



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS POSGRADUADOS
PETRÓLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

CUÁLES SON LOS GRUPOS DE CAUSAS MÁS FRECUENTES DE
SUSPENSIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA, EN EL HOSPITAL CENTRAL
SUR DE ALTA ESPECIALIDAD EN EL PERIODO DE ENERO DE 2011 A
DICIEMBRE DEL 2015

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGÍA GENERAL
P R E S E N T A:
DR. MIGUEL ESTAVILLO PAREDES

TUTOR:
DR. JOSÉ LUIS PÉREZ HERNÁNDEZ
MAESTRO EN CIENCIAS





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DRA. ANA ELENA LIMÓN ROJAS

DIRECTORA

DRA. JUDITH LÓPEZ ZEPEDA

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. ALEJANDRO CRUZ ZARATE

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. JOSÉ LUIS PÉREZ HERNÁNDEZ

ASESOR DE TESIS

ÍNDICE

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	1
ANTECEDENTES.....	1
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
DISEÑO DE ESTUDIO.....	6
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	7
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	8
MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
RESULTADOS.....	10
DISCUSIÓN.....	13
CONCLUSIONES.....	14
BIBLIOGRAFÍA.....	15
ANEXOS.....	17

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La suspensión de cirugía programada 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

A fin de evitar el mayor número de suspensión de procedimientos quirúrgicos se considera realizar una adecuada investigación retrospectiva de la base de datos del hospital Central Sur de Alta especialidad a fin de identificar con exactitud los motivos de esta

En el presente estudio se hace una revisión bibliográfica acerca de las causas por las cuales se suspende una cirugía previamente programada

Es importante mencionar que suspender una cirugía implica altos costos para el paciente y también para la unidad hospitalaria

ANTECEDENTES

Los Servicios de áreas quirúrgicas, son de los servicios hospitalarios más concurridos y costosos, pues muchos de los padecimientos actuales son atendidos en un quirófano; esto sumado al gran avance de la medicina contemporánea, obliga a que la atención que ofrece este Servicio progrese y mejore con el fin de que sea mayor el número de pacientes que puedan tener acceso y que el personal que labora en este Servicio pueda desarrollarse satisfactoriamente, por lo que es de suma importancia hacer uso adecuado del tiempo de quirúrgico y cumplir con la programación quirúrgica

Los procedimientos quirúrgicos a todos los niveles se deben dirigir para asegurar que se desarrollen sin errores en el sistema. Este hecho es de especial importancia en el campo de la cirugía por la complejidad de todos los procedimientos y profesionales implicados en el proceso peri operatorio. Estudios recientes han permitido destacar la relevancia que tiene para la salud pública la carga que supone el volumen actual de actos quirúrgicos que se practican

Se calcula que la suspensión de una cirugía electiva le cuesta a un hospital 198.00 dólares por paciente (Dexter), en 1996 el costo por minuto de tiempo quirúrgico calculado era 8.13 dólares (MacArthur). En 1999 el mismo se calculó en 13.53 dólares por minuto (Glenn) este costo cambia a medida que aumenta el volumen en quirófano. En la situación actual del país, una manera de disminuir los costos sería disminuir el índice de suspensión de cirugía programada

Se calcula que la inversión total en el área quirúrgica de un Hospital es del 30.1% del costo total (Muñoz). Por lo que tiene que ser redituable

Actualmente las demandas de salud aumentan y los recursos disminuyen, lo que cobra cada vez más importancia (Livingstone JI). La economía en el cuidado de la salud tiende a favorecer el aumento de la productividad y la reducción en los costos (Russell LB). Se calcula que la suspensión de una cirugía le cuesta a un hospital 198.00 dólares por paciente (MacArthur). En 1996 el costo por minuto calculado era de 8.13 dólares, en 1999 el mismo se calculó en 13.53 dólares por minuto (Glenn DM). Al aumentar el número de cirugías se aprovecha más el quirófano y disminuyen los costos (Canales).

La suspensión de cirugía programada no está definida por alguna autoridad de salud en México, en la literatura médica hay pocas referencias sobre este tema (MacArthur), en el reciente acuerdo de la Comisión Intersecretarial para la transparencia y combate a la corrupción (Comisión Intersecretarial para la transparencia y combate a la corrupción 2004) se presenta dentro de los compromisos por la calidad

En el contexto internacional existe ya una definición y datos más precisos para definir la suspensión de cirugía programada, sus causas y se elaboró una fórmula para obtener los datos como indicador de calidad, el cual tiene tanta importancia que el ministerio de salud, por medio del programa nacional de la Garantía de Calidad en la atención médica, elaboró los indicadores básicos de calidad para establecimientos de salud, entre los cuales se encuentran el porcentaje de cirugías suspendidas por más de 24hrs, el cual se obtiene mediante la siguiente fórmula:

Numerador = total cirugías programadas suspendidas por más de 24hrs. En el periodo por 100.

Denominador = total de cirugías programadas en quirófano en el mismo periodo.

(Ministerio de Salud Argentina Diario Oficial 2003).

Concepto que se usa para este estudio conceptualizando a las cirugías suspendidas como aquellas que ya habiendo sido programadas son postergadas para su realización por más de 24 hrs. La suspensión de una cirugía puede ser analizado desde dos vertientes: una en las repercusiones que involucran al paciente y la otra en las consecuencias que tiene para la Institución.

En el Hospital Universitario del municipio de San Paulo durante tres meses fueron realizadas entrevistas a 60 pacientes que no se presentaron a cirugía, obteniendo los siguientes resultados: una tasa de suspensión de cirugía del 19.91%, el Ministerio de Salud define la tasa de suspensión de cirugía como el número de cirugías suspendidas entre el número de cirugías programadas en un periodo multiplicado por 100 (Ministerio de salud Secretaria de Salud y Desarrollo de servicios de Salud Brasil 1978), el ausentismo del paciente en este estudio fue del 54.30%. (Habib Paschoal) Donde se encontraron 10 motivos para este ausentismo 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 las vías aéreas, condición social 10%, por falta de dinero y problemas familiares condición personal 8.33%, lo que genera inasistencia del paciente.

En el Hospital Clínica de San José de San Martín (Argentina) se suspendieron 29 pacientes de 328 de las cuales 5 se suspendieron por el Anestesiólogo en sala de quirófano (Cesar Gnocchi1) siendo la causa más común, enfermedad de alto riesgo.

En lo que respecta al IMSS en su compromiso por la calidad ubicándonos específicamente en su programa Mejora de la oportunidad, nos muestra un estudio en 27 Hospitales evaluados donde se cuantifica el impacto del abasto y la cobertura personal sobre el cumplimiento de la programación quirúrgica y no sobre la suspensión en su conjunto (Programa Nacional de certificación de establecimientos 2002).

En el hospital Darío Fernández Fierro del ISSSTE durante el 2001 se registró el número de cirugías suspendidas por mes, por servicio quirúrgico y por causa específica, obteniéndose una tasa de 23.79% que corresponde a 863 de 3627, de las 13 especialidades quirúrgicas, las que suspendieron más cirugías programadas fueron: ortopedia 25.6%, cirugía general 22.13%, gineco-obstetricia 17.84% y oftalmología 10.08%, estas especialidades acumularon el 59.59% del total de suspensiones, las demás especialidades tuvieron un índice que varió del 5.7 al 0.6%

Con respecto a las causas específicas este autor encontró que las atribuidas al paciente fueron 346 (40.1%), donde 173 pacientes no se presentaron al Hospital y los demás no acudieron al servicio de cirugía o de anestesia a la consulta externa y 49 no se presentaron a la Admisión de pacientes el día de la cirugía, a otros 111 se les suspendió la cirugía por presentar enfermedad aguda, predominando las infecciones respiratorias 51% y la hipertensión descontrolada 20%, hubo alteraciones de los laboratorios en 7 pacientes.

Hubo 260 cirugías suspendidas atribuidas a la infraestructura, que corresponde a (30.1%), de las cuales 101 fueron por falta de tiempo quirúrgico, 97 casos por falta de material, además hubo 257 atribuibles al personal médico que corresponde al (29.8%), 87 casos por falta de hemoderivados, 49 casos más por exámenes preoperatorios incompletos, 73 casos por falta de valoración cardiológica de riesgo quirúrgico y 3 casos por errores en la programación.

En la Clínica Hospital del ISSSTE se suspendieron en el año 2003. 233 de 925 de las cuales 36 fueron por presión Arterial descontrolada, suspendidas dentro de sala de quirófano.

La enfermedad es una causa no previsible de suspensión de cirugía, la infección del tracto respiratorio es una de las causas más comunes y representa más del 50 % de incapacidades por enfermedad (Aguirre Cordova), la decisión de administrar anestesia a estos pacientes sigue siendo un dilema clínico, suspender un procedimiento en tales condiciones ha sido la práctica común, aunque la justificación para hacerlo, especialmente en adultos es difícil (Fennely). Los niños con infecciones de vías respiratorias activas o recientes tienen mayores riesgos de presentar eventos respiratorios adversos (Cohen), pero con un manejo cuidadoso la mayoría de estos niños pueden ser sometidos con seguridad a procedimientos electivos sin aumentar su morbilidad y sin necesidad de suspender la cirugía (Cote Ch),

Los niños mayores de 5 años tienen bajos índices de complicaciones respiratorias el riesgo de estas complicaciones disminuye con la edad ya que sus vías aéreas son de mayor calibre (Cohen). Estudios recientes sugieren que en niños y adultos con infección de vías aéreas no complicadas, la anestesia no causa complicaciones respiratorias (Fennely). Se ha señalado que el anesthesiólogo posterga la cirugía electiva en estos pacientes más por temor a los problemas legales que a las complicaciones médicas (Cote Ch), la hipertensión se presenta en cerca del 25% de los paciente quirúrgicos (Aguirre Cordova) idealmente debe de normalizarse la presión antes de la cirugía, ya que una presión diastólica mayor de 110 mmhg aumenta la frecuencia de isquemia al miocardio, arritmias, hipotensión transoperatoria, insuficiencia renal pos operatoria y presión arterial lábil (Van Norman GA).

Los pacientes con trastornos tiroideos deben operarse cuando estén bioquímicamente eutiroideos y con una frecuencia cardiaca de 85 latidos por minuto. En los diabéticos debe solicitarse una radiografía de tórax, un electrocardiograma, una glucosa sanguínea, electrolitos y determinación de creatinina sérica (Ault ML), para corroborar el control de la glicemia, prevenir la hiperglicemia que causa diuresis transoperatoria y minimizar el riesgo de infección, retraso en la cicatrización y disfunción del Sistema Nervioso central. Lo cual se logra manteniendo cifras de glucosa entre 120 y 200mg (Pollard JB, Olson).

En la actualidad se acepta que la valoración preoperatoria reduce la morbilidad peri operatoria, evalúa el costo beneficio, mejora la eficacia del quirófano y la seguridad del paciente favoreciendo la satisfacción del mismo, mediante una comunicación clara que disminuya la ansiedad ante los riesgos y procedimientos relacionados con la anestesia y es el anesthesiólogo quien debe de hacer esta valoración.

La falta de valoración o valoración incompleta como causa de suspensión de cirugía programada se reporta como un índice que varía de 11.3 a 42% (Vinukondalah).

(Pollard JB, Olson) señalan que si se hace la valoración en las 24 horas previas a la programación, el índice de suspensión de cirugía programada es de 13.3% y que no se modifica si la valoración se hace 2 a 30 días antes.

En algunas Instituciones como es el caso del Hospital General de Querétaro es el anesthesiólogo quien hace la valoración preoperatoria en el paciente sano o sin complicaciones y solo los pacientes con enfermedad cardiovascular mayor, alteraciones en la coagulación, enfermedad pulmonar severa, diabetes mellitus descontrolada, hipertensión descontrolada, enfermedad renal, hepatitis ictericia o fármaco dependencia reciben una evaluación médica más extensa.

En el Hospital General de Querétaro se considera que el cirujano debe hacerse responsable de que no existan factores que justifiquen la suspensión por parte del anesthesiólogo y de esta forma integrar así realmente un eficaz equipo médico entre ambos especialistas (Requesens).

En lo que respecta a los análisis de laboratorio están bien especificadas las indicaciones para solicitar exámenes preoperatorios de laboratorio y gabinete. La hemoglobina, el hematocrito, así

como el tipo y cruce de sangre se piden en los procedimientos en los que se espera que exista riesgo aumentado de sangrado (Ault M), y en los pacientes mayores de 65 años y en los que cursan con EPOC, tabaquismo con tos productiva, hipercapnia u obesidad tienen más posibilidades de complicaciones en el posoperatorio por lo que es necesario solicitar una tele de tórax (Marcello PW). Las pruebas funcionales respiratorias no han demostrado ser más útiles que un buen interrogatorio y exploración física (Ault M). La principal causa de morbimortalidad en el peri operatorio del paciente quirúrgico es el infarto al miocardio (Van Norman GA); por lo que todo paciente con antecedente cardiaco debe ser valorado con electrocardiograma, además de placa de tórax (Marcello PW). Con respecto al análisis de orina es importante, ya que los sujetos con infección de vías urinarias no tratadas tienen mayor incidencia de infección en la incisión quirúrgica (Ault M), varios autores concluyen que gran cantidad de laboratorios pueden ser eliminados sin consecuencias médicas adversas de importancia (Kaplan eb) y otros estudios revelan que solo un 4% reportan una alteración sustancial, concluyendo que no influyen en el pronóstico ni en el cuidado peri operatorio (Narr BJ)

Se realizó un estudio de los expedientes de todos los pacientes con cirugía programada en el periodo comprendido entre el 01 de enero de 1999 al 31 de agosto de 2002 en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", donde el objetivo fue conocer la incidencia y las causas por las que se suspende la cirugía programada y a su vez proponer un indicador de calidad para medir la oportunidad de la atención en los servicios quirúrgicos, La medición de la suspensión de cirugía es un buen indicador de calidad para medir la oportunidad con que se otorgan los servicios en cirugía y establecer las estrategias necesarias para disminuir sus causas, El estándar propuesto, en relación al porcentaje de cirugías suspendidas, es el siguiente: a) Excelente, 0%. b) Bueno, de 0.1 a 3% c) Regular, de 3.1 a 6% d) Malo, más de 6%. La muestra fue de 15,833 pacientes con cirugía programada en un periodo de 2 años y medio; se suspendieron 645 cirugías, equivalente a un indicador del 4.07% que corresponde a un estándar calificado como regular, y por lo tanto ameritó planear acciones para mejorar (Alfonso Galván).

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El objeto de estudio serán los expedientes clínicos, quienes tendrán acceso a la información serán las personas involucradas en el trabajo de investigación, y los resultados se resguardarán bajo confidencialidad y solo tendrá acceso la jefatura del servicio de Cirugía General

JUSTIFICACIÓN

Es importante distinguir entre las causas de suspensión de cirugía programada por eventos atribuibles a los pacientes, a la infraestructura, o al medico

El porcentaje de suspensión de cirugía programada atribuibles a los servicios de salud fue de 4.8% con un máximo de 7% en el ISSSTE y un mínimo de 3.8% en los servicios de la Secretaría de Salud. Estas cifras indican que cuatro de cada diez cirugías suspendidas son atribuibles a problemas de organización en las instituciones de salud, por lo que es importante además, desarrollar un indicador de calidad que permita favorecer una mayor productividad, con una mejor atención médico-quirúrgica al paciente y un menor costo hospitalario

Aproximadamente se programan en el HCSAE 3,120 cirugías por año, 260 por mes, 65 por semana, 13 por día

Por lo anterior, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación

Cuáles son los grupos de causas más frecuentes de suspensión de cirugía programada?

OBJETIVOS

Clasificar las causas de suspensión de cirugía programada del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, para iniciar protocolos más dirigidos a conocer las causas básicas de suspensión, sobre todo aquellas inherentes a los padecimientos de los pacientes programados para poder actuar sobre esto y así lograr tiempos de espera más cortos para la atención no urgente electiva, reducir al mínimo la tasa de cancelaciones en el día de la cirugía planeada para Maximizar la calidad y productividad de los quirófanos y mejorar el flujo de pacientes a través del hospital

Objetivos Específicos

1. Describir la población de pacientes con suspensión de cirugía programada del hospital central sur de alta especialidad
2. Conocer el porcentaje de suspensión de cirugía programada inherentes al paciente del hospital central sur de alta especialidad
3. Conocer el porcentaje de suspensión de cirugía programada inherentes a la infraestructura del hospital central sur de alta especialidad
4. Conocer el porcentaje de suspensión de cirugía programada inherentes al servicio que programa del hospital central sur de alta especialidad.

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

El presente estudio es de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo

UNIVERSO DEL TRABAJO

El universo de este estudio será integrado por todos los expedientes de programación quirúrgica en el hospital central sur de alta especialidad en el periodo Enero de 2011 a Diciembre del 2015

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Expedientes de pacientes que se encuentren en hoja de programación de quirófano
2. Expedientes de los servicios de: Cirugía General, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Vascular Periférica, Cirugía de Tórax, Cirugía Reconstructiva, Oftalmología, Otorrinolaringología, Oncología, Cirugía Maxilofacial, Neurocirugía, Ortopedia, Proctología, Urología, Cirugía Pediátrica, Ginecología

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que se operaron pero que no se encuentran en la hoja de programación de quirófano
2. Expedientes clínicos que se encontraron incompleto
3. Cirugías anotadas como urgencia en el registro quirúrgico

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Es un estudio descriptivo, por lo que utilizaremos medidas de tendencia central y medidas de dispersión, para poder conocer a nuestro grupo de pacientes

VARIABLES

Independientes

Causa inherente a la infraestructura

Causa inherente al servicio que programa

Causa inherente al paciente

Dependiente

Suspensión de Cirugía programada

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
Suspensión de Cirugía Programada	implica el hecho de que no se realice la intervención quirúrgica cuando ya está asignado día y hora	cualitativa nominal	1) suspendida 2) no suspendida

VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
Causa inherente a Infraestructura	Las atribuidas a la Infraestructura serán: falta de tiempo quirúrgico, falta de material por ejemplo: equipo, insumos etc.; se incluirán en este renglón los errores administrativos del personal y la falta de camas disponibles en hospitalización	Cualitativa nominal	(1) si (2) no

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
Causa inherente al servicio que programa	Las atribuidas al personal médico, cuando el cirujano o el anestesiólogo suspendan el procedimiento, por no solicitar valoración preoperatoria, no pedir completos los exámenes preparatorios o no tener su interpretación y por no haber requerido de sangre con anticipación	Cualitativa nominal	(1) si (2) no
Causa inherente a Paciente	Las atribuidas al paciente serán: enfermedad aguda previa al acto quirúrgico, paciente que no acuda a la consulta externa con el cirujano o el anestesiólogo, el día programado no acuda a internarse, se haya anticipado la cirugía por agudización de su padecimiento o haya rechazado el procedimiento ofrecido por el anestesiólogo o el cirujano	Cualitativa nominal	(1) si (2) no

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaran las hojas de registro de cirugía programada del HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD en el PERÍODO ENERO de 2011 A Diciembre DEL 2015

Se registrarán el número de cirugías suspendidas de los servicios de áreas quirúrgicas, de acuerdo al archivo clínico electrónico

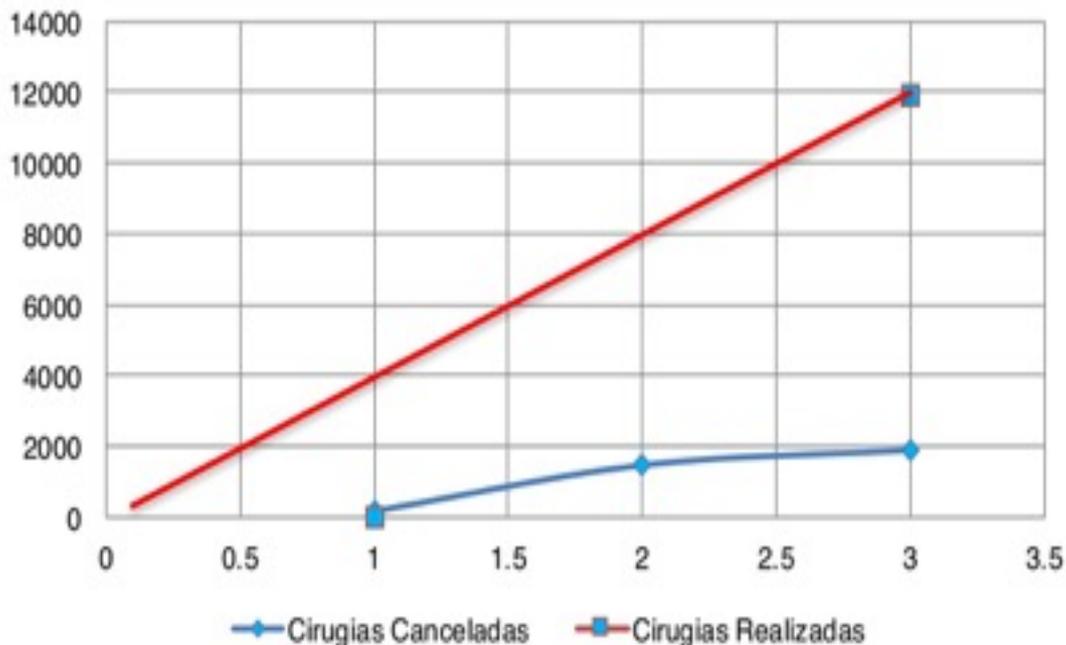
RESULTADOS

Durante el periodo de revisión, comprendido desde el 1ro de Enero del 2011 al 31 de Diciembre del 2015, se realizaron 15,380 programaciones quirúrgicas, 12,267 en Quirófanos centrales y 3,113 en Corta Estancia, de los cuales se realizaron 11,883 (77%) y se suspendieron 3,497 (23%) de cirugías programadas

De las 3,497 Cirugías suspendidas, 3,028 (87%) fueron programadas en quirófanos centrales y 469 (13%) en corta estancia

De las 3,497 Cirugías suspendidas, al agruparlas en causas atribuibles a infraestructura, servicio que programa y paciente, 128 (4%) correspondieron a causa de la infraestructura, 1,464 (42%) a causa del servicio que programa, 1,905 (54%) a causa del paciente

Dispersión Procedimientos QX



En cuanto a la distribución de cirugía Programada, Realizada y Suspendida por servicio, del total de cirugía programada en el periodo estudiado se presenta en la tabla 1, siendo los que más programan los servicios de oftalmología, otorrino, oncología, cx general, ginecología, urología, ortopedia y cirugía reconstructiva

Tabla 1

Especialidad	Numero de Cirugías Programadas - 15,380	Numero de Cirugías Realizadas - 11,883	Numero de Cirugías Suspendidas - 3,497
Cx Cardiovascular	324 (2%)	149 (1%)	175 (5%)
Oftalmología	2089 (14%)	1663 (14%)	426 (12%)
Otorrinolaringología	1420 (9%)	1173 (10%)	247 (7%)
Oncología	1051 (7%)	864 (7%)	187 (5%)
Cx General	1429 (9%)	1152 (10%)	277 (8%)
Vascular Periférico	247 (2%)	209 (2%)	38 (1%)
Ginecología	1112 (7%)	864 (7%)	248 (7%)
Hematología	206 (1%)	178 (2%)	28 (1%)
Cx Pediátrica	570 (4%)	437 (4%)	133 (4%)
Cx Tórax	206 (1%)	155 (1%)	51 (2%)
Urología	1235 (8%)	917 (8%)	318 (9%)
Trasplantes	26 (0%)	17 (0%)	9 (0%)
Ortopedia	2446 (16%)	1786 (15%)	660 (19%)
Neurocirugía	857 (6%)	509 (4%)	348 (10%)
Proctología	326 (2%)	280 (2%)	46 (1%)
Cx Reconstructiva	1698 (11%)	1412 (12%)	286 (8%)
Maxilofacial	138 (1%)	118 (1%)	20 (1%)

En cuanto a la distribución de cirugía programada suspendida por grupos de causas, del total de cirugía programada en el periodo estudiado se presenta la tabla 2, siendo los servicios más afectados a causa del servicio que programa y paciente fueron oftalmología, otorrinolaringología, cx general, urología, ortopedia, trasplantes, neurocirugía, cx reconstructiva

Tabla 2

Especialidad	Total de Cirugía Suspendida n 3,497	Infraestructura n 128	Servicio que programa n 1,464	Paciente n 1,905
Cardiología	175	10 (6%)	94 (54%)	71 (40%)
Oftalmología	426	9 (2%)	144 (34%)	273 (64%)
Otorrinolaringología	247	7 (3%)	113 (46%)	127 (51%)
Oncología	187	4 (2%)	88 (47%)	95 (51%)
Cx General	277	9 (3%)	117 (42%)	151 (55%)
Vascular Periférico	38	4 (11%)	18 (47%)	16 (42%)
Ginecología	248	8 (3%)	98 (40%)	142 (57%)
Hematología	28	0 (0%)	4 (14%)	24 (86%)
Cx Pediátrica	133	3 (2%)	43 (33%)	87 (65%)
Cx Tórax	51	1 (2%)	25 (49%)	25 (49%)
Urología	318	15 (5%)	152 (48%)	151 (47%)
Trasplantes	9	1 (12%)	4 (44%)	4 (44%)
Ortopedia	660	30 (4%)	248 (38%)	382 (58%)
Neurocirugía	348	14 (4%)	188 (54%)	146 (42%)
Proctología	46	3 (6%)	15 (33%)	28 (61%)
Cx Reconstructiva	286	9 (3%)	103 (36%)	174 (61%)
Maxilofacial	20	1 (5%)	10 (50%)	9 (45%)

DISCUSIÓN

Para resolver el problema de la suspensión de cirugías, primero se deben conocer las causas que lo originan y su frecuencia, para ello se propone agruparlas en causas específicas, para de manera prospectiva y en un futuro poder desarrollar un indicador de calidad para medir mediante este instrumento la oportunidad con que se otorgan los servicios en cirugía y establecer las estrategias necesarias para disminuir sus causas, logrando la garantía a los pacientes y sus familiares de una atención quirúrgica oportuna y con resultados satisfactorios, sin que se afecte su economía, ni la del hospital

Los servicios que más suspendieron cirugía fueron oftalmología, otorrinolaringología, cx general, urología, ortopedia, trasplantes, neurocirugía, Cx reconstructiva, dado primero por el paciente, y en segundo por el servicio que programa, a su vez los servicios que suspendieron en menor medida sus cirugías programadas son oncología, vascular periférico, Cx Tórax y Proctología, con proporción de paciente y servicio que programa

en este trabajo consideramos de primera intención a las variables en forma completa, sin embargo estas no se encontraron en la base de datos de registro diario de Quirófano, por lo que vale la pena que en un segundo intento se puedan contabilizar las causas reales de suspensión de cirugías, sobre todas aquellas relacionadas a descompensación del metabolismo o hipertensiva, para tratar de optimizar la atención preoperatoria en los pacientes que tienen descontrol, y de esta manera poder tener un acercamiento mayor a las causas reales de la suspensión.

Por otro lado se sabe bien que la crisis que afecta a todo el país implica un menor recurso para la atención de los enfermos y esto también afecta a nuestra institución.

CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra que la suspensión de cirugía programada en la institución, objeto de investigación, se debe 3 diferentes grupos de causas, potencialmente evitables si logramos identificar las causas específicas de cada grupo y estos a su vez reflejan un impacto económico importante sobre la percepción de recursos por parte de la institución

Se hace necesario un plan de mejoramiento que promueva sustancialmente la minimización de ocurrencia de cancelación, en el que el uso de estrategias como diseño de protocolos y/o procesos administrativos que partan de la adecuada evaluación pre quirúrgica, favorezca una atención oportuna con estándares de calidad a la población beneficiaria

BIBLIOGRAFÍA

1. Dexter F, Macario A. Applications of information systems to operating room scheduling. *Anesthesiology* 1996;85:1232-1234.
2. Macarthur AJ, Macarthur C, Bevan JC. Determinants of pediatric day surgery cancellation. *J Clin Epidemiol* 1997; 48:485-489.
3. Glenn DM, Macario A. ; Management of the operating room. *Anesthesiol Clin NA* 1999 17:365-363
4. Muñoz E, Tortella BJ, Jaker M, Kanofsky P.; Surgical resource consumption in an academic health consortium. *Surgery* 1994 115:411-416
5. Livingstone JI, Harvey M, Kitchin N, Wastell CH; Role of preadmission clinics in a general surgical unit: a 6-month audit. *Ann Royal Surg Eng* 1993 75:211-212
6. Rusell LB, Gold MR, Siegel JE, Daniels N, Weinstein MC; Papel del análisis costo-eficacia en la salud y la medicina. *JAMA* 1996 276:1;172- 177
7. Comisión Intersecretarial para la transparencia y combate a la corrupción 2004
8. Ministerio de Salud Argentina Diario Oficial 2003
9. Ministerio de salud Secretaria de Salud y Desarrollo de servicios de Salud Brasil 1978
10. Habib Paschoal Maria Alice Fortes g Taxa de suspensao de cirurgia em um hospital universitario e os motivos de absenteismo do paciente a cirurgia programada *Rev Latino –am Enfermagem* 2006 48-53
11. Cesar Gnocchi1, Jorge Risso1 *MEDICINA- Volumen 60 – No 1, MEDICINA (Buenos Aires); 2000 60:125-134*
12. Programa Nacional de certificación de establecimientos 2002
13. Aguirre Córdoba Juan Francisco Guadalupe Chávez Porque se suspende una cirugía causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos *gaceta médica de México* 2003 Vol. 139 6 544 551
14. Fennely ME, Hall GM. Anaesthesia and upper respiratory tract infections: a non existent hazard? *Br J Anaesth*; 1990 64:535-6
15. Cohen MM, Cameron CB. Should you cancel the operation when a child has an upper respiratory tract infection?. *Anesth Analg* ;1991 72:282-288
16. Cote Ch J. The upper respiratory tract infection (URI) dilemma fear or a complication or litigation?. Editorial a: risk factors for perioperative adverse respiratory events in children with upper respiratory tract infections. Tait AR, Malviya S, Voepe-Lewis T, Munro HM, Siewert M, Pandit UA, *Anesthesiology*; 2001 95:299-306

17. Van Norman GA; Preoperative assessment of common diseases in the outpatient setting. *Anesthesiol Clin North Am* 1996 4:631-654
18. Ault ML, Cooper SJ, Peruzzi WT. The preoperative assessment clinics, its value and function. *Anesthesiol Clin NA* 1997 15 (4):735-754
19. Pollard JB, Olson L; Early outpatient preoperative anesthesia assessment: does it help to reduce operating room cancellations? *Anesth Anal* 1999 89:502-505.
20. Vinukondalah D, Ananthkrishanan N, Ravishankar M; Audit of operation theatre utilization in general surgery. *Natl Med J. India* 2000 13(3):118-21
21. Requesens E, Vega G, Tiempo perdido entre cirugías y su repercusión en el cumplimiento de la programación quirúrgica del Hospital General de Querétaro, *Rev Medig Cir Gen* 2008 Vol 30, Núm. 4 Octubre-Diciembre
22. Marcello PW, Roberts PL; Routine preoperative studies. Which studies in which patients? *Surg Clin NA* 1996 76: 11-23
23. Kaplan eb, Sheiner LB, Boeckmann aj, Roizen MF, Beal SL, Cohen SN, Nicoll D. The usefulness of preoperative laboratory screening. *JAMA*;1985 253:3576-3581
24. Suspensión de cirugía programada como un indicador de calidad en la atención hospitalaria, (Alfonso Galván Montaña,1 Gerardo Flores Nava2) *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González* 2006 Vol 7, No. 2 Mayo-Agosto Págs. 59-62
25. CanalesMG,MacarioA,Krummel;T.The surgical suite in the new health economy. *J Am Coll Surg* 2001 192:768-755
26. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico
27. Narr BJ, Hansen TR, Warner MA. Preoperative laboratory screening in healthy Mayo patients: cost-effective elimination of test and unchanged outcomes. *Mayo Clin Proc*; 1991 66: 155-9
28. [Pediatria.gb.mx.calidad](http://pediatria.gb.mx/calidad)
29. Salud México, Cirugías diferidas, Desempeño de las Instituciones Públicas de Salud 2004
30. Smetana G, Macpherson D. The case against routine preoperative laboratory testing. *Medical Clin N Am* 2003; 87(1) 7-40.
31. Secretaria de Salud Manual de indicadores de calidad índice de organización de servicios hospitalarios de Segundo nivel 2003
32. Surgery Dashboard Indicators, NSW Ministry of Health March 2012
33. Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, Hospital Ezequiel González Cortes, 29 Noviembre 2010

ANEXO 1

Cronograma de Actividades						
Actividades	2014		2015		2016	
	E, F, M, A, M, J	J,A,S,O,N,D	E, F, M, A, M, J	J,A,S,O, N,D	E, F, M, A, M, J	J,A,S,O,N,D
Inicio						
Redacción del Título						
Esquema del Proyecto de investigación						
Elementos del Proyecto						
Objetivos						
Justificación						
Desarrollo						
Revisión bibliográfica						
Marco Teórico						
Recolección de Datos						
Procesamiento de Datos						
Análisis de Datos						

Presentación de Avance de Investigación						
Cierre						
Redacción de Borrador						
Revisión y Corrección del borrador						
Transcripción y Entrega de Trabajo Final						
	Actividades Cumplidas					
	Actividades por Cumplir					