

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**PRINCIPALES CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS  
QUIRÚRGICOS ANESTÉSICOS, ELECTIVOS EN HOSPITAL GENERAL LA PERLA  
2019**

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO  
HOSPITAL GENERAL LA PERLA NEZAHUALCÓYOTL**

**TESIS  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE  
ANESTESIOLOGÍA**

**PRESENTA:  
M.C. ROCHA ANDRADE ARISBET**

**DIRECTOR DE TESIS  
E. EN A. RAMÓN JUÁREZ ROSA CELIA**

**REVISORES:  
E. EN A. SANCHEZ MEJIA JUAN CARLOS  
E. EN A. ROMERO RODRIGUEZ MARINA  
E. EN A. GOMEZ ROJAS JUAN PABLO  
E EN A. RICARDEZ CUEVAS LUIS**

**TOLUCA ESTADO DE MÉXICO 2021**

**“PRINCIPALES CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS  
ANESTÉSICOS, ELECTIVOS EN HOSPITAL GENERAL LA PERLA 2019”**

## PRINCIPALES CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ANESTÉSICOS, ELECTIVOS EN HOSPITAL GENERAL LA PERLA 2019

### RESUMEN

**Antecedentes.** La suspensión del acto quirúrgico electivo como tal conlleva la no realización de una cirugía programada con anterioridad, incluso cuando el paciente ya se encuentra en la sala de operaciones. Esta situación –la cual suele ocasionarle malestar al enfermo, pues implica posponer su tratamiento– es el resultado de alguna deficiencia en la atención médico-quirúrgica, desde la planeación de la cirugía hasta la preparación del paciente. **Objetivo.** Identificar las causas de suspensión de los procedimientos quirúrgicos anestésicos, electivos en el Hospital General La Perla, 2019. **Pacientes y metodología.** Se revisaron los expedientes correspondientes al periodo que comprende de enero a diciembre de 2019 y se incluyeron pacientes de cirugías electivas registrados en las hojas de programación de quirófano de todas las especialidades. **Resultados.** Se llevó a cabo una revisión minuciosa del registro, la cual arrojó un total de 1 306 cirugías programadas en el periodo que comprende de enero a diciembre de 2019, y se encontraron 273 registros de cirugías diferidas. Asimismo, se localizaron los expedientes completos en el archivo; todos cumplieron con los criterios de selección, de manera que el porcentaje de cirugías suspendidas fue 20.9%, frente a un 79.1% de cirugías no diferidas. **Conclusiones.** Las causas más frecuentes de suspensión de procedimientos quirúrgicos fueron atribuibles al paciente; en orden descendente, por inasistencia del interesado (83 casos), presencia de infecciones respiratorias (26 casos) y falta de ayuno (3 casos). En cuanto a las causas atribuibles al hospital, se cuentan la falta de material quirúrgico (35 casos), resultados de exámenes de laboratorio incompletos (7 casos) y equipo quirúrgico incompleto (1 caso). Por último, las causas atribuibles al personal médico fueron material anestésico incompleto (5 casos) y valoración preanestésica incompleta (3 casos).

**Palabras clave:** suspensión, cirugía electiva, diferimiento.

## ABSTRACT

**Background.** The suspension of an elective surgical intervention implies the non-performance of a previously programmed surgery, even if the patient is already in the operating room. This circumstance –which tends to cause discomfort in the patient due to postponement of treatment– results from deficiencies of the medical-surgical attention, from the planning of the procedure to the preparation of the patient. **Purpose.** To identify the causes of the suspension of elective anesthetic surgical procedures at Hospital General La Perla, 2019. **Patient profile and methodology.** The hospital records for the period between January and December 2019 were revised, in order to include those of patients who were scheduled for elective surgery in any medical specialty during said time frame. **Results.** A careful review of the hospital records showed that 1 306 surgeries were scheduled between January and December 2019, 273 of which were deferred. All the files retrieved from the archive met the selection criteria for this study, allowing to set the surgery deferral rate at 20.9%, versus 79.1% of non-deferred surgeries. **Conclusions.** The most frequent causes of suspension of surgical procedures were attributable to the patient; in descending order, due to the person concerned not showing up at the hospital (83 cases), presence of respiratory disease (26 cases), and lack of fasting (3 cases). Regarding those causes attributable to the hospital, they include surgical supplies shortages (35 cases), incomplete laboratory tests results (7 cases), and incomplete surgical equipment (1 case). Finally, the causes attributable to the medical staff were incomplete anesthetic material (5 cases), and incomplete preanesthetic assessment (3 cases).

**Keywords:** suspension, elective surgery, deferral.

## ÍNDICE

• Marco teórico.....	7
• Planteamiento del problema.....	16
• Justificación.....	17
• Objetivos.....	18
• Marco metodológico.....	19
• Operacionalización de variables.....	19
• Criterios.....	24
• Instrumento de investigación.....	24
• Desarrollo del proyecto.....	24
• Implicaciones éticas.....	25
• Resultados.....	26
• Discusión.....	31
• Conclusiones.....	31
• Recomendaciones.....	32
• Glosario.....	33
• Bibliografía.....	38
• Anexo 1.....	42
• Anexo 2.....	44

## MARCO TEÓRICO

### **Diferimiento (de la atención) en la prestación de servicios**

Se define como el aplazamiento del proceso de atención que un usuario requiere a un prestador de servicios médicos y con lo cual se puede argumentar extemporaneidad de acuerdo a las normas y estándares definidos para la prestación del servicio.<sup>1</sup>

La suspensión del acto quirúrgico electivo como tal conlleva la no realización de una cirugía programada con anterioridad, incluso cuando el paciente ya se encuentra en la sala de operaciones. Esta situación –la cual suele ocasionarle malestar al enfermo, pues implica posponer su tratamiento– es el resultado de alguna deficiencia en la atención médico-quirúrgica, desde la planeación de la cirugía hasta la preparación del paciente.<sup>2</sup>

### **Calidad de la atención**

Se mide a partir de las mejorías esperadas en el estado de salud. Esta calidad puede evaluarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La atención interpersonal mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes.<sup>3</sup>

Aunque los servicios tienen una historia tan antigua como la civilización misma, es aproximadamente a partir de la década de los 60 cuando toman auge los estudios para evaluar y mejorar su calidad. Desde entonces han surgido propuestas reconocidas y diversos debates respecto a cómo definir y medir la calidad del servicio, sin llegar a un consenso.<sup>3</sup>

Para evaluar la calidad en los servicios de salud, se tiene como referencia obligatoria la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien en 1966 establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado, además de sus respectivos indicadores para evaluarla. Esta relación entre proceso y resultado, y la

sistematización de criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la calidad de este tipo de servicio.<sup>3</sup>

Modelo de calidad en la atención médica de Donabedian:<sup>3</sup>

1. Dimensión estructura

- ✓ Cantidad y calidad del personal
- ✓ Equipos e instrumentos
- ✓ Recursos financieros
- ✓ Instalaciones físicas
- ✓ Normas
- ✓ Reglamentos y procedimientos
- ✓ Sistemas de información

2. Dimensión proceso

- ✓ Acciones del personal
- ✓ Acciones de los pacientes
- ✓ Precisión, oportunidad
- ✓ El proceso de comunicación
- ✓ La aplicación de procedimientos

3. Dimensión resultados

- ✓ Cumplimiento de indicadores
- ✓ Gastos efectuados
- ✓ Acreditación institucional
- ✓ Mejoramiento de la salud del paciente
- ✓ Conocimiento que tiene el paciente sobre el servicio
- ✓ Satisfacción de los usuarios con la atención recibida

## **Insumos**

El sistema de salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otras], que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados.<sup>4</sup>

El IMSS cuenta con un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados, y un régimen voluntario. El régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social: seguro de enfermedad y maternidad; seguro de riesgos de trabajo; seguro de invalidez y vida; seguro de retiro y vejez; prestaciones sociales y seguro de guardería, y otros. El seguro de enfermedades y maternidad garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades.<sup>4</sup>

El INSABI garantiza el acceso a un paquete con alrededor de 260 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos, que los afiliados reciben en las unidades de los SESA. También ofrece un paquete de 18 intervenciones de alto costo, dentro de las que se incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, VIH/Sida y cataratas.<sup>4</sup>

## **Financiamiento**

Los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE,

PEMEX y Fuerzas Armadas es el gobierno), contribuciones del obrero o empleado y contribuciones del gobierno. La SSA y los SESA se financian con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención. El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS.<sup>4</sup>

En 2008 el gasto público en salud representó 46.7% del gasto total en salud. Aunque lentamente, este porcentaje se ha venido incrementando. En 1990 el gasto público concentraba 40.4% del gasto total en salud. En 2008 el gasto público en salud ascendió a 330 339 millones de pesos (alrededor de 30 mil millones de dólares). La mayor parte de este gasto correspondió a la SSA (45.2%), seguida del IMSS (42%) y el ISSSTE (9.7%).<sup>4</sup>

## **Recursos**

En México hay 23 858 unidades de salud (2007), sin considerar a los consultorios del sector privado; 4 354 son hospitales y el resto unidades de atención ambulatoria. Del total de hospitales, 1 182 son públicos y 3 172 privados. Del total de hospitales públicos, 718 atienden a la población sin seguridad social y el resto a la población con seguridad social. Alrededor de 86% son hospitales generales y el resto, hospitales de especialidad. En el sector privado la gran mayoría de los hospitales son maternidades muy pequeñas. Se calcula que alrededor de 70% de las unidades privadas con servicios de hospitalización tienen menos de 10 camas y apenas 6% cuentan con más de 25 camas.<sup>4</sup>

Por lo que se refiere a las camas, el sector público cuenta con 79 643 camas (2007). Esto arroja una razón de 0.75 camas por 1000 habitantes, inferior a la recomendada por la OMS, que es una cama por 1000 habitantes. En el país existen más de 19 000 unidades públicas de atención ambulatoria. La gran mayoría pertenece a los SESA (67%) y el IMSS-O (21%). Las instituciones públicas de México cuentan con poco más de 3000 quirófanos (2008), para una razón de 2.7 por 1000 habitantes.<sup>4</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante varias épocas los cuidados quirúrgicos han sido un elemento importante en la atención de salud, pero

los problemas de salud pública se han modificado significativamente, lo cual ha incidido en el aumento de intervenciones quirúrgicas; igualmente declara que en todo el mundo se han realizado aproximadamente 230 millones de procedimientos quirúrgicos mayores al año, lo que corresponde a un procedimiento por cada 25 individuos, esto quiere decir, que la cifra de procedimientos quirúrgicos casi trasciende al número de alumbramientos, cifras que son de interés para los indicadores que deben presentar los centros de salud en la atención.<sup>5</sup>

El porcentaje de cirugías programadas que fueron diferidas en el sector público fue de 7.2%, alcanzando su cifra máxima en el ISSSTE, donde se reportó un diferimiento de 10.8%. El porcentaje más bajo corresponde a los servicios del IMSS–Oportunidades, donde se reprogramaron 5.5% de las cirugías. Existen pocas referencias a nivel internacional, pero con fines de comparación se puede mencionar que en Colombia las cifras más recientes indican que el diferimiento de procedimientos quirúrgicos alcanza 15%. Es importante distinguir entre las cirugías que fueron reprogramadas por eventos atribuibles a los usuarios y las que se difieren por razones imputables a la institución. El porcentaje de diferimientos atribuibles a los servicios de salud fue de 4.8%, con un máximo de 7% en el ISSSTE y un mínimo de 3.8% en los servicios de la Secretaría de Salud. Estas cifras indican que cuatro de cada diez cirugías reprogramadas son atribuibles a problemas de organización en las instituciones de salud.<sup>6</sup>

La explicación más frecuente para la cancelación de la cirugía es la falta de quirófanos, causa que en la Secretaría de Salud representa 38% de todas las incidencias de este tipo. En los servicios médicos de IMSS–Oportunidades, sin embargo, 60% de los pacientes que sufrieron una reprogramación refirieron que fue a causa de la falta de médicos.<sup>6</sup>

Desde el punto de vista administrativo, la suspensión de una cirugía interfiere en la administración del propio equipo de salud, en la gestión del tiempo y de los recursos materiales, va en contra de la preocupación de los administradores de salud, en particular de los servicios quirúrgicos, de optimizar las actividades, reducir costos, evitar la pérdida de materiales y desarrollar el trabajo con la más alta calidad. Como explican algunos estudios, en algunos países la tasa de cirugías suspendidas

oscila entre un 7 y un 16%. En hospitales universitarios de Estados Unidos, la tasa de suspensión quirúrgica también oscila entre el 5 y el 13%, mientras que en instituciones de otros países como Canadá, Australia, Inglaterra y Pakistán las tasas reportadas fueron del 10, 12, 14 y 25%, respectivamente. Otros indicadores describen que, ante una cirugía cancelada inesperadamente, el tiempo utilizado para preparar la sala de operaciones para el próximo paciente es de una hora con 37 minutos en promedio. En hospitales estadounidenses se ha calculado además el costo por minuto de una sala de operaciones, que es de aproximadamente 10 dólares, de manera que la cancelación de una cirugía implica un costo que oscila desde 600 hasta 1 400 dólares por cada hora perdida.<sup>7</sup>

Estos indicadores, a su vez, se traducen en una importante causa de incremento de gastos por quirófanos, recursos materiales y humanos no utilizados, además del impacto que genera para los demás pacientes en espera y las consecuencias en el plano emocional y afectivo de los enfermos y sus familiares debidas a la cancelación de la cirugía.<sup>7</sup>

Desde el punto emocional la suspensión de una cirugía interfiere en la satisfacción de los pacientes, en la eficiencia de los sistemas de salud y en la sociedad. La cancelación de una cirugía repercute también en los acompañantes de los pacientes, quienes incrementan su ausentismo laboral, siendo esta observación válida tanto para pacientes adultos como pediátricos.<sup>8</sup> Además, el aplazamiento de los procedimientos quirúrgicos prolonga la ansiedad del individuo y exacerba los sentimientos negativos, como la ira, el miedo y la impotencia.<sup>9</sup>

El diferimiento de las cirugías suele ocasionar molestias y reclamos entre los usuarios. Datos recientes muestran que alrededor de 10% de las personas sometidas a procedimientos quirúrgicos programados tuvieron que esperar más de tres meses para ser atendidos. En términos generales, el tiempo de espera para cirugía programada es mayor en las instituciones de seguridad social, donde más del 40% de los usuarios tienen que esperar más de un mes para ser intervenidos. En la Secretaría de Salud y el IMSS–Oportunidades los porcentajes correspondientes son de 29 y 31%, respectivamente.<sup>6</sup>

Evitar factores que propician la cancelación de cirugías, compromete a las instituciones a disminuir agentes que afecten la preparación previa al acto quirúrgico, y que puedan crear costos agregados de salud. Se recomienda que los profesionales de salud, gerentes y administrativos de las instituciones prestadoras de salud, rediseñen sus técnicas referidas a planificación de la programación de cirugías, recursos humanos, gestión de materiales e insumos, entre otros, y apliquen métodos de control para estandarizar o corregir los problemas que éstas conllevan.<sup>5</sup>

En las últimas décadas, se ha prestado atención a la cancelación de operaciones por parte de los investigadores en el campo de la atención médica.<sup>10</sup> La tasa de cancelación de operaciones es uno de los criterios en la evaluación de la eficiencia de un servicio quirúrgico. Las bajas tasas revelan un buen desempeño del servicio evaluado y el conjunto quirúrgico de la unidad hospitalaria. Para construir este indicador, se deben tener en cuenta todas las razones para la cancelación de la cirugía, tanto las relacionadas con el paciente (estado clínico desfavorable, no asistencia, falta de ayuno y otras), como con el hospital (errores en la programación de la cirugía y prioridad a las urgencias, por ejemplo) y con la asignación de recursos humanos y materiales.<sup>10</sup>

El Servicio de Cirugía es uno de los servicios hospitalarios más concurridos y costosos. Muchos de los padecimientos actuales son atendidos en un quirófano; esto, sumado al gran avance de la medicina contemporánea, obliga a que la atención que ofrece este Servicio progrese y mejore con el fin de que sea mayor el número de pacientes que puedan tener acceso y que el personal que labora en este Servicio pueda desarrollarse satisfactoriamente, por lo que es de suma importancia hacer uso adecuado del tiempo quirúrgico y cumplir con la programación quirúrgica.<sup>11</sup>

Se reconocen como factores de suspensión y/o cancelación potencialmente evitable: cirugías previas que excedieron el tiempo estimado, errores de programación, causas administrativas, problemas con los medios de transporte, mala comunicación, errores en la preparación adecuada del paciente, y falta de disponibilidad de cirujanos. Sin embargo, los motivos de suspensión varían,

dependiendo de la población de pacientes, el tipo de cirugía y la adecuación de los procedimientos administrativos del hospital.<sup>12</sup>

La cirugía electiva se suspende por varias razones: presencia de urgencias quirúrgicas; exceso de programación en ese día; retardo al realizar un procedimiento; falta de personal de enfermería por ausentismo, vacaciones, incapacidad o permiso;<sup>13</sup> no se dieron explicaciones sobre el ayuno; no se completó el protocolo de estudio de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, etcétera.

Es posible clasificar la suspensión de las cirugías programadas en:

- 1. Causas inherentes al paciente:** presenta una enfermedad aguda como infección de vías respiratorias superiores, descontrol en la presión arterial, no se presenta el día de la cirugía programada, descontrol metabólico, no entendió las indicaciones preoperatorias, entre otras.<sup>14</sup>
- 2. Causas inherentes al hospital:** no hay material necesario para la cirugía, inasistencia del médico tratante, ausentismos no programados, falta de tiempo quirúrgico, entre otras.<sup>14</sup>

#### **Clasificación de las causas de suspensión de cirugía. Modificada de Argo 2009 <sup>8</sup>**

Paciente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Paciente se niega o no da consentimiento</li><li>• Transporte interno no disponible</li><li>• Transporte del paciente no disponible</li><li>• Paciente no sigue instrucciones preoperatorias o no ha sido instruido adecuadamente</li><li>• Paciente con consumo de medicamento</li><li>• Paciente suspende, procedimiento realizado en otra institución</li><li>• Paciente suspende, procedimiento no realizado en otra institución</li><li>• Paciente fallecido</li></ul>
----------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía suspendida en pabellón</li> <li>• Paciente no se presenta, paciente no ubicable</li> </ul>
Enfermedad (condición médica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de cirujano requerida</li> <li>• Evaluación de anestesia requerida</li> <li>• Exámenes alterados</li> <li>• Cambios en la condición médica</li> <li>• Cambio en el plan de tratamiento médico</li> </ul>
Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en el plan de tratamiento médico</li> </ul>
Anestesia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestesiologo no disponible</li> </ul>
Cirujano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirujano no disponible</li> </ul>

### **Motivos frecuentes de la cancelación de cirugías en Estados Unidos de América:** <sup>9</sup>

#### 1. Paciente

- ✓ Cancela la intervención o no se presenta el día indicado
- ✓ Desea una segunda opinión
- ✓ No ha cumplido la indicación de dieta absoluta
- ✓ Prefiere ser trasladado a otro hospital

#### 2. Cirujano

- ✓ No está disponible; está ocupado con un caso de extrema urgencia o de otro tipo
- ✓ La intervención quirúrgica no estaba indicada
- ✓ El paciente necesita más pruebas médicas

### 3. Anestesiólogo

- ✓ El paciente necesita más pruebas médicas

### 4. Hospital

- ✓ El personal de enfermería no está disponible
- ✓ Falta de equipo o de implantes necesarios para el caso
- ✓ Error de programación o en la fecha de cirugía programada
- ✓ Falta de camas

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el Hospital General La Perla Nezahualcóyotl, una prioridad es la preservación de la salud de la población de su entorno; para lograr este objetivo, resulta fundamental la atención de diversos padecimientos que se corrigen por medio de intervenciones de tipo quirúrgico. La explicación más frecuente de cancelación de cirugías es la falta de quirófanos, causa que en la Secretaría de Salud representa 38% de todas las incidencias de este tipo. En los servicios médicos de IMSS, sin embargo, 60% de los pacientes que sufrieron reprogramación refirieron que fue a causa de la falta de médicos.<sup>6</sup>

La política de seguridad del paciente tiene como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que representen un riesgo o afecten la seguridad de los pacientes cuando acceden al servicio de salud, minimizando o evitando los eventos adversos, lo cual permitiría contar con instituciones más seguras y confiables. La cancelación de cirugía programada se enmarca en los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos, lo cual incluye lo relacionado con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional, constituyendo un elemento que afecta la calidad de atención de los usuarios. La cancelación de cirugía programada aumenta los costos, prolonga la estancia hospitalaria y genera angustia a los pacientes y sus familias.<sup>15</sup>

El Hospital General La Perla Nezahualcóyotl es un centro médico de alta demanda y referencia, en donde no sólo se llevan a cabo cirugías de urgencia, sino que también se realizan cirugías de tipo electivo de diferentes especialidades: cirugía general, cirugía pediátrica, neurocirugía, odontopediatría, urología, traumatología y ortopedia, ginecología, maxilofacial y oftamología. Si bien se estima que alrededor del 60% de la suspensión de cirugías electivas es potencialmente evitable y puede prevenirse mediante el uso de técnicas de mejora de la calidad,<sup>15</sup> en el Hospital General La Perla Nezahualcóyotl no se reconocen las causas específicas para poder implementar mejoras en dicha calidad; por esta razón, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las principales causas de suspensión de cirugía electivas en el Hospital General La Perla?

## **JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación se enfocará en conocer las causas de suspensión de los procedimientos quirúrgicos anestésicos en el Hospital General La Perla Nezahualcóyotl.

Así el presente trabajo permitiría distinguir entre las cirugías que fueron reprogramadas debido a situaciones atribuibles directamente a los pacientes y aquellas pospuestas por razones que pueden imputarse a la institución, analizando lo anterior esto permitiría disminuir el porcentaje de diferimiento atendiendo las causas susceptibles de intervención por parte de los médicos tratantes, evitar repercusiones emocionales en el paciente al ser informado del diferimiento de su cirugía, disminuir los recursos invertidos y no utilizados en la preparación de una sala quirúrgica.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Identificar las causas de suspensión quirúrgico-anestésico electivo en el Hospital General la Perla Nezahualcóyotl, 2019.

### **Objetivos específicos**

1. Conocer el porcentaje de suspensión de acuerdo con las causas inherentes al paciente.
2. Conocer el porcentaje de suspensión por especialidad quirúrgica.
3. Conocer las causas particulares del diferimiento.
4. Conocer el porcentaje de suspensión por grupo de edad.
5. Conocer el porcentaje de suspensión por sexo.

## MARCO METODOLÓGICO

### A) Diseño del estudio

El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron los expedientes y registros correspondientes al periodo que abarca de enero a diciembre de 2019, y se incluyeron pacientes de cirugías electivas que se encontraron registrados en las hojas de programación de quirófano de todas las especialidades. Los datos recolectados se consignaron en una hoja de concentrado de datos, y el análisis estadístico se realizó en una base de datos computarizados en el programa Excel para calcular medidas de tendencia central expresadas en términos numéricos y porcentuales, así como en cuadros y figuras.

### B) Operacionalización de variables

#### VARIABLE DEPENDIENTE: SUSPENSIÓN QUIRÚRGICO

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
<b>Suspensión quirúrgico</b>	Se define como aquel procedimiento que no se realiza en el momento que se encuentra programado y/o dentro de los siguientes siete días.	Se define como aquel procedimiento que no se realiza en el momento que se encuentra programado y/o dentro de los siguientes siete días.	Cualitativa	1. Se suspendió
				2. No se suspendió
<b>Género</b>	Alude al conjunto de características diferenciadas que la sociedad asigna a los individuos según su sexo.	Alude al conjunto de características diferenciadas que la sociedad asigna a los individuos según su sexo.	Cualitativa	1. Mujer
				2. Hombre

## VARIABLE INDEPENDIENTE: CAUSAS DE SUSPENSIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
<b>Principales causas de suspensión por especialidades quirúrgicas</b>	La diversidad de procesos quirúrgicos y de técnicas especiales que se han ido desarrollando con objeto de tratar a las diferentes clases de enfermos, y que no se realizan.	La diversidad de procesos quirúrgicos y de técnicas especiales que se han ido desarrollando con objeto de tratar a las diferentes clases de enfermos, y que no se realizan.	Cualitativa	1. Cirugía general
				2. Traumatología y ortopedia
				3. Urología
				4. Oftalmología
				5. Neurología
				6. Cirugía maxilofacial
				7. Cirugía pediátrica
<b>Valoración preoperatoria</b>	Determinación integral del estado de salud de un paciente que va a ser sometido a una cirugía, con la finalidad de identificar enfermedades que pueden afectar el pronóstico, la realización y la recuperación del acto quirúrgico.	Valoración que se realiza al paciente previamente a ser operado:  1. Medicina Interna 2. Cardiología 3. Otra especialidad	Cualitativa	1. Sí tiene valoración
2. No tiene valoración				

<b>Resultado de laboratorios clínicos</b>	Es un examen cualitativo y cuantitativo de ciertas sustancias del organismo de una persona; sirve para determinar si sufre algún trastorno. Estos análisis forman parte de las pruebas complementarias que ayudan a diagnosticar o descartar una enfermedad.	Es un examen cualitativo y cuantitativo de ciertas sustancias del organismo de una persona; sirve para determinar si sufre algún trastorno.  Valores mínimos para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos programados: 1. Biometría hemática: hemoglobina >10 mg/dl, hematocrito >33. 2. Química sanguínea: glucosa <180 mg/dl 3. Tiempos coagulación: - Tiempo de protrombina: <16 segundos. - Tiempo de tromboplastina: < 30 segundos. - INR: <1.2.	Cualitativa	1. Laboratorios completos
				2. Laboratorios incompletos
				3. No tiene laboratorios
				4. Laboratorios caducos (>3 meses)
<b>Ayuno</b>	Es el acto de abstenerse voluntariamente de todo tipo de comida y, en algunos casos, de la ingesta de líquidos por un periodo determinado.	El acto de no ingerir alimento líquido o sólido:  1. Líquidos claros: 2 h. 2. Leche materna: 4 h. 3. Fórmula maternizada: 4 h. 4. Leche no humana (polvo): 6 h. 5. Sólidos: 8 h.	Cualitativa	1. Sí tiene ayuno
				2. No tiene ayuno

<b>Infección de vías respiratorias</b>	Enfermedad causada por una infección aguda del tracto respiratorio superior: nariz, senos nasales, faringe o laringe.	Enfermedad causada por una infección aguda del tracto respiratorio superior: nariz, senos nasales, faringe o laringe.	Cualitativa	1. Sí tiene infección de vías respiratorias
				2. No tiene infección de vías respiratorias
<b>Inasistencia del paciente</b>	Ausencia de un lugar o acto.	Que el paciente no se haya presentado a su internamiento en la fecha establecida.	Cualitativa	1. Sí se presentó
				2. No se presentó
<b>Espacio hospitalario</b>	Área donde se interna a aquellos pacientes que han sido programados para cirugía.	Camas disponibles para el internamiento de los pacientes.	Cualitativa	1. Sí existe espacio físico para internamiento
				2. No existe espacio físico para internamiento
<b>Equipo quirúrgico</b>	Es el equipo conformado por el personal médico: anestesiólogo, cirujano, ayudante, circulante y enfermera quirúrgica.	Es el equipo conformado por el personal médico: anestesiólogo, cirujano, ayudante, circulante y enfermera quirúrgica.	Cualitativa	1. Sí está el equipo completo
				2. No está el equipo completo

<b>Material quirúrgico</b>	Es aquel material que se utiliza para realizar la cirugía (instrumental, bultos de cirugía).	Es aquel material que se utiliza para realizar la cirugía (instrumental, bultos de cirugía).	Cualitativa	1. Material quirúrgico completo
				2. Material quirúrgico incompleto
<b>Material anestésico</b>	Material de tipo anestésico (medicamentos, tubos endotraqueales, equipo de bloqueo neuroaxial, etcétera) que se utiliza para el paciente a quien se le aplica la anestesia.	Es aquel material de tipo anestésico (medicamentos, tubos endotraqueales, equipo de bloqueo neuroaxial, entre otros) que se utiliza para el paciente a quien se le aplica la anestesia.	Cualitativa	1. Material anestésico completo
				2. Material anestésico incompleto
<b>Otras causas</b>	Causas de diferimiento anestésico-quirúrgico que no se mencionan en las variables anteriores.	Causas de diferimiento anestésico-quirúrgico que no se mencionan en las variables anteriores: - no se presentó el paciente - paciente hipertenso no controlado - ya se operó el paciente - ausencia de medicamentos anestésicos (fentanil, relajante muscular, propofol, etc.) - expediente clínico perdido.	Cualitativa	1. Sí hay
				2. No hay

### **C) Universo de trabajo y muestra**

El universo de este estudio está integrado por todos los pacientes que fueron programados para cirugía en el Hospital General La Perla Nezahualcóyotl, en el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2019.

#### **Criterios de inclusión:**

1. Expedientes de pacientes que se encuentren en hoja de programación de quirófano, en el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2019.

#### **Criterios de exclusión:**

1. Pacientes que se operaron pero que no se encuentran en la hoja de programación de quirófano, es decir, que entraron como urgencia.
2. Expedientes clínicos que se encontraron incompletos: códigos azules, códigos mater, es decir, que por ser emergencias pasan directamente a quirófano.

### **D) Instrumento de investigación**

El instrumento de investigación fue una hoja de recolección de datos donde se registraron las variables de estudio extraídas de los expedientes de pacientes con una cirugía programada y diferida en Hospital General La Perla.

### **E) Desarrollo del proyecto**

Con la autorización previa del comité de ética e investigación del Hospital General La Perla, la médico residente Arisbet Rocha Andrade consultó el registro de todos los pacientes programados para cirugía electiva en el periodo que comprende de enero a diciembre de 2019. Identificó tanto aquellos que no se difirieron como los que tuvieron un diferimiento quirúrgico, para posteriormente obtener los expedientes de los mismos y seleccionar aquellos que cumplieran con los criterios de selección.

Las variables de estudio obtenidas fueron registradas en la hoja de recolección de datos (ver anexo 1), con la finalidad de elaborar una base de datos para su análisis.

## **IMPLICACIONES ÉTICAS**

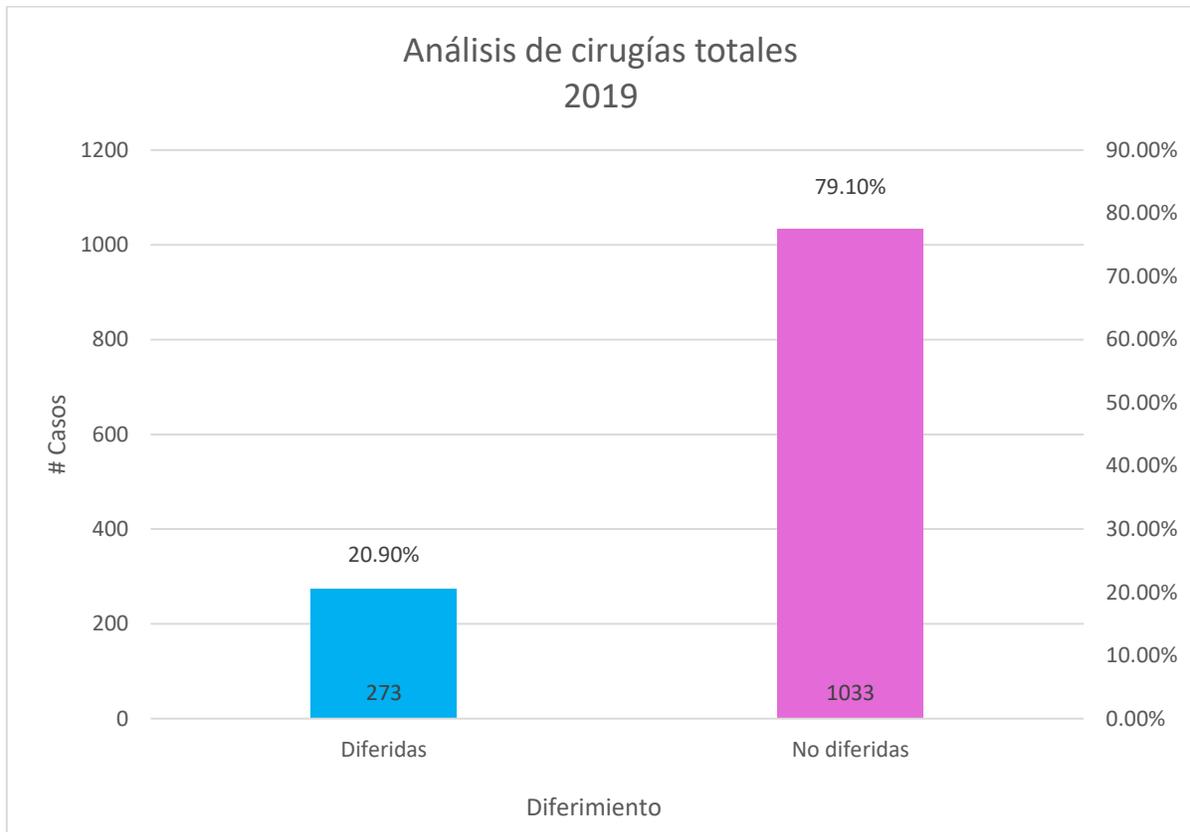
Se trata de una investigación sin riesgo, ya que se utiliza como instrumento de medición un cuestionario ajeno a la intervención terapéutica, sin ningún tipo de daño o invasión a los pacientes. Se solicitará la aprobación del comité de investigación y del comité de ética del Hospital General La Perla; una vez aceptado y con base en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en particular en su artículo 14, la investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse en los siguientes términos:

- I. Con los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- III. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.
- IV. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.
- V. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

El estudio se realizó en apego a los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica que prevalecen a nivel internacional; asimismo, la confidencialidad absoluta será norma invariable en esta investigación.

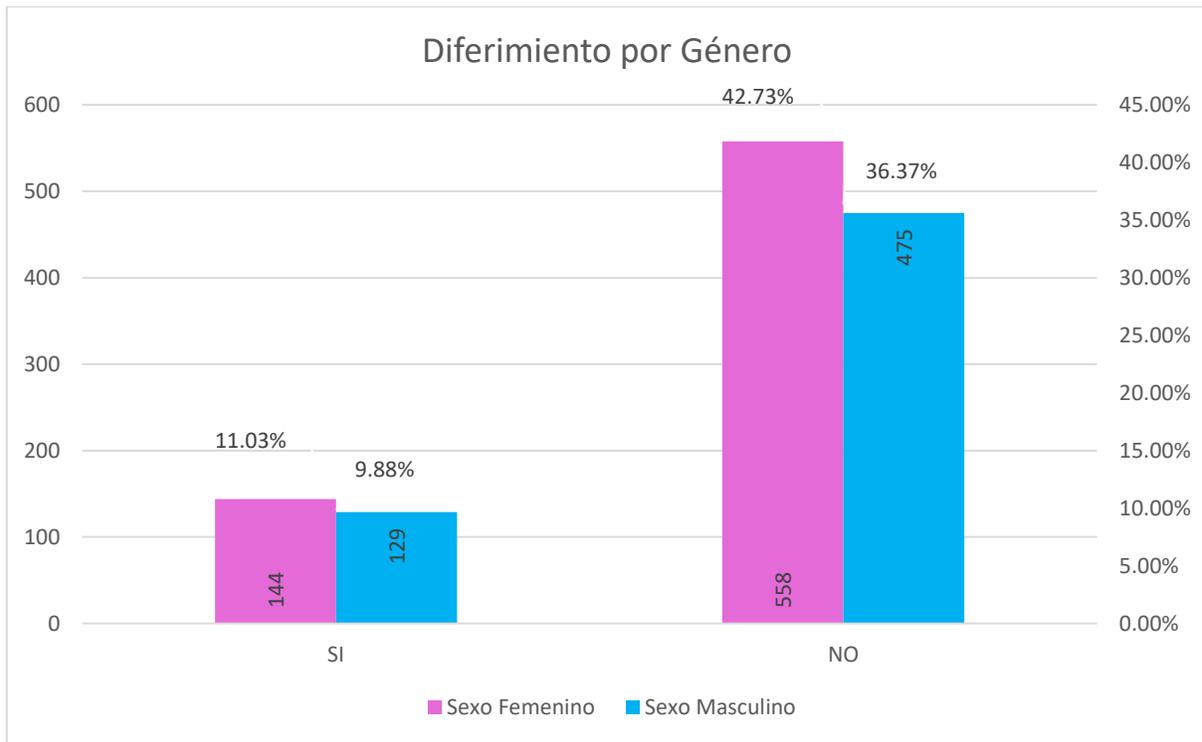
## RESULTADOS

TABLA 1



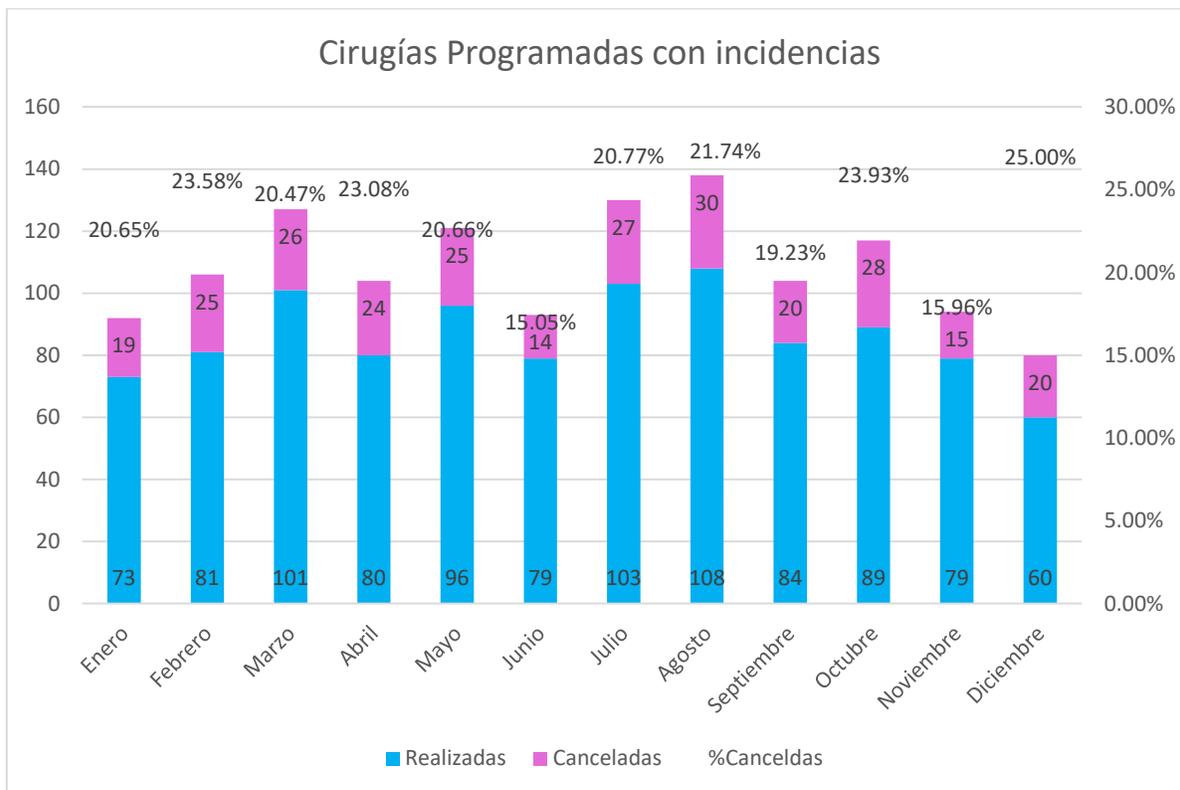
Luego de encontrar en el registro 1 306 cirugías programadas en el periodo que abarca de enero a diciembre de 2019, se incluyeron 273 registros de cirugías diferidas. Se localizaron los expedientes completos en el archivo y todos cumplieron con los criterios de selección, por lo que el porcentaje de cirugías suspendidas encontrada fue de 20.90%. También se registró un total de 1 033 cirugías no diferidas, lo cual corresponde a un porcentaje de 79.10%.

TABLA 2



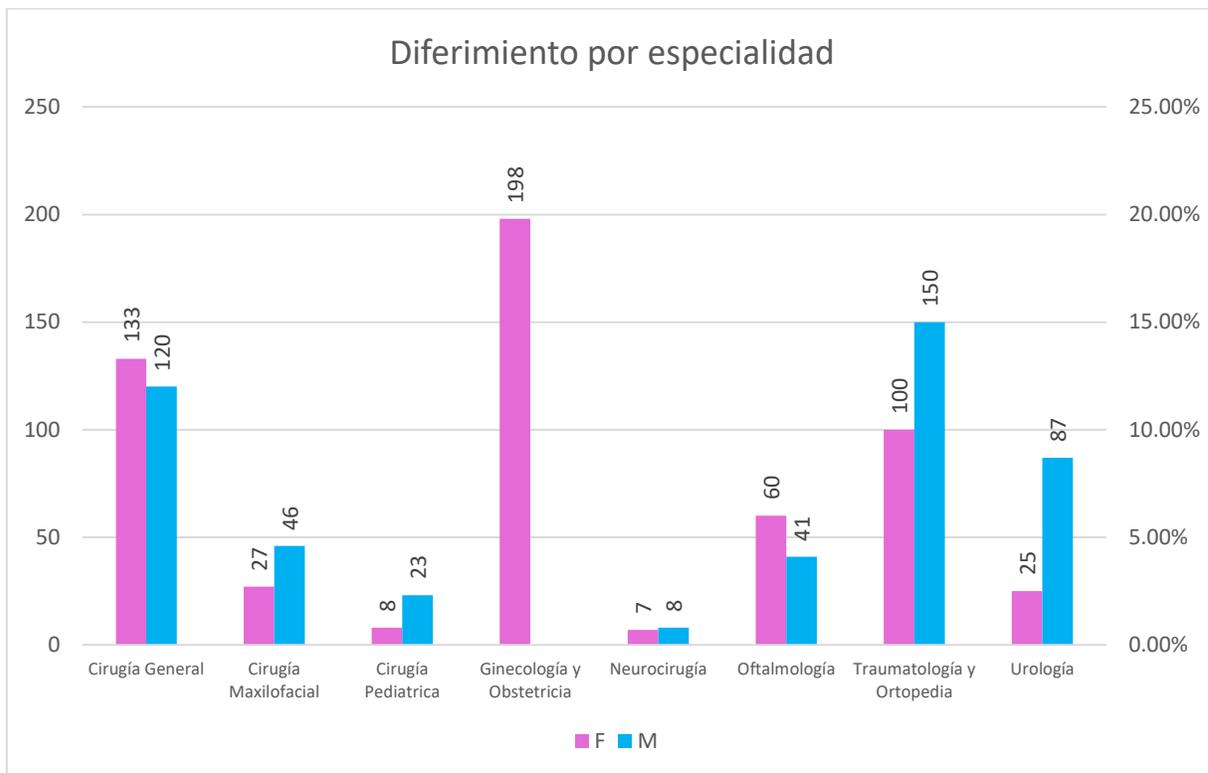
De las cirugías diferidas y ya clasificadas por género, se representan 144 (11.03%) pacientes femeninas y 129 (9.88%) pacientes masculinos. En cuanto a las cirugías no diferidas y ya clasificadas por género, se representan 558 (42.73%) pacientes femeninas y 475 (36.7%) pacientes masculinos. En ambos casos, puede observarse un mayor porcentaje de pacientes de sexo femenino.

TABLA 3



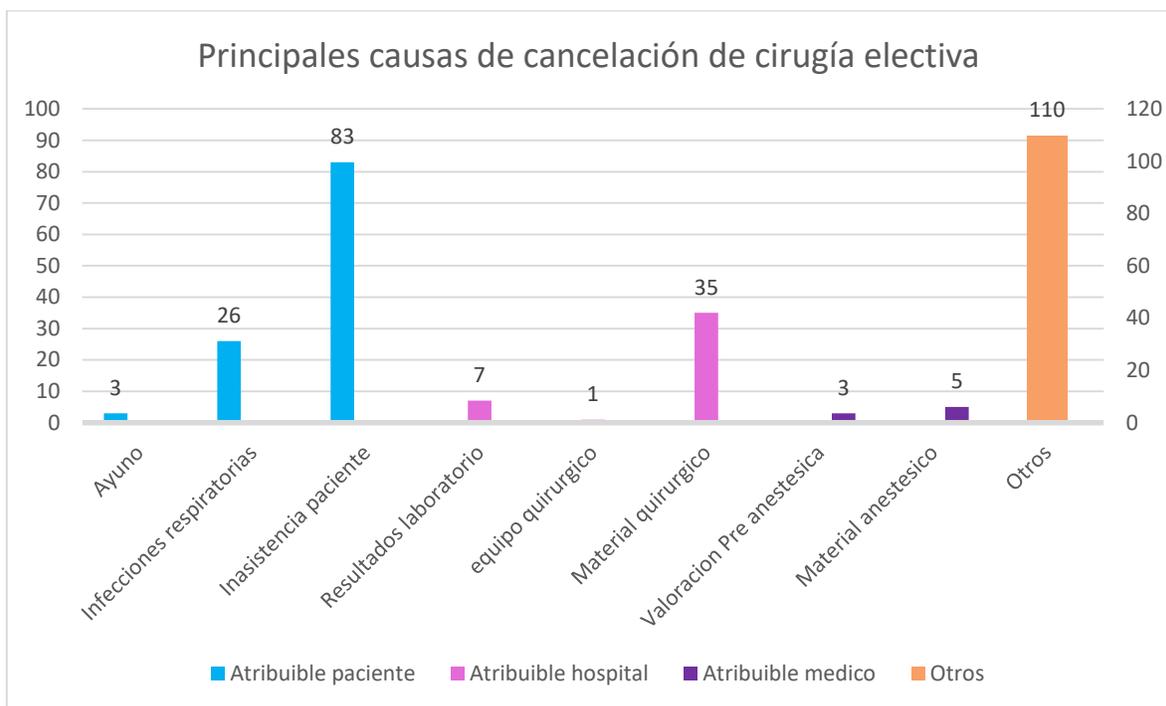
En esta tabla consta el registro de todos los meses del año 2019. La mayor frecuencia de cancelación de cirugías programadas se observa en los meses de julio (27 pacientes, 20.77%), agosto (30 pacientes, 21.74%) y octubre (28 pacientes, 23.93%); los meses en que se registraron menos cancelaciones de cirugías programadas fueron enero (19 pacientes, 20.65%), junio (14 pacientes, 15.05%) y noviembre (15 pacientes, 15.96%).

TABLA 4



En esta tabla se muestra el registro de las cirugías diferidas por especialidad, en donde se observa que ginecología y obstetricia es la que más difiere cirugías programadas (198 pacientes), seguida de cirugía general (253 pacientes, 133 mujeres y 120 hombres), traumatología y ortopedia (250 pacientes, 100 mujeres y 150 hombres), urología (112 pacientes, 25 mujeres y 87 hombres), oftalmología (101 pacientes, 60 mujeres y 41 hombres), cirugía maxilofacial (73 pacientes, 27 mujeres y 46 hombres), cirugía pediátrica (31 pacientes, 8 mujeres 23 hombres) y neurocirugía (15 pacientes, 7 mujeres 8 hombres).

TABLA 5



En esta tabla se muestra el registro de las causas de cancelación de las cirugías electivas en el año 2019. En orden descendente, las causas atribuibles al paciente fueron: inasistencia del paciente (83 casos), infecciones respiratorias (26 pacientes) y falta de ayuno (3 pacientes). En cuanto a las causas atribuibles al hospital, éstas fueron: falta de material quirúrgico (35 casos), resultados de laboratorios incompletos (7 casos) y equipo quirúrgico incompleto (1 caso); y las causas atribuibles al médico fueron las siguientes: material anestésico incompleto (5 casos) y valoración preanestésica incompleta (3 casos). Finalmente, en el rubro “otros” se registraron 110 casos de cancelaciones por causas no atribuibles al paciente, al hospital o al médico: pérdida del expediente clínico, el paciente se operó en otro centro de salud, enfermedades crónico-degenerativas no controladas, entre otras.

## **DISCUSIÓN**

Tras la revisión de los expedientes, se encontraron casos de diferimiento que pudieron evitarse al proporcionar mayor información a los pacientes acerca de las medidas prequirúrgicas protocolarias, tales como fecha de internamiento, ayuno prequirúrgico, medidas precautorias para evitar infecciones en las vías respiratorias (como evitar cambios bruscos de temperatura, hacinamiento y contacto con personas que padezcan infecciones de vías respiratorias altas), control de enfermedades crónico-degenerativas (no suspensión de antihipertensivos, control glicémico), etcétera.

Se comprobó que a pesar de las recomendaciones hechas por los diferentes servicios (Medicina Interna, Cardiología, Anestesiología) en valoraciones preanestésicas previas, en donde se emiten pautas terapéuticas para la optimización y mejora de las condiciones previas al acto quirúrgico anestésico, éstas no son tomadas por el servicio tratante, lo que aumenta el índice de suspensión.

Las principales causas de diferimiento en cirugías electivas en el año 2019 que encontramos en nuestro estudio fueron las atribuibles al paciente; en orden descendente, por la inasistencia del paciente (83 casos), infecciones respiratorias (26 casos) y falta de ayuno (3 casos). Todas estas causas se pudieron prevenir y, con ello, evitar que las cirugías se suspendieran.

## **CONCLUSIONES**

Las causas más frecuentes de suspensión de cirugía electiva de enero a diciembre de 2019 en el Hospital General La Perla, básicamente son relacionadas con el paciente, y no debido a causas hospitalarias como frecuentemente se da a conocer. De acuerdo a los datos obtenidos, los pacientes no asisten el día de la cirugía, frecuentemente acuden con infección de vías respiratorias, o el paciente no sigue indicaciones de presentarse en ayuno el día de su procedimiento quirúrgico.

Sin embargo, por lo que menos se suspenden las cirugías electivas es por parte del servicio médico, dentro de lo que destaca únicamente es falta de material anestésico, valoración preanestésica incompleta.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda implementar estrategias para disminuir el diferimiento de pacientes en el Hospital General La Perla. Con base en los resultados del presente estudio, se sugiere atender principalmente aquellas causas inherentes al paciente, aumentando la información que se le proporciona por medio de la elaboración de trípticos o folletos con los pasos a seguir en los días previos a la intervención quirúrgica (preparación, tiempo de ayuno, cómo debe presentarse el día de la cirugía, etcétera). También se sugiere la presencia de quirófano para urgencias disponible y funcional; tiempos entre toma de laboratorios y valoraciones por otros servicios de forma oportuna; valoración preanestésica previa a la cirugía para confirmación de estado clínico y revisión de expediente; interrelacionar los diferentes servicios tratantes o de apoyo para mejorar la calidad de la atención.

## GLOSARIO

- ✓ **Ansiedad.** Estado emocional que presenta reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza inespecíficos, acompañadas de una activación del sistema nervioso autónomo.
- ✓ **Atención médica.** Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo para prevenir, tratar o rehabilitar de una enfermedad. Es el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.
- ✓ **Calidad de la atención médica.** Propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, en cuanto a su estructura, proceso y resultados; repercute en la satisfacción del usuario.
- ✓ **Cirugía ambulatoria.** Acto quirúrgico que no requiere hospitalización.
- ✓ **Cirugía electiva.** Son procedimientos que los pacientes deben realizarse, pero no necesariamente de forma inmediata.
- ✓ **Cirugía innecesaria.** Acto quirúrgico efectuado sin justificación médica-clínica.
- ✓ **Cirugía no autorizada.** Acto quirúrgico realizado sin el consentimiento del usuario o persona responsable que deba autorizar.
- ✓ **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).** Sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos, a fin de permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad

recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas. La CIE es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema puede servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la CIE y hasta el momento es considerado como una herramienta muy útil en el campo de la salud humana.

- ✓ **Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP).** La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente reunió a un Grupo de Redacción en 2005 para que llevara adelante un programa de trabajo consistente en definir los conceptos relativos a la seguridad del paciente, armonizarlos y agruparlos en una clasificación acordada internacionalmente que favorezca el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente en diferentes sistemas. La finalidad de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente es permitir la categorización de la información sobre seguridad del paciente por medio de conjuntos normalizados de conceptos con definiciones acordadas, términos preferidos y relaciones entre ellos basadas en una ontología de dominio explícita (por ejemplo, la seguridad del paciente). La CISP se ha ideado para ser una verdadera convergencia de las percepciones internacionales de las principales cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y para facilitar la descripción, la comparación, la medición, el seguimiento, el análisis y la interpretación de la información con miras a mejorar la atención al paciente. Cabe señalar que la CISP aún no es una clasificación completa. Se trata de un marco conceptual para una clasificación internacional que aspira a ofrecer una comprensión razonable del mundo de la seguridad del paciente y unos conceptos conexos con los que las clasificaciones regionales y nacionales existentes puedan establecer correspondencias. El Grupo de Redacción elaboró el marco conceptual de la CISP, integrado por diez clases superiores:
  1. Tipo de incidente;
  2. Resultados para el paciente;
  3. Características del paciente;
  4. Características del incidente;
  5. Factores/peligros contribuyentes;
  6. Resultados para la organización;
  7. Detección;
  8. Factores

atenuantes; 9. Medidas de mejora; 10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo. Los conceptos de la CISP agrupados por clases figuran en el “Anexo técnico” del documento correspondiente.

- ✓ **Complicaciones.** Evento que sobreviene durante la prestación de la atención médica, ya sea por la historia natural de la enfermedad, por riesgo inherente, o por iatropatogenia.
  
- ✓ **Cuadro básico de insumos para la salud.** Instrumento elaborado por el Consejo de Salubridad General, en el cual se definen los mínimos indispensables en la prestación de servicios de salud, por niveles de atención médica.
  
- ✓ **Daño.** El detrimento, perjuicio o menoscabo que se sufre por culpa de otro en la economía o la persona.
  
- ✓ **Daño físico.** Afectación de una persona en su estructura, capacidades corporales, sean intelectuales, motrices o sensoriales que signifiquen disminución orgánica o metabólica.
  
- ✓ **Daño moral.** Afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de la persona.
  
- ✓ **Daño relacionado con la atención sanitaria.** El que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

- ✓ **Demora para obtener servicios.** Manifestación hecha por un usuario de los servicios médicos o su representante, con el propósito de iniciar regularmente un procedimiento de gestión inmediata para que esta atención se brinde lo antes posible; en caso de que esta demora sea argumento para iniciar el procedimiento arbitral, se dará inicio mediante la aceptación de queja.
  
- ✓ **Derechohabiente.** Los asegurados, pensionistas y beneficiarios legales del IMSS o del ISSSTE, así como los familiares adicionales señalados en la legislación de la institución pública de seguridad social que preste los servicios al usuario de que se trate.
  
- ✓ **Diagnóstico médico.** Conjunto de procedimientos médicos que tiene como propósito la identificación precisa de una enfermedad, fundándose en los síntomas, signos y auxiliares de laboratorio y gabinete.
  
- ✓ **Diferimiento (de la atención) en la prestación de servicios.** Aplazamiento del proceso de atención que un usuario requiere a un prestador de servicios médicos y con lo cual se puede argumentar extemporaneidad de acuerdo a las normas y estándares definidos para la prestación del servicio.
  
- ✓ **Equipo.** Conjunto de personas que interactúan en forma armónica para el logro de un objetivo.
  
- ✓ **Estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.** Determinaciones de laboratorio y procedimientos de gabinete, realizados durante el procedimiento de atención médica.
  
- ✓ **Ética.** Parte de la Filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre. Ciencia del comportamiento moral de los hombres en sociedad. Rama de la Filosofía que analiza lógicamente los valores y la moral de los

actos humanos. Análisis crítico de los preceptos morales, ejerciendo la libertad de elección y actuando conforme a la razón. Implica asumir el pensamiento propio, en lugar del pensamiento de la mayoría.

- ✓ **Ética médica.** Conjunto de principios de conducta profesional apropiada con respecto a los derechos y deberes del médico, sus enfermos y sus colegas profesionales.
- ✓ **Factor de riesgo.** Característica o circunstancia de una persona o grupo de personas en tal forma que aquellos que la poseen tienen mayor probabilidad de llegar a un resultado no deseado, en comparación con quienes no tienen tal característica.
- ✓ **Factores psicosociales.** Aquellos que influyen en la salud del individuo, en la asistencia sanitaria y en el bienestar de la comunidad, que tienen su origen en la constitución psicosocial de los individuos y están condicionados por el medio social.
- ✓ **Falta de personal necesario.** Característica del servicio médico que probablemente puede ser la causa de inconformidad y elemento para iniciar el procedimiento arbitral.
- ✓ **Instituciones de salud pública.** Organismos que proporcionan servicios de salud a la población en general que así lo requiera, regidos por criterios de universalidad y gratuidad fundada en las condiciones socio-económicas de los usuarios.
- ✓ **Medicamentos caducos.** Insumos farmacológicos registrados ante la Secretaría de Salud en los que ha transcurrido el plazo de vigencia del lote al que pertenezcan.

- ✓ **Médico.** Persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la Medicina
- ✓ **Seguridad del paciente.** Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Proceso de atención libre de riesgos y eventos adversos. Ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.
- ✓ **Seguridad hospitalaria.** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología basados en evidencia, científicamente probada, dirigidos a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso, en el proceso de atención de salud, o a mitigar sus consecuencias.
- ✓ **Suspensión quirúrgica.** situación frecuente en cualquier centro hospitalario, provocando no solo inconvenientes para el paciente y su entorno, sino también conflictos laborales y médico-legales a la institución
- ✓ **Urgencia médica.** Problema médico-quirúrgico agudo que pone en peligro la vida, órgano o función del usuario y requiere atención inmediata.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud. Ginebra: OMS; 2009 Ene.
2. Martínez-Guillén J, Jiménez-Bernardó A, Gracia-Solanas JA, Elía-Guedea M, Redondo-Villahoz E, Martínez-Díez M. Cancelación en CMA: incidencia y causas [Cancellation in CMA: incidence and causes]. Cir Esp 2012; 90(7):429-33.
3. Torres-Samuel M, Vásquez-Stanescu CL. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis [Models for assessing the

- quality of service: characterization and analysis]. Compendium 2015; 35(18):57-76.
4. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S220-32.
  5. Gaviria-García G, Lastre-Amell G, Suárez-Villa M. Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud [Causes which yield to surgery call-offs from the perspective of the health staff]. Enferm Univ 2014; 11(2):47-51.
  6. Secretaría de Salud. Desempeño de las instituciones públicas de salud. México: Salud; 2004.
  7. Abeldaño RA, Coca SM. Tasas y causas de suspensión de cirugía en un hospital público durante el año 2014 [Rates and causes of suspended surgeries in a public hospital during 2014]. Enferm Univ 2016; 13(2):107-13.
  8. Pattillo JC, Dexter F. Enfrentando el dilema de las suspensiones: características e incidencia de las suspensiones quirúrgicas en un centro académico en Chile [Facing the dilemma of cancellations: incidence and characteristics of surgical cancellations in a Chilean academic hospital]. Rev Chil Cir 2018; 70(4):322-8.
  9. Miller RD, Cohen NH, Eriksson LI, Fleisher LA, Wiener-Kronish JP, Young WL, editores. Miller: anestesia. Barcelona: Elsevier; 2015.
  10. Machado-Landim F, Silva de Paiva FD, Teles-Fiuza ML, Pinheiro de Oliveira E, Guimarães-Pereira J, De Almeida-Siqueira I. Análise dos fatores relacionados à suspensão de operações em um serviço de cirurgia geral de média complexidade [Analyses of the related factors for surgery suspension at a general surgery service of medium complexity]. Rev Col Bras Cir 2009; 36(4):283-7.

11. Requesens-Berrueta ÉA, Vega-Malagón G, Montes-Alvarado B, Aburto-Fernández MC, Cedillo Sosa MV. Tiempo perdido entre cirugías y su repercusión en el cumplimiento de la programación quirúrgica del Hospital General de Querétaro [Wasted time between surgeries and its repercussion on the fulfillment of the surgical scheduling at the Querétaro General Hospital]. *Cir Gen* 2008; 30(4):220-3.
12. Perroca MG, Jericó MC, Facundin SD. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos [Surgery cancelling at a teaching hospital: implications for cost management]. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(5):[7 p.].
13. Aguirre-Córdova JF, Chávez-Vázquez G, Huitrón-Aguilar GA, Cortés-Jiménez N. ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. *Gac Méd Méx* 2003; 139(6):545-51.
14. Hovlid E, Von Plessen C, Haug K, Aslaksen AB, Bukve O. Patient experiences with interventions to reduce surgery cancellations: a qualitative study. *BMC Surg* 2013; 13(30): [7 p.]. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-13-30>
15. Muñoz-Caicedo A, Sarmiento CP, Torres MS. Cancelación de cirugía programada en una institución de III nivel de atención [Cancellation of elective surgery in an institution III level of care]. *Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca* 2011; 13(3):10-5.
16. Fajardo-Ortiz G. Diccionario terminológico de administración de la atención médica. México: Salvat; 1983.
17. Osuna-Millán MA, Proyecto de ley sobre controversias derivadas de la atención médica. Presentado en el Palacio Legislativo de San Lázaro; 2011.

[http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2011/10/asun\\_2804796\\_20111011\\_1318348534.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2011/10/asun_2804796_20111011_1318348534.pdf)

18. Enciclopedia jurídica mexicana. México: Porrúa; 2002.
19. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. *Anesthesiology* 2017; 126:376-93.
20. López Muñoz AC, Busto Aguirreurreta N, Tomás Braulio J. Guías de ayuno preoperatorio: actualización [Preoperative fasting guidelines: an update]. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 2015; 62(3):145-56.
21. Carrillo-Esper R, Espinoza de los Monteros-Estrada I, Soto-Reyna U. Ayuno perioperatorio. *Rev Mex Anestesiología* 2015; 38(1):27-34.

## ANEXO 1

### HOJA RECOLECCION DE DATOS

MESES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diferimiento quirúrgico	Si												
	No												
Género	Mujer												
	Hombre												
Diferimiento por especialidades	CG												
	TYO												
	URO												
	OFTALMO												
	NEURO												
	CMF												
	C. Pediat.												
Valoración preoperatoria	Si												
	No												
Resultados de laboratorios	Completo												
	Incompleto												
	No tiene												
Ayuno	Si												
	No												
Infecciones Respiratorias	Si												
	No												
Inasistencia del paciente	Si												
	No												
Espacio hospitalario	Si												
	No												
	Completo												

Equipo quirúrgico	No completo													
Material quirúrgico	Completo													
	No completo													
Material anestésico	Completo													
	No completo													
Otras causas.	Si													
	No													

CG: Cirugía General

TYO: Traumatología y Ortopedia

Oftalmo: Oftalmología

Neuro: Neurocirugía

CMF: Cirugía Maxilofacial

C. Pediat: Cirugía pediátrica.

## ANEXO 2

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	agosto
Actividades								
Realización protocolo investigación	X	X						
Recolección de datos						X	X	
Análisis e interpretación							X	X
Conclusión y recomendaciones							X	X
Presentación								X

Nota: se realizó ajuste de cronograma de actividades, por presentarse pandemia ocasionada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2).