



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021



INSTRUMENTO PARA LA VALUACIÓN DEL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INSTRUMENT FOR THE EVALUATION OF CLIMACTERIC AND MENOPAUSE IN PRIMARY CARE

Juan P. Matzumura-Kasano^{1, a}, Hugo F. Gutiérrez-Crespo^{1, b}, José Isaac Wong-Mac^{2, c}, Isabel J. Alamo-Palomino^{3, d}

1 Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.

2 Policlínico Peruano Japonés, Lima-Perú.

3 Hospital EsSalud Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú.

a Médico Gineco-Obstetra. Vicedecano de Posgrado e Investigación.

b Magíster en Docencia e Investigación en Salud.

c Médico Gineco Obstetra.

d Médico Cirujano Especialista en Gestión en Salud.

Artículo publicado en Rev. Fac. Med. Hum. 2020;20(4):560-567.

RESUMEN

Introducción: La población de mujeres de mediana edad se incrementará en los próximos años y requerirá una mayor atención para aliviar los síntomas relacionados a climaterio en la consulta médica. **Objetivo:** Validar un instrumento para la evaluación del climaterio y la menopausia en el primer nivel de atención. **Métodos:** Diseño de validación de instrumento, prospectivo y de corte transversal. Participaron mujeres que fueron atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención. La investigación se realizó en tres fases, revisión inicial (revisión de literatura, traducción), ensayo (validez de contenido, prueba piloto) y propiedades psicométricas (análisis de consistencia interna, análisis factorial exploratorio). Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 20. **Resultados:** Participaron 136 pacientes con una edad promedio de 48,6 años \pm 5,3 y un promedio de índice de masa corporal

27,8 \pm 4,4. En la primera fase se identificaron los síntomas más relevantes, irregularidades menstruales, sofocos, problemas vaginales, incontinencia urinaria, calidad de sueño y estado de ánimo. Se procedió a la traducción con la participación de cuatro profesionales. La segunda fase, de validez del contenido, fue mediante juicio de expertos, obteniendo una concordancia de 0,77 y una confiabilidad inicial 0,79. En la tercera fase, la consistencia interna fue 0,69 y 0,70 para análisis factorial exploratorio. El instrumento contiene seis preguntas, la obtención de ≥ 4 respuestas afirmativas justifican un manejo especializado. **Conclusión:** El instrumento es breve, tiene una adecuada validez de contenido y consistencia interna, útil para el manejo del climaterio en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Menopausia; Cuestionario; Atención primaria de salud (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: The middle-aged female population will increase in the coming years and will require more medical care to relieve climacteric symptoms. **Objective:** To validate an instrument for evaluating climacteric and menopause in primary care. **Methods:** Prospective, cross-sectional, instrument-validation study. The sample was composed of women attending primary care centers. Our research consisted of three stages: initial review (literature review, translation), validation (content validity, pilot study) and psychometric properties (internal consistency and confirmatory factorial analysis). We analyzed the data using SPSS version 20. **Results:** 136 patients participated, with an average age of 48,6 years \pm 5,3 and an average body mass index of 27,8 kg/m² \pm 4,4. In the first stage, we identified the most relevant symptoms: menstrual irregularities, hot flashes, vaginal problems, urinary incontinence, quality of sleep, and mood issues. The instrument was then translated by four



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

professionals. For the second stage, we assessed content validity by expert judgment, obtaining an internal consistency of 0,77 and an initial reliability of 0,79. In the third stage, internal consistency was 0,69 and confirmatory factorial analysis was 0,7. The instrument consists of six questions; obtaining four or more positive answers warrants specialized care. **Conclusion:** We present a short instrument with adequate content validity and internal consistency, useful for managing climacteric symptoms at the primary care level.

Key words: Menopause; Questionnaire; Primary health care (source: MeSH NLM).

En la actualidad, la esperanza de vida se ha incrementado en todo el mundo hasta la octava década; particularmente en los países desarrollados ⁽¹⁾ y en algunos de Latinoamérica ⁽²⁾. Para el año 2025, se calcula que el número de mujeres postmenopáusicas se incrementará a 1,100 millones en todo el mundo y, a medida que la población mundial se incrementa, una mayor proporción de esta población estará compuesta por personas mayores de 50 años ⁽³⁾.

Diversos estudios epidemiológicos realizados en mujeres menopáusicas están brindando información consistente y confiable sobre la incidencia, prevalencia y gravedad de diversos síntomas relacionados con la menopausia ⁽⁴⁾.

Una de las funciones ováricas es la producción hormonal (estrógenos y progesterona). Cuando se depleta la producción de los folículos, esta se manifiesta mediante la disminución hormonal, produciendo la menopausia. La edad promedio de la menopausia varía entre los 48 a 52 años, pero con tendencia hacia una edad cada vez mayor ^(5,6). Casi las tres cuartas partes de las mujeres manifiestan presentar síntomas considerados problemáticos y son el principal motivo para que las mujeres busquen atención relacionada a síntomas físicos y psicológicos.

Los síntomas vasomotores son considerados como los más comúnmente reportados y pueden provocar trastornos del sueño durante muchos meses ^(7,8). También se describen alteraciones del estado ánimo, irritabilidad, mientras que los síntomas relacionados a la función sexual, que incluyen la sequedad vaginal, dispareunia y disminución de la libido, afectan la calidad de vida de las mujeres ⁽⁹⁾. Por otra parte, la pérdida de hormonas sexuales durante el envejecimiento se relaciona con el incremento de riesgos a largo plazo como, disminución de la densidad ósea, enfermedad

metabólica, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Alzheimer, entre otras enfermedades de alto costo para las sociedades ⁽¹⁰⁾.

Es importante señalar que el cuidado de las mujeres mayores de 50 años es un tema clave para los médicos especialistas y médicos generales, teniendo como objetivo el cuidado y promoción de la salud para las mujeres de mediana edad, así como su empoderamiento para tomar decisiones positivas sobre su salud y bienestar posreproductivo y así poder acceder a un plan de atención personalizada, considerando sus metas a corto, mediano y largo plazo en un contexto que mejore su calidad de vida ^(3,11).

Asimismo, esta población seguirá incrementándose y se espera que este incremento vaya asociado a un mayor número de atenciones o referencias para atender los síntomas a corto plazo y largo plazo. La terapia hormonal menopáusica sigue siendo el tratamiento más eficaz para aliviar los síntomas vasomotores y el síndrome genitourinario. Las nuevas recomendaciones sobre su uso manifiestan que es más seguro en mujeres menores de 60 años, ya que los síntomas pueden persistir hasta después de los 65 años. Por esta razón, se recomienda su uso de manera individualizada, teniendo en cuenta una evaluación riesgo-beneficio de cada paciente ⁽¹²⁾.

Por ello, se requiere que los médicos especialistas y generales tengan las competencias para proporcionar un manejo de la perimenopausia, menopausia y climaterio. Además, deben estar preparados para identificar los problemas relacionados al climaterio y manejarlos y/o referir a la paciente para un manejo especializado ⁽¹³⁾. La creciente prevalencia de enfermedades crónicas hará que las necesidades de atención primaria se conviertan en más complejas ⁽¹⁴⁾. Es importante señalar que en algunos países de América Latina la provisión de servicios especializados de salud sigue siendo limitada y escasa.

Actualmente existe la necesidad de que el sistema de salud evolucione para enfrentar nuevos desafíos a la luz del envejecimiento de una población con necesidades cada vez más complejas; esto es, brindando una atención individualizada para cada mujer menopáusica tomando en cuenta la ventana de oportunidad y otros aspectos para la prevención de enfermedades a largo plazo y con ello propiciar la mejora en la calidad de vida de las mujeres después de la menopausia ⁽¹⁵⁾. Por ello, se plantea como objetivo determinar la validación del



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

instrumento para la evaluación del climaterio y la menopausia en el primer nivel de atención.

MÉTODOS

La investigación se desarrolló mediante un enfoque cuantitativo, correspondiente al diseño de validación de instrumento, de tipo prospectivo y de corte transversal. Los participantes fueron mujeres con edades entre los 40 a 60 años, atendidas en cuatro establecimientos de salud del primer nivel de atención, ubicados en la zona urbana marginal de Lima durante los meses de noviembre de 2019 a febrero de 2020. Participaron 176 pacientes que fueron seleccionadas en dos momentos mediante un muestreo no probabilístico. Se consideró como criterios de inclusión a pacientes que fueron atendidas por presentar síntomas relacionados al climaterio-menopausia en la consulta de medicina. En el primer momento se involucró a 40 pacientes para el desarrollo de la prueba piloto, con el objetivo de verificar el funcionamiento del instrumento y encontrar el análisis de consistencia interna en forma preliminar. El segundo momento incorporó a 136 pacientes con el propósito de determinar el análisis factorial y análisis de consistencia interna final del instrumento.

El procedimiento se realizó en tres fases, según la siguiente descripción:

1. Fase 1: Revisión inicial a. Revisión de la literatura: Se revisó la literatura científica en base de datos con una antigüedad ≤ 5 años, para lo cual se tomaron en cuenta investigaciones realizadas por Goldstein S, Abernethy K y Potter B. et al. ^(12,16,17); con el objetivo de identificar los indicadores más importantes respecto al manejo del climaterio-menopausia. b. Traducción: La elaboración del instrumento se realizó con la participación de cuatro traductores del idioma inglés al español y la posterior traducción inversa, generando la versión en español del instrumento. c. Primera versión del instrumento: Contiene seis preguntas con respuestas de tipo dicotómicas. La puntuación que corresponde a una puntuación ≥ 4 respuestas afirmativas recomiendan referir a la paciente para un manejo especializado.

2. Fase 2: Ensayo.

- Se realizó la validez de contenido mediante la técnica de juicio de expertos, posteriormente se realizó la prueba piloto para estimar la confiabilidad a través de la fórmula de Kuder-Richardson y mejorar el diseño del instrumento para su aplicación.

3. Fase 3: Propiedades psicométricas:

- El análisis de consistencia interna del instrumento corregido se aplicó a 136 pacientes. Luego se realizó el

análisis factorial exploratorio mediante la aplicación del índice de Kaiser- Meyer- Olkin.

4. Versión final de instrumento: Conformado por dos secciones. La primera sección incluye datos sociodemográficos (edad, estado civil, educación, actividad laboral, hábitos nocivos, estilo de vida, causa de menopausia e índice de masa corporal.

La segunda incluye preguntas como, ¿Tiene algún cambio en sus periodos menstruales?, ¿Ha sentido sofocos o bochornos?, ¿Tiene sequedad vaginal, dolor o preocupación por temas sexuales?, ¿Tiene algún problema de vejiga o incontinencia urinaria?, ¿Su calidad de sueño ha disminuido en los últimos meses? y ¿Su estado de ánimo ha empeorado en los últimos meses? Cada pregunta contiene respuestas de tipo afirmativa o negativa. La obtención de 4 o más respuestas afirmativas significa que la paciente debe ser referida para un manejo especializado.

Para el análisis descriptivo y de validación se utilizó el programa SPSS versión 20, se describieron las variables sociodemográficas mediante frecuencias. La validez de contenido se realizó mediante el índice de kappa, el análisis de consistencia interna con la aplicación de la prueba de Kuder-Richardson y el análisis factorial confirmatorio mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin. La investigación se realizó teniendo en cuenta las consideraciones éticas, pautas de buenas prácticas clínicas y todas las participantes dieron su consentimiento. Asimismo, se mantuvo la confidencialidad de las participantes.

RESULTADOS

Participaron 136 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. La edad media correspondió a $48,6 \text{ años} \pm 5,3$, la media para el número de hijos a $2,4 \pm 1,4$ y $27,8 \pm 4,4$ para el índice de masa corporal. Con respecto a las características sociodemográficas, el estado civil de casada correspondió a 40,4%. Asimismo, 45,6% tienen estudios secundarios y 47,1% estudios superiores, 69,1% se dedica a una actividad laboral, 94,9% no consume tabaco, 93,4% no consume licor en forma habitual, 81,6% manifestó no practicar deporte, 66,9% mantiene actividad sexual y 96,3% presentó menopausia fisiológica.

Fase 1. Revisión inicial

Se identificaron y estandarizaron criterios para el manejo del climaterio-menopausia mediante el uso de la terapia hormonal menopáusica sin contraindicaciones.



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

Los criterios fueron valorados mediante la presencia de síntomas como, presencia de menstruaciones irregulares, bochornos y sofocos, cambios en la vulva-vagina considerados como síndrome genitourinario, interrupción del sueño como consecuencia de la presencia de sofocos y la presencia de riesgo para presentar depresión e irritabilidad. La traducción inicial de instrumento y la traducción inversa no presentaron cambios significativos en aspectos formales o de significado, lo cual permitió diseñar la primera versión del instrumento, que contiene seis preguntas con respuestas de tipo dicotómicas y la visualización de la puntuación total.

Fase 2: Ensayo

La validez de contenido se realizó mediante la técnica de juicio de expertos, para lo cual se fueron invitados 6 médicos expertos. El índice de concordancia fue 0,77 mediante el análisis de índice de Kappa. Las recomendaciones emitidas por los expertos fueron de carácter complementario y con sugerencias para mejorar el diseño para su fácil aplicación. Con la incorporación de las recomendaciones, se procedió al desarrollo de la prueba piloto con la participación de 40 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. La confiabilidad fue 0,79 mediante la prueba de Kuder-Richardson. El tiempo promedio para su aplicación fue de 2 minutos, aproximadamente.

Fase 3: Propiedades psicométricas

Se obtuvo valores de consistencia interna mediante la prueba de Kuder-Richardson de 0,69. Cabe señalar que se obtuvieron 121 respuestas afirmativas. La pregunta 6 presentó mayor relación con respecto al puntaje total ($Rho = 0,69$). El análisis de la contribución permitió establecer que ninguna pregunta debe ser eliminada (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de consistencia interna de la versión final del instrumento (n=136).

Preguntas	Media	Correlación ítem total	KR-20 con ítem eliminado
¿Tiene algún cambio en sus periodos menstruales?	0,59	0,66	0,61
¿Ha sentido sofocos o bochornos?	0,61	0,64	0,61
¿Tiene sequedad vaginal o dolor o preocupación por temas sexuales?	0,88	0,52	0,64
¿Tiene algún problema de vejiga o incontinencia urinaria?	0,77	0,48	0,66
¿Su calidad de sueño ha disminuido en los últimos meses?	0,58	0,63	0,62
¿Su estado de ánimo ha empeorado en los últimos meses?	0,61	0,69	0,59
Coefficiente total Kuder-Richardson (KR-20)			0,66

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al análisis factorial, la prueba de Kaiser-

Meyer-Olkin determinó un resultado de 0,70. Las preguntas explicaron el 55,8% de la varianza total, mientras las comunales registraron valores entre 0,40 (pregunta 4) y 0,66 (pregunta 6). Con respecto a la matriz de estructura factorial y la rotación Promax, se obtuvieron dos factores. Las preguntas 1, 2, 3 conformaron el Factor 1 y las preguntas 4, 5, 6 el Factor 2. Asimismo, el análisis de correspondencia para determinar proximidades permitió ratificar que las preguntas presentan una contribución en la estructura del instrumento (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis factorial exploratorio del instrumento (n=136).

Preguntas	Comunalidad	Factor 1	Factor 2
¿Tiene algún cambio en sus periodos menstruales?	0,57	0,73	0,19
¿Ha sentido sofocos o bochornos?	0,60	0,76	0,13
¿Tiene sequedad vaginal o dolor o preocupación por temas sexuales?	0,54	0,73	0,05
¿Tiene algún problema de vejiga o incontinencia urinaria?	0,40	0,02	0,63
¿Su calidad de sueño ha disminuido en los últimos meses?	0,55	0,16	0,72
¿Su estado de ánimo ha empeorado en los últimos meses?	0,66	0,21	0,78
Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,70		
Valor propio		2,27	1,08
Varianza (%)		28,97	26,85

Fuente: Elaboración propia.

La versión del instrumento contiene seis preguntas con respuestas de tipo dicotómicas; afirmativa (1) y negativa (0). La puntuación total se obtiene mediante la sumatoria de respuestas afirmativas. La obtención de un puntaje de 4 o más respuestas afirmativas establece que la paciente debe ser referida para un manejo especializado. Finalmente, se debe consignar la firma del médico responsable y la fecha de la atención (Figura 1).

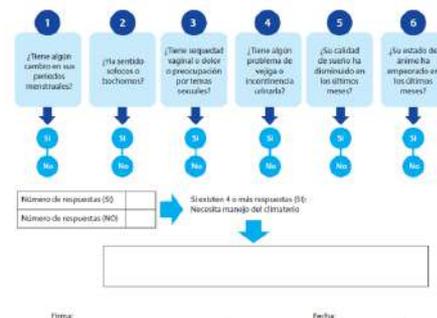


Figura 1. Versión final del instrumento para el manejo del climaterio y menopausia en el primer nivel de atención.

DISCUSIÓN

Los estudios de validación verifican la validez y confiabilidad del diseño, así como la construcción de los



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

instrumentos, teniendo en cuenta las características de la población. Cuando se traducen instrumentos a otro idioma o estos son diseñados tomando en cuenta diversas recomendaciones clínicas procedentes de otros países, pueden ocurrir cambios semánticos de algunos términos específicos relacionados con la evaluación de los ítems, debido a la variabilidad cultural y la didáctica gramatical^(18,19).

En el presente estudio, los valores obtenidos mediante la prueba de Kuder-Richardson, indicaron una buena confiabilidad. El valor por cada ítem (0,48 a 0,69) demostró una buena consistencia interna y los resultados fueron coherentes y consistentes con recomendaciones realizada por diversas investigaciones^(12,20,21). Asimismo, las correlaciones ítem-total de todos los ítems superaron el nivel mínimo requerido de 0,40, ratificando la buena consistencia interna según las investigaciones revisadas. La validez de contenido y la prueba piloto permitieron demostrar que la presencia de cuatro o más síntomas justifican el manejo especializado de las pacientes, siendo el estado de ánimo de mayor impacto y que requieren un manejo de acuerdo a las recomendaciones específicas para el tratamiento de síntomas a corto plazo^(4,16,22).

Los instrumentos utilizados en diversas investigaciones tienen una particular importancia respecto a la percepción de los síntomas relacionados con la salud femenina y pueden diferir en su concepción y en el diseño de un instrumento original⁽²³⁾. Los resultados del análisis factorial exploratorio han logrado demostrar que la estructura del instrumento es consistente para las mujeres durante el climaterio. Asimismo, el instrumento permitió identificar los síntomas de mayor frecuencia, como los relacionados a síntomas vulvovaginales.

El diseño del instrumento contiene seis preguntas consideradas relevantes para el inicio del manejo especializado, dentro de las cuales se incluyen las irregularidades menstruales, ya que son tomadas en cuenta como indicadores inminentes de la menopausia. Diversos estudios han reportado la presencia de síntomas vasomotores antes del cese de las menstruaciones y estos pueden tener una duración media de 11,8 años; si los síntomas vasomotores se presentan después de la última menstruación estos tendrían una duración media de 3,4 años. Es importante señalar que, actualmente, se recomienda el uso de terapia hormonal a todas las mujeres con cese de menstruaciones antes de los 45 años y la falla ovárica prematura^(3,12,24).

Los síntomas vasomotores afectan a la mayoría de las mujeres durante la transición menopáusica, aunque su gravedad, frecuencia y duración varían ampliamente entre las mujeres. Estos son reportados hasta por 85% de las mujeres y su duración promedio es de 5,2 años, aproximadamente. El presente estudio encontró que 64,7% de pacientes manifestaron la presencia de síntomas vasomotores, los mismos que pueden ser tratados eficazmente con terapia hormonal menopáusica^(4,11,25,26).

Asimismo, los síntomas vulvovaginales son muy frecuentes y afectan hasta al 45% de las mujeres hasta después de la menopausia⁽⁷⁾. Actualmente, existe una nueva terminología para los síntomas genitourinarios y sexuales de la menopausia mediante la denominación síntomas genitourinarios de la menopausia, debido al efecto desfavorable en la mucosa vaginal, uretra y en la función sexual^(27,28). Cabe señalar que la sequedad vaginal o la preocupación por temas sexuales, fue reportado por 68% de los pacientes, ratificando la importancia de evaluar este ítem, debido a que empeoran a medida que las mujeres envejecen.

La disminución de la calidad de sueño fue reportada por 60,2% de las pacientes. Estos resultados ratifican que los problemas para dormir se incrementan cuando las mujeres se encuentran en plena transición menopáusica y pueden afectar a más del 50% de mujeres. Es importante señalar que los malos hábitos y los trastornos relacionados al estado de ánimo, particularmente ansiedad y depresión, contribuyen a la presencia de dificultades del sueño. Las consecuencias clínicas de la mala calidad de sueño incluyen fatiga y somnolencia diurna, deterioro de la calidad de vida, por lo que amerita un manejo especializado mediante el uso de terapia hormonal menopáusica^(29,30), lo cual ratifica la pertinencia de incluir este síntoma como indicador en el instrumento elaborado.

Durante muchos años, la incontinencia urinaria se ha asociado con la menopausia, aunque la literatura inicial no es concluyente. Algunas investigaciones realizadas en la década de 1980 informaron que aproximadamente 20% de mujeres de 45 años sufrían algún grado de incontinencia urinaria, mientras otras investigaciones reportaron hasta 9% en mujeres premenopáusicas y 12% en mujeres postmenopáusicas. Si bien es cierto, las preguntas realizadas solo buscaban obtener una respuesta la presencia o no de incontinencia urinaria o problemas de vejiga, estas correspondieron a 50,7% de



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

pacientes, contrariamente a las realizadas por Hording⁽³¹⁾, donde no lograron identificar una mayor probabilidad de presentar incontinencia urinaria entre las mujeres premenopáusicas, lo cual fue ratificado por investigaciones realizadas por Hagstad y Milson^(32,33).

De acuerdo con el análisis de los resultados, se logró evidenciar que la atención durante el climaterio es crucial y debe ser considerada como el momento propicio para ofrecer medicina preventiva con el propósito de conservar la salud y permitir a las mujeres la posibilidad de planificar una vida saludable, tomando en cuenta el incremento en la expectativa de vida. Las limitadas investigaciones no reportan datos consistentes respecto a las atenciones de las mujeres durante el climaterio en el primer nivel de atención, esto parece obedecer a diversos factores étnicos y sociales. Sin embargo, se calcula que más de un tercio de las mujeres requieren atención por parte de un médico general con el objetivo de atender y aliviar los síntomas que presentan las mujeres después de los 50 años y antes^(20,34). Por ello, el principal aporte del presente estudio recomienda la utilización de un instrumento de medición de fácil aplicación, que en la práctica ayude a identificar a las mujeres que tienen dificultades para adaptarse al climaterio y requieran una intervención especializada en forma oportuna.

Respecto a las limitaciones, se puede mencionar que la muestra empleada no es muy numerosa debido a la negativa de algunas pacientes de participar de la investigación. Asimismo, la naturaleza de las preguntas del instrumento genera cierto rechazo y reservas de las pacientes a comentarlas durante la consulta. Asimismo, los síntomas a mediano plazo y la presencia de enfermedades crónicas prevalente no fueron considerados dentro del contenido.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el instrumento es un cuestionario breve, diseñado para evaluar y determinar la evaluación del climaterio y la menopausia en el primer nivel de atención. Ha sido validado en diferentes etapas, siendo el primer estudio de este tipo realizado en el Perú. Es un instrumento con una adecuada validez de contenido y consistencia interna que será útil para el manejo del climaterio y la menopausia en establecimientos de atención primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lobo RA. Menopause and aging. En: Strauss J, Babieri R, editores.

- Yen and Jaffe's Reproductive Endocrinology. 8a ed. Filadelfia: Elsevier Inc.; 2018: 308-339.e8
- Ahuja M. Age of menopause and determinants of menopause age: A PAN India survey by IMS. *J Midlife Health*. 2016; 7(3): 126-131. DOI: 10.4103/0976-7800.191012
 - Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everton R, Gold EB et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern. Med*. 2015; 175:531-39
 - Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal symptoms and their management. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015; 44(3): 497-515. DOI: 10.1016/j.ecl.2015.05.001
 - Nelson SM, Messow MC, Wallace AM, Fleming R, McConnachie A. Nomogram for the decline in serum antimüllerian hormone: a population study of 9,601 infertility patients. *Fertil Steril*. 2011; 95(2): 736-741, e1-3. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2010.08.022
 - Gold EB. The timing of the age at which natural menopause occurs. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011; 38(3): 425-440. DOI: 10.1016/j.ogc.2011.05.002
 - Manson JE, Kaunitz AM. Menopause management—getting clinical care back on track. *N Engl J Med*. 2016; 374(9): 803-806. DOI: 10.1056/NEJMp1514242
 - Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, et al. Treatment of symptoms of the menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015; 100(11): 3975-4011. DOI: 10.1210/jc.2015-2236
 - Caretto, M, Giannini, A, Simoncini, T, Genazzani, AR. Menopause and Ageing. En: Schenker JG, Sciarra JJ, Genazzani AR, Birkhaeuser M, editores. *Reproductive Medicine for Clinical Practice. Reproductive Medicine for Clinicians. Volumen 1*. Cham: Springer; 2018: 177-189. DOI: 10.1007/978-3-319-78009-2_15
 - Rindner L, Strömme G, Nordeman L, Wigren M, Hange D, Gunnarsson R, et al. Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well as psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2017; 17(1): 128. DOI:10.1186/s12905-017-0480-1
 - Baber RJ, Panay N, Fenton IMS Writing Group. IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016; 19(2): 109-150. DOI: 10.3109/13697137.2015.1129166
 - Goldstein S. An efficient tool for primary care management of menopause. *Can Fam Physician*. 2017; 63(4): 295-298
 - Phillippi JC, Barger MK. Midwives as primary care providers for women. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60(3): 250-257. DOI: 10.1111/jmwh.12295
 - Van Dijk GM, Kavousi M, Troup J, Franco OH. Health issues for menopausal women: the top 11 conditions have common solutions. *Maturitas*. 2015; 80(1): 24-30. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.09.013
 - Wilkinson JF, Short HL, Wilkinson S, Mander A. Commissioning for menopause specialist services: A local perspective: An internet-based survey to assess the potential demand for menopause care in West Cheshire and the skills of local primary care clinicians in this field, with a view to informing future commissioning locally. *Post Reprod Health*. 2015; 21(3): 98-104. DOI: 10.1177/2053369115595309
 - Abernethy K. Managing short-term menopausal symptoms. En: NICE guideline: Menopause: diagnosis and management. *Post Reprod Health*. 2016; 22(2): 63-66. DOI: 10.1177/2053369116648269
 - Potter B, Schrage S, Dalby J, Torell E, Hampton A. Menopause. *Prim Care*. 2018; 45(4): 625-641. DOI: 10.1016/j.pop.2018.08.001



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

18. Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: Historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Rev. med. Clin. Las Condes*. 2020; 31(1): 85-94. DOI: 10.1016/j.rmcl.2019.08.003
19. Kiing JS, Rajgor D, Toh TH. Topical Review: Mind Your Language-Translation Matters (A Narrative Review of Translation Challenges). *J Pediatr Psychol*. 2016; 41(10):1110-1119
20. Reyhani M, Kazemi A, Farajzadegan Z, Keshvari M. Design and psychometric analysis of a climacteric adjustment questionnaire for middle-age women. *Menopause* 2020; 27(3): 333-338. DOI: 10.1097/GME.0000000000001474
21. Vásquez F, Harzhein E, Terrasa S, Berra S. Validación psicométrica en español de la versión corta brasileña del cuestionario Primary Care Assessment Tools: usuarios para la evaluación de la orientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria. *Aten. Primaria*. 2017; 49(2): 69-76. DOI: 10.1016/j.aprim.2016.04.007
22. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Menopause: Clinical Guideline. Methods, evidence and recommendations (NG23). [Internet]. Version 1.5. Londres [actualizado 12 Nov 2015; citado 2 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/full-guideline-pdf-559549261>
23. Danielsen AK, Pommergaard HC, Burcharth J, Angenete E, Rosenberg J. Translation of questionnaires measuring health related quality of life is not standardized: A literature based research study. *PLoS One*. 2015; 10(5): e0127050. DOI: 10.1371/journal.pone.0127050
24. Panay N, Hamoda H, Arya R, Savvas M, British Menopause Society and Women's Health Concern. The 2013 British Menopause Society and Women's Health Concern recommendations on hormone replacement therapy. *Menopause Int*. 2013; 19(2): 59-68. DOI: 10.1177/1754045313489645
25. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Liu Z, Gracia CR. Duration of menopausal hot flushes and associated risk factors. *Obstet Gynecol*. 2011; 117(5): 1095-1104. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318214f0de
26. Reed SD, Lampe JW, Qu C, Copeland WK, Gundersen G, Fuller S, et al. Premenopausal vasomotor symptoms in an ethnically diverse population. *Menopause*. 2014; 21(2): 153-158. DOI: 10.1097/GME.0b013e3182952228
27. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2013; 20(9): 888-902 [quiz: 903-4]. DOI: 10.1097/GME.0b013e3182a122c2
28. Portman DJ, Gass ML. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014; 21(3): 349-354. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.07.013
29. Kravitz HM, Joffe H. Sleep during the perimenopause: a SWAN story. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011; 38(3): 567-86. DOI: 10.1016/j.ogc.2011.06.002
30. Zheng H, Harlow SD, Kravitz HM, Bromberger J, Buysse DJ, Matthews KA, et al. Actigraphy-defined measures of sleep and movement across the menstrual cycle in midlife menstruating women: Study of Women's Health Across the Nation Sleep Study. *Menopause*. 2015; 22(1): 66-74. DOI: 10.1097/GME.0000000000000249
31. Hørding U, Pedersen KH, Sidenius K, Hedegaard L. Urinary incontinence in 45-year-old women. An epidemiological survey. *Scand J Urol Nephrol*. 1986; 20(3): 183-186
32. Hagstad A, Janson PO. The epidemiology of climacteric

- symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl*. 1986; 134: 59-65
33. Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L, Areskoug B. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol*. 1993; 149(6):1459-1462
34. Lumsden MA, Davies M, Sarri G. Diagnosis and Management of Menopause: The National Institute of Health and Care Excellence (NICE) Guideline. *JAMA Intern Med*. 2016; 176(8): 1205-1206. DOI:10.1001/jamainternmed.2016.2761

Correspondencia: Juan P. Matsumura Kasano

Dirección: Av. Javier Prado Este 1066. Torre B Piso 7, San Isidro, Lima-Perú.

Teléfono: 999008897

Correo: jmatsumura@yahoo.com

FRECUENCIA Y CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS Y SATISFACCIÓN DE LAS PACIENTES: HOSPITAL III ESSALUD, LIMA, PERÚ

Frequency and causes of suspension of gynecological surgeries and patient satisfaction: Hospital III EsSalud, Lima-Perú

Karen Giovanna Blas-Benites, M. D.1; Juan Pedro Matsumura-Kasano, Ph. D.2;
Hugo Gutiérrez-Crespo, M. Sc.3

1. Médico cirujano, Departamento de Cirugía, Hospital III Suárez-Angamos, Lima (Perú).
2. Médico ginecoobstetra. Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; vicedecano de Investigación y Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (Perú).
3. Profesor auxiliar, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; magister en Docencia e Investigación en Salud, Lima (Perú).

Publicado en *Rev Colomb Obstet Ginecol* ISSN 2463-0225 (On line) 2020; 71:356-364

RESUMEN

Objetivo: describir la frecuencia de la cancelación de cirugía ginecológica, así como los factores causantes de esta suspensión y hacer una aproximación a la percepción de los pacientes ante esta situación. **Materiales y métodos:** serie de casos en la que se incluyeron pacientes de 18 años o más programadas para cirugía ginecológica por patología benigna, a quienes les fue cancelada la cirugía, en un hospital general de referencia, ubicado en Lima, Perú, entre junio de 2019 y marzo de 2020. Se evaluaron las características

7



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

basales de las pacientes, la causa de la cancelación y se aplicó el instrumento de satisfacción del paciente versión corta (Patient Satisfaction Questionnaire Short Form [PSQ-18]). Se hace análisis descriptivo. **Resultados:** el estudio incluyó a 84 pacientes. La frecuencia de cancelación de cirugía fue del 11 % en el periodo a estudio. Las causas médicas fueron el principal factor en la suspensión de cirugías con 46,5 %; las causas administrativas representaron 36,6 %, principalmente por falta de tiempo operatorio en 25,4 %. Con respecto a la satisfacción, el 21,4 % de las pacientes quedaron satisfechas con esta cancelación. **Conclusión:** es importante una buena comunicación con las pacientes en quienes se debe cancelar la cirugía. Se requieren más estudios que evalúen este problema en nuestra región.

Palabras clave: ginecología; servicio de cirugía en hospital; satisfacción del paciente.

ABSTRACT

Objective: To describe the frequency of gynecological surgery cancellation as well as the factors leading up to cancellation, and to examine how patients perceive this situation. **Materials and methods:** Case series including patients over 18 years of age scheduled for gynecological surgery due to benign conditions whose surgery was cancelled in a general referral hospital in Lima, Peru, between June 2019 and March 2020. Baseline characteristics of the patients and the reasons for cancellation were assessed, and the Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) tool was administered. Descriptive analysis.

Results: The study included 84 patients. During the study period, the frequency of surgery cancellations was 11 %. Medical reasons were the main factor for surgery suspension, at 46.5 %; administrative causes accounted for 36.6 % of the cancellations, due mainly to lack of operation time in 25.4 %. In terms of satisfaction, 21,4 % of the patients were satisfied with the cancellation.

Conclusion: Good communication with patients whose surgery needs to be cancelled is essential. Further studies that look into this problem in our region are required.

Key words: Gynecology; hospital surgery department; patient satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La cancelación quirúrgica se define como la interrupción/suspensión de cualquier operación programada y que no se realiza en el día proyectado, por razones generalmente identificadas el siguiente día hábil ⁽¹⁾. Es un evento no deseado durante el proceso de atención en salud. Desde el punto de vista del paciente, las consecuencias de las cancelaciones son: demora en el retorno a las actividades laborales, pérdida de días laborales, gastos adicionales en el servicio de transporte y la presencia de síntomas psicológicos como tristeza, decepción ⁽²⁾ y estrés emocional ⁽³⁾. Por otra parte, causa un importante desperdicio de recursos en términos de tiempo del personal de salud y ocupación de la sala de cirugía y gastos en equipos e insumos ⁽⁴⁾. La demora en recibir la atención afecta a la institución en cuanto a la evaluación de la calidad de los servicios de salud ofrecidos, ya que uno de los indicadores de calidad es el índice de cancelación de cirugías ^(5,6). Hay amplia variabilidad en la frecuencia de suspensión quirúrgica el día de la cirugía. Se ha descrito desde el 2 % en Estados Unidos ⁽⁷⁾, al 7,6 % en Arabia Saudita ⁽⁸⁾, un 8 % en Korea ⁽⁹⁾ hasta 21 % en Tanzania ⁽¹⁰⁾.

Las causas de la cancelación de cirugía han sido ampliamente estudiadas, Botazini et al., en una revisión de la literatura que incluyó 63 estudios, describe que las causas más frecuentes son condiciones clínicas del paciente no favorables para la cirugía, problemas relacionados con la institución y su organización y la no asistencia del paciente ⁽¹¹⁾. En otra revisión que incluye 23 estudios, Al Talalwah y McIltrout describen que las causas se clasifican en relacionadas con el hospital, con el paciente y con el cirujano ⁽¹²⁾.

Un aspecto que podría afectarse como consecuencia de las cancelaciones es la satisfacción del paciente. Esta ha sido definida como la medida en la cual la atención sanitaria y el estado de salud



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

resultante cumplen con las expectativas del usuario ⁽¹³⁾. Entre los instrumentos utilizados para evaluar la satisfacción del paciente está el Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ 18) ⁽¹⁴⁾. Este cuestionario fue validado al español para procedimientos endoscópicos en gastroenterología.

Mostró una adecuada validez interna: confiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,82; correlación total interítem corregida media (CTITM) de 0,59 y una adecuada validez externa: Kappa ponderada que varió entre 0,51 y 0,81 según entrevistador y modo de la entrevista, y una correlación (Rho de Spearman) en la puntuación total de 0,78 ⁽¹⁵⁾. Por otra parte, se ha descrito que las percepciones de los pacientes pueden modificarse de acuerdo con la cultura a la que pertenecen ⁽¹⁶⁾.

Son escasas las publicaciones sobre la cancelación en cirugía ginecológica, y no se ha evaluado la percepción del paciente ante la cancelación de la cirugía en especial respecto a la satisfacción o insatisfacción resultante del aplazamiento del procedimiento, en nuestro contexto de la cultura regional. Así, el objetivo de esta investigación es describir la frecuencia de cancelaciones de la cirugía ginecológica, las cirugías más afectadas por este problema, los factores influyentes en la suspensión de cirugías ginecológicas programadas y hacer una aproximación a la percepción de satisfacción con la cancelación de la cirugía en una institución hospitalaria en el Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población. Reporte de casos, en el que se incluyeron mujeres de 18 años o más, que fueron programadas a cirugía ginecológica electiva de baja y mediana complejidad (ambulatoria o con internamiento), la que fue suspendida el día programado. Se excluyeron pacientes sometidas a cirugías ginecooncológicas radicales y aquellas que no desearon participar en el estudio. El estudio fue realizado entre el 1 junio de 2019 y el 15 de marzo de 2020 en el Hospital III Suárez-Angamos, institución pública de alta complejidad de la Seguridad Social de Salud en Lima, Perú. Se

realizó muestreo no probabilístico por conveniencia. Procedimiento. Las pacientes fueron escogidas a partir de los registros de cirugía institucionales donde se identificó el término “cirugía suspendida”, a partir del total de mujeres programadas para cirugía electiva de la institución. Estas mujeres fueron contactadas mediante llamada telefónica tras la suspensión de su cirugía. A aquellas que cumplían con los criterios de selección se les explicaron los objetivos del estudio y se les solicitó el consentimiento para participar en este garantizándoles la confidencialidad de la información. Se aplicó una ficha de registro de datos que constó de dos secciones, la primera de ellas incluyó datos sociodemográficos.

Posteriormente, se aplicó el instrumento denominado Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) (6,7), el cual contiene 18 preguntas divididas en siete dimensiones (satisfacción general, calidad técnica, forma interpersonal, comunicación, aspectos financieros, tiempo dedicado por el médico, accesibilidad y conveniencia); las respuestas posibles se diseñaron con una escala de Likert: desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Posterior al registro, se tomaron en cuenta las recomendaciones de Chakraborty et al. (17), mediante la modificación inversa de las preguntas con enunciado afirmativo.

Se registró la valoración del puntaje obtenido por cada dimensión y se establecieron valores mediante una tabla de baremo para describir los niveles de satisfacción; insatisfecho (18-36 puntos), parcialmente satisfecho (37-54), satisfecho (55-72) y totalmente satisfecho (73-80). La recolección de la información estuvo a cargo de un miembro del equipo de investigación, el cual revisó la historia clínica para determinar la patología de base, la cirugía a la que estaba programada y los factores que influyeron en la suspensión quirúrgica, teniendo en cuenta los criterios de González-Arévalo et al. ⁽¹⁸⁾.

Variables medidas: se tuvieron en cuenta variables



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

sociodemográficas tales como: edad, estado civil y grado de instrucción. Otras variables estudiadas fueron: tiempo de espera para la cirugía, diagnóstico y factores influyentes en la suspensión quirúrgica.

Las causas de cancelación son definidas en el presente estudio por las siguientes dimensiones: causas médicas (infecciones o fiebre, alteración aguda cardiovascular, alteración aguda respiratoria, preparación prequirúrgica incompleta y otras causas no quirúrgicas), causas quirúrgicas (falta de preparación quirúrgica, equipo quirúrgico no disponible, cambio en el diagnóstico o indicación quirúrgica), causas anestesiológicas (no cumplimiento del ayuno, complicaciones anestésicas, dificultad del manejo de la vía aérea, no aceptación de la técnica anestésica, falta de anestesia o falta de anesthesiólogo), causas relacionadas con el paciente (inasistencia del paciente, negativa del paciente a la cirugía, alta u óbito); y, causas administrativas (falta de tiempo operatorio, falta de equipamiento, error de programación quirúrgica, falta de camas y vencimiento del seguro) (tabla 1).

Respecto al nivel de satisfacción fueron medidas sus siete dimensiones por puntuaciones categorizadas como insatisfecho, parcialmente satisfecho, satisfecho y totalmente satisfecho⁽¹⁵⁾. Análisis estadístico. Se realizó análisis descriptivo, la información de las variables cuantitativas se resumió con medidas de tendencia central y dispersión y las categóricas mediante proporciones, las cuales se presentan en tablas de distribución. Aspectos éticos. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación de EsSalud (Carta 269-GRPR-ESSALUD-2020) y se mantuvo la confidencialidad de los pacientes durante todo el tiempo de ejecución del estudio.

RESULTADOS

Durante el periodo en estudio se programaron un total de 927 cirugías ginecológicas, de las cuales se cancelaron 102 (11 %). De estas, un total de 99

cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, de las cuales 15 no aceptaron participar; finalmente quedaron 84 mujeres para el análisis. Las mujeres incluidas tenían una media de 51,3 años (desviación estándar [DE] \pm 13,7). El 47,6 % se encontraba en el grupo de edad de 30 a 50 años, de las cuales el 57,1 % estaban casadas y el 45,2 % del grupo tenía como grado de instrucción educación secundaria. Respecto al tiempo de espera para las cirugías, 45,2 % de las mujeres esperaron la programación de una cirugía por un periodo de 7 a 13 meses desde que fueron evaluadas en consulta, mientras 33,3 % esperaron un periodo entre 1 a 6 meses. Con relación a los diagnósticos encontrados, el prolapso genital se presentó en 28,6 % de mujeres, seguido de los diagnósticos NIC 2 y miomatosis uterina, ambos representando un 14,3 % cada uno.

La distribución de la frecuencia de los factores mostró que la dimensión causas médicas fue la más frecuente (46,5 %); la dimensión causas administrativas fue la segunda más frecuente (36,6 %); las causas quirúrgicas tuvieron una frecuencia del 11,3 %; mientras que en las causas relacionadas con anestesia y con el paciente la frecuencia fue del 2,8 % cada una (tabla 1).

En el análisis de los resultados respecto a satisfacción en la dimensión accesibilidad y conveniencia, 7,1 % de pacientes manifestaron estar satisfechas con la cancelación de su cirugía. El indicador respecto a las dificultades para la obtención de una cita médica de manera oportuna mostró insatisfacción en 64,3 % de los casos. En la dimensión aspectos financieros, el 90,5 % manifestó estar satisfecha o totalmente satisfecha ya que no incurrieron en gastos adicionales; el 100 % de las mujeres negó haber pagado más de lo debido para recibir atención médica, y 60 % refirió no perjudicarse económicamente. En la dimensión comunicación, el 38 % refirió sentirse satisfecha. Cabe señalar que 54,8 % de pacientes manifestó haber recibido una adecuada explicación de los procedimientos médicos por realizarse, mientras que 31 % mostró su satisfacción en la dimensión



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

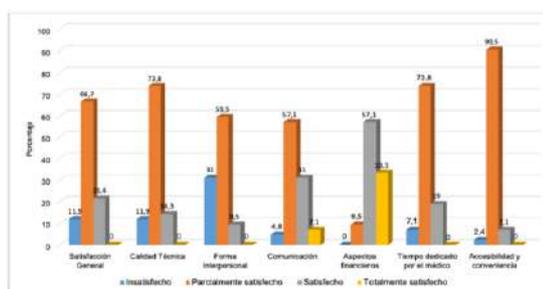
ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

forma interpersonal. Respecto a la dimensión calidad técnica, el 14,3 % de las pacientes declaró estar satisfecha; 54,7 % manifestó su incertidumbre con respecto al diagnóstico realizado, debido a que en su mayoría fueron evaluadas por diferentes médicos en consulta, lo que genera desconfianza debido a que algunos ginecólogos indicaban cirugía y en otros casos tratamiento médico. Este problema fue más frecuente con patología del piso pélvico y miomatosis uterina. Un 23,8 % estaba satisfecha con respecto a las habilidades del médico especialista. En lo referente a la dimensión tiempo dedicado por el médico a la preparación preoperatoria, el 19 % manifestó sentirse satisfecha, sin embargo, el 61,9 % señaló que el tiempo otorgado por el médico fue adecuado. Por último, en la dimensión satisfacción general con el proceso de atención, el 21,4 % se sintió satisfecho tras la suspensión de su cirugía (figura 1).

quirúrgicas (11,3 %). Respecto a la satisfacción, el 21 % de las pacientes quedó globalmente satisfecha con la cancelación, los dominios que más influyeron en esta calificación fueron los aspectos financieros y la comunicación. Hubo importante insatisfacción con la conveniencia, la forma interpersonal, el tiempo dedicado por el médico y la calidad técnica.

Figura 1.
Niveles de satisfacción por dimensiones en pacientes con cirugías ginecológicas suspendidas entre junio de 2019 y marzo de 2020 en el Hospital Suárez-Angamos, Lima, Perú



Causa	n	%
Causas médicas	39	46,5
Infecciones o Bebe	14	16,90
Alteración aguda cardiovascular	12	14,10
Alteración aguda respiratoria	5	5,60
Preparación prequirúrgica incompleta	3	4,20
Otras causas no quirúrgicas	5	5,60
Causas quirúrgicas	10	11,30
Falta de preparación quirúrgica	1	1,30
Equipo quirúrgico no disponible	4	4,50
Cambio en el diagnóstico o indicación quirúrgica	5	5,60
Causas de anestesia	2	2,80
No cumplimiento del ayuno	0	0
Complicaciones anestésicas	1	1,40
Dificultad del manejo de la vía aérea	1	1,40
No aceptación de la técnica anestésica	0	0
Falta de anestesia o anestésico	0	0
Causas del paciente	2	2,80
Inasistencia del paciente	1	1,40
Negativa del paciente a la cirugía	1	1,40
Alta u obito	0	0
Causas administrativas	31	36,60
Falta de tiempo operatorio	22	25,40
Falta de equipamiento	3	4,20
Error de programación quirúrgica	1	1,40
Falta de camas	5	5,60
Vencimiento del seguro	0	0
Total	84	100

DISCUSIÓN

En este estudio encontramos una frecuencia del 11 % de cancelación de cirugía ginecológica. Las causas médicas fueron las más frecuentes (46,5 %), seguidas por las administrativas (36,6 %) y

Respecto a la frecuencia de cancelación de cirugía en servicios de cirugía ginecológica nuestros resultados son similares a los presentados por Aguirre et al. (19), quienes reportaron una tasa de suspensión de 17 % en esta especialidad en un hospital en México, y a la informada por Fernández Mogollón et al. en un hospital de seguridad social en la ciudad Chiclayo, Perú (20), que informan una proporción de cancelación del 11,4 % en 2016.

Nuestra proporción de cancelación es superior a lo observado por Muñoz Caicedo et al. (21) quienes informan una proporción de cancelación de cirugías ginecológicas del 5,4 % en 2016, en un hospital de referencia en Popayán, Colombia, y por Domínguez Lozano et al. (22) en un hospital universitario ubicado en Barranquilla, Colombia, que señalan un 2,7 % en cirugía ginecológica en el mismo año; Broullón et al., en España (23) con el 3,38 % entre 2010 y 2018, e inferiores a los informados por Gonzales y Aragón (24) que señalan un 17 % de cancelación entre septiembre y noviembre de 2014 en la especialidad en una clínica privada de alta complejidad en Bogotá, Colombia.



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

En cuanto a las causas de cancelación en ginecología no encontramos estudios que, como el nuestro, estén centrados solo en cirugía ginecológica, sino que abarcan otros servicios quirúrgicos; sin embargo, son similares a las informadas por Aguirre ⁽¹⁹⁾, quienes ubican las causas médicas como las más frecuentes, con 40 %, y en segundo lugar la falta de tiempo operatorio o material con un 30,1 %; por Muñoz-Caicedo et al. ⁽²¹⁾ con las causas médicas en el 56 % y las causas institucionales en el 40 % ⁽²¹⁾, y Broullón et al. ⁽²³⁾ en España, que indican las causas médicas como la principal razón con el 44 % y administrativas con el 39 %. Por su parte Fernández et al., en Perú, informan que las causas administrativas fueron las más frecuentes, seguidas por las causas médicas ⁽²⁰⁾; Domínguez Lozano et al. ⁽²²⁾ reportan que la principal causa estuvo asociada a problemas con el paciente (40 %), especialmente porque no acudía a la cirugía o no firmaba el consentimiento; por su parte, Al Talalwah y McIltrout indican que en la revisión sistemática se encontró que los aspectos administrativos son responsables de más del 60 % de la suspensión de cirugías ⁽¹²⁾.

Respecto al punto de vista de la satisfacción del paciente es poca la evidencia publicada en cancelación de cirugías. Este es un aspecto muy importante por evaluar, pero poco explorado. Ivarsson et al. ⁽³⁾, en pacientes de cirugía cardíaca, informan que, en general, estos reaccionaron negativamente a la cancelación en forma de ansiedad, decepción y miedo a verse afectados por problemas cardiovasculares, pero, también, se mostraron satisfechos con la atención recibida por parte del personal del hospital. Este mismo autor informa que especialmente cuando la causa es organizacional hay una negativa respuesta de los pacientes, sin embargo, ellos se sienten satisfechos cuando la información sobre las razones de la cancelación es adecuadamente comunicada ⁽²⁵⁾.

Las limitaciones se refieren al tipo de muestra, lo cual no permite hacer inferencias de los resultados. La falta de sistematización de la información del hospital, que dificulta su obtención, limita la

contrastación de los resultados de investigaciones con similares características.

La fortaleza de este estudio es que hace una aproximación a un aspecto poco explorado en la calidad de la atención como son las consecuencias sobre el paciente y la familia por la cancelación a última hora de una cirugía. Es importante explorar la asociación con el estrés ⁽²⁶⁾ y con la condición de base ya que en casos de pacientes con patología maligna de base la evaluación podría ser diferente ⁽²⁷⁾.

CONCLUSIONES

Es importante una muy buena comunicación con las pacientes en quienes se debe cancelar la cirugía. Además, se requieren más estudios que evalúen la magnitud de este problema en nuestra región, donde frecuentemente hay limitaciones de acceso a procedimientos quirúrgicos. A su vez, se debe indagar acerca de las consecuencias que estas cancelaciones tienen sobre la condición de base que indica la cirugía, como también sobre su salud mental y el bienestar del paciente a fin de minimizar los efectos sobre este.

REFERENCIAS

1. Pinheiro SL, Vasconcelos RO, Oliveira JLC, Matos FGOA, Tonini NS, Alves DCI. Surgical cancellation rate: Quality indicator at a public university hospital. *REME – Rev Min Enferm.* 2017;21: e-1014. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170024>
2. Herrod PJJ, Adiamah A, Boyd-Carson H, Daliya P, El-Sharkawy AM, Sarmah PB, et al. Winter cancellations of elective surgical procedures in the UK: A questionnaire survey of patients on the economic and psychological impact. *BMJ Open.* 2019;9(9): e028753. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028753>
3. Ivarsson B, Larsson S, Sjöberg T. Postponed or cancelled heart operations from the patient's perspective. *J Nurs Manag.* 2004;12(1):28-36. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00400.x>
4. Sodré RLS, Fahl MAFE. Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo. *RAS.* 2014;16(63):67-70. Disponible en: http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_noc=1355&p_nanexo=611
5. Ministerio de Protección Social, Colombia - Observatorio de la calidad de la atención en salud. Indicadores de instituciones prestadoras de servicios de salud 2006-2009. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Bolet%C3%ADn>



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

- %203%20Observatorio%20de%20Calidad%20en%20Salud.pdf
6. Perroca MG, Jericó MC, Facudín SD. Monitorando o cancelamento de procedimientos cirúrgicos: indicador de desempenho organizacional. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):113-9. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100015>
 7. Matzek LJ, Smith BB, Mauermann WJ, Bower TC, Smith MM. Same-Day cancellation in vascular surgery: 10-year review at a large tertiary care center. *Ann Vasc Surg*. 2020; <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2019.06.036>
 8. Dhafar KO, Ulmalki MA, Felemban MA, Mahfouz ME, Baljoun MJ, Gazzaz ZJ, et al. Cancellation of operations in Saudi Arabian hospitals: Frequency, reasons and suggestions for improvements. *Pak J Med Sci*. 2015;31(5):1027-32. <https://doi.org/10.12669/pjms.315.7932>
 9. Cho HS, Lee YS, Lee SG, Kim JM, Kim TH. Reasons for surgery cancellation in a general hospital: A 10-year Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;16(1):7. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010007>
 10. Chalya PL, Gilyoma JM, Mabula JB, Simbila S, Ngayomela IH, Chandika AB, et al. Incidence, causes and pattern of cancellation of elective surgical operations in a university teaching hospital in the Lake Zone, Tanzania. *Afr Health Sci*. 2011;11(3):438-43. <https://doi.org/10.4314/ahs.v11i3.438-43>
 11. Botazini NO, de Carvalho R. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. *Rev SOBCEC*. 2017;22(4):230-44. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040008>
 12. Al Talalwah N, McIltrout KH. Cancellation of surgeries: Integrative review. *J Perianesth Nurs*. 2019;34(1):86-96. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.012>
 13. Ng JHY, Luk BHK. Patient satisfaction: Concept analysis in the healthcare context. *Patient Educ Couns*. 2019;102(4):790-6. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.013>
 14. Marshall GN, Hays RD. The Patient Satisfaction Questionnaire Short-form (PSQ-18). Santa Monica, CA: RAND; 1994.
 15. Sánchez-del Río A, Alarcón-Fernández O, Baudet JS, Sainz-Menéndez Z, Socas-Méndez M, Píera-Jaén G. Validación de un cuestionario breve sobre satisfacción del paciente en endoscopia digestiva. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97(8):554-61. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082005000800003>
 16. Nápoles-Springer AM, Santoyo J, Houston K, Pérez-Stable EJ, Stewart AL. Patients' perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. *Health Expect*. 2005;8(1):4-17. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00298.x>
 17. Chakraborty SN, Bhattacharjee S, Rahaman A. Across-sectional study on patient satisfaction in an urban health care centre of Siliguri Municipal Corporation, Darjeeling, West Bengal. *Med J DY Patil Univ*. 2016;9(3):325-30. <https://doi.org/10.4103/0975-2870.182502>
 18. González-Arévalo A, Gómez-Arnau JI, De la Cruz FJ, Marzal JM, Corral EM, et al. Causes for cancellation of elective surgical procedures in a Spanish general hospital. *Anaesthesia*. 2009;64(5):487-93. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2008.05852.x>
 19. Aguirre JF, Chávez G, Huitrón GA, Cortés N. ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. *Gac Méd Méx*. 2009;139(6):545-51.
 20. Fernández-Mogollón JL, Zapata-Velezmoro R, Cruz-Polo RS. Características de la suspensión de cirugías electivas en un hospital de la Seguridad Social en Chiclayo, Perú. 2016. *Rev Cuerpo Méd. HNAA*. 2017;10(3):126-31. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaa.2017.103.3>
 21. Muñoz-Caicedo A, Perlaza-Cuero LA, Burbano-Álvarez VA. Causas de cancelación de cirugía programada en una clínica de alta complejidad de Popayán, Colombia. *Rev Fac Med*. 2019;67(1):17-21. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.66648>
 22. Domínguez-Lozano B, Ortega-Crespo G, Díaz-Pérez A. Incidencias y causas de la cancelación de cirugía en un hospital universitario, Barranquilla, Colombia, 2016. *Enferm Glob*. 2020; 19(57):507-26. <https://doi.org/10.1191/eglobal.19.1.380441>
 23. Broullón A, Cabadas R, Sonsoles M, Vázquez A, Ojea M, Fernández N, et al. Análisis retrospectivo de las suspensiones quirúrgicas y de los factores influyentes durante 8 años. *Cir Esp*. 2019; 97(4):213-21. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.01.006>
 24. González AP, Aragón AM. Costos de no calidad por la cancelación de cirugías en una clínica privada de Bogotá D.C., Colombia. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración*. 2015;11(21):17-26. <https://doi.org/10.18270/cuaderlam.v11i21.1616>
 25. Ivarsson B, Kimblad PO, Sjöberg T, Larsson S. Patient reactions to cancelled or postponed heart operations. *J Nurs Manag*. 2002;10(2):75-81. <https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00293.x>
 26. Marshall GN, Hays RD, Mazel R. Health status and satisfaction with health care: Results from the medical outcomes study. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(2):380-90. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.380>
 27. Lee Y, Kasper JD. Assessment of medical care by elderly people general satisfaction and physician quality. *Health Serv Res*. 1998;32(6):741-58.

Correspondencia: Karen Giovanna Blas-Benites, Av. Angamos 261, Miraflores, Lima (Perú). Teléfono: +51 997108150. kghb123@hotmail.com



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021



PRESENTACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

El 15 de Enero del presente, se realizó la presentación de la nueva Junta Directiva del Centro de Estudiantes de Medicina.



PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA DE MENTORÍA A LOS SECRETARIOS GENERALES DE LAS CINCO ESCUELAS PROFESIONALES.

El día 20 de enero se realizó la presentación del Programa de Mentoría centrada en la Persona y el Desarrollo Humano a los secretaries Generales de las cinco Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina de nuestra Universidad.



REUNIÓN CON INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN

El 22 de febrero la Unidad de Investigación del Vicedecanato de Investigación y Posgrado realizó la reunión con los Institutos de Investigación para compartir ideas de mejora y fortalecimiento de las actividades de investigación.



VIDEOCONFERENCIA CON LA UNIÓN DE UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – UDUAL

El día 28 de enero se realizó la videoconferencia convocada por la Unión de Universidades de América Latina y El Caribe – UDUAL con la finalidad de conversar la posibilidad de realizar un curso de posgrado conjunto en ECONOMÍA Y SALUD.





BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

El 29 de enero se realizó la reunión con los secretarios generales de los Centros de estudiantes de Medicina, dirigentes estudiantiles de los ingresantes promoción 2019 para la presentación del Programa de Mentoría centrada en la Persona y el Desarrollo Humano.



El 29 de enero se llevó a cabo la reunión con la asociación Peruvian American Medical Society (PMAS) para planificar actividades de colaboración mutua.



El 6 de febrero el Vicedecano clauró del simposio Experiencias del manejo nutricional de la segunda especialidad en nutrición clínica.



LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS SE POSICIONA COMO LA MEJOR DEL PERÚ

La “reconocida web de calificación de universidades a nivel mundial Webometrics, posicionó a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) en el primer lugar del ranking a nivel de universidades peruanas y en el puesto 58 entre las mejores universidades de América Latina, según su último reporte del mes de enero de 2021”.

El 9 de febrero se asistió a la reunión convocada por la Dirección General de Posgrado para socializar el Reglamento de dicha Dirección General.





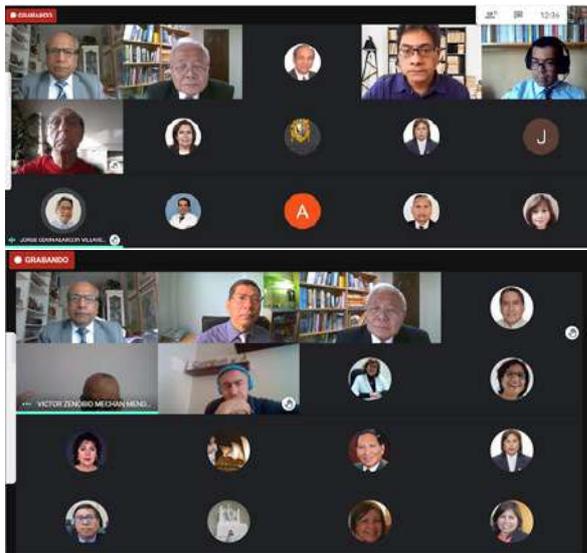
BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

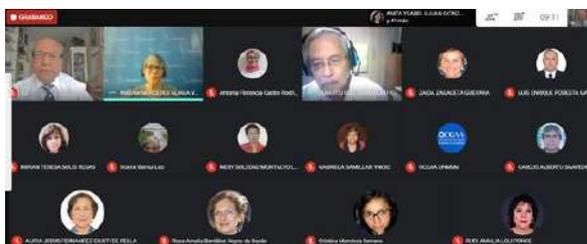
AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

El 15 y 16 de febrero se realizó la reunión con los docentes RENACYD con la finalidad de compartir los lineamientos de mejora de la investigación en la Facultad de Medicina.



El 2 de marzo el Vicedecano participó en la actividad científica Diálogo en Salud: Salud Pública en tiempos de Pandemia organizado por la Red de Docentes e Investigadores de Salud Pública (REDISP).

El 15 de febrero se realizó la reunión con el SINEACE donde se abordó el tema de la evaluación como dinamizador del cambio.



En el mes de febrero y marzo se realizaron reuniones de coordinación para la creación del diplomado en Cuidados Neurocríticos con docentes de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

El 16 de febrero se realizó el lanzamiento de la Mentoría centrada en la Persona y el Desarrollo Humano.



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021



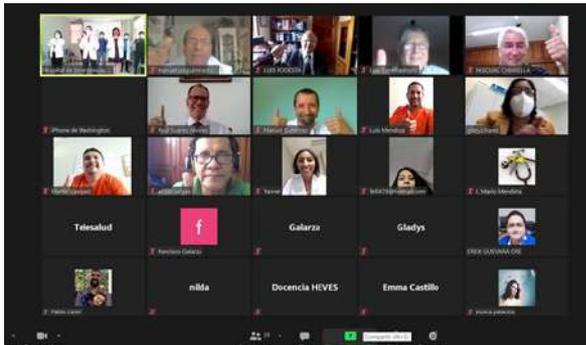
PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

El lunes 22 de marzo se realizó la presentación del Hospital de Emergencias Villa el Salvador que será la sede de los nuevos campos clínicos para el residentado de la Facultad de Medicina de San Fernando.



ACTO DE CELEBRACIÓN DEL LXIV ANIVERSARIO DE CREACIÓN DEL INSTITUTO CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE BIOQUÍMICA Y NUTRICIÓN "ALBERTO GUZMÁN BARRÓN"

El día 23 de Marzo del presente se realizó la "Ceremonia de Celebración del 64° Aniversario del Instituto Centro de Investigación de Bioquímica y Nutrición" de la Facultad de Medicina de San Fernando de la UNMSM.



ACCESO GRATUITO REDCAP

El martes 23 se llevó a cabo la capacitación a los docentes RENACYT para el acceso gratuito al "REDCAP" aplicación informática especializada en la elaboración de formularios virtuales relacionados a proyectos de investigación en salud.



El 25 de marzo se realizó la videoconferencia con representantes de la Universidad de Steinbeis de Alemania para la creación de la Diplomatura en Emergencias médicas pre hospitalarias.





BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021

COLABORADOR DEL MES

El 26 de marzo se realizó la ceremonia de reconocimiento al colaborador del mes que en esta oportunidad recayó en tres excelentes colaboradores del Vicedecanato de Investigación y Posgrado: Freddy Gutierrez Vargas, Mirella Torres Talavera y Stefany Mirella Aquije Grández.



CURSO-TALLER VIRTUAL DE REVISIONES SISTEMÁTICAS DE INTERVENCIONES EN SALUD

El 27 de marzo se dio inicio al Curso-Taller virtual de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones en Salud organizado por el Instituto Nacional de Salud y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para los docentes que realizan asesoría de tesis.

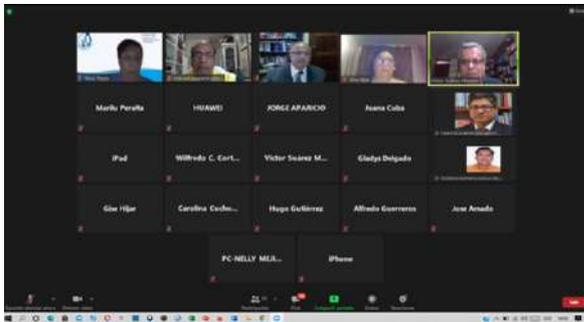


BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021



Entre las principales conclusiones de la reunión se llegó a las siguientes:

1. Se propondrá un evento de difusión (seminario o similar), sobre la investigación formativa como eje integrador en la enseñanza de salud pública. Responsable: Eva Miranda.
2. Se propondrá una línea de trabajo sobre gestión de servicios, que pueda establecer un trabajo colaborativo con INCOR. Responsable: Adriel Olórtegui.
3. Se hará una revisión de lo actualmente publicado por los integrantes del Grupo, para agruparlos en función de las líneas de investigación actualmente reconocidas por el grupo, para potenciar temas específicos, y si fuera el caso, formalizar nuevas líneas de investigación. Responsable: Giovanni Meneses.
4. Se establecerán reuniones periódicas: Mensuales durante el año, quincenales antes del inicio del año académico, con la finalidad de promover un funcionamiento colectivo y propiciar actividades colaborativas al interior del Grupo. Próxima reunión: Martes 23 de Marzo de 6 a 8 pm.

GRUPO DE INVESTIGACION SYSTEMIC

El Grupo de Investigación Systemic, tuvo su primera reunión ordinaria de trabajo del año 2021, el martes 09 de Marzo de 2021; 6 a 8 pm.

Con la asistencia de 15 miembros docentes, se intercambiaron ideas para el Plan de Trabajo 2021.

El Coordinador del Grupo, Dr. Pedro Mendoza Arana, hizo una presentación sobre las normas que rigen a los Grupos de Investigación, tanto las de CONCYTEC como las de nuestra Universidad, así como un breve diagnóstico inicial del estado actual de la producción científica por parte de los miembros del Grupo, medido por el Índice H, tanto el de Google Scholar, donde la suma de índices h individuales llega a 73, como con el Índice H Scopus, que llega a 6, y se hizo un análisis de algunas estrategias para subir estas cifras y que la cifra promedio del grupo se incremente en ambos indicadores.



BOLETÍN

VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ISSN:

AÑO 1, N° 1, MARZO DEL 2021



Videoconferencias

El lunes 22 de febrero se realizó la Videoconferencia a cargo del Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano quién abordó el tema Investigación: Perspectivas.

El lunes 29 se realizó la Videoconferencia de la MD Rossana Baracco Maggi, Nefróloga Pediatra del Children's Hospital of Michigan que abordó el tema Hipertensión en niños.

