

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE POSTGRADO**



**“FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA  
SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN  
EL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES  
CUARTO PISO DEL HOSPITAL NACIONAL  
DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN  
DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO**

**KARIN JANDERY DAMIAN RAMOS  
ELIZABETH JULIA ESPILCO PORTUGAL**

**Callao, 2018**

**PERÚ**



## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACION**

### **MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACION**

- Dra Nancy Susana CHALCO CASTILLO                      PRESIDENTA
- Mg. Raúl MORE PALACIOS                                      SECRETARIA
- Dr. Cesar Augusto RUIZ RIVERA                              MIEMBRO

**ASESORA: Dra. Juana Gladys MEDINA MANDUJANO**

Nº de Libro: 03

Nº de Folio: 85

Nº de Acta: 128 - 2018

Fecha de la Aprobación de tesis:

---

Resolución de Sustentación:

Nº: 1475-2018-D/FCS

## **DEDICATORIA**

A nuestras familias por mostrarnos el camino de la superación y apoyo en culminar la especialidad.

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestros profesores por su orientación y tiempo empleado en la tutoría de la tesis, por permitirnos cumplir con excelencia en el desarrollo de esta.

A nuestras familias en apoyarnos en cada decisión y proyecto.

## ÍNDICE

<b>TABLAS DE CONTENIDO</b>	<b>03</b>
<b>ÍNDICE DE GRAFICO</b>	<b>05</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>06</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>07</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>08</b>
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>10</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Formulación del problema	
Problema General y Específico	12
1.3. Objetivos: General y Específicos	13
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>14</b>
2.1. Antecedentes de la Investigación	14
2.1.1. A nivel internacional	14
2.1.2. A nivel nacional	17
2.2. Marco	21
2.2.1. Teórico	21
2.2.2. Conceptual	22
2.2.3. Teórico – Conceptual	42
2.3. Definición de términos básicos	44
<b>CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES</b>	<b>46</b>
3.1. Hipótesis	46
3.2. Operacionalización de variables	47
<b>CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>48</b>
4.1. Tipo y diseño de la investigación	48
4.2. Población y muestra	48
4.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos de la información documental.	50
4.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información de campo	50

4.5.	Análisis y procesamiento de datos	51
4.5.1.	Cuestionario de conocimiento teórico	51
4.5.2.	Datos de la lista de chequeo	53
	<b>CAPITULO V: RESULTADOS</b>	<b>54</b>
5.1.	Resultados descriptivos	54
	<b>CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>63</b>
6.1	Contrastación de la hipótesis	63
6.2	Contrastación de la hipótesis con estudios similares	64
	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>66</b>
	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>67</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>68</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>72</b>
	Anexo 01	
	Validación del instrumento para Juicio de Expertos	73
	Anexo 02	
	Prueba binomial	74
	Anexo 03	
	Instrumento, lista de chequeo	76
	Anexo 04	
	Matriz vaceado de datos	77
	Anexo 05	
	Matriz de consistencia	80
	Anexo 06	
	Identificación de factores	82
	Anexo 07	
	Frecuencia de cada factor en el total de cirugías	83
	Anexo 08	
	Frecuencia de las cirugías programadas de cada factor	84
	Anexo 09	
	Diagrama del proceso de una cirugía programada	85

## TABLAS DE CONTENIDO

Tabla N° 4.1	Número de intervenciones quirúrgicas por Especialidad en electiva del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2017	49
Tabla N° 4.2	Sumatoria de ítems para la prueba de confiabilidad con kuder Richardson	52
Tabla N° 5.1	Características de cirugías programadas en el servicio de sala de operación 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	54
Tabla N° 5.2	Factores de la dimensión recursos según sus Indicadores que intervienen en la suspensión de Cirugías programadas del Servicio de Sala de Operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	55
Tabla N° 5.3	Factores de la dimensión de procesos según sus Indicadores que intervienen en la suspensión de Cirugías programadas del Servicio de Sala de Operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	56
Tabla N° 5.4	Factores de las dimensiones recursos por ítems de cada indicador que intervienen en la suspensión de Cirugías programadas del Servicio de Sala de Operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	57
Tabla N° 5.5	Factores de las dimensiones procesos por ítems de cada indicador que intervienen en la suspensión	

	de Cirugías programadas del Servicio de Sala de Operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	58
Tabla N° 5.6	Factores de las dimensiones procesos y recursos que intervienen en la suspensión de Cirugías programadas del Servicio de Sala de Operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.	59
Tabla N° 5.7	Factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.	61

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 5.2	Factores de la dimensión recursos según sus Indicadores que intervienen en la suspensión de Cirugías programadas del Servicio de Sala de Operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	55
Gráfico N° 5.3	Factores de la dimensión de procesos según sus Indicadores que intervienen en la suspensión de Cirugías programadas del Servicio de Sala de Operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	56
Gráfico N° 5.4	Factores de las dimensiones recursos por ítems de cada indicador que intervienen en la suspensión de Cirugías programadas del Servicio de Sala de Operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	57
Gráfico N° 5.5	Factores de las dimensiones procesos por ítems de cada indicador que intervienen en la suspensión de Cirugías programadas del Servicio de Sala de Operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	58
Gráfico N° 5.6.1	Factores de la dimensión proceso que intervienen en la suspensión de Cirugías programadas del Servicio de Sala de Operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.	59
Gráfico N° 5.6.2	Factores de la dimensión recursos que intervienen en la suspensión de Cirugías programadas del Servicio de Sala de Operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	60
Gráfico N° 5.7.1	Factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas	62
Gráfico N° 5.7.2	Total de Cirugías programadas.	62

## RESUMEN

En el servicio de cirugía de cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se han encontrado constantemente factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas, donde lo que más predomina es el tiempo prolongado durante las trans-operaciones de las primeras cirugías postergando así las últimas. Como objetivo tenemos: Determinar los factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018. Metodología: El presente trabajo fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. Aspectos de la investigación: Para la elaboración de la investigación y el cumplimiento de los objetivos planteados se utilizó como instrumento una lista de chequeo distribuido a una muestra de 83 cirugías programadas. Conclusiones: De esta manera se pudo concluir que, del total de 83 intervenciones quirúrgicas programadas, el índice de suspensiones de cirugías programadas es aproximadamente la quinta parte (20.48 %). Lo cual nos lleva a concluir que es un problema común. Los 2 ítems de recursos insumos, relacionado a carencia de insumos quirúrgico y anestésico, existe una mayor cantidad de factores que intervienen tanto en la suspensión como continuación de cirugías programadas con 109 afirmaciones. Siendo el segundo factor que mayor número de suspensiones de cirugías programadas tiene. La primera es la inasistencia del cirujano y/o anesthesiólogo con 100%.

**Palabras claves:** Suspensión de cirugía programada, Sala de operaciones, lista de chequeo

## ABSTRACT

In the fourth floor surgery service of the Daniel Alcides Carrión National Hospital, factors that intervene in the suspension of scheduled surgeries have been constantly found, where the most prevalent is the prolonged time during the trans-operations of the first surgeries, thus delaying the last ones. Our objective is to: Determine the factors that intervene in the suspension of scheduled surgeries in the fourth floor operating room service of the Daniel Alcides Carrión National Hospital, 2018. Methodology: The present work was a quantitative, descriptive and cross-sectional approach. Aspects of the research: For the elaboration of the research and the fulfillment of the proposed objectives, a checklist distributed to a sample of 83 scheduled surgeries was used as an instrument. Conclusions: In this way it was possible to conclude that, of the total of 83 surgical interventions programmed, the rate of suspensions of programmed surgeries is approximately one fifth (20.48%). This leads us to conclude that it is a common problem. The 2 items of resources supplies, related to lack of supplies and / or surgical and anesthetic material, there is a greater number of factors that intervene both in the suspension and continuation of scheduled surgeries with 109 affirmations. Being the second factor that greater number of suspensions of programmed surgeries has. The first is the failure of the surgeon and / or anesthesiologist with 100%.

**Keywords:** Scheduled surgery suspension, Operating room, checklist

## INTRODUCCIÓN

Mundialmente, países como Australia, Irlanda, México, Estados Unidos, Reino Unido y Brasil tienen una alta frecuencia de cirugías canceladas provenientes de cuestiones tipo organizativo de los hospitales, como consecuencia hay un incremento de los costos de operación y financieros de Sala de Operaciones. Aproximadamente el 60.0% de las operaciones canceladas son evitables, usando unas técnicas de mejora de salud. Se estima que el gasto económico en el centro quirúrgico de un instituto de salud es del 30.0% del total de costo, la cancelación de una cirugía afecta este rubro y limita conflictos económicos y de labor dentro del hospital.

En el Perú, la operación es la primera alternativa, que tenemos para finalizar algún tipo de enfermedad y malestar que presentan casi más del 50.0% de los pacientes que acuden a los diferentes hospitales que existen en todo el país, sin embargo, varias de estas son canceladas debido a muchos motivos.

La cancelación de una cirugía programada es algo común y se presenta de forma inesperada en sala de operaciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, donde se surgen impedimentos para el paciente, incomodidad a los familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, más estancia prolongada en el hospital y mayor gasto. Hay más repetición, el médico de cirugía y de anestesiología se adaptan a estas situaciones intrínsecos o extrínsecos del nosocomio.

Conocer, identificar y controlar el mayor número de estos percances ayudaran a obtener secuelas positivas en la presentación de la asistencia en el instituto de salud. La literatura indica que la cancelación de una cirugía programada es una acción importante y merece toda la atención de parte del equipo de profesionales de salud y de la parte administrativa del nosocomio.

Las cancelaciones de una intervención quirúrgica son intervenidas como algo común y propio del sistema del hospital, no provocando una inquietud

en el equipo de profesionales de la salud que trabajan en sala de operaciones, los cuales ya lo consideran una costumbre; por estas observaciones se decide hacer la investigación denominada “FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES CUARTO PISO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION, 2018”.

Para poder llevar a cabo el estudio, el presente trabajo se ha estructurado en capítulos. En el Capítulo I: Planteamiento del problema; Aquí se da a conocer la situación problemática del estudio en sí. Capítulo II, Marco Teórico; se dio a conocer los antecedentes de estudios relacionados al presente trabajo, se mencionaron Teorías y definiciones. Capítulo III, Hipótesis y Variables; se dio conocer la hipótesis de investigación y las variables con su definición, más la operacionalización de variables. Capítulo IV, Metodología de la Investigación: de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, y de corte transversal. Capítulo V: Resultados y Capítulo VI: Discusión de resultados.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1. Descripción de la realidad problemática**

Se determina una intervención quirúrgica cancelada aquella operación que no se realizó teniendo hora, lugar y personal distribuido. La definición de límite estándar de intervención quirúrgica suspendida es de 5.0% del total de cirugías programadas, según estadísticas del Ministerio de Salud.

Dentro del país se encontraron estudios con relación a la cancelación de intervenciones quirúrgicas, donde muestran que las operaciones se suspenden más de dos veces se vinculan a problemas del hospital. Es significativo destacar que, la cancelación de una intervención quirúrgica es algo importante, el cual necesita la atención del equipo profesional de salud, de la parte administrativa y del sistema de salud; frecuentemente suele ser indiferente para el equipo profesional de salud de los nosocomios; pero estos hospitales deberían interesarse en las consecuencias que puedan afectar al paciente, la familia, al centro de labor y al mismo Estado, alterando los costos, el desgaste de tiempo y aumento en las estancias hospitalarias; en base a esto se consideró que la cancelación de una intervención quirúrgica programada es una situación negativa que afecta la calidad de la atención, y puede causar malestar al paciente y a la familia, para evitarlo hay que tomar decisiones para cumplir con los indicadores de calidad en la atención.

Se realizaron pocos reportes respecto a la cancelación de intervenciones quirúrgicas, es así como, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, presentan una tasa de suspensión de 6,9% anual de acuerdo con los indicadores publicados en la web de la página oficial del Hospital.

El servicio de sala de operaciones del Hospital Daniel Alcides Carrión está dividido en cuatro áreas en todo el nivel Hospitalario, estas son,

el servicio de Cirugía de Día en el primer piso, Cirugía Oftalmológica en el área de consultorios, Cirugía de Emergencia en el tercer piso de la institución y, finalmente, Cirugía Programada, en el cuarto piso, que es el área donde se realizará nuestro estudio. La misma que cuenta con ocho salas, donde se realizan operaciones de todas las especialidades, llegando aproximadamente a 300 intervenciones por mes. Al tener conocimiento de la estadística sobre las suspensiones quirúrgicas publicadas por la institución nos permitimos entonces conocer las razones de estos fenómenos por lo que al interactuar con los profesionales de Enfermería del Centro Quirúrgico sobre las causas que inciden en la suspensión de las cirugías programadas, estas han mencionado entre muchas, que una de las causas se debe a las condiciones del paciente ya sea por algún examen antes de la cirugía que sale alterado, indicaciones pre-operatorias no realizadas en su servicio, por ejemplo no preparación del área pre-operatoria o preparación inadecuada (rasurado), niveles de presión arterial alterado o en algunos casos por alteraciones endocrinológicas como diabetes con niveles elevados que generalmente en este caso son causados por la ansiedad ante la expectativa quirúrgica. Otras situaciones de suspensión se han debido a la ingesta de algún alimento cuando la norma indica que el paciente no debe ingerir alimentos por lo menos con ocho horas de anterioridad. Otra causa en el área de investigación es la falta de gestión en el equipo de cirujanos o anestesiólogos, unos llegan tarde a la cirugía programada y otros son escasos para el apoyo del trabajo quirúrgico, además influye es esta situación la carencia de materiales, medicamentos, insumos que no son proporcionados por el hospital y que los familiares no cuentan con los recursos económicos para comprar alguno de ellos (Morfina, Remifentanilo, Set Corrugado, Filtros, entre otros), no podemos dejar de mencionar como un fenómeno común el estado las maquinas que al no tener un mantenimiento adecuado sufren

deterioros constantes constituyendo entonces una causa más de la suspensión. El tiempo del trans-operatorio es otra razón que también afecta la suspensión de las cirugías incrementando las estadísticas ya que generalmente debe suspenderse la última cirugía programada en el turno. Todo ello genera un grave problema para la institución, el cual es medido constantemente por protocolos desde el MINSA, también afecta al Hospital por formar parte del sistema de salud, al servicio de Centro Quirúrgico, y principalmente al paciente quien en realidad es la parte fundamental de la institución.

Ante estos aspectos se considera importante realizar la presente investigación:

## **1.2. Formulación del problema (Problema General y Especifico)**

### **Problema General;**

¿Cuáles son los factores que intervinieron en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018?

### **Problemas Específicos:**

- ¿Cuáles son los factores de Recursos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso?
- ¿Cuáles son los factores de Procesos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso?

## **1.3. Objetivos: General y Específicos**

General:

Determinar los factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018

Específicos:

- Describir factores de Recursos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso.
- Describir factores de Procesos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

## 2.1 Antecedentes de la Investigación

### 2.1.1 A nivel internacional:

MARTINEZ BLANCO, Carlos Alberto "Suspensión de Intervención quirúrgica en el Hospital Calixto García; causas y prevalencia 2016\_2017"

Resumen. La suspensión de una intervención quirúrgica se ha vuelto algo frecuente para los servicios de salud relacionado a derroche de recursos y molestias los pacientes y a su familia. El objetivo de la tesis fue determinar las cancelaciones de las cirugías programadas según causas y describir su comportamiento según especialidades quirúrgicas. En total fueron canceladas 1183 para la tasa de suspensión de 4.9%. La mayoría de las cirugías suspendidas fueron por razones relacionadas con el propio paciente (89.8%), siendo más frecuente la inasistencia el mismo día de la intervención (78.7%) Otras causas fueron hipertensión arterial(3.8), prolongación de turno quirúrgico anterior(3.6%) y problemas administrativos(3.0%). Las especialidades que más cancelaron fueron maxilofacial(35.1%) y cirugía general(20.4%). Las suspensiones por causa del paciente predominaron en todas las especialidades, aunque neurocirugía; ortopedia; urología y angiología reportaron cifras de suspensiones por motivos relacionados con la institución por encima del promedio del hospital con 39.1%, 25.0%, 14.6% y 13.6% respectivamente con diferencias significativas ( $p < 0.0001$ ).

MACANCELA GONZALEZ. Marco Vinicio (2014) "Causas que Influyen en las Suspensiones de Cirugía Programadas en el Hospital Regional Isidro Ayora Enero 2012\_ Septiembre 2014"

Resumen: La suspensión de una cirugía programada constituye un problema cotidiano en los hospitales que propicia inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia

hospitalaria y aumento importante en los gastos económicos tanto del paciente como de la institución, en la literatura médica pocas referencias abordan este tema. Cuyo objetivo general es caracterizar las causas más frecuentes que influyan en las suspensiones de cirugías programadas y objetivos específicos conocer el número de cirugías programadas suspendidas. Identificar las causas atribuibles al paciente por las que se suspenden las cirugías electivas, reconocer las causas dependientes de los recursos humanos, por las que se suspenden las cirugías electivas, establecer las causas institucionales por las que se suspenden las cirugías electivas. Los datos se obtuvieron a través de una hoja de recolección de datos de los partes operatorios de cirugías programadas e historias clínicas. De acuerdo al número de cirugías programadas fueron suspendidas 919 que representan el 14.20%, las causas inherentes al paciente son un alto grado de ausentismo y cancelación del proceso quirúrgico programado entre las causas dependientes del personal de salud encontrados una mala distribución del personal de salud a la hora de la realización de cirugías programadas y un gran porcentaje de ausentismo tanto de cirujano como de anesthesiólogos, las causas dependientes de la institución se basan en la falta de quirófanos y materiales requeridos para la cirugía. Al medir la calidad en cuanto a la dinámica del procedimiento quirúrgico del Hospital Regional Isidro Ayora encontramos un estándar de malo en calidad ya que el valor alcanzado supero el 6.0%. Conclusion; podemos decir que existe una mala calidad en cuanto a dinámica del proceso quirúrgico, ya que existen problemas a nivel de los tres ejes, paciente: alto grado de inasistencia, personal de salud de alto índice de ausentismo e institucional, falta de quirófanos y materiales necesarios para la cirugía, por lo que se plantea tomar medidas correctivas en mejora de la institución.

RODRIGUEZ CARCACHE, Yubelka Edelma (2016) "Causas más Frecuentes de Cancelación de Cirugías Electivas en el Hospital Escuela

Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de Setiembre a Diciembre 2015”

Resumen: Fue un estudio de tipo descriptivo, prospectivo en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca cuyo objetivo era conocer las causas más frecuentes de cancelación de cirugías electivas, además identificamos el servicio quirúrgico y el tipo de cirugía con mayor incidencia de cancelación. Se establecieron como variable de estudio, conocer el ASA de los pacientes en estudio, servicio con mayor cancelación de cirugía, el tipo de cirugías con mayor incidencia a cancelación y las principales causas específicas de cancelación de la cirugía. Se estudiaron un total de 91 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, todos estos elegidos de manera aleatoria, la información se obtuvo a través de la ficha de recolección de datos luego procesados con el programa SPSS versión 23. En cuanto a las especialidades los servicios de cirugía general y ortopedia refieren la mayor tasa de incidencia con respecto a las cancelaciones. La razón que predominó para la cancelación fue atribuible al paciente seguido por el establecimiento hospitalario y por último los recursos humanos. Los resultados de estudio refieren que las cirugías de mayores cancelaciones dentro del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca son las que pertenecen a los servicios de cirugía general ya que es el mayor procedimiento quirúrgico cancelado fue la colecistectomía laparoscópica seguido por hernioplastia. Recomendaciones; dar a conocer este trabajo a las autoridades del Hospital para que se mejoren las condiciones tanto de los materiales, como del local para mejorar la atención del paciente.

### **2.1.2 A nivel nacional:**

ASTOCONDOR PEÑARRIETA, Carlos Elar"Características de cirugías electivas suspendidas en el Hospital Nacional Aguinaga Asenjo y en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Julio\_ Noviembre 2016"

Resumen:Objetivo:Identificar las características de las cirugías programadas suspendidas en cirugía general, Cirugía de Pediatría y Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Nacional Aguinaga Asenjo y en el Hospital Regional Docente Las Mercedes .Material y Metodo;el presente estudio es transversal ,descriptivo y prospectivo .Los resultados se identificaron una mayor significancia en las causas generales administrativas (52.6%)y como una causa especifica el poco tiempo disponible para la intervención programada (37."%).En los servicios con mayor índice de suspensión de cirugías programadas fueron: Cirugía Ortopédica y Traumatología(46.2%)y cirugía general(38.5%).Conclusion:La cantidad de cirugías suspendidas encontradas se debieron ,en su mayoría, al desplazamiento por prioridad de cirugías de emergencia, esto se debe al desbalance que existe entre la alta demanda de cirugías de emergencia y la insuficiente cantidad de salas de operaciones ,pocos tiempos y turno quirúrgicos e insuficiente personal en centro quirúrgico.

SHU YIP, Sebastián Bernardo (2013)"Frecuencia, Causas y Factores asociados de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas en un Hospital Nacional Lima, Perú"

Resumen: La cancelación de las intervenciones quirúrgicas programadas tiene repercusiones en el paciente y en el hospital, desde emocionales hasta economicos,entre otras.objetivo;Garantizar la Frecuencia ,Causas y Factores asociados de intervenciones quirúrgicas suspendidas en un Hospital Cayetano Heredia en el año 2013.Se realizó un estudio

descriptivo retrospectivo que consistió en recopilar información de fuentes secundarias del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia. La definición de límite estándar de intervención quirúrgica suspendida es de 5% del total de intervenciones quirúrgicas programadas, según el Ministerio de Salud del Perú. Los resultados, hubo 699 intervenciones quirúrgicas suspendidas en el año 2013, representando 13.2% de las intervenciones quirúrgicas electivas. La primera causa de suspensión fue de origen administrativa (38.6%) y la segunda causa está relacionada al paciente (25.5%). Los factores asociados a la suspensión de la intervención quirúrgica fueron de parte del anestesiólogo, turno, horario y día de programación de la intervención quirúrgica. Conclusiones, las intervenciones quirúrgicas suspendidas fueron superiores al límite estándar establecido por el Ministerio de Salud del Perú. La causa principal fue de tipo administrativo es decir se podría prevenir.

CHURATA DIAZ, Cindy Leticia (2017) "Factores Asociados a Suspensión de Cirugías Electivas en el Hospital III Yanahuana Arequipa"

Resumen: Objetivos: Identificar los factores asociados a la suspensión de cirugías programadas del Hospital III Yanahuara durante el periodo Enero a Diciembre del año 2017. Material y Métodos: realizo un estudio observacional, asociativo, transversal y retrospectivo en el cual se recolecto la información la información de historias clínicas de pacientes con suspensión de cirugías electiva durante el periodo de Enero a Diciembre del 2017 que cumplieron criterios de inclusión exclusión. Resultados: la tasa de suspensión quirúrgica fue de 4.1%, los servicios con mayor tasa de suspensión quirúrgica de cirugías electivas fueron cirugía general (24.9%), oftalmología (23.5%) y traumatología (18.7%). El

procedimiento quirúrgico Facoemulsificación de Cataratas (18.1%) fue el más suspendido, seguido de exéresis tumoral(10.5%) y colecistectomía laparoscópica(8.5%).

Las causas de suspensión de cirugías programadas en relación con el paciente fueron las más frecuentes con un 47.9%, la causa individual que obtuvo mayor frecuencia de suspensión fue la incongruencia diagnóstico terapeuta(16.7%) seguido del ausentismo del paciente programado(15.3%). El 70.3% de los procedimientos suspendidos eran cirugías mayores que requerían hospitalización. El rango de edad con mayor suspensión quirúrgica fueron pacientes de edad adulta mayores de 60 años (41.6%) y el sexo predominante fue el femenino(57.2%). Conclusión; La causa de suspensión quirúrgica aislada de mayor frecuencia corresponde al incongruente diagnóstico terapéutico, hecho de gran importancia hallado de nuestro estudio.

DIAZ GONZALES, Daniella (2016) "Frecuencia y Causas Asociadas a la Suspensión de Cirugías según condición Institucional del Paciente en la Clínica Maison de Sante, Lima\_Peru"

Resumen: El tratamiento quirúrgico es un mecanismo de mejora radical de salud por ello la suspensión de una cirugía programada ocasiona inconvenientes al paciente y familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria, riesgo de infecciones intrahospitalarias, retraso del tratamiento, complicaciones quirúrgicas e incremento de gastos institucionales, siendo indicador negativo en gestión de calidad. El objetivo es determinar la frecuencia y las causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en los meses de enero a junio del año 2015. Material y Método; es un estudio retrospectivo, cuantitativo y descriptivo exploratorio. Según periodo y secuencia de recojo de datos fue de corte transversal. Resultados; del total de

609 cirugías programadas en el periodo de estudio, la frecuencia de cirugías suspendidas fue de 69(11.33%).Las causas asociadas al paciente en 57(82.85%), según condición institucional, en los pacientes ambulatorios las causas del paciente se presentaron en 41(59.4%)y las causas atribuidas a pacientes hospitalizados estuvieron presentes en 16(23.2%).

RAMIREZ QUESQUEN,Santos Alfredo(2012\_2014)"Causas e Implicancias Económicas en la Suspensión de Intervenciones Quirúrgicas en el Periodo en el Hospital Nacional Dos de Mayo"

Resumen: El objetivo del trabajo de intervención es determinar las causas que ocasionan las suspensiones de intervenciones quirúrgicas en el periodo del año 2012 hasta el año 2014en el Hospital Nacional Dos de Mayo y sus repercusiones económicas negativas en la misma institución.

Es un estudio descriptivo,transversal,correlacional,cuantitativo y retrospectivo, revisándose el libro de suspensiones de intervenciones quirúrgicas, el libro de reporte de los procedimientos anestésico e informe .Estadísticos mensuales y anuales proporcionados por el departamento de anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Dos de Mayo, determinándose que en ese periodo se programaron 12700 intervenciones quirúrgicas y se suspendieron1180(9.3%) operaciones donde se obtuvo una muestra de 345.Las causas que ocasionaron la suspensión de 1180 intervenciones quirúrgicas se agruparon en 4 grupos. Atribuibles a cirugía 646(54.7%), atribuidas a anestesiología 137(11.6%), atribuidas al paciente 316(26.7%) y atribuidas al hospital 81(6.8%).Se utilizó SPSS 21 para el procesamiento estadístico, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, hallándose entre las dos variables una correlación moderada ,relación lineal estadísticamente significativa y directamente

proporcional. La implicancia económica fue negativa para la institución.

## **2.2 Marco**

### **2.2.1 Teórico**

Teoría de Virginia Henderson

Es una teoría o modelo que define el enfoque de la práctica de la enfermería. Busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital.

El modelo de Virginia Henderson hace énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de la enfermería. Ha llevado a desarrollar muchos otros modelos en los que se enseña a los enfermeros a asistir a los pacientes desde el punto de vista de sus necesidades.

Según Henderson, en un inicio una enfermera debe actuar por el paciente solo cuando este no tenga conocimientos, fuerza física, voluntad o capacidad para hacer las cosas por sí solo o para llevar correctamente el tratamiento.

La idea es asistir o contribuir a la mejoría del paciente hasta que él mismo pueda atenderse por sí solo. También incluye la asistencia a una persona enferma ayudando a llevarlo a una muerte tranquila y pacífica.

Es importante que se conozca y evalúe muy bien si el paciente puede dejarse solo por mucho tiempo, con la suficiente confianza de que no vaya a lastimarse al moverse o al intentar realizar actividades, ni tampoco comprometer la seguridad de los demás.

Los conocimientos se refieren a la situación de salud y cómo manejarla, y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo. En consecuencia, la falta de conocimientos se identifica como área de dependencia cuando la persona, teniendo la capacidad intelectual para comprender y recordar, no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o desconoce los recursos y las limitaciones personales, familiares o comunitarias con los que cuenta. La fuerza puede ser física e intelectual(10)

### **2.2.2 Conceptual**

- **Cirugía**

Comprende diferentes fases y tipos de estilos; pueden dividirse en las siguientes

#### **1. Fase Preoperatoria:**

Comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica. Termina con el paciente en el quirófano. En este proceso se efectúan todas las preparaciones, tanto administrativas, como clínicas del paciente sometido a una cirugía y también asistenciales con el cuidado de enfermería. El manejo del cuidado del paciente se planifica con base en la historia médica del paciente realizándose una valoración integral para planificar y dar comienzo a las intervenciones. En el preoperatorio los cuidados deben orientarse a mejorar el estado general del paciente, corregir el déficit, mantener y/o recuperar el estado nutricional, prevenir la infección y planear la indicación quirúrgica correcta a través del examen médico, anamnesis y estudios complementarios de rutina y especiales.

Esta etapa se divide a su vez en preoperatorio mediato e inmediato.

## **2. El preoperatorio mediato**

Comienza desde que se decide el acto quirúrgico hasta las 24 – 48 horas antes de su realización, este tiempo varía en las distintas cirugías.

Se inicia con la historia clínica a fin de valorar a través del examen el estado general del paciente. Se completa con la investigación de una serie de pruebas de laboratorio y otros estudios de acuerdo a las distintas patologías. A través del examen físico y de los estudios complementarios se valora el estado general. En la valoración se tendrán en cuenta factores relacionados con:

- ✓ La edad
- ✓ El estado nutricional

## **3. El pre operatorio inmediato**

Ocurre el día de la internación del paciente, allí se realiza la siguiente actividad: La ejecución del consentimiento informado una vez que el paciente entiende la necesidad de la realización de la cirugía, sus riesgos y resultado previsible y está correctamente preparado, se obtiene el consentimiento antes del ingreso del enfermo en el hospital

### **3.1 Exámenes preoperatorios**

La utilidad de los exámenes preoperatorios debe basarse en varias consideraciones:

- Relevancia: Ciertas patologías como las cardiovasculares y respiratorias pueden claramente interferir el plan anestésico, pero otras pueden no tener ninguna significación.
- Prevalencia: Cuando la prevalencia es baja, y el paciente es asintomático, la solicitud de exámenes es de poca o ninguna utilidad.
- Sensibilidad y especificidad de los exámenes: Una baja sensibilidad favorece resultados falsos negativos y los pacientes son sometidos a anestesia sin una preparación adecuada, mientras que una baja especificidad favorece resultados falsos positivos y los pacientes son sometidos a estudios innecesarios y postergación de la cirugía.
- Costo: Es preferible utilizar los recursos en evaluar mejor a pacientes con una patología relevante y con exámenes más sensibles y específicos que evaluar a toda una población de pacientes asintomáticos(11)

#### **4. Cuidados inmediatos:**

- ✓ Preparación de piel.
- ✓ Baño.
- ✓ Uñas.
- ✓ Dieta, el ayuno será de 6 a 8 horas.

- ✓ Control de funciones vitales y registros.
- ✓ Colocación del venoclisis periférica, se retirará maquillaje y prótesis.

## **5. Aseo de Zona Operatoria**

La zona operatoria y áreas circundantes, deben estar limpias, libres de suciedad, residuos, flora bacteriana reducida a niveles mínimos. El aseo se debe comenzar antes de la preparación quirúrgica de la piel:

- a. Ducha el día de la intervención, acción mecánica, fricción con agua y jabón. Esta ducha debe ser realizada en el hogar o en el Centro Asistencial según necesidad. Debe realizarse por lo menos una hora antes de la intervención quirúrgica.
- b. La preparación de la zona operatoria del paciente, debe ser realizada antes de ser llevado al pabellón. Debe ser realizada por personal capacitado.
- c. Lavado de la zona operatoria se realizará en el pabellón antes de la aplicación del antiséptico. El lavado de la zona operatoria es de responsabilidad de Pabellón.

## **6. Fase trans-operatoria:**

Comienza cuando se recibe al paciente en el quirófano, y termina cuando se pasa al paciente a la sala de recuperación post anestésica. Durante este periodo es donde se realiza la anestesia y la cirugía propiamente tal.

## **7. Fase post-operatoria**

Comienza con el traslado del operado a la sala de recuperación y termina con la valoración seriada en la clínica o en el hogar. Esta etapa puede ser variable y su tiempo está relacionado con la complejidad de la cirugía.

- **Desinfección del Quirófano**

La limpieza consiste en la remoción de polvo, manchas y detritos visibles, la suciedad protege a los microorganismos del contacto con agentes letales como los desinfectantes y esterilizantes. También la suciedad inactiva a los microorganismos en algún momento.

La limpieza adecuada del ámbito hospitalario es importante no solo por los efectos estéticos sino también para reducir la carga microbiana de las superficies y ambientes hospitalarios.

**Tipos de limpieza:**

- Limpieza de instrumentos y equipos
- Limpieza de las superficies ambientales tales como: pisos, paredes y mobiliario.

**Desinfección regular o concurrente:**

Antes de la intervención:

- Lámpara Cialítica
- Mesa de operaciones

- Todas las superficies en las que se vaya a colocar el material quirúrgico.
- Suelo de sala de operaciones.

#### **Entre dos intervenciones:**

- Limpieza del lavamanos, después de ser utilizados, si los cepillos no son desechables se lavarán, depositándose en las bolsas rojas previstas para ello.
- Limpieza de salas preoperatorias; en cuanto el paciente haya sido trasladado fuera de sala de operaciones se limpiará las superficies utilizadas y el mobiliario con la solución desinfectante sugerida y se trapeará con la misma solución

#### **Después de las intervenciones:**

- Aplicación en paredes con solución desinfectante hasta una altura accesible.
- Limpieza de las ruedas de todos los carros mediante pulverización con solución desinfectante.
- Los fregaderos y lavamanos se limpiarán con solución desinfectante sugerida.
- Se aplicará sobre el suelo solución desinfectante desde adentro hacia afuera.
- Se procederá a la limpieza de pasillos, corredores y otras dependencias anexas al área quirúrgica.

- El suelo se limpiará con barrido húmedo y fregado con trapeador.
- Todos los armarios y estanterías se limpiarán con solución desinfectante 2 veces por semana.

- **Limpieza terminal en sala de operaciones**

1. El personal de enfermería y/o técnicos de salas son responsables de notificar al personal de Servicio de Edificios para que realicen una limpieza terminal en la sala disponible o cuando sea realizado un caso con diagnóstico de condición infecciosa transmisible.
2. Es responsabilidad del personal de enfermería, técnicos de sala y personal de Servicio de Edificios aplicar las técnicas de precauciones universales.
3. Es responsabilidad del personal de Servicio de Edificios utilizar el desinfectante cuaternario siguiendo las instrucciones de la etiqueta del producto disponible para realizar la tarea.
4. Es responsabilidad del personal de Servicio de Edificios llenar la bitácora con toda la información del terminal realizado.
5. El Supervisor de la unidad clínica y el Supervisor de Edificios son responsables de evaluar y monitorear la limpieza terminal(12)

- **Centro Quirúrgico**

El Centro Quirúrgico tiene como objetivo garantizar un espacio que proporcione el mayor índice de seguridad, confort y eficiencia, que faciliten las actividades del personal médico y paramédico, que reduzca

los riesgos innecesarios y que ofrezca al paciente un servicio eficiente y de alta calidad(13)

- **Responsabilidades del personal de salud en Quirófano**

- ✓ La programación quirúrgica. La programación quirúrgica es de tipo cerrada, asignándose sesiones quirúrgicas por días y periodos estables según recomendación del Comité de Quirófanos. La programación semanal la realizará cada Área quirúrgica de acuerdo con las sesiones asignadas y deberá estar elaborada mínimo 24h previas para que se pueda remitir para su conocimiento a las siguientes dependencias: Dirección de Operaciones y Enfermería, Anestesia y Reanimación, Anatomía Patológica, Laboratorios, Radiología, Hematología, Bloque Quirúrgico, Esterilización, Hospitalización correspondiente, Hospital de Día y Admisión. La programación se establecerá en base a una optimización de los recursos de modo que las cirugías de larga duración se realicen a primera hora de la mañana, exista la posibilidad de cambios sin desaprovechamiento de recursos, etc. El tiempo de quirófano disponible para cada especialidad dependerá de la carga asistencial del hospital y lo determinará el Comité de Quirófanos en función de los objetivos de la institución. La programación definitiva de los quirófanos estará disponible en el sistema informático, para todo el personal facultativo, al menos con 24h de antelación. Los cambios en la programación los realizará el Responsable Médico de Quirófanos, de acuerdo con el responsable de Operaciones y Enfermería, a propuesta del servicio quirúrgico implicado, una vez comprobado que dicho cambio no interfiere con la programación del resto de los quirófanos.

- ✓ La presencia de un cirujano en el Bloque Quirúrgico antes de las 8h20' para identificar al paciente, comunicar a anestesia y enfermería los detalles del procedimiento (tablero adecuado, necesidad de técnicas radiológicas), el instrumental necesario, la posición del paciente, duración estimada, etc.
- ✓ La presencia de un cirujano en el Bloque Quirúrgico como responsable quirúrgico del parte diario encomendado.
- ✓ Escribir el informe de la intervención realizada
- ✓ Cuando sea preciso realizar una intervención urgente, el cirujano que sienta la indicación deberá comunicar al anestesista de guardia y a la enfermería de urgencias el diagnóstico y procedimiento a realizar. Así mismo, deberá facilitar a enfermería la identificación y localización del paciente para facilitar su traslado al quirófano(14)
- **Suspensión del acto Quirúrgico**

La suspensión del acto quirúrgico como tal, implica el hecho de no realizar una cirugía una vez que el paciente ya tiene asignado día y hora para la cirugía o incluso ya se encuentra en la sala de operaciones y, por alguna razón, se suspende la cirugía, situación que ocasiona malestar en los pacientes al posponer su tratamiento y que es una manifestación de cierta deficiencia en la atención de estos pacientes desde la planeación de la cirugía y preparación del paciente (Aguirre, Chávez, Huitrón, & Cortéz, 2003). Esta situación también afecta al personal de salud que estuvo asignada a planificar la cirugía, pudiendo haber hecho otras actividades y a la institución que genera pérdida de turno operatorio para otros pacientes, pérdida de insumos, materiales, entre otros.

Situación común en todo centro hospitalario que propicia inconvenientes para el paciente, sus familiares, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria y aumento importante en los gastos.

La suspensión quirúrgica, es considerada uno de los cuatro componentes del costo de la calidad en salud, se encuentra clasificado dentro de los costos de fallos internos y externos de la prevención(15)

- **Principales causas de cancelación de Cirugías**

**Causas atribuibles al hospital.**

- Alteraciones de exámenes de laboratorio (anemia, tiempos prolongados, trombocitosis, hipocalcemia.)
- Falta de exámenes de laboratorios.
- Falta de material quirúrgico
- Quirófanos contaminados.
- Falta de quirófano por cancelación de cirugías por patologías más graves que la del paciente programado o urgentes.
- Falta de sangre
- Preparación del instrumental del quirófano.
- Falta de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o reanimación.

### **Causas atribuibles al paciente.**

- El paciente no se presentó.
- Ansiedad del paciente.
- Preparación incorrecta por no haber seguido correctamente las instrucciones médicas (no va en ayunas, ha tomado anticoagulantes.)
- Paciente no acepto procedimiento quirúrgico.
- Paciente no se presentó a valoración por cirugía
- Condición clínica desfavorable.
- Alergia. Descompensación Metabólica.
- Tiroidea.
- Hiperglicemia.
- Hipertensión.
- Insuficiencia respiratoria

### **Causas Atribuibles a los recursos humanos del hospital.**

- Cancelado por el cirujano.
- Suspendida por anestesiología por falta de valoración preoperatoria.
- Tiempo quirúrgico excedido.
- Falta de técnica instrumentista.
- Otra prioridad para el cirujano.

### **Causas relacionadas con la logística o administrativas:**

- Falta de tiempo en el quirófano.
- Falta de equipamiento o de material.
- Error de programación quirúrgica.
- Falta de consentimiento informado.

- Falta de camas (en piso, UTI, URPA, etc.).
- Falta de trámites o papeles o autorizaciones de Obra Social.
- **Programación de Cirugías**

Para que se realice una cirugía se requiere que cuatro elementos confluyan en el lugar y en el tiempo establecido: el quirófano, el paciente, el personal, el material y el equipo quirúrgico. Cualquiera de estos cuatro elementos que se encuentre ausente, o en deficientes condiciones de servicio, impedirá la realización de la cirugía.

El medico funcional, es el instrumento técnico que a partir del estudio de oferta y demanda por servicios asistenciales en una población determina y de la capacidad resolutive asignada al servicio asistencial, señala el dimensionamiento funcional y nivel tecnológico de operación necesarios en un específico establecimiento de salud.

Los recursos o variables que lo componen comprenden los espacios y tiempo disponibles, la duración de las cirugías, los insumos necesarios, disponibilidad del recurso médico. Estas variables lo hacen un proceso complejo y sensible a problemas logísticos debido a la alta variabilidad que puede sufrir, ya sea por falta de planeación o factores externos como sobre estimación y subestimación de la duración de las cirugías, planeación de insumos, disponibilidad del personal médico o transporte de pacientes.

La planificación de las salas de cirugía 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. 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.

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 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.

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.

Disponibilidad del médico y del paciente: que 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. (8)

- **Factor asistencial como determinante del tiempo de espera Quirúrgica**

Según Cañizares y Santos (2011) “Las organizaciones sanitarias y los gestores son responsables de factores ligados a los rendimientos y productividad de los servicios, y su enfoque de la lista de espera condiciona también los resultados”. El factor asistencial depende básicamente del personal de salud, existiendo diversos estudios que reportaron que la existencia de los estudios y preparación pre quirúrgica completa, programación quirúrgica acorde a los turnos operatorios, el diagnóstico médico en el menor tiempo posible y que los profesionales de salud apliquen las guías de manejo y no realicen duplicidad de funciones son aspectos que determinan el tiempo de espera (Instituto nacional de salud, 2015). Las tareas y responsabilidades de los distintos niveles implicados en la gestión del personal de salud como factor determinante al tiempo de espera quirúrgica corresponden al especialista quirúrgico. Los especialistas son los responsables de la

indicación quirúrgica, a fin de incluir pacientes en la lista de espera quirúrgica (Instituto nacional de salud, 2015). Ellos proponen los protocolos de intervención quirúrgica y de criterios de inclusión, para aquellos problemas de salud más frecuentes, y adaptan a su entorno los protocolos de procedimientos ya elaborados por las instancias de salud institucionales.

El médico especialista que brinda la indicación, es responsable del correcto cumplimiento del documento de solicitud de inclusión del usuario y de la conformidad del usuario a ser incluido en lista de espera para el acto operatorio propuesto. Clasifican los pacientes para la programación quirúrgica, en coordinación con los otros miembros del equipo de salud vinculados con dicho acto(16)

- **La suspensión de una cirugía como causa determinante del tiempo de espera Quirúrgico**

La proporción de suspensión quirúrgica se define como el número de cirugías suspendidas dividido entre el número total de cirugías programadas en un momento determinado del tiempo en una institución y multiplicado por 100. Para la elaboración deben ser considerados todos los motivos de suspensión: los vinculados con el paciente y con el hospital (Galán et al., 2007). La suspensión de una cirugía programada afecta la inversión hospitalaria en el área quirúrgica y favorece conflictos presupuestales, laborales y médicos legales en el establecimiento de salud (Díaz, 2016). Dentro de los motivos de suspensión quirúrgica asociados a tiempos de espera quirúrgica prolongadas, se identifican la inapropiada organización en la programación operatoria, la incorrecta valoración y/o preparación preoperatoria de los usuarios, o el uso de sistemas de citas desfasados; asimismo se identifican las que se encuentran vinculadas a la actitud y la predisposición de los usuarios. Las causas que involucran

directamente al hospital, muestran tener mayor posibilidad de mejora, porque su control depende de acciones de mejora de procesos institucionales (Sultan et al., 2012). La intervención quirúrgica es un mecanismo significativo para la mejora de la salud siendo reconocido como un indicador negativo en gestión de calidad. Por ello suspender una cirugía, ocasiona inconvenientes al usuario y familia, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria, riesgo de infecciones intrahospitalarias, retraso del tratamiento, complicaciones quirúrgicas e incremento de gastos institucionales. Se requiere para que se lleve a cabo una cirugía que confluyan cuatro componentes en el lugar y en el tiempo establecido: quirófano, paciente, personal, el material y el equipo quirúrgico (Díaz, 2016). Los motivos de suspensión tienen múltiples divisiones vinculadas con el cirujano, el anestesiólogo, el paciente y causas administrativas, aunque cambia según cada institución. Asimismo, la suspensión quirúrgica afecta la administración del equipo de salud, en la gestión del tiempo y recursos materiales, en desmedro de la preocupación de los administradores sanitarios, en especial de los servicios quirúrgicos, optimización de actividades, reducción de costos, evitar pérdida de materiales y desarrollar un trabajo con la mayor calidad posible(17)

- **Gestión de los tiempos de espera Quirúrgica**

Cañizares y Santos (2011) señalan que lo más apropiado es tratar de gestionar lo mejor posible las listas de espera, la cual representa una gran problemática, muy superior a la que supondría aplicar el criterio simple de «el primero que llega, primero que se atiende». Se deben fijar objetivos de efectividad y eficiencia evaluando los casos que entran en lista de espera, corroborar lo apropiado de la indicación y reducir la utilización inadecuada de recursos. (p. 27) Los criterios de priorización confrontan frontalmente con el hecho de atender la gestión del tiempo

y la lista de espera, respondiendo al principio de equidad. Debemos mencionar que, para la gestión y priorización de las listas de espera, en ningún país se toma en cuenta el status social del paciente, pero también es cierto que en muchos lugares los sujetos más desaventajados de la sociedad acaban esperando más tiempo(18)

- **Importancia del tiempo de espera quirúrgico.**

Los estudios en tiempos de espera permiten contar con una herramienta importante para el manejo y control de los recursos asignados a los procesos internos de una organización con la finalidad de darle valor a los resultados que se obtienen. Además, los tiempos de demora cuando se brinda la atención médica reflejan un indicador acerca de la respuesta de los servicios de salud públicos, lo cual expresa su capacidad para brindar asistencia correcta en el tiempo adecuado y constituyen un claro regulador de la demanda. (19)

- **La seguridad de la cirugía es una prioridad de salud pública**

Un objetivo de la OMS es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, con este fin, se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales que revisaron la bibliografía y las experiencias de personal clínico de todo el mundo, y coincidieron en señalar cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica:

- **Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica:** La infección de la herida quirúrgica sigue siendo una de las causas más frecuentes de complicaciones quirúrgicas graves. Los datos muestran que las medidas de eficacia demostrada, como la profilaxis antibiótica en la hora anterior a la incisión o la esterilización efectiva

del instrumental, no se cumplen de manera sistemática. El motivo no suelen ser los costos ni la falta de recursos, sino una mala sistematización. Por ejemplo, la administración perioperatoria de antibióticos se hace tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, pero a menudo demasiado pronto, demasiado tarde o simplemente de forma errática, volviéndola ineficaz para reducir el daño al paciente.

- Seguridad de la anestesia: Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados. Hace 30 años, el riesgo estimado de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de uno en 5000. Con los avances de los conocimientos y las normas básicas de atención, el riesgo se ha reducido a uno en 200 000 en el mundo desarrollado, es decir, un riesgo 40 veces menor. Lamentablemente, la tasa de mortalidad asociada a la anestesia en los países en desarrollo parece ser 100-1000 veces mayor, lo que indica una falta grave y persistente de seguridad de la anestesia en este entorno.
- Equipos quirúrgicos seguros: El trabajo en equipo es básico para el funcionamiento eficaz de los sistemas en que participan muchas personas. En el quirófano, donde puede haber mucha tensión y hay vidas en juego, el trabajo en equipo es un componente esencial de una práctica segura. La calidad del trabajo en equipo depende de la cultura del equipo y de su forma de comunicarse, así como de la aptitud clínica de sus miembros y de su apreciación de la situación. La mejora de las características del equipo debería facilitar la comunicación y reducir el daño al paciente.

- **Medición de los servicios quirúrgicos:** Un gran problema para la seguridad de la cirugía ha sido la escasez de datos básicos. Los esfuerzos por reducir la mortalidad materna y neonatal durante el parto se han basado fundamentalmente en las tasas de mortalidad registradas mediante la vigilancia sistemática y en los sistemas de atención obstétrica para evaluar los éxitos y los fracasos. Por lo general, no se ha llevado a cabo una vigilancia similar de la atención quirúrgica. Sólo existen datos sobre el volumen quirúrgico de una minoría de países y no están normalizados. Si se quiere que los sistemas de salud públicos garanticen el avance en materia de seguridad de la cirugía debe ponerse en funcionamiento una vigilancia sistemática que permita evaluar y medir los servicios quirúrgicos(20)

- **Implicancias de una cirugía cancelada**

Actualmente las demandas de salud aumentan y los recursos humanos disminuyen, lo que, en el campo de la cirugía, cobra cada vez mayor importancia. La nueva economía del cuidado de la salud tiene a favorecer el aumento en la productividad, la mejoría en la calidad y la reducción en los costos. Se calcula que la suspensión de una cirugía electiva le cuesta a un hospital 198 00 dólares por pacientes, en 1996 el costo por minuto de tiempo quirúrgico calculado era de 8.13 dólares, este costo cambia a medida que aumenta el volumen en quirófanos, ya que al aumentar el número de cirugías se aprovecha más el quirófano y disminuyen los costos. Las salas de cirugía son uno de los departamentos más costosos de los hospitales debido a los problemas de la planeación y programación de las operaciones.

Las pérdidas financieras causadas por la cancelación quirúrgica se evidencian en la reserva de la sala de cirugías y pérdida de oportunidad para agendar otro paciente, salas de cirugías infrautilizadas, hospitalizaciones más largas (y riesgo de infección hospitalaria) y, consecuentemente, aumento en la cama/día, precio y disponibilidad de camas reducidas. Estas fuentes de pérdidas son el despilfarro de material esterilizado, re-trabajo del personal implicado en la preparación de la sala de cirugía y en el proceso de esterilización.

Desde el punto de vista administrativo, la suspensión de una cirugía interfiere en la administración del propio equipo de salud, en la gestión del tiempo y de los recursos materiales, va en contra de la preocupación de los administradores de salud, en particular de los servicios quirúrgicos, de optimizar las actividades, reducir costos, evitar pérdida de materiales y desarrollar el trabajo con la más alta calidad. Como explican algunos estudios, en algunos países las tasas de cirugías suspendidas oscila entre un 7% y 16%.

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

que la cancelación de una cirugía implica un costo que oscila desde 600 hasta 1400 dólares por cada hora perdida.

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

Generalmente los pacientes programados para cirugía electiva ingresan al hospital un día antes de la cirugía para su valoración pre anestésico. Este sistema implica la pérdida de tiempo en los casos que no se pueden operar y no permite aprovechar las camas de manera óptima.

La valoración preoperatoria que se realiza en días previos a la programación no se asocia a un menor índice de suspensiones y permite llamar a los pacientes antes de su cirugía para confirmarla o en su caso utilizar ese tiempo quirúrgico para otro paciente. Además esto disminuye la ansiedad y los requerimientos de analgésico, se obtiene mayor satisfacción quirúrgica y se disminuye la frecuencia de problemas post operatorios.

La cancelación de la cirugía ocasiona en el paciente, los familiares y al personal involucrado un gran malestar, frustración y en algunos casos hasta un efecto depresor y también supone en ellos ideas de que existen deficiencias en la atención desde la planeación de la cirugía y preparación del paciente, mayores estancias hospitalarias, y aumento de gastos para la institución y para el paciente.

Las complicaciones para el paciente se pueden expresar de diferentes maneras dependiente del tipo de patología, encontramos así que un paciente de una fractura, puede tener como consecuencia: infecciones, retardo en la consolidación del hueso, pseudoartrosis, consolidación viciosa, rigidez articular, atrofia ósea de sudek, artrosis secundaria, entre otros.

### **2.2.3 Teórico – Conceptual**

Henderson considera a la enfermera como parte integral de un equipo de personas conocedoras que pueden decidir y ayudar a los individuos sanos o enfermos a la solución de sus problemas, abordando en su actividad no sólo los aspectos biológicos sino atendiendo, además, de acuerdo con sus conocimientos, las esferas psicológicas y sociales. El potencial de conocimientos que adquiere en su proceso de desarrollo le da a la enfermera la posibilidad de aplicar a la realidad de cada persona o grupo los cuidados necesarios. En la preparación para un paciente que se va a programar es muy importante la información y educación días previos a su operación, donde no solo abarca físico sino también psicológico, ya que esto puede repercutar hasta el último momento en que entra a sala de operaciones.

Según Henderson, en un inicio la enfermera debe actuar por el paciente solo cuando este no tenga conocimientos, fuerza física, voluntad o capacidad para hacer las cosas por sí solo o para llevar correctamente la preparación adecuada para un procedimiento quirúrgico. De las necesidades mencionadas en su teoría podemos destacar la necesidad de alimentación, donde se le orienta que tipo de dieta consumir un día antes de la operación y hasta que hora puede ingerir, en este caso aproximadamente 8 horas no digerir alimentos. La necesidad de la evacuación lo vemos cuando los

pacientes sobre todo de ginecología y gastroenterología que se encuentran en la mesa quirúrgica se le coloca una sonda Foley o Nelaton para la eliminación de la diuresis. Otra necesidad, la limpieza del cuerpo como es el baño, el rasurado, corte de uñas, los objetos metálicos (joyas) o removibles (dentadura) no permitidos en sala. Contribuyen a un cuidado integral también denominada preparación cutánea. Y por último el entorno seguro se refiere a la importancia de condicionar un ambiente adecuado hacia el paciente cuyo estado emocional lo mantiene según como se siente a su alrededor.

El personal de enfermería debe proporcionar una atención óptima a los pacientes que requieren intervención quirúrgica o tratamiento del dolor para satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad basados en el Modelo de Virginia Henderson: “atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte, de protección y fomento de la salud, y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad”.

### **2.3 Definición de términos básicos**

#### **a. Cirugía**

La cirugía procura la paliación o curación de la enfermedad mediante actos manuales y/o instrumentales en un paciente

#### **b. Suspensión de Cirugía**

Es aquella intervención que no logró ser ejecutada teniendo un horario, lugar y personal asignado.

#### **c. Centro Quirúrgico**

Es el conjunto de ambientes o unidad operativa compleja, donde convergen las acciones quirúrgicas programadas y de emergencia de un hospital.

**d. Frecuencia**

Se define como una repetición de hechos o sucesos similares en un intervalo de tiempo determinado.

**e. Factores asociados**

Se consideran a las circunstancias o causas que generan la suspensión de una cirugía programada, permite alertar sobre situaciones que ameritan controlar.

**f. Personal de salud**

Son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud. Tiene la habilidad de brindar colectivamente con la sumatoria de voluntades, habilidades e intereses de todos sus pacientes.

**g. Paciente**

Se define al paciente que es admitido formalmente a un hospital con orden del médico. A este se le asignará una cama donde será observado, diagnosticado, tratado o preparado para su intervención quirúrgica.

**h. Historia clínica**

Es el registro médico que se tiene del paciente, es decir el contacto entre el médico y la persona, desde que ingresa al hospital hasta que egresa de ella.

## **CAPITULO III**

### **HIPOTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1 Hipótesis**

General:

Existen factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018

Específicos:

- Existen factores de los Recursos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018
- Existen factores de Procesos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018

### 3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	VALOR
<b>Factores que intervienen</b>	Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.	Recursos	Humanos Insumos Equipos	Nominal Nominal Nominal	1= Factor repercute 0= Factor no repercute
		Procesos	Ambiente Paciente Historia clínica	Nominal Nominal Nominal	1= Factor repercute 0= Factor no repercute
<b>Cirugías suspendidas</b>	La suspensión de cirugía constituye un problema cotidiano en los hospitales públicos que afecta la calidad de atención al no otorgarse este servicio con la oportunidad requerida.	Número de cirugías	Porcentaje por tipo de cirugía	Nominal	1= Suspende 0= No suspende

## CAPITULO IV

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1 Tipo y diseño de la investigación

El presente trabajo fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal.

Es de enfoque cuantitativo porque se recolectó y analizó los datos en las variables de estudio en dónde se estudió sus propiedades.

Según lo dicho por Hernández Fernández, es de tipo descriptivo debido a que pretende buscar características, propiedades y rasgos del fenómeno establecido.

Es transversal ya que la recolección de datos se tomó en una sola oportunidad.

Esquema:



Dónde:

M = Muestra con quien vamos a realizar el estudio.

O = Información (observaciones) relevante o de interés que recogemos de la muestra.

#### 4.2 Población y muestra

Para fines de esta investigación se contó con una población conformada por ciento seis cirugías programadas. Dicha cantidad se consiguió sacando la media del total de cirugías electivas realizadas en el 2017, se consideraron nueve especialidades de las cuales aplicamos la lista de chequeo durante el mes de Octubre.

**Tabla N° 4.1**

**NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR ESPECIALIDAD EN ELECTIVA DEL HNDAC, AÑO 2017**

ESPECIALIDAD	TOTAL	AÑO 2017											
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
HNDAC	1280	130	122	119	99	118	121	68	103	121	74	111	94
TRAUMATOLOGIA	568	51	46	51	42	55	39	38	55	49	41	52	49
UROLOGIA	285	31	30	31	23	26	32	10	23	26	21	22	10
ONCOLOGIA	234	19	25	20	15	20	22	14	22	28	5	22	22
GINECO-OBSTETRICIA	176	28	19	17	17	15	28	0	3	17	7	13	12
GASTROENTEROLOGIA	8	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	2	1
CIRUGIA MAXILO FACIAL	3	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
CARDIOLOGIA	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
NEUMOLOGIA	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
MEDICINA	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0

FUENTE: Informe del Dpto. de Anestesiología- Centro Quirúrgico-HNDAC

ELABORADO: Área de Análisis y Desarrollo-UE-OEI-HNDAC

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n} = \frac{130+122+119+99+118+121+68+103+121+74+111+94}{12} = 106$$

Para fines de la muestra de este proyecto de investigación se utilizó la estadística probabilística y se optó por trabajar usando la fórmula de muestreo para poblaciones finitas.

La población objetivo es el total de cirugías programadas, de ciertas especialidades, en el servicio de sala de operaciones de 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, conformada por 106.

Se empleó la fórmula para poblaciones finitas:

$$\frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q} = \frac{106 \cdot 1.96^2 \cdot (0.4)(0.6)}{0.05^2 (106 - 1) + 1.96^2 (0.4)(0.6)} = 83$$

Donde:

$N$  = Total de la población (106)

$Z^2_{\alpha}$  = Es igual a 1.96<sup>2</sup> si la seguridad buscada es del 95 %

$p$  = Proporción esperada (en este caso 60%)

$q = 1-p = 0.4$

$d$  = La precisión deseada (en este caso un 5 %)

La muestra está conformada por 83 cirugías programadas, de las cuales 17 (20,48%) se suspenden y 66 (79, 52%) no se suspenden.

#### **4.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos de la información documental.**

En el siguiente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la observación mediante el instrumento de la lista de chequeo que constó de veintidós ítems, de las cuales los ocho primeros son de factor recursos y los doce restantes son de factor procesos; con opción dicotómica, donde cada lista de chequeo tuvo una duración desde el momento que ingresa el paciente programado al servicio de sala de operaciones de 4to piso, hasta finalizar la cirugía.

#### **4.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información de campo**

Para la recolección de datos se aplicó un instrumento que se describe a continuación.

Se aplicó la lista de chequeo, para esto se ingresó al servicio durante los turnos diurnos, previa coordinación con la jefa de enfermeras.

Se seleccionó la muestra de forma aleatoria y posteriormente se aplicó la ficha de recolección de datos recogiéndose la información donde se recopilaron las variables de estudio. Finalmente, a través del análisis estadístico se realizó el análisis para determinar el grado de aplicación, se obtuvo tablas de distribución de frecuencias, según la escala de clasificación de dichas variables.

#### **4.5 Análisis y procesamiento de datos**

#### 4.5.1 Cuestionario de conocimiento teórico

Confiabilidad: coeficiente Kuder Richardson

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson se utilizó el siguiente procedimiento:

$$Kr_{20} = \frac{K}{K-1} \left\{ 1 - \frac{\sum pq}{Vt} \right\}$$

Donde:

Kr20: Kuder Richardson

K= número de ítem

pq= Variabilidad de cada ítem

Vt: varianza del total

Procedimiento

En la tabla de respuesta por cada columna que calcula la probabilidad de éxito y de fracaso de la respuesta de interés, es decir si tenemos una matriz de datos de 22 preguntas, se calcula la probabilidad de éxito y de fracaso para las 22 preguntas y para el total de puntajes. Se suma los 22 productos de éxitos y fracaso de todas las preguntas en el cuadro como SUMA PQ), este valor se reemplaza en la fórmula de la siguiente manera:

$$Kr_{20} = \frac{22}{22-1} \left\{ 1 - \frac{3.65}{14.9} \right\}$$

Regla de decisión: cuando el valor de Kr20 es > 0.6 se considera que el instrumento es confiable o aceptable.

**Tabla N° 4.2**

**SUMATORIA DE ITEMS PARA LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD CON KUDER RICHARDSON**

Nº	item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	item11	item12	item13	item14	item15	item16	item17	item18	item19	item20	item 21	item 22		
1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0		6
2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		7
3	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0		9
4	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		12
5	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		4
6	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0		8
7	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0		13
8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0		4
9	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		2
10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		2
MEDIA	0,50	0,10	0,80	0,70	0,60	0,50	0,20	0,20	0,30	0,40	0,20	0,20	0,50	0,20	0,20	0,10	0,10	0,40	0,00	0,30	0,00	0,20	varianza	14,90
q=1-p	0,50	0,90	0,20	0,30	0,40	0,50	0,80	0,80	0,70	0,60	0,80	0,80	0,50	0,80	0,80	0,90	0,90	0,60	1,00	0,70	1,00	0,80		
p*q	0,25	0,09	0,16	0,21	0,24	0,25	0,16	0,16	0,21	0,24	0,16	0,16	0,25	0,16	0,16	0,09	0,09	0,24	0,00	0,21	0,00	0,16	sumas p*q	3,65

**N=22 Kr20= 0,780**

El valor de  $Kr_{20} = 0,780$  es superior a  $0,60$  es decir que se consideró que el instrumento utilizado para el conocimiento de factores que determinan suspensión de cirugías programadas es altamente confiable para su aplicación.

#### **4.5.2 Datos de la lista de chequeo**

Para analizar e interpretar los datos recogidos se realizó las siguientes acciones:

- Se tabuló y organizó los datos según los baremos que se determinaron para el presente trabajo de investigación. Una vez terminada la base de datos, está se ingresará al programa estadístico SPSS versión 18.
- Se presentó los cuadros de distribución de frecuencias correspondientes, luego se analizó describiendo los datos que contiene, considerando las hipótesis y el marco teórico presentados en el presente trabajo de investigación.
- Posterior al análisis de las variables mediante la prueba estadística se ilustró los cuadros estadísticos con los gráficos de barras, los cuales permitieron visualizar de forma más ordenada los datos, así como se pudo evaluar la significancia estadística de los resultados.

## CAPITULO V

### RESULTADOS

#### 5.1 Resultados descriptivos

Tabla N° 5.1

**CARACTERISTICAS DE CIRUGIAS PROGRAMADAS EN EL  
SERVICIO DE SALA DE OPERACIÓN 4TO PISO DEL HOSPITAL  
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION**

		<b>FRECUENCIA (N)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>TIEMPO DE CIRUGIAS PROGRAMADAS</b>	1h – 2h	33	40%
	2:01 – 3h	23	28%
	3:01 – 4h	3	4%
	4:01 a más	7	8%
	Suspendidos	17	20%
<b>ESPECIALIDAD</b>	Cx Máxilo facial	3	4%
	Cardiología	2	2%
	Neumología	2	2%
	Gastroenterología	5	6%
	Ginecología	13	16%
	Medicina	2	2%
	Oncología	12	14%
	Traumatología	33	40%
	Urología	11	13%

**Fuente:** Tabla de características de cirugías programadas del servicio sala de operación 4to piso del HNDA

Tabla N° 5.2

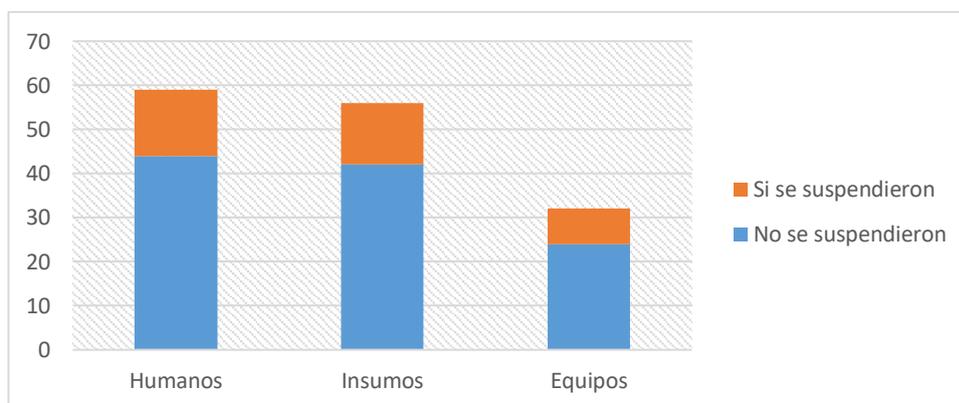
**FACTORES DE LA DIMENSION RECURSOS SEGÚN SUS INDICADORES QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**

CIRUGIAS PROGRAMADAS	NO SE SUSPENDEN		SE SUSPENDEN		TOTAL
	N°	%	N°	%	
<b>RECURSOS</b>					
<b>HUMANOS</b>	44	74.58%	15	25.42%	59
<b>INSUMOS</b>	42	75.00%	14	25.00%	56
<b>EQUIPOS</b>	24	75.00%	8	25.00%	32

**Fuente:** Tabla de factores de la dimensión recursos según sus indicadores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas del servicio de sala de operaciones 4to piso del HNDAC

Gráfico N° 5.2

**FACTORES DE LA DIMENSION RECURSOS SEGÚN SUS INDICADORES QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**



En la tabla N° 5.2 Se puede observar que del 100% de los indicadores de la dimensión Recursos. En Humanos el 74.58% intervinieron en una cirugía no suspendida y el 25.42% intervinieron en una cirugía suspendida. En Insumos se puede observar que un 75% intervinieron en cirugías no suspendidas mayor que el 25% donde intervinieron en cirugías suspendidas. En Equipos se puede observar que un 75% intervinieron en cirugías no suspendidas, mayor que el 25% donde intervinieron en cirugías suspendidas. Al analizar las tres dimensiones se puede observar que la de mayor frecuencia es el factor Humano.

Tabla N°5.3

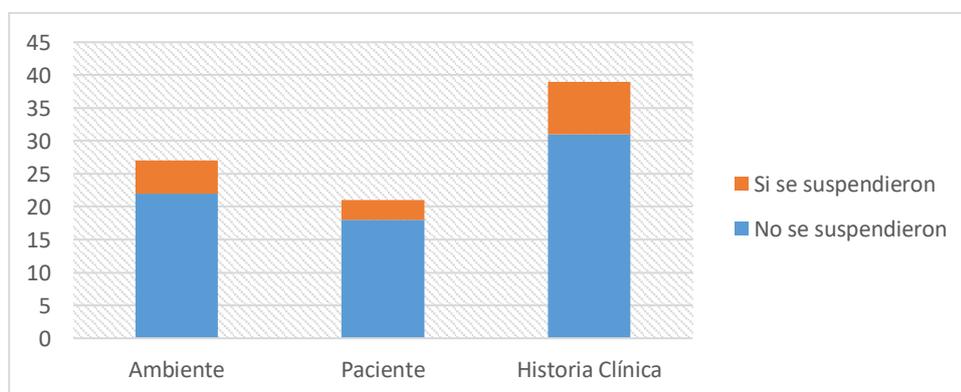
**FACTORES DE LA DIMENSION PROCESOS SEGÚN SUS INDICADORES QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**

CIRUGIAS PROGRAMADAS	NO SE SUSPENDEN		SE SUSPENDEN		TOTAL
	N°	%	N°	%	
<b>AMBIENTE</b>	22	81.48%	5	18.52%	27
<b>PACIENTE</b>	18	85.71%	3	14.29%	21
<b>HISTORIA CLINICA</b>	31	79.49%	8	20.51%	39

**Fuente:** Tabla de factores de la dimensión procesos según sus indicadores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas del servicio de sala de operaciones 4to piso del HNDAC

Grafico N°5.3

**FACTORES DE LA DIMENSION PROCESOS SEGÚN SUS INDICADORES QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**



En la tabla N°5.3 Se puede observar que del 100% de los indicadores de la dimensión la Procesos. En Ambiente el 81.48% intervinieron en cirugías no suspendidas y el 18.52% intervinieron en cirugías suspendidas. En Paciente se puede observar que el 85.71% intervinieron en cirugías no suspendidas y el 14.29% que intervinieron en cirugías suspendidas. En Historia Clínica el 79.49% intervinieron en cirugías no suspendidas y el 20.51%, intervinieron en cirugías suspendidas. Al analizar las tres dimensiones se puede observar que la de mayor frecuencia es el factor Historia Clínica.

Tabla N° 5.4

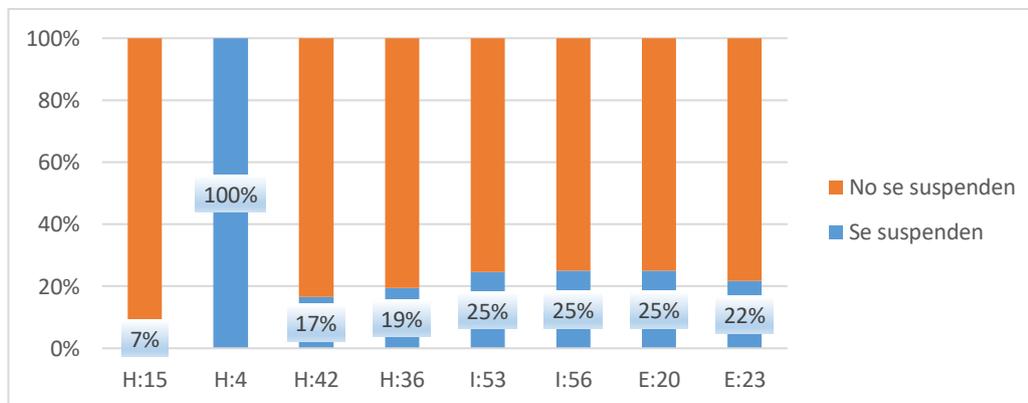
**FACTORES DE LAS DIMENSIONES RECURSOS POR ITEMS DE CADA INDICADOR QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**

RECURSOS ITEMS	SE SUSPENDEN		NO SE SUSPENDEN	
	Nº	%	Nº	%
H: 15	1	7%	14	93%
H: 4	4	100%	0	0%
H: 42	7	17%	35	83%
H: 36	7	19%	29	81%
I: 53	13	25%	40	75%
I: 56	14	25%	42	75%
E: 20	5	25%	15	75%
E: 23	5	22%	18	78%

**Fuente:** Tabla de factores de las dimensiones recursos por ítems de cada indicador que intervienen en la suspensión de cirugías programadas del servicio de sala de operaciones 4to piso del HNDAC

Grafico N°5.4

**FACTORES DE LAS DIMENSIONES RECURSOS POR ITEMS DE CADA INDICADOR QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**



En la tabla N°5.4 Se puede observar que el 100% del 2do ítem de recursos humanos intervienen en la suspensión de cirugías programadas considerado como la inasistencia de los cirujanos y/o anestesiólogo al quirófano. En los 2 ítems de insumos existe una mayor cantidad de factores que intervienen tanto en la suspensión como continuación de cirugías programadas con 109, relacionado a carencia de insumos y/o material quirúrgico y anestésico. Siendo el segundo, el factor que mayor número de suspensiones de cirugías programadas tiene.

Tabla N°5.5

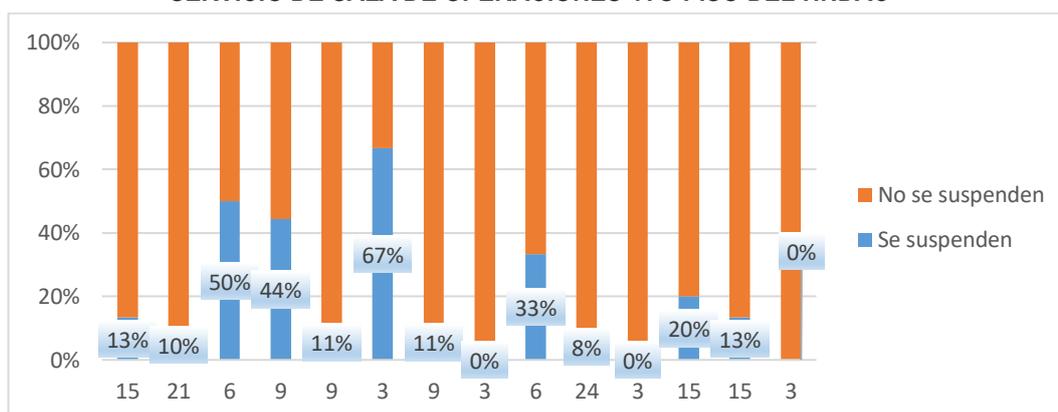
**FACTORES DE LAS DIMENSIONES PROCESOS POR ITEMS DE CADA INDICADOR QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**

PROCESOS ITEMS	SE SUSPENDEN		NO SE SUSPENDEN	
	Nº	%	Nº	%
A: 15	2	13%	13	87%
A: 21	2	10%	19	90%
A: 6	3	50%	3	50%
A: 9	4	44%	5	56%
P: 9	1	11%	8	89%
P: 3	2	67%	1	33%
P: 9	1	11%	8	89%
P: 3	0	0%	3	100%
P: 6	2	33%	4	67%
P: 24	2	8%	22	92%
H.C: 3	0	0%	3	100%
H.C: 15	3	20%	12	80%
H.C: 15	2	13%	13	87%
H.C: 3	0	0%	3	100%

**Fuente:** Tabla de factores de las dimensiones procesos por ítems de cada indicador que intervienen en la suspensión de cirugías programadas del servicio de sala de operaciones 4to piso del HNDAC

Grafico N°5.5

**FACTORES DE LA DIMENSIONES PROCESOS POR ITEMS DE CADA INDICADOR QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**



En la tabla N°5.5 Se puede observar que la mayor cantidad de factores del indicador paciente tiene 54 afirmaciones, seguido por el indicador ambiente con 51; que intervienen en una cirugía suspendida y no suspendida. Así mismo analizamos que el 3er ítem de ambiente (A: 6) tiene 50% como factor que intervino en una cirugía suspendida y 50% como factor que intervino en una cirugía no suspendida, siendo este el más frecuente y común.

Tabla N° 5.6

**FACTORES DE LAS DIMENSIONES PROCESOS Y RECURSOS QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**

CIRUGIAS PROGRAMADAS	NO SE SUSPENDEN		SE SUSPENDEN	
	N°	%	N°	%
Casos en los que hubo únicamente factores de tipo recursos	13	15.68%	4	4.82%
Total de casos en los que hubo factores tipo Recursos	57	68.67%	17	20.48%
Casos en los que hubo únicamente factores tipo Procesos	3	3.61%	0	0.00%
Total de casos en los que hubo factores tipo Procesos	47	56.63%	13	15.66%

**Fuente:** Tabla de factores de las dimensiones procesos y recursos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas del servicio de sala de operaciones 4to piso del HNDAC

Grafico N° 5.6.1

**FACTORES DE LA DIMENSION PROCESO QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**

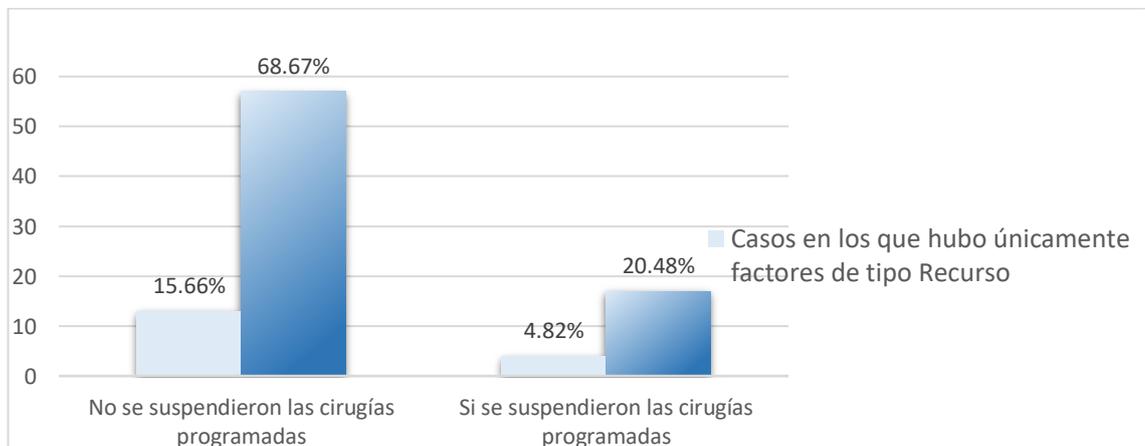
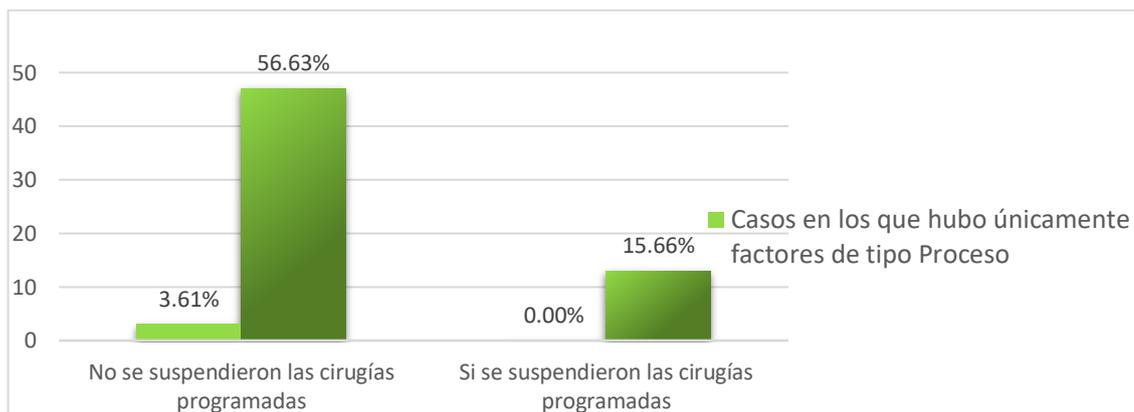


Grafico N° 5.6.2

**FACTORES DE LA DIMENSION RECURSO QUE INTERVIENE EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**



En la tabla N°5.6 Se puede observar en la dimensión Recurso existe un 15.68% de factores que intervinieron únicamente en cirugías no suspendidas y un 4.82% que intervinieron en cirugías suspendidas. En el total de casos que intervinieron dimensión recursos, existe un 68.67% en cirugías no suspendidas y 20.48% que intervinieron en cirugías suspendidas. En la dimensión Proceso existe un 3.61% de factores que intervinieron únicamente en cirugías no suspendidas y 0% que intervinieron en cirugías suspendidas. En el total de casos que intervinieron dimensión recursos, existe un 56.63% en cirugías no suspendidas y 15.66% que intervinieron en cirugías suspendidas. Al analizar cada uno de los factores de tipo recurso y proceso se puede identificar que las suspensiones de las cirugías programadas están determinadas en mayor medida por los factores de tipo Recurso (20.48%) con respecto a las de tipo Procesos (15.66%). Del mismo modo si analizamos los casos en los que intervienen únicamente factores del mismo tipo (exclusivamente recursos y exclusivamente procesos) el índice de suspensiones es mayor en el factor de tipo recursos (4.82%) con respecto al factor Procesos (0%).

Tabla N°5.7

**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES 4TO PISO DEL HNDAC**

CIRUGIAS PROGRAMADAS	SE SUSPENDEN		NO SE SUSPENDEN		TOTAL
	N°	%	N°	%	
Factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas	17	22.08%	60	77.92%	77
Factores que no intervienen en la suspensión de cirugías programadas	0	0.00%	6	100.00%	6
Total de cirugías programadas	17	22.48%	66	79.52%	83

**Fuente:** Tablas de factores que intervienen la suspensión de cirugías programadas en el del servicio de sala de operaciones 4to piso del HNDAC

Grafico N° 5.7.1

### FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SUSPENSION DE CIRUGIAS PROGRAMADAS

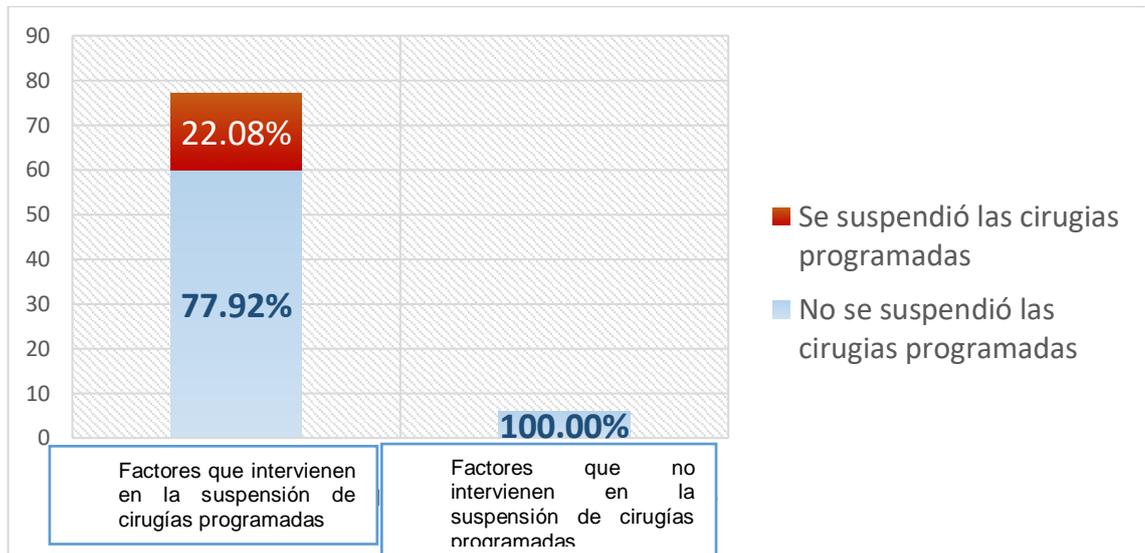
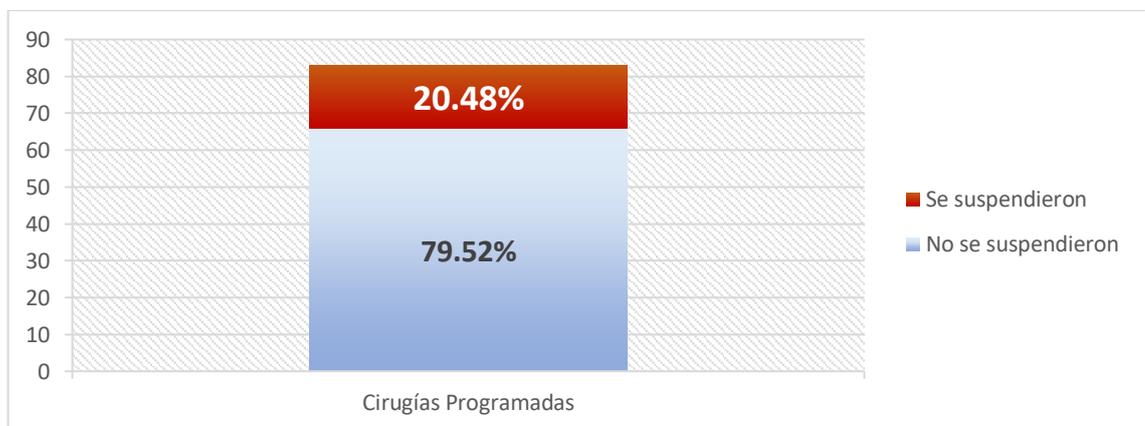


Grafico N° 5.7.2

### TOTAL DE CIRUGIAS PROGRAMADAS: SUSPENDIDAS Y NO SUSPENDIDAS



En la tabla N°5.7 1. Se puede observar que el índice de suspensiones de cirugías programadas con respecto al total es aproximadamente la quinta parte (20.48 %). Lo cual nos lleva a concluir que es un problema común. Todos los casos en los que se suspendieron las cirugías programadas corresponden a aquellos casos en los que existió uno o más factores involucrados por lo que la existencia de los factores de recurso y proceso si intervienen en la suspensión de cirugías programadas.

## CAPITULO VI

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 6.1 Contrastación de la hipótesis con estudios similares

En la suspensión de cirugías programadas las más frecuentes es la falta de tiempo disponible en el salón operatorio y la inadecuada preparación de los pacientes para la cirugía. Un servicio quirúrgico eficiente debe tener una baja tasa de cancelación de operaciones. Estos resultados guardan relación con estudios realizados por MARTINEZ Blanco, Carlos (2016). La mayoría de las cirugías suspendidas fueron por razones relacionadas con el propio paciente (89,8%), Otras causas fueron hipertensión arterial (3,8%), prolongación del turno quirúrgico anterior (3,6%) y problemas administrativos (3,0%).

Concuerdan con la Investigación, ausentismo de Cirujanos y Anestesiólogos con el estudio de RODRIGUEZ Carcache, YUBELKA Edelma (2016), las causas de suspensión de cirugías son atribuidas al paciente, seguido del establecimiento hospitalario y al Personal de Salud.

MACANCELA Gonzales, Marco Vinicio (2014) menciona que la suspensión de cirugías programadas se atribuye ausentismo del personal (cirujanos, anestesiólogos.)

SHU YIP, Sebastián Bernardo. (2013) La primera causa de suspensión fue de origen administrativa (38.6%), y la segunda causa está relacionado al paciente (25.5%). Los factores asociados a la suspensión de intervención quirúrgica fueron de parte del anestesiólogo, turno, horario y vía de programación de la intervención quirúrgica.

CHURATA Diaz, Cindy Leticia. (2017) Las causas de suspensión de cirugías programadas en relación con el paciente fueron las más frecuentes con un 47.9%, la causa individual que obtuvo mayor frecuencia de suspensión fue la incongruencia diagnóstico terapeuta (16.7%).

DÍAZ Gonzales, Daniella. (2016) Resultados: Del total de 609 Cirugías programadas en el periodo de estudio, la frecuencia de cirugías suspendidas fue de 69 (11.33%). Las causas principales fueron las asociadas al paciente en 57 (82.85%).

Ramírez Quesquén, Santos Alfredo. (2012-2014) Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo; determinándose que en ese periodo se programaron 12700 intervenciones quirúrgicas y se suspendieron 1180 (9.3%) operaciones donde se obtuvo una muestra de 345. Las causas que ocasionaron la suspensión de 1180 intervenciones quirúrgicas se agruparon en cuatro grupos: Atribuidas a Cirugía 646 (54.7%), atribuidas a Anestesiología 137 (11.6%), atribuidas al Paciente 316 (26.7%) y atribuidas al Hospital 81 (6.8%).

Se puede hacer una comparación y podemos observar que todos los estudios guardan una relación directa en los factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas.

## **6.2 Contrastación de la hipótesis**

Los resultados de esta investigación comprueban las hipótesis propuestas. Se afirma que existen factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides

Carrión, 2018. En específicos se afirma que existen factores de los Recursos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018. Y existen factores de Procesos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018.

Además, son corroborados por lo siguiente:

- Con respecto al total de cirugía programadas, la suspensión de ellas es aproximadamente la quinta parte (20.48%) del total.
- Según la tabla estadística 5.2, los factores recursos intervienen en la suspensión de cirugías programadas con un 25%, son la cuarta parte del total.
- Según la tabla estadística 5.3, los factores procesos intervienen en la suspensión de cirugías programadas con un 19% aproximadamente

Estos resultados, determinan que la hipótesis planteada está probada.

## CONCLUSIONES

- Del total de 83 intervenciones quirúrgicas programadas donde se aplicó la lista de chequeo. Del 100%, el índice de suspensiones de cirugías programadas con respecto al total es aproximadamente la quinta parte (20.48 %). Lo cual nos lleva a concluir que es un problema común.  
Todos los casos en los que se suspendieron las cirugías programadas corresponden a aquellos casos en los que existió uno o más factores. Lo cual nos lleva a concluir que la existencia de las dimensiones recurso y proceso son objetos de este estudio que intervienen en las suspensiones de las cirugías programadas.
- En la dimensión recursos humanos se encontró que la inasistencia del cirujano y/o anestesiólogo al quirófano representa un factor determinante para la suspensión de una cirugía programada con un porcentaje del 100%
- Los 2 ítems del indicador insumos suman 109 afirmaciones, ellos son relacionados a carencia de material quirúrgico y anestésico. Siendo el segundo indicador con 25% que es determinante para suspender una cirugía programada.
- Los factores del indicador humano, existe un 25.42%, y viene a ser el primer determinante para suspender una cirugía programada.
- Del total del 100%, los factores procesos intervienen en la suspensión de cirugías programadas con un 19% aproximadamente.

## RECOMENDACIONES

- Proponer estrategias adecuadas para la programación pertinente de cirugías electivas en función a la capacidad resolutive de los equipos quirúrgicos, gestionando la inclusión de estas en las respectivas guías de intervención y protocolos que garanticen su cumplimiento durante el desarrollo de las actividades en el centro quirúrgico del Hospital.
- Formar un plan de reten y solicitar contratar más cirujanos y/o anestesiólogos. Se recomienda programar un cirujano adicional en caso de que el principal no asista a la intervención.
- Implementación de un Plan de contingencia el cual pueda proporcionar de materiales e insumos sean estos de pacientes Particulares, SIS y SOAT, dentro de Sala de Operaciones al cual tengan acceso todo el personal de Salud, a fin de disminuir la cancelación o suspensión de Cirugías Programadas.
- Agilizar el inicio entre una cirugía y verificar la disponibilidad de material requerido para la cirugía con anticipación, teniendo una verificación exhaustiva del material que se ha utilizado, para su reposición inmediata.
- Capacitación en las enfermeras del servicio hospitalización para la comunicación y educación de preparación emocional del paciente. Informar a paciente sobre medidas tanto de ayuno como de aseo que debe tener previo a cirugía, se plantea la posibilidad de una hoja con dichas indicaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Blanco, C. A., Ortiz Almeida, L., Martínez Gálvez I., Santana Lechuga, J. L., Terry Villa, O., & Massip Nicot, J. (2016). "Suspensión de cirugías electivas en el Hospital Calixto García: causas y prevalencia." Recuperado el 14 de setiembre del 2018 en:  
<http://www.convencionalud2018.sld.cu/index.php/convencionalud/2018/paper/download/327/100>
2. Macancela González, M. V. (2014). "Causas que Influyan en las suspensiones de Cirugía Programada en el Hospital Regional Isidro Ayora periodo, enero 2012 - setiembre 2014." Recuperado el 18 de setiembre del 2018 en:  
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12814/1/TESIS%20SUSPENSIONES%20DE%20CIRUGIA.pdf>
3. Rodríguez Carcache, Y. E., & Tercero Almanza, E. F. (2016) "Causas más frecuentes de cancelación de Cirugías Electivas en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el período de Setiembre a Diciembre 2015". Recuperado el 5 de setiembre del 2018 en:  
<http://repositorio.unan.edu.ni/2363/1/53924.pdf>
4. Astocondor Peñarrieta, C. E. "Características de cirugías electivas suspendidas en el Hospital Nacional Aguinaga Asenjo y en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Julio – Noviembre 2016". Recuperado el 20 de setiembre del 2018 en:  
<https://docplayer.es/90294170-Facultad-de-medicina-humana.html>
5. Shu Yip, S. B. (2013) "Frecuencia, causas y factores asociados de intervenciones quirúrgicas suspendidas en un hospital nacional durante el 2013 en Lima, Perú". Recuperado el 25 de setiembre del 2018 en:  
<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/325/Frecuencia%20C%20causas%20y%20factores%20asociados%20de%20interven>

ciones%20quir%C3%BAgicas%20suspendidas%20en%20un%20ho  
spital%20nacional%20durante%20el%202013%20en%20Lima%2C  
%20Per%C3%BA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

6. Churata Diaz, C. L. (2018) "Factores asociados a suspensión de cirugías electivas en el Hospital III Yanahuara Arequipa 2017". Recuperado el 29 de setiembre del 2018 en:  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5573/MDchdicl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Arias Cuya, J. G. (2018) "Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado en salud de Lima 2017". Recuperado el 28 de setiembre del 2018 en:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12791/Arias\\_CJG.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12791/Arias_CJG.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
8. Díaz Gonzales, D. (2016) "Frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé, Lima-Perú". Recuperado el 11 de setiembre del 2018 en:  
<https://docplayer.es/62159777-Frecuencia-y-causas-asociadas-a-la-suspension-de-cirugias-segun-condicion-institucional-del-paciente-en-la-clinica-maison-de-sante-lima-peru.html>
9. Ramírez Quesquén, S. A. (2018) "Causas e implicancias económicas en la suspensión de intervenciones quirúrgicas en el periodo 2012 - 2014 en el Hospital Nacional Dos de Mayo". Recuperado el 7 de setiembre del 2018 en:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16932/Ram%C3%ADrez\\_QSA.pdf?sequence=1](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16932/Ram%C3%ADrez_QSA.pdf?sequence=1)
10. Raile Alligood, M., Marriner Tomey, A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma edición. Barcelona: Elviesier Mosby; 2011. Pag 55.

11. Ibarra P. ¿Cuáles exámenes de laboratorio preanestésicos se necesitan en pacientes asintomáticos?, Rev Colombiana Anesthesiol. 2007; 35(4):301-312. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-33472007000400007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472007000400007)
12. Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico. Norma de limpieza y desinfección de terminales sala de operaciones y rutina diaria. [Internet]. [Consultado 19 de Set 2018] Disponible en:  
<http://www.transicion2016.pr.gov/Agencias/090/Informe%20de%20Reglamento%20y%20Normas/PROTOCOLO%20LIMPIEZA%20Y%20DESINFECCION%20SALA%20DE%20OPERACIONES.pdf>
13. Ministerio de Salud del Perú. Guías Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Centro Quirúrgico y Cirugía Ambulatoria. [Internet]. [Consultado 10 de Set 2018] Disponible en:  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/11Proyectos/marco/EquipInfraest/ProyArquitecturaEquipCENTROQUIRURGICO.pdf>
14. Macanela González, M. V. (2014) “Causas que influyan en las suspensiones de cirugía programada en el hospital regional Isidro Ayora Periodo, Enero 2012 – Septiembre 2014” Recuperado el 11 de setiembre del 2018 en:  
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12814/1/TESIS%20SUSPENSIONES%20DE%20CIRUGIA.pdf>
15. Ramírez Quesquén, S. A. (2018) “Causas e implicancias económicas en la suspensión de intervenciones quirúrgicas en el periodo 2012 - 2014 en el Hospital Nacional Dos de Mayo.” Recuperado el 14 de setiembre del 2018 en:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16932/Ram%C3%ADrez\\_QSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16932/Ram%C3%ADrez_QSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

16. Arias Cuya, J. G. (2018) "Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017." Pág. 38. Recuperado el 6 de setiembre del 2018 en:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12791/Arias\\_CJG.pdf?sequence=1](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12791/Arias_CJG.pdf?sequence=1)
17. Arias Cuya, J. G. (2018) "Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017." Pág. 39. Recuperado el 6 de setiembre del 2018 en:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12791/Arias\\_CJG.pdf?sequence=1](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12791/Arias_CJG.pdf?sequence=1)
18. Arias Cuya, J. G. (2018) "Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017." Pág. 40. Recuperado el 6 de setiembre del 2018 en:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12791/Arias\\_CJG.pdf?sequence=1](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12791/Arias_CJG.pdf?sequence=1)
19. Arias Cuya, J. G. (2018) "Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017." Pág. 41. Recuperado el 6 de setiembre del 2018 en:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12791/Arias\\_CJG.pdf?sequence=1](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12791/Arias_CJG.pdf?sequence=1)
20. Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas, segundo reto mundial por la seguridad del paciente. [Internet]. [Consultado 15 de Set 2018] Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.07\\_spa.pdf;jsessionid=879FAE9E5188C92D2F6EC629AB377069?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=879FAE9E5188C92D2F6EC629AB377069?sequence=1)

# **ANEXOS**

## ANEXO 01

### Validación del instrumento para Juicio de Expertos

Items	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	N° de 1	p valor
1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
5	1	0	1	1	1	1	1	1	7	0.03125000
6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
8	0	0	1	1	1	1	1	1	6	0.10937500
9	1	1	0	1	1	1	1	1	7	0.03125000
10	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
11	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625

## ANEXO 02

### PRUEBA BINOMIAL

Se establece la  $H_0$  y la  $H_1$ :

$H_0$ : No hay concordancia entre los jueces. La proporción de los jueces que dicen "Si" (0.50) es igual a la de los jueces que dicen "No" (0.50).

$H_1$ : Si hay concordancia entre los jueces. La proporción de los jueces es diferente de 0.50.

El resultado de la celda  $K_2$  es 0.00390625, por ser menor que 0.05 se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_1$  para el primer ítem.

Los ítems N° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 tienen un p valor < 0.05, por lo tanto si existe concordancia entre los jueces para dichos ítems.

#### Procedimiento para porcentaje de acuerdo entre los jueces

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Suma
1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
2	1	1	1	1	1	1	1	1	8
3	1	1	1	1	1	1	1	1	8
4	1	1	1	1	1	1	1	1	8
5	1	0	1	1	1	1	1	1	7
6	1	1	1	1	1	1	1	1	8
7	1	1	1	1	1	1	1	1	8
8	0	0	1	1	1	1	1	1	6
9	1	1	0	1	1	1	1	1	7
10	1	1	1	1	1	1	1	1	8
11	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Tenemos un total de 88 respuestas (11 ítems x 8 jueces) de las cuales 84 son "1" y 4 son "0". Aplicamos la fórmula:  $b = \frac{Ta}{Ta+Td}$

Donde:

b= Grado de concordancia entre los jueces.

Ta= n° total de acuerdos = 84

Td= n° Total de desacuerdos = 4

$$b = \frac{84}{84 + 4} = 0.95$$

El resultado es que el 95% de las respuestas de los jueces concuerdan.

## ANEXO 03

### INSTRUMENTO

#### Lista de chequeo

#### 1. Datos clínicos

Especialidad de cirugía programada: \_\_\_\_\_

Tiempo de duración de cirugía programada: \_\_\_\_\_

#### Marcar con una (x)

Nº	Acepción	Si	No
1	Impuntualidad del cirujano y/o anestesiólogo al quirófano		
2	Inasistencia del cirujano y/o anestesiólogo en el quirófano		
3	Tiempo quirúrgico prolongado por el cirujano		
4	Racionalización de programación no adecuada		
5	Carencia de insumos y/o material quirúrgico		
6	Carencia de insumos y/o material anestésico		
7	Las instalaciones de equipos dentro del quirófano no garantizan el adecuado procedimiento de una cirugía programada.		
8	Desperfecto de los equipos durante una cirugía		
9	Tiempo de limpieza superficial prolongado (piso, pared, rejillas, lavamanos) luego de una operación		
10	Tiempo de limpieza antiséptica prolongado (mesa quirúrgica, mesa angular, lámparas cialíticas) luego de una operación		
11	Desorden del coche de materiales		
12	Equipamiento del coche de materiales incompleto		
13	Inseguridad emocional del paciente		
14	Inseguridad física del paciente		
15	Preparación inadecuada del paciente		
16	Ayunas del paciente no adecuado		
17	Zona operatoria no adecuada		
18	Descompensación repentina (hipertensión, diabetes)		
19	No cuenta con indicaciones completas (Medicación previa o suspensión de algún medicamento)		
20	Batería de anestesia (alteración hematológica)		
21	Falta de exámenes y/o interconsultas		
22	Falta de paquetes globulares		

## ANEXO 04

### MATRIZ VACEADO DE DATOS

N°	Especialidad	Horas	Suspendido	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22
1	Traumatología	2:15	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
2	Traumatología	5	NO	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Ginecología	1:30	NO	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Traumatología	suspendida	SI	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
5	Traumatología	1h	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Traumatología	1:30	NO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
7	Traumatología	suspendida	SI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
8	Traumatología	1:10	NO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
9	Cx máxilo facial	3h	NO	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
10	Ginecología	2:35	NO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
11	Cx máxilo facial	3:30	NO	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
12	Traumatología	2h	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Traumatología	2:10	NO	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
14	Traumatología	5h	NO	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Ginecología	1:30	NO	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
16	Neumología	1h	NO	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0
17	Oncología	suspendida	SI	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	Traumatología	2h	NO	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
19	Traumatología	suspendida	SI	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
20	Traumatología	2:30	NO	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Ginecología	suspendida	SI	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
22	Neumología	2:30	NO	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	Urología	3h	NO	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
24	Oncología	1:50	NO	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Oncología	2:40	NO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
26	Oncología	suspendida	SI	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0

27	Urología	2h	NO	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
28	Traumatología	2:15	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
29	Medicina	3	NO	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	Ginecología	1:30	NO	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	Gastroenterología	2	NO	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
32	Cardiología	1h	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	Traumatología	1:30	NO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
34	Traumatología	3h	NO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
35	Traumatología	1:10	NO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
36	Cx máximo facial	suspendida	SI	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
37	Ginecología	suspendida	SI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
38	Gastroenterología	3:30	NO	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
39	Traumatología	2h	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	Traumatología	2:10	NO	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
41	Medicina	5h	NO	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42	Ginecología	1:30	NO	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
43	Cardiología	1h	NO	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1
44	Oncología	3h	NO	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45	Traumatología	2h	NO	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
46	Traumatología	2:30	NO	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
47	Traumatología	suspendida	SI	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	Ginecología	suspendida	SI	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
49	Gastroenterología	6:30	NO	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	Urología	3h	NO	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
51	Oncología	1:50	NO	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Oncología	2:40	NO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
53	Oncología	1:55	NO	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
54	Urología	2h	NO	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
55	Traumatología	2:15	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

56	Traumatología	5	NO	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
57	Ginecología	1:30	NO	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
58	Traumatología	suspendida	SI	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0
59	Gastroenterología	1h	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60	Traumatología	1:30	NO	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
61	Traumatología	suspendida	SI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
62	Traumatología	1:10	NO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
63	Urología	3h	NO	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
64	Ginecología	2:35	NO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
65	Urología	3:30	NO	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
66	Traumatología	2h	NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
67	Traumatología	2:10	NO	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
68	Urología	5h	NO	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
69	Ginecología	1:30	NO	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
70	Urología	1h	NO	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0
71	Oncología	suspendida	SI	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
72	Traumatología	2h	NO	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
73	Traumatología	2:30	NO	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
74	Traumatología	suspendida	SI	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
75	Ginecología	suspendida	SI	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
76	Urología	6:30	NO	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
77	Urología	3h	NO	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
78	Oncología	1:50	NO	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
79	Oncología	2:40	NO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
80	Oncología	1:55	NO	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
81	Urología	2h	NO	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
82	Ginecología	suspendida	SI	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Gastroenterología	suspendida	SI	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## ANEXO 05

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA	POBLACION
<p><b>General:</b> ¿Cuáles son los factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018?</p> <p><b>Específicos:</b> ¿Cuáles son los factores de Recursos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones</p>	<p><b>General:</b> Determinar los factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018</p> <p><b>Específicos:</b> Describir los factores de Recursos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del</p>	<p><b>General:</b> Existen factores que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018</p> <p><b>Específicos:</b> Existen factores de Recursos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del</p>	<p>Factores que intervienen</p> <p>Cirugías suspendidas programadas</p>	<p>Recursos</p> <p>Procesos</p> <p>Numero de cirugías</p>	<p>Humanos</p> <p>Insumos</p> <p>Equipos</p> <p>Ambiente</p> <p>Paciente</p> <p>Historia Clínica</p> <p>Porcentaje de cirugías</p>	<p>Tipo de investigación: Cuantitativo, descriptivo y de corte transversal</p> <p>Esquema:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p><b>M - O</b></p> </div> <p>Técnica: Observación</p> <p>Instrumento: Lista de chequeo</p>	<p>La población de 106 cirugías programadas, se optó por trabajar usando la fórmula de muestreo para poblaciones finitas obteniendo una muestra de 83 cirugías donde se aplica la lista de chequeo.</p>

<p>cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018?</p> <p>¿Cuáles son los factores de Procesos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018?</p>	<p>Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018.</p> <p>Describir los factores de Procesos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018</p>	<p>Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018</p> <p>Existen factores de Procesos que intervienen en la suspensión de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones cuarto piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2018</p>					
---	--	---	--	--	--	--	--

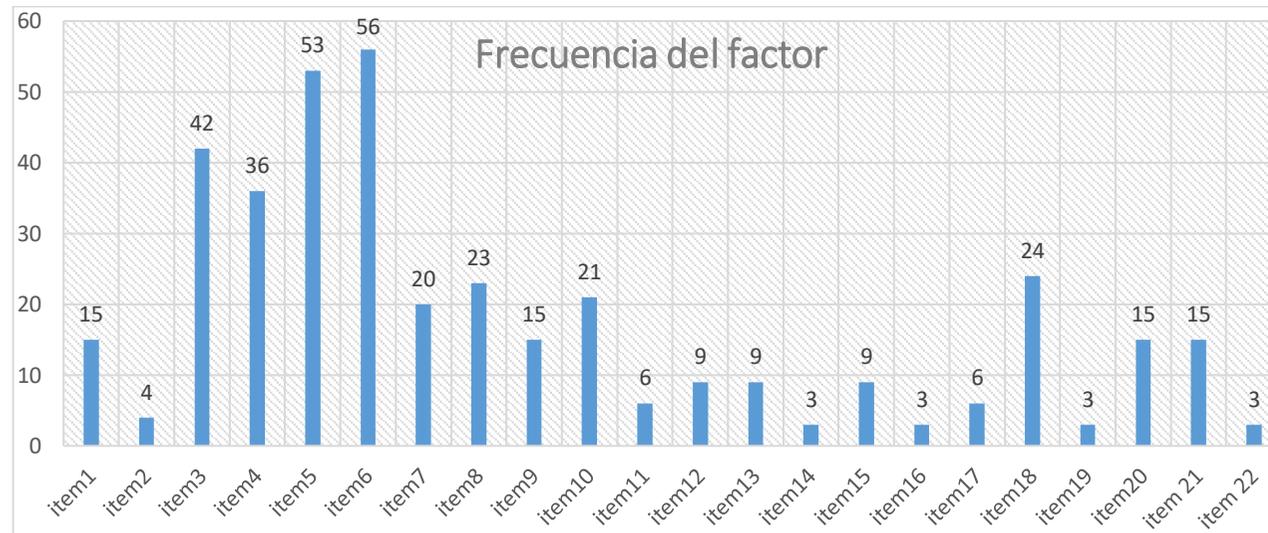
## ANEXO 06

### Identificación de factores que determinan la suspensión de cirugías programadas

Ítem	Dimensión	Indicador	Factor
1	Recursos	Humanos	Impuntualidad del cirujano y/o anestesiólogo al quirófano
2			Inasistencia del cirujano y/o anestesiólogo en el quirófano
3			Tiempo quirúrgico prolongado por el cirujano
4			Racionalización de programación no adecuada
5		Insumos	Carencia de insumos y/o material quirúrgico
6			Carencia de insumos y/o material anestésico
7		Equipos	Las instalaciones de equipos dentro del quirófano no garantizan el adecuado procedimiento de una cirugía programada.
8			Desperfecto de los equipos durante una cirugía
9	Procesos	Ambiente	Tiempo de limpieza superficial prolongado (piso, pared, rejillas, lavamanos) luego de una operación
10			Tiempo de limpieza antiséptica prolongado (mesa quirúrgica, mesa angular, lámparas cialíticas) luego de una operación
11			Desorden del coche de materiales
12			Equipamiento del coche de materiales incompleto
13		Paciente	Inseguridad emocional del paciente
14			Inseguridad física del paciente
15			Preparación inadecuada del paciente
16			Ayunas del paciente no adecuado
17		Zona operatoria no adecuada	
18		Historia Clínica	Descompensación repentina (hipertensión, diabetes)
19			No cuenta con indicaciones completas (Medicación previa o suspensión de algún medicamento)
20			Batería de anestesia (alteración hematológica)
21			Falta de exámenes y/o interconsultas
22			Falta de paquetes globulares

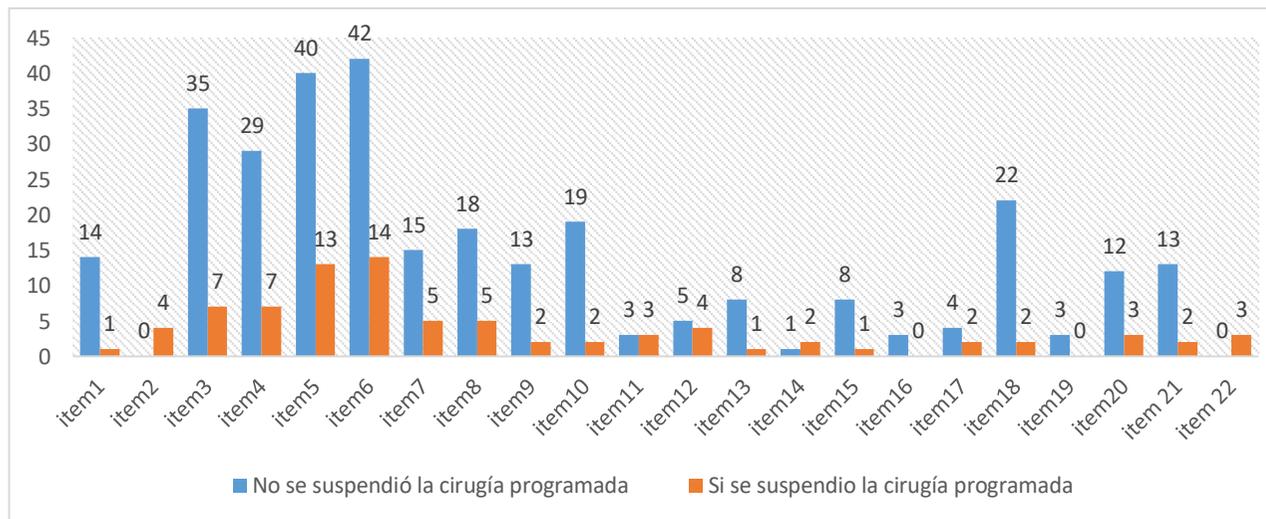
## ANEXO 07

Frecuencia de cada factor en el total de cirugías programadas en el servicio de sala de operaciones 4to piso del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión



## ANEXO 08

### Frecuencia de suspensiones y no suspensiones de las cirugías programadas de cada factor de las dimensiones Recursos y Procesos



## ANEXO 9

### DIAGRAMA DEL PROCESO DE UNA CIRUGÍA PROGRAMADA EN EL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES DE 4TO PISO DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

