

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CANCELACIÓN DE CIRUGIAS
PROGRAMADAS EN UNA IPS DE MONTERÍA.**

**ALVAREZ PEREZ DAYANIS KARINA
PACHECO MILANÉS DIANA MARCELA**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
MONTERÍA, CÓRDOBA**

2018

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CANCELACIÓN DE CIRUGIAS
PROGRAMADAS EN UNA IPS DE MONTERÍA.**

**ALVAREZ PEREZ DAYANIS KARINA
PACHECO MILANÉS DIANA MARCELA**

**ASESOR TEMÁTICO
ELIANA LÓPEZ**

**ASESORA METODOLÓGICA
PHD MARILYN VILLADIEGO**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
MONTERÍA, CÓRDOBA**

2018

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Montería, 05 de junio de 2018

DEDICATORIA

A Dios principalmente por ser el dador y pilar fundamental de mi vida y brindarme día a día una nueva oportunidad para alcanzar mis sueños.

A mi ángel Hugo Milanés que está en el cielo y desde allá estuvo también conmigo todo este tiempo haciéndome sentir que me apoya en cada una de mis decisiones, en cada uno de los pasos que di para llegar hasta aquí.

A mis padres Claudia Milanés y Edilberto Pacheco por cada uno de sus esfuerzos dedicados para dejarme la más grande herencia, mi educación; a mi segunda mamá Merys Milanés, la que sin concebirme me ha dado su más incondicional amor y quien ha sido un ejemplo a seguir para mí. A mi abuela Eloína Herrera que con su ejemplo y llamados de atención a hecho de mí una mejor persona, con valores y principios éticos y morales y a todos mis familiares que son el motor de mi existencia, mi mayor motivación, promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí y mis expectativas.

Diana Marcela Pacheco Milanés

Montería, 08 de junio de 2018

DEDICATORIA

Prímodialmente a **Díos** por ser el Rey de Reyes, por permitirme estar en este lugar y poder realizar mis proyectos y metas; sin él nada hubiese sido posible. Él con su infinita misericordia me ha guiado y permitido llegar a ser lo que hoy soy.

A mis padres, **Rosmary Pérez** y **Edwín Álvarez** por brindarme todo su apoyo y amor durante toda esta etapa de gran importancia para mi vida; por motivarme emocionalmente en momentos que creí no poder continuar. Por ser mis fuerzas y voluntad de seguir superándome, este logro más que mío es de ustedes. Los amo infinitamente.

A mis hermosos hermanos **Edwín Álvarez Pérez** y **Luis Álvarez Pérez** por su intensidad y gran apoyo emocional durante toda mi vida y en especial al emprender este proyecto de gran importancia para mí. También a la niña más linda **Alexandra Charrís Padilla** que llena cada día de mi vida de felicidad y hace que Siempre quiera dar lo mejor de mí para tí; para que seas mucho mejor que yo en un futuro. Siempre están en mi mente y corazón.

A **Jonathan Martínez** por ser una persona de gran importancia en mi vida, por apoyarme en este proceso de crecimiento, por ayudarme a levantar en momentos difíciles, por hacer parte de mi vida y de gran ayuda en este proyecto.

Dayanís Karina Álvarez Pérez

AGRADECIMIENTOS

Primeramente las gracias se le deben al todopoderoso, a Él que a lo largo de este camino ha estado ahí incondicionalmente para nosotras. Que en los momentos más difíciles se manifestó mostrándonos una y otra vez ese infinito amor.

A la Universidad De Córdoba por abrirnos las puertas, a sus docentes por cada minuto de su tiempo dedicado a nuestra formación como profesionales íntegros, por ser más que inculcadores de conocimiento, sino también guías, amigos, consejeros.

A Clínica Central O.H.L por brindarnos un espacio en sus instalaciones y el acceso a los datos necesarios para nuestro estudio, porque más allá de eso contamos también con el apoyo del personal que en ella labora.

CONTENIDO

1. OBJETIVOS.....	14
1.1. GENERAL.....	14
1.2. ESPECÍFICOS.....	14
2. MARCO REFERENCIAL.....	15
2.1. MARCO TEÓRICO.....	15
2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	18
2.3. MARCO LEGAL.....	21
2.4. MARCO CONCEPTUAL.....	22
3. METODOLOGÍA.....	24
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	24
3.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO.....	24
3.3. POBLACIÓN.....	24
3.4. UNIDAD DE ANALISIS.....	24
3.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	25
3.6. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	25
3.7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	25
4. ANALISIS DE RESULTADOS.....	26
5. CONCLUSIONES.....	37
6. RECOMENDACIONES.....	39

LISTA DE TABLA

Tabla 1. PORCENTAJE DE CIRUGIAS CANCELADAS POR AÑO.....	26
Tabla 2. PORCENTAJE DE CANCELACION DE CIRUGIAS POR MES	28
Tabla 3. PORCENTAJE DE CANCELACION DE POR ESPECIALIDAD	30
Tabla 4. CAUSAS ESPECÍFICAS DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA	32
Tabla 5. TIPO DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS.....	34

LISTA DE GRAFICAS

Ilustración 1. PORCENTAJE DE CIRUGIAS CANCELADAS POR AÑO.....	27
Ilustración 2. PORCENTAJE DE CANCELACION POR MES.....	29
Ilustración 3. PORCENTAJE DE CANCELACION POR ESPECIALIDAD.....	31
Ilustración 4. CAUSAS ESPECÍFICAS DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA.	33
Ilustración 5. PORCENTAJE DE CANCELACION DE CIRUGIA POR TIPO.	37

RESUMEN

En una institución prestadora de servicios de salud (IPS) de la ciudad de Montería que cuenta con la habilitación para la prestación de servicios quirúrgicos, con un personal interdisciplinario amplio y capacitado para desempeñarse en cualquiera de las áreas del cuidado pre, trans y post quirúrgico; en estos servicios de salud existen una cantidad considerable de indicadores para el monitoreo de la calidad de la atención y guían hacia la mejora de las estrategias de seguridad del paciente, dentro de los cuales existe el de cancelación de cirugías programadas; por lo que surge la necesidad de hacer un estudio investigativo sobre la variabilidad de este indicador a través de los años en la institución, y con ello, conocer el comportamiento del mismo, y por medio de estos resultados brindar recomendaciones de mejoramiento teniendo en cuenta el rol de enfermería en la aplicación de listas de chequeo pre quirúrgicas a los diferentes pacientes que se programen para las cirugías en la IPS.

El método utilizado para esta investigación de tipo retrospectiva, adquiriendo la información de las bases de datos de las programaciones de cirugías de la IPS; junto con el empleo de la herramienta Microsoft Excel para la recolección, tabulación y análisis de los mismos, obteniendo resultados que permitieron la identificación de aspectos relevantes como las causas, especialidades, meses y la atribución de las cirugías canceladas.

De esta manera se puede concluir que la aplicación de listas de chequeo pre quirúrgicas por parte del personal de enfermería ha logrado disminuir las cancelaciones de cirugías en la IPS en los últimos 5 años y que esto ha mejorado el desempeño del personal asistencial y la institución.

Palabras claves: cancelación de cirugías, listas de chequeo, causas de cancelación, atribución de la cancelación.

ABSTRACT

In an institution providing health services (IPS) of the city of Monteria that has the qualification for the provision of surgical services, with a broad and trained interdisciplinary staff; in these health services there are a considerable number of indicators for patient safety, within which there is the cancellation of scheduled surgeries; Therefore, there is a need to conduct a research study on the variability of this indicator over the years in the institution, and thereby see how it has decreased or increased, and through these results provide recommendations for improvement taking into account the role of nursing in the application of pre-surgical checklists to the different patients who are scheduled for surgeries in the IPS.

The method used for this retrospective research, acquiring information from the databases of the IPS surgery schedules; together with the use of the Microsoft Excel tool for the collection, tabulation and analysis of them, obtaining results that allowed the identification of relevant aspects such as causes, specialties, months and the attribution of canceled surgeries.

In this way, it can be concluded that the application of pre-surgical checklists by the nursing staff has reduced the number of surgical surgeries in the IPS over the last 5 years and that this has improved the performance for the health care personnel and the institution.

Keywords: cancellation of surgeries, checklists, causes of cancellation, attribution of cancellation.

INTRODUCCIÓN

A continuación se hablara del concepto de cancelación de cirugías y el impacto que esto tiene en la atención en salud para los pacientes y para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Se presentaran algunos trabajos referentes a este tema los cuales fueron de gran ayuda para hallar el norte en esta investigación de importancia para la institución intervenida y el trabajo de enfermería para el aporte del mejoramiento de la seguridad del paciente en las IPS.

Este trabajo se realiza con el fin de identificar las causas por las cuales se dan cancelaciones de cirugías, e identificar la frecuencia en que este indicador se presenta en una institución específica, al igual que las medidas que se pueden llevar a cabo desde la labor de enfermería para lograr disminuir éste indicador. Por ello la importancia de rol de enfermería en la intervención adecuada en el pre quirúrgico de un paciente, para identificar cualquier factor que contribuya a una cancelación de cirugía y este pueda ser intervenido oportunamente para evitar lo mencionado.

Se describirán las causas por las cuales son canceladas cirugías, al igual que las especialidades en las cuales estas más se presentan; teniendo en cuenta la especialidad de la institución unas variaran más que otras. Se observara a través de 5 años la variación de estas cancelaciones por meses y una posible explicación a que en algunos meses se presenten más que en otros.

Existen cancelaciones de cirugías atribuibles y no atribuibles a la institución, las cuales se logran identificar y señalar el rol de enfermería en estas, buscando una

disminución de este indicador a través del tiempo y observando cuál es su porcentaje a nivel nacional y departamental.

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL.

Identificar los factores que inciden en la cancelación de cirugías programadas en una IPS de la ciudad de Montería, mediante la recopilación y análisis de la información suministrada por la institución entre los años 2013 y 2017; con el fin de precisar el impacto de este indicador en la IPS y suministrar recomendaciones de mejora.

1.2. ESPECÍFICOS.

- Identificar los factores principales que influyen en la cancelación de procedimientos quirúrgicos programados en una IPS de la ciudad de Montería.
- Determinar la frecuencia con la que se presenta la cancelación de cirugías programadas en una IPS de la ciudad de Montería.
- Clasificar según origen, las causas atribuibles al paciente y a la institución a fin de dar recomendaciones que permitan garantizar un mejor servicio y evitar costos de no calidad a la IPS.
- Identificar en que especialidad se presenta mayor número de cancelaciones de cirugías.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO.

GENERALIDADES DE CIRUGÍA. La cirugía viene siendo un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud irá en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas de la población mundial. Sin embargo, los servicios quirúrgicos están repartidos de manera desigual, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. A pesar del costo y eficacia que puede tener la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. (Salud O.M., 2008)

CIRUGÍA. Práctica médica que consiste en la manipulación mecánica de estructuras anatómicas mediante instrumental quirúrgico, con la finalidad de realizar un tratamiento o un diagnóstico. La cirugía es la rama de la medicina que se dedica a curar las enfermedades por medio de operaciones. La cirugía es una de las modalidades de terapia médica más importante. Una cirugía es una experiencia estresante ya que implica una amenaza a la integridad del organismo y a veces una amenaza a la vida misma.

Según la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) es todo procedimiento realizado en el quirófano que comporte la incisión, la manipulación o la sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o anestesia general o sedación profunda para controlar el dolor.

CIRUGÍA GENERAL. Es la especialidad médica de clase quirúrgica que abarca las operaciones del aparato digestivo; incluyendo el tracto gastrointestinal y el sistema hepato-bilio-pancreático, el sistema endocrino; incluyendo las glándulas suprarrenales, tiroides, paratiroides, mama y otras glándulas incluidas en el aparato digestivo. Asimismo incluye la reparación de hernias y eventraciones de la pared abdominal. También abarca las cirugías torácicas no cardiovasculares.

FASE PREOPERATORIA. Es el lapso de tiempo que transcurre desde la decisión de realizar una intervención quirúrgica al paciente, hasta que es llevado a la sala de cirugías. La decisión tomada puede ser planeada o urgente. Este periodo se clasifica con base en la magnitud de la intervención, ya sea mayor o menor, o programada o de urgencia. Se realiza una Valoración global del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica con el propósito de establecer el plan preoperatorio más adecuado, minimizar los riesgos y disminuir la ansiedad para intentar lograr el mejor curso perioperatorio posible.

FASE INTRA O PERIOPERATORIA. Esta fase se define como el tiempo desde que el paciente entra en la sala de operaciones hasta que es llevado a la sala de recuperación. Este periodo se considera como el hecho quirúrgico en sí, donde participa el equipo quirúrgico formado por el cirujano, el ayudante de cirujano, el anestesiólogo, la enfermera instrumentista y la enfermera circulante.

FASE POSTOPERATORIA. Es el período de recuperación de las funciones vitales, las cuales han estado afectadas por el acto anestésico. Esta fase comienza cuando finaliza la intervención quirúrgica extendiéndose hasta que es dado de alta, para su recuperación total o para que continúe su recuperación en su domicilio, este periodo se divide en inmediato y mediato.

POSTOPERATORIO INMEDIATO. Se extiende desde la colocación del apósito en la herida quirúrgica extendiéndose hasta que los signos vitales se encuentren en los estándares establecidos.

POSTOPERATORIO MEDIATO. Parte cuando ya se ha estabilizado los signos vitales del paciente extendiéndose hasta que sea dado de alta o logre su recuperación total.

CANCELACIÓN DE CIRUGÍA. La suspensión de cirugía implica el hecho de no realizar una cirugía programada, es decir una vez que el paciente ya tiene asignado día y hora para la cirugía o incluso ya se encuentra en sala, esto ocasiona malestar en los pacientes al posponer su tratamiento y que es una manifestación de cierta deficiencia en la atención de los pacientes desde la planeación de la cirugía y preparación del paciente. Por ello es un evento adverso, que de manera no intencional generó daño al paciente.

PROGRAMACION DE CIRUGÍA. Programar una cirugía implica establecer el horario y día de la cirugía: esto es, de acuerdo a la agenda que se maneja en el área de programación y a consideración de la agenda del médico y disponibilidad del paciente. Para programar una cirugía se debe 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. 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 internamiento y pasar algunos días en el hospital para recuperarse.

EFFECTOS DE LA CIRUGÍA EN EL PACIENTE. Una cirugía consta de una amenaza potencial o real para la integridad de la persona y por lo cual, puede producir reacciones de estrés fisiológico y psicológico. Las reacciones fisiológicas, o el estrés fisiológico están relacionados con la duración de la cirugía; cuanto mayor sea la cirugía mayor será la respuesta fisiológica del organismo.

Las respuestas psicológicas sin embargo no se relacionan con el procedimiento mismo, sino con la reacción a los temores que las personas presentan ante el solo hecho de realizarse un procedimiento quirúrgico no importando su magnitud y duración. Existen diferentes formas en que las personas pueden percibir el significado de una cirugía y por lo tanto existen diferentes respuestas. Algunos temores y preocupaciones están relacionados con el temor a lo desconocido, la pérdida del control, la pérdida del amor de personas cercanas; también por el temor a la muerte, o a un diagnóstico que no quieren escuchar; entre muchas otras cosas.

2.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Al realizar la revisión de los antecedentes del estudio que se llevara a cabo, se encontraron algunos trabajos relacionados que a continuación se expondrán:

INTERNACIONAL

La enfermera especialista en centros quirúrgicos Daniella Díaz Gonzales en el 2015, Perú, realiza un estudio de investigación denominado “Frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en la clínica Maison de Santé, Lima-Perú”, el cual muestra como resultado que la tasa de suspensión de cirugías en un periodo de seis meses fue de 69 (11,33%);

siendo que el mayor porcentaje de suspensión se evidencio en el mes de enero (29,2%), y la menor fue en mayo (5,8%). En relación con los resultados obtenidos de la frecuencia de la cancelación de cirugías según la condición institucional del paciente en la clínica, se observa que del total de suspensiones 69 (100%), el 63,8% fue en pacientes en condición institucional ambulatorios; y el 36,2% fue en pacientes en condición institucional hospitalizados.

Yubelka Rodríguez y Engels Tercero, muestran que 20 causas específicas de cancelación de cirugías que se dividieron en tres grupos, las atribuibles al paciente, a la institución, y al recurso humano; fue un total de 38 casos equivalentes a un 41,8% de pacientes que no se presentaron a la cirugía; al mal estado de los aires acondicionados en las salas de cirugías un 5,49%; y por falta de instrumentadores y/o cirujanos un 3,29% respectivamente; siendo estos los valores de más alto índice en cada uno de los aspectos evaluados.

En Brasil, en el año 2008, Chávez, Gomes y Secchin realizaron un estudio llamado: "Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico". Este estudio tuvo como objetivo identificar el número de cirugías de corazón realizadas y suspendidas en el instituto nacional de cardiología RJ, describiendo las causas de cancelación de las mismas. Ellos realizaron una encuesta mensual y anual del número de cirugías cardiacas realizadas y canceladas en ese año, y los motivos por los cuales se suspendieron. Obteniendo como resultado que hubo 737 cirugías cardíacas y 170 suspensiones que equivalen al 23% de todas las cirugías realizadas en el período de estudio; dando como resultado mayores costos para el hospital y mayor riesgo para la salud del paciente. También se describió como causas hospitalarias las siguientes: atraso debido a cirugías anteriores, evaluación pre-operatoria

incompleta, falta de material quirúrgico, falta de camas, previsión de tiempo insuficiente para la intervención y reemplazo por cirugías de urgencia.

NACIONAL

Gaviria-García, Lastre-Amell y Suarez-Villa realizaron en el año 2011 un estudio titulado: “Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud”, el cual tuvo como objetivo identificar desde la percepción de los profesionales de la salud, los factores que inciden en la cancelación de cirugías en un hospital de alta complejidad. Para ello se les aplicaron cuestionarios con preguntas abiertas y de selección a los profesionales médicos y enfermeros (as). Obteniendo resultados de un 83% de cancelaciones en el servicio de cirugía y un 33% en el servicio de hospitalización. También se señalaron otros motivos de cancelación, los cuales fueron: por razones administrativas de la institución un 44%, por falta de gestión del equipo interdisciplinario un 12%, poca gestión médica en un 28%, poca gestión del personal de enfermería un 16%; llegando a concluir que desde la percepción del personal de salud hay poco compromiso administrativo que debería ser gestionado por los directivos frente a la atención, lo cual muestra la desorganización y debilidad en la atención de los pacientes en la institución objeto de estudio.

En el año 2014, Andrea González y Ana Aragón hicieron un estudio titulado “Costos de no calidad por la cancelación de cirugías en una clínica privada de Bogotá D.C. Colombia”; el cual determinaría las implicaciones de la no calidad, en término de costos económicos y para la seguridad del paciente relacionados con la cancelación de procedimientos quirúrgicos, con el fin de contribuir con el modelo de atención en el área quirúrgica de la institución. Dando como resultado que 103 procedimientos fueron cancelados; teniendo como principal causas los motivos personales de los pacientes, seguido de los relacionados con los especialistas. Se

concluye que todas las suspensiones atribuibles a la institución eran prevenibles y que la rentabilidad por consecuencia de las cancelaciones alcanzo un 13,4% y la seguridad del paciente se vio afectada por las estancias prolongadas en un 16,5%.

2.3. MARCO LEGAL

La resolución 1446 de 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad, la vigilancia de eventos adversos y tener una política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos.

Para el 2016 Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 256 dicta las disposiciones del Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.¹

El objetivo de esta resolución es fortalecer el Sistema de Información de Calidad existente que esté acorde con los cambios al SGSSS en la Ley 1438 de 2011. Con el Sistema de Información para la Calidad en Salud se espera que mediante indicadores se evalúe el desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita brindar una información objetiva a los ciudadanos para garantizar su derecho a la libre elección de los prestadores de salud y aseguradores.

¹<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abece-resolucion-256-de-2016.pdf> consultado el 03 de junio de 2018.

El monitoreo de la calidad en salud, se hará mediante un enfoque sistemático que presenta un conjunto de indicadores trazadores agrupados en los dominios de efectividad, seguridad, gestión de riesgo y experiencia de la atención.²

Proporción de cancelación de cirugías se encuentra en el dominio de seguridad el cual expresa la proporción de cirugías programadas en quirófano que son canceladas por causas atribuibles a la institución.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias.³

SERVICIO QUIRÚRGICO: servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas que requieren recurso médico especializado, estancia hospitalaria, en algunas ocasiones equipamiento específico y de tecnología de punta por procedimiento, siempre en salas quirúrgicas.⁴

CIRUGÍA. Práctica médica que consiste en la manipulación mecánica de estructuras anatómicas mediante instrumental quirúrgico, con la finalidad de realizar un tratamiento o un diagnóstico.⁵

CANCELACION DE CIRUGIA. Este se enmarca en los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos, específicamente el relacionado

²<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/fichas-tecnicas-indicadores-resolucion-0256-2016.pdf> consultado el 03 de junio de 2018.

³ Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014.

⁵ <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/cirugia> consultado el 8 de junio de 2018.

con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional, constituyendo un elemento que afecta la calidad de la atención de los usuarios. La cancelación de cirugía programada aumenta los costos, prolonga la estancia hospitalaria y genera angustia a los pacientes y sus familias.⁶

LISTA DE CHEQUEO O VERIFICACIÓN: son formatos creados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de una lista de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática. Entre los usos principales se encuentran:

- Realización de actividades en las que es importante que no se olvide ningún paso y/o deben hacerse las tareas con un orden establecido.
- Realización de inspecciones donde se debe dejar constancia de cuáles han sido los puntos inspeccionados.⁷

EVENTO ADVERSO: es el resultado de una atención en salud que, de manera no intencional, produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.⁸

⁶ http://www.academia.edu/5119286/CANCELACION_DE_CIRUGIA_PROGRAMADA consultado 8 de junio de 2018.

⁷ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf> consultado el 8 de junio de 2018.

⁸ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf> consultado 14 de junio de 2018.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO.

El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo; debido a que se recauda información con base a registros ya existentes; está basado en documentos, los cuales presentan resultados de los datos obtenidos en un tiempo y lugar determinado; por los valores numéricos que se le asignan a los hallazgos; respectivamente.

3.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO.

El presente estudio se realiza en una IPSS de la ciudad de Montería, la cual es una institución de III nivel de complejidad; que pertenece al sector privado.

3.3. POBLACIÓN.

La población de estudio es el número total de cirugías canceladas en un lapso de tiempo de 5 años, comprendido entre los años 2013 y 2017 con un total de 2075 casos, clasificados por especialidad quirúrgica, tipo de cancelación (atribuible y no atribuible a la institución) y motivo específico de cancelación. Se eligió este periodo de tiempo dado que se dispone de los registros completos y de los ingresos en el sistema de la institución.

3.4. UNIDAD DE ANALISIS.

Registros e historias clínicas de los pacientes con cirugías programadas que posteriormente fueron canceladas, durante el periodo del año 2013 a 2017, en una clínica de la ciudad de Montería.

3.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para la recolección de los datos se lleva a cabo la revisión y análisis de los datos documentados; y como instrumento para ello se utiliza un pareto con la herramienta de Excel.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.

Luego de la recolección de los datos, estos se organizaran en Microsoft Excel y se realizaran los respectivos análisis de la información mediante la clasificación de los aspectos de interés como son la especialidad, la atribución y las causas; para luego ser presentados los hallazgos en gráficos y tablas.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Este tipo de investigación no tiene riesgo alguno para los involucrados, debido a que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos en el cual no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

4. ANALISIS DE RESULTADOS

Tabla 1. PORCENTAJE DE CIRUGIAS CANCELADAS POR AÑO

AÑO	CIRUGIAS CANCELADAS	CIRUGIAS PROGRAMADAS	% DE CANCELACIÓN
2013	488	2231	22
2014	434	2282	19
2015	645	1992	32
2016	281	2528	11
2017	227	2502	9
TOTAL	2075	11535	18

FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L de los años 2013 a 2017

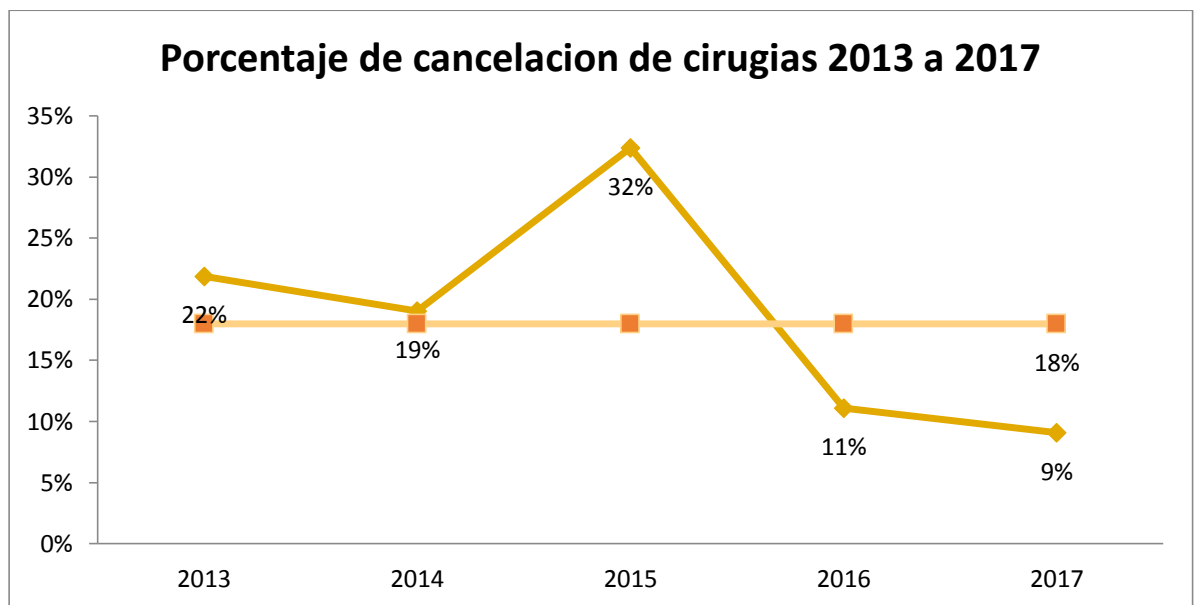
Los indicadores en salud representan una medida objetiva para la evaluación de la calidad en la prestación de los servicios, bien sea en el área clínica o de salud pública y por tanto permiten establecer estrategias para el mejoramiento continuo como eje fundamental para la acreditación institucional.

Según los resultados arrojados por la base de datos tomada para estudio correspondiente a los 5 años anteriores al presente se programaron en total 11535 cirugías de las cuales 2075 fueron canceladas por distintos motivos lo que representa un 18% en promedio de cancelación por año, mientras que el 82% restante fueron llevadas a cabo según lo programado.

La relación entre cirugías canceladas sobre cirugías programadas para cada año plasmados en la tabla puede evidenciar para el año 2015 un alza poco favorable del indicador con un 32%, siendo este el porcentaje más alto en el periodo;

seguido de 2013 donde se registró un 22%, luego con un 19% en 2014, un 11% obtenido en 2016, y para el último año este indicador disminuyó significativamente en un 23% con respecto al máximo obtenido; con tan solo un 9% de cancelación de cirugías, lo que representa beneficios para los paciente y para la institución. Figurado en la gráfica siguiente.

Ilustración 1. PORCENTAJE DE CIRUGIAS CANCELADAS POR AÑO



FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L de los años 2013 a 2017

Donde además se ve reflejado el comportamiento del indicador año tras año con respecto al 18% que es promedio general. Haciéndose evidente el cambio favorable en los dos últimos años donde las cifras se registraron muy por debajo del promedio con 11% y 9% para los años 2016 y 2017 respectivamente; mientras que en el periodo entre 2013 y 2015 estuvo por encima del mismo oscilando entre 19% y 32%.

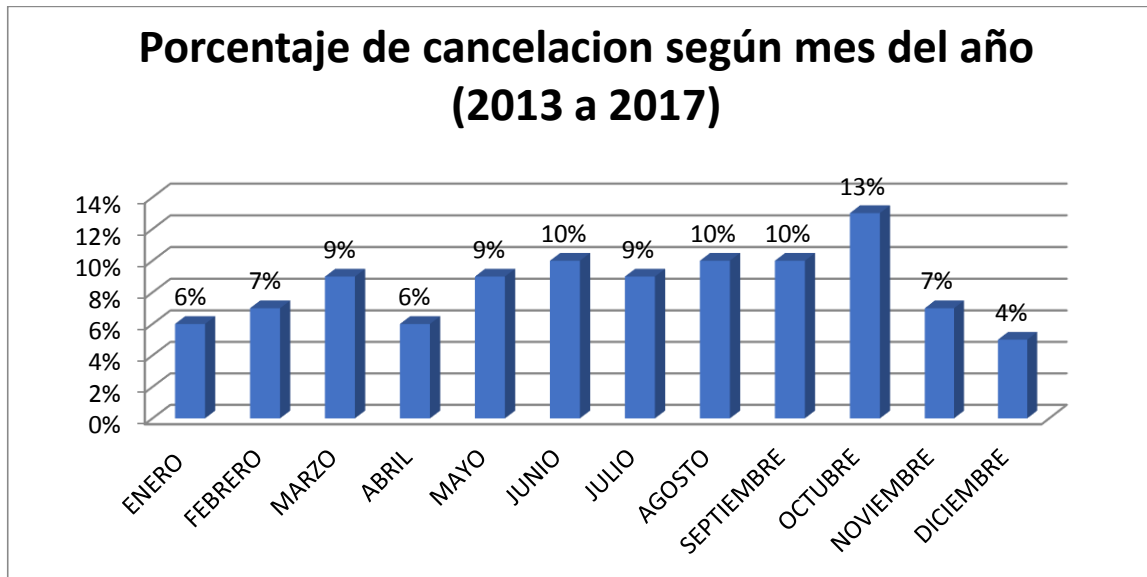
Tabla 2. PORCENTAJE DE CANCELACION DE CIRUGIAS POR MES

MESES	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	PORCENTAJE
ENERO	19	28	36	16	24	123	6
FEBRERO	26	29	36	27	20	138	7
MARZO	19	30	51	25	53	178	9
ABRIL	27	34	38	22	7	128	6
MAYO	44	34	64	34	12	188	9
JUNIO	54	47	60	28	10	199	10
JULIO	36	46	83	14	10	189	9
AGOSTO	70	45	58	25	18	216	10
SEPTIEMBRE	72	36	48	29	21	206	10
OCTUBRE	49	38	133	16	32	268	13
NOVIEMBRE	45	39	21	29	9	143	7
DICIEMBRE	26	28	17	16	11	99	4
TOTAL	488	434	645	281	227	2075	100

FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L de los años 2013 a 2017

Con respecto a la tabla anterior se clasificó el total de cirugías canceladas según los meses del año lo que arroja que los meses donde se presentaron mayor número de cancelaciones a lo largo de los 5 años fue el mes de octubre con el 13% del total de cirugías canceladas lo que corresponde a 268 de 2075 cancelaciones en total; esto se debe en gran medida a que para el año 2015 el 90%, es decir 133 de los 148 procedimientos quirúrgicos programados en este mes fueron cancelados por la crisis de la EPS SALUCOOP con la cual se canceló su contratación, generando un impacto importante sobre el comportamiento del indicador, mientras que en diciembre y enero se redujo a 5% y 6% con un total de 99 y 123 respectivamente.

Ilustración 2. PORCENTAJE DE CANCELACION POR MES



FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L de los años 2013 a 2017

En este grafico se observa que la amplitud de los valores en cuanto a los meses del año se movilizó entre el 4% y el 13% donde el mayor predominio estuvo en 9% y 10% abarcados por los meses de Marzo a Septiembre, tomando como referencia los boletines del IDEAM en los últimos 5 años estas cancelaciones se pueden asociar a las épocas de lluvias en la región provocando enfermedades y poca accesibilidad en algunos casos; también teniendo en cuenta que en junio es tiempo de vacaciones y muchas personas prefieren intervenir en otro momento.

Cabe resaltar también que para los meses donde menor fue el porcentaje de cancelación coincide con la disminución también en el número de cirugías que se programan para estas fechas.

Tabla 3. PORCENTAJE DE CANCELACION DE POR ESPECIALIDAD

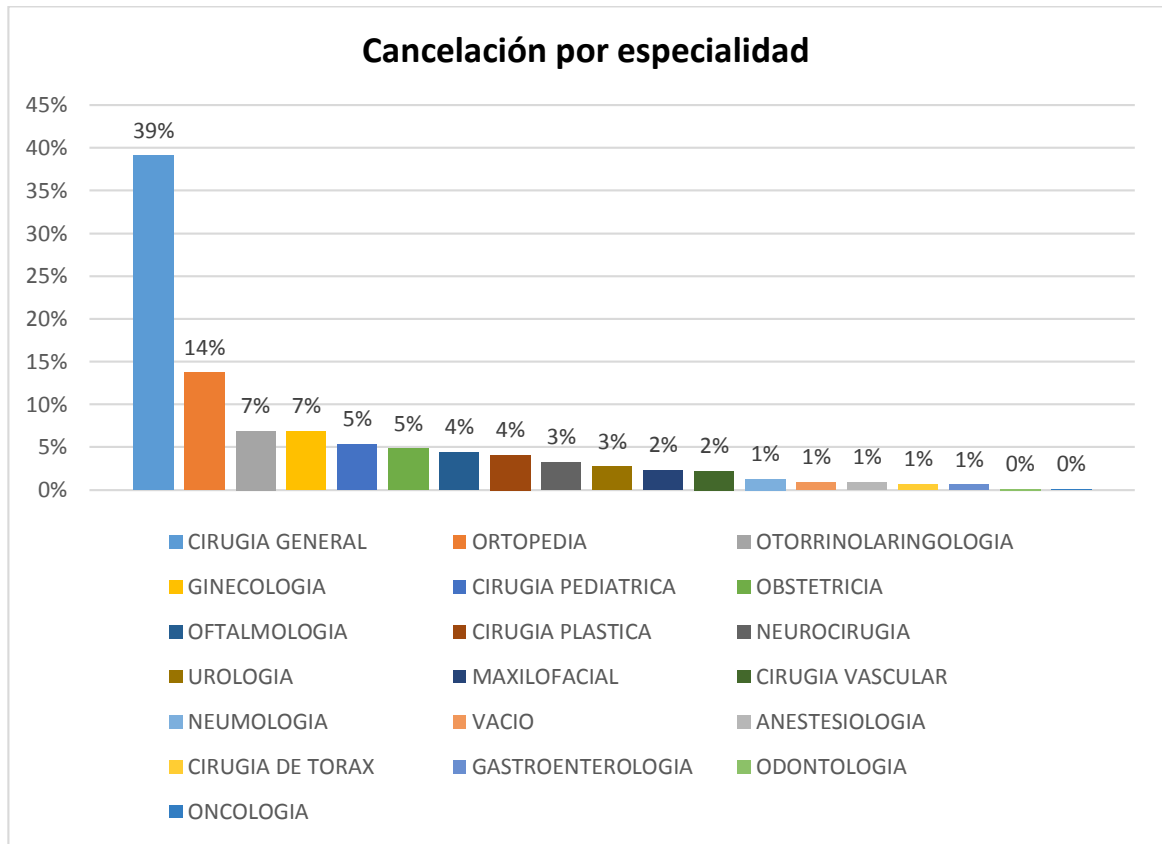
ESPECIALIDAD	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	PORCENTAJE
CIRUGIA GENERAL	162	188	277	111	73	811	39
ORTOPEDIA	72	59	103	25	25	284	14
OTORRINOLARINGOLOGIA	24	39	44	23	13	143	7
GINECOLOGIA	9	19	28	35	51	142	7
CIRUGIA PEDIATRICA	30	7	29	25	20	111	5
OBSTETRICIA	7	6	45	22	20	100	5
OFTALMOLOGIA	49	42	0	0	0	91	4
CIRUGIA PLASTICA	31	16	13	10	15	85	4
NEUROCIRUGIA	26	22	12	6	1	67	3
UROLOGIA	51	2	2	1	0	56	3
MAXILOFACIAL	13	18	12	4	0	47	2
CIRUGIA VASCULAR	0	3	41	2	0	46	2
NEUMOLOGIA	2	3	15	4	3	27	1
VACIO	5	2	12	0	0	19	1
ANESTESIOLOGIA	3	0	0	10	5	18	1
CIRUGIA DE TORAX	3	5	5	0	0	13	1
GASTROENTEROLOGIA	1	0	7	3	1	12	1
ODONTOLOGIA	0	2	0	0	0	2	0
ONCOLOGIA	0	1	0	0	0	1	0
TOTAL	488	434	645	281	227	2075	100

FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L de los años 2013 a 2017

Con respecto a las especialidades quirúrgicas para las cuales se programaron y posteriormente se cancelaron procedimientos en el corte escogido para estudio, nos arroja un dato de suma importancia donde observa un valor que significativamente se encuentra por encima de los demás y es el que concierne a cirugía general que con un 39% ocupa por mucho el primer lugar correspondiendo este porcentaje a 811 cirugías canceladas, teniendo en cuenta que es proporcional al número de cirugías programadas por dicha especialidad, seguido de ortopedia con un 14% que equivale a 284 cirugías.

Esto se puede evidenciar en el siguiente gráfico.

Ilustración 3. PORCENTAJE DE CANCELACION POR ESPECIALIDAD.



FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L de los años 2013 a 2017

Para este caso los valores oscilan entre el 0% y el 39%, donde el 0% corresponde a valores mínimos con respecto al total y no alcanzan el 1% como lo es el caso de oncología donde solo se canceló 1 cirugía y odontología con 2 de los casos, esto dado por el hecho de que para estas especialidades el número de cirugías programadas también es menor con respecto a las demás. Contrario a otras como cirugía general, ortopedia, ginecología, obstetricia, otorrinolaringología o cirugía pediátrica que responde a un número mayor en cuanto a la programación.

Tabla 4. CAUSAS ESPECÍFICAS DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA

CAUSA	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	PORCENTAJE
TRAMITES ADMINISTRATIVOS	101	79	167	45	66	458	22
ENFERMEDAD COMUN	77	104	74	67	47	369	18
HEMODYNAMICAMENTE INESTABLE	78	56	72	38	23	267	13
OTROS	51	11	78	46	48	234	11
MOTIVOS PERSONALES	82	67	25	33	19	226	11
CAMBIO DE CONDUCTA MEDICA	25	17	93	22	7	164	8
MOTIVOS PERSONALES DEL CIRUJANO	22	30	42	2	3	99	5
CAMBIO DE OPINION DEL PACIENTE	11	2	28	14	4	59	3
VACIO	6	23	26	0	0	55	3
FALTA DE MATERIALES EN LA IPS	18	17	3	1	0	39	2
DISPONIBILIDAD DE EQUIPO BIOMEDICOS	8	10	10	3	4	35	2
FALLECIMIENTO DEL PACIENTE	4	2	12	2	0	20	1
DISPONIBILIDAD DE QUIROFANO	2	2	11	3	0	18	1
CAMBIO DE CONTRATACION	0	10	0	0	4	14	1
DISPONIBILIDAD DE UNIDAD	3	3	4	1	1	12	1
RESERVA DE HEMODERIVADOS	0	1	0	4	1	6	0
TOTAL	488	434	645	281	227	2075	100

FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L de los años 2013 a 2017

Una herramienta útil en la gestión de cancelación de procedimientos quirúrgicos lo constituye la aplicación de la doble lista de chequeo pre quirúrgico, en la que se verifican condiciones pre quirúrgicas del paciente y aspectos administrativos.

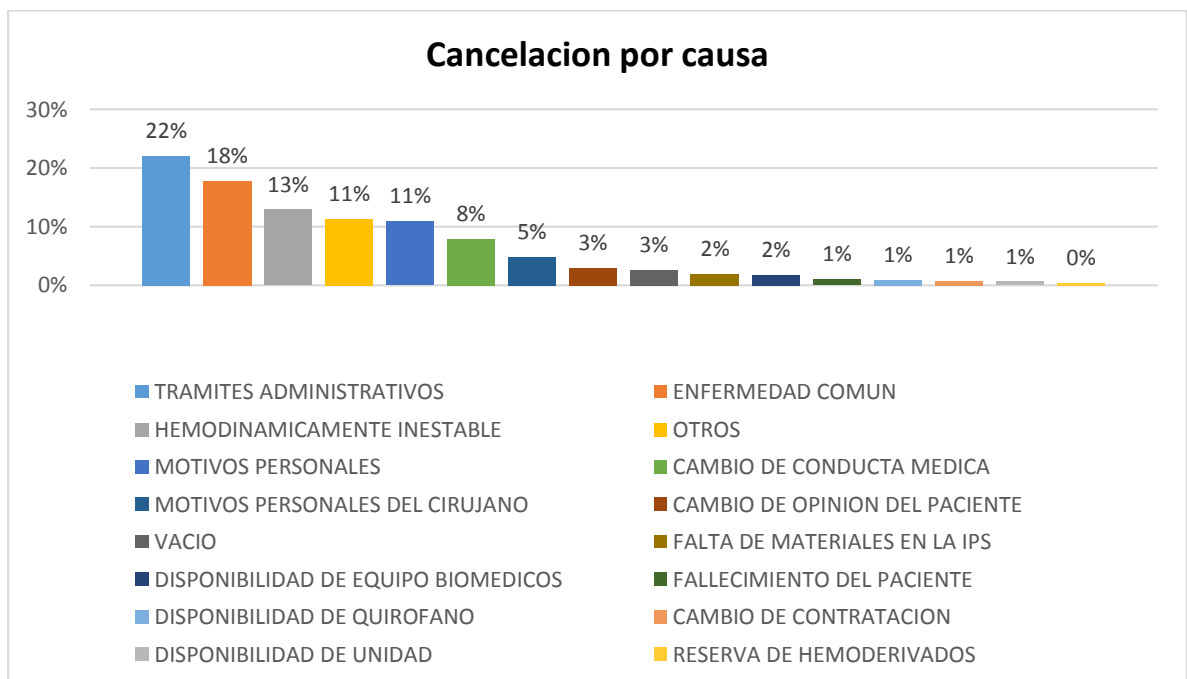
A través de esta revisión se identifican aspectos en los que se está incumpliendo para gestionar oportunamente y así evitar la cancelación de cirugía.

El método de aplicación es de forma telefónica y presencial, el método telefónico ofrece la ventaja de accesibilidad, ya que es posible entablar comunicación con la totalidad de los pacientes, sin embargo hay barreras en la comunicación en cuanto a la imposibilidad de verificar documentos.

La aplicación de lista de chequeo en forma presencial mejora la comunicación con el paciente y permite verificar la historia clínica, la dificultad se presenta en cuanto a los pacientes que por ubicación geográfica no pueden acceder a la cita de revisión.

Por ello se busca un punto de equilibrio y se clasifican los pacientes que de acuerdo a la complejidad de su condición ameritan revisión con enfermería de forma personalizada.

Ilustración 4. CAUSAS ESPECÍFICAS DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA.



FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L de los años 2013 a 2017

Las causas de cancelaciones de cirugías se pueden agrupar en causas que hacen referencia a los pacientes como las condiciones hemodinámicas inestables (HTA), enfermedades comunes (chikunguya, gripe, zika), motivos personales, cambio de opinión con respecto a la realización del procedimiento y al fallecimiento; los cuales son factores que no se pueden modificar por ser propios de ellos; estos representan casi la mitad (46%) de las causas por las cuales se cancelan cirugías a través de los años establecidos y en los cuales es poco predecible para lograr una solución que no lleve a la cancelación.

Sin embargo también observamos otras causas que hacen referencia a la parte administrativa como la falta de materiales en la IPS, disponibilidad de equipos biomédicos, cambio de contratación, entre otras que hacen parte del 43% de las causas que se pueden modificar con una intervención oportuna mediante la herramienta antes mencionada.

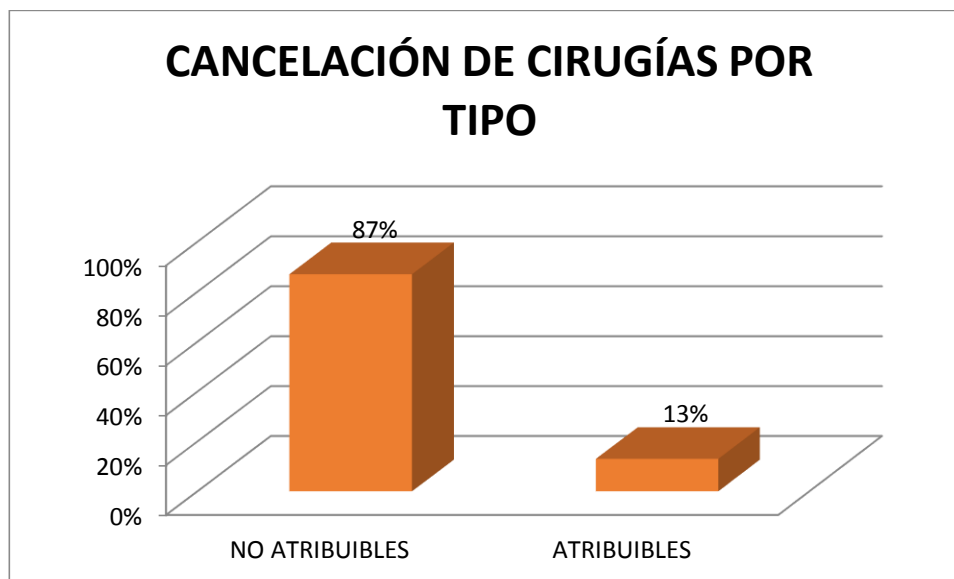
Esto nos deja como restante un 11% referente a otras causas que no podemos englobar en las anteriores pero que de igual forma fueron motivo para cancelar una cirugía como lo son que el paciente ya se operó, o mejoro su estado de salud entre otras causas.

Tabla 5. TIPO DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS.

TIPO	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	PORCENTAJE
NO ATRIBUIBLES	395	341	592	266	211	1805	87
ATRIBUIBLES	93	93	53	15	16	270	13
TOTAL	488	434	645	281	227	2075	100

FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L de los años 2013 a 2017

Ilustración 5. TIPO DE CANCELACION DE CIRUGÍA.



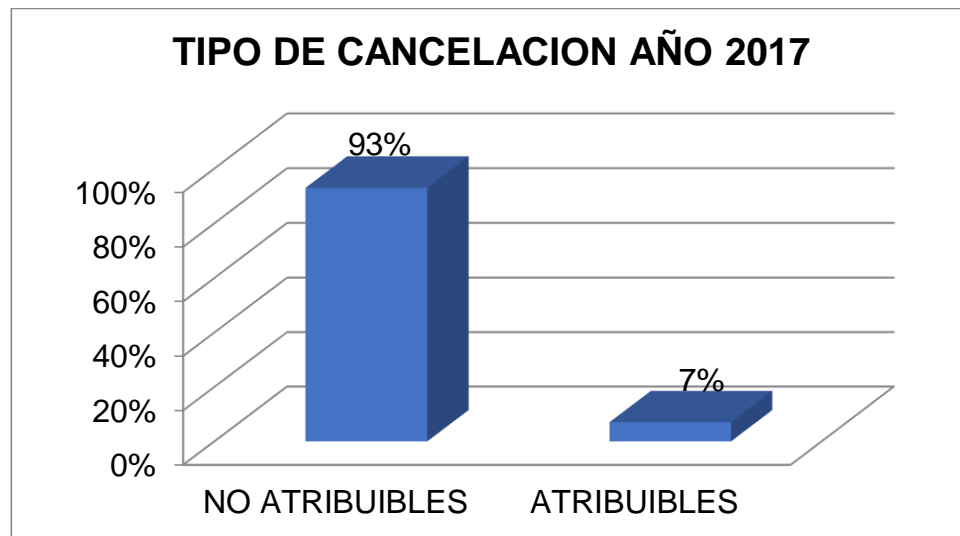
FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L de los años 2013 a 2017

Para esta caracterización tenemos que el mayor número de cirugías canceladas entre el año 2013 y 2017 fueron consecuentes al paciente y no a la institución; siendo el 2015 en año en que más causas no asociadas a la institución se presentaron (593) y en 2017 el menor (211); por otra parte tenemos que en 2013 y 2014 el indicador registró sus más altos valores con 53% en ambos casos con causas directamente relacionadas con la institución, valor que corresponde a 93 cirugías del total de cirugías canceladas en el periodo.

Este dato surge dando cumplimiento al decreto 1011 artículo 37, el cual determina que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando obren como compradores de servicios deberán establecer con las pautas indicativas establecidas por el Ministerio de la Protección social, un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) que

comprenda como mínimo los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud.

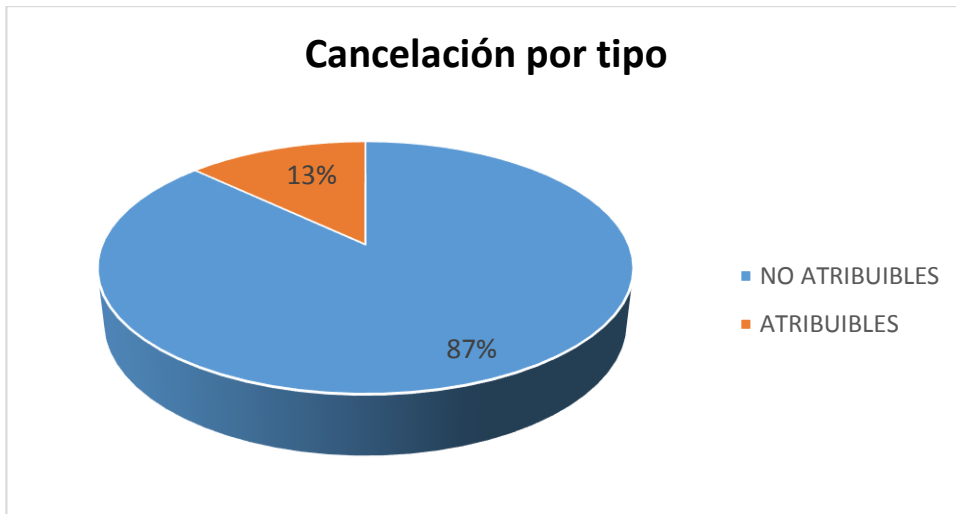
Ilustración 2. TIPO DE CANCELACION 2017.



FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L 2017.

Para el año 2017 el indicador de cirugías atribuibles fue de 7% que paralelo al indicador registrado a nivel nacional por el ministerio de salud se separan por un intervalo de 5.29% siendo entonces de 1.71%, 2.05% a nivel departamental con un intervalo de diferencia de 4.5%; lo que deja a Clínica Central en una posición poco favorecedora, cabe resaltar que muchas entidades no son realistas con los datos.

Ilustración 3. PORCENTAJE DE CANCELACION DE CIRUGIA POR TIPO.



FUENTE: Registros de programación de cirugía de la Clínica Central O.H.L de los años 2013 a 2017.

En la gráfica anterior se puede evidenciar el comportamiento de una variable con respecto a la otra, donde a lo largo del periodo la gran mayoría de las causas para la cancelación de cirugías fueron atribuibles al paciente y no a la institución con un 87% del total, que equivale a 1805 de las cancelaciones, mientras el 13% restante si se atribuyen a la institución cumpliendo a 270 de estas.

5. CONCLUSIONES

- Durante el desarrollo de este proyecto se lograron identificar los principales factores que influyen en la cancelación de procedimientos quirúrgicos programados en una IPS de la ciudad de Montería, los encontrando fueron factores asociados al paciente como su condición hemodinámica, enfermedades comunes, y motivos personales del mismo; así como causas asociados a la institución como disponibilidad de equipos biomédicos, quirófanos, de unidad en hospitalización entre otras causas que pudieron haber sido evitadas.
- Se logró también establecer la frecuencia con la que ocurren cancelaciones de cirugías programadas en la IPS para el estudio, haciendo una comparación entre el indicador de cancelaciones a nivel nacional y como se ha comportado este a lo largo de los años en la institución.
- Según los resultados arrojados se establece que el mayor porcentaje de cirugías canceladas en la institución durante el corte de tiempo escogido no son atribuibles a la institución sino al paciente, por causas como inestabilidad hemodinámica, enfermedad común, motivos personales de este, entre otras.
- Se identificó la especialidad quirúrgica en la cual se cancelan mayor número de cirugías en la institución, la cual indica que es la especialidad de cirugía general, la cual es directamente proporcional con la cantidad de cirugías de esta especialidad que se programa en la institución; de igual forma no se deja de lado el hecho de que otras especialidades como ginecología y ortopedia también presentan un porcentaje elevado de cancelaciones.

6. RECOMENDACIONES

A LA CLÍNICA.

- Seguir fortaleciendo la aplicación completa y adecuada de la doble lista de chequeo pre quirúrgico como instrumento para disminuir el indicador de cancelación de cirugías por causas evitables.
- Garantizar contrataciones con entidades promotoras de salud (EPS) responsables; estableciendo pautas que velen por los derechos y seguridad de los pacientes.
- Establecer estrategias evaluativas para verificar la adherencia de los pacientes a las instrucciones pre quirúrgica dadas por el personal de salud.
- Especificar para la causa de cancelación “Otros” que aspectos se incluyen, dado que se encontró un 11% del total que representa un valor significativo y digno de análisis.

A LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

- Fortalecer las estrategias para involucrar aún más a los estudiantes en proyectos investigativos, y promover este ámbito investigativo en cada semestre.
- Orientar oportunamente sobre temas de investigación de interés y las metodologías que se pueden utilizar, para lograr un mejor desempeño en el trabajo de grado.
- Brindar acompañamiento presencial para resolver dudas e inquietudes de los estudiantes durante el proceso investigativo.

BIBLIOGRAFIA

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>
- Tomado de los lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014.
- <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/cirugia>
- http://www.academia.edu/5119286/CANCELACION_DE_CIRUGIA_PROGRAMADA