

Caro, Silvina Elizabeth

Suspensión de cirugías programadas

2020

Instituto: Ciencias de la Salud

*Carrera: Licenciatura en Organización y
Asistencia de Quirófano*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución – Compartir igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Caro, S.E. (2020) *Suspensión de cirugías programadas* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche] Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ
<https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>

Instituto de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Organización y Asistencia de Quirófano

Tesina

Suspensión de Cirugías Programadas

Autor: Caro, Silvina Elizabeth

Legajo: 20067

Directora de Tesina: Somma, Julieta

Co-director de Tesina: Dr. Jaquenod, Marcelo

27 de Noviembre de 2019

Firma:

Índice

<i>Dedicatoria</i>	0
<i>Agradecimientos</i>	0
<i>Summary</i>	0
<i>Resumen</i>	0
<i>Introducción</i>	1
<i>Pregunta</i>	3
Planteamiento del problema.....	3
<i>Objetivos</i>	4
Objetivo General	4
Objetivos Específicos	4
<i>Justificación y Relevancia</i>	5
<i>Marco Teórico</i>	6
Historia	6
Las relaciones del Centro Quirúrgico y el Hospital.....	7
Instrumentador/a Quirúrgico/a	9
Planificación y programación del área quirúrgica.....	10
Según explica el bloque quirúrgico	11
Programación quirúrgica.....	12
El proceso de atención dentro del centro quirúrgico	13
La cirugía.....	15
Cirugía General	15
Cirugía Plástica	16
Neurocirugía	16
Gineco-obstreticia	16
Cirugía cardiovascular	16
Cirugía torácica.....	16
Urología	17
Ablación y trasplante de órganos	17

Cirugía programada	18
Suspensión de cirugía	18
Causas más frecuentes de Cancelación de Cirugía programada	18
Causas atribuibles al paciente	19
Causas atribuibles al sector institucional	19
Causas atribuibles al sector administrativo	19
Valoración Pre-operatoria como proceso de intervención	21
Indicador de calidad	21
Dimensión de calidad asistencial	22
<i>Algunas referencias literarias</i>	23
<i>Variables, Dimensiones e Indicadores</i>	26
<i>Cuadro de variable, dimensiones e indicadores</i>	27
<i>Metodología</i>	28
Tipo de estudio	28
Área de estudio	28
Universo y muestra	28
Criterios de inclusión	28
Criterios de exclusión	28
Fuentes de información	28
Variable en estudio	28
Dimensiones	29
Recolección de datos	29
<i>Procedimiento de recolección de datos</i>	30
<i>Procedimiento de interpretación de datos</i>	31
<i>Resultados</i>	32
<i>Periodo de análisis Primer semestre 2018</i>	33
Tabla 1: Total de cirugías programadas, realizadas y suspendidas periodo 2018	34
Gráfico 1	34

Tabla 2: Total de cirugías programadas y suspendidas por especialidad periodo 2018	35
Tabla 3: Cirugías suspendidas atribuibles al Bloque quirúrgico, administrativas e institucionales, por especialidad, periodo 2018	36
Tabla 4: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al Bloque quirúrgico, administrativas e institucionales, periodo 2018	37
Tabla 5: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al bloque quirúrgico agrupadas en administrativas e institucionales, periodo 2018	38
Gráfico 2.....	38
Tabla 6: Cirugías suspendidas atribuibles al paciente, por especialidad, periodo 2018	39
Gráfico 3.....	39
Tabla 7: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al paciente, periodo 2018.....	40
Gráfico 4.....	40
Tabla 8: Causas atribuibles al paciente, por falta de preparación prequirúrgica, periodo 2018.....	41
Gráfico 5.....	41
Tabla 9: Causas atribuibles al paciente, por paciente ausente, periodo 2018	42
Gráfico 6.....	42
Tabla 10: Causas atribuibles al paciente, por enfermedad, periodo 2018.....	43
Gráfico 7.....	43
Tabla 11: Variables del estudio reflejando resultados cuantitativos 2018	44
Gráfico 8.....	44
<i>Periodo de análisis Primer semestre 2019</i>	<i>45</i>
Tabla 12: Total de cirugías programadas, realizadas y suspendidas periodo 2019	46
Gráfico 9.....	46
Tabla 13: Total de cirugías programadas y suspendidas por especialidad periodo 2019....	47
Tabla 14: Cirugías suspendidas atribuibles al bloque quirúrgico, administrativas e institucionales periodo 2019, por servicio.....	48
Tabla 15: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al bloque quirúrgico, administrativo e institucional, periodo 2019	49
Tabla 16: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al bloque quirúrgico agrupadas en administrativas e institucional, periodo 2019	50

Gráfico 10.....	50
Tabla 17: Total de cirugías programadas y suspendidas por servicio periodo 2019.....	51
Gráfico 11.....	51
Tabla 18: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al paciente, separadas en tres grupos, periodo 2019.....	52
Gráfico 12.....	52
Tabla 19: Causas atribuibles al paciente, por falta de preparación prequirúrgica, periodo 2019.....	53
Gráfico 13.....	53
Tabla 20: Causas atribuibles al paciente, paciente ausente, periodo 2019.....	54
Gráfico 14.....	54
Tabla 21: Causas atribuibles al paciente, suspensión por enfermedad, periodo 2019	55
Gráfico 15.....	55
Tabla 22: Variables del estudio reflejando resultados cuantitativos 2019	56
Gráfico 16.....	56
Tabla 23: Cirugías programadas y suspendidas por especialidad periodos 2018 y 2019	57
Estándar que mide la calidad de Cirugías programadas Periodo 2018.....	58
Estándar que mide la calidad de Cirugías programadas Periodo 2019	58
<i>Discusión.....</i>	59
<i>Conclusión</i>	62
<i>Recomendaciones</i>	63
<i>Bibliografía</i>	64

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a mi familia; mi marido y mis hijos, Federico y Giuliana, por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida.

A mi padre, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí.

A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportándome consejos y palabras de aliento, y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Agradecimientos

De manera especial a mi Directora de tesina Lic. Julieta Somma y a mi Co Director el Dr. Jaquenod Marcelo por haberme guiado y acompañado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi carrera universitaria y haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores.

A la Universidad Nacional Arturo Jauretche, por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecerme en conocimiento.

Agradezco a los todos docentes que con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional en esta universidad.

Gracias a la Lic. Silvia García, Prof. de tesina, por la paciencia, por orientarme y guiarme en el desarrollo de esta investigación.

A mis compañeras de cursada, y en especial a Cecilia Melluzio y Marta Stefanov porque sin el equipo que formamos, no hubiéramos logrado esta meta. Ellas me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible. Gracias amigas

Suspensión de Cirugías Programadas

Summary

The suspension of a surgical intervention is a significant fact, which deserves due attention from the health team and the hospital administration itself. Apparently cancellations of scheduled surgeries are treated as routine and inherent in the hospital system. (González, 2014)

This study seeks to find viable solutions that favor better surgical medical care for the patient, as well as reduce economic loss for the institution.

Therefore, the objective of this work was to recognize the factors that caused the suspension of surgical surgeries. Looking to propose alternatives to reduce or avoid them. It is a descriptive, quantitative, retrospective study, given that it finds a database of the surgical schedules of the high complexity hospital of the CABA, during the first semester of the year 2018 and the first semester of the year 2019, which presents average of 1200 surgical episodes per month. It was observed that in the first semester of 2018, 4884 surgeries were scheduled and 798 surgeries were suspended, equivalent to 16.34%, and in the first semester of 2019, 4428 surgeries were scheduled, and 735 were suspended, representing a 16.60 %

When starting with the analysis of the causes that cause the suspension of scheduled surgeries during these two previously established periods, he decided to group them into: Causes attributable to the surgical, administrative and institutional block and in causes attributable to the patient, where during the period of 2018, causes attributable to the surgical, administrative and institutional block, 5.57% and causes attributable to the patient in the same period 10.77%. And the period of 2019 is as a result 6.35% of suspensions for administrative and institutional causes and 10.25% for causes attributable to the patient.

With these numbers it can be concluded that the percentages that were found are much higher than the standard values, so these results indicate the need to adopt measures to protect patient safety and the quality of the service offered.

Resumen

La suspensión de una intervención quirúrgica es un hecho significativo, que merece la debida atención por parte del equipo de salud y de la administración del propio hospital. Aparentemente las cancelaciones de cirugías programadas son tratadas como rutinarias e inherentes al sistema hospitalario. (González, 2014)

Con este estudio se busca poder encontrar soluciones viables que favorezcan a una mejor atención médico quirúrgica para el paciente, como así también reducir la pérdida económica para la institución.

Por lo cual, el objetivo de este trabajo fue reconocer los factores que causaron la suspensión de cirugías quirúrgicas. Buscando proponer alternativas para reducir o evitar las mismas.

Es un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, dado que se trabajó con una base de datos de los cronogramas quirúrgicos del hospital de alta complejidad de la CABA, durante el primer semestre del año 2018 y el primer semestre del año 2019, el cual presento un promedio de 1200 intervenciones quirúrgicas al mes. Se pudo observar que en el primer semestre de 2018 se programaron 4884 cirugías y se suspendieron 798 cirugías que equivalen a un 16,34%, y en el primer semestre de 2019 se programaron 4428 cirugías, y se suspendieron 735 que representa un 16,60%.

Al comenzar con el análisis de las causas que provocan la suspensión de cirugías programadas durante estos dos periodos anteriormente mencionados, he decidido agruparlos en: Causas atribuibles al Bloque quirúrgico, administrativas e institucionales y en causas atribuibles al paciente, donde durante el periodo de 2018, causas atribuibles al Bloque quirúrgico, administrativas e institucionales, 5.57% y causas atribuibles al paciente en el mismo periodo 10.77%. Y el periodo de 2019 queda como resultado un 6.35% de suspensiones por causas administrativas e institucionales y 10.25% por causas atribuibles al paciente.

Con estos números se puede concluir que los porcentajes que se encontraron son muy superiores a los valores estándar, por lo tanto estos resultados señalan la necesidad de adoptar medidas para garantizar la seguridad del paciente y la calidad del servicio ofrecido.

Introducción

Las intervenciones quirúrgicas, en adelante (IQ) también llamadas procedimientos quirúrgicos o cirugías se llevan a cabo para brindar una mejor calidad de vida a los pacientes. Toda institución de salud tiene como prioridad, preservar la salud del paciente y una responsabilidad social dirigida a la población de su región. Dentro de una institución de salud se encuentran diversas enfermedades, y distintos tratamientos, pero algunos de los padecimientos solo se pueden corregir con una IQ de acuerdo con su diagnóstico médico, donde se deriva según especialidad, como Cirugía General, Traumatología, Urología, Cardiología, Neurología, Ginecología, etc. (Br. Ramírez Quesquén, 2018)

Las cirugías que se planifican con tiempo son las llamadas “programadas” permiten que el médico y el paciente determinen el mejor momento y lugar para ello, obteniendo así un mejor resultado. La suspensión de una cirugía programada, es la no realización de la misma, una vez que el paciente ya tiene asignado día y hora, o incluso ya se encuentra dentro del quirófano y, por alguna razón no se realiza, situación que ocasiona malestar en los pacientes al posponer su tratamiento y que es una manifestación de cierta deficiencia en la atención, desde la planificación de la IQ y preparación del paciente. (Dr. Jorge Manuel López López, 2008) La literatura resalta que la suspensión de una IQ es un hecho significativo y que merece la debida atención por parte del equipo de salud y de la administración del propio hospital. (González, 2014)

Las cancelaciones de cirugías programadas son tratadas como rutinarias e inherentes al sistema hospitalario, no causando gran inquietud en el equipo profesional de los servicios de salud y los aspectos relativos a la importancia de ese acontecimiento para el paciente parecen olvidados. Necesita pensarse en las consecuencias para los pacientes y para las finanzas de la institución hospitalaria. (González, 2014)

Existen investigaciones que dan a conocer el alto índice de la suspensión de las cirugías programadas, marcando como principales causas: las atribuibles a la institución, al paciente y a recursos humanos, dejando un aumento de los costos financieros de la unidad de centro quirúrgico, reducción de la eficiencia y calidad del servicio ofrecido. El aumento en la suspensión de cirugías programadas ha sido objeto de investigación en diferentes países. (Barbosa, Barboza, MH. 2012, 2012), ésta es una situación común tanto en instituciones de salud, pública como privadas, perjudicando al paciente como a sus

familiares, provocando gastos en la economía familiar, ausencias laborales y estrés, como así también, una pérdida económica importante a la institución y un desprestigio en el servicio brindado al cliente. (Fonseca, 2015)

En la literatura médica pocas referencias abordan este tema en Argentina, otros estudios a nivel internacional muestran resultados semejantes a los datos que arrojan los estudios publicados en nuestro país, los cuales son muy escasos. Siendo esta problemática cada vez más frecuente. Todo el equipo quirúrgico como los pacientes se adapta a los inconvenientes que pueden presentarse en la unidad del centro quirúrgico. (Fonseca, 2015)

Se calcula que la inversión en el área quirúrgica de un hospital equivale a un 30% de su presupuesto y las suspensiones de procedimientos quirúrgicos afectan directamente a este rubro y puede ocasionar hasta problemas médicos legales para la institución (Aguirre-Cordova, 2002).

Macario, describió que una tasa de cancelación menor del 5% muestra la utilización óptima de las instalaciones quirúrgicas. En Australia, el departamento de salud estableció un índice de referencia de menos del 2% para la tasa de cancelación de casos por cualquier causa y las cancelaciones debidas que las condiciones médicas se establecieron en menos del 1% y la inasistencia del paciente por debajo del 0,5%. (Nicot, 2016/2017)

Este estudio tiene como objetivo reconocer las principales causas de la suspensión de cirugías programadas, atribuibles a lo administrativo e institucional como así también las atribuibles al paciente, especificar las principales causas de suspensión y su incidencia de acuerdo a las especialidades quirúrgicas y comparar los dos semestres que se analizaron en esta investigación, como así también se buscara demostrar la dimensión del problema y poder proponer acciones de mejora que permitan disminuir o evitar las causas que provocan la suspensión de cirugías.

Pregunta

¿Cuáles fueron las principales causas que intervinieron en la suspensión de cirugías programadas en un hospital de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el primer semestre del año 2018 y el primer semestre del año 2019?

Planteamiento del problema

La literatura médica nos dice que, desde hace décadas hasta la actualidad, se ve una decadencia en la atención de los centros de salud, en general en todos sus servicios, por la falta de recursos económicos. (Pérez, 2008) Y es una preocupación medular de las instituciones, el sector del bloque quirúrgico, el cual representa un 30% de los costos de una institución. (Aguirre-Cordova, 2002) Según otros estudios, se reporta que la suspensión de una cirugía es una situación común a todo centro hospitalario que propicia inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria y un aumento importante en los gastos. (Aguirre-Cordova, 2002) Por lo cual, es de sumo interés, reconocer los factores que causan la problemática y las especialidades en las que originan más cancelaciones de cirugías.

Objetivos

Objetivo General

Reconocer las causas que intervinieron en la suspensión de cirugías programadas en un hospital de alta complejidad de la CABA, durante el primer semestre del año 2018 y el primer semestre del año 2019

Objetivos Específicos

- Enumerar las causas que intervinieron en la suspensión de cirugías atribuibles a la administración
- Determinar las causas que intervinieron en la suspensión de cirugías atribuibles a la institución
- Detallar las causas que intervinieron en la suspensión de cirugías atribuibles al paciente
- Especificar las cirugías suspendidas por especialidad en los periodos a analizar.
- Comparar la problemática de los dos semestres en estudio

Justificación y Relevancia

Se conoce que desde décadas anteriores la demanda para la realización de cirugías programadas sufre grandes demoras, en la actualidad se puede asegurar que el incremento es bastante significativo en todos los centros de salud. El aumento de la cantidad de intervenciones quirúrgicas, la creciente demanda de procedimientos mínimamente invasivos, la alta prevalencia de enfermedades crónicas, el aumento en la cobertura en los sistemas de salud de países en vía de desarrollo, el incremento en la esperanza de vida y el envejecimiento de la población hacen que el área de quirófanos se encuentra en pleno auge. (Urbina, 2016)

Por lo tanto en el área de quirófanos, es sumamente importante el correcto funcionamiento del mismo para brindar una calidad de atención al paciente y disminuir la pérdida económica que podría ocasionar a la institución.

La mirada crítica de este documento se focalizara en las causas de la suspensión de cirugías programadas, al llamar la atención la gran cantidad de casos que presentan otros estudios relacionados. Son variados los factores que llevarían a estos resultados, pero algunos serán de mayor porcentaje, es ahí donde con lo que se investigara, se procurara poder encontrar la manera de reducir la suspensión de cirugías, proponiendo diversas estrategias para lograr que los indicadores de calidad se encuentren dentro de los parámetros aceptables a nivel mundial, los cuales se tomaran de otros trabajos de la literatura. El modelo de Donabedian será el utilizado en la medición.

La elección del tema a tratar es con el fin de poder aportar a la gestión administrativa del bloque quirúrgico información en valores según las dimensiones e indicadores utilizados para este estudio. Pudiendo hacer un aporte que contribuya a la mejora de la calidad de atención.

Marco Teórico

Historia

Durante muchos siglos, las intervenciones quirúrgicas se llevaban a cabo en los campos de batalla, las sillas de barbero y las mesas de cocina.

Posteriormente los cirujanos operaban en sus consultas y en los hogares de los pacientes, los ayudantes-enfermeros eran enviados a las casas a preparar la habitación y al propio paciente para los cirujanos.

En los siglos XVIII y XIX: los hospitales estaban destinados a cuidar a pobres, locos y lisiados.

A finales del siglo XIX-siglo XX: los cirujanos pasan a realizar las intervenciones quirúrgicas en el entorno de los quirófanos del hospital. Se introduce la anestesia segura, métodos de transfusión de sangre y se desarrollan agentes antimicrobianos.

El personal de enfermería se convierte en el responsable de preparar físicamente a los pacientes para las intervenciones quirúrgicas.

En 1920, los líderes de la enfermería ponen de manifiesto la importancia de la preparación fisiológica y psicológica de los pacientes quirúrgicos.

En 1940 se insiste en la necesidad de formación de personal de enfermería en quirófano.

En los años 60 aparecen los primeros auxiliares de clínica, sin ningún tipo de formación académica, bajo la supervisión de los ayudantes técnicos sanitarios (ATS), y atendían las necesidades más básicas de los pacientes.

En 1975 se pone en marcha la formación profesional del auxiliar de clínica con el título de Formación Profesional Rama Sanitaria FPI.

En 1983 se impulsa el desarrollo de la cirugía ambulatoria.

En 1986 se crea la nueva categoría de auxiliar de enfermería sustituyendo al auxiliar de clínica, quedando plenamente integrado en los equipos de enfermería.

En 1990 se establece el nuevo título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, con cambios importantes en la formación. (Villa, 2017)

En Argentina

A fines de la década del 60 se creó la Asociación Argentina de Instrumentadoras (A.A.D.I.) y a partir de esto, se inicia la actividad científica que permitió ampliar la formación de los Instrumentadores Quirúrgicos.

Es en la década del 70 cuando se reconoce a la Instrumentación Quirúrgica como: “Actividad de colaboración de la Medicina incorporándola al art. 42, Título VII de los Colaboradores, del Decreto Ley N° 17.132/67”.

En 1974 el Secretario de Estado de salud Pública resuelve reglamentar la actividad del Instrumentador Quirúrgico y en 1976 se comienza la matriculación de los instrumentadores. A partir de ahí comienza una larga e incansable lucha promoviendo nuestra propia LEY que protegerá nuestra profesión. (AADI)

Actualmente el Instrumentador/a Quirúrgico/a es un miembro de vital importancia dentro del equipo quirúrgico, realizando tareas que van desde las más simples hasta las de más alta complejidad. Los avances tecnológicos y científicos de las últimas décadas por un lado, y la aparición de nuevas patologías y cambios en los tratamientos de las patologías ya conocidas, por otro, han modificado ostensiblemente la demanda de especialización entre los profesionales del área, a fin de mejorar la atención del paciente quirúrgico. (Ambiente, Técnico Superior en Instrumentación Quirúrgica, 2005)

Las relaciones del Centro Quirúrgico y el Hospital

El quirófano es uno de los departamentos dentro de la organización global del hospital.

En el centro quirúrgico se concentra toda la actividad quirúrgica en una sola planta ya que las condiciones ambientales son muy diferentes respecto del resto de las unidades hospitalarias. El diseño de la planta quirúrgica supone una planificación basada en el flujo de trabajo, tránsito de pacientes y personal. El diseño debe ser flexible para cubrir las siguientes necesidades:

1. N° de operaciones
2. Especialidades
3. Proporción de cirugías programadas y de urgencia
4. Programación de horas y días de funcionamiento del quirófano
5. Necesidades del personal

El Quirófano generalmente está ubicado de forma accesible respecto de los Servicios de Apoyo como el Servicio de Terapia Intensiva, Esterilización, Anatomía Patológica, Radiología, Laboratorio, Farmacia. Resulta importante, destacar que el centro quirúrgico, es el sitio donde convergen la mayoría de los servicios de apoyo; esto debido a que, para llevar a cabo una cirugía dependerá de los requisitos indispensables que cada servicio le provea, desde insumos de Farmacia, Esterilización, como recurso humano, siendo los mismos imprescindibles. (Crevecoeur, 2019)

El equipo quirúrgico generalmente, consta: de un (1) cirujano, un (1) cirujano ayudante (médico residente), un (1) instrumentador/a aséptica, un (1) instrumentador/a “circulante”; pudiéndose agregar otros profesionales (técnico radiólogo, técnico cardiología, médico cardiólogo, cirujanos especialistas); como asimismo, pudiendo cambiar ciertos roles, en el caso de cirugías menores: un (1) cirujano, un (1) anestésista, un (1) instrumentador/a aséptica (ayudante), un (1) instrumentador/a circulante. Como afirmamos a priori, el estudiante es un integrante circunstancial. Puede participar de la cirugía o no.

- **El cirujano:** Es el responsable de todo lo que ocurre dentro del quirófano y es la máxima autoridad. Es el que decide el tipo de operación que va a realizar y si en ella utilizara recursos técnicos y tácticos habituales o si introducirá modificaciones que el caso requiere. Todos los pedidos y órdenes del cirujano deberán ser transmitidos por la instrumentadora, que es el único miembro del equipo que mantiene dialogo con la enfermera de quirófano.
- **Primer ayudante:** Su jerarquía y responsabilidades siguen a las del cirujano, si por cualquier motivo, éste se retira del quirófano antes de que termine la operación, es el primer ayudante el encargado de continuar y concluir el procedimiento. Tiene la misma autoridad que el cirujano con respecto a los demás miembros del equipo.
- **Segundo ayudante:** La tarea de éste es de una gran importancia para el desarrollo del acto quirúrgico. A su cargo esta lo que genéricamente se denomina separación. Esta consiste en alejar de la zona donde se desarrolla la intervención todas las estructuras superficiales, que impidan la visión de la referida zona. Nunca mantiene dialogo directo con la instrumentadora. En algunas intervenciones el papel del primero y segundo ayudante se alterna durante su desarrollo, según la zona donde se opere.

- **La instrumentadora:** Es una auxiliar especializada cuyo rol dentro del equipo quirúrgico está perfectamente establecido y se maneja dentro de parámetros muy estrictos. Los deberes de la instrumentadora comienzan 30 a 40 minutos antes de la iniciación de la operación. Es la responsable absoluta de la mesa de instrumental a su cargo, no debe permitir que ninguno de los miembros del equipo retire directamente de su mesa de instrumental, gasas, o cualquier otro elemento. No debe perder nunca el control y conteo de gasas que circulen entre su mesa y el campo operatorio. No debe permitir que permanezca instrumental o gasas apoyadas sobre el paciente. Debe estar pendiente de los tiempos de cada operación, para adelantarse a los deseos y órdenes del cirujano o de su primer ayudante. Debe atender a las órdenes del cirujano y responderlas de forma inmediata. La función de ésta en quirófano finaliza solo después de haber cubierto la herida operatoria con los apósitos asépticos. (Crevecoeur, 2019)

Instrumentador/a Quirúrgico/a

El Instrumentador/a Quirúrgico/a es un profesional de la salud que, desde una formación centrada en el proceso tecnológico y comprometido socialmente con la actividad que realiza, participa en la gestión y en la atención de la salud, ejecutando procedimientos técnicos específicos en el área de la Instrumentación Quirúrgica, desarrollando competencias en lo referido a la promoción de la salud.

La complejidad de su actividad, así como las responsabilidades que afronta en el desempeño de sus prácticas, exigen una formación integral y amplia que contemple la práctica y la teoría interrelacionadas, con una sólida formación ética. Los constantes cambios tecnológicos requieren tomar conciencia de la necesidad de la educación permanente. Esta actitud debe ser tenida en cuenta en la formación del futuro Instrumentador/a Quirúrgico/a Su formación le permite actuar interdisciplinariamente con profesionales de diferente nivel de calificación en otras áreas, eventualmente involucrados en su actividad (técnicos en laboratorio, médicos de distintas especialidades, técnicos en radiología, hemoterapia, enfermeros, enfermeros nefrológicos, técnicos en gestión, técnicos en salud y medio ambiente, etc.).

El Instrumentador/a Quirúrgico/a manifiesta competencias transversales con todos los profesionales del sector Salud que le permiten asumir una responsabilidad integral del

proceso en el que interviene desde su actividad específica y en función de la experiencia acumulada e interactuar con otros trabajadores y profesionales. Estas competencias, el dominio de fundamentos científicos de la tecnología que utiliza, y los conocimientos de metodologías y técnicas de la instrumentación, le otorgan una base de polivalencia dentro de su ámbito de desempeño que le permiten ingresar a procesos de formación para adaptarse flexiblemente a distintos roles profesionales, para trabajar interdisciplinariamente y en equipo, para continuar aprendiendo a lo largo de toda su vida.

El Instrumentador/a Quirúrgico/a es capaz de interpretar las definiciones estratégicas surgidas de los estamentos profesionales y jerárquicos correspondientes en el marco de un equipo de trabajo en el cual participa, gestionar sus actividades específicas y recursos de los cuales es responsable, realizar y controlar la totalidad de las actividades requeridas hasta su efectiva concreción, teniendo en cuenta criterios de seguridad, impacto ambiental, relaciones humanas, calidad, productividad y costos. Asimismo es responsable y ejerce autonomía respecto de su propio trabajo y por el trabajo de otros a su cargo. Toma decisiones sobre aspectos problemáticos y no rutinarios en todas las funciones y actividades de su trabajo y de los trabajadores que están a su cargo. Desarrolla el dominio de un "saber hacer" complejo en el que se movilizan conocimientos, valores, actitudes y habilidades de carácter tecnológico, social y personal, que definen su identidad profesional. Estos valores y actitudes están en la base de los códigos de ética propios de su campo profesional. (Ministerio de Salud y. A., 2005)

Planificación y programación del área quirúrgica

La planificación del área quirúrgica se considera un proceso de tres niveles: estratégico, el cual tiene una mirada global del servicio de cirugía. Su objetivo es definir la oferta quirúrgica del hospital y usualmente se hace sobre una base anual, teniendo en cuenta el presupuesto disponible (Adan I, 2011) Adicionalmente, se determina el tiempo de funcionamiento de una o varias salas de cirugía y la distribución de estas, considerando el grupo de cirujanos y los recursos necesarios (Adan I, 2011) El segundo nivel es táctico, cuyo objetivo implica el desarrollo de un programa de cirugía, un calendario cíclico que define el número y tipo de quirófanos disponibles, el horario de funcionamiento, y determina los cirujanos o grupos quirúrgicos con prioridad en periodos de tiempo en cada sala. El nivel operativo establece un modelo del orden de las cirugías programadas para

un día específico, buscando asignar adecuadamente las cirugías electivas a los quirófanos, minimizando el riesgo de no realización, la reducción de las horas extras de utilización de los quirófanos, la minimización de la cancelación de las cirugías y el tiempo de espera de los pacientes. Cada uno de estos tres niveles presenta características, problemas y metodologías de solución enfocados a optimizar el uso de quirófanos. Existen unos factores que son determinantes en la planificación del área quirúrgica, los cuales son: el número y especialidad del quirófano, el estado de los pacientes y el tipo de cirugía. Todas estas variables presentan incertidumbre, y esta afecta directamente los tiempos y la capacidad de los quirófanos, trayendo como consecuencia retardos en las intervenciones quirúrgicas, tiempos de espera prolongados para que los pacientes sean atendidos, cancelaciones de cirugías y trabajo en horas extras del personal quirúrgico. (Adan I, 2011)

La programación quirúrgica. La forma de abordar los factores dentro de la planificación del área quirúrgica influye en los problemas que estas presentan. En este sentido, Cardoen y colaboradores (Cardoen B, 2010) plantean que una de las causas de los problemas en la planificación del área quirúrgica se asocia al desarrollo de enfoques exactos de los horarios de programación de los quirófanos. El proceso quirúrgico posee incertidumbres inherentes lo que conlleva que los acercamientos deterministas del planteamiento no generen los resultados esperados. Otros autores como Jiménez y colaboradores (Jiménez A, 2013), aunque reconocen que hay varios estudios que tienen en cuenta la incertidumbre inherente en la programación de cirugías, manifiestan que son pocos los que la incluyen directamente y que la mayoría trabajan bajo supuestos: la no existencia de variabilidad en la duración de los procedimientos, los arribos provenientes de urgencias y los retrasos en la llegada de insumos, equipo, alistamiento de los quirófanos y personal médico. De los anteriores, el primero es el supuesto más fuerte, porque reduce la robustez de las programaciones realizadas. (Velásquez-Restrepo, 2013)

Según explica el bloque quirúrgico

Se considera como cancelación aquella intervención que aparece en el parte quirúrgico definitivo y que finalmente no se lleva a cabo. Las cancelaciones pueden deberse a causas provocadas por terceros

La falta de camas y la inadecuada preparación prequirúrgica son las causas más frecuentes de cancelación para pacientes con cirugía con hospitalización convencional, de conformidad con la Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland³⁶; según

esta misma fuente -que se nutre de la experiencia del NHS-las causas más frecuentes de cancelación en CMA son la no presentación del paciente, la falta de preparación preoperatoria adecuada y las cancelaciones producidas por el paciente (cita no conveniente u operación no necesaria).

La tasa de cancelaciones puede reducirse utilizando un protocolo preoperatorio en el que la información al paciente tiene un papel relevante: programando de forma realista la utilización de los quirófanos tiempos, consideración de las cirugías urgentes, etc., desarrollando una gestión integral del proceso, incorporando a todas las partes implicadas en el mismo, y dotando de un área de preparación preoperatoria para ingresos el mismo día de la cirugía. Si la operación es cancelada se debe reprogramar con el paciente la intervención en el momento más conveniente para él. (Bloque Qx, 2009)

Programación quirúrgica

La programación de los quirófanos es uno de los componentes más importantes de la gestión de un BQ ya que tiene una gran repercusión sobre el hospital, los profesionales y los pacientes. El modo de programación determina el funcionamiento de otras áreas del hospital: administrativos encargados de la citación de los pacientes, servicios de admisión y de preparación de los pacientes para la cirugía, las unidades de recuperación postquirúrgica, servicios de hotelería del hospital, etc.

Entre las prioridades que deben tener en cuenta los responsables de la programación están la satisfacción de los pacientes y de los profesionales, sin olvidar que se debe conseguir utilizar con eficacia los recursos que se ponen en juego.

Un quirófano de cirugía programada debería poder ser utilizado en sesiones de mañana y tarde, para rentabilizar sus costosas instalaciones, equipamiento y mantenimiento. Sin embargo, para ello es preciso que el equipo quirúrgico así como otro personal de plantilla y recursos del hospital estén disponibles. La revisión de la Audit Commission de los hospitales del NHS inglés 34 encontró una media de utilización de 41 horas por quirófano y semana. Un objetivo razonable para la utilización de los quirófanos programados podría ser de, al menos, 10 horas todos los días laborables y 7 horas los viernes, lo que permitiría una utilización de 47 horas por quirófano y semana. Algunos hospitales tienen, en la actualidad, una utilización más intensiva de este recurso, por lo que, dadas las condiciones necesarias de personal, recursos y servicios del hospital, así como demanda suficiente, la utilización del quirófano programado por semana puede ser notablemente mayor. (Bloque quirúrgico, 2009)

El proceso de atención dentro del centro quirúrgico

El proceso de atención del paciente quirúrgico se divide en tres etapas “preoperatoria, intraoperatorio, postoperatoria”. Durante la etapa preoperatoria, el paciente con cirugía programada se encuentra lucido por lo cual es importante que se establezca una empatía entre el profesional y el paciente, de modo que se le transmita tranquilidad y seguridad teniendo en consideración que el paciente se encuentra en un entorno totalmente desconocido y expuesto. El proceso quirúrgico, entendido como factor desencadenante promueve desequilibrios homeostáticos. (Mucci, 2004) El proceso quirúrgico tal como lo menciona la autora, genera estrés que funciona como desencadenante externo, en el sentido de impacto psíquico. Ante el proceso surgen la angustia, tristeza, depresión.

Por lo cual, trazar una estrategia para la llegada del paciente quirúrgico es esencial, tal como conocer el tipo de operación, edad, condición del paciente, para lo cual se requiere de información precisa que se obtendrá de la historia clínica del mismo, o bien de los propios cirujanos. El desarrollo de un plan de asistencia del paciente exige entrenamiento y práctica extensa en conducta psicosocial y en evaluación física y fisiológica. (Fuller, 1998) El mayor desafío para el instrumentador circulante será atender las necesidades especiales que presenten aquellos pacientes pequeños “niños”, en los cuales se produce un sentimiento de desarraigo entre la familia y el mismo paciente, durante el preoperatorio y postoperatorio, es el instrumentador quien cumple el rol de figura maternal quien le transmite la seguridad al mismo. A veces se puede reducir la ansiedad con algún objeto familiar para el niño, o bien son los padres quienes lo acompañan hasta producirse la sedación del mismo. Como observarán el preoperatorio no solo involucra, la seguridad del paciente, a través del reconocimiento de la historia clínica del paciente, sino atender las necesidades del mismo.

El “Período Intraoperatorio” corresponde desde el traslado del paciente al quirófano hasta la unidad de asistencia post-anestésica. La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano. Todos los pasos deben ser confirmados verbalmente por el miembro del equipo que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave. Así pues,

antes de la inducción de la anestesia, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el anestesista y el paciente (si es posible) la identidad de éste, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como si se ha dado el consentimiento para la operación. Observará y confirmará verbalmente que se ha marcado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad de los aparatos y la medicación anestésica. Lo ideal es que el cirujano esté presente durante esta fase, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación. Antes de la incisión cutánea, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo confirmará en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correcto, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales. Antes de salir del quirófano, el equipo revisará la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. Antes que el paciente salga de quirófano los controles de seguridad han de efectuarse antes de que el paciente salga del quirófano. El objetivo es facilitar el traspaso de información importante a los equipos de atención responsables del paciente tras la operación. Los controles puede iniciarlos el instrumentador circulante, el cirujano o el anestesista y han de llevarse a término antes de que el cirujano salga del quirófano. Pueden simultanearse, por ejemplo, con el cierre de la herida. En la Salida, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de sacar al paciente del quirófano repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación

Post-operatorio Período de cuidados que comienza cuando el paciente termina la cirugía, tiene el propósito de complementar las necesidades psicológicas y físicas directamente después de la cirugía.

Este período se divide en:

El postoperatorio inmediato se inicia una vez concluida la intervención: abarca las seis horas siguientes, si bien puede prolongarse a veces hasta 36 horas. El paciente es conducido a la sala de recuperación posquirúrgica, donde el equipo especializado controla sus constantes vitales (consciencia, frecuencia respiratoria, presión arterial y pulso) de forma continua.

El postoperatorio mediato equivale al período que transcurre desde que el paciente ha sido llevado a la habitación o sala (24 o 48 horas después de la operación) hasta el día en que es dado de alta.

Postoperatorio Tardío: Periodo comprendido desde la segunda semana hasta la cuarta semana. (Crevecoeur, 2019)

La cirugía

Es una especialidad médica que utiliza técnicas manuales e instrumentales operativas en un paciente, con el objetivo de investigar o tratar enfermedades o lesiones. Los objetivos de una intervención quirúrgica son diversos. El acto de realizar una cirugía se puede llamar también procedimiento, tratamiento quirúrgico u operación. La duración dependerá de la complejidad de la cirugía y la especialidad a tratar, pudiendo ser de minutos a horas. (EcuRed, 2019)

Cirugía General

La Cirugía General comprende el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que se resuelven por procedimientos quirúrgicos tanto electivos como de urgencia, en los siguientes aparatos: digestivo, endocrino, mama, piel y partes blandas, pared abdominal y retroperitoneal. El cirujano general debe también resolver las urgencias de algunas patologías de especialidades quirúrgicas como vasculares y tórax, con el objeto de iniciar un tratamiento, estabilizar y trasladar al paciente a un centro de mayor complejidad. (Juhasz, 2018)

Cirugía Plástica

Esta es una especialidad quirúrgica que tiene el objetivo de restablecer o embellecer la forma de alguna parte del cuerpo. En lo que refiere al embellecimiento, la rama especializada recibe el nombre de cirugía estética.

Es importante resaltar el hecho de que dentro de este tipo de cirugía nos encontramos con un amplio número de operaciones con las que cualquier persona consigue lucir mucho más bella y atractiva. (Fonseca, 2015)

Neurocirugía

La cirugía neurológica abarca el manejo quirúrgico y no quirúrgico en el tratamiento de pacientes adultos y pediátricos con determinadas enfermedades del sistema nervioso, tanto del cerebro como de las meninges, la base del cráneo, y de sus vasos sanguíneos, incluyendo el tratamiento quirúrgico y endovascular de procesos patológicos de los vasos intra y extra craneales que irrigan al cerebro y a la médula espinal; lesiones de la glándula pituitaria; ciertas lesiones de la médula espinal, de las meninges, y de la columna vertebral, incluyendo los que pueden requerir el tratamiento mediante fusión, instrumentación, o técnicas endovasculares; y desordenes de los nervios craneales y espinales todo a lo largo de su distribución. (Sola, 2007)

Gineco-obstetricia

La Gineco-obstetricia es la parte de la medicina que se ocupa de la reproducción humana y de las afecciones génito-mamarias. Por lo tanto la temática está relacionada con el estudio anatómico, fisiológico y patológico del aparato génito-mamario, así como el embarazo, parto, puerperio normal y patológico. (Gineco-Obstetricia, 2009)

Cirugía cardiovascular

La cirugía cardiovascular (CCV) es una especialidad de la medicina que se ocupa de los trastornos y enfermedades del sistema cardiocirculatorio que requieren una terapéutica quirúrgica. (Sociedad Española de Cirugía, 2012)

Cirugía torácica

La Cirugía Torácica es la especialidad que se ocupa del tratamiento quirúrgico de la patología localizada en la caja torácica con la salvedad de la patología cardíaca y de los

grandes vasos como así las enfermedades de la columna vertebral que son tratadas por las especialidades correspondientes. (Díaz)

Urología

La Urología tiene como ámbito anatómico de actuación el riñón y sus estructuras adyacentes, las vías urinarias y el aparato genital masculino, atendiendo las disfunciones de los siguientes órganos y estructuras: glándula suprarrenal, riñón (aspectos morfológicos y alteraciones obstructivas), retro peritoneo y región lumbar, uréter, vejiga, próstata, vía seminal, uretra, estructuras del suelo pelviano, pene, escroto, testículo. El tratamiento de las correspondientes enfermedades que afectan a ambos sexos puede ser médico, con el empleo de todo tipo de fármacos y quirúrgico, incluyendo intervenciones por vía abierta, la paroscopia, endoscopia y métodos radiológicos.; así como de las enfermedades del aparato genital masculino sin límites de edad. (Juhasz, 2018)

Ablación y trasplante de órganos

La ley 24193, establece claramente los principios bioéticos que resguardan la actividad de procuración y trasplante de órganos.

- **Trasplante** Reemplazo de un órgano o tejido enfermo por otro sano indicado por el médico cuando ya no existe otra forma de tratamiento alternativa para el paciente. Una vez diagnosticada la necesidad de un trasplante, el médico inscribe al paciente en lista de espera. Es un tratamiento médico complejo. Esta técnica, que está en constante evolución, se viene desarrollando con mucho éxito en nuestro país y cada vez es más habitual. A través del trasplante de órganos y tejidos, muchos pacientes sometidos a largos tratamientos han logrado mejorar su calidad de vida y recuperar las condiciones físicas óptimas para realizar una vida totalmente normal.
- **Ablación** Intervención quirúrgica que permite la extracción de los órganos del cuerpo de una persona fallecida.

La ablación y el trasplante de órganos y tejidos en nuestro país están garantizados legalmente por la Ley 24.193 del año 1993, y los decretos y resoluciones complementarias. La única AUTORIDAD NACIONAL RESPONSABLE en materia de ablación y trasplante en nuestro país es el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE (I.N.C.U.C.A.I.), que actúa en todo

el territorio nacional con un criterio federal y descentralizado en materia de distribución y procuración de órganos. (Incucai)

Cirugía programada

En la cirugía programada, el cirujano establece la indicación de la cirugía en un paciente y la prioridad con que el procedimiento se debe realizar, se planifica con tiempo suficiente para considerar los riesgos y los beneficios. Esta cirugía se programa también en base a varios criterios como si va a ser ambulatoria o con hospitalización, el posible tiempo de recuperación o la disponibilidad del cirujano o equipo médico. (escuela d'oficis catalunya, 2018)

Las cirugías que requieren de la hospitalización del paciente, se pueden realizar en ciertos casos bajo anestesia general y presentan periodo posoperatorio con hospitalización cuya duración dependerá del tipo de intervención, de la recuperación del paciente y las posibles complicaciones. (escuela d'oficis catalunya, 2018)

La cirugía ambulatoria definida como aquellos procedimientos quirúrgicos programados, en que la admisión, la cirugía y el alta del paciente ocurren el mismo día, las mismas requieren una cuidadosa selección de pacientes y cirugías. (Dr. Claudio Nazar J.1, 2015)

Suspensión de cirugía

La suspensión de una cirugía, se entiende como cancelación de una cirugía programada el hecho de no realizar una cirugía una vez que el paciente ya tiene asignación del día y hora para la misma, es una situación común a todo centro hospitalario que propicia inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria y aumento importante en los gastos. En la literatura médica pocas referencias abordan este tema. (Aguirre-Cordova, 2002)

Causas más frecuentes de Cancelación de Cirugía programada

Se consideran como causas de cancelación quirúrgica potencialmente evitables: las cirugías previas que sobrepasan el tiempo estimado, errores en la programación, problemas con equipamientos y transporte, fallas de comunicación, la preparación inadecuada del paciente, cirujano no disponible, etc. A continuación se detallan estas causas para explicar en profundidad cada una de ellas y conocer donde radica el mayor problema de la cancelación. Causas más frecuentes de Cancelación de Cirugía programada. (Fonseca, 2015)

Causas atribuibles al paciente

- El paciente no se presentó.
- Mala preparación pre quirúrgica
- Por enfermedad

Causas atribuibles al sector institucional

- Falta de camas
- Falta de exámenes de laboratorios
- Fallas de comunicación
- Fallas de equipos
- Falta de instrumentadora quirúrgica
- Falta de médico cirujano
- Falta de anesthesiólogo
- Falta de sangre
- Falta de técnicos de diagnóstico por imágenes
- Falta de insumos
- Falta de instrumental

Causas atribuibles al sector administrativo

- Cambio de paciente
- Cambio de fecha
- Falta de materiales varios
- Error de programación
- Falta de material quirúrgico por error administrativo
- Tiempo quirúrgico excedido.
- Falta de materiales de ortopedia Falta de quirófano por cancelación de cirugías por patologías más graves que la del paciente programado o urgentes.

Valoración Pre-operatoria como proceso de intervención

¿Qué debemos tomar en cuenta al momento de programar una cirugía?

En un estudio realizado por Carcache, Yubelka, menciona que para programar una cirugía debemos tomar en cuenta cuatro factores principales: si es ambulatoria o requiere hospitalización, la disponibilidad del médico y del paciente, el horario y día de la cirugía; y por último, el tiempo de recuperación.

Ambulatoria o con hospitalización: es necesario definir si será un procedimiento ambulatorio (al paciente se le realiza el procedimiento, se estabiliza, se da de alta y se retira para recuperarse en casa) o requiere de internación y pasar algunos días en el hospital para recuperarse.

Disponibilidad del médico y del paciente: consiste en conciliar las agendas del médico y paciente para poder programar en las mejores fechas y horarios, y obtener el mejor beneficio para ambos.

Valoración preoperatoria: una optimización de la valoración preoperatoria podría disminuir el número de cancelaciones. Las cancelaciones de cirugías programadas mediante la implantación de medidas. Como mejor distribución de las camas, mejor comunicación con el paciente sobre la fecha de la cirugía y orientación preoperatoria. Cobran importancia en la cancelación de la cirugía y las causas relacionadas con las contraindicaciones de los pacientes. (Carcache, 2016)

Indicador de calidad

“El porcentaje de cirugías programadas suspendidas es un indicador de calidad de atención muy importante en los establecimientos de salud reportado por el servicio del Centro Quirúrgico”. (Br. Ramírez Quesquén, 2018)

La medición de la suspensión de cirugía es un buen indicador de calidad. Esta propuesta podrá garantizar a los pacientes y sus familiares una atención quirúrgica oportuna y con resultados satisfactorios, sin que afecte su economía ni la del hospital. La demanda de asistencia en los hospitales públicos se ha incrementado por factores tales como la explosión demográfica, la crisis económica y la carencia de nuevos hospitales. Todo ello ha contribuido de alguna manera a que exista un deterioro en la calidad de la atención médica, principalmente en lo que se refiere a la relación médico-paciente y a la oportunidad con que se otorgan los servicios, lo que trae repercusiones en la salud de los

pacientes. En todas las instituciones se manifiestan estos problemas, pero se presentan con mayor frecuencia en los hospitales públicos. (Montaño, 2006)

Según Avedis Donabedian considerado el Padre de la Calidad de la atención en Salud define a la Calidad de la Atención de la Salud como: “es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”. Añade que los factores que influyen en la calidad de la salud son:

- Estructura: médico, edificio, consultorio, deseable pero no garantiza la calidad.
- Proceso: interacción entre los pacientes y los servicios de salud.
- Resultados: satisfacción o nivel de salud, proveedores del servicio.

Los factores más importantes: el proceso y los resultados.

Dimensión de calidad asistencial

Estructura (Inversión)

- Cómo se distribuyen los recursos en términos de tiempo, lugar y receptividad a las necesidades de las poblaciones (acceso).
- Ecuanimidad en compartir costes y beneficios (equidad).

Proceso

- Cómo se aplican los recursos (administración).
- Uso de tiempo y recursos (eficiencia).
- Evitar el despilfarro (economía).
- Reducción del riesgo (seguridad).
- Práctica basada en la evidencia (adecuación).
- Atención centrada en el paciente (continuidad).
- Información al paciente/público (elección, transparencia, responsabilidad).

Resultado

- Salud de la población (mejora de la salud).
- Resultado clínico (efectividad).
- Satisfacer expectativas del público y del personal (coste-beneficio). (Kalo, 2005)

Calidad: Para la medición de la calidad se utiliza tradicionalmente el modelo de Donabedian que evalúa tres áreas, a saber: la estructura, los procesos y los resultados, por lo que se ha propuesto clasificar la suspensión de la cirugía programada en estructura a causas atribuibles a la administración e institución, como la falta de medicamentos o materiales, falta o falla de equipo médico, falta de instrumental, ropa quirúrgica o cama en hospitalización, entre otras. Y bien, al proceso, las causas atribuible al paciente como falta de prequirúrgicos, mala preparación pre quirúrgica, enfermedades o paciente ausente. El indicador propuesto tiene como numerador el número de cirugías suspendidas y el denominador el número de cirugías programadas; el resultado se multiplica por 100 para conocer el porcentaje y definir el estándar. El estándar propuesto, es el siguiente:

- a) Excelente, 0%.
- b) Bueno, de 0.1 a 3%
- c) Regular, de 3.1 a 6%
- d) Malo, más de 6%. (Montaño, 2006)

Algunas referencias literarias

En la literatura mundial existen diversos reportes al respecto. Uno de los primeros trabajos en el tema data de 1989, Morrisey reporta un índice de cancelaciones de cirugías de una Unidad de Otorrinolaringología en Oxford de 27.4% e identifica 20 “razones” de suspensión de cirugías, este es uno de los primeros reportes que se hacen respecto al problema de la suspensión y menciona como causas principales la no asistencia del paciente a su cirugía con un índice de 14.6%, y la infección de vías respiratorias. (López, 2008)

Se tomaron algunas referencias literarias internacionales y nacionales como referencias para el logro de este estudio.

R.A.Abeldaño, 2016. Realizo un trabajo sobre Cirugías suspendidas en la Unidad de Quirófano del Hospital de Trauma Dr. Federico Abete, De Pablo Nogués, Bs.As. Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014. Se analizaron datos de 441 cirugías suspendidas. La tasa de suspensión de cirugías fue del 7.6%. La tasa más baja fue registrada en el mes de diciembre (4.3%), mientras que noviembre registró la mayor tasa (11.1%). Las causas relacionadas con la logística o las de tipo administrativo correspondieron al 44.2% de las causas de suspensión, mientras que las causas médicas (no quirúrgicas) tuvieron una

frecuencia del 40.8%. Las causas relacionadas con la anestesia representaron el 5.4% del total de las suspensiones de cirugías. (R.A.Abeldano, 2016)

Juan Francisco Aguirre-Córdova, 2002 en su trabajo de investigación en el Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” de México hay 49 camas censables asignadas a la coordinación de cirugía y funcionan cinco quirófanos. En un año fueron programadas en la bitácora de quirófano 3627 cirugías, de las cuales se suspendieron 863. El índice de suspensión de cirugía programada fue de 23.79%, predominó en el último cuatrimestre del año, los servicios principalmente involucrados fueron ortopedia, cirugía general, gineco-obstetricia y oftalmología, por causas predominaron las atribuidas al paciente (40.1%), siguiendo las atribuidas a la institución (30.1%) y al personal médico (29.8%).

Causa de cancelación	Número	Porcentaje	Atribuible al Paciente
Atribuible al Paciente	346	40.1%	Atribuible
Atribuible al Hospital	260	30.1%	Atribuible
Atribuible al Médico	257	29.8%	Total
Total	863	100%	

(3) Causa de cancelación Número Porcentaje Atribuible al Paciente 346 40.1% Atribuible al Hospital 260 30.1% Atribuible al Médico 257 29.8 % Total 863 100%. (Juan Francisco Aguirre-Córdova, 2003)

80° Congreso Argentino de cirugía, presento un trabajo sobre las causas de cirugías canceladas del Hospital Posadas de Bs.As. En 2007 y 2008. Se registraron 8258 cirugías programadas en un año, de las cuales se suspendieron 1877. Ocurrieron más frecuentemente en el último trimestre del año. Las suspensiones predominaron principalmente en: Traumatología, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Urología. El 46.08% se atribuyó a los pacientes quienes no se presentaron o padecieron enfermedad aguda como causas más habituales; el 30.26% a la institución por falta de tiempo quirúrgico, paros gremiales y de material y aparatos, entre otros; y el 23.65% restante fueron por deficiencias atribuibles al personal médico. Los hallazgos fueron similares al año previo y lo hallado en la bibliografía. (80° CONGRESO ARGENTINO, 2008)

Barbosa, MH. 2012, realizo un estudio donde se analizaron todos los registros de cirugías canceladas en el periodo de enero de 2006 a diciembre de 2007. La relación de las cirugías programadas y suspendidas con sus respectivas justificaciones fue obtenida en el Servicio de Archivo Médico y Estadístico y el Archivo del Centro Quirúrgico del referido hospital, campo de estudio. Hubo una tasa de anulación quirúrgica de 14.14% y para 1402 (63,78%) cirugías canceladas no había constancia de la justificación de la suspensión. Las razones para la suspensión de las cirugías fueron: 194 (8,82%) por la no hospitalización de los pacientes, 182 (8,30%) por las condiciones clínicas inadecuadas, 179 (8,14%) debido a problemas administrativos, 94 (4,27%) por asuntos de asistencia para el cuidados de la salud, 61 (2,77%) por problemas estructurales, 40 (1,82%) por ausencia del

pacientes y 46 (2.10%) por otras razones. Este estudio permitió evidenciar que la tasa de suspensión quirúrgica identificada fue 14,14%. En lo que se refiere a las justificaciones para las suspensiones de las cirugías, las más frecuentes fueron relacionadas al no ingreso de los pacientes, condiciones clínicas insatisfactorias en el preoperatorio y/o alteraciones de la conducta médica y problemas administrativos de la institución hospitalaria. (Barbosa, Barboza, MH. 2012, 2012)

Jorge Luis Fernández-Mogollón, 2017. Presento un estudio de la suspensión de cirugías electivas en un hospital de la seguridad social de Chiclayo, Perú. Las causas de suspensión administrativas fueron las más frecuentes constituyendo el 57,1%, seguidos de las causas clínicas (23,7%) y las quirúrgicas (8,5%); siendo específicamente la prolongación del tiempo operatorio la causa con mayor frecuencia (27,3%), seguida de las malas condiciones clínicas del paciente (13,7%) y la falta de insumos (10,5%). (Jorge Luis Fernández-Mogollón, 2017)

Dr. Jorge Manuel López López, 2007. Presento un estudio de la suspensión de cirugía electiva en un hospital público de tercer nivel. Donde presenta frecuencia y causas. El estudio se realizó en el Quirófano Central del Hospital General de México, del 01 de enero al 31 de diciembre del año 2006. Se identificaron causas de origen médico (70%) y no médico (30%), en las primeras destacaron las alteraciones cardiovasculares como la hipertensión arterial, otra fue por salas ocupadas por otro procedimiento y el cambio del plan quirúrgico, y en las no médicas, el ausentismo del paciente en forma importante (23%). Los servicios con mayor índice de suspensión fueron los de Cirugía General y Cirugía Plástica. (López, 2008)

Marco Vinicio Macancela González, realizó el estudio de “Causas que influyan en las suspensión de cirugía programada en el Hospital Regional Isidro Ayora periodo Enero 2012 - Septiembre 2014” donde es su estudio el número de cirugías programadas fueron suspendidas 919 que representan el 14.23% , las causas inherentes al paciente se han podido constatar un alto grado de ausentismo, entre las causas dependientes de personal de salud encontramos una mala distribución del personal de salud a la hora de la realización de cirugías programadas y un gran porcentaje de ausentismo tanto de cirujanos como de anestesiólogos, las causas dependientes de la institución se basan en falta de espacio físico (quirófanos) y materiales requeridos para la cirugía. (González, 2014)

Variables, Dimensiones e Indicadores

Cuando nos encontramos con variables complejas, donde el pasaje de la definición conceptual a su operacionalización requiere de instancias intermedias, entonces se puede hacer una distinción entre variables, dimensiones e indicadores. A modo de síntesis, puede afirmarse que el pasaje de la dimensión al indicador hace un recorrido de lo general a lo particular, del plano de lo teórico al plano de lo empíricamente contrastable.

Las dimensiones vendrían a ser subvariables o variables con un nivel más cercano al indicador. Cada dimensión puede tener varios indicadores en dependencia de la variable. A su vez, estas dimensiones, para poder ser contrastadas empíricamente por el investigador, requieren operacionalizarse en indicadores, que no son otra cosa que parámetros que contribuyen a ubicar la situación en la que se halla la problemática a estudiar. En un sentido restringido, los indicadores son datos. (I.U.T.A., 2010)

Cuadro de variable, dimensiones e indicadores

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES En cantidades y porcentajes
SUSPENSIÓN DE CIRUGIAS	POR CAUSAS ATRIBUIBLES AL PACIENTE	Falta de preparación prequirúrgica Por ausencia del paciente Por enfermedad
	POR CAUSAS ATRIBUIBLES A LA ADMINISTRACION	Cambio de paciente Cambio de fecha Cirugía condicional Se realizó en otro servicio Por horario Error de programación Falta de material
	POR CAUSAS ATRIBUIBLES A LA INSTITUCION	Falta de estudios Falta de cama Falla de equipos Falla de esterilización Por urgencias Externas al bloque quirúrgico
	POR ESPECIALIDADES	Cirugía General Ginecología Neuro Odontopediatría Oftalmología ORL Proctología TYO Urología, etc.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizara un estudio descriptivo, que apunte a describir cuáles fueron los factores que influyeron en la suspensión de cirugías programadas.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información es retrospectivo.

Área de estudio

El estudio se realizara en un Hospital de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el primer semestre 2018 y el primer semestre 2019.

Universo y muestra

El presente estudio estará comprendido por un universo de 9312 cirugías programadas de todas las especialidades según los registros del Hospital de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre 2018 y el primer semestre 2019, la muestra serán las 1533 cirugías suspendidas durante los periodos antes mencionados.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos y pediátricos
- Ambos sexos
- Pacientes que sus cirugías fueron suspendidas

Criterios de exclusión

- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión
- Paciente intervenido quirúrgicamente de urgencia y agregados a la lista quirúrgica.

Fuentes de información

Secundaria

Variable en estudio

- Suspensión de cirugías programadas

Dimensiones

- Causas de suspensión atribuible al paciente
- Causa de suspensión atribuible a la administración
- Causas de suspensión atribuible a la institución
- Cirugías Suspendidas por especialidad

Recolección de datos

Los datos del siguiente estudio se recolectaran de los registros mensuales de cirugías programadas y suspendidas de la planta quirúrgica del Hospital de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, del primer semestre 2018 y del primer semestre 2019.

Procedimiento de recolección de datos

Los datos para la realización de este estudio se recolectaron de los registros mensuales de cirugías, del Hospital de alta complejidad de la Ciudad autónoma de Buenos Aires del primer semestre de 2018 y primer semestre de 2019. Estos registros se encontraban en formato de planilla de cálculo (Microsoft Excel 2010).

Las planillas del periodo 2018 eran de todo el año completo, se encontraban en Excel y separadas en diferentes solapas por especialidad. Cada hoja de cálculo contaba con 9 columnas y con un promedio de 790 filas.

Las planillas del periodo 2019, solo eran del primer semestre y estaban en Excel, pero en estas se encontraban los datos en diferente disposición, todas las especialidades se hallaban en la misma hoja de cálculo la cual estaba formada por 45 columnas y 5942 filas.

Procedimiento de interpretación de datos

Para el análisis de este trabajo, en primer lugar se adaptó la información del primer semestre de 2018 al formato de la planilla del primer semestre de 2019, de esta forma se pudo trabajar con las dos planilla de la misma manera sin modificar los datos originales.

Luego se fue trabajando sobre estas planillas, utilizando filtros y tablas dinámicas, agrupando la información por la variable en estudio y sus dimensiones. Toda la base de datos numéricos se pasó a porcentaje utilizando la misma fórmula en todo el estudio donde se toma como numerador el número de cirugías suspendidas y el denominador el número de cirugías programadas; el resultado se multiplica por 100 y así poder establecer el porcentaje. Con los datos obtenidos se realizaron tablas y gráficos, con planillas de Microsoft Excel 2010, donde se reflejan los resultados obtenidos.

Resultados

Periodo de análisis Primer semestre 2018

Tabla 1: Total de cirugías programadas, realizadas y suspendidas periodo 2018

Cirugías periodo 2018			
Programadas	4884		100%
Suspendidas	798		16,34%
Realizadas	4086		83,66%

Fuente: Registros mensuales (2018) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

Durante el primer semestre del 2018, se programaron 4884 cirugías, de las cuales se realizaron 4086, equivalente a un (83.66%), y se suspendieron 798 cirugías que equivale a un (16.34%).

Gráfico 1

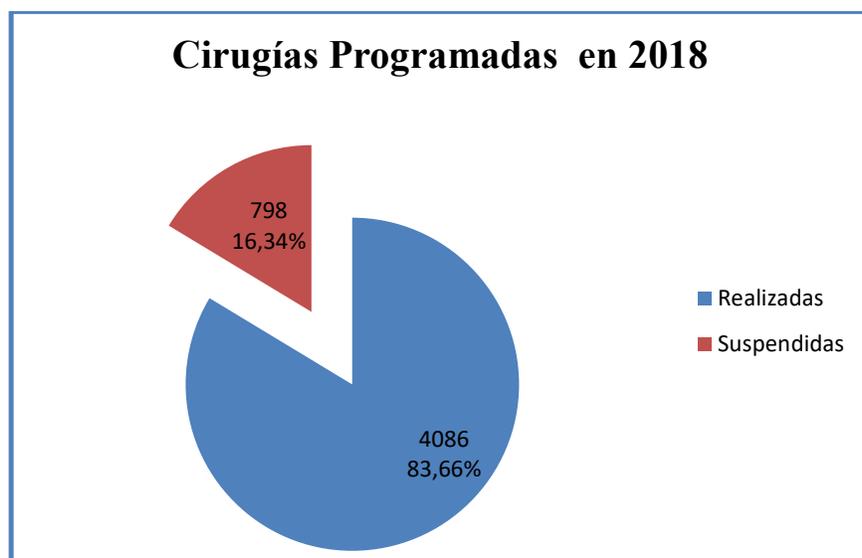


Tabla 2: Total de cirugías programadas y suspendidas por especialidad periodo 2018

Cirugías suspendidas por especialidad			
Servicio	Programadas	Suspendidas	
C. Cardíaca y Vascul	139	36	25,90%
C. Pediátrica	99	12	12,12%
C. General	804	133	16,54%
C. Plástica	159	10	6,29%
Ginecología	304	23	7,57%
Marcapasos	39	4	10,26%
Maxilofacial	26	2	7,69%
Neurocirugía	95	8	8,42%
Obstetricia	132	8	6,06%
Odontopediatría	34	4	11,76%
Oftalmología	797	171	21,46%
Otorrinolaringología	251	20	7,97%
Proctología	93	9	9,68%
Traumatología y ortopedia	1011	147	14,54%
Urología	901	211	23,42%
Total Cirugías	4884	798	16,34%

Fuente: Registros mensuales (2018) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En esta tabla se detalla la cantidad de cirugías programadas y suspendidas por especialidad durante el primer semestre de 2018, donde el mayor porcentaje de suspensiones se encuentra en los siguientes servicios: C. Cardíaca y Vascul (25.90%), Urología (23.42%), Oftalmología (21.46%) y C. General (16.54%).

Tabla 3: Cirugías suspendidas atribuibles al Bloque quirúrgico, administrativas e institucionales, por especialidad, periodo 2018

Cirugías suspendidas por especialidad, atribuibles al sector administrativo e institucional		
Especialidad	Absoluto	Relativo
Cardíaca y vascular	17	6,25%
General	57	20,96%
Ginecología	8	2,94%
Maxilofacial	0	0,00%
Neuro	4	1,47%
Obstetricia	6	2,21%
Odontopediatría	0	0,00%
Oftalmología	43	15,81%
ORL	12	4,41%
Pediátrica	2	0,74%
Plástica	3	1,10%
Proctología	5	1,84%
Traumatología	85	31,25%
Urología	30	11,03%
Total	272	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2018) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En la tabla anterior se detallan las 272 cirugías suspendidas según especialidad, por causas atribuibles a lo administrativo e institucional, donde el mayor porcentaje de suspensiones se encuentran en el servicio de Traumatología (31.25%), C. General (20.96%) y Oftalmología (15.81%).

Tabla 4: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al Bloque quirúrgico, administrativas e institucionales, periodo 2018

Cirugías suspendidas por causas atribuibles al sector administrativo e institucional		
Motivos de suspensión	Absoluto	Relativo
Cambio de fecha	9	3,31%
Cambio de paciente	76	27,94%
Cirugía condicional	4	1,47%
Error de programación	5	1,84%
Externas al bloque quirúrgico	6	2,21%
Falla de equipos	28	10,29%
Falla de esterilización	2	0,74%
Falta de cama	7	2,57%
Falta de estudios	5	1,84%
Falta de material	45	16,54%
Falta de sangre	5	1,84%
Malas condiciones del quirófano	1	0,37%
Por horario	34	12,50%
Por urgencias	21	7,72%
Realizada en otro servicio	20	7,35%
Sin autorización de RT	1	0,37%
Otros	3	1,10%
Total cirugías suspendidas	272	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2018) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En esta tabla donde se enumeran las causas de suspensión de cirugías atribuibles al Bloque Quirúrgico, arroja el mayor porcentaje en cambio de paciente (27.94%), falta de material (16.54%), por horario (12.50%) y la falla de equipos (10.29%).

Tabla 5: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al bloque quirúrgico agrupadas en administrativas e institucionales, periodo 2018

Causas administrativas	Absoluto	Relativo
Cambio de fecha	9	3,31%
Cambio de paciente	76	27,94%
Cirugía condicional	4	1,47%
Error de programación	5	1,84%
Falta de material	45	16,54%
Por horario	34	12,50%
Sin autorización de RT	1	0,37%
	174	63,97%

Causas institucionales	Absoluto	Relativo
Externas al bloque quirúrgico	6	2,21%
Falla de equipos	28	10,29%
Falla de esterilización	2	0,74%
Falta de cama	7	2,57%
Falta de estudios	5	1,84%
Falta de sangre	5	1,84%
Malas condiciones del quirófano	1	0,37%
Por urgencias	21	7,72%
Realizadas en otro servicio	20	7,35%
Otros	3	1,10%
	98	36,03%

Fuente: Registros mensuales (2018) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En el cuadro superior se agruparon las causas atribuibles al área administrativa, que presenta un total de 174 suspensiones, equivalente a un (63.97%) y en el cuadro inferior se encuentran agrupadas las causas atribuibles a la institución, con un total de 98 suspensiones, equivalente a un (36.03%).

Gráfico 2

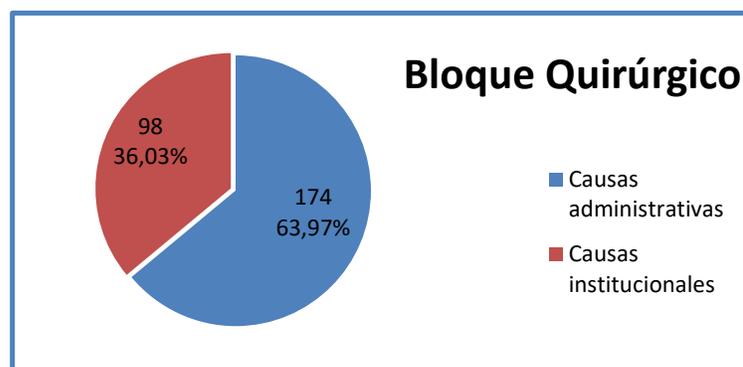


Tabla 6: Cirugías suspendidas atribuibles al paciente, por especialidad, periodo 2018

Cirugías suspendidas por especialidad, por causas atribuibles al paciente		
	Absoluto	Relativo
Cardiaca y vascular	23	4,37%
General	76	14,45%
Ginecología	15	2,85%
Maxilofacial	2	0,38%
Neuro	4	0,76%
Obstetricia	2	0,38%
Odontopediatría	4	0,76%
Oftalmología	128	24,33%
ORL	7	1,33%
Pediátrica	10	1,90%
Plástica	7	1,33%
Proctología	4	0,76%
TYO	62	11,79%
Urología	182	34,60%
Total	526	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2018) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En la tabla anterior se detallan las 526 cirugías suspendidas según especialidad, por causas atribuibles al paciente, donde el mayor porcentaje de suspensiones se encuentran en el servicio de Urología (34.60%), Oftalmología (24.33%), C. General (14.45%) y Traumatología (11.79%),

Gráfico 3

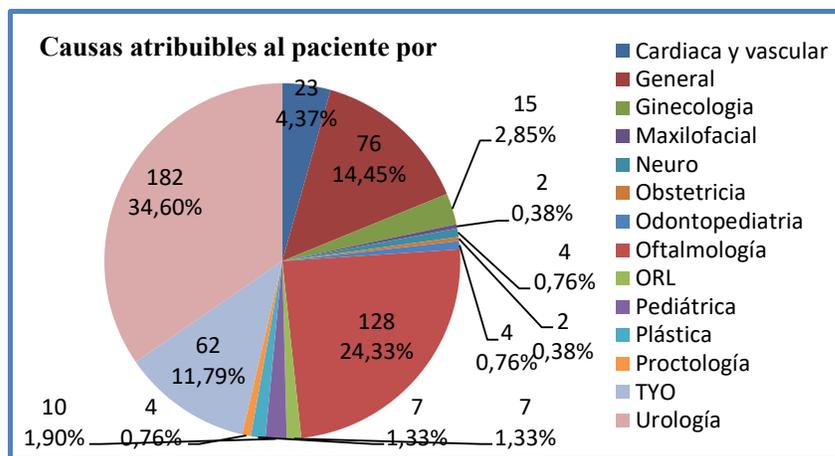


Tabla 7: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al paciente, periodo 2018

Cirugías suspendidas atribuibles al paciente		
Motivos de suspensión	Absoluto	Relativo
Mala preparación del paciente	196	37,26%
Falta de ayuno	8	1,52%
Tomo aspirina	1	0,19%
Por cambio de conducta	16	3,04%
Decisión del paciente	24	4,56%
Paciente ausente	242	46,01%
Sin acompañante	2	0,38%
Óbito	0	0,00%
Intubacion dificultosa	6	1,14%
Fiebre	3	0,57%
Cultivo positivo	23	4,37%
Hipertensión	5	0,95%
Total cirugías suspendidas	526	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2018) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En esta tabla de causas atribuibles al paciente se evidencia un alto porcentaje en paciente ausente (46.01%) y en la mala preparación del paciente (37.26%).

Gráfico 4

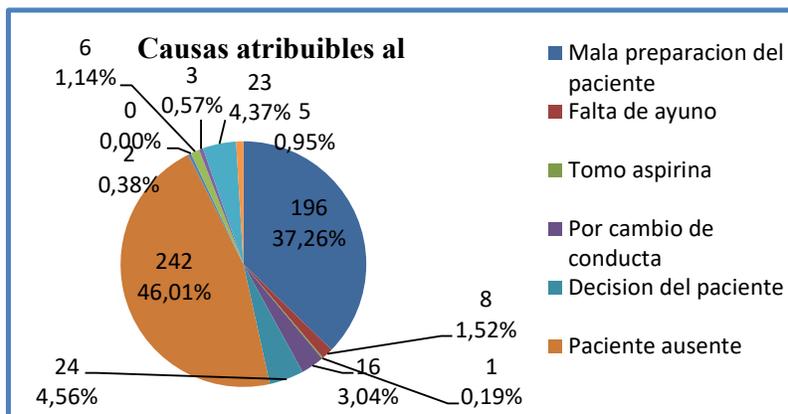


Tabla 8: Causas atribuibles al paciente, por falta de preparación prequirúrgica, periodo 2018

Por falta de preparación prequirúrgica

Motivos de suspensión	Absoluto	Relativo
Mala preparación del paciente	196	88.69%
Falta de ayuno	8	3.62%
Tomo aspirina	1	0.45%
Por cambio de conducta	16	7.24%
Total cirugías suspendidas	221	100%

Fuente: Registros mensuales (2018) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

Dentro de las causas atribuibles al paciente en esta tabla se agruparon por la falta de preparación prequirúrgica, con un total de 221 suspensiones, donde el (88.69%) es la mala preparación del paciente.

Gráfico 5

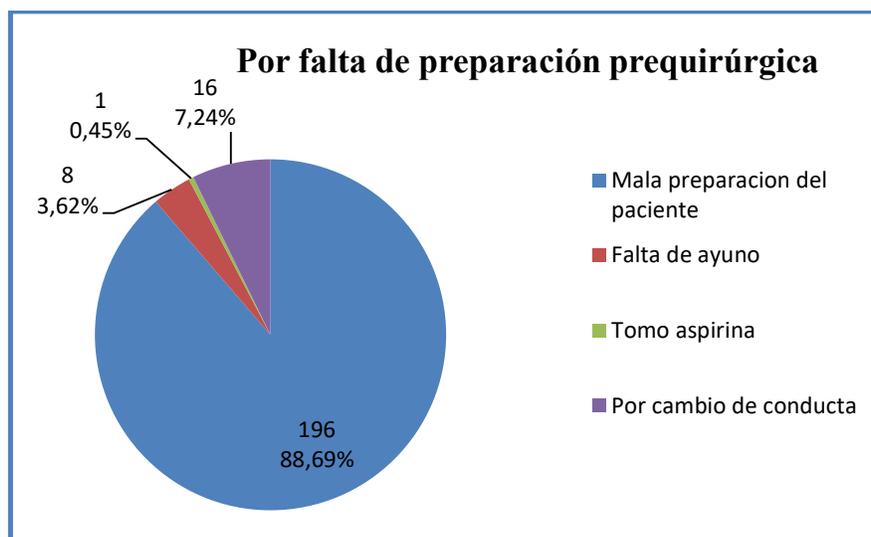


Tabla 9: Causas atribuibles al paciente, por paciente ausente, periodo 2018

Paciente ausente

Motivos de suspensión	Absoluto	Relativo
Decisión del paciente	24	9%
Paciente ausente	242	90%
Sin acompañante	2	1%
Óbito	0	0,00%
Total cirugías suspendidas	268	100%

Fuente: Registros mensuales (2018) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En el cuadro anterior de causas atribuibles al paciente se observan 268 suspensiones, de las cuales 242 son por paciente ausente.

Gráfico 6

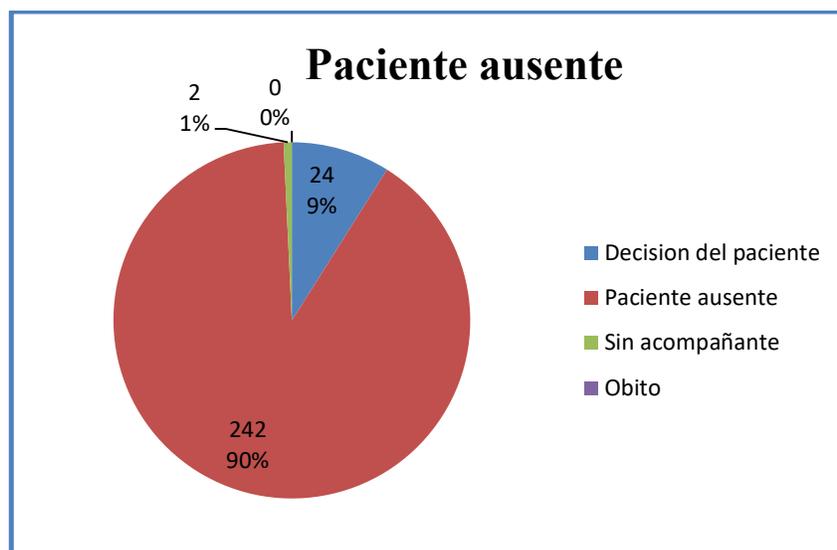


Tabla 10: Causas atribuibles al paciente, por enfermedad, periodo 2018

Por enfermedad

Motivos de suspensión	Absoluto	Relativo
Intubacion dificultosa	6	16,22%
Fiebre	3	8,11%
Cultivo positivo	23	62,16%
Hipertensión	5	13,51%
Total suspendidas	37	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2018) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En este cuadro se agruparon las causas atribuibles al paciente, por enfermedad, con un total de 37 cirugías suspendidas de las cuales la causa de mayor porcentaje se da en cultivo positivo con un (62.16%).

Gráfico 7

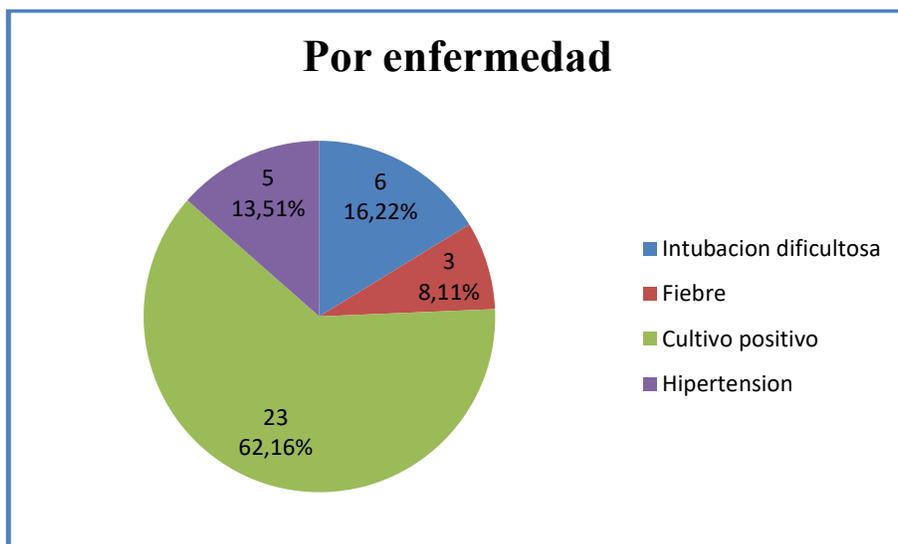


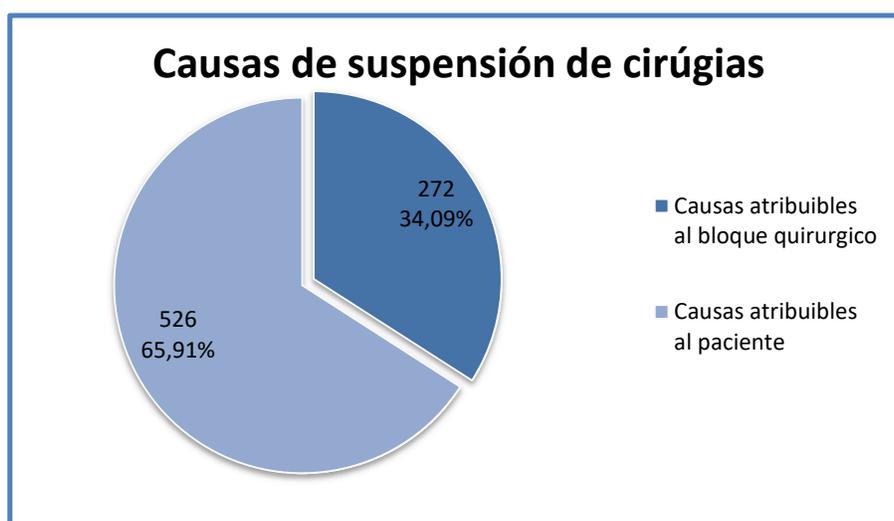
Tabla 11: Variables del estudio reflejando resultados cuantitativos 2018

			C. suspendida 798	C. programada 4884
Causas atribuibles al bloque quirúrgico				
Causas administrativas	174	63,97%	272	
Causas institucionales	98	36,03%	34,09%	5,57%
Causas atribuibles al paciente				
Por falta de preparación prequirúrgica	221	42,02%	526	
Paciente ausente	268	50,95%	65,91%	10,77%
Por enfermedad	37	7,03%		

Fuente: Registros mensuales (2018) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En este cuadro se exponen las variables de estudio, del periodo 2018, de las 4884 cirugías programadas se suspendieron 798, equivalente a un (16.34%), de las cuales 174 son causas administrativas, 98 causas institucionales y 526 por causas relacionadas a los pacientes, de las cuales 221 suspensiones son por la falta de preparación prequirúrgica, 268 por paciente ausente y 37 por enfermedad.

Gráfico 8



Periodo de análisis Primer semestre 2019

Tabla 12: Total de cirugías programadas, realizadas y suspendidas periodo 2019

Cirugías periodo 2019			
Programadas	4428		100%
Suspendidas	735		16,60%
Realizadas	3692		83,40%

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

El total de cirugías programadas durante el primer semestre de 2019, fueron 4428 de las cuales, 3692 cirugías fueron realizadas y 735 cirugías fueron suspendidas por motivos varios, en porcentaje (16.60%).

Gráfico 9

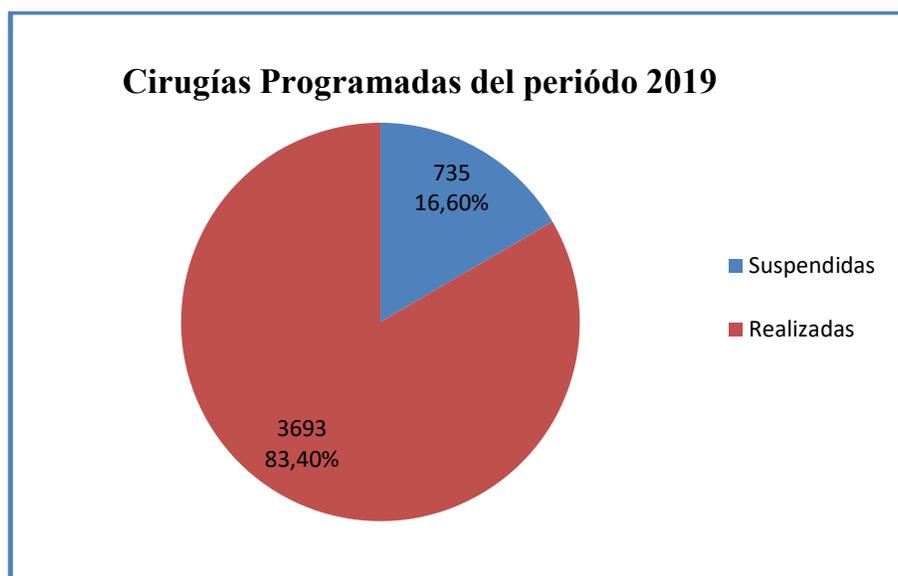


Tabla 13: Total de cirugías programadas y suspendidas por especialidad periodo 2019

Cirugías programadas y suspendidas por especialidad			
SERVICIO	PROGRAMADAS	SUSPENDIDAS	Relativo
Cardio y Vascular	141	22	15,60%
Gastroenterología	13	2	15,38%
Cirugía General	678	118	17,40%
Ginecología	237	18	7,59%
Hematología y hemoterapia	2	0	0,00%
Maxilofacial	35	2	5,71%
Neumo	2	0	0,00%
Neuro	98	9	9,18%
Obstetricia	119	18	15,13%
Odontopediatría	39	6	15,38%
Oftalmología	792	160	20,20%
Otorrino	184	10	5,43%
Cirugía Pediátrica	93	18	19,35%
Cirugía Plástica	168	11	6,55%
Proctología	90	12	13,33%
Traumatología	959	188	19,60%
Urología	778	141	18,12%
Total Cirugías	4428	735	16,60%

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En la tabla 2 se ve el detalle de las 4428 cirugías programadas y las 735 cirugías suspendidas agrupadas por especialidad, donde el mayor porcentaje de suspensiones se refleja en los servicios de oftalmología (20.20%), ortopedia y traumatología (19.60%), pediatría (19.35%), urología (18.12%), y cirugía general (17.40%).

Tabla 14: Cirugías suspendidas atribuibles al bloque quirúrgico, administrativas e institucionales periodo 2019, por servicio.

Cirugías suspendidas por especialidad, atribuibles al sector administrativo e institucional		
Servicio	Absoluto	Relativo
Cardiaca y vascular	13	4,63%
Cirugía General	35	12,46%
Ginecología	5	1,78%
Maxilofacial	1	0,36%
Neuro	5	1,78%
Obstetricia	13	4,63%
Odontopediatría	2	0,71%
Oftalmología	36	12,81%
ORL	3	1,07%
Pediátrica	4	1,42%
Plástica	1	0,36%
Proctología	4	1,42%
Traumatología y ortopedia	125	44,48%
Urología	34	12,10%
Total	281	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En esta tabla se observa que de un total de 281 suspensión de cirugías, el mayor porcentaje se da en el servicio de traumatología y ortopedia que representan un total de 125 suspensiones, que equivale a un (44.48%), seguida de oftalmología (12.81%), c. general (12.46%) y urología (12.10%), dentro de las atribuibles a lo administrativo e institucional.

Tabla 15: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al bloque quirúrgico, administrativo e institucional, periodo 2019

Cirugías suspendidas atribuibles al sector administrativo e institucional		
Motivos de suspensión	Absoluto	Relativo
Cambio de paciente	47	16,73%
Cambio de fecha	7	2,49%
Cirugía condicional	14	4,98%
Se realizó en otro servicio	44	15,66%
Por horario	29	10,32%
Falta de cama	6	2,14%
Falta de estudios	6	2,14%
Falta de material de ortopedia	90	32,03%
Falla de equipos	9	3,20%
Falla de esterilización	5	1,78%
Por urgencias	19	6,76%
Error de programación	2	0,71%
Externas al bloque quirúrgico	3	1,07%
Total cirugías suspendidas	281	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

Del total de las 281 cirugías suspendidas atribuidas al bloque quirúrgico, administrativas e institucionales, las causas de mayor incidencia son la falta de materiales de ortopedia (32.03%) en primer lugar, cambio de paciente (16.73%) en segundo lugar, las que se realizaron en otro servicio (15.66%) en tercer lugar y en cuarto lugar por horario (10.32%).

Tabla 16: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al bloque quirúrgico agrupadas en administrativas e institucional, periodo 2019

Causas administrativas	Absoluto	Relativo
Cambio de paciente	47	16,73%
Cambio de fecha	7	2,49%
Cirugía condicional	14	4,98%
Se realizó en otro servicio	44	15,66%
Por horario	29	10,32%
Error de programación	2	0,71%
Falta de material	90	32,03%
	233	82,92%

Causas institucionales	Absoluto	Relativo
Falta de estudios	6	2,14%
Falta de cama	6	2,14%
Falla de equipos	9	3,20%
Falla de esterilización	5	1,78%
Por urgencias	19	6,76%
Externas al bloque quirúrgico	3	1,07%
	48	17,08%

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En el cuadro superior se agruparon las causas atribuibles al área administrativa, que presenta un total de 233 suspensiones, equivalente a un (82.92%) y en el cuadro inferior se encuentran agrupadas las causas atribuibles a la institución, con un total de 48 suspensiones, equivalente a un (17.08%).

Gráfico 10

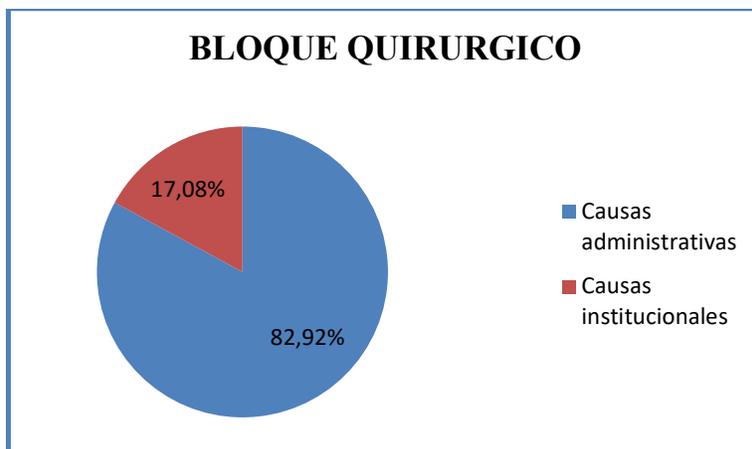


Tabla 17: Total de cirugías programadas y suspendidas por servicio periodo 2019

Cirugías suspendidas por especialidad atribuibles al paciente, 2019		
Cardiaca y vascular	9	1,98%
Gastro	2	0,44%
General	84	18,50%
Ginecología	13	2,86%
Maxilofacial	1	0,22%
Neuro	4	0,88%
Obstetricia	5	1,10%
Odontopediatria	4	0,88%
Oftalmología	123	27,09%
ORL	8	1,76%
Pediátrica	14	3,08%
Plástica	10	2,20%
Proctología	8	1,76%
TYO	62	13,66%
Urología	107	23,57%
Total cirugías	454	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En esta tabla donde las suspensiones se ven por especialidad en las atribuibles al paciente se observa que las de mayor porcentaje son: en primer lugar oftalmología (27.09%), en segundo lugar Urología (23.57%), y en tercer lugar Cirugía General (18.50%),

Gráfico 11



Tabla 18: Causas de cirugías suspendidas atribuibles al paciente, separadas en tres grupos, periodo 2019

Causas atribuibles al paciente	Absoluto	Relativo
Por falta de preparación prequirúrgica	192	42,29%
Paciente ausente	231	50,88%
Por enfermedad	31	6,83%
Total suspendidas	454	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En esta tabla se detalla un resumen de las causas atribuibles al paciente agrupadas por falta de preparación prequirúrgica con un (42.29%), paciente ausente con un (50.88%) y por enfermedad con un (6.83%) de suspensiones, equivalente a un total de 454 cirugías suspendidas del total general de 735, representando el (61.72%).

Gráfico 12

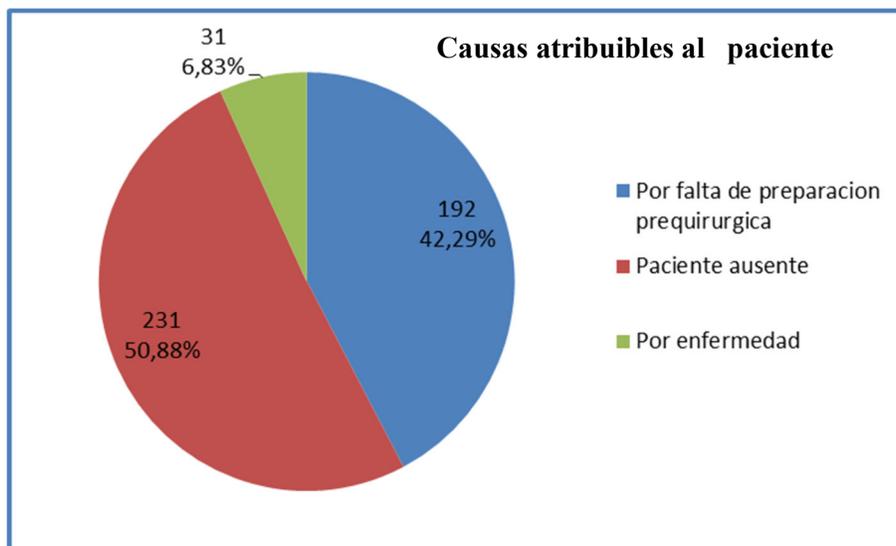


Tabla 19: Causas atribuibles al paciente, por falta de preparación prequirúrgica, periodo 2019

Por falta de preparación prequirúrgica

Motivos de suspensión	Absoluto	Relativo
Mala preparación prequirúrgica	161	83,85%
Falta de ayuno	5	2,60%
Tomo aspirina	3	1,56%
Por cambio de conducta	23	11,98%
Total cirugías suspendidas	192	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

Entre las causas que dependen del paciente, la mala preparación prequirúrgica con un total de 161 suspensiones que equivale a un (83.85%).

Gráfico 13

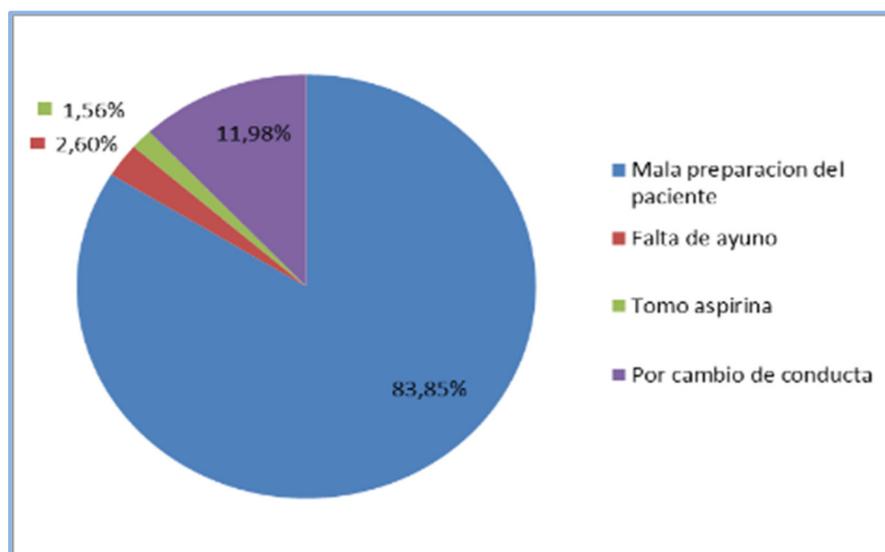


Tabla 20: Causas atribuibles al paciente, paciente ausente, periodo 2019

Paciente ausente

Motivos de suspensión	Absoluto	Relativo
Decisión del paciente	31	13,42%
Paciente ausente	197	85,28%
Sin acompañante	1	0,43%
Óbito	2	0,87%
Total cirugías suspendidas	231	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

Dentro de las atribuibles al paciente en este estudio queda como una de las causas de mayor importancia la ausencia del paciente en un (85.28%) equivalente a 197 suspensiones de un total de 231 cirugías suspendidas.

Gráfico 14

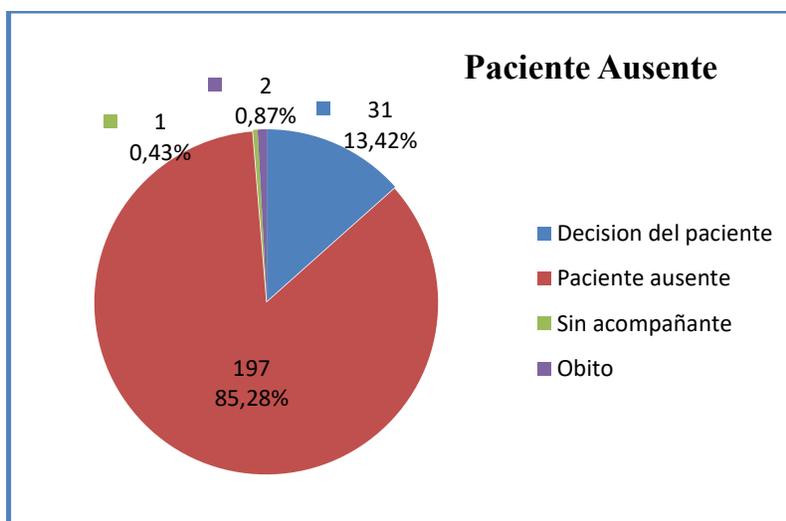


Tabla 21: Causas atribuibles al paciente, suspensión por enfermedad, periodo 2019

Por enfermedad

Motivos de suspensión	Absoluto	Relativo
Blefaritis	2	6,45%
Broncoespasmo	2	6,45%
Cultivo positivo	19	61,29%
Fiebre	2	6,45%
Hipertensión	2	6,45%
Por cardiología	2	6,45%
Por endocrino	1	3,23%
Por oncología	1	3,23%
Total suspendidas	31	100,00%

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En las suspensiones atribuibles al paciente en este periodo se detallan las causas por enfermedad, donde se ve un alto porcentaje de suspensiones en cultivo positivo con un (61.29%) del total de las 31 cirugías suspendidas.

Gráfico 15

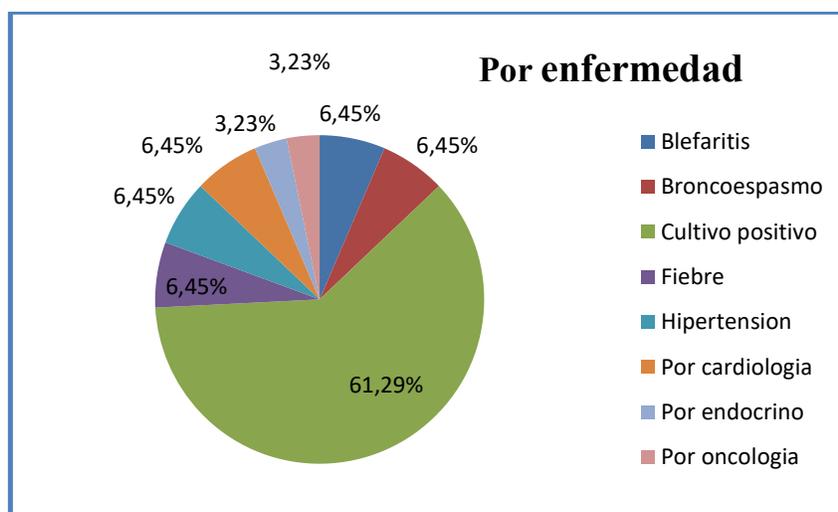


Tabla 22: Variables del estudio reflejando resultados cuantitativos 2019

			C. suspendida 735	C. programada 4428
Causas atribuibles al bloque quirúrgico				
Causas administrativas	233	82,92%	281	
Causas institucionales	48	17,08%	38,23%	6,35%
Causas atribuibles al paciente				
Por falta de preparación prequirúrgica	192	42,29%	454	
Paciente ausente	231	50,88%	61,77%	10,25%
Por enfermedad	31	6,83%		

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En esta tabla se reflejan los resultados de las variables en estudio donde las causas atribuibles al Bloque quirúrgico, administrativas e institucionales son de un total de 281 suspensiones equivalentes a (38.23%) y en referencia de las causas atribuibles al paciente son 454 las suspensiones con un equivalente (61.77%), siendo un total de 735 cirugías suspendidas en porcentaje se representa en un (16.60%), de un total de 4428 cirugías programadas durante el primer semestre de 2019.

Gráfico 16

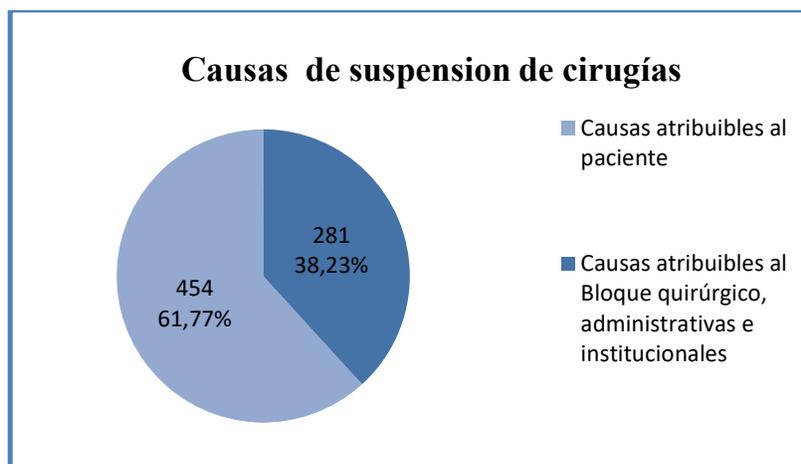


Tabla 23: Cirugías programadas y suspendidas por especialidad periodos 2018 y 2019

Servicio	Programadas	Suspendidas	2018	Programadas	Suspendidas	2019
C. Cardíaca y Vascular	139	36	25,90%	141	22	15,60%
C. Pediátrica	99	12	12,12%	93	18	19,35%
C. General	804	133	16,54%	678	118	17,40%
C. Plástica	159	10	6,29%	168	11	6,55%
Ginecología	304	23	7,57%	237	18	7,59%
Marcapasos	39	4	10,26%	0	0	0,00%
Maxilofacial	26	2	7,69%	35	2	5,71%
Neurocirugía	95	8	8,42%	98	9	9,18%
Obstetricia	132	8	6,06%	119	18	15,13%
Odontopediatría	34	4	11,76%	39	6	15,38%
Oftalmología	797	171	21,46%	792	160	20,20%
Otorrinolaringología	251	20	7,97%	184	10	5,43%
Proctología	93	9	9,68%	90	12	13,33%
Traumatología y ortopedia	1011	147	14,54%	959	188	19,60%
Urología	901	211	23,42%	778	141	18,12%
Total Cirugías	4884	798	16,34%	4428	735	16,60%

Fuente: Registros mensuales (2019) H.A.C-CABA Autor: Caro, Silvina E.

En la tabla superior se muestran los índices de los dos periodos analizados, cada periodo detalla las cirugías programadas y suspendidas por especialidad y sus correspondiente porcentaje.

Formula: Cirugías suspendidas sobre cirugías programadas x 100 (constante)

Estándar que mide la calidad de Cirugías programadas Periodo 2018

- a) Excelente, 0%.
- b) Bueno, de 0.1 a 3%
- c) Regular, de 3.1 a 6%
- d) Malo, más de 6%.

Resultados:

Estructura: 5.57 % regular

Proceso: 10.77 % Malo

En este periodo, 2018 el nivel de calidad del hospital de alta complejidad de CABA, arroja un porcentaje de (5.57%) en estructura quedando con un estándar de calidad regular y con un (10.77%) en proceso indicando un estándar de calidad malo.

Estándar que mide la calidad de Cirugías programadas Periodo 2019

- a) Excelente, 0%.
- b) Bueno, de 0.1 a 3%
- c) Regular, de 3.1 a 6%
- d) Malo, más de 6%.

Resultados:

Estructura: 6.35 % Malo

Proceso: 10.25 % Malo

El nivel de calidad del hospital de alta complejidad de la CABA en el periodo 2019, en lo referente a la estructura se encuentra en un estándar Malo con un (6.35%) al igual que en lo referente al proceso el estándar también es Malo con un (10.25%).

Si comparamos los dos periodos se observan porcentajes similares, destacando en el 2018 una estructura de (5.57%) con un estándar de calidad Regular, y el estándar de calidad de proceso Malo con un (10.77%), en cambio el estándar de calidad en estructura del 2019 es Malo con porcentaje (6.35%) y en proceso con (10.25%) quedando con un estándar de calidad Malo.

Discusión

Se entiende que para resolver cualquier problemática en la suspensión de cirugías, en principio se deben conocer las causas que lo origina y su frecuencia.

En este estudio el cual se realizó sobre datos del primer semestre de 2019 y en el primer semestre de 2018, en este último se programaron 4884 cirugías y se suspendieron 798 cirugías que equivalen a un (16,34%) y en el primer semestre de 2019 se programaron 4428 cirugías, y se suspendieron 735 que representa un (16,60%) y, al comparar estos dos periodos se puede concluir que no existe una diferencia importante entre los mismos, la pequeña diferencia es a favor del periodo de 2018.

Este estudio arrojo porcentajes inferiores, si lo analizamos con un estudio donde el *80° Congreso Argentino de cirugía*, presento un trabajo sobre las causas de cirugías canceladas del Hospital Posadas de Bs.As., en 2007 y 2008. Donde se registraron 8258 cirugías programadas en un año, de las cuales se suspendieron 1877 que equivale a un (22.73%), (80° CONGRESO ARGENTINO, 2008), también con datos muy similares en porcentaje de suspensión de cirugías es el estudio de Juan Francisco Aguirre-Córdova, 2002 en su trabajo de investigación en el Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro” de México. Donde en un año fueron programadas en la bitácora de quirófano 3627 cirugías, de las cuales se suspendieron 863. El índice de suspensión de cirugía programada fue de 23.79%. (Aguirre-Cordova, 2002)

En contraposición a los resultados anteriores, otro estudio para comparar es el de *R.A.Abeldaño, 2016*. Quien realizo un trabajo sobre Cirugías suspendidas en la Unidad de Quirófano del Hospital de Trauma Dr. Federico Abete, De Pablo Nogués, Bs.As. entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014. Se analizaron datos de 441 cirugías suspendidas sobre un total de 5786 cirugías programadas. La tasa de suspensión de cirugías fue del 7.6% en este último se puede observar una tasa bastante más baja que las anteriores mencionadas en otros estudios. (R.A.Abeldaño, 2016)

Como así también, se puede comparar este estudio donde los índices de las causas atribuibles al paciente, por ausentismo y mala preparación prequirúrgica, son de porcentajes semejantes al estudio realizado por Marco Vinicio Macancela González, en 2012-2014, (González, 2014) donde su estudio arroja un (44.72%) atribuibles al paciente.

Y otro estudio, con un índice inferior a los antes mencionados pero a su vez de gran incidencia fue el realizado por Juan Francisco Aguirre-Córdova, en 2002. (Aguirre-Cordova, 2002) Quien remite un (40.10%) de suspensiones atribuibles al paciente.

Al comenzar con el análisis de las causas que provocan la suspensión de cirugías programadas durante estos dos periodos ya mencionados, se observó que las causas que predominan en gran magnitud, son las causas atribuibles al paciente. No obstante son muchas las causas que se detectaron en este estudio, por lo que se agruparon, en causas atribuibles al paciente y causas atribuibles al bloque quirúrgico.

Dentro de las causas atribuibles al Bloque quirúrgico, administrativas e institucionales, en el periodo de 2019 le corresponde un (6.35%) de las suspensiones y en causas atribuibles al paciente en el mismo periodo (10.25%). De un total de 4428 cirugías programadas. Dentro de las causas atribuibles al Bloque quirúrgico, administrativas, en este periodo, se observa un total de 233 suspensiones equivalentes (82.92%), por tanto un (32.03%) fueron por falta de materiales, mientras que en las causas institucionales se constataron 48 suspensiones equivalentes a un (17.08%), dentro de estas las de mayor porcentaje fueron las suspensiones por urgencias con un (6.76%) y 454 suspensiones por causas atribuibles al paciente (61.77%), donde el (50.88%) es por ausencia del paciente, el (42.29%) por falta de preparación prequirúrgica y por enfermedad un (6.83%).

Durante el periodo de 2018, las causas atribuibles al Bloque quirúrgico, administrativas e institucionales, presentan un (5.57%) y las causas atribuibles al paciente en el mismo periodo (10.77%), de un total de 4884 cirugías programadas.

Por lo cual en las causas atribuibles al Bloque quirúrgico, administrativas en el periodo de 2018 se constataron 174 suspensiones que equivalen a un (63.97%) de las cuales (27.94%) ocurrieron por cambio de paciente, seguida de falta de materiales con un (16.54%) y mencionando suspensiones por causas institucionales el porcentaje es de un (36.03%), donde se pudo constatar que un (10.29%) de las suspensiones fue por falla de equipos, seguido de las urgencias (7.72%) y las cirugías realizadas por otro servicio (7.35%) y en causas atribuibles al paciente en el mismo periodo un (65.91%), de los cuales el (50.95%) fue por ausencia del paciente, un (42.02%) por falta de preparación prequirúrgica, y un (7.03%) por enfermedad.

Por otro lado al realizar un análisis según especialidad se observó que los servicios de más suspensiones en el periodo 2019 fueron: oftalmología (20.20%), ortopedia y traumatología (19.60%), pediatría (19.35%), urología (18.12%) y c. general (17.40%). Mientras que en el periodo 2018, el servicio de más suspensiones fue c. cardiaca y vascular (25.90%), seguido por urología (23.42%), oftalmología (21.46%) y c. general (16.54%).

En este estudio las principales causas encontradas de suspensión de cirugías programadas son las atribuibles al paciente, arrojando un índice elevado en comparación con las causas atribuibles al bloque quirúrgico, en los dos periodos.

Para la medición de la calidad se utilizó el modelo de Donabedian que evalúa tres áreas, a saber: la estructura, los procesos y los resultados.

El nivel de calidad del hospital en estudio en el periodo 2019, en lo referente a la estructura donde se ubicaron las causas atribuibles al bloque quirúrgico, se encuentra un estándar de calidad considerado malo (6.35%) al igual que en lo referente al proceso que incluye las causas atribuibles al paciente, con un estándar de calidad malo (10.25%).

Siendo que en el periodo de 2018, el nivel de calidad del mismo hospital, arroja un porcentaje de (5.57%) en estructura quedando con un estándar de calidad regular, con un (10.77%) en proceso indicando un estándar considerado como malo en calidad.

Conclusión

Con la realización de este estudio, sobre las causas que intervienen en la cancelación de cirugías programadas, del Hospital de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el primer semestre 2018 y el primer semestre 2019. Queda en evidencia que los índices que arrojó esta investigación, son de gran consideración ya que superan los índices de calidad propuestos por Donabedian y aplicados en este estudio.

Pudiendo concluir que la mayor incidencia de las suspensiones de cirugías programadas, son:

- Atribuible al paciente en su mayor porcentaje fueron debido a la ausencia del paciente en ambos periodos, así también la falta de preparación prequirúrgica.
- Atribuibles al bloque quirúrgico en lo administrativo las suspensiones fueron en el 2018 y 2019 por cambios de paciente y la falta de materiales. En estos periodos solo varían los porcentajes al mostrarse de forma inversa.
- Atribuibles al bloque quirúrgico en lo institucional las suspensiones de mayor porcentaje fueron las realizadas en otros servicios y por falla de equipos, para el periodo 2018 y para el periodo 2019 fueron por urgencias y por falla de equipos.
- Por especialidad, las cirugías suspendidas fueron las de mayores incidencias aquellas pertenecientes a los servicios de C. Cardiaca y Vascular, Urología, Oftalmología y C. General, durante el primer semestre de 2018, en cambio en el periodo de 2019 los servicios de Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Pediatría, Urología y C. General, fueron los de mayor cantidad de suspensiones.

Los hallazgos de esta investigación indican la necesidad de implementación de programas multisectoriales donde los profesionales puedan de alguna manera adoptar medidas para poder reducir los índices de suspensiones y garantizar la seguridad en la atención del paciente y la mejora de la calidad del servicio.

Recomendaciones

- Dar a conocer este trabajo a las autoridades del hospital para que se tome conciencia de la dimensión del problema y así poder aplicar conductas de mejora para la calidad de atención al paciente y enriquecer el prestigio de la institución.
- Informar al bloque quirúrgico sobre los índices hallados en el presente estudio, para que se realice un mejor abordaje de los pacientes que requieren una cirugía, proponiendo un seguimiento del mismo hasta 24 hs. previas a la cirugía, y de esta forma poder reducir el ausentismo, la falta de preparación prequirúrgica de los pacientes, y con esto contribuir a disminuir las suspensiones y mejorar la relación médico paciente en la unidad.
- Alertar al bloque quirúrgico sobre el análisis de suspensiones de este trabajo referidas al área administrativa como a lo institucional, para que de forma multidisciplinaria se propongan acciones de mejora en la atención de paciente, reducción de costos para la institución y lograr un estándar de calidad competente.
- Por último que este estudio sirva de base para la realización de investigaciones futuras sobre las causas más frecuente de cancelación de cirugías programadas y así poder evaluar si hubo mejoras en la problemática del presente estudio.

Bibliografía

- Gineco-Obstetricia*. (2009). Obtenido de Universidad Nacional de Cuyo Facultad de Ciencias Médicas: http://prueba.uncu.edu.ar/medicina/upload/5.Gineco-Obst_.pdf
- GINECO-OBSTETRICA*. (2009). Obtenido de Universidad Nacional de Cuyo Facultad de Ciencias Médicas: http://prueba.uncu.edu.ar/medicina/upload/5.Gineco-Obst_.pdf
- escola d`oficis catalunya*. (2018). Obtenido de <https://escoladoficiscatalunya.com/>
- 80° CONGRESO ARGENTINO, D. C. (2008). <http://www.aac.org.ar/congreso80/index.htm>. Obtenido de <http://www.aac.org.ar/congreso80/index.htm>
- AADI, a. a. (s.f.). <http://www.aadinstrumentadores.org.ar/>. Recuperado el 2019, de <http://www.aadinstrumentadores.org.ar/>
- Adan I, B. J. (2011). *Mejora de la efectividad operativa de los planes maestros tácticos para pacientes de emergencia y electivos bajo demanda estocástica y recursos capacitados*. Obtenido de European Journal of Operational Research. 2011; 213 (1): 290-308: <https://www.researchgate.net/publication/227414948>
- Aguirre-Cordova, F. (2002). *Por que se suspende una cirugia?* Obtenido de gaceta medica de mexico: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2003/gm036d.pdf>
- Alfonso Galván Montaña, I. (2006). Rev Hosp Gral Dr. M Gea González. *medigraphic*, 62.
- Ambiente, M. d. (2005). *Técnico Superior en Instrumentación Quirúrgica*. Obtenido de <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL002049.pdf>
- Ambiente, M. d. (2005). *Técnico Superior en Instrumentación Quirúrgica*. Obtenido de <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL002049.pdf>
- Barbosa, M. (2012). enfermería global.

- Barbosa, M. (2012). *Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente*. Brasil: enfermería global.
- Bloque Qx, q. (2009). *Bloque quirúrgico*. madrid: ministerio de sanidad y politica social.
- Br. Ramírez Quesquén. (2018). Recuperado el agosto de 2019, de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/16932>
- Carcache, Y. E. (febrero de 2016). <http://repositorio.unan.edu.ni/2363/1/53924.pdf>. Recuperado el 2018, de <http://repositorio.unan.edu.ni/2363/1/53924.pdf>
- cardiovascular, S. E.-C. (2012). Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cardiovascular-358-articulo-cirugia-cardiovascular-definicion-organizacion-actividad-S1134009612700360>
- Cardoen B, D. E. (2010). Planificación y programación del quirófano: una revisión de la literatura. *revista europea de investigacion operativa*, 201(3).
- Chaves Sá, S., Gomes do Carmo, T., & Secchin Canale, L. (2011). *Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300014>
- CHORA, T. Y. (2019). "CAUSAS Y COSTO DE LA SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS". <http://repositorio.unsa.edu.pe/>.
- Crevecoeur, S. M. (2019). *INTRODUCCIÓN A LA ORGANIZACIÓN Y ASISTENCIA DE QUIROFANO*. Obtenido de <https://www.universidad-policialedu.ar>
- Díaz, H. U. (s.f.). Obtenido de <https://www.fjd.es/es/cartera-servicios/especialidades-quirurgicas/cirugia-toracica>
- Dr. Claudio Nazar J.1, I. M. (2015). CIRUGÍA AMBULATORIA: SELECCIÓN DE PACIENTES Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. *Revista Chilena de Cirugias*, 67(2).
- Dr. Jorge Manuel López López, D. N. (2008). La suspensión de cirugía electiva en un hospital. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2008/cg081g.pdf>, 30(1).

- EcuRed, C. (2019). *cirugia*. Obtenido de ecured.cu:
<https://www.ecured.cu/Cirug%C3%ADa>
- Fonseca, A. L. (2015). *Causas más frecuentes de Cancelación de Cirugía Electiva en el Hospital Escuela*. Obtenido de epositorio.unan.edu.ni/2363/1/53924.pdf
- Fuller. (1998). *instrumentacion quirurgica principios y practicas. 3ra edicion*.
- González, M. V. (2014). Ecuador.
- González, M. V. (2014). Ecuador.
- González, M. V. (2014). Obtenido de
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12814/1/TESIS%20SUSPENSIONES%20DE%20CIRUGIA.pdf>
- HSR. (2015). *CALIDAD, INDICADORES DE GESTION DE*. Obtenido de
<http://190.102.131.45/calidad/images/pdf/indicadores/2015/INDI-04-2015.pdf>
- I.U.T.A., J. F. (2010). http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variable_03.html. Obtenido de
http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variable_03.html
- Incucai. (s.f.). <https://www.incucai.gov.ar/index.php>. Recuperado el noviembre de 2018, de <https://www.incucai.gov.ar/index.php>
- Instructoras. (2018). *CRONOGRAMA QUIRURGICO*. unaj. Instructoras del Hospital El Cruce S.A.M.I.C.
- Jiménez A, V. N. (2013). Aproximación metodológica a la planificación.
- Jorge Luis Fernández-Mogollón, D. S.-R.-V.-P. (2017). *Características de la suspensión de cirugías electivas en un hospital de la Seguridad Social en Chiclayo, Perú. 2016*. Peru: Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.
- Juan Francisco Aguirre-Córdova, G. C.-V.-A. (2003). ¿Porqué se suspende una cirugía? *Medigraphic, 139*(6).
- Juhasz, D. A. (2018). <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v21n1/art01.pdf>. Recuperado el noviembre de 2018, de <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v21n1/art01.pdf>

- Kalo, S. y. (2005). <http://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/general2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>. Obtenido de <http://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/general2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>
- López, D. J. (2008). *La suspensión de cirugía electiva en un hospital público de tercer nivel. Frecuencia y causas*. México: cirujano general.
- Ministerio de Salud, a. (2005). *Técnico Superior en Instrumentación Quirúrgica*. Obtenido de <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL002049.pdf>
- Ministerio de Salud, y. A. (2005). *Técnico Superior en Instrumentación Quirúrgica*. Obtenido de <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL002049.pdf>
- Montaño, A. G. (2006). La suspensión de cirugía programada como un indicador de calidad en la atención hospitalaria. *medigraphic*, 7(2), 59-62.
- Mucci, M. (2004). El ser humano en situación de enfermo quirúrgico. *Una práctica en convergencia*.
- Nicot, J. M. (2016/2017). *Suspensión de cirugías electivas en el Hospital Calixto García: causas y prevalencia*. Obtenido de <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/234>
- Pérez, D. F. (2008). la decadencia de un sistema sanitario y las consecuencias en la salud de los habitantes. *rev. Cubana Estomatol*, 45(1).
- quirurgico, B. (2009). *Bloque quirúrgico*. Madrid: ministerio de sanidad y política social.
- R.A.Abeldaño. (Junio de 2016). *sciencedirect*. Recuperado el 4 de junio de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316000294>
- Sociedad Española de Cirugía, T.-C. (2012). Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cardiovascular-358-articulo-cirugia-cardiovascular-definicion-organizacion-actividad-S1134009612700360>
- Sola, G. d. (2007). *Introducción a la Neurocirugía*. Obtenido de <https://neurorgs.net/informacion-al-paciente/temas-generales/introduccion-a-la-neurocirugia/>

Urbina, I. (2016). Panorama del mercado de la industria quirúrgica. *el hospital*.

Velásquez-Restrepo, P. A. (2013). Aproximación metodológica a la planificación. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*.

Villa, G. C. (2017). Obtenido de https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/quiropano_auxiliares.pdf

A quien corresponda:

Por medio de la presente, yo, **Silvina Elizabeth Caro**, quien a partir de la fecha de la firma de esta carta de confidencialidad se compromete a no divulgar cualquier tipo de información, de forma escrita o verbal, la cual se encuentra en el desarrollo de mi Tesina.

La información que se considera de naturaleza sensible es la que se expresa a continuación:

Datos obtenidos de Registros de los cronogramas quirúrgicos del hospital en estudio de los periodos de 2018 y 2019.

En caso de que se irrumpa con lo estipulado de dichos datos, será acreedora la que subscribe a las sanciones que se consideren pertinentes a fin de resarcir el daño generado.

Atentamente

Caro, Silvina Elizabeth