



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD**

**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
“CIUDAD SALUD”**

**<<CAUSAS FRECUENTES DE SUSPENSIÓN DE
CIRUGIA PROGRAMADA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD “CIUDAD
SALUD” DURANTE EL PERIODO ENERO-
DICIEMBRE 2013>>**

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGÍA

P R E S E N T A:

LIZBETH VILLALOBOS BETANZOS

DIRECTOR DE TESIS:
DR. LUIS MIGUEL CANSECO AVILA

ASESOR DE TESIS:
DRA. GLORICRUZ AMANDA REYES VELAZQUEZ



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
CIUDAD SALUD

TAPACHULA CHIAPAS

AGOSTO 2014



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

DR. EDGAR PEREZ REYES
Titular de la Unidad de Enseñanza

DRA. CLAUDIA GUADALUPE SANCHEZ SALGADO
Profesor Titular del Curso Universitario de
Especialización en Anestesiología

DRA. GLORICRUZ AMANDA REYES VELAZQUEZ
Asesor de Tesis

DR. LUIS MIGUEL CANSECO AVILA
Director de Tesis

Número de Registro de Protocolo: 016/2014

**<<CAUSAS FRECUENTES DE SUSPENSIÓN DE CIRUGIA
PROGRAMADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA
ESPECIALIDAD “CIUDAD SALUD” DURANTE EL PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2013>>**

AGRADECIMIENTOS

A ese ser supremo al que le debo todo, en esta ocasión quiero agradecerle por guiarme y darme las herramientas necesarias para una vez más cumplir mis propósitos, sabiendo de antemano que sin su ayuda nada hubiese sido posible, muchas Gracias Padre Dios.

Con todo mi cariño y mi amor para esa persona tan única y especial en mi vida, que ha sabido impulsarme, sacrificando talvez algunas veces sus sueños para que yo pudiera lograr lo míos, por motivarme, encaminarme y darme ánimos para no desistir cuando sentía que el camino era difícil y mi meta interminable, a ti Mamá por siempre mi agradecimiento.

A mi Abuelita Leoba que siempre he visto como una madre, y que gracias a su sabiduría ha influido en mi la madurez necesaria para lograr todos los objetivos en la vida, y en compañía de mi tía Esperanza y primo Ángel Hernández han fortalecido mi núcleo familiar demostrándome ese cariño tan especial, para ellos está tesis en agradecimiento por todo su amor.

Por tu paciencia, comprensión, bondad y sacrificio me sigues inspirando a ser mejor para ti, alentándome para continuar, cuando parecía que me iba a rendir. Ahora puedo decir que este logro lleva mucho de tí, gracias por estar siempre a mi lado Carlos.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos y muy en especial a las doctoras Gloricruz Reyes asesor de tesis y Claudia Sánchez Titular del curso les dedico cada una de las páginas de mi tesis.

A los sinodales quienes estudiaron mi tesis y la aprobaron así como a todos los que me apoyaron para escribir y concluir este proyecto.

Por su puesto a todas esas personas que en el camino me brindaron su ayuda sepan que se han vuelto importantes en mi vida, por lo que ahora me toca regresar un poquito de todo lo que me han otorgado, así en este último, no por eso menos importante párrafo hay una dedicatoria y agradecimiento a ustedes con todo mi cariño por su apoyo incondicional.

CONTENIDO

Índice	Página
Introducción	4
Marco Teórico	6
Planteamiento del problema	19
Justificación	19
Objetivo general	20
Objetivos específico	20
Tipo y diseño del studio	21
Población y área de estudio	21
Criterios de selección	21
Material y métodos	22
Costo del proyecto	23
Análisis estadístico	23
Riesgo de investigación	23
Resultados	24
Discusión	31
Conclusión	34
Referencias Bibliográficas	35

“CAUSAS FRECUENTES DE SUSPENSIÓN DE CIRUGIA PROGRAMADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD “CIUDAD SALUD” DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2013”

INTRODUCCION

La preservación de la salud de una población es una prioridad de los hospitales, dentro de este contexto se encuentra la atención de diversos padecimientos que se corrigen con una intervención quirúrgica realizadas por diversas especialidades como ortopedia, cirugía general, urología, oncocirugía, entre otras, siendo indispensable detectar oportunamente este tipo de padecimientos, estudiarlos detalladamente con el fin de preparar al paciente, tanto física como psicológicamente, para enfrentar el trauma quirúrgico y que ingrese al quirófano en las mejores condiciones de salud, tolere el acto quirúrgico, se corrija la patología que presenta y salga con buenos resultados para reintegrarlo a la sociedad en condiciones de ser productivo nuevamente. Por ello una cirugía electiva debe planearse mediante una serie de procedimientos que implican tiempo de atención, consumo de recursos materiales y humanos que implican un costo y que cuando esta atención quirúrgica se interrumpe por cualquier causa en las instituciones públicas origina problemas que repercuten en la propia institución y en el paciente, hecho al que recientemente se le ha dado importancia en virtud de las certificaciones que se practican a los hospitales.

La suspensión del acto quirúrgico electivo como tal implica el hecho de no realizar una cirugía una vez que el paciente ya tiene asignado fecha y hora para la cirugía o incluso ya se encuentra en la sala de operaciones y, por alguna razón, llega a suspenderse, situación que ocasiona malestar en los pacientes al posponer su tratamiento, propicia inconvenientes a los familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria y aumento importante en los gastos.¹⁻³ Por lo que la suspensión de una cirugía es manifestación de cierta deficiencia en la atención de los pacientes desde la planeación de la cirugía y preparación de los mismos.⁴

En un hospital institucional en el proceso de la atención del paciente quirúrgico intervienen diferentes elementos del personal de salud con diferente grado de responsabilidad, quizás la relación médico-paciente no es tan sólida para evitar la suspensión de la cirugía, siendo esta problemática lo que nos motivó a hacer un análisis de la frecuencia de la suspensión de cirugías, conocer las causas que la originan, y diseñar una referencia que sea de utilidad para medir el desempeño de los servicios quirúrgicos y en cierta forma la calidad de los servicios que se otorgan. En la literatura médica mundial existen aunque pocos, diversos reportes al respecto.^{5,6} Uno de los primeros trabajos en el tema data de 1989, Morrissey reporta un índice de cancelaciones de cirugías de una Unidad de Otorrinolaringología en Oxford de 27.4% e identifica 20 “razones” de suspensión de cirugías, este es uno de los primeros reportes que se hacen respecto al problema de la suspensión y menciona como causas principales la no asistencia del paciente a su cirugía con un índice de 14.6%, y la infección de vías respiratorias.⁷

Cavalcante reporta un índice de 33% de suspensiones quirúrgicas en un estudio realizado en un hospital universitario en Brasil ⁸. En revisiones hechas al respecto por el servicio de anestesiología, se ha determinado como principal causa de suspensión de cirugía a la hipertensión arterial para lo que han implementado estudios de monitoreo de estos pacientes y una evaluación anestesiológica preoperatoria días antes o el mismo día de la cirugía con lo que los índices de suspensión disminuyeron así como los días de estancia.⁹⁻¹¹.

El objetivo del presente trabajo es conocer la frecuencia y las causas de suspensión de la cirugía electiva de los servicios quirúrgicos que operan en quirófanos del Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”

MARCO TEORICO

El desarrollo de especialidades quirúrgicas y avances en la tecnología, han permitido que procedimientos quirúrgicos que antes no eran factibles, ahora sean usuales (trasplante de órganos, aplicación de prótesis, microcirugía); haciendo los procedimientos quirúrgicos cada vez más complejos. Por otra parte el incremento a la asistencia en los hospitales públicos por factores tales como la explosión demográfica, la mayor concentración de población en zonas urbanas, aumento del promedio de vida, la creciente industrialización, importante números de accidentes automovilísticos la crisis económica y la carencia de nuevos hospitales han repercutido en la incidencia de padecimientos que ameritan tratamiento quirúrgico, contribuyendo 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.^{12,13}

La cirugía es una técnica que consiste en una intervención física sobre los tejidos. Como regla general, se llama cirugía a un procedimiento quirúrgico cuando se considera que implica el corte de los tejidos de un paciente o el cierre de una herida previa.

Cirugía Electiva: Es cuando el paciente tiene el tiempo necesario para evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios del procedimiento e identificar qué es lo más adecuado. Implica la ejecución de un plan programado en un paciente cuidadosamente preparado, ofreciendo así seguridad y bienestar tanto para él como para el cirujano, puesto que persigue reducir la tasa de complicaciones trans y post-operatorias ¹⁴. La preparación preoperatoria permite la reducción de los factores de riesgo modificables con la finalidad de crear un medio interno óptimo que tolere los cambios que se produzcan durante el acto quirúrgico ¹⁵.

Éstas se realizan por indicación médica (procedimientos de cataratas, aplicación de prótesis ortopédicas, entre muchos otros) o por decisión propia (cirugías estéticas) y se puede encontrar, entre médico y paciente, el mejor momento para realizarla.

Diferimiento quirúrgico: implica el hecho de no realizar una cirugía una vez que el paciente ya tiene asignado día y hora para la cirugía o incluso ya se encuentra en la sala de operaciones y, por alguna razón, se suspende la cirugía.

La unidad quirúrgica o quirófano: es el área que alberga las salas de operaciones y servicios anexos. ¹⁶

Repercusiones: Consecuencia indirecta de un hecho o decisión

Jornada Quirúrgica Programada: Es el tiempo de quirófano a lo largo de un día, cuya actividad se ha planificado con, al menos, 24 horas de antelación.

Jornada quirúrgica ordinaria: La jornada quirúrgica habitual de un quirófano es de 7 horas, esto es, 420 minutos. En caso de que el Servicio de Anestesiología realice sesión clínica, se descontarán 60 minutos a la jornada de ese día.

Infraestructura de Quirófano

El Área Quirúrgica la definimos como un conjunto de locales e instalaciones especialmente acondicionadas y equipadas, selectivamente aisladas del resto del hospital, que constituyen una unidad física y funcionalmente diferenciada, cuya finalidad es ofrecer un lugar idóneo para tratar quirúrgicamente al enfermo.

La arquitectura del área Quirúrgica ha de estar pensada para favorecer en lo posible las medidas de asepsia y disciplina encaminadas a prevenir la infección. Al mismo tiempo, tiene que estar sometida a unas reglas determinadas para favorecer estas medidas. Debe estar construida de forma que las zonas limpias estén diferenciadas de las zonas contaminadas sin necesidad de efectuar cruces.

Con relación al resto del Hospital debe:

- ✓ Estar aislado del tráfico del Hospital
- ✓ Tener acceso fácil con las Unidades de Hospitalización, Urgencias, UCI, Reanimación.

- ✓ Tener comunicación directa mediante tubo neumático con los Laboratorios, Farmacia, RX (Servicio de Radiodiagnóstico), Urgencias.
- ✓ Tener comunicación directa mediante montacargas con el servicio de

Esterilización Con relación al AREA QUIRURGICA, tiene tres apartados fundamentales:

- 1.- Instalaciones
- 2.- Dependencias
- 3.- Equipamiento

Equipo Quirúrgico

Un equipo es un grupo de dos o más personas con objetivos comunes y que coordinan sus esfuerzos para lograrlos. La interdependencia caracteriza al equipo, porque sin los otros miembros es imposible alcanzar los objetivos. Los miembros del equipo deben comunicarse entre sí y tener una distribución solapada de todos los cometidos, para desempeñar las tareas especificadas como una única entidad. El fracaso de cualquiera de los miembros para desempeñar su papel puede incidir negativamente en el éxito de todo el equipo. Cada una de las acciones individuales es importante.

El objetivo común del equipo quirúrgico es proporcionar al paciente unos cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura.

El trabajo en equipo es la esencia de los cuidados del paciente en el quirófano. Para funcionar de forma eficaz es imprescindible una buena comunicación y la existencia de respeto mutuo. Cuidar el ambiente en el quirófano, facilitarse mutuamente la labor, disponer de un personal adecuadamente entrenado, son parámetros que favorecen el correcto desarrollo de la intervención, cuidando así del paciente, que es nuestro objetivo.

La atención al bienestar del paciente debe ser constante. Este tiene derecho a una total atención y concentración del equipo en todo momento. Los miembros del

equipo deben procurar cubrir las necesidades del paciente, considerándolo como individuo único y completamente dependiente de ellos para su supervivencia. 17

Clasificación de los procedimientos quirúrgicos

CLASIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR COMPLEJIDAD Los procedimientos quirúrgicos se clasifican según su COMPLEJIDAD en: Cirugía Mayor Cirugía Menor Intervenciones quirúrgicas incluidas en los códigos de procedimiento considerados en esta categoría en el documento "Clasificación de Códigos CIE-9-MC en Cirugía Menor y Procedimientos no Quirúrgicos". Deben cumplir los siguientes criterios: Escasa complejidad Anestesia local o sin anestesia Recuperación inmediata Realizado en consulta o en quirófano menor.

CLASIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR PRIORIDAD Los procedimientos quirúrgicos se clasifican según su PRIORIDAD en: Intervención Quirúrgica Urgente: Es aquella cirugía que, por sus características, debe ser realizada de forma indemorable, y por tanto, no incluida en la programación quirúrgica, pudiendo provenir tanto del área de hospitalización como del propio servicio de urgencias. Intervención Quirúrgica Programada: Es aquella cirugía que, por sus características, puede ser demorada e incluida en la programación quirúrgica con al menos 24 h. de antelación. Su origen puede ser: De pacientes en Lista de Espera (preferentes y ordinarios) De pacientes no incluidos en Lista de Espera indemorables, cuya programación está justificada (trasplantes). De pacientes ingresados urgentes sometidos a intervención quirúrgica diferida (la intervención se realiza transcurrido el período de guardia de los facultativos).

CLASIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR TIPO DE ACTIVIDAD Los procedimientos quirúrgicos se clasifican según el TIPO DE ACTIVIDAD en: Actividad Quirúrgica Ordinaria: Intervenciones quirúrgicas realizadas en el horario ordinario de trabajo del centro, por personal del mismo.

Actividad Quirúrgica Extraordinaria: Intervenciones quirúrgicas de carácter no urgente realizadas fuera del horario ordinario de trabajo del centro por personal del mismo o contratado al efecto y orientadas a la absorción de la demanda asistencial no satisfecha (cumplimiento de objetivos de la lista de espera quirúrgica).

CANCELACIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Intervención quirúrgica programada que por diversas causas no ha podido realizarse en la fecha prevista ni ser sustituida en la programación quirúrgica. Dentro de las causas pueden distinguirse: Debidas al centro: Falta de preparación del paciente Preoperatorio insuficiente Falta historia, radiografía Ausencia de facultativo Ausencia de anestesista Ausencia de personal de enfermería/auxiliar Falta de preparación del instrumental Falta de sangre Falta de quirófano por cancelación de patologías más leves por otras más graves o urgentes Orden del médico Falta de tiempo de quirófano (prolongación de la duración prevista de la intervención previa, prolongación de los tiempos muertos entre intervenciones quirúrgicas por fallos de infraestructura, camillas, ...). Falta de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o reanimación Conflicto colectivo Otras no atribuibles al paciente. Debidas al paciente: Mejoría del paciente Enfermedad intercurrente Incomparecencia del paciente A petición del paciente Preparación incorrecta por no haber seguido bien las instrucciones (no va en ayunas, ha tomado anticoagulantes). 18

Causas de suspensión de una cirugía:

Causas atribuibles al paciente. Enfermedad aguda en días previos al acto quirúrgico que no permitiera la realización del mismo, enfermedades crónicas descompensadas, el paciente no acudió a la consulta con el cirujano o el anestesiólogo Renuncia a la intervención (ya ingresado), No se presenta, Retira el consentimiento, Otras (sin especificar)

Causas atribuibles al hospital: falta de tiempo quirúrgico, falta de material por ejemplo: prótesis, electrocauterio, suturas, malla protésica, etc.; se incluyeron en

este renglón los errores administrativos del personal y la falta de camas disponibles en hospitalización.

Causas atribuibles al personal médico: cuando el cirujano o el anestesiólogo suspendieron el procedimiento, por no tener realizada la valoración preoperatorio o pre anestésica, el desconocimiento del cirujano de protocolo establecido por el servicio de anestesia., ausencia de personal de quirófano.

Principales causas de diferimiento

Las principales causas del diferimiento, además de una gran demanda son: cancelaciones por procedimientos quirúrgicos electivos por urgencias, insuficiente infraestructura hospitalaria, suspensiones quirúrgicas por incumplimiento del paciente, desabasto de insumos y falta de personal calificado. Uno de los aspectos que pudiera contribuir en el diferimiento o cancelación de procedimientos quirúrgicos, es el sobre consumo de tiempo en los procedimientos programados o de urgencia. La atención quirúrgica de un enfermo debe entenderse como un proceso en el que participan personal dentro y fuera de las salas de operaciones, por lo que no podemos reducir la atención quirúrgica sólo al evento quirúrgico en el que los principales autores son el anestesiólogo y el cirujano. En el periodo quirúrgico, la principal causa de retraso se le atribuyó al anestesiólogo y al cirujano. Lo anterior se justifica, porque con frecuencia, el apresurar el proceso hace inseguras las maniobras anestésicas y quirúrgicas y aumenta la presión del ambiente de trabajo del quirófano. Parte de la eficiencia es la seguridad que se ofrece para evitar accidentes catastróficos como sucede en ocasiones en la industrial, al aumentar la presión en el trabajo en quirófano. Sin embargo, la eficiencia completa implica hacer buen uso de todos los recursos incluyendo el tiempo, para la realización de un mayor número de cirugías programadas o de urgencia. El uso eficiente del quirófano depende del cumplimiento de las funciones específicas y de alta calidad en los tiempos programados de todo el equipo quirúrgico involucrado. 19

Repercusiones en las cirugías diferidas

Ante la proximidad de una intervención quirúrgica, la ansiedad siempre hace acto de presencia en mayor o menor grado, ésta, ha sido, y es objeto de estudio, por un lado, las consecuencias en la recuperación física y emocional de los pacientes, y por otro porque resulta idónea para desarrollar la investigación en materia de afrontamiento de agentes estresantes.

La ansiedad es una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales. Psicológicamente, la ansiedad es vivida por el propio sujeto como un estado de ánimo desagradable, producido por situaciones que, de manera consciente o no, el sujeto las percibe como amenazadoras. La ansiedad, que a menudo, es confundida con el estrés, puede ser experimentado por cualquier persona ya que es esencialmente una respuesta a éste. En cualquier caso, aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados endógenos se asocia generalmente con sucesos estresantes externos.

Existen en el entorno cotidiano multitud de situaciones que resultan estresantes para el individuo; éstas pueden ser muy diversas y surgen de la interacción entre la persona y el medio. No obstante, las características más comunes a todas ellas son la novedad, incontabilidad, incertidumbre, imposibilidad de predecir consecuencias, etc, que hacen que el sujeto perciba la situación externa como una amenaza a su integridad físico-psíquica.

La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad; son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc . Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención,

a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente. El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico.

Una mejor preparación psicológica del paciente consistente en facilitar la información y apoyo psicológico en todo el proceso quirúrgico y sobre sensaciones que va a experimentar, equilibra las características estresantes de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo.²⁰

Pretender demostrar que el alto índice de cirugías programadas suspendidas en personas con alteraciones de la presión arterial, causa repercusiones en las actividades del personal y pérdida de recursos a la institución así como desajustes y gastos innecesarios en el paciente y sus familiares, fue la inquietud de la investigación desarrollada en un hospital de Brasil, a través del seguimiento de algunos pacientes, cuya cirugía fue diferida por esta causa, ya que el índice de cirugías suspendidas por hipertensión arterial, en el hospital es considerable, de 925 (100%) cirugías programadas, 233 (25%) se suspenden y 36 (15%) son por esta causa, en un periodo de 12 meses, (en el registro estadístico del Departamento de Cirugía del Hospital), existe desperdicio de recursos económicos como son: costos de día estancia, saturación de enfermos, Hospitalizados, movimientos estadísticos innecesarios, originando sobrecargas de trabajo en el personal que les brinda atención a estos enfermos.¹⁸

La programación de cirugías es el proceso en el que una institución hospitalaria dispone de los recursos que tiene para cumplir con su demanda de intervenciones quirúrgicas.

Los recursos que lo componen comprenden los espacios y tiempo disponibles, la duración de las cirugías, los insumos necesarios, disponibilidad del recurso médico. Estos recursos lo hacen un proceso complejo y sensible a problemas logísticos

debido a la alta variabilidad que puede sufrir, ya sea por falta de planeación o factores externos como sobreestimación y subestimación de la duración de las cirugías, planeación de insumos, disponibilidad del personal médico o transporte de pacientes.²¹

Por lo tanto una prioridad de los hospitales es la preservación de la salud de la población del entorno, dentro de este contexto se encuentra la atención de diversos padecimientos que se corrigen con una intervención quirúrgica y que la realizan diversas especialidades como ortopedia, cirugía general, urología, ginecología, etcétera. Para ello se requiere planear la cirugía mediante una serie de procedimientos que implican tiempo de atención, consumo de recursos materiales y humanos que implican un costo, y que en las instituciones privadas son redituables, sin embargo en las de asistencia pública lo único redituable es la recuperación del capital humano, cuando esta atención quirúrgica se interrumpe por cualquier causa en las instituciones públicas origina problemas que repercuten en la propia institución y en el paciente, hecho al que recientemente se le ha dado importancia en virtud de las certificaciones que se practican a los hospitales.²²

Repercusiones en el paciente

Al aceptar el enfermo ser intervenido quirúrgicamente, realiza cambios en su vida cotidiana, lo que provoca pérdida de tiempo y gastos innecesarios, así como separación temporal del trabajo y su familia.

Una programación quirúrgica implica un número importante de personas como cirujanos, anestesiólogos, enfermeros, (instrumentistas y circulantes) entre otros, además de gran cantidad de materiales y equipos especializados en las distintas áreas del quirófano.

De esta forma, tanto para el paciente como para la institución, son varios los inconvenientes de la suspensión de una cirugía. Para el paciente puede significar el aumento del periodo de internamiento, del riesgo de infección hospitalaria y consecuentemente el aumento de los costos para la institución ²³. La suspensión de una cirugía implica un costo operacional y financiero para la institución, teniendo

repercusiones negativas en la atención de la población, principalmente de aquella más carente²⁴.

La literatura resalta que la suspensión de una intervención quirúrgica es un hecho significativo y que merece la debida atención por parte del equipo de salud y de la administración del propio hospital.²⁵ Aparentemente las cancelaciones de cirugías programadas son tratadas como rutinarias e inherentes al sistema hospitalario, no causando gran inquietud en el equipo multiprofesional de los servicios de salud y los aspectos relativos a la importancia de ese acontecimiento para el paciente parecen olvidados. Entretanto, debe pensarse en las consecuencias para los pacientes y para las finanzas de la institución hospitalaria.

La suspensión de procedimientos quirúrgicos programados ha sido objeto de investigación en distintos países como Brasil ²⁶⁻²⁷, Australia ²⁸, Irlanda ²⁹, Estados Unidos ³⁰ y Reino Unido³² e incluido México³¹. Estos estudios han apuntado una alta frecuencia de diferimientos originados por problemas organizacionales de las instituciones de salud ^{27,29}.

La suspensión quirúrgica es una falla decurrente de la no atención a los requisitos de la planificación administrativa de la unidad.

Las repercusiones del diferimiento quirúrgico inciden, desfavorablemente, no solo al paciente que tiene su vínculo de confianza quebrado en relación a la institución, sino también sobre el equipo de enfermería y personal médico (operacionalización del trabajo, consumo de tiempo y recursos materiales, disminución de la calidad de la asistencia) y sobre la propia institución de cuidados de salud²⁶. El diferimiento del procedimiento quirúrgico aumenta el costo operacional y financiero trayendo perjuicios para la institución.

Si analizamos en detalle la tasa de procesos cancelados, observamos que es una cifra para nada insignificante ya que oscila entre un 7 y un 16% en países occidentales ^{33,34}. Esto tiene una traducción económica importante a causa del gasto generado por el quirófano no utilizado, unido al impacto para los pacientes en las

listas de espera. Además, también hay que tener en cuenta el plano emocional y afectivo del paciente y de los familiares, que a su vez puede verse afectado por la cancelación del proceso.

Por lo antes mencionado, podemos observar que la suspensión de una 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.^{35,36.}

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.^{37,38.} La suspensión de la cirugía programada es un problema importante que es necesario analizar y clasificar.

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.³⁹

Para un correcto funcionamiento es importante una protocolización de la atención, que abarca desde el diagnóstico en la consulta de la especialidad correspondiente, pasando por una adecuada información al paciente, un correcto proceso de selección de los pacientes, visita pre anestésica, llamada telefónica preoperatoria y un buen control postoperatorio ^{40.}

Descripción del Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”

El proyecto Ciudad Salud es la propuesta del gobierno del estado para impulsar el desarrollo de la salud en la región istmo-costa y soconusco.

Su influencia se proyecta hacia Centroamérica y otros estados mexicanos, la propuesta se concibe como elemento estratégico para el impulso de la atención médica, la investigación y la formación en recursos humanos en salud.

Ubicado en carretera Tapachula puerto madero kilómetro 15 + 200 en una superficie total de terreno de 50, 062.72 mts, con un área construida de 1648.53 mts, siendo el 28 de marzo del 2006 cuando finalmente se ve terminado el Hospital Regional De Alta Especialidad “Ciudad Salud”, unidad médica con gran capacidad resolutive los padecimientos con alto nivel de complejidad diagnóstica y terapéutica por medio de diversas actividades médico - quirúrgica y con avanzados recursos tecnológicos.

EL Hospital pertenece a uno de los dos hospitales que se encuentran en el estado de Chiapas de Alta Especialidad, que juntos conforman el Centro Regional de Alta Especialidad. El Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud” atiende a personas adultas con patologías de alta complejidad que requieren un tercer nivel. Este Hospital se encuentra en la Ciudad de Tapachula Chiapas, ubicado en el kilómetro 15 200 del tramo carretera Puerto Madero, Tapachula Chiapas, Colonia Los Toros cp. 30830; es un Hospital que tiene 90 camas censables y 75 camas no censables, cuenta con servicios clínicos y quirúrgicos para el tratamiento de enfermedades complejas que requieren atención multidisciplinaria, para la resolución y rehabilitación completa de los pacientes. Cuenta con los servicios de hospitalización, consulta externa y auxiliares de diagnóstico.

La distribución de la Población Estatal es predominante rural con un 61% de la misma ubicada en estas regiones y teniendo también un alto nivel de marginación. Estas tres grandes barreras: educación, idioma y marginación, hace para muchos pacientes imposible acudir al Tercer Nivel de Atención. El Hospital de Alta Especialidad facilitará el acceso a servicios que habitualmente no están al alcance de los grupos marginados.

El proyecto de Ciudad Salud tiene como objetivo facilitar el acceso a servicios que habitualmente no están al alcance de los grupos más vulnerables y atender a la población chiapaneca con o sin seguridad social y en un futuro dar atención a la población de Centro América.

Ciudad Salud tiene como filosofía una atención integral del paciente dando la mejor calidad tanto técnica como humana, siendo eficiente y eficaz en el tratamiento del paciente, unos de los principales propósitos de Ciudad Salud es ser uno de los centros más importantes de investigación en la región y ser vanguardia en la formación de recursos humanos tanto médicos como de enfermería, con reconocimiento a través de publicaciones en revistas nacionales e internacionales reconocidas.

Lo anterior, justificó la decisión de construir un Hospital de tercer nivel, fue así que el 28 de Marzo 2006, se inaugura y se inician las actividades del mismo, aperturando el servicio de consulta externa y hospitalización.

El servicio de quirófano del Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud” inicia sus funciones el mes de abril del año 2006 en las salas 1 y 2 con el servicio de recuperación habilitado con 7 camillas y; en junio del año en curso inician las salas 3, 4 y 5 y su área de recuperación dotadas con equipo de monitoreo continuo, destinándose las salas 1 y 2 únicamente para procedimientos de cirugías sépticas y/o campañas de cirugías extramuros organizadas por la Secretaria de Salud en el estado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El número de cirugías que se suspenden en una Institución de salud implica repercusiones negativas tanto en costos como en la atención a la población, por lo tanto es importante determinar las causas más frecuentes que se presentan en nuestro Hospital, para poder realizar actividades que las disminuyan y lograr una mejor calidad en la atención para nuestra población.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las causas más frecuentes de suspensión de cirugías programadas en el Hospital de Ciudad Salud?

¿Cuál es el servicio con mayor número de cirugías diferidas en el Hospital de Alta Especialidad “Ciudad Salud”?

JUSTIFICACION

El área de quirófano cumple varias funciones en las que participa personal de diferentes departamentos con diversas actividades dentro de las salas de operaciones y en la de recuperación inmediata que implican una situación de riesgo emocional y físico para el paciente y responsabilidad misma para el médico y paramédico, se ha observado que existen carencias de recurso humano, físico y materiales lo que puede causar trastornos personales y de salud al usuario por tal evento.

En nuestro país algunos Hospitales como el Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro”, del ISSSTE, Valle de México, Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y de forma más reciente el Hospital General de México se interesaron en analizar el

diferimiento de cirugías programadas, este último identificando causas de origen médico (70%) y no médico (30%), en las primeras destacaron las alteraciones cardiovasculares como la hipertensión arterial, otra fue por salas ocupadas por otro procedimiento y el cambio del plan quirúrgico, y en las no médicas, el ausentismo del paciente en forma importante (23%). Por lo que este tema genero inquietud para la elaboración de esta investigación, a fin de conocer las causas más frecuentes de suspensión de cirugías programadas en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”, con el fin de establecer algunas sugerencias para lograr ofertar una mejor atención al paciente.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar las principales causas que influyeron en la suspensión de cirugía electiva en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud” durante el periodo enero-diciembre 2013”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el número de cirugías programadas en el periodo enero-diciembre 2013.
- Determinar el índice de cirugías diferidas durante el periodo enero-diciembre 2013.
- Clasificar las causas más frecuentes de diferimiento en cirugías programadas.
- Analizar la causa principal de diferimiento de cirugías programada.
- Obtener el servicio con mayor diferimiento quirúrgico durante el periodo comprendido en enero-diciembre 2013.
- Determinar el porcentaje de cirugías diferidas por servicio quirúrgico.

TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional.

POBLACION Y ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó basándonos en el registro de las cirugías programadas durante el periodo de enero-diciembre 2013 de igual forma se obtuvo el reporte de las cirugías que fueron suspendidas por diferentes causas en este periodo en el Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes que se registraron como cirugías programadas en quirófano durante el periodo de enero-diciembre 2013 en el Hospital Regional de Alta especialidad “Ciudad Salud”.
- Pacientes que se registraron como cirugías suspendidas en el Hospital Regional de Alta especialidad “Ciudad Salud”

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes programados para procedimientos fuera de quirófano como endoscopia y hemodinamia.

MATERIAL Y MÉTODO

Basándose en los reportes de la hoja diaria de programación se determinó el total de cirugías programadas durante el periodo enero-diciembre 2013; se obtuvo del registro cirugías suspendidas en el área de quirófano con sus respectivas causas para vaciarse a una base de datos creada en el programa excell.

Una vez recolectada la base de datos de cirugías suspendidas, se realizó una clasificación para poder determinar las causas más frecuentes de diferimientos por mes, por servicio quirúrgico y por causa específica para así obtener nuestro índice de suspensión.

Se incluyeron todos los pacientes con cirugías programadas que fueron suspendidas 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. Causas atribuibles al proceso como falta de historia clínica, exámenes de laboratorio, sangre, preparación del paciente, valoración cardiovascular, anestesia, falta de tiempo o ausencia del médico y turnos quirúrgicos. Y Causas atribuibles 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.

No. de cirugías suspendidas x 100

No. de cirugías programadas

COSTO DEL PROYECTO

Este estudio **NO** genera ningún costo, ya que se realizó con los datos registrados en el área de quirófano.

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis de los datos colectados fue mediante estadística descriptiva, obteniendo frecuencias simples y porcentajes.

RIESGO DE LA INVESTIGACION

Esta investigación se considera sin riesgo, ya que es retrospectiva de tipo documental.

RESULTADOS

En el **Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud**, Se encontró el registro de **1191** cirugías programadas durante el periodo de enero a diciembre del 2013, de las cuales fueron suspendidas **211** cirugías, representando el **17.72%**.

En el **Cuadro I** se presenta una distribución mensual de del cirugías suspendidas durante el año 2013, para una observación en forma global y hacer más evidente la distribución se presenta la **figura 1** mostrando que en nuestro Hospital el mes de junio presentó el mayor número de cirugías suspendidas, pero podemos observar que el mes de septiembre tiene el mayor índice de porcentaje de cirugías suspendidas, siendo este de 54.34% debido a que fueron menos cirugías programadas.

A diferencia de los meses de noviembre y diciembre que tienen número alto en programación, el número de diferimiento ha sido los más bajos, teniendo un índice de cirugías suspendidas de 8.4% y 10% respectivamente.

**CUADRO I. CIRUGÍAS CANCELADAS EN 2013
DISTRIBUCIÓN MENSUAL**

Mes	Programadas	Canceladas
ENERO	84	22 (26.19%)
FEBRERO	110	21 (19.09%)
MARZO	84	18 (21.43)
ABRIL	109	15 (13.76%)
MAYO	120	18 (15%)
JUNIO	105	26 (24.76%)
JULIO	110	18 (16.36%)
AGOSTO	119	15 (12.60%)
SEPTIEMBRE	46	25 (54.34%)
OCTUBRE	85	13 (15.29%)
NOVIEMBRE	119	10 (8.4%)
DICIEMBRE	100	10 (10%)
TOTAL 2013	1191	211 (17.72%)

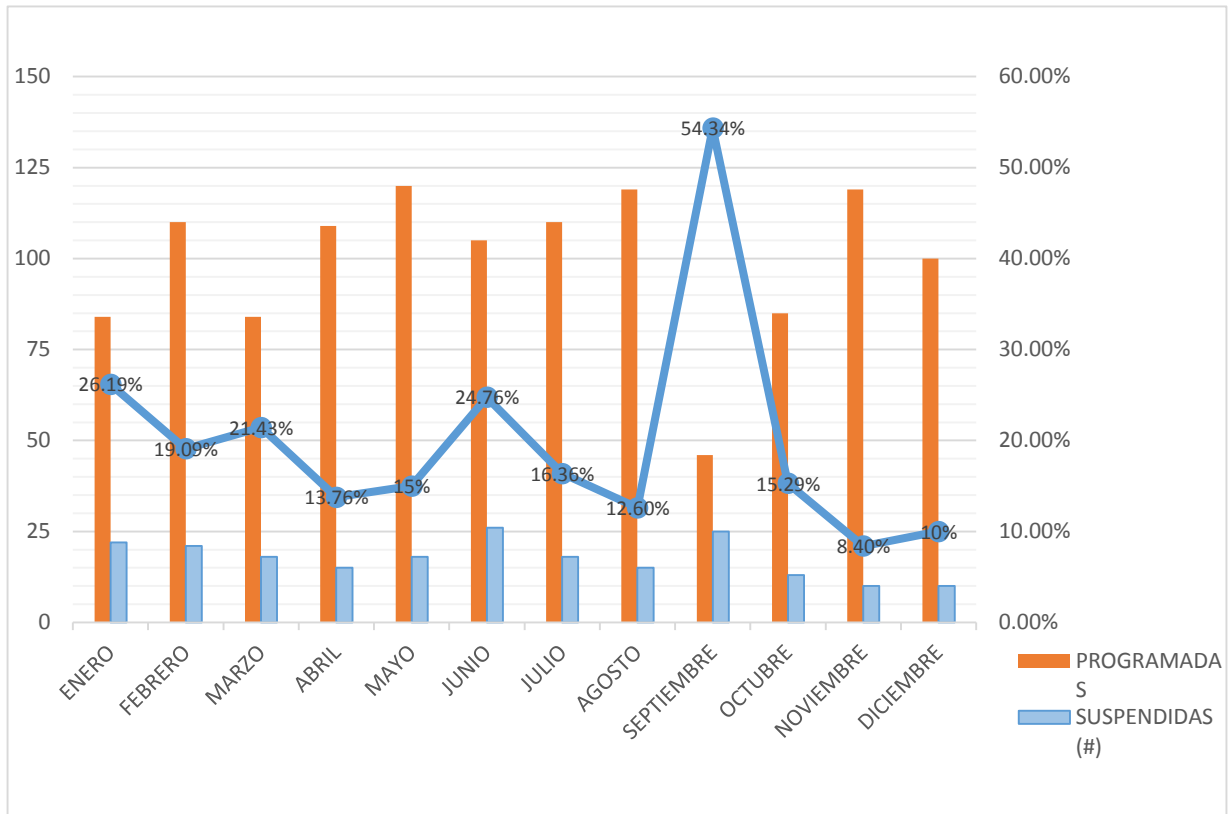


Figura 1. Distribución mensual del número y porcentaje de cirugías suspendidas en el año 2013.

En el **Cuadro II** se muestran 13 especialidades quirúrgicas, de las cuales observamos que el mayor número de cirugías suspendidas fue traumatología y ortopedia con 44 cirugías, seguida de cirugía general y posteriormente urología, pero en por porcentaje en relación al número de programadas se encuentra urología con un 41.98 %, neurocirugía con un 22.58 % y cirugía general, observándose un amplia diferencia entre la primera y la segunda especialidad

Como se puede apreciar en la **figura 2** la especialidad con mayor índice de cirugías suspendidas no es la que tiene mayor número de cirugías programadas.

En contraste, encontramos que la especialidad con menor número de cirugías suspendidas es cirugía gineco-oncológica con únicamente 3 procedimientos, que representa un índice del 4.35% posteriormente cirugía vascular y maxilofacial, quienes tienen un mismo porcentaje con 12.5%.

CUADRO II. CIRUGIAS PROGRAMADAS Y SUSPENDIDAS DISTRIBUIDAS POR ESPECIALIDAD

ESPECIALIDADES	PROGRAMADAS (n)	SUSPENDIDAS n (%)	REALIZADAS n (%)
UROLOGIA	81	34 (41.98)	47 (58.02)
NEUROCIRUGIA	93	21 (22.58)	72 (77.42)
CIRUGIA GENERAL	182	37 (20.33)	145 (79.67)
COLOPROCTOLOGIA	41	8 (19.51)	33 (80.49)
ONCOCIRUGIA	140	27 (19.29)	113 (80.71)
CARDIOTORAX	40	7 (17.5)	33 (82.5)
TRANSPLANTE RENAL	23	4 (17.39)	19 (82.61)
OFTALMOLOGIA	68	10 (14.71)	58 (85.29)
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	329	44 (13.37)	285 (86.63)
OTORRINOLARINGOLOGIA	45	6 (13.33)	39 (86.67)
MAXILOFACIAL	48	6 (12.5)	42 (87.5)
CIRUGIA VASCULAR	32	4 (12.5)	28 (87.5)
GINECOLOGIA-ONCOLOGICA	69	3 (4.35)	66 (95.65)
TOTAL	1191	211 (17.72)	980 (82.28)

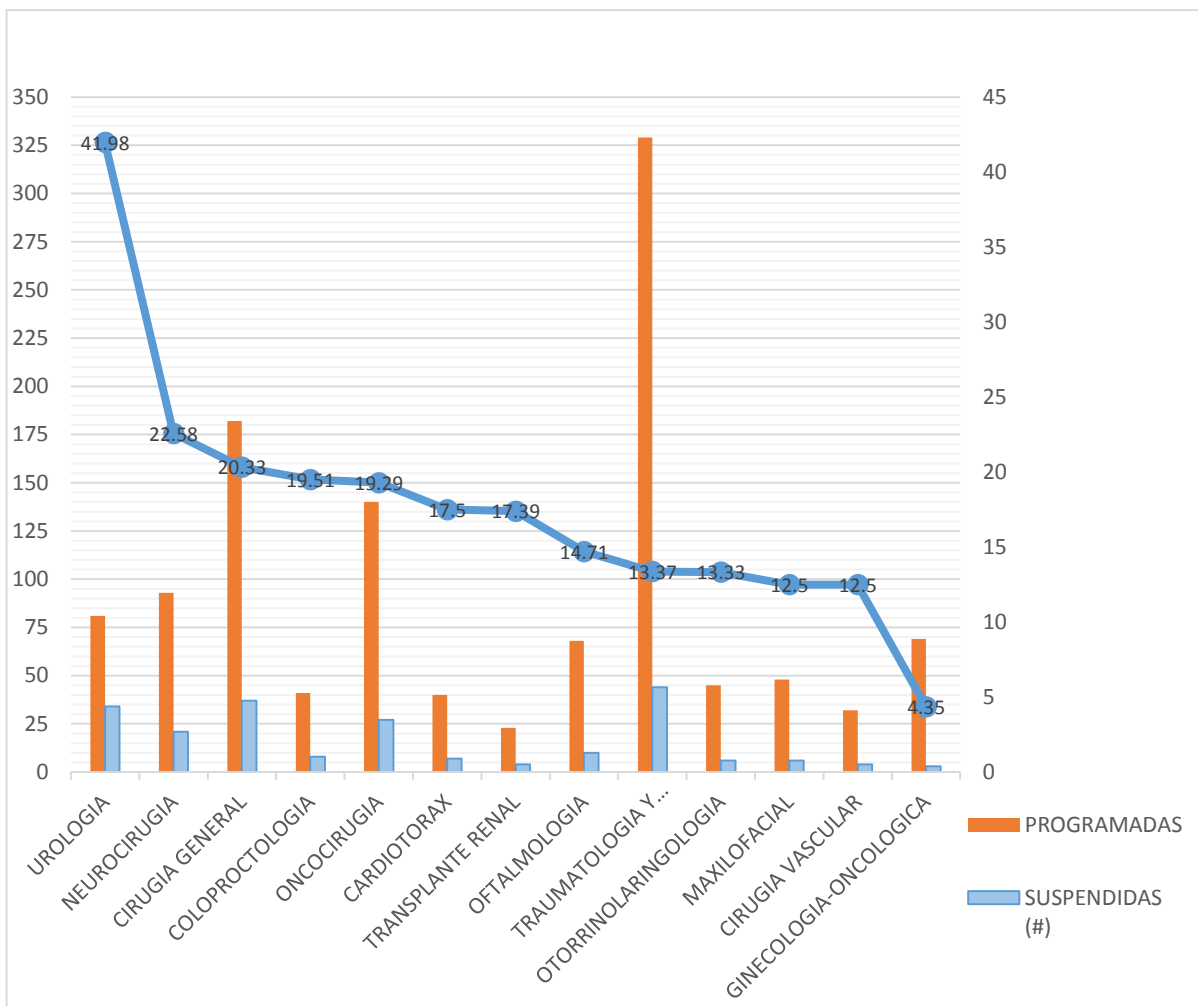


Figura 2. Número y porcentaje de suspensión de cirugía por servicio.

En el **Cuadro III** de muestran las causas específicas de suspensión de cirugía durante todo el año 2013 encontrando que la causa más frecuente, sin importar especialidad fue que no se presentó el paciente con un total de 51 cirugías suspendidas por este motivo, en segundo lugar se encuentran causas administrativas con 23 casos, que incluyen suspensión por errores en la programación, error en el sistema electrónico, falta de espacio en hospitalización y en tercer lugar falta de tiempo quirúrgico, el cual puede presentarse por urgencias quirúrgicas de la misma u otra especialidad.

CUADRO III. CAUSAS ESPECIFICAS DE SUSPENSIÓN QUIRURGICA

1. NO SE PRESENTO PACIENTE (2)	51
2. ADMINISTRATIVOS (1)	23
3. FALTA TIEMPO QCO (1)	19
4. NO LLEGA PROVEDOR INSUMOS (1)	18
5. HIPERTENSION (3)	16
6. CRITERIO CIRUJANO (3)	12
7. PATOLOGIA AGUDA AGREGADA (2)	10
8. FALTA HEMODERIVADOS (3)	10
9. ALTERACION LABORATORIOS (3)	7
10. FALTA MAT Y EQUIPO QUIROFANO (1)	7
11. INF V.A SUPERIOR (3)	7
12. PROTOCOLO INCOMPLETO (3)	6
13. PRIORIDAD URGENCIAS (1)	6
14. AUSENCIA PERSONAL MEDICO (3)	6
15. FALTA MATERIAL Y EQUIPO ANESTESIA (1)	4
16. AYUNO INCOMPLETO (2)	4
17. QUIROFANO MAL ESTADO (1)	4
18. DECISIÓN PACIENTE (2)	1
Total	211

(1) Causas atribuibles al hospital (2) atribuibles al paciente y (3) atribuibles al medico

De acuerdo a la **Figura 3** se observa que de las 18 causas de suspensión de cirugías programadas en nuestro hospital las cinco principales ocupan el 60.18%.

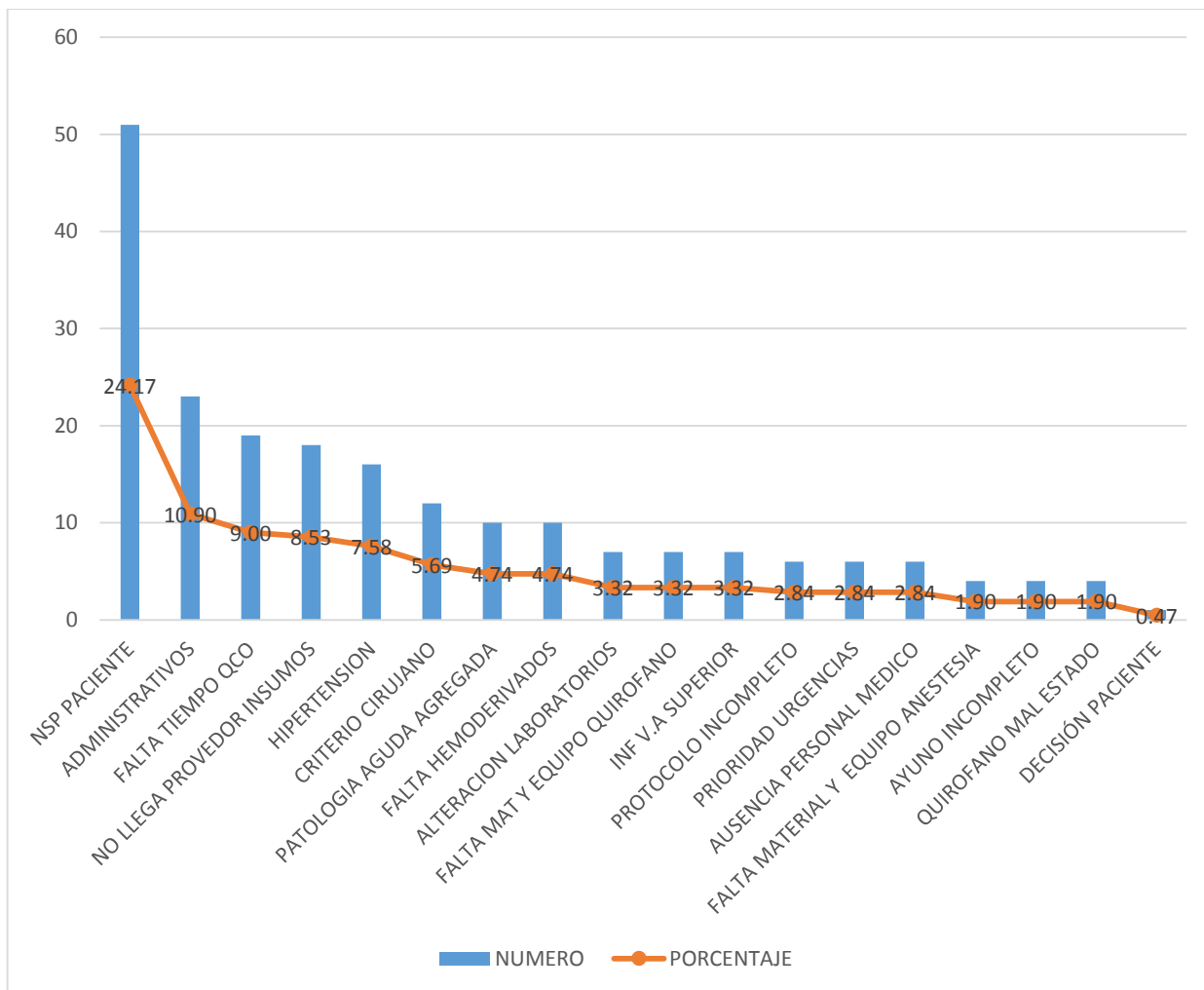


Figura 3. Distribución de las causas de suspensión de cirugía programada por número y porcentajes. *NSP No se presentó paciente*

En el **Cuadro IV** se clasifica la causas de suspensión de cirugías en causas atribuibles al hospital en mayor porcentaje con 38.39% (que incluye falta de tiempo quirúrgico, causas administrativas. Por problemas de proveedor de insumos, falta de material y equipo quirúrgico, prioridades de otras urgencias, falta de material o equipo de anestesia y algún problema en mantenimiento que alguna sala de quirófano), posteriormente atribuibles al paciente con un 31.28%(incluye que no se presentara el paciente, que no completara ayuno o decisión del paciente en el día de su programación; y un tercer rubro atribuible al área médica con un 30.3% (que incluye criterio del cirujano, alguna patología agregada o alteración de estudios de laboratorio y gabinete, que presentara protocolo de estudio incompleto, o ausencia de personal médico ya sea anestesiología o cirujano).

CUADRO IV. CAUSAS DE SUSPENSION CIRUGIAS PROGRAMADAS	
CAUSAS DE CANCELACION	n (%)
ATRIBUIBLE AL HOSPITAL	81 (38.39)
ATRIBUIBLE AL PACIENTE	66 (31.28)
ATRIBUIBLE AL MEDICO	64 (30.33)
TOTAL	211 (100)

DISCUSION

El Hospital Regional del Alta Especialidad “Ciudad Salud” el área de hospitalización tiene 90 camas censables y 75 camas no censables, en servicios clínicos hay 32 consultorios, uno de los cuales ocupa el servicio de anestesiología, en el área quirúrgica existen 5 salas de Quirófano y una sala de Hemodinamia.

Se ha reportado en la literatura que el índice de suspensiones de cirugía programada varía de 4.5% a 18% aunque puede alcanzar hasta 33%.⁶ Según las estadísticas del Hospital General de México²⁹ que podría compararse con nuestro Hospital “Ciudad Salud” ya que se consideran de tercer nivel, en los últimos años ha presentado un porcentaje de suspensiones de 14.5% hasta 21.4% hasta el 2006. En este estudio se encontró que nuestro Hospital presentó un 17.72% representando las 211 cirugías suspendidas de las 1191 cirugías programadas.

Al analizar la distribución mensual de cirugías programadas suspendidas se observa una gran variabilidad, ya que el número de programación se observa desde 46 cirugías en el mes de septiembre hasta 120 cirugías en mayo, por lo tanto decir que un mes presentó mayor número de cirugías diferidas no es útil, en cambio valorarlo por porcentaje, tomando en cuenta el total de cirugías programadas, nos lleva a tener una mejor valoración en forma mensual, observando de esta forma el mayor índice de suspensión de cirugías fue en el mes de septiembre (54.34%) y el menor en noviembre con un 8.4%.

En cuanto a especialidad, urología ocupa el primer lugar en índice de diferimiento con un 41.98% observando que la principal causa fue debido a que el paciente no se presentó, al igual que en el servicio de cirugía general que ocupa el tercer lugar con un 20.33 %, el segundo lugar lo ocupa el servicio de neurocirugía (22.58%) pero a diferencia de los anteriores aquí el principal motivo fue por criterio del cirujano. En otro estudio⁸, se señala que los servicios más afectados en 379 cirugías suspendidas fueron cirugía general, oftalmología, cabeza y cuello, ortopedia, ORL, nefrología, trasplante renal, y por último proctología, por lo que al parecer no hay una relación directa entre una especialidad y la suspensión de cirugías, sino que cada unidad tiene problemáticas diferentes.

En nuestro estudio se identificaron 18 causas específicas de suspensión quirúrgica que se dividieron en tres grupos, las atribuidas al hospital fueron las que presentaron el mayor índice de suspensión con 81 casos del total de las 211 cirugías suspendidas en el 2013, dentro de estos 81 casos, 23 fueron debidos a errores administrativos, 19 a falta de tiempo quirúrgico por estar la sala ocupada sin importar si la sala estaba ocupada por alguna urgencia o alguna cirugía programada anterior que llego a prolongarse, por lo que es importante se llegue a una organización entre el personal administrativo y operativo de nuestro hospital, con el fin de que disminuya nuestro índice de suspensión de cirugía y no sea la principal causa la atribuible al hospital ni al equipo médico.

Con la información obtenida se puede tomar como referencia este índice de suspensión de cirugía programada para evaluar el desempeño de un servicio quirúrgico con base en lo que no se está haciendo y que repercute en la morbilidad de los pacientes, al prolongar el tiempo de tratamiento de su patología. Por otro lado, afecta la ocupación hospitalaria, se incrementan los días de estancia y los costos de la atención al consumir más recursos físicos y humanos, lo que requiere de un estudio adicional; por otro lado, influye también en la economía del paciente al permanecer más tiempo hospitalizado o ser dado de alta y realizar nuevamente un reingreso, implica realizar más gastos en transportación, alimentación fuera de casa, como ocurre en la mayoría de los pacientes que acuden a un hospital público, muchos de ellos son las principales fuentes de ingresos para la familia, al dejar de trabajar dejan de percibir ingresos o en peores situaciones pierden el empleo, existen antecedentes de ello en la literatura.

La Secretaría de Salud cuenta con un Catálogo de Indicadores donde incluye la suspensión de cirugía como un parámetro para la evaluación de la productividad de los servicios quirúrgicos, a pesar de ello no se le ha dado la importancia suficiente para mejorar la productividad y calidad de la atención médico-quirúrgica y corregir el proceso de este tipo de atención. El formato aplicado para la clasificación de las causas de suspensión del acto quirúrgico quizá requiera alguna adecuación, pues algunas de las causas consideradas como de origen médico pueden ser más de

tipo administrativo o de capacidad instalada y recursos, pudiendo ser de tipo no médico.

El índice de suspensión de cirugía programada es un reflejo del comportamiento de los servicios quirúrgicos respecto a la productividad y atención a los pacientes, equiparándola con acciones o producción que no se realizó y que hay que volver a trabajar, tiene un impacto en la economía de la institución y del paciente, hecho que requiere de un análisis económico social motivo de otro estudio.

Las causas de suspensión pueden variar por el tipo de hospital, servicio o región, sin embargo el ausentismo del paciente continúa como un factor primordial que contribuye en forma importante a la suspensión de la cirugía. Las causas de origen médico son susceptibles de corregir, puesto que involucran en forma importante al personal de la salud y con ello se resolverían 30.33% de los casos, con lo que el índice de suspensión bajaría en nuestro Hospital.

El índice de suspensión de cirugía puede ser de utilidad para evaluar y mejorar los servicios quirúrgicos tanto en la atención de los pacientes como en su productividad y de esta forma disminuir los riesgos de quejas por falta de atención, redundando en satisfacción del paciente y mejor posicionamiento de la institución.

Es un parámetro que no requiere de equipos sofisticados ni programas, únicamente llevar un registro de las cirugías programadas, las realizadas y las no realizadas, los resultados se analizan con el equipo quirúrgico, quien detectará las fallas y cómo superarlas para mejorar los servicios.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio el índice de suspensión de cirugía programada fue de 17.72%, predominó en el último cuatrimestre del año, los servicios principalmente involucrados fueron Urología (41.98%), neurocirugía (22.58%) y cirugía general (20.33%), por causas predominaron las atribuidas al hospital (38.39%), siguiendo las atribuidas al paciente (31.28%) y al personal médico (30.33%). Los factores que disminuyen la suspensión de 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 y la creación de una clínica de valoración preoperatoria que incluya a Cirugía y Anestesia. En resumen concluimos en que es muy necesario hacer una evaluación constante del índice de suspensión de la cirugía, lo cual redundará en un mejor desempeño de los servicios quirúrgicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Haberkern CM, Lecky JH.** Preoperative assesment and the anesthesia clinic. *Anesthesiol Clin NA* 1996;14(4):609-627.
2. **Van Norman GA.** Preoperative assessment of common diseases in the outpatient setting. *Anesthesiol Clin North Am* 1996;4:631-654.
3. **Pollard JB, Olson L.** Early outpatient preoperative anesthesia assessment: does it help to reduce operating room cancellations? *Anesth Anal* 1999;89:502-505
4. **Autores.** Causas de suspensiones en Anestesia Hosp Univ 2010. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2344/1/Causas-de-suspensiones-en-anestesia.html>
5. **Ault ML, Cooper SJ, Peruzzi WT.** The preoperative assesment clinic, its value and function. *Anesthesiol Clin NA* 1997;15 (4):735-754.
6. **Macarthur AJ, Macarthur C, Bevan JC.** Determinants of pediatric day surgery cancellation. *J Clin Epidemiol* 1995;48:485-489.
7. **Morrissey S, Alun-Jones T, Leighton S.** Why are operations cancelled? *Br Med J* 1989; 299: 778.
8. **Cavalcante JB, Pagliuca LM, Almeida PC.** Cancellation of scheduled surgery at a university hospital: an exploratory study. *Rev Lat Am Enfermagem* 2000; 8: 59-65.
9. **Hussain AM, Khan FA.** Anaesthetic reasons for cancellation of elective surgical inpatients on the day of surgery in a teaching hospital. *J Pak Med Assoc* 2005; 55: 374-8.
10. **Fersch MB, Tung A, Schweitzer B, Huo D, Glick DB.** Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. *Anesthesiology* 2005; 103: 855-9.
11. **Van Klei WA, Moons KG, Rutten CL, Schuurhuis A, Knape JT, Kalkman CJ, et al.** The effect of outpatient preoperative evaluation of hospital inpatients of cancellations of surgery and length of hospital stay. *Anesth Analg* 2002; 94: 644-9.

12. **Sauceda VAL, Durán AL, Hernández B.** Evaluation of a program monitoring the quality of the services provided by a non governmental organization. *Salud Pública Mex* 2000;42:422-30.
13. **Berwick DM.** Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989;320:53-56
14. **Schwartz S, Sires G, Spencer F:** Principios de cirugía. 5° edición Méjico Interamericana McGraw-Hill 1990 p91-117
15. **Sacristán H, Imaz A, Martín S, Hermoso G, Represa F, Portal F, Martín M:** Cirugía. Tratado de patología y clínica quirúrgica 2° edición España Interamericana McGraw-Hill 1992 p113-5
16. **Hernandez, G.** 2003. tecnicas quirurgicas en enfermeria volumen 1. Mexico D. F: ETM.
17. **Begoña Baso Zabal.** noviembre 2003. Manual de enfermeria Quirurgica. Manual de enfermeria quirurgica, 11-141.
18. **Gomez Torres Daniela** 2007. Repercusiones hospitalarias por suspension de cirugias programadas en hipertensos. *revista de enfermeria* , 207-213.
19. **Miranda Diaz Alejandra.**2000. uso eficiente del quirofano. Rev. Gastroenterologia Mexico , 69-73.
20. **Barrilero Gomez Torres** 1998-09. Ansiedad y Cirugia. Repercusion en el paciente sometido a cirugias programadas. *Revista de enfermeria* , 1-14.
21. **Leguizamon Arango Paola Andrea.** 2011. Mejoramiento del proceso de programacion de cirugias de una institucion hospitalarias de la ciudad de cali. cali: Universidad Icesi.
22. **Lopez, J. M.** 2008. La suspension de cirugia electiva en un hospital publico de tercer nivel frecuencia y causas. *cirujano General* , 34-40.
23. **Antonio PS, Munari, DB, Costa HK.** Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. Rev eletrônica enferm. [periódico online]. 2002 [capturado 2009 abr 20]; 4(1):[7 telas]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/744/807>
24. **Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth** - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

25. **Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC.** Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório. *Rev latino amer enferm.* 2000; 8(4):59-65.
26. **Paschoal MLH.** Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2002.
27. **Schofield WN, Rubin GL, Piza M, Lai YY, Sindhusake D, Fearnside MR, Klineberg PL.** Cancellatoin of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *Med J Aust* 2005 June 20; 182(12):612-5.
28. **Robb WB, O'Sullivan MJ, Brannigan AE, Bouchier-Hayes DJ.** Are elective surgical operations cancelled due to increasing medical admissions? *Ir J Med Sci* 2004 July-September; 173(3):129-32.
29. **Aguirre-Cordova JF, Chavez-Vazquez G, Huitron-Aguillar GA, Cortes-Jimenez N.** Why is surgery cancelled? Causes, implications, and bibliographic antecedents. *Gac Med Mex* 2003 November-December; 139(6):545-51.
30. **Tait AR, Voepel-Lewis T, Munro HM, Gutstein HB, Reynolds PI.** Cancellation of pediatric surgery: economic and emotional implications for patients and their family. *J Clin Anesth* 1997 May; 9(3):213-9.
31. **Abdellaoui A, Addison A.** A study of cancelled operations in an orthopaedics department. *Clin Gov Bull* 2005 March; 5(6):6-9.
32. **Seim AR, Fagerhaug T, Ryen SM, Curran P, Saether OD, Myhre HO, et al.** Causes of cancellations on the day of surgery at two major university hospitals. *Surg Innov.* 2009;16:173–80.
33. **Haana V, Sethuraman K, Stephens L, Rosen H, Meara JG.** Case cancellatons on the day of surgery: an investigation in an Australian paediatric hospital. *ANZ J Surg.* 2009;79:63640.
34. **Morehead MA.** **Evaluating the quality of medical care in the Neighborhood Center Program of the Office of Economic Opportunity.** *Med Care* 1970;8:1118-31.
35. **Duran AL.** Determinants of professional status among physicians in México. *Gac Med Mex* 2001;137:509-20.

36. **Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J.** “Hacemos lo que podemos” los prestadores de servicio frente al problema de la utilización. *Salud Pública Mex* 1997;39:546-53.
37. **Sánchez JI, Bonne GT, Pérez FC, Botín DM.** Evaluación de la calidad de atención médica integral a trabajadores del municipio de Santiago de Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* 2002;28:3845.
38. **Aguirre-Gas H.** Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex* 1991;33:624-28.
39. **MacArthur AJ, MacArthur C, Bevan JC.** Determinants of pediatric day surgery cancellation. *J Clin Epidemiol* 1995;48:485-489.
40. **Jiménez A, Artigas C, Elia M, Casamayor C, Gracia JA, Martínez M.** Cancellations in ambulatory day surgery: Ten years observacional study. *Ambulatory Surgery*. 2006;12:119–23.