



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ”

“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TIEMPO DE
ESPERA PARA CIRUGÍA POSTERIOR AL
DIFERIMIENTO DURANTE LA PANDEMIA
COVID-19.”

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN
ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:
DR. FRANCISCO DANIEL GALICIA GONZÁLEZ.

TUTOR PRINCIPAL:
DR. VÍCTOR LEÓN RAMÍREZ

CO-TUTOR:
DRA. JANAÍ SANTIAGO LÓPEZ





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.

**“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TIEMPO DE ESPERA PARA
CIRUGÍA POSTERIOR AL DIFERIMIENTO DURANTE LA
PANDEMIA COVID-19.”**

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL S. XXI
“DR. BERNARDO SEPULVEDA”



03 FEB 2022



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD


DRA. MENDOZA ZUBIETA VICTORIA

Jefe de División de Educación en Salud
Del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”
Del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”
Del Instituto Mexicano del Seguro Social


DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

Profesor Titular del Curso Universitario de Anestesia (UNAM)
Del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”
Del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”
Del Instituto Mexicano del Seguro Social


DR. VÍCTOR LEÓN RAMÍREZ

Médico Jefe de Quirófanos
Del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”
Del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”
Del Instituto Mexicano del Seguro Social


DRA. JANAÍ SANTIAGO LÓPEZ

Médico de base adscrito al Departamento de Anestesiología
Del Hospital de Cardiología
Del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”
Del Instituto Mexicano del Seguro Social

Número de Folio: F-2021-3601-212
Número de Registro: R-2021-3601-170



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3601**.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Dr. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS **17 CI 09 015 034**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 023 2017082**

FECHA **Miércoles, 25 de agosto de 2021**

Dr. Victor Leon Ramirez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Análisis descriptivo del tiempo de espera para cirugía posterior al diferimiento durante la pandemia COVID-19**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **PROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3601-170

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Carlos Fredy Cuevas García
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE

Resumen.....	5
Ficha de identificación.....	7
Introducción.....	8
Material y métodos.....	11
Resultados.....	13
Discusión.....	20
Conclusión.....	20
Referencias bibliográficas.....	24
Anexos.....	26

RESÚMEN

Título: Análisis descriptivo del tiempo de espera para cirugía posterior al diferimiento durante la pandemia COVID-19.

Introducción: Desde un punto de vista de planificación, el tiempo de espera para cirugía refleja un desequilibrio entre la oferta y la demanda, además es un indicador que legitima socialmente los servicios públicos, repercutiendo en el paciente, el personal sanitario y la institución hospitalaria. La Pandemia COVID-19 ha impactado significativamente al mismo.

Objetivo: Cuantificar el tiempo de espera para cirugía posterior al diferimiento durante la pandemia COVID-19.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo de 694 pacientes quirúrgicos diferidos durante el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2021 y se cuantificó el tiempo de espera para intervención. Para el análisis de variables, se realizó estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central y dispersión, frecuencias simples y proporciones. La información se procesó con SPSS v-26.0.

Resultados: De los 694 pacientes diferidos, 60.23% habían sido operados en la institución; 4.90% fueron operados en medio privado; 1.15% ya no requirieron cirugía y 33.72% aún no se había operado. El tiempo de espera para intervención posterior al diferimiento fue 7 (1-320) días.

Conclusión: El tiempo de espera para intervención quirúrgica posterior al diferimiento durante la pandemia COVID-19 fue aceptable acorde a los estándares establecidos a nivel institucional.

Palabras clave: Suspensión quirúrgica; Programación quirúrgica; Tiempo de espera; Cirugía; COVID-19; México.

ABSTRACT

Title: Descriptive analysis of the waiting time for post-deferral surgery during the COVID-19 pandemic.

Introduction: From a planning point of view, the waiting time for surgery reflects an imbalance between supply and demand, it is also an indicator that socially legitimizes public services, having repercussions on the patient, the health personnel and the hospital institution. The COVID-19 Pandemic has significantly impacted it.

Objective: To quantify the waiting time for surgery after deferral during the COVID-19 pandemic.

Material and methods: A descriptive cross-sectional study of 694 deferred surgical patients was carried out during the period from January 1 to December 31, 2021 and the waiting time for intervention was quantified. For the analysis of variables, descriptive statistics were performed, using measures of central tendency and dispersion, simple frequencies and proportions. The information was processed with SPSS v-26.0.

Results: Of the 694 deferred patients, 60.23% had undergone surgery at the institution; 4.90% were operated in a private setting; 1.15% no longer required surgery and 33.72% had not yet undergone surgery. The waiting time for intervention after the deferral was 7 (1-320) days.

Conclusion: The waiting time for surgical intervention after deferral during the COVID-19 pandemic was acceptable according to the standards established at the institutional level.

Keywords: Surgical suspension; Surgical programming; Wait time; Surgery; COVID-19; Mexico.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Datos del alumno (Autor)	
Apellido paterno:	Galicia
Apellido materno	González
Nombre (s)	Francisco Daniel
Teléfono:	55.39.26.88.96
Universidad:	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela:	Facultad de Medicina
Carrera:	Anestesiología
No de Cuenta:	309020356
Correo electrónico:	galicia.git.mx@gmail.com
2. Datos del tutor (es)	
Tutor principal	León Ramírez Víctor Anestesiólogo Cardiovascular Pediátrico Maestría en Alta Dirección de Hospitales Jefatura de quirófanos del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" del Centro Médico Nacional "Siglo XXI" Tel. 55-56-27-69-00 Ext. 21436 Correo electrónico: viler15@hotmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3213-5650
Co-Tutor	Santiago López Janaí Neurocardioanestesiólogo Doctorado en Educación Médico de base adscrito al Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", Tel. 55-56-27-69- 00 Ext. 22181 Correo electrónico: janai_santiago@yahoo.com.mx ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9278-1590
3. Datos de la tesis	
Título	Análisis descriptivo del tiempo de espera para cirugía posterior al diferimiento durante la pandemia COVID-19.
No. de páginas	31
Año:	2022
No. de registro:	R-2021-3601-170

INTRODUCCIÓN

En México, el 23 de marzo de 2020, el Consejo de Salubridad General emitió el acuerdo por el que se reconoce la pandemia por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) como una enfermedad grave de atención prioritaria, y establece las actividades de preparación y respuesta. **[1]** En este sentido el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se hace partícipe implementando medidas para mitigar y controlar los riesgos para la salud que implica dicha enfermedad, entre las que podemos mencionar la “Reprogramación quirúrgica” con lo cual se pretendía reducir los contagios, y el alta demanda de hospitalización, y así poder brindar servicios de salud a un mayor número de pacientes infectados por SARS CoV-2, formando parte de la estrategia de “Reconversión Hospitalaria” para optimizar recursos.

Las cirugías reprogramadas no deberían implicar riesgos para la vida o función de los pacientes y no modificarían su pronóstico para dar prioridad a cirugías urgentes. En lo que respecta a las cirugías por padecimientos oncológicos, se realizaron lo más pronto posible, con las mayores medidas de seguridad para los pacientes y el personal de salud. **[2]**

En el mes de septiembre de 2020, con el propósito de restablecer de manera gradual, ordenada y segura la actividad quirúrgica a nivel institucional, bajo nuevas condiciones de bioseguridad en beneficio de derechohabientes, trabajadores y de la población usuaria, se inicia el proceso de “Des-reconversión”: Nueva normalidad. **[3,4]** Dicho proceso de reapertura de actividades se ajusto a la “Guía de continuidad para garantizar los servicios en las unidades médicas de la Administración Pública Federal en la Nueva Normalidad”. **[1]** Inició en orden, y con respeto a los derechos laborales de los

trabajadores de la salud, previendo protocolos de desinfección de las instalaciones y disponibilidad de insumos de protección de acuerdo con el nivel de riesgo de las actividades del personal. **[4, 5]**

Hacer una adecuada planeación del retorno a la normalidad, requirió de evaluar la necesidad de intervención, riesgo-beneficio, situación clínica del paciente y el tiempo de espera para cirugía, para estar en posibilidad de priorizar la prestación del servicio en nuestra Unidad Hospitalaria, disminuyendo el riesgo para nuestros usuarios. **[1,6]**

El tiempo de espera para cirugía es un indicador que legitima socialmente los servicios de salud pública y que afecta de manera indirecta al profesional sanitario, tanto en su relación médico-paciente, como en la insatisfacción que produce al no poder resolver un problema socio-sanitario. Desde un punto de vista de planificación de servicios, reflejan un desequilibrio entre la oferta y la demanda. **[6]**

A pesar de que el tiempo de espera para cirugía es uno de los aspectos que genera mayor insatisfacción en nuestro sistema sanitario, **[7]** en México no existen trabajos de investigación que avalen garantías de espera desde el punto de vista de la evidencia científica, por lo que no solo es importante saber cuántas personas están en espera, sino también el tiempo y las barreras de acceso que no les han permitido resolver su problema quirúrgico. **[8]**

Bajo este contexto, la necesidad de cirugía es en la mayoría de los casos difícil y estresante. Esto puede desencadenar reacciones fisiopsicológicas (reacciones neuroendocrinas, ansiedad, miedo) en el individuo, así como también financieras, modificando, por consiguiente, la situación familiar. Dicho esto, la suspensión de una cirugía electiva provoca sentimientos como frustración y

tristeza, además de una gran dificultad para luchar con ellos, que pueden agravarse al considerar la construcción histórica y social de cada individuo. Esta situación hace que aumente el tiempo de hospitalización, provocando numerosos cambios en la vida diaria del paciente. **[9]**

La cancelación de procedimientos quirúrgicos programados repercute negativamente en los pacientes afectados (trastorno social, económico y de salud), y también en el conjunto de la población atendida, al reducir la efectividad y la eficiencia del su sistema sanitario.

El posponer o cancelar cirugías electivas representa un riesgo en la salud de los pacientes y un reto para las instituciones de salud tanto públicas como privadas ya que compromete sensiblemente el principio de equidad que inspira a los sistemas de salud, haciendo evidente la necesidad de implementar procesos de mejora de la calidad. **[10]**

En este sentido, la oportunidad en la atención de salud es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o salud. **[11]** Dada la premisa anterior, es que durante este periodo de pandemia, se busca que los procedimientos quirúrgicos sean seguros para los pacientes, mejoren sus condiciones de salud y disminuyan la morbimortalidad.

Con estas premisas cuantificamos el tiempo de espera para cirugía posterior al diferimiento durante la pandemia COVID-19 en nuestra unidad hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con la aprobación de la Comité Local de Investigación en Salud (CLIS), y con el objeto de cuantificar el tiempo de espera para cirugía posterior al diferimiento durante la pandemia COVID-19 en nuestra unidad hospitalaria, mediante la revisión del Sistema de Registro de la Oportunidad Quirúrgica (INDOQ) se realizó un listado que incluyó el nombre, número de seguridad social, diagnóstico preoperatorio, servicio tratante, riesgo y prioridad quirúrgica de los 694 pacientes de la institución, cuya cirugía fue diferida durante el periodo comprendido del 01 de enero de al 31 de diciembre de 2021. Una vez elaborado el listado, se llevó a cabo otra nueva revisión del Sistema de Registro de la Oportunidad Quirúrgica, donde se identificó el momento en que cambió el estatus de la cirugía de diferida a realizada, y se cuantificó el tiempo de espera para cirugía. En caso de que el paciente no se identificó de esta manera como cirugía realizada se procedió a la solicitud de los expedientes clínicos en el departamento de archivo clínico y se revisaron las copias de los informes operatorios del servicio de anestesiología y el formato de "Intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano (4-30-27/90)", y de esta manera se cuantificó también el tiempo de espera para cirugía.

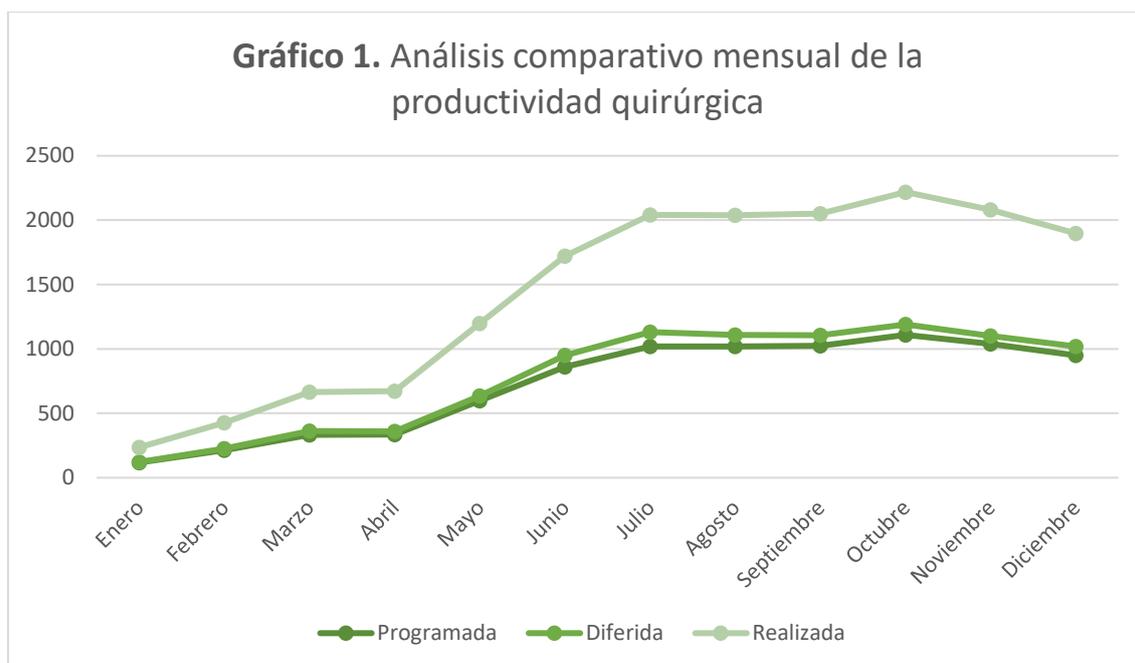
Los datos obtenidos fueron recogidos en un formulario de fácil aplicación, con pruebas diseñadas para tal fin. El proceso de identificación de expedientes de pacientes fue realizado por el médico residente de Anestesiología. Los datos obtenidos fueron exportados a una base de datos electrónica para su procesamiento posterior.

Para el análisis estadístico, se realizó estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central y dispersión. Las variables continuas se expresaron en promedio \pm desviación estándar y las variables categóricas en porcentaje. La

información se procesó con el software SPSS (SPSS, inc. Chicago, IL, USA) versión 26.0. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

RESULTADOS

Durante el periodo de revisión se programaron 8620 procedimientos quirúrgicos, de los cuales se suspendieron 694, el equivalente a 8.05%. En el Gráfico 1 mostramos el análisis comparativo mensual de la productividad quirúrgica, durante un año de pandemia.



La gran mayoría de los pacientes quirúrgicos diferidos fueron pacientes con discreto predominio del género masculino, en la sexta década de la vida, con un riesgo anestésico-quirúrgico según el ASA de 3, sin antecedente de infección por SARS CoV-2, sin predominio de la condición administrativa (ambulatorio/hospitalizado). La representatividad de las cirugías diferidas no alcanzaron su ingreso a sala, eran procedimientos prioridad 3, para abordaje abierto y que no involucraban cavidad (Tabla 1).

Las causas de diferimiento quirúrgico se enlistan en la Tabla 2, siendo las causas principales la enfermedad intercurrente, el no haberse presentado el paciente, y prioridad a cirugía de urgencia.

Tabla1. Características generales.	
Variable	Diferidas n=694
Edad (años)	56.42 ± 18.14
Género (M/F)	349/345
ASA (I/II/III/IV/V/VI)	145/234/280/35/0/0
Infección SARS CoV-2 (No/Si)	683/11
Condición administrativa (A/H)	347/347
Ingreso a sala (No/Si)	652/42
Prioridad (1/2/3/4)	77/194/348/75
Involucra cavidad (No/Si)	432/262
Endoscópica (No/Si)	624/70
M: Masculino; F: Femenino; ASA: <i>American Society of Anesthesiologists</i> ; A: Ambulatorio; H: Hospitalizado.	

Los servicios con más diferimiento quirúrgico fueron: Oftalmología, Neurocirugía y Gastrocirugía (Tabla 3). En la Tabla 4 se muestra el diferimiento quirúrgico en relación con la productividad de cada servicio, Cirugía bariátrica tiene el índice de diferimiento quirúrgico más alto, seguido de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello, mientras que Angiología, Urología y Cirugía de colon y recto tienen los menores índices de diferimiento.

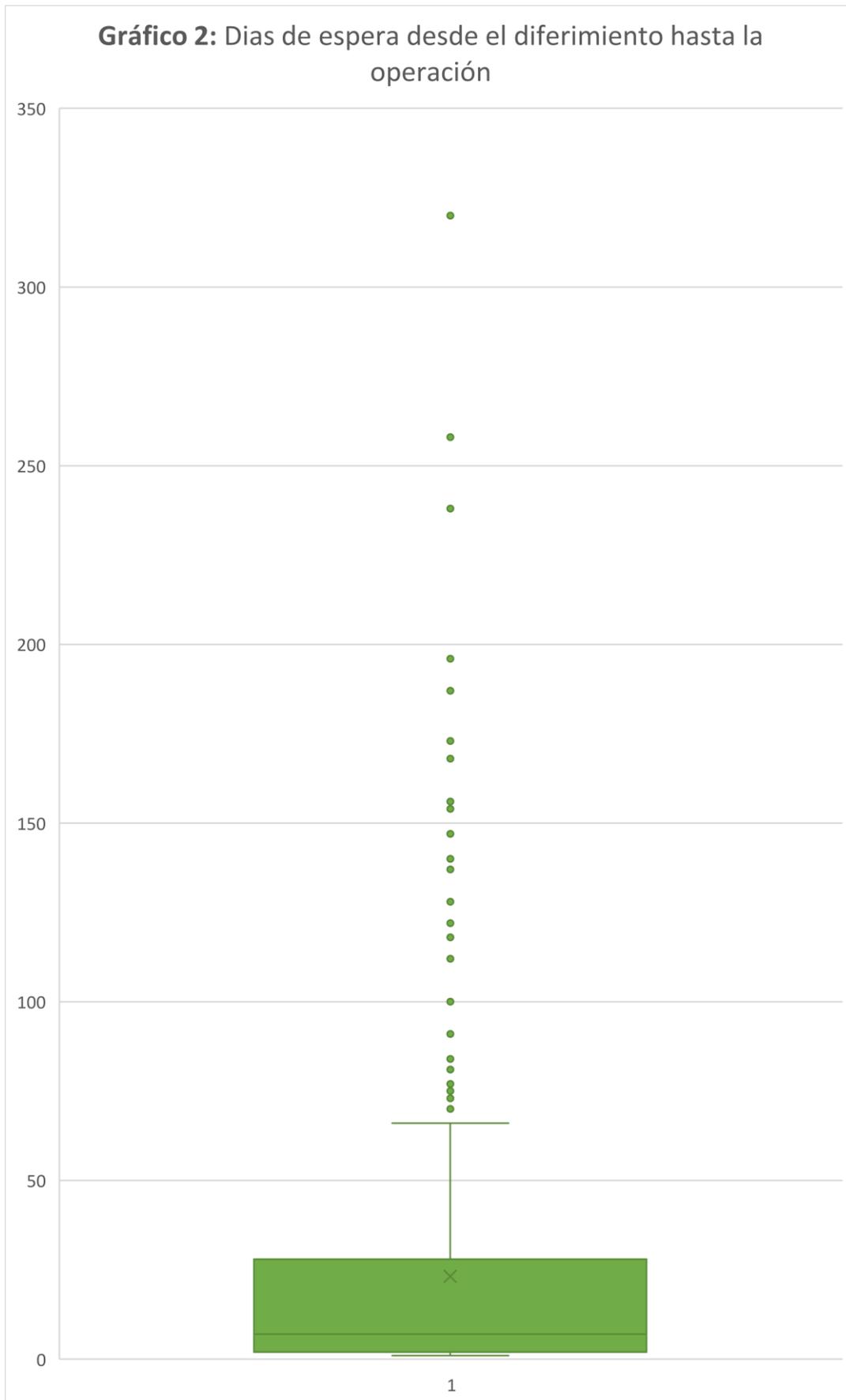
Tabla 2. Causas de diferimiento quirúrgico		
Causa	n	%
Enfermedad intercurrente	136	19.59
No haberse presentado el paciente	134	19.31
Prioridad a cirugía de urgencia	70	10.09
Otros	66	9.51
Tiempo quirófano insuficiente por cirugía prolongada	44	6.34
Cambio de criterio quirúrgico	40	5.76
Carecer de cama	20	2.88
Se adelantó cirugía	16	2.31
Error de programación	14	2.02
Carecer de instrumental o equipo especial (inexistente)	14	2.02
Carecer de instrumental o equipo especial (no adquirido)	12	1.73
Tiempos alargados	10	1.44
Defunción transoperatoria	9	1.30
No autorizo medicina interna	9	1.30
Por indicación del cirujano	8	1.15
Alta voluntaria	8	1.15
Paciente fallecido antes	8	1.15
Sin vigencia	8	1.15
Cambio de cuadro clínico (indicación quirúrgica)	8	1.15
No se obedeció orden de ayuno	7	1.01
Necesidad de valoración cardiológica	6	0.86
Paciente mal preparado	5	0.72

Carecer de instrumental o equipo especial (no preparado)	5	0.72
Carecer de autorizacion.del paciente o responsable	5	0.72
Cambio de criterio anestésico	5	0.72
Exámenes de laboratorio incompletos	4	0.58
Paciente en estudio en otra área	3	0.43
Sangre inexistente	3	0.43
Estudio incompleto	3	0.43
Sin expediente	3	0.43
Personal de enfermería insuficiente	3	0.43
Ausencia del anesthesiólogo sin aviso	3	0.43
Complicación preanestésica (por medicación)	2	0.29
No autorizó hematología	1	0.14
No autorizó cardiología	1	0.14
Ausencia de cirujano con aviso	1	0.14
Total	694	100.0

El tiempo de espera de los pacientes operados fue 7 (1-320). Solo 47.26% de los pacientes reprogramados, fueron operados dentro del periodo de 20 días hábiles posteriores a su diferimiento. 12.97% de los pacientes, tuvieron un referente temporal de espera para intervención quirúrgica mayor a 20 días hábiles. 4.90% fueron operados en medio privado; 1.15% ya no requirieron cirugía y 33.72% aún no se habían operado. En el Gráfico 2 se puede apreciar el tiempo de espera de los paciente para recibir la atención quirúrgica respectiva.

Tabla 3. Diferimiento quirúrgico por servicio tratante		
Servicio quirúrgico	<i>n</i>	%
Angiología	16	2.31
Cirugía bariátrica	3	0.43
Cirugía de cabeza y cuello	73	10.52
Cirugía torácica	2	0.29
Cirugía maxilofacial	12	1.73
Cirugía plástica y reconstructiva	5	0.72
Cirugía de trasplante	27	3.89
Gastrocirugía	91	13.11
Neurocirugía	123	17.72
Oftalmología	208	29.97
Otorrinolaringología	36	5.19
Cirugía de colon y recto	17	2.45
Urología	81	11.67
Total	694	100.0

Tabla 4. Índice de diferimiento quirúrgico por servicio tratante			
Servicio quirúrgico	Diferidas	Realizadas	IDQ
Angiología	16	256	6.25
Cirugía bariátrica	3	21	14.28
Cirugía de cabeza y cuello	73	630	11.58
Cirugía torácica	2	26	7.69
Cirugía maxilofacial	12	158	7.59
Cirugía plástica y reconstructiva	5	75	6.67
Cirugía de trasplante	27	293	9.22
Gastrocirugía	91	1016	8.96
Neurocirugía	123	1144	10.75
Oftalmología	208	2467	8.43
Otorrinolaringología	36	284	12.67
Cirugía de colon y recto	17	267	6.37
Urología	81	1289	6.28
IDQ: Índice de diferimiento quirúrgico.			



DISCUSIÓN

El diferimiento quirúrgico durante la pandemia COVID-19 ha simbolizado un gran problema de los sistemas de salud a nivel mundial y nuestra realidad no escapa a ello. Su existencia responde al cierre de quirófanos para la redistribución del personal quirúrgico a otros servicios médicos, aumentando la demanda, rebasando la oferta e incrementando las listas de espera quirúrgica. Sin embargo, hemos considerado que dichas listas no debería ser en sí misma un problema; sino, un medio para conseguir una adecuada gestión quirúrgica. **[12]**

Cuando el tiempo de espera para recibir la atención quirúrgica requerida sobrepasa los límites institucionales establecidos (en nuestro caso 20 días hábiles), empeoran el pronóstico del paciente y retrasan su recuperación, aunado a que aumentan los costos del sistema y el riesgo de morbilidad.

[13]

Múltiples investigaciones afirman que una merma en las tasas de diferimiento quirúrgico tiene un mayor potencial de ahorro; por lo que su reducción debe constituir una prioridad institucional, ya que es la institución la que absorbe los costos de las horas de quirófano no utilizado y de personal. **[16-18]**

En nuestro estudio la principal causa de diferimiento quirúrgico fue la enfermedad intercurrente, lo que coincide con los hallazgos reportados por Troncoso-Montero y colaboradores quienes en un estudio multicéntrico reportaron un porcentaje global de suspensiones en intervenciones quirúrgicas programadas de 7.5% para el conjunto de los tres hospitales, registrando como primera causa de suspensión en los tres centros la enfermedad intercurrente con 57.9%. **[19]**

En nuestro estudio, encontramos que uno de los servicios con mayor diferimiento quirúrgico fue Neurocirugía, lo que coincide con lo reportado por Catalan y

colaboradores. **[20]** Las soluciones planteadas para resolver el problema expuesto pueden ser múltiples, entre las que podemos mencionar: propiciar medidas para un uso eficiente de los recursos con los que se cuentan; gestionar adecuadamente las listas de espera y establecer medidas para controlar las indicaciones médicas. No obstante, la ejecución de un análisis completo de la situación aquí expuesta es vital para identificar los puntos clave que intervienen en esta problemática y, de esta forma, plantear las mejores soluciones, mejorar la calidad de vida de los usuarios del servicio de salud y la calidad del servicio que se ofrece.

En este sentido, uno de los retos que enfrentan los sistemas de salud durante la pandemia COVID-19 es el diseño de estructuras organizativas que permitan brindar a los pacientes una atención médica adecuada, que se define como aquella que combina de manera óptima el conocimiento científico y la tecnología con un trato sensible y respetuoso hacia los usuarios de servicios de salud, en un marco temporal oportuno. Varios de estos atributos de la atención médica se han agregado en el término “trato adecuado”, que constituye uno de los tres objetivos intrínsecos de los sistemas de salud. **[14]**

Aunque no existe un consenso claro sobre los criterios para determinar si la atención de la salud es oportuna, puede considerarse que el tiempo de espera para recibir atención es adecuado o razonable cuando no genera inconvenientes adicionales a los provocados por el proceso patológico que llevó a la persona a buscar ayuda médica. A nivel institucional, para una intervención quirúrgica se ha establecido en 20 días hábiles o menos. **[14, 15]**

A nivel internacional se documentó un incremento de los tiempos de espera asociados a la pandemia COVID-19 y sus consecuencias negativas.

Algunos de los efectos de las esperas prolongadas para procedimientos electivos están mayores índices de utilización de servicios de urgencia, mayor consumo de medicamentos y otros insumos, e índices más elevados de complicaciones que pueden llegar incluso a la muerte.

CONCLUSIÓN

El referente temporal de espera para intervención quirúrgica posterior a diferimiento durante la pandemia COVID-19 fue aceptable acorde a los estándares establecidos a nivel institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guía de continuidad para garantizar los servicios en la unidades médicas de la administración pública federal en la nueva normalidad [Internet] Gobierno de México Coronavirus. 2020. [Consultado: 22 de julio de 2021]. Disponible en:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi2sO67nPjxAhUugK0KHfQ3AJUQFjADegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fcoronavirus.gob.mx%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F09%2FGuia_Continuidad_Servicios_Salud_21Sep2020.pdf&usg=AOvVaw03Q4aVbEnMCFw4676R1NLq
2. IMSS diferirá cirugías y consultas para reducir contagios y asegurar más camas para atender pacientes por COVID-19 [Internet] IMSS. 2020. [Consultado: 22 de julio de 2021]. Disponible en:
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwirpse0kPjxAhVPRK0KHagfCJAQFjADegQIBRAD&url=http%3A%2F%2Fwww.imss.gob.mx%2Fprensa%2Farchivo%2F202004%2F217&usg=AOvVaw0y0clZmOKTcjl4LyljifRM>
3. Inicia el ISSSTE proceso de des-reconversión de unidades médicas COVID-19 hacia la nueva normalidad de servicios de salud. [Internet] ISSSTE. 2020. [Consultado: 22 de julio de 2021]. Disponible en:
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi2sO67nPjxAhUugK0KHfQ3AJUQFjACegQIBBAD&url=https%3A%2F%2Fwww.gob.mx%2Fissste%2Fprensa%2Finicia-el-issste-proceso-de-des-reconversion-de-unidades-medicas-covid-19-hacia-la-nueva->

[normalidad-de-servicios-de-salud&usg=AOvVaw3UhqUoVYr8m67Utl4QRr6V](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi2sO67nPjxAhUugK0KHfQ3AJUQFjAGegQIDBAD&url=http%3A%2F%2Fwww.imss.gob.mx%2Fprensa%2Farchivo%2F202009%2F650&usg=AOvVaw0oqYTI4dOTAZetWz5v5R5t)

4. IMSS anuncia plan para reanudar servicios médicos que fueron suspendidos por el COVID-19 [Internet] IMSS. 2020. [Consultado: 22 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi2sO67nPjxAhUugK0KHfQ3AJUQFjAGegQIDBAD&url=http%3A%2F%2Fwww.imss.gob.mx%2Fprensa%2Farchivo%2F202009%2F650&usg=AOvVaw0oqYTI4dOTAZetWz5v5R5t>
5. Alistan desreconversión de 40% de unidades COVID [Internet] Reforma. 2020. [Consultado: 22 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi2sO67nPjxAhUugK0KHfQ3AJUQFjAHegQIDhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.reforma.com%2Falistan-desreconversion-de-40-de-unidades-covid%2Far2064293&usg=AOvVaw3pqQ2UUDqhX5Efumke4fZI>
6. Tiempo de espera y calidad de atención en pacientes de odontoestomatología intervenidos en sala de operaciones. An Fac Med. 2019; 80(2): 183-7.
7. Rodrigo I, Gabilondo L. Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. Rev Calidad Asistencial. 2007;22(4):168-79.
8. Tiempo de espera por una cirugía, creció siete meses durante la pandemia COVID-19 [Internet] LT. 2020. [Consultado: 23 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=>

[2ahUKEwj9y7HQzfnxAhVimK0KHSMfCWgQFjARegQIFxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.latercera.com%2Ffla-tercera-sabado%2Fnoticia%2Ftiempo-de-espera-por-una-cirugia-crecio-siete-meses-durante-la-pandemia%2FCDHKP36T6RHJZLUHBZEUDMFKC4%2F&usg=AOvVaw1PATkGF--HeCb84_X0-sID](https://www.latercera.com/fla-tercera-sabado/noticia/tiempo-de-espera-por-una-cirugia-crecio-siete-meses-durante-la-pandemia/CDHKP36T6RHJZLUHBZEUDMFKC4/?usg=AOvVaw1PATkGF--HeCb84_X0-sID)

9. Cavalcante de Sousa-Araújo PF, do Nascimento-Joice S, Barbosa de Melo-Azedo SP, Xavier-Suênia M, Fernandes-Costa IK, Martins-Melo de Araújo GS. Cancelaciones de cirugías electivas en un hospital escuela: causas y estadísticas. *Enferm Glob.* 2020; 19(59): 286-321.
10. Rodríguez-Fraile JR. Cancelación de procedimientos quirúrgicos programados: causas, consecuencias y soluciones. [Internet] *Anestesiario*. 2009. [Consultado: 23 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjQ4pu3x5DyAhUKEqwKHRVQCIMQFnoECAYQAw&url=https%3A%2F%2Fanestesiario.org%2F2009%2Fcancelacion-de-procedimientos-quirurgicos-programados-causas-consecuencias-y-soluciones%2F&usg=AOvVaw2dbYAsuy39KKwf_PJZBJ9i
11. Cepero-Morales R, Caballería-Pérez F, Ojeda de Pedro J, Olazábal-Alfonso A. Consideraciones sobre el control de la calidad en la atención hospitalaria. [Internet] *AMC*. 2009 [Consultado: 23 de julio de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000100018&lng=es.
12. Rodríguez E, Álvarez B, Abad P. Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(3): 702-7.
13. Díaz A, Osada J. Tiempo de espera quirúrgica en un hospital de Chiclayo, Perú [carta]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015; 32(1): 204.

14. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Tiempos de Espera y Productividad en Rastreadores Clínicos Seleccionados en Hospitales del Sector Público. [Internet] INSP. 2011 [Consultado: 28 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj3g4yR9tT1AhUrJkQIHeGXBcsQFnoECAIQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.dged.salud.gob.mx%2Fcontenidos%2Fdged%2Fdescargas%2Festudios%2FIF_TE_11.pdf&usq=AOvVaw3NxXgbl07KRQkM9Zw8uF-O
15. Gutiérrez A, Mendoza P. Tiempo de espera y calidad de atención en pacientes de odontoestomatología intervenidos en sala de operaciones. An Fac med. 2019;80(2):183-7. DOI: <https://10.15381/anales.802.16413>
16. Abeldaño RA, Coca SM. Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014. Enferm Univ. 2016; 13(2): 107-13. DOI <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.005>.
17. Bejarano M. Evaluación cuantitativa de la eficiencia en las salas de cirugía. Rev Colomb Cir. 2011; 26:273-84.
18. Schuster M, Neumann C, Neumann K, et al. The effect of hospital size and surgical service on case cancellation in elective surgery: Results from a prospective multicenter study. Anesth Analg. 2011; 13: 578-85.
19. Troncoso-Montero P, Alonso-Calderon JL, Matín-Vega A. Análisis de las suspensiones por enfermedad intercurrente en intervenciones quirúrgicas programadas en la edad pediátrica. Estudio multicéntrico. Tesis de grado [Internet] Universidad Autónoma de Madrid. 2019 [Consultado: 01 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj89b2u-d71AhUNJkQIHVkwCVsQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Ftesis%3Fcodigo%3D221651&usq=AOvVaw1BkXmwiBkS-VrV-kSdCh1g>

20. Catalán L, Barrios-Casas S, López-Espinoza M, Correa M. Suspensión quirúrgica: Un desafío para la gestión clínica Post COVID 19. Rev Cirugia 2021; 74(2). [Consultado: 01 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK Ewj5-uHW9d71AhUVIUQIHwyRBYyQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.revis tacirugia.cl%2Findex.php%2Frevistacirugia%2Farticle%2Fview%2F1352&usg=AOv Vaw3TiKx6kFVn9aAGL7YXWu7r>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos.

Fecha:		Sala:		Código de identificación:	
NSS:		Admisión: (H) (A/C)		COVID (Si) (No)	
Diagnóstico (CIE-9):			Cirugía programada (CIE-9):		
Tipo: (E) (U)	Turno (Ma) (V) (N)		Riesgo (B) (I) (A)	Cavidad: (Si) (No)	
Servicio tratante:			Prioridad quirúrgica (1) (2) (3) (4)		
Causa de diferimiento:			Evitable (Si) (No)	Causa (M) (P) (L/A)	
Reprogramación (Días):			ASA: (1) (2) (3) (4) (5) (6)		
Número de diferimientos: (1) (2) (3) (4)			Causas: (Misma) (Diferente)		
<p>H: Hospitalización; A/C: Admisión continua; NSS: Número de seguridad social; CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades; E: Electiva; U: Urgencia; Ma: Matutino; V: Vespertino; N: Nocturno; B: Bajo; I: Intermedio; A: Alto; M: Medica; P: Propias del paciente; L/A: Logístico-administrativa; ASA: Asociación Americana de Anestesiología.</p>					

Anexo 2. Solicitud de exención de consentimiento informado

CDMX a 31 de julio de 2021.

Asunto: Solicitud de exención de consentimiento informado para la realización de proyecto de investigación.

Comité de Ética en Investigación
Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI
P R E S E N T E

Entudio de Referencia:

Título: Análisis descriptivo del tiempo de espera para cirugía posterior al diferimiento durante la pandemia COVID-19.

Folio del protocolo: F-2021-3601-212

Investigador principal: Dr. Víctor León Ramírez

Investigadores colaboradores: Dra. Janáí Santiago López, Dr. David Marín Grajales.

Unidad médica: Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepulveda Gutiérrez” del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Versión: 15 de agosto de 2021.

El que suscribe Dr. Víctor León Ramírez, médico Jefe de quirófanos del hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepulveda Gutiérrez” del Centro Médico Nacional Siglo XXI, al cual se le puede ubicar en Avenida Cuauhtémoc Núm.330, 1er piso, Colonia Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, CP 06720. Tel: 56276900 Ext. 21436. Correo electrónico: viler15@hotmail.com

EXPONGO:

Que deseo llevar a cabo el proyecto de investigación referenciado en el encabezamiento utilizando datos de pacientes de registros clínicos.

Ya que el diseño del estudio no implica riesgos para los participantes, debido a que es un estudio retrospectivo y abarca un periodo de un año (periodo de la pandemia) y resulta prácticamente imposible recoger los consentimientos informados de todos los sujetos del estudio; por lo que el requisito de consentimiento individual haría impracticable la realización del estudio.

Por lo que me comprometo a que en el tratamiento de los datos de los pacientes que se generen en el desarrollo del citado estudio, comprometiéndome a dar cumplimiento cabal con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987) en lo referente a la Protección de Datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo.

Dr. Víctor León Ramírez
Mat. 10792988

ANEXO 3: Formato de intervenciones quirúrgicas efectuadas en quirófano.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EFECTUADAS EN QUIRÓFANO (4-30-27/90)

UNIDAD MÉDICA:	FECHA: DD / MM / AAAA		SALAS DE OPERACIONES AUTORIZADAS											
	DD	MM	AAAA											
(1)			(2)											
No. DE SALA	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	AGREGADO	NOMBRE	ESPECIALIDAD	NO. DE CAMA	FECHA DE LA SOLICITUD DE CIRUGÍA	HORA DE ENTRADA A LA SALA	HORA DE SALIDA DE LA SALA	TIPO	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EFECTUADAS		PPF	ANESTESIA	MATERIA DE LA ENFERMERA
										PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	DR. P. OPERATORIO			
			No.	NOMBRE	CÓDIGO	No. DE LA SALA	INICIO	TERMINO	P	U	No.	NOMBRE	CÓDIGO	MATERIA DEL ANESTESIOLOGO

2430-021-065

Página 2 de 7

Clave 2430 003 006