



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL GENERAL “DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ”  
DEL ISSSTE**

**CAUSAS DE SUSPENSIÓN Y/O DIFERIMIENTO EN CIRUGÍAS  
ATRIBUIBLES AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA EN EL HOSPITAL  
GENERAL “DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ” DEL ISSSTE**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA  
P R E S E N T A:**

**DR. ALBERTO ANDRADE CABALLERO**



**DIRECTOR DE TESIS:  
DRA. MARIA GUADALUPE MADRIGAL HERNANDEZ  
2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## ÍNDICE

<u>AGRADECIMIENTOS</u> .....	3
<u>INTRODUCCIÓN</u> .....	8
<u>ANTECEDENTES</u> .....	11
<u>JUSTIFICACION</u> .....	20
<u>HIPOTESIS</u> .....	21
<u>OBJETIVOS</u> .....	22
<u>MATERIAL Y METODOS</u> .....	23
<u>CRITERIOS DE INCLUSION</u> .....	25
<u>CRITERIOS DE EXCLUSION</u> .....	26
<u>RESULTADOS</u> .....	28
<u>DISCUSION</u> .....	39
<u>CONCLUSIONES</u> .....	45
<u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	48

## **AGRADECIMIENTOS**

SON TANTAS PERSONAS A LAS QUE TENDRIA QUE AGRADECER Y DEDICAR ESTA TESIS, QUE ESPERO NO FALTE ALGUNA POR MENCIONAR, LO QUE SI ESTOY SEGURO, QUE POR TODAS ESTAS PERSONAS LOGRE LLEGAR A MI OBJETIVO Y GRADUARME COMO ESPECIALISTA, PERO SOBRE TODO SUPERARME CADA DIA MAS TANTO PROFESIONALMENTE PERO SOBRE TODO HUMANAMENTE.

A TODOS GRACIAS.

### **A DIOS**

PORQUE ME BRINDO LA OPORTUNIDAD DE CUMPLIR MIS SUEÑOS, CUANDO MAS LOS CREIA PERDIDO, Y SIN EL NO LOS HUBIERA LLEVADO A CABO.

### **A MI PAPÁ**

PORQUE AUNQUE YA NO ESTE CONMIGO, SIEMPRE SE PREOCUPO POR MI EDUCACION Y JUNTO CON MI MADRE FORJARON LOS CIMIENTO DE MI VIDA Y ME CONTAGIARON SIEMPRE CON SUS ASPIRACIONES DE SALIR ADELANTE, POR ESO DESDE AQUÍ LE DEDICO ESTE TRIUNFO.

### **A MI MAMÁ**

POR SER LA PARTE FUNDAMENTAL Y MEDULAR EN MI VIDA, POR TODO SU CARIÑO Y ENTUSIASMO QUE SIEMPRE ME INVITABAN A LA SUPERACION PERSONAL Y PROFESIONAL, POR ESTAR AL PENDIENTE DE MIS PROBLEMAS Y DAR CONSEJO CON POSIBLES

SOLUCIONES, POR ESTAR SIEMPRE CUANDO MAS LA NECESITABA, Y SOBRE TODO POR INCULCARM E VALORES QUE TRAZARON EL CURSO DE MI FORMACION Y QUE DIARIO ME ORIENTARON HACIA LA SUPERACION.

#### **A MIS TIOS**

A MI TIA LOURDES CABALLERO, QUE SIEMPRE HA SIDO COMO UNA SEGUNDA MAMA PARA MI Y QUE SIEMPRE ME HA APOYADOS EN MOMENTOS IMPORTANTES DE MI VIDA, A MI TIO JESUS Y ALBERTO CABALLERO, MIS SEGUNDOS PAPAS, POR TODO LOS SACRIFICIOS QUE HAN HECHO POR MI DESDE NIÑO Y QUE HOY SE VEN REFLEJADOS EN LA CONCLUSION DE ESTA ETAPA DE FORMACION PROFESIONAL.

#### **A LOURDES Y A DAVID**

A PETER POR SER SIEMPRE MI COMPAÑERA DESDE NIÑOS POR LO CUAL SIEMPRE LA CONSIDERARE COMO MI HERMANA, LA CUAL ESTOY SEGURO QUE SERA UN EXCELENTE MÉDICO, Y A DAVID, EL SOBRINO CONSENTIDO POR DARLE SENTIDO A LA VIDA DE TODA LA FAMILIA.

#### **A MI ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA**

DEL INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL, PORQUE ME FORJO LAS BASES PROFESIONALES PARA PODER LLEGAR A DONDE ESTOY, POR ESO SIEMPRE SERE ORGULLOSAMENTE POLITECNICO.

### **A MIS PROFESORES DE PREGRADO**

YA QUE CADA UNO PUSO SU GRANITO DE ARENA PARA MI FORMACION PROFESIONAL COMO MEDICO CIRUJANO Y PARTERO, LO QUE ME PERMITIO SEGUIR ADELANTE Y CONCLUIR MI ESPECIALIDAD.

### **AL ISSSTE**

MUY EN ESPECIAL AL HOSPITAL GENERAL “DR.FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ” PORQUE ME ABRIÓ LAS PUERTAS, ME RECIBIÓ SIN DUDAR Y GRACIAS A SUS INSTALACIONES, PROFESORES, PERSONAL EN GENERAL, A TODOS LOS PACIENTES DERECHOHABIENTES, DÍA CON DÍA FORMA PROFESIONALES ESPECIALISTAS COMPETITIVOS EN TODOS LOS NIVELES.

### **A LA DR.A MADRIGAL MI ASESOR DE TESIS**

POR LA ORIENTACION BRINDADA Y POR TODAS LAS FACILIDADES OTORGADAS PARA DESARROLLAR ESTA TESIS, Y NO SOLO ESO, SINO POR EL APOYO BRINDADO A LO LARGO DE TODA MI RESIDENCIA, AYUDANDOME A LOGRAR UNO DE MIS PRINCIPALES OBJETIVOS PROFESIONALES.

### **AL DR. SAUCEDO CAMPOS**

MI JEFE DE ENSEÑANZA, POR HABERME APOYADO TANTO EN MOMENTOS DIFICILES DE MI FORMACION COMO ESPECIALISTA, ASIMISMO POR LOS CONSEJOS Y LA ORIENTACION QUE SIEMPRE ME BRINDO, Y QUE AHORA PUEDO DECIR QUE LO CONSIDERO NO SOLO COMO MAESTRO, SINO COMO UN AMIGO.

### **A TODOS MIS PROFESORES DE POSGRADO**

PORQUE TODOS Y CADA UNO DE ELLOS ME PROPORCIONARON CONOCIMIENTOS Y ENSEÑANZAS, NO SOLO ACADEMICAS, SINO DE VIDA, CON LO CUAL PUDE FORJARME COMO UN ESPECIALISTA COMPETITIVO Y RESPONSABLE. ESPERANDO NO OMITIR A ALGUNO, GRACIAS AL DR. GONZALEZ, AL DR. ROSAS, LA DRA. MADRIGAL, DRA. MORAN, ,DRA. RIVERO, DRA BERNAL, DRA CHAVEZ, DRA. SOMILLEDA DR.SERRANO, DR. VILLEGAS, DR. CABRERA, DR.RESENDIZ, DR. CRUZ, DR. ROBLES, DR. LIZARRAGA, DR. DIAZ, DR. RAMIREZ, DR. WALLISER. GRACIAS A TODOS.

### **A MIS PROFESORES DE LAS ROTACIONES EXTERNAS**

POR HABER COMPLEMENTADO MI FORMACIÓN COMO ANESTESIOLOGO, SIEMPRE CON UNA SONRISA Y UN TRATO AMABLE QUE ME HACIAN SENTIR COMO EN CASA. MENCION ESPECIAL MERECE LA DRA. MARISELA HERNANDEZ, ANA LUISA HERNANDEZ, DR. TOMAS MARTINEZ, Y DE UNA MANERA MUY ESPECIAL AGRADEZCO AL DR. JAIME VAZQUEZ TORRES Y A LA DRA. VILLEGAS, POR EL ESMERO MOSTRADO Y POR LA ORIENTACION RECIBIDA PARA REALIZAR ESTA TESIS.

### **A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES**

AGRADEZCO Y SIEMPRE LOS CONSIDERARE COMO AMIGOS, EN LOS CUALES PODER CONFIAR SIEMPRE, CON ESPECIAL MENCION PARA LA DRA. LORENA SOMILLEDA Y MARIA ELENA MARTINEZ, POR TODAS LAS EXPERIENCIAS QUE VIVIMOS JUNTOS Y POR EL APOYO INCONDICIONAL QUE SIEMPRE ME BRINDARON. GRACIAS AL DR. JUAREZ POR EL APOYO

EN CIRCUNSTANCIAS DIFICILES DURANTE EL DESARROLLO DE MI RESIDENCIA.AH CLARO ,  
TAMBIEN AGRADEZCO A LAS CHANCLITAS, MIS R1 ESTRELLA, QUE SIEMPRE ME HICIERON  
LA VIDA AGRADABLE.

EN FIN AGRADEZCO A CADA UNA PERSONA QUE FORMA PARTE DE MI VIDA, ESPERANDO  
NO OMITIR A ALGUNA, YA QUE CADA UNA TIENE UN LUGAR EN MI SER Y CON TODAS EN  
CONJUNTO CELEBRO ESTE LOGRO EN MI VIDA PROFESIONAL.



## INTRODUCCIÓN

La suspensión de una cirugía constituye actualmente un problema que afecta la calidad de la atención, al no otorgarse este servicio con la oportunidad requerida. Dentro de los atributos de la calidad de la atención se encuentran:

- a) La oportunidad que corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en un momento requerido, utilizando recursos apropiados de acuerdo con las características y la severidad del caso.
- b) La satisfacción del usuario que se refiere a la plena satisfacción del usuario con la atención recibida de los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención.
- c) Para resolver el problema de la suspensión de cirugías, primero se deben conocer las causas de lo originan, su frecuencia, para ello se deben de agrupar en causas específicas, atribuidas al paciente, al médico y al hospital, ya que se podría dar solución más idónea y fácil, desde el punto de vista administrativo y o a nivel de autoridades

El presente estudio se realizó con la finalidad de identificar los factores que influyen en la suspensión del acto quirúrgico, con especial énfasis en causas de diferimiento en el

servicio de anestesiología, para encontrar soluciones interdisciplinarias que favorezcan además de una mayor productividad, mejora en la atención médico- quirúrgica, que se traduzca en una adecuada atención al paciente, impactando directamente en la reducción del costo hospitalario.

Por tanto es de hacer notar el papel fundamental que juega el anestesiólogo en los diferentes procedimientos quirúrgicos, y que solo es el especializado en el manejo de técnicas adecuadas para preservar los principios fundamentales de la anestesiología, sobre todo haciendo énfasis en cuanto a la analgesia y anestesia se refiere, ya que uno de los principales fundamentos de la anestesiología es evitar el dolor, protegiendo integralmente las funciones neurovegetativas del paciente, mantenimiento de la estabilidad hemodinámica, etc., lo cual contribuye de manera directa en el éxito del acto médico.

Es asimismo indispensable, por tanto, mencionar que en base al fundamento y la preparación a nivel profesional del médico especialista en anestesiología, que es uno de los personajes autorizados, en base de una valoración adecuada del paciente, para autorizar o diferir algún tipo de procedimiento si así lo considera conveniente, con la única finalidad del bienestar de la persona que está a su cargo en ese momento, es decir , la persona que será sometida al acto quirúrgico, logrando así disminuir la morbi-mortalidad del mismo.

Esta discriminación por parte del médico anestesiólogo, debe de estar basada, además de la historia clínica, en la exploración física minuciosa del paciente, ya

mencionada con anterioridad, con bases y fundamentos sólidos, apoyados en la literatura actual en relación al campo clínico de la especialidad en cuestión. Se debe asimismo tener conocimiento básico de las diversas morbilidades que pueden presentar los pacientes, profundizar en las que sea necesario, conocer aspectos fisiopatológicos de las mismas, tratamiento específico, y lo fundamental, la relación con el manejo anestésico , lo cual permitirá conocer los diferentes efectos farmacológicos o interacciones de los medicamentos con la misma enfermedad, con algún tipo de tratamiento ya establecido, e individualizar manejo específico en determinados pacientes.

De tal forma si el medico anesthesiologo conoce ciertas enfermedades, o domina las mismas, podrá discriminar adecuadamente entre los procedimientos que se deban de diferir por un aspecto en particular, o dar la aprobación para la realización de dichos procedimientos, de otra manera no solo no tendrá las armas para diferenciar entre una causa absoluta o relativa de una suspensión quirúrgica, sino que bloqueará o retrasará la realización de una programación establecidas, que tendrá repercusiones tanto a nivel afectivo del paciente, generando inconformidades, sino que prolongará su estancia hospitalaria, ocasionando un impacto económico al Hospital o a una Institución determinada.

## **ANTECEDENTES**

El acto anestésico intenta minimizar los efectos nocivos de la cirugía, además de facilitarla y contribuir a solucionar los problemas que aparecen en toda intervención quirúrgica. No obstante, también supone un trastorno de las funciones biológicas y de los signos vitales, que requieren un tiempo para alcanzar la normalidad.

Aunque en la mayoría de los pacientes el período que sigue al acto quirúrgico transcurre sin incidencias, se pueden producir complicaciones que comprometan la vida del paciente

Los factores que disminuyen la suspensión de una cirugía programada, incluyen el diagnóstico situacional de cada hospital para lograr una mejor comunicación con el paciente, simplificar los trámites administrativos, evitar la duplicación de función en la valoración preoperatoria, sin abusar de los exámenes de rutina.

Se han realizado diferentes estudios haciendo referencia a la oportunidad quirúrgica, incluyendo causalidad del diferimiento, frecuencia así como la participación del personal de salud, incluyendo área administrativa, que estuvieran directamente involucrados en dichos diferimientos.

En el Hospital General Dr. "Darío Fernández Fierro" del ISSSTE se realizó un estudio en el cual se revisaron las hojas de registro de cirugía de un año, se identificaron la frecuencia y las causas de la suspensión quirúrgica atribuidas al hospital, al médico y al paciente.

Se basó principalmente en la bitácora quirúrgica donde se registraron 3627 cirugías programadas, de las cuales se suspendieron 863. Por meses predominó el último cuatrimestre. Las suspensiones se presentaron en Ortopedia (25.6%), Cirugía General (22.13%), Gineco Obstetricia (17.84%) y Oftalmología (10.08%). El 40.1% se atribuyeron al paciente quien no acudió a consulta o presentó enfermedad aguda, el 30.1% de suspensiones se atribuyeron a la institución por falta de tiempo quirúrgico y de material, y el 29.8% restante fue por deficiencias del personal médico.

Obteniendo como resultados que el porcentaje de cirugía programada suspendida fue de 23.79%.

Predominó en el último cuatrimestre del año, los principales servicios afectados fueron Ortopedia, Cirugía General, Gineco-Obstetricia y Oftalmología. Por causas predominaron las atribuidas al paciente, seguidas por las asignadas al hospital y al personal médico, llegando a la conclusión que el diagnóstico situacional de cada hospital y una clínica de valoración preoperatoria disminuye la frecuencia de cirugía suspendida.

Se han realizado más estudios como el realizado en el Hospital General de Querétaro <sup>3</sup>, donde se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal y observacional realizado de agosto a octubre de 2006 sobre el uso del quirófano del Hospital General de Querétaro en el turno matutino. Se recabó la información contenida en las hojas de programación quirúrgica diaria, del cuaderno de concentrado de cirugía y de las hojas de reporte de causas de diferimientos; posteriormente se organizó y analizó la información recabada

Los resultados obtenidos durante el periodo analizado hubo 65 días de actividad quirúrgica, se programaron en total 532 cirugías, de las cuales se defirieron el 34%, equivalente a 181 cirugías, con una media de 2.8 por día, desviación estándar de 1.76 y un rango máximo de 7 cirugías diferidas en un día.

Las causas de diferimiento quirúrgico que se reportaron fueron: falta de tiempo quirúrgico (44.6%), no se presentó el paciente (25.9%), falta de material y/o equipos (13.2%), falta de personal (6.2%) y otras causas (10.1%) entre las cuales figuran presentación de contraindicación para la cirugía, errores en la programación quirúrgica, no se reportó la causa, etc.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal revisando 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".<sup>3</sup>

Se incluyeron todos los pacientes con cirugía programada que fue suspendida por causas atribuibles a la estructura como la falta de medicamentos o material de curación, falta o falla de equipo médico, falta de instrumental, ropa quirúrgica o cama en hospitalización. O bien, por causas atribuibles al proceso como falta de historia clínica, exámenes de laboratorio, sangre, preparación del paciente (ayuno o enemas), valoración cardiovascular, anestesia, falta de tiempo o ausencia del cirujano y turnos quirúrgicos. Se excluyeron las cirugías de urgencias y las suspendidas por problemas inherentes al paciente (no se presentó a hospitalización por enfermedad u otros motivos).

El indicador propuesto tiene como numerador el número de cirugías suspendidas y en el denominador el número de cirugías programadas; el resultado se multiplica por 100 para conocer el porcentaje y definir el estándar. 
$$\frac{\text{No. de cirugías suspendidas}}{\text{No. de cirugías programadas}} \times 100$$
<sup>3</sup>

Durante el periodo de revisión se realizaron 15,833 procedimientos quirúrgicos, de los cuales se suspendieron 645 cirugías programadas, equivalente al 4.07% que, de acuerdo al indicador, corresponde a un estándar considerado como regular. De las 645 cirugías suspendidas, al agruparlas en estructura y proceso, 577 (89.46%) correspondieron a causas en el proceso y 68 (10.54%) en la estructura. El indicador para el proceso fue de 3.64%, un estándar considerado como regular y para la estructura el indicador fue 0.43%, estándar que corresponde a bueno. La incidencia y las causas de suspensión de cirugías relacionadas con el proceso se encuentran en el cuadro I, siendo las principales la falta de tiempo del cirujano y falta de tiempo quirúrgico. Los servicios más afectados fueron: Cirugía Plástica, Cirugía General, Ortopedia, Oftalmología y Otorrinolaringología. En la estructura la falta de ropa y de material quirúrgico fueron los dos principales motivos (Cuadro y los servicios más afectados fueron: Ortopedia, Cirugía Plástica y Cirugía General (Cuadro IV). Por grupos de edad la población más afectada fue entre 21 y 40 años (33%), seguida por la de 0 a 20 (29%) y la de 41 a 60 (22%).<sup>3</sup>

La demanda de asistencia en los hospitales públicos se ha incrementado por factores tales como la explosión demográfica, la crisis económica y la carencia de nuevos hospitales.

Todo ello ha contribuido de alguna manera a que exista un deterioro en la calidad de la atención médica, principalmente en lo que se refiere a la relación médico-paciente y a la oportunidad con que se otorgan los servicios, lo que trae repercusiones en la salud de los pacientes. En todas las instituciones se manifiestan estos problemas, pero se presentan con mayor frecuencia en los hospitales públicos. Se ha propuesto clasificar la suspensión de la cirugía programada en:

a) Causas inherentes al paciente, ya sea porque presente una enfermedad aguda o no acuda a hospitalizarse. b) Causas inherentes al hospital, por problemas propios del hospital o de alguno de los médicos.

La suspensión de una cirugía afecta no sólo la salud del individuo, sino también la economía de la familia, la comunidad, la empresa donde labora y hasta del país ya que se pierden horas/hombre. La mayoría de los pacientes son de bajos recursos económicos y provenientes de zonas alejadas a la institución, teniendo que hacer gasto en transporte y alimentación, aunado a un promedio de tres visitas al hospital antes de que su cirugía sea programada. En consecuencia, la suspensión de su cirugía implica una verdadera catástrofe ya que, a los gastos iniciales tendrán que sumarse gastos adicionales secundarios a la repetición de exámenes de laboratorio, nuevas valoraciones médicas y anestésicas, debiendo esperar nuevo turno en quirófano. Para la institución también tiene consecuencias, ya que se incrementan los costos debido a mayor uso de laboratorio, rayos X, electrocardiogramas, cama del hospital y recursos humanos, lo que finalmente se refleja en una mala utilización del presupuesto.<sup>9,10</sup> La suspensión de la cirugía programada es un problema importante que es necesario analizar y clasificar; así mismo



se requiere establecer un instrumento de medición (indicador) que nos ayude a conocer la dimensión del problema y poder así establecer acciones de mejora que permitan disminuirlo o evitarlo. Se ha reportado que el índice de suspensiones de cirugía programada varía del 4.5% al 18%. Sin embargo, no se ha propuesto ningún indicador que nos permita monitorizar este problema. <sup>1</sup>

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 de estructura y de proceso, a diferencia de lo propuesto por otros autores que las agrupan en causas atribuibles al médico, al paciente y al hospital, ya que sería más fácil su manejo desde el punto de vista administrativo. <sup>1</sup>

Agilizar el inicio entre una cirugía y otra sin descuidar la seguridad del paciente.

### **Cirugías suspendidas por problemas en el proceso.**

Falta de tiempo del cirujano

Falta de tiempo quirúrgico

Falta de exámenes de laboratorio

Ausencia de cirujano

### **Preparación inadecuada**

- Falta de sangre

- Exámenes de laboratorio anormales
- Falta de valoración cardiovascular
- Negativa del paciente
- Falta historia clínica
- Falta de preparación del intestino

**Cirugías suspendidas por problemas en la estructura.**

- Falta de Ropa quirúrgica
- Material quirúrgico
- Equipo de Rayos
- Cánulas o sondas
- Autoclave
- Prótesis
- Equipo médico
- Instrumental
- Camas

Por tanto el diferimiento de las cirugías suele ocasionar molestias y reclamos entre los usuarios. Datos recientes muestran que alrededor de 10% de las personas sometidas a

procedimientos quirúrgicos programados tuvieron que esperar más de tres meses para ser atendidos. En términos generales, el tiempo de espera para cirugía programada es mayor en las instituciones de seguridad social, donde más de 40% de los usuarios tienen que esperar más de un mes para ser intervenidos. En la Secretaría de Salud y el IMSS–Oportunidades los porcentajes correspondientes son de 29 y 31%, respectivamente. El porcentaje de cirugías programadas que fueron diferidas en el sector público fue de 7.2%, alcanzando su cifra máxima en el ISSSTE, donde se reportó un diferimiento de 10.8%. El porcentaje más bajo corresponde a los servicios del IMSS–Oportunidades, donde se reprogramaron 5.5% de las cirugías.

Existen pocas referencias a nivel internacional, pero con fines de comparación se puede mencionar que en Colombia las cifras más recientes indican que el diferimiento de procedimientos quirúrgicos alcanza 15%. Es importante distinguir entre las cirugías que fueron reprogramadas por eventos atribuibles a los usuarios y las que se difieren por razones adjudicables a la institución. El porcentaje de diferimientos 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 reprogramadas son atribuibles a problemas de organización en las instituciones de salud. La explicación más frecuente para la cancelación de la cirugía es la falta de quirófanos, causa que en la Secretaría de Salud representa 38% de todas las incidencias de este tipo. En los servicios médicos de IMSS–Oportunidades, sin embargo, 60% de los pacientes que sufrieron una reprogramación refirieron que fue a causa de la falta de médicos.<sup>5</sup>

La única justificación para aplazar una cirugía es la optimización de las condiciones médicas del paciente. Porque, en razón de su edad, éste presenta comorbilidades crónicas altamente prevalentes, producir disturbios sistémicos, condiciones estas que deben ser estabilizadas antes de ser intervenido, ya que de lo contrario predisponen a mayor morbilidad y mortalidad perioperatoria.

Lo anterior debe motivar las Sociedades Médicas a difundir este concepto entre otras especialidades interconsultantes para tener un manejo oportuno y óptimo del paciente con comorbilidades para ser llevado a cirugía.<sup>8</sup>

## **JUSTIFICACION**

La suspensión de una cirugía es una situación común a todo centro hospitalario que propicia inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria y aumento importante en los gastos. Cada vez con más frecuencia, el cirujano, tiene que adaptarse a los problemas intrínsecos o extrínsecos que en un marco de costo-beneficio enfrenta un hospital para realizar sus actividades.

La suspensión de una cirugía programada afecta este rubro y condiciona conflictos presupuestales, laborales y médico y en algunas ocasiones hasta legales en la institución. Se calcula que la inversión en el área quirúrgica de un hospital es del 30.1% del costo total.

Por lo tanto el estudio mencionado permitió no solo investigar la causa específica de diferimiento quirúrgico u oportunidad quirúrgica, sino también analizar dichas causas para descartar las que fueron aplicadas adecuadamente basados en la literatura, las normas establecidas en anestesiología y la enfermedad real que presenta el paciente que se traduciría en la pérdida económica que esto genera, todo esto con la finalidad de tomar acciones para evitar dichas circunstancias, crear estándares bien fundamentados y lograr la participación además del área médica, administrativa y en general, las áreas que estén relacionadas con la atención del paciente.

## **HIPOTESIS**

H0. Los pacientes que requieren una intervención quirúrgica se enfrentan a la suspensión y diferimiento como una circunstancia normal de procedimiento hospitalario, sin generar consecuencias de ningún tipo

H1. Los pacientes que requieren una intervención quirúrgica se enfrentan a la decisión del anestesiólogo de suspender y diferir el procedimiento, sin contar con el diagnóstico adecuado, originan costos económicos para el paciente y el hospital ante una prolongada estancia hospitalaria.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar las principales causas por las que una cirugía programada es suspendida y/ o diferida por parte del servicio de anestesiología, el análisis de dichas causas y su impacto económico en el Hospital general "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" del ISSSTE

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conocer los diferentes factores por los cuales se puede suspender y/o diferir una intervención quirúrgica.

Identificar los impactos económicos que pueden causar una suspensión o diferimiento quirúrgico

Determinar las circunstancias por las cuales el anestesiólogo puede suspender una intervención quirúrgica programada.

## **MATERIAL Y METODOS**

Mediante un estudio analítico de tipo corte transversal, retrospectivo y descriptivo, evaluando las causas de diferimiento y/o suspensión quirúrgica atribuibles al Servicio de Anestesiología del Hospital General “Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez” del ISSSTE en el periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2012 y de Enero a Abril del 2013. Se incluyeron todos los pacientes con cirugía programada que fue suspendida y/o diferida por causa atribuible al Servicio de Anestesiología. Se excluyeron las cirugías de urgencia y las suspendidas por problemas inherentes al paciente (no se presentó el paciente, enfermedad u otros motivos), causas atribuidas a la estructura hospitalaria (falta de medicamentos, material o falla del equipo médico) o bien causas atribuidas al proceso (incluyéndose falta de tiempo, o ausencia del cirujano y tiempos quirúrgicos).

La información recabada fue obtenida de las hojas de programación quirúrgica diaria, del cuaderno de concentrado de cirugía y de las hojas de reporte de causas de diferimiento del quirófano. Posteriormente se llevó a cabo la revisión cada uno de los expedientes, con la finalidad de localizar la nota de suspensión y/o diferimiento quirúrgico redactada por el Servicio de anestesiología, donde se especifica el motivo de dicha suspensión.

Para recabar la información de los expedientes mencionados, se diseñó un instrumento o formato de recolección de datos donde se registraron los siguientes datos: Nombre, edad, número de cédula o afiliación institucional, Fecha, Diagnóstico quirúrgico, causa de diferimiento específico.



Los datos obtenidos mediante dicho instrumento para recolección de datos fue organizada, ordenada y plasmada en hojas de cálculo con diseño o formato especial para esta investigación utilizando el programa Microsoft Office Excel 2010.

El análisis de las variables fue mediante estadística descriptiva, frecuencias simples y porcentajes.

Con los datos obtenidos de este análisis, se realizaron tablas de frecuencia, enumerando causas específicas de diferimiento, resaltando las atribuidas al Servicio de Anestesiología, posteriormente estos datos o números obtenidos fueron agrupados y traducidos a porcentajes, para de esta manera plasmar las causas mas o menos frecuentes de las causas de suspensión quirúrgica antes mencionadas.

Utilizando los datos obtenidos, se realizaron graficas de columna, para mostrar los cambios en los datos a lo largo del periodo de la Investigación graficas lineales para mostrar las tendencias de los datos a intervalos iguales, gráficos de barras para ilustrar las comparaciones entre los distintos elementos destacando las comparaciones entre los valores, con menor énfasis en el tiempo, así como gráficos circulares (“pastel”), mostrando el tamaño proporcional de los elementos que forman los datos obtenidos con la finalidad de destacar un elemento significativo.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

### **En el presente estudio se incluyeron:**

- Pacientes ingresados por consulta normal
- Pacientes que requieran una intervención quirúrgica
- Pacientes de ambos sexos que requieran una intervención quirúrgica y que sean registrados en la hoja de programación oficial del Hospital
- Pacientes con expediente completo
- Pacientes ingresados en el periodo de estudio
- Pacientes con cirugía programada que fue suspendida por el anesthesiólogo en la evaluación preanestésica, al recibir al paciente en el transfer del quirófano, en la sala de espera quirúrgica o recuperación previa al ingreso al evento quirúrgico, o bien en la sala de operaciones al realizar la monitorización no invasiva y encontrar un problema específico

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

**Los pacientes que fueron excluidos del estudio fueron:**

- Pacientes anotados como urgencia en el registro quirúrgico y en el expediente correspondiente
- Pacientes programados para cirugía que no fueron incluidos en el registro oficial del hospital
- Pacientes con expediente incompleto, o que no se encuentre dentro del mismo la nota de diferimiento por parte del anesthesiologo.
- Pacientes diferidos en la visita anestésica el día anterior o días antes del procedimiento quirúrgico
- Pacientes con cirugía programada que no fue suspendida, ni diferida de fecha.
- Pacientes cuyo diagnóstico no requiere de intervención quirúrgica.
- Pacientes que no sean derechohabientes del ISSSTE.

Los casos se clasificaron con base en la suspensión de la intervención quirúrgica por solicitud del anesthesiologo. Se determinaron los factores de riesgo de acuerdo con los criterios establecidos institucionalmente.

La recopilación de la información se realizó respetando en todo momento la integridad de los pacientes participantes de la muestra.

Las autoridades del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez” del ISSSTE, así como el personal de apoyo procuraron que los datos personales de los pacientes se mantuvieran en una estricta confidencialidad, para que no pudiera existir alteración en la información general, diagnóstico y tratamiento.

La revisión de la información fue realizada con un carácter académico, por lo que los resultados reflejan una propuesta como grupo sin perjudicar la condición física del paciente, ni su proceso de recuperación.

Con base en los protocolos administrativos se buscó concertar entrevistas con los responsables del Hospital General Dr. “Fernando Quiroz Gutiérrez”” para obtener la autorización del manejo de expedientes y consulta de bases de datos relacionadas con nuestro tema de investigación.

## RESULTADOS

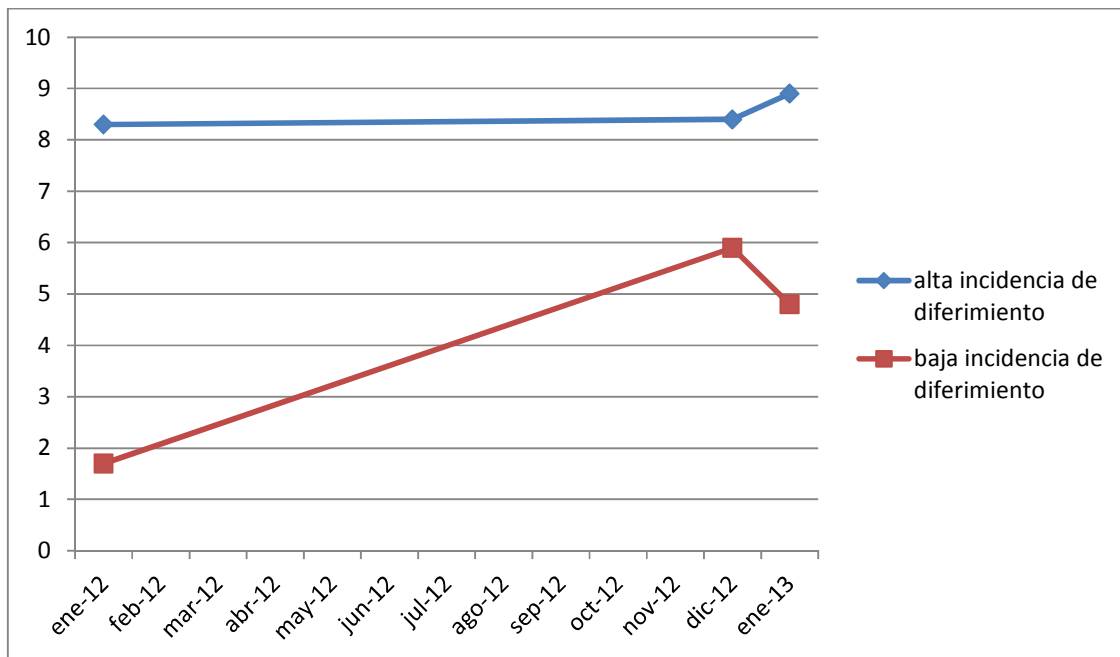
En el Hospital General “Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez” del ISSSTE, durante el periodo del estudio se programaron un total de 2528 cirugías de las cuales se suspendieron 180 procedimientos, representando el 7.1% del total de las cirugías programadas.

En relación a las cirugías programadas y diferidas por algún motivo en específico, se muestra que los meses de Marzo, Mayo y Septiembre del 2012 y Febrero del 2013 fueron los meses donde se presentó el mayor índice de suspensión o diferimiento quirúrgico en el periodo de estudio, asimismo los meses de Enero y Diciembre 2012, así como Enero 2013 fueron los de menor incidencia. La frecuencia de suspensión en el periodo de estudio vario del 1.7 al 8.4 %.

### CIRUGIAS PROGRAMADAS CON INCIDENCIA DE DIFERIMIENTOS

MES	PROGRAMADAS	CANCELADAS (%)
ENERO	117	2 (1.7%)
FEBRERO	205	11 (5.3%)
MARZO	215	18 (8.3%)
ABRIL	180	14 (7.7)

MAYO	225	19 (8.4%)
JUNIO	168	13 (7.7%)
JULIO	176	14 (7.9%)
AGOSTO	198	12 (6%)
SEPTIEMBRE	235	21 (8.9%)
OCTUBRE	169	11 (6.5%)
NOVIEMBRE	156	13 (8.3%)
DICIEMBRE	67	4 (5.9%)
ENERO	83	4 (4.8%)
FEBRERO	145	10 (6.8%)
MARZO	189	14 (7.4%)
TOTAL	2528	180 (7.1%)



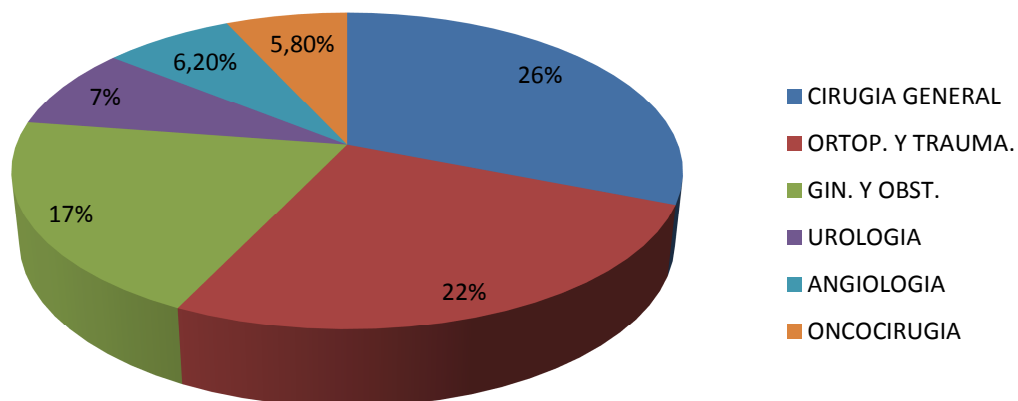
De las especialidades con las que cuenta el hospital, las de mayor número de incidencia de suspensión fueron: Cirugía General (26%) Ortopedia y Traumatología (22%), Ginecología y Obstetricia (17%), Urología (15 %).

PORCENTAJES DE CIRUGIAS DIFERIDAS POR ESPECIALIDAD

CIRUGIA GENERAL	26%
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	22%
GINECOLOGIA Y OBTETRICIA	17%
UROLOGIA	7%
ANGIOLOGIA	6.2%
ONCOCIRUGIA	5.8%
PROCTOLOGIA	4.5%
OTORRINOLARINGOLOGIA	3.2%
OTRAS	8.3%



## DIFERIMIENTO POR ESPECIALIDAD



Las causas de cancelación de cirugía electiva se agruparon en tres grupos principalmente: Hubo 180 cirugías diferidas en total en el periodo de estudio, de las cuales 16 (8.8%) cirugías fueron atribuidas al paciente, 35 (19.4%) cirugías fueron causas atribuidas al Hospital: falta de tiempo quirúrgico, falta de material, falta de camas disponibles en piso, causas administrativas, errores en la programación 129 (71.8) cirugías fueron atribuibles al Médico: el cirujano suspendió la cirugía, expediente incompleto, laboratorios incompletos o no recientes, falta de disponibilidad de hemoderivados, falta de valoración de medicina interna o cardiología en el expediente, revaloración por dichos servicios a pesar de observaciones efectuados en la consulta pre anestésica o en la visita preoperatoria, enfermedades cronicodegenerativas con descontrol metabólico, diagnóstico de enfermedad aguda con predominio a nivel de vías respiratorias.

Haciendo énfasis en diferimiento por especialidad el Servicio de cirugía General ocupa el primer lugar en cuanto a frecuencias se refiere, sin embargo el Servicio de ortopedia se encuentra por debajo de éste solo por cuatro puntos porcentuales, representando entre ambos casi el 50% del total de las cirugías diferidas durante el periodo de estudio.

Entre las principales causas de diferimiento, en el caso del Servicio de Ortopedia, se encuentran la falta de material de osteosíntesis, prótesis, etc., que es falla atribuida al hospital, de la misma manera lo relacionado a presupuesto insuficiente o incumplimiento de servicios subrogados o proveedores de materiales. Asimismo se encuentran los atribuidos al Servicio de Anestesiología, los cuales van aumentando en frecuencia, ya que se encontraron irregularidades relacionadas con expediente clínico incompleto, derivado de falta de actualización de laboratorios clínicos, o ausencia de los mismos, falta de valoración por parte del Servicio de Medicina Interna y/o Cardiología, en caso necesario a pacientes mayores de 40 años, y de la misma manera se encontraron casos en los que el procedimiento fue diferido o suspendido por falta de hemoderivados, sobre todo cuando se trataba de cirugías mayores entre las que destacan las cirugías de fractura de cadera.

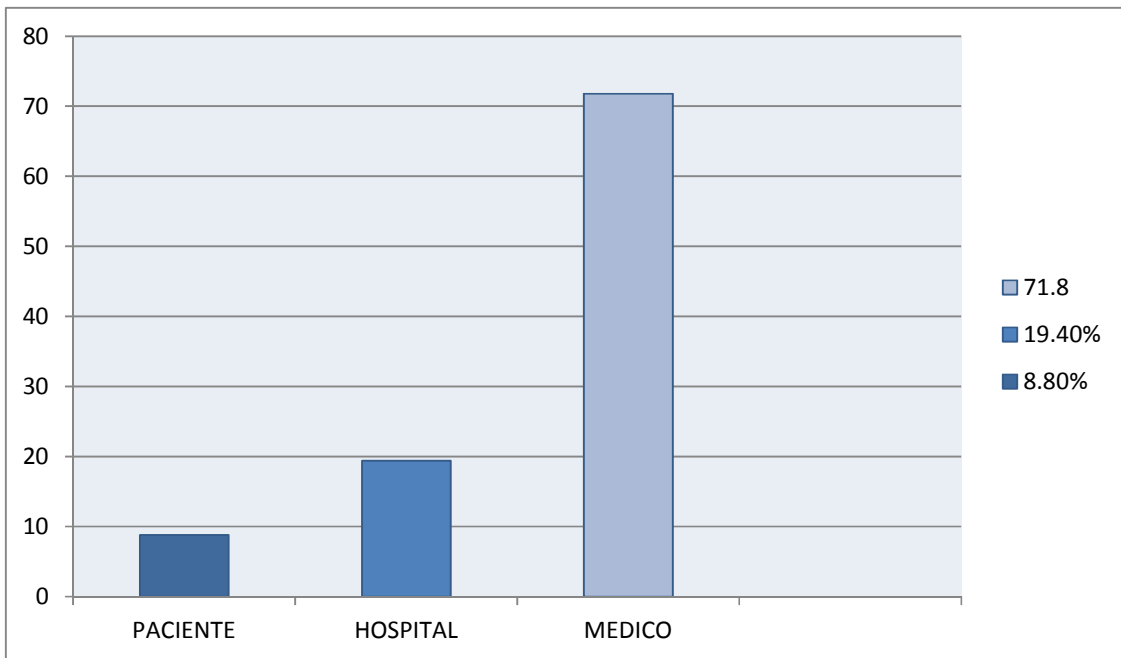
El Servicio de Cirugía General y de Ginecoobstetricia, presentaron problemas o situaciones similares, con una frecuencia del 22 y 17 % respectivamente, siendo las principales causas, las atribuidas al paciente y al médico. En este último rubro, además del diferimiento quirúrgico por parte del cirujano o médico tratante, se encuentra en este grupo, el procedimiento diferido a petición del anestesiólogo.

Los servicios que presentaron menor índice de suspensión quirúrgica, fueron Otorrinolaringología y Proctología, con un 3.2 y 4.5% respectivamente, analizando cada uno de los expedientes y corroborando que éstos servicios son los que más se apegan a las normas establecidas, presentando expedientes completos y atendiendo a las indicaciones y/o recomendaciones por parte del Servicio de anestesiología para la optimización del estado general del paciente durante el periodo pre anestésico.

### CAUSAS DE CANCELACION DE CIRUGIA ELECTIVA

ATRIBUIDAS AL PACIENTE	8.8%
ATRIBUIDAS AL HOSPITAL	19.4%
ATRIBUIDAS AL MEDICO	71.8%

P  
O  
R  
C  
E  
N  
T  
A  
J  
E



CAUSAS DE DIFERIMIENTO QUIRURGICO

En nuestro Hospital, a pesar de no ser el tema principal de nuestro estudio, se indagó en las causas de diferimiento quirúrgico atribuibles al paciente, englobándolo en tres grupos principales: los que no acuden a consulta externa, los que no acuden a admisión el día del internamiento y una vez que ingresa el paciente a hospitalización la tercer causa es el alta voluntaria o la no aceptación del procedimiento quirúrgico.

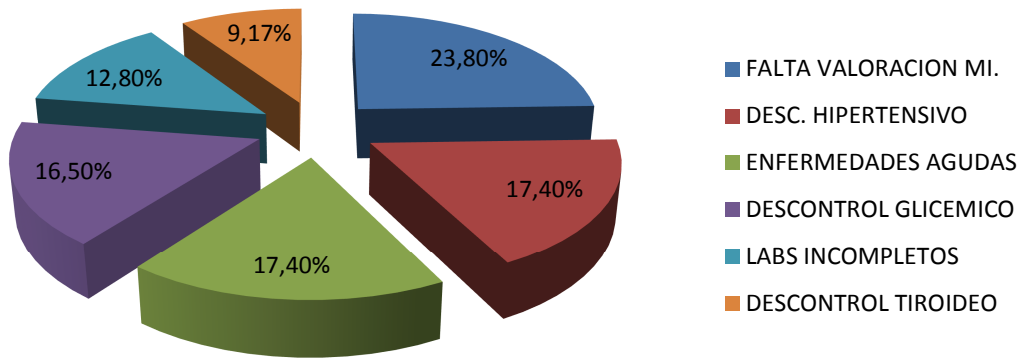
De los 129 casos de diferimiento quirúrgico atribuidos al médico, 109 casos fueron atribuidos al Servicio de Anestesiología distribuidos de la siguiente manera:

26 casos por falta de valoración por Cardiología y/o Medicina Interna , 19 casos de diferimiento quirúrgico fue asociado a la presencia de descontrol hipertensivo, 19 por enfermedades agudas con predominio las enfermedades del tracto respiratorio, 18 casos fueron asociados a descontrol de las cifras de glucosa en sangre, 14 casos por falta de laboratorios recientes o la no existencia de los mismos, 10 casos por descontrol tiroideo o falta de seguimiento médico por el mismo, por ende con perfil tiroideo no reciente, 5 casos por falta de hemoderivados.

CAUSAS ATRIBUIBLES AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

FALTA DE VALORACION POR MEDICINA INTERNA Y/O CARDIOLOGIA	23.8%
DESCONTROL HIPERTENSIVO	17.4%
ENFERMEDADES AGUDAS (RESPIRATORIAS)	17.4%
DESCONTROL GLICEMICO	16.5%
LABORATORIOS INCOMPLETOS O NO RECIENTES	12.8%
DESCONTROL TIROIDEO O PERFIL TIROIDEO NO RECIENTE O AUSENTE.	9.17%
FALTA DE HEMODERIVADOS.	2.9%
TOTAL:	100%

## CAUSAS DE DIFERIMIENTO ATRIBUIBLES AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA



## DISCUSION

En este estudio se identificaron tres principales causas de diferimiento o suspensión quirúrgica, las causas atribuidas al paciente, las causas atribuidas al hospital y las causas atribuidas al médico.

Dentro de las causas atribuidas al médico, y como objeto principal del presente estudio, se incluyen las causas de suspensión atribuidas al Servicio de anestesiología o a petición del anestesiólogo.

El problema en la mayoría de las ocasiones no inicia únicamente en las Unidades Hospitalarias de segundo nivel, como es el caso de nuestro nosocomio, por el contrario, es un problema que tiene su origen primario en el primer nivel de atención, ya que éstos lugares representan el primer contacto con el paciente, donde se diagnostican, en muchas ocasiones se inicia tratamiento y en caso necesario se envían directamente a determinada especialidad. En éste nivel de atención, se explora integralmente al paciente, se solicitan exámenes preoperatorios, y desde esta instancia se envía a pacientes de mayores de 40 o 50 años, dependiendo de la institución a la que pertenezcan, a realización de radiografías o estudios de gabinete complementarios para realización de la Valoración preoperatoria por parte del Servicio de Medicina interna o de Cardiología, según las necesidades y los antecedentes patológicos del paciente. De tal manera entre más completo se encuentre el expediente al momento del envío, mejorara las circunstancias en cuanto a oportunidad quirúrgica se refiere y la consecuente disminución de la incidencia de diferimiento quirúrgico al momento de la valoración o programación por parte de la especialidad.



Por otro lado es necesario la educación del paciente por parte del médico de todos los niveles de atención, para asegurar mejor pronóstico tanto para el como para el mismo médico, reduciendo así el número de ausentismo a consultas, valoraciones preoperatorias, con la finalidad de facilitar los trámites administrativos, pero sobre todo para solicitar exámenes adecuados y clasificar a los pacientes según su estado físico, utilizando principalmente la clasificación de la ASA.

Por tanto en relación al anestesiólogo, la valoración preoperatoria días previos a la programación quirúrgica, disminuye significativamente el número de suspensiones, ya que proporciona un panorama amplio de la condición física del paciente, permitiendo realizar recomendaciones para mejorar su salud en caso de que se encuentre alguna alteración en el individuo.

Las enfermedades agudas, principalmente las relacionadas con el aparato respiratorio, son una de las principales causas de diferimiento por parte del anestesiólogo, ya que la decisión de realizar el procedimiento anestésico representa más que un dilema, temor a los problemas legales que conlleva el procedimiento que las propias complicaciones médicas.

Estudios recientes sugieren que en niños y adultos con infección de vía aérea no complicada, la anestesia no causa complicaciones respiratorias.

Los pacientes hipertensos, representan otro grupo propenso a menudo, a diferimiento o suspensión quirúrgica. Preferentemente debe normalizarse las cifras tensionales antes de la cirugía, ya que tomando en cuenta que una presión diastólica mayor a 110 mm Hg aumenta la frecuencia de isquemia miocárdica, arritmias, hipotensión, insuficiencia renal postoperatoria.

En los paciente diabéticos debe haber un estudio más a fondo en el preoperatorio, incluyendo Rx de tórax, ECG, Glucosa sanguínea, pruebas de función renal, incluyendo creatinina sérica, de manera que se optimice el bienestar del paciente en el perioperatorio y el posoperatorio, reflejándose en el retardo de la cicatrización, hipoglicemia posoperatoria o hiperglicemia posterior a la aplicación de determinados anestésicos y por la misma respuesta metabólica al trauma, lo cual se logra manteniendo cifras de glucosa entre 120 y 200 mg/dl, con tratamiento establecido.

Los pacientes con trastornos tiroideos deben operarse cuando estén bioquímicamente eutiroides y con una frecuencia cardiaca menor a 85 latidos por minuto.

La finalidad de la preparación es doble, por un lado se bloquea la síntesis hormonal con antitiroideos de síntesis y por otro se disminuyen los efectos centrales y periféricos de las hormonas tiroideas con beta bloqueadores, que además de suprimir algunos signos de tirotoxicosis (hiperexcitabilidad muscular, alteraciones cardiovasculares y de la termorregulación), inhiben la conversión de T4 en T3, reducen la taquicardia, las palpitaciones y el temblor. Si los betabloqueantes están contraindicados, pueden utilizarse alternativas como los antagonistas del calcio, que ejercen acciones similares al

propranolol pero por distintos mecanismos. El tratamiento debe iniciarse 7-14 días antes de la cirugía para lograr el eutiroidismo.

Todo procedimiento quirúrgico electivo indica que el paciente esté eutiroides. La evaluación preoperatoria debe incluir pruebas normales de función tiroidea junto a las habituales de cualquier intervención: análisis bioquímicos, hemostáticos, hematológicos y los exámenes complementarios: ECG y Rx de tórax, que nos permitirán ver las repercusiones locales (desviación traqueal, invasión mediastinal). La TAC cervical permite valorar el grado de compresión de las estructuras anatómicas vecinas y la posibilidad de una intubación difícil. Es aconsejable la laringoscopia preoperatoria para detectar una posible parálisis del nervio recurrente por compresión, algunas veces asintomática. En el paciente hipertiroideo comprobar la desaparición de los síntomas y sus repercusiones, además de descartar un hiperparatiroidismo asociado mediante la homeostasis fosfocálcica, que permite tener una referencia en caso de hipocalcemia o hipoparatiroidismo postquirúrgico.

La vigencia del perfil tiroideo dependerá del grado de estabilidad o control del paciente, aunque es aceptado si se ha realizado 6 meses antes de la intervención quirúrgica.

En lo que se refiere a laboratorios in completos o no recientes, es responsabilidad de cada Servicio el mantener actualizados los mismos, ya que en nuestro estudio, la mayoría de las cirugías diferidas, sobre todo por los Servicio con mayor frecuencia de suspensiones como fue Ortopedia, Cirugía y Ginecoobstetricia, fue debido primariamente a esta situación, de igual forma que estos Servicios no se ocupan de verificar que el paciente tenga

hemoderivados disponibles, para cualquier tipo de cirugía pero sobre todo para cirugías mayores o con alto riesgo de sangrado, aunque en este rubro, tiene que tomar cartas en el asunto la administración y autoridades hospitalarias, para que se cuente con dicho abasto.

En nuestro Hospital si el paciente es mayor de 40 años debe ser valorado por el internista o el cardiólogo, sin embargo en algunas instituciones, el anestesiólogo es el que realiza dicha valoración en sujetos sanos o sin complicaciones, derivando de inmediato a pacientes con enfermedad cardiovascular mayor, diátesis hemorrágica, enfermedad pulmonar severa, diabetes mellitus e hipertensión descontrolada, enfermedad renal, ictericia, hepatitis.

Los pacientes mayores de 50 años, que hayan recibido radioterapia, que cursen con EPOC, tabaquismo con tos productiva, hipercapnia y obesidad, además de la RX de tórax habitual suelen recomendarse pruebas de función respiratoria.

Los pacientes con IVU no tratada tienen mayor incidencia de infección de herida quirúrgica.

Cuando hay antecedente de enfermedad hepática y pruebas de coagulación, siendo el TP con 3 a 4 segundos por arriba del control y un disminución del nivel de albumina de menos de 2.5 g/dl.

Actualmente se acepta por tanto que la valoración preoperatoria reduce la morbimortalidad perioperatoria, evalúa el costo- beneficio, ya que en nuestra unidad, el hecho de que se presente un caso de diferimiento quirúrgico, impacta directamente en la economía del interna, realizándose una inversión extra de hasta \$1742.00 pesos por día extra de estancia, únicamente considerando día-cama, sin tomar en cuenta atención médica, atención de enfermería, medicamentos, etc.,

Asimismo esta prevaloración mejora la eficacia del quirófano y la seguridad del paciente favoreciendo la satisfacción del mismo.

## CONCLUSIONES

El estudio realizado durante el periodo de tiempo establecido, nos demuestra el índice de suspensión de cirugía programada que fue del 7.1 % en relación a las cirugías programadas.

Los casos de suspensión quirúrgica fueron agrupados en tres rubros principales, las causas de suspensión o diferimiento quirúrgicos atribuidas al hospital, las atribuidas al paciente y las atribuidas al personal médico.

Dentro de las causas atribuidas al médico, observamos que el Servicio de Anestesiología tuvo una incidencia de diferimiento del 84.5 %, por lo cual se considera un dato significativo y que debe de ser de interés tanto para las autoridades, el personal administrativo, pero sobre todo para el ámbito médico.

Se llegó mediante el análisis extenso a una conclusión y es la necesidad de unificar criterios, en apego a parámetros clínicos establecidos o apegados a las normas oficiales mexicanas, a literatura actual no solo relacionada con la práctica de la anestesiología, sino de manera multidisciplinaria, de manera que el juicio del anestesiólogo este bien fundamentado y se logre discriminar entre una adecuada suspensión quirúrgica o no, para que de esta forma, se logren diferir en menor proporción los procedimientos quirúrgicos y suspender en la manera de lo posible la menor cantidad de los mismos, evitando las consecuencias tanto económicas pero sobre todo, acciones que lleven a la insatisfacción del paciente.

Sin embargo así como se encontraron casos de diferimiento que se pudieron haber evitado, también se encontraron datos de suspensión quirúrgica, con bases clínicas y apegadas a la literatura actual, por tanto se considera que el juicio del anestesiólogo fue bien aplicado.

También se demostró, que el problema de diferimientos quirúrgicos tiene su origen desde el primer nivel de atención, posteriormente la responsabilidad recae en el médico tratante, al no desarrollar protocolos prequirúrgicos completos y adecuados para cada paciente.

Se comprobó que a pesar de las recomendaciones efectuadas por diversos servicios, como Medicina Interna, Cardiología, o incluso del propio Servicio de Anestesiología, donde se emitían recomendaciones para que el paciente se presentara en óptimas condiciones al acto quirúrgico, no son tomados en cuenta por el Servicio tratante, trayendo como consecuencia el diferimiento quirúrgico. Dentro de esta problemática se engloban cosas tan simples para el estudio integral del paciente como toma de laboratorios recientes o laboratorios de control, valoraciones complementarias por otras especialidades médicas, sobre todo cuando el paciente tiene antecedentes de patología previa, o simplemente la no disposición de hemoderivados, indispensables independientes del tipo de cirugías, y fundamentales sobre todo en cirugías mayores o con alto riesgo de sangrado.

Todo lo anterior mencionado crea una problemática que debemos de tomar en cuenta en nuestro centro hospitalario, ya que de una u otra manera se relacionan con aplazamientos innecesarios de procedimientos quirúrgicos, y que en la mayoría de los casos tienen

relación directa y se hace responsable al anesthesiólogo que valora a dicho paciente, que al realizar la valoración integral, y al carecer de los elementos mínimos necesarios para realizar algún procedimiento, sin lugar a dudas tendrá como resultado un diferimiento o suspensión quirúrgica.

Por tanto se deben de tomar acciones para unificación de criterios apegados a los textos actuales, a las normas oficiales y en general a la literatura relacionado con la práctica de la anestesiología, para aprender a discriminar cuando en realidad se tenga que diferir un procedimiento anestésico, por seguridad, disminución de comorbilidades perioperatorias y posoperatorias, de las que no lo son, de esta manera daremos un gran paso hacia la excelencia de la atención, obteniendo como resultado una adecuada oportunidad quirúrgica y lograr la satisfacción total del paciente.

También se debe concientizar a los servicio quirúrgicos tratantes , a estudiar integralmente al su paciente, adecuadamente monitorizados y con protocolos pre quirúrgicos completos.

En la situación hospitalaria actual del país, una manera de disminuir los costos sería disminuir el índice de suspensiones, las soluciones deben empezar con un diagnóstico situacional en cada centro hospitalario, ya que el funcionamiento interno de cada uno es diferente y se realiza con base a una compleja organización que requiere de interrelaciones bien establecidas entre los encargados de los diferentes servicios, los médicos, enfermeras y personal administrativo.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso Galván Montaña, Gerardo Flores Nava. La suspensión de cirugía programada como un indicador de calidad en la atención hospitalaria. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*. Vol 7, No. 2. Mayo-Agosto 2008 :59-62
2. Aguirre-Gas H. Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex* 1991;33:pp 624-28.
3. Juan Francisco Aguirre-Córdova , Guadalupe Chávez-Vázquez, Gustavo Alfonso Huitrón-Aguilar, Norma Cortés-Jiménez. ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. *Gac. Méd. Méx.* 2003 Vol. 139 No. 6 p.p.545-551
4. Gaspar Carrillo Sandra P. Manual de operaciones del Servicio de Anestesiología.2012. Instituto nacional de Rehabilitación. SSA
5. Desempeño de las Instituciones Públicas de Salud. *Salud: México* 2004. Pp. 140-147
6. SCARE (2009), Normas mínimas de seguridad en Anestesiología, Comité de Seguridad Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Grupo de investigación: Calidad, seguridad y educación en salud, Colombia
7. Laura Camacho Reyes, Rosa Martha Jiménez Carrillo, María de Lourdes Mendoza Chavarría. Guía de Práctica Clínica. Valoración Preoperatoria en Cirugía no cardiaca en el adulto México: Secretaria de Salud, 2010.

8. Héctor J. Meléndez F., Ricardo Guzmán, Bernardo Rúgeles, Factores relacionados con el retardo en la oportunidad en cirugía de cadera. Rev Col Or Tra 2010; 24(3): p.p.136-42
9. Costa J, Rovira J. El valor de la salud. ¿Cómo valorar monetariamente mejoras en la supervivencia y en la salud? Editorial JANO; 1997; 53(1225). España.
10. Drummond MF, Stoddart GL and Torrance GW. , Métodos para la evaluación económica de los programas de atención de la salud, 1991. Ediciones Díaz de Santos,SA; Chile.
11. Marcello PW, Roberts PL. Estudios preoperatorios "de rutina", selección de los más adecuados para el paciente idóneo. 1996. Revista Clínica Quirúrgica, España.
12. Pollard JB, Olson L. Early outpatient preoperative anesthesia assessment: does it help to reduce operating room cancellations? Anesth Anal 1999; 89:502-505.
13. Van Norman GA. Preoperative assessment of common diseases in the outpatient setting. Anesthesiol Clin North Am 1996; 4:631-654.
14. Haberkern CM, Lecky JH. Preoperative assesment and the anesthesia clinic. Anesthesiol Clin NA 1996;14(4):609-627.
15. La anestesia. 3ª Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997:281-284.
16. Guyton A, Hall J. Tratado de fisiología médica. 10ª Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2001:1005-1015,1031-1043.
17. Dougherty TB, Cronau LH. Anesthetic implications for surgical patients with endocrine tumors. Int Anesthesiol Clin 1998;36:31-34.

18. Salvador Velásquez-Bravo. Manejo perioperatorio del paciente para cirugía de tiroides. Revista Mexicana de Anestesiología. Abril-Junio 2007 Vol. 30. Supl. 1, pp S185-S192