuantitativa y se seleccionó una muestra de 441 cirugías suspendidas. Los resultados evidenciaron que la tasa de suspensión fue de 7.6 %, la tasa más baja se registró en diciembre con 4,3 % y la más alta en noviembre con el 11.1 %. Las razones se debieron a la logística y aspectos administrativos (44.2 %), causas médicas con 40.8 % y el 5,4 % se relacionó con la anestesia. Concluyeron que las suspensiones se relacionan con la productividad de los profesionales y la atención a los pacientes.

Merlin (2019) realizó una investigación que tuvo como objetivo identificar las causas de cancelación de cirugías programadas en el Hospital General de Ticóman durante el año 2018. La investigación se basó en un estudio cuantitativo de corte transversal y se seleccionó como muestra 1246 expedientes de la revisión de libretas de

anestesiología. Los resultados mostraron que 416 cirugías fueron canceladas representando el 33.38 % y la principal causa fue el ausentismo del paciente en su fecha programada. El autor concluyó que la principal causa de las suspensiones fue el ausentismo del paciente.

Cavalcante de Sousa et al. (2020) efectuaron una investigación con el objetivo de investigar las tasas de suspensión y motivos de cancelación de las cirugías electivas en un hospital en Rio Grande do Norte. Se basó en un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, la muestra se obtuvo por medio de un análisis documental de registros informatizados de los años 2015 y 2016. Se concluyó que la mayoría de las cancelaciones son prevenibles, por lo que la implementación de programas de concientización profesional ayudará a reducir la cancelación de cirugías electivas.

Díaz et al. (2020) realizaron una investigación que tuvo como objetivo analizar los factores atribuibles a la cancelación de cirugías de una institución de salud de tercer nivel en la ciudad de Valledupar, Cesar, Colombia (2017-2018). Se basó en una metodología descriptiva de corte transversal y la muestra se obtuvo de los datos de archivo de casos de la unidad quirúrgica del hospital. Los resultados demostraron que en el año 2017 hubo un 4 % de suspensión de cirugías y en el año 2018 fue de 3 %. La causa principal se debió a las condiciones adversas del paciente con 45,9 % y 38,5 %, además la especialidad de cirugía general fue la más afectada con un valor de 4 % en ambos años. Se concluyó que la falta de planeación en los servicios repercute negativamente en el presupuesto del hospital como efecto del tiempo perdido en sala y central de esterilización.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Díaz (2016) llevó a cabo una investigación que tuvo como objetivo determinar la frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en enero-junio 2015. La metodología se basó en un estudio cuantitativo de tipo descriptivo

de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 609 cirugías programadas y los resultados mostraron que las cirugías canceladas fueron un 11.33%. También se determinó que los pacientes representaron la principal causa de cancelación (82.85%), en pacientes ambulatorios fueron el 59.4% y en pacientes hospitalarios el 23.2%. Asimismo, la tasa más alta se registró en el verano.

Churata (2018) se propuso identificar los factores asociados a la suspensión de cirugías electivas del Hospital III Yanahuara durante el periodo enero a diciembre del 2017. La metodología se basó en un estudio cuantitativo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por las historias clínicas de pacientes con cancelación de cirugía en el periodo de enero y diciembre del año 2017. Los principales resultados revelaron que 4.1 % representó la suspensión; el 24.9 % fueron en cirugía general, el 23.5 % en oftalmología, el 18.7 % en traumatología. Los procedimientos más suspendidos fueron: facoemulsificación (18.1%), exéresis de tumoración (10.5 %) y colecistectomía laparoscópica (8.5%). Además, las causas se atribuyeron a los pacientes (47.9 %), por incongruencia diagnóstico terapeuta (16.7%) y ausentismo del paciente (15.3%). El estudio concluyó que la causa más frecuente fue la atribuida al paciente (72,9 %), la incongruencia entre el diagnóstico y tratamiento (16.7%) y la inadecuada programación de turno operatorio (10.7%).

Damian y Espilco (2018) realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar los factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018. La metodología se basó en un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 83 cirugías programadas; como instrumento se utilizó una lista de chequeo. Los resultados mostraron que las suspensiones fueron 20.48 % y estaban relacionados con la carencia de insumos quirúrgicos y anestésicos, seguido de la inasistencia del cirujano y anesthesiólogo. Se concluyó que las dimensiones recursos (inasistencia del cirujano y anesthesiólogo) y

procesos son factores predominantes en las suspensiones; el 25% se relacionó con la carencia de material quirúrgico, y el 25,42% relacionado al factor humano.

Ramírez (2018) se propuso determinar las causas que ocasionan las suspensiones de intervenciones quirúrgicas en el periodo 2012 – 2014 en el Hospital Nacional Dos de Mayo y sus repercusiones económicas negativas en la institución. La metodología se basó en un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 345 reportes obtenidos del libro de reporte de procedimientos anestésicos, libros de suspensiones de intervenciones quirúrgicas e informes estadísticos. Los resultados mostraron que se programaron 12700 intervenciones quirúrgica y se suspendieron 1180; se determinó que las causas que ocasionaron la suspensión eran atribuidas por cirugía, 646 (54.7%); atribuidas a anestesiología, 137 (11.6%); atribuidas al paciente, 316 (26.7%); y atribuidas al hospital, 81 (6.8%). Se concluyó que existe una relación significativa entre las intervenciones quirúrgicas y las implicancias económicas, lo que supuso una pérdida de 563.375 soles para la institución.

Orillo (2020) realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar los factores que se asocian a las suspensiones de las intervenciones programadas durante la gestión quirúrgica del 2012 - 2018, en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren del Callao. La metodología se basó en un estudio cuantitativo de corte transversal - observacional. La muestra estuvo conformada por 343 historias clínicas y como instrumentos se utilizaron, una lista de chequeo de la medición de la gestión quirúrgica y un cuestionario de factores asociados a las suspensiones programadas. Los resultados revelaron que la gestión quirúrgica del año 2013, 2015, 2016 y 2018 fueron eficaces y en los años 2012- 2017 prevaleció el nivel ineficaz. Así mismo, la suspensión por factores relacionados al médico cirujano se debieron a las desviaciones en la planificación y antes de la evaluación quirúrgica; la medicación pre quirúrgica, la prolongación del tiempo operatorio por demora de la cirugía anterior y la inasistencia imprevista del cirujano

programado. Los factores institucionales de suspensión se debieron por insuficiencia de salas quirúrgicas, desplazamiento de urgencia o emergencia; falta de camas en recuperación postquirúrgica, camillas para el traslado de pacientes de SOP a recuperación, de equipos médicos e insumos y/o material médico, insumos inadecuados e inadecuado sistema de mantenimiento de equipos médicos en SOP. Se concluye que se requiere mejorar la gestión de la calidad en los procesos, evaluar el rendimiento del personal y utilizar métodos predictivos de modelamiento de la priorización de operaciones para incrementar la efectividad y eficiencia para la satisfacción del paciente.

2.2 Bases teóricas

El termino cirugía proviene del griego *cheiro* y *ergon* que significa mano y trabajo respectivamente. Se define como el área médica que consiste en manipular físicamente partes del cuerpo con fines preventivos. Además, se entiende como una técnica en base a conocimientos científicos, destrezas, aptitudes, que tiene como fin la intervención de tejidos y órganos de una persona para su beneficio (Martínez, 1997)

Esta área de cuidados demanda conocer técnicas científicas, ya que existen prácticas donde se extirpan tejidos, se destapan o liberan obstrucciones, en otros pueden realizarse trasplantes, injertos, incluso establecer un diagnóstico, siendo la biopsia la técnica más frecuente. Con menor frecuencia, las cirugías fungen de diagnóstico y tratamiento, en donde es necesario identificar y recomponer órganos con presencia de hemorragias o heridas ocasionadas por armas o accidentes. (Mohabir y Coombs; 2020).

Las cirugías pueden clasificarse de acuerdo a su extensión como cirugía mayor y menor, de acuerdo a su urgencia como cirugía de emergencia, urgencia, electiva o programada, de acuerdo al objetivo como diagnóstica o exploradora, curativa, reparadora, paliativa, electiva, plástica. Los tipos de cirugía son general, torácica, ortopédica,

neurocirugía, otorrinolaringóloga, maxilofacial, oncológica, plástica o reconstructiva (Rincón y García; 2017).

Se conoce que las cirugías generan en pacientes un cuadro de estrés físico y mental, por ello la importancia del profesional que trabaja en dicha área de intervención en brindar una atención oportuna e integral del enfermo. Cabe destacar, que la respuesta del paciente estará influenciada por su estado anímico y la proporción del procedimiento. (Rincón y García; 2017).

La atención de un paciente en la sala de operaciones implica contar con un conjunto de profesionales de diferentes especialidades, junto con instrumentos y equipos de cirugía, enfermería y anestesia. Se conoce que en las cirugías programadas se despliega una serie de protocolos preoperatorios, transoperatorios y posoperatorios, como exámenes de sangre, preparación e higiene de la sala, exámenes radiológicos, evaluaciones clínicas, programación de camas si el paciente requiere un descanso especial después de su intervención. No obstante, existen casos de cancelación de cirugías en donde el paciente y el hospital se ven afectados (Fayed et al., 2016, p. 65).

La cirugía suspendida es todo acto que implica la modificación de intervención en un paciente que tiene asignado la fecha y hora de su intervención, así también en casos en donde al paciente se encuentra en las instalaciones del hospital, y por alguna razón se posterga la intervención (McIntosh et al., 2012).

La supresión de una cirugía es un indicador negativo de calidad de atención porque el paciente aumenta su estancia en el hospital y aumenta el riesgo de su enfermedad. Si bien es un evento recurrente en los hospitales, propicia en el paciente y sus familiares molestias por los gastos y pérdida de tiempo en la preparación preoperatoria, además el evento se puede relacionar con la organización de la institución que integra el personal médico (Barbosa et al., 2016).

Dentro de los motivos que evidencian la cancelación de las cirugías programadas, tenemos las causas inherentes al paciente, ya sea porque presenta una enfermedad aguda, no acuda a hospitalizarse; causas inherentes al hospital o institución, por problemas propios del hospital o de algunos médicos como la falta de tiempo del cirujano, falta de tiempo quirúrgico, falta de sangre, falta de historia clínica, etc. (Galván y Flores; 2006)

Las suspensiones quirúrgicas programadas son objeto de investigación en países como Brasil, México, Australia, Irlanda y Estados Unidos, en donde se registran estudios que evidencian una alta tasa de suspensiones originados por la inadecuada organización de la institución, errores de programación, falta de comunicación y problemas administrativos (Robb et al., 2004) (Schofield et al., 2005).

Debido a la alta tasa de suspensiones los indicadores del cuidado demandan a los hospitales brindar una atención de calidad, productiva y con presencia suficiente de recursos idóneos que cubran la demanda de los pacientes. En este contexto, la implementación y cuidado del área quirúrgica se caracteriza por la posesión de instrumentos y equipos quirúrgicos con alto valor económico. Por ello, la suspensión del procedimiento quirúrgico genera un impacto operacional y financiero que disminuye el servicio que se ofrece. Si bien, los estudios resaltan los costos económicos que implican, recursos humanos, medicamentos y materiales, también se debe tomar en cuenta los costos de oportunidad de los pacientes (Perroca et al., 2007).

Las suspensiones recurrentes denotan una mala organización y planeamiento administrativos, en donde el costo de prevención y análisis para evitar tales acontecimientos no son proyectados como indicadores de excelencia (Perroca et al., 2007).

En efecto, las consecuencias visualizadas en montos de dinero evidencian que las cancelaciones de cirugías denotan un problema en gastos administrativos.

Por otro lado, la programación de cirujanos, anestesiólogos y personal de enfermería y la organización de los materiales y equipos especializados a utilizar, constituyen las bases para el servicio de intervención quirúrgica programada. Debido a esto, es importante tener en cuenta que la cancelación de cirugías pueden ser sucesos rutinarios e inherentes al sistema de salud, sin embargo, es vital comprender que es un hecho significativo que altera la percepción de calidad de atención del enfermo y en el equipo sanitario. (Muñoz et al., 2019, p.19). El equipo multiprofesional no debe restar importancia a la cancelación de este acontecimiento, ya que compromete la imagen institucional construida por los profesionales de la salud, administrativos, personal de limpieza y gerentes.

Por lo tanto, se recomienda identificar las causas de cancelación y sus consecuencias para rediseñar estrategias de planificación y programación, en donde se apliquen métodos para corregir los problemas que repercutan en la calidad de atención (Olguín, 2018).

Para esto la teoría de las restricciones, que es una filosofía que se estudia en el campo administrativo y que su finalidad es comprender los sistemas en donde existe la presencia del ser humano plantea que los sistemas pueden mejorarse continuamente si se identifican los puntos clave y restricciones de este para desplegar esfuerzos que mejoren (Penagos et al., 2018).

Esta teoría señala que las organizaciones deben concentrarse en los esfuerzos empresariales, es decir, en las actividades primarias que desarrolla y tiene influencia directa en los resultados. Para lo cual, el primer paso es identificar la restricción para eliminarla o reemplazarla por acciones que mejoren el rendimiento del sistema y modificar políticas antiguas que originan la alteración de las operaciones estables. En lo esencial la teoría se aplica al ámbito sanitario para identificar los procesos en donde existan problemas y limitaciones del personal, que impida proceder de forma eficiente y a partir de ello, proponer mejoras (Aguilera, 2016).

Dentro de los factores que se asocian a la cancelación de una cirugía pueden originarse por tres causas, las de origen ocasionadas por problemas que presenta la institución y pueden ser evitables, los factores propios de los profesionales a cargos y los inherentes de los pacientes (Cho et al., 2018)

La cancelación de una cirugía puede deberse a factores institucionales, tales como: falta de material quirúrgico, lo cual representa un problema de abastecimiento en recursos como ropa apropiada del personal, instrumentos y medicamentos; quirófanos contaminados, refiere cuando el espacio destinado a cirugía presenta contaminación porque es utilizado para otras intervenciones; falta de sangre, la suspensión se presenta, puesto que el hospital no cuenta con suficiente cantidad de sangre ni tipos para realiza una cirugía; no se perciben suficientes camas UCI, cuando el paciente tiene un riesgo quirúrgico es necesaria su debida hospitalización, la ausencia de esto deriva a la cancelación; falta de historia clínica, una mala organización del hospital origina la pérdida o la demora en recibir la historia clínica del paciente, de modo que el profesional no puede identificar, diagnosticar ni observar su plan terapéutico; inadecuada programación, sucede cuando no se previene el aforo normal de pacientes, atendiendo en turnos a deshoras; exámenes desactualizados, se presenta la cancelación cuando el médico a cargo visualiza el vencimiento de validez de los exámenes (Blas et al., 2020) (Dhafar et al., 2016).

Los factores por razones profesionales están relacionados al personal que desarrolla la intervención quirúrgica y pueden ser los siguientes: estudios incompletos, ocurren por identificación de falta de estudios que, en ocasiones, no se toma en cuenta en la fase preoperatoria, en este caso el doctor o anestesiólogo expresa la falta de evaluaciones médicas y tal evento supone razón suficiente para cancelar la intervención; tiempo quirúrgico excedido, refiere cuando un paciente tiene el último turno de atención y las intervenciones anteriores a su intervención exceden el tiempo, por lo que se procede a la suspensión

del paciente inicial; incongruencia terapéutica-diagnóstica, el evento se suspende, debido a un error de tratamiento, es decir, se programa la cirugía a pacientes que pueden solucionar su enfermedad con otros tratamientos; ausencia de cirujano, ocurre cuando el cirujano principal o asistente no asiste a la intervención por problemas externos (Botazini y De Carvalho, 2017)

Los factores relacionados al paciente son los siguientes: inasistencia del paciente y ocurre cuando este no se presenta en el día y hora programada; mejoría del paciente, la praxis de intervención implica situaciones de mejoría y puede suceder en una intervención de resección de tumoración, la cual desaparecerá al día de la cirugía; paciente no acepta el procedimiento, sucede cuando el paciente expresa sentimientos externos de nerviosismo o ansiedad, sin embargo el problema puede ocurrir por razones exclusivas a la falta de información con el consentimiento informado; condición clínica desfavorable, refiere cuando el paciente presenta una enfermedad común o procesos virales, lo que impide el actuar del médico anesthesiólogo por complicaciones médicas o dilemas médicos; descompensación de enfermedad crónica, ocurre cuando el paciente presenta problemas de hipertensión tiempo antes de su cirugía, requiriendo el uso de tratamientos antihipertensivos como ansiolíticos horas previas de su intervención (Talalwah y McIltrout, 2019).

2.3 Glosario

Centro quirúrgico: Es el conjunto de ambientes, especialmente acondicionados para las cirugías de alta complejidad.

Cirugía ambulatoria: Procedimiento quirúrgico electivo realizado en espacios de servicios de salud, que requiere anestesia general, local, regional o sedación y no necesita de ingreso hospitalario.

Cirugía electiva: Es aquella que se planifica con anticipación y no es ejecutada en situaciones emergentes o urgentes.

Cirugía programada: Son intervenciones que se organizan de forma protocolar, es decir con un tiempo estipulado y suficiente para que la persona se prepare y evite riesgos.

Cirugía de emergencia: Se caracteriza porque el equipo quirúrgico debe prepararla lo más rápido posible, puesto que la vida del paciente está en peligro y no hay tiempo suficiente para la estabilización del paciente.

Cirugía de urgencia: Suele realizarse cuando la vida del paciente corre peligro, en esta intervención se cuenta con un tiempo corto de acción que busca estabilizar los signos vitales.

Cirugía mayor: Es un procedimiento desarrollado en un quirófano, donde se manipula y sutura tejidos. En la mayoría de casos se solicita la presencia de un anestesiólogo para que el paciente no sienta dolor.

Cirugía menor: Son aquellos procedimientos sencillos y de corta duración, que no precisan de anestesia general y tienen bajo riesgo quirúrgico y escasas complicaciones.

Cirugía diagnóstica o exploradora: Se efectúa para comprender la magnitud de la enfermedad, conocer el origen de las molestias o lesiones. Por ejemplo, en biopsias y laringoscopías.

Cirugía curativa: Se ejecuta para extraer, compensar o reemplazar tejidos enfermos (p. ej., extirpación del apéndice).

Cirugía reparadora: Se efectúa para subsanar la función perdida o deformidades (p.ej., fracturas, prótesis mitral, etc.)

Cirugía paliativa: Son aquellas que pretenden la curación de una enfermedad, generalmente por tumores malignos.

Cirugía electiva: Es aquella intervención cuya realización depende de la elección del paciente. No está comprometida la vida del paciente y algunos ejemplos son la circuncisión, extirpación o curetaje de nevus.

Cirugía plástica. La intervención principal es mejorar el aspecto estético de la persona, con cambios en su apariencia física.

Consentimiento informado: Es la decisión libre de una persona por aceptar una intervención, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios.

Intervención quirúrgica o procedimiento: Son realizadas en modalidad ambulatoria que requiere una recuperación extendida y cirugía de corta estancia. Se realiza en un centro quirúrgico, donde posea equipos de acuerdo a la intervención y complejidad de la cirugía.

Paciente quirúrgico: Es toda persona que acepta someterse a cualquier tipo de intervención, tiene fecha, hora y lugar de intervención en un hospital.

Periodo perioperatorio: Periodo que constituye la experiencia quirúrgica; incluye las fases preoperatorias, transoperatoria y posoperatoria.

Periodo preoperatorio: Es el periodo de tiempo que empieza desde que la persona toma la decisión de proceder con una cirugía hasta la realización de la misma.

Periodo preoperatorio mediato: Cuenta cuando la persona acepta la decisión hasta dos horas antes.

Periodo preoperatorio inmediato: Se da a partir de las dos horas antes, hasta la llegada al área de intervención.

Periodo transoperatorio: Inicia cuando se traslada al paciente al espacio de operaciones y continua cuando este ingresa a la unidad de cuidados posanestésicos.

Periodo posoperatorio: Comienza cuando la persona ingresa a la unidad de cuidados posanestésicos y finaliza con el seguimiento de su estado de salud en casa.

Quirófano: Es aquella estructura física independiente en la cual se realizan las intervenciones quirúrgicas; de menor a mayor complejidad.

Sala de operaciones: Unidad operatoria compleja que congrega en una sola área física todos los recursos indispensables para la actividad quirúrgica permitiendo no solo una atención de calidad, sino también la docencia e investigación.

Sala de recuperación: Bloque lo suficientemente flexible y capaz, junto al personal sanitario debidamente supervisado, para restablecer totalmente las funciones vitales y la total conexión del paciente con su entorno.

Suspensión de cirugías programadas: Son situaciones comunes que se presentan en ambientes hospitalarios, ocasiona inconvenientes al paciente, pérdida de tiempo, disgustos, mayor tiempo de hospitalización e incremento de gastos.

URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica): En un espacio donde le paciente es derivado para su atención intensiva, incluye su salida de sala de operaciones, reconocimiento de su entorno, eliminación de anestésicos y estabilización de sus signos vitales.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1 Hipótesis general:

Los factores institucionales y administrativos están asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.

3.2 Hipótesis específicas:

La inasistencia del cirujano es el principal factor institucional asociado a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.

La infraestructura y el equipamiento es el principal factor administrativo asociado a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.

El paciente indeciso e inseguro es el principal factor individual del paciente asociado a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.

3.2 Identificación de variables

Variable: Factores asociados a la suspensión de cirugías

Definición conceptual

Un factor es un elemento interviniente en el devenir de un determinado proceso o fenómeno (Bembibre, 2009).

Definición operacional

Son los elementos de naturaleza biológica o administrativa que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en un paciente.

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	RANGO
Factores asociados a la suspensión de cirugías programadas	Factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios (Bembibre,2009).	Son los elementos de naturaleza biológica o administrativa que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en un paciente.	Factores institucionales	Factores médicos (cirujano)	1,2,3,4,5,6,7,8,9	Factores asociados a la suspensión de cirugías programadas ≥ 39 = Alto impacto, 40 – 46 = Moderado impacto 47 – 52 = Bajo impacto
				Factores médicos (anestesiólogo)	10,11,12,13	
			Factores administrativos	Aspectos de infraestructura y equipamiento	14,15,16,17,18,19,20,21,22	Factores institucionales - Factores médicos (cirujano) ≥ 5= Alto impacto 3-4= Moderado impacto 1-2= Bajo impacto - Factores médicos (anestesiólogo) ≥ 5= Alto impacto 3-4= Moderado impacto 1-2= Bajo impacto
				Procesos administrativos prequirúrgicos fallidos	23,24,25,26,27,28,29	
				Procesos documentarios clínicos	30,31,32,33	
				Procesos relativos a la cirugía	34,35,36,37,38,39	
			Factores individuales del paciente	Aspectos biológicos	40,41,42,43,44,45,46	Factores administrativos - Aspectos de infraestructura y equipamiento ≥ 3= Alto impacto 2= Moderado impacto 1= Bajo impacto - Procesos administrativos prequirúrgicos fallidos ≥ 7= Alto impacto
				Aspectos conductuales	47,48,49,50,51,52,53	

						<p>6-4 = Moderado impacto 1-3 = Bajo impacto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procesos documentarios clínicos ≥ 3= Alto impacto 2= Moderado impacto 1= Bajo impacto - Procesos relativos a la cirugía ≥ 3= Alto impacto 2= Moderado impacto 1= Bajo impacto <p>Factores individuales del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos biológicos ≥ 7= Alto impacto 6-4 = Moderado impacto Ordinal 1-3 = Bajo impacto - Aspectos conductuales 5= Alto impacto 3-4 = Moderado impacto 1-2 = Bajo impacto
--	--	--	--	--	--	--

3.4 Matriz de consistencia

FACTORES ASOCIADOS A LA SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO, HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, 2020

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO METODOLÓGICO
¿Cuáles son los factores asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, ¿2020?	Determinar los factores asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.	Los factores institucionales y administrativos están asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.	Factores asociados a la suspensión de cirugías programadas.	Factores institucionales	<ul style="list-style-type: none"> - Factores médicos (cirujano) - Factores médicos (anestesiólogo) 	ENFOQUE: Cuantitativo TIPO DE ESTUDIO: Transversal descriptivo DISEÑO: No experimental POBLACIÓN Y MUESTRA Población: 450 historias clínicas de pacientes Muestra: 208 historias clínicas de pacientes INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Cuestionario de factores asociados a las suspensiones quirúrgicas programadas.
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS		Factores administrativos	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos de infraestructura y equipamiento - Procesos administrativos prequirúrgicos fallidos - Procesos documentarios clínicos - Procesos relativos a las cirugías 	
¿Cuáles son los factores institucionales asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional	Existen factores institucionales asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional	La inasistencia del cirujano es el principal factor institucional asociado a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital		Factores individuales del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos biológicos - Aspectos conductuales 	

Dos de Mayo, 2020?	Dos de Mayo, 2020.	Nacional Dos de Mayo, 2020.					ANÁLISIS ESTADÍSTICO – Análisis descriptivo. Se examinarán la frecuencia, y la distribución.
¿Cuáles son los factores administrativos asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020?	Existen factores administrativos asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.	La infraestructura y el equipamiento es el principal factor administrativo asociado a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.					
¿Cuáles son los factores individuales del paciente asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020?	Existen factores individuales del paciente asociados a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.	El paciente indeciso e inseguro es el principal factor individual del paciente asociado a la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2020.					

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

Será de enfoque cuantitativo debido a la naturaleza de datos por recolectar, por los métodos estadísticos empleados, y también porque los resultados y conclusiones referidos a la muestra deberían ser extrapolables a toda la población (Hernández y Mendoza, 2018).

Por su nivel, será descriptiva debido a que se nombrarán los atributos más destacados del fenómeno analizado (Hernández et al., 2014).

Por su diseño, es no experimental debido a que no se presentará una manipulación de variables (Bernal, 2015).

$$m \Rightarrow OX$$

Donde:

m=Muestra

OX=Observación de la variable Factores asociados que intervienen en la suspensión de cirugías programadas del servicio de centro quirúrgico.

Finalmente, según el periodo y secuencia de estudios es de corte transversal, ya que la recolección de datos se tomará en una sola oportunidad o momento dado (Arias, 2012).

4.2 Unidad de análisis

Historias clínicas de pacientes con intervenciones programadas en el nosocomio Dos de Mayo.

4.3 Población de estudio

De acuerdo con la información recabada, se registra un promedio mensual de 450 historias clínicas.

Los criterios de inclusión serán: (i) historias clínicas de pacientes cuya edad sea de 18 años a más, (ii) historias clínicas de pacientes que hayan sido atendidos en el centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo, (iii) historias clínicas completas.

Se deduce que los criterios de exclusión serán: (i) historias clínicas pediátricas (ii) historias clínicas de pacientes que hayan sido atendidos en otros servicios de la Red del Hospital Nacional Dos de Mayo, (iii) historias clínicas incompletas.

4.4 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó mediante la ecuación estadística para la estimación de la proporción de las variables.

Margen: 5%

Nivel de confianza: 95%

Población: 450

Tamaño de la muestra: 208

Ecuación estadística para proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2(p \times q)}{e^2 + \frac{z^2(p \times q)}{N}}$$

n = tamaño de la muestra

Z = nivel de confianza deseado (éxito)

p = Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

q = Proporción de la población con la característica deseada (fracaso)

e = Nivel de error dispuesto a cometer

N = Tamaño de la población

Como puede apreciarse, la muestra ha sido obtenida mediante una técnica de muestreo probabilístico, donde cualquier elemento tiene las mismas probabilidades de otro de ser elegido como parte de la muestra (Otzen y Manterola, 2017, p. 228).

4.5 Instrumento y técnica de recolección de datos

El instrumento a utilizar será el Cuestionario de factores asociados a las suspensiones quirúrgicas programadas, creado por Orrillo en el 2020. Fue validado mediante juicio de 10 expertos que permitió constatar si los contenidos de los instrumentos son coherentes en relación a las preguntas del instrumento y la variable con sus respectivas dimensiones, el autor no realizó la confiabilidad del instrumento debido a que se trabajó con una fuente secundaria, en este caso las historias clínicas. Sin embargo, se realizó una confiabilidad empleando el coeficiente Kuder Richardson (KR20) por ser un instrumento dicotómico; obteniendo un valor de 0,7. Este instrumento presenta una escala tipo nominal dicotómica con respuestas Sí o No, con puntuación 1 y 0, respectivamente. El cuestionario está conformado por 53 ítems clasificados en 3 dimensiones y 8 indicadores. La primera dimensión Factores institucionales evalúa los Factores médicos (cirujano) y Factores médicos (anestesiólogo); la segunda dimensión Factores administrativos evalúa Aspectos de infraestructura y equipamiento, Procesos administrativos prequirúrgicos fallidos, Procesos documentarios clínicos y Procesos relativos a la cirugía, y la tercera dimensión Factores individuales del paciente evalúa los Aspectos biológicos y Aspectos conductuales. El rango de puntuación general de los factores asociados a la suspensión de cirugías programadas es: ≥ 39 = Alto impacto, $40 - 46$ = Moderado impacto y $47 - 52$ = Bajo impacto.

En cuanto a la dimensión Factores institucionales en relación con sus indicadores las puntuaciones son las siguientes: Factores médicos

(cirujano): ≥ 5 = Alto impacto, 3 – 4 = Moderado impacto y de 1 – 2 = Bajo impacto; Factores médicos (anestesiólogo): ≥ 5 = Alto impacto, 3 – 4 = Moderado impacto y de 1 – 2 = Bajo impacto. Para la dimensión Factores administrativos la puntuación es: Aspectos de infraestructura y equipamiento: ≥ 3 = Alto impacto, 2 = Moderado impacto y de 1 = Bajo impacto; Procesos administrativos prequirúrgicos fallidos: ≥ 7 = Alto impacto, 6 – 4 = Moderado impacto y de 1 – 3 = Bajo impacto; Procesos documentarios clínicos: ≥ 3 = Alto impacto, 2 = Moderado impacto y de 1 = Bajo impacto, Procesos relativos a la cirugía: ≥ 3 = Alto impacto, 2 = Moderado impacto y de 1 = Bajo impacto. Y respecto a la dimensión Factores individuales del paciente, el puntaje es: Aspectos biológicos: ≥ 7 = Alto impacto, 6 – 4 = Moderado impacto y de 1 – 3 = Bajo impacto y en los Aspectos conductuales: ≥ 5 = Alto impacto, 3 – 4 = Moderado impacto y de 1 – 2 = Bajo impacto.

La técnica de investigación de campo será la investigación documental.

4.6 Plan de recolección de datos

Dicho plan empieza con la solicitud de autorización del Comité de ética e investigaciones biomédicas en Enfermería del Hospital Nacional Dos de Mayo. En este trámite interinstitucional se presenta el proyecto luego de una espera de tres meses aproximadamente (abril-junio 2021). La recolección de datos se realizará en dos meses, 3 veces por semana en el turno de la mañana. Al tratarse de un análisis documental, no serán necesarias ni la prueba piloto ni el formato de consentimiento informado.

4.7 Análisis e interpretación de datos

El proceso de análisis e interpretación de datos se dará de la siguiente manera:

Se tabularán los datos en el programa de Excel 2016, asignándoles ya sea el valor 1 o 0 dependiendo cada respuesta.

Una vez realizada la tabulación se utilizará el programa estadístico SPSS 25, en dónde se procesarán los datos por ítems y por dimensiones.

Posteriormente a ello se elaborarán las tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos determinados para fines de la investigación.

Finalmente se realizará el análisis de los datos a nivel descriptivo y las medidas de tendencia central para presentar los resultados más relevantes.

4.8 Aspectos éticos de la investigación

La presente investigación acatará los principios bioéticos de la Declaración de Helsinki, al igual que la confidencialidad de los datos personales contenidos en las historias clínicas. A continuación, los principios que guiarán la recolección de datos:

Principio de beneficencia. La investigación procura el bien común, el bienestar general, busca contribuir a la humanidad mediante el progreso del conocimiento científico.

Principio de no maleficencia. Ningún elemento de la muestra salió lastimado, nadie se vio perjudicado con la filtración de datos personales, puesto que se garantizó la absoluta confidencialidad y el anonimato.

Principio de justicia. Los beneficios de la investigación fueron, en primer lugar, para el nosocomio que brindó las facilidades del caso. En particular, para sus pacientes del servicio de nefrología.

Por último, se tendrá una conducta ética como investigadora, respetando la propiedad del trabajo intelectual cumpliendo autoría responsable, evitando el plagio y se declarará oportunamente si hubiese un conflicto de intereses.

V. PRESUPUESTO

BIENES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL (S/.)
Lapiceros	10	S/.1.00	S/. 10.00
Lápices	8	S/.1.50	S/.12.00
Cd	2	S/. 2.00	S/.4.00
Hojas bond	400	S/. 0.10	S/.40.00
Fólderes	6	S/. 0.70	S/.4.20
Liquid paper	4	S/.2.50	S/.10.00
Regla	1	S/.2.00	S/.2.00
Borrador	4	S/. 1.00	S/.4.00
Tajador	3	S/. 1.50	S/.4.50
SUB TOTAL			S/. 90.70
SERVICIOS	N°	Costo Unitario (S/.)	Costo Total (S/.)
Transporte	90	10.0	900.0
Copias	500	0.10	50.0
Internet	300	1.0	300.0
Impresión	240	0.20	48.0
Asesor Estadístico	6 Hrs	100.0	600.0
Asesor Metodológico	12 Hrs	120.0	1440.0
Constancia de Revisión por Sistema Antiplagio - Turnitin	2	50.0	100.0
SUB TOTAL			3438.0
TOTAL			S/. 5960.70

Recursos disponibles

Recursos humanos

- Asesor: Mag. Roberto Zegarra Chapoñán
- Investigadora: Natalia Cabrera Bendezú

Recursos materiales y equipos

- Laptop
- Proyector multimedia
- Mobiliario (mesas, sillas)
- Lapiceros
- Hojas
- Impresoras
- Calculadora

V. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N.º	ITEMS	2021															
		Enero				Febrero				Marzo				Abril			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Diseño del Proyecto			X	X												
2	Identificación y formulación del problema.				X	X											
3	Justificación y Formulación de objetivos					X											
4	Revisión de antecedentes de estudio					X	X										
5	Elaboración de la base teórica						X										
6	Definición Operacional de términos							X									
7	Operacionalización de variables.							X									
8	Diseño metodológico.							X									
9	Elaboración del instrumento.							X									
10	Trámite Administrativo para Aprobación Proyecto							X									
11	Juicio de Expertos – Tabla de Concordancia							X									
12	Aplicación del instrumento. Procesamiento de Datos								X								
13	Elaboración de Gráficos y Tablas Estadísticas								X								
14	Resultados. Análisis y discusión.									X							
15	Elaboración del Informe Final.										X	X					
16	Presentación del Informe Final.												X				
17	Revisión por sistema antiplagio (Turnitin)																

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeldaño, R., & Coca, S. (2018). Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014. *Enfermería Universitaria*, 1(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.005>
- Aguilera, C. (2016). Un enfoque gerencial de la teoría de las restricciones. *Estudios Gerenciales*, 1(77), 53–69. https://doi.org/http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232000000400004.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. (6ª ed.). Editorial Episteme.
- Barbosa, M., Miranda, M., & Mattia, A. (2016). Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente. *Enfermería Global*, 11(26), 164–173.
- Bernal, C. (2015). *Metodología de la investigación*. (4ª ed.). Pearson Educación.
- Blas, K., Matzumura, J., & Gutiérrez, H. (2020). Causas de suspensión de cirugía ginecológicas y satisfacción de las pacientes: Hospital III, Essalud, Lima, Perú. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 30(1). [10.18597/rcog.3594](https://doi.org/10.18597/rcog.3594)
- Botazini, N., & De Carvalh, R. (2017). Cancelamento de cirurgias uma revisão integrativa da literatura. *Rev SOBECC*, 3(22), 230–244. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040008>
- Cavalcante de Sousa Araújo, P., Do Nascimento, Joice Barbosa de Melo, Azedo Shirlane Priscilla, Xavier Suênia Mesquita, F., & Costa, I. (2020). Cancelaciones de cirugías electivas en un hospital escuela: causas y estadísticas. *Enferm. Glob.*, 19(59), 286–321. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300286&lng=es. Epub 10-Ago-2020. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.396911>.
- Cho, H., Lee, Y., Lee, S., & Kim, J. (2018). Reasons for surgery cancellation in a general hospital A 10-year Study. *Int J Environ Res Public Health*, 7.

<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16010007>

Churata Diaz, C. (2018). *Factores asociados a suspensión de cirugías electivas en el hospital III Yanahuara Arequipa 2017*. [Universidad Nacional de San Agustín]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5573/MDchdicl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cruz, J. y Reyes, A. (2016). ¿Qué indicadores utilizar en la valoración de la calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria? *Medisur*, 14, 661–663. <https://doi.org/https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180049659001>

Damian Ramos, K., & Espilco Portugal, E. (2018). *Factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de la sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018*. [Universidad Nacional del Callao]. http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3041/Damian_y_Espilco_TESIS2DA_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

de Carvalho, M., Diná, S. y Galan, M. (2016). Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, 15, 108–124. https://doi.org/https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a20.pdf

Dhafar, K., Ulmalki, M., Felemban, M., Mahfouz, M., Baljoon, M., & Gazzaz, Z. (2016). Cancellation of operations in Saudi Arabian hospitals Frequency, reasons and suggestions for improvements. *Pak J Med Sci*, 5, 1027–1032. <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.315.7932>

Díaz, A., Vega, A., Dominguez, B., Carrillo, S., & González, J. (2020). Factores atribuibles a la cancelación de cirugías programadas. *2Cirugia y Cirujanos*. <https://doi.org/10.24875/CIRU.20001008>

Díaz Gonzales, D. (2016). *Frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé, Lima-Perú*. [Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5312/Diaz_gd.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Durant, Y., Leyva, I., Puentes, H., & Ramirez, B. y Torres, A. (2020). Causas implicadas en la suspensión de pacientes por especialidades quirúrgicas, tributarios para cirugía electiva. *Rev Cub Anest Rean*, 19, 1–14.
<https://doi.org/http://revanestesia.sld.cu/index.php/anestRean/article/view/669>
- El-Jardali, F., Fadlallah, R., Hitti, E. y Kaddoum, R. (2016). Causes of cancellations on the day of surgery at a Tertiary Teaching Hospital. *BMC Health Serv Res*, 16.
<https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27412041>
- Elkouny, A., Fated, A. y Zoughaibi, N. (2016). Elective surgery cancelation on day of surgery: An endless dilemma. *Saudi J Anaesth*, 10, 68–73.
<https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4760047/>
- Fayed, A., Elkouny, A., Zoughaibi, N., & Wahabi, H. (2016). Elective surgery cancelation on day of surgery: An endless dilemma. *Saudi J Anaesth.*, 10(1), 68–76.
<https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4760047/>
- Galván, A. y Flores, G. (2006). La suspensión de cirugía programada como un indicador de calidad en la atención hospitalaria. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*; 7 (2), pp. 59-62. <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2006/gg062c.pdf>
- Hernández, R.; Fernández, C.; y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, R: y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana.
- Luo, L., Xie, X. y Yu, K. (2017). Contributing factors of elective surgical case cancellation: a retrospective cross-sectional study at a single-site hospital. *BMC Surg.*, 11.
<https://bmcsurg.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12893-017-0296-9.pdf>
- Martínez, C., Martínez, I., Massip, J., Ortiz, L., Santana, J. y Terry, O. (2017). Suspensión de cirugías electivas en el Hospital Calixto García: causas y

prevalencia. 2016-2017. *Arch. Hosp. Univ. "Gen. Calixto García,"* 5. <https://doi.org/http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/234>

Martínez Blanco, C., Massip Nicot, J., Ortiz Almeida, L., Martínez Gálve, I., Santana Lechuga, J., & Terry Villa, O. (2017). Suspensión de cirugías electivas en el Hospital Calixto García: causas y prevalencia. 2016-2017. *Arch. Hosp. Univ. "Gen. Calixto García,"* 5(2). <https://doi.org/http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/234>

Martínez, S. (1997). *Bases del conocimiento quirúrgico*. McGraw-Hill.

McIntosh, B., Cookson, G., & Jones, S. (2012). Cancelled surgeries and payment by results in the English National Health Service. *Health Serv Res Policy, 17*(2), 79–86.

Merlin Medina, A. (2019). *Causas de suspensión de cirugía programada en el Hospital general de Ticoman en el año 2018*. [Universidad Nacional Autónoma de México.]. <http://132.248.9.195/ptd2019/agosto/0791355/0791355.pdf>

Muñoz, A., Perlaza, L., & Burbano, V. (2019). Causas de cancelación de cirugía programada en una clínica de alta complejidad de Popayán, Colombia. *Rev. Fac. Med., 67*(1), 17–29. <https://doi.org/https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1013194>

Mohabir, P. y Coombs, A. (2020). *Cirugía. Manual MSD*. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/temas-especiales/cirug%C3%ADa/cirug%C3%ADa>

Olguín-Juárez, P. (2018). El análisis factorial para aumentar el rendimiento del quirófano y disminuir la cancelación de cirugía electiva. *Cirujano General, Cirujano General,* 40(2), 78–86. https://doi.org/http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000200078&lng=es&tlng=es.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *La cirugía segura salva vidas*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Servicios sanitarios de calidad*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Orillo, R. (2020). *Factores asociados a la suspensión de intervenciones programadas durante la gestión quirúrgica del 2012- 2018 en el Hospital Nacional ALberto Sabogal Sologuren, Callao*. [Universidad Nacional del Callao.].
[http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/5251/ORRILLO HUAMÁN FCS 2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/5251/ORRILLO_HUAMÁN_FCS_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Otzen, T.; y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Pattillo, J. y Dexter, F. (2018). Enfrentando el dilema de las suspensiones: características e incidencia de las suspensiones quirúrgicas en un centro académico en Chile. *Rev Chil Cir*, 70, 322–328.
https://doi.org/https://scielo.conicyt.clhttps://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000400322&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000300322>.

Penagos, J., Acuña, M., & Galvis, L. (2018). Teoría de Restricciones Aplicada a Empresas Manufactureras y de Servicios. *INEGENIARE*, 7(12), 79–86.

Perroca, M., Jericó, M., & Facundi, S. (2007). Surgery cancelling at a teaching hospital: implications for cost management. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, 15(5), 1018–1024.

Perú, M. de S. del. (2013). *Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria para hospitales, institutos y diresa*.
<http://cmp.org.pe/wpcontent/uploads/2016/07/GTIndicadoresCalidad/Indicadorhttp://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>

Ramírez Quesquén, S. (2018). *Causas e implicancias económicas en la suspensión de intervenciones quirúrgicas en el periodo 2012 - 2014 en el*

Hospital Nacional Dos de Mayo [Universidad César Vallejo].
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16932/Ramirez_QSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rincón, Silvia y García, M. (2017). *Manual de enfermería quirúrgica*. Mc. Graw Hill.
https://issuu.com/jhanetmezquita/docs/enfermeria_quirurgica_manual_-_r

Robb, W., O'Sullivan, M., Brannigan, A., & Bouchier-Hayes, D. (2004). Are elective surgical operations cancelled due to increasing medical admissions. *Ir J Med Sci*, 173(3), 129-132.

Schofield, W., Rubin, G., Piza, M., & Lai, Y. (2005). Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *Med J Aust*, 182(12), 612–6620.

Talalwah, N., & McIltrout, H. (2019). Cancellation of surgeries Integrative review. *J Perianesth Nurs*, 34, 86–96.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.012>

VIII. ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS A LAS SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS

INSTRUCCIONES. Marque con un aspa (X) en el casillero que guarde relación con su respuesta.

N.º	ITEMS	Sí	No
	FACTORES INSTITUCIONALES		
	Factores médicos (cirujano)		
1	Desviaciones en la planificación y preevaluación quirúrgica.		
2	Desviaciones en medicación prequirúrgica.		
3	Falta de estudios preoperatorios.		
4	Incumplimiento de la Lista de Cirugía Segura.		
5	Prolongación de tiempo operatorio de cirugía anterior.		
6	Tardanza.		
7	Inasistencia imprevista del cirujano programado para SOP.		
8	Cambios en la programación de pacientes en Sala de Operaciones (SOP).		
9	Actividades innecesarias (Asistenciales, Administrativos y apoyo).		
	Factores médicos (anestesiólogo)		
10	Incumplimiento del protocolo de evaluación pre anestésica.		
11	Desviaciones en la peri anestesia.		
12	Tardanza.		
13	Inasistencia imprevista.		
	FACTORES ADMINISTRATIVOS		
	Aspectos de infraestructura y equipamiento		
14	Insuficiente número de salas quirúrgicas.		
15	Desplazamiento de urgencia o emergencia.		
16	Falta de camas en recuperación, postquirúrgica.		
17	Falta de camillas para el traslado de pacientes de SOP a Recuperación.		
18	Falta de equipos médicos.		
19	Falta de insumos y/o material médico.		
20	Insumos inadecuados.		
21	Averías del material del material quirúrgico.		
22	Inadecuado sistema de mantenimiento de equipos médicos en SOP.		
	Procesos administrativos prequirúrgicos fallidos		
23	Inadecuada preparación de equipos y material de instrumental quirúrgico en Sala de Cirugía.		
24	Insuficiente reserva de hemoderivados.		
25	Inoportuno abastecimiento de equipos e instrumental quirúrgico en sala de Cirugía.		
26	Insuficiente stock de equipos e instrumental.		
27	Entrega inoportuna de solicitudes de abastecimiento de equipos y materiales quirúrgicos que deben ser usados en el intraoperatorio (Prótesis, placas, implantes, etc.).		

28	Insuficiente dotación de personal de enfermería (profesional o técnico).		
29	Conflictos Institucionales (paros, Huelgas, etc.).		
Procesos documentarios clínicos			
30	La documentación del paciente no está en regla (Falta el formato físico de la historia clínica y/o exámenes auxiliares en Sala de Operaciones (SOP)).		
31	La historia del paciente está archivada.		
32	Falta la firma del consentimiento informado.		
33	Forzamiento de solicitud de valoración actualizada con protocolo vigente.		
Procesos relativos a la cirugía			
34	Requiere de interconsulta.		
35	Sustitución de cirugía electiva por Emergencia.		
36	Variación del tiempo quirúrgico (prolongación de la cirugía anterior por falta de tiempo y/o otros.		
37	Suspensión de sala de operaciones por contaminación, mantenimiento y/o reparación.		
38	Falta indicador Interquirúrgico por prolongación de tiempos muertos entre las intervenciones quirúrgicas (Limpieza, movilización del paciente, etc.).		
39	Preparación inadecuada o incorrecta del paciente (no va en ayunas, ha tomado anticoagulantes, etc.).		
FACTORES INDIVIDUALES DEL PACIENTE			
Aspectos biológicos			
40	Mejoría del paciente al ingresar a sala de operaciones (SOP).		
41	Negativa del paciente a ser operado o no aceptación del procedimiento.		
42	Descompensación del paciente.		
43	Enfermedad intercurrente al ingresar a Sala de Operaciones (SOP). Infección/fiebre.		
44	Empeoramiento de su enfermedad basal.		
45	Alteración hematológica (coagulación)		
46	Paciente indeciso, desentendido e inseguro.		
Aspectos conductuales			
47	Ausencia del paciente en el momento de su llamado a Sala de Operaciones (SOP).		
48	Alta voluntaria.		
49	Percepción de pago de bolsillo elevado en gastos invisibles de transporte y alimentación, y para el apoyo de familiares u otro para el acompañamiento al hospital.		
50	Baja percepción de confiabilidad y seguridad.		
51	Desajuste de la dinámica familiar.		
52	Pérdidas económicas.		
53	El paciente no acepta ser operado por Cirujano desconocido.		