

Causas implicadas en la suspensión de pacientes tributarios para cirugía electiva

Causes for the suspension of elective surgery for eligible patients

Amy Torres Montes de Oca^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4940-2049>

Yisel Durand Moran¹ <https://orcid.org/0000-0003-3889-4399>

Beatriz Ramírez López¹ <https://orcid.org/0000-0001-6773-6387>

Hugo Puentes Téllez¹ <https://orcid.org/0000-0003-3564-9603>

Ileana Leyva Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0001-7396-5768>

Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. camy7969m@yahoo.com

RESUMEN

Introducción: La suspensión de la intervención quirúrgica es una situación que ocasiona inconvenientes, va en contra de optimizar las actividades, reducir costos, evitar la pérdida de materiales y desarrollar el trabajo con la más alta calidad.

Objetivo: Describir las principales causas implicadas en la suspensión de los pacientes tributarios para cirugía electiva.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba, en el periodo comprendido de septiembre 2017-septiembre 2018. De una población de 4 511 cirugías anunciadas, se tomó una muestra de 1 289 pacientes que fueron suspendidos en la consulta de anestesia y en el preoperatorio inmediato.

Resultados: La especialidad de cirugía general presenta el indicador más alto (26,9 %) del total de las suspensiones en consulta, así de las 798 suspensiones en la consulta 476 (59,6 %) fueron debidas a los pacientes, 341 por causas médicas (42,7 %), es decir, más de la mitad de las suspensiones obedecieron a las alteraciones clínicas. Se le atribuye al hospital 386 suspensiones para 29,9 % del total de las suspensiones.

Conclusiones: La incidencia de las suspensiones anestésico-quirúrgicas es elevada tanto en la consulta anestésica como en el preoperatorio inmediato. Estas, junto a las causas relacionadas con el paciente, constituyen la experiencia práctica médico-asistencial más relevantes y es de tener en consideración por el anestesiólogo actuante, fundamentalmente ante la presencia de enfermos aquejados de comorbilidades cardiovasculares.

Palabras clave: suspensiones quirúrgicas; cirugía electiva; evaluación preoperatoria; calidad de la asistencia.

ABSTRACT

Introduction: Suspension of the surgical intervention is a situation that causes inconveniences, goes against optimizing activities, reducing costs, avoiding loss of materials and developing the work with the highest quality.

Objective: To describe the main causes for the suspension of elective surgery for eligible patients.

Methods: A cross-sectional and descriptive study was carried out at Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso General Teaching Hospital in Santiago de Cuba, in the period from September 2017 to September 2018. From a population of 4511 announced surgeries, a sample of 1289 patients was taken, who were interrupted for surgery during the anesthesia consultation and in the immediate preoperative period.

Results: The specialty of general surgery presents the highest indicator (26.9%) of the total number of suspensions during consultation; thus, of the 798 suspensions during consultation, 476 (59.6%) were due to patients, and 341 were due to medical causes (42.7%), that is, more than half of the suspensions owed to clinical alterations. The hospital was attributed 386 suspensions, accounting for 29.9% of the total.

Conclusions: The incidence of anesthetic-surgical suspensions is high both during anesthesiology consultation and in the immediate preoperative period. These, together with the causes related to the patient, constitute the most relevant medical-assistance practical experience and must be taken into consideration by the acting anesthesiologist, mainly in the presence of patients suffering from cardiovascular comorbidities.

Keywords: surgical suspension; elective surgery; preoperative evaluation; quality of care.

Recibido: 15/05/2020

Aprobado: 13/06/2020

Introducción

La repercusión de las suspensiones quirúrgicas inciden desfavorablemente en el paciente, familiares, y en el equipo que se encarga de realizar la operacionalización del trabajo.^(1,2,3) Además, también propicia consumo de tiempo y recursos materiales, disminución de la calidad de la asistencia y de la propia institución de cuidados de salud. Esto eleva el costo operacional y financiero por el aumento de la tasa de permanencia con el consecuente encarecimiento del costo diario por cama y disminución de su disponibilidad.^(4,5,6,7,8)

Es bien sabido que la suspensión de pacientes de las listas quirúrgicas de cirugía electiva disminuye la eficiencia, duplica la carga de trabajo y desaprovecha el tiempo de quirófano.^(9,10,11,12) La suspensión de procedimientos quirúrgicos electivos también causa trauma emocional a la comunidad en general, y su impacto en los recursos hospitalarios es considerable debido a la hospitalización prolongada y el alto costo de la atención médica.^(13,14,15,16)

La suspensión de cirugías es un dilema constante para casi todos los servicios quirúrgicos de salud. Las tasas de suspensiones informadas por las diferentes instituciones van desde cifras tan bajas como 3,9 % hasta extremadamente altas como 40 %; Así mismo, las especialidades quirúrgicas se comportan de manera diferente en este sentido.^(2,17,18,19,20)

Actualmente esta problemática resulta incómoda para los profesionales de la salud implicados; ya que afecta la calidad, satisfacción y seguridad del paciente. Tomando en cuenta que algunas situaciones pudieran ser evitadas y otras modificadas, es necesario realizar un análisis detallado que permita identificar las causas que influyen en la suspensión de una cirugía programada, para mejorar la calidad de la atención anestésico-quirúrgica.

Por lo antes expuesto, el objetivo de esta investigación fue describir las principales causas implicadas en la suspensión de los pacientes tributarios para cirugía electiva.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal acerca de las causas que influyen en las suspensiones de las intervenciones quirúrgicas electivas en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” de Santiago de Cuba, en el periodo de septiembre de 2017 a septiembre de 2018. De una población de 4 511 cirugías programadas, se escogió una muestra de 1 289 que fueron suspendidos en la consulta de anestesia 798 pacientes y 491 en el preoperatorio inmediato.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Pacientes con estado físico según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) 1, 2, 3.

ASA 1. Paciente sano sin enfermedades orgánicas, bioquímicas ni psiquiátricas.

ASA 2. Un paciente con una enfermedad sistémica leve. Sin repercusión significativa en la actividad diaria. Improbable que repercuta en la anestesia y la intervención quirúrgica.

ASA 3. Enfermedad sistémica significativa o grave que limita la actividad normal.

2. Pacientes que no tuvieran antecedentes de enfermedad psiquiátrica.

3. Pacientes que dieron su consentimiento (oral y escrito) para participar en la investigación.

El criterio de exclusión estuvo basado en los pacientes anunciados como cirugía de urgencias.

Operacionalización de las variables

Para identificar las principales causas implicadas en las suspensiones de pacientes programados para cirugía electiva se propusieron las siguientes variables:

Servicio Quirúrgico que remite: se refiere al servicio quirúrgico de asistencia de donde procede el paciente que fue suspendido: cirugía general, ortopedia y traumatología, urología, angiología, proctología, ginecología, cirugía estética. Variable: cualitativa nominal.

Programación quirúrgica: Se refiere a como se va anunciar la intervención quirúrgica y si es cancelada por alguna razón.

Cirugía programadas: operación temprana pero que no es una urgencia vital (por ejemplo, cáncer).

Cirugía suspendida: procedimiento que no se realiza en el momento que se encuentra programado el paciente, teniendo asignación del día y hora para la intervención quirúrgica o incluso ya se encuentra en sala de preoperatorio inmediato y por alguna condición se pospone la cirugía. Variable: cualitativa nominal.

Causas de suspensión, cancelación o posposición anestésica: se refiere a todas aquellas causas que ocasionaron la no aceptación por parte de los anestesiólogos para la intervención quirúrgica en el preoperatorio mediato e inmediato. Detención o interrupción del desarrollo de una acción durante un tiempo o indefinidamente para un mejor estudio, estas fueron agrupadas en tres grandes grupos que se detallan a continuación.

Atribuibles al paciente: se consideraron todas las alteraciones clínicas identificadas en la anamnesis y en el examen físico cuando se le fue a realizar la historia clínica anestésica a los pacientes, además de los resultados mostrados en los exámenes complementarios. Fueron agrupadas en las siguientes categorías: enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca); enfermedades respiratorias (asma bronquial, catarro común y enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfermedades endocrino metabólicas (diabetes mellitus, alteraciones tiroideas y otros de los factores dependientes única y exclusivamente de los pacientes ocurridos el día de la intervención quirúrgica, tales como: negativa del paciente y ausencias al turno quirúrgico por parte del enfermo.

Atribuibles al médico: se consideraron los insuficientes estudios preoperatorios, estudios vencidos o alterados según las normas de

anestesiología, así como remisiones indispensables a interconsultas con otras especialidades.

Atribuible al hospital (institucionales): inconveniente que se presenta de forma administrativa el cual impide que se lleve a cabo el procedimiento quirúrgico en el paciente programado para cirugía electiva y las suspensiones por parte del equipo quirúrgico: los cuales solo son atribuibles al momento de la cirugía y que no son de índole anestésico. Variable: cualitativa nominal.

Técnica de procesamiento

Los datos primarios en el preoperatorio mediato se tomaron de la historia clínica del paciente, con el apoyo de los médicos especialistas y residentes de la especialidad. En el preoperatorio inmediato estos fueron recogidos de la historia clínica anestésica una vez determinada la causa de suspensión del paciente recogidas de igual forma, pero por el anesthesiólogo que se encontraba en el salón de operaciones a cargo del caso en ese momento. Inmediatamente se procedió a realizar una entrevista al enfermo para obtener datos adicionales necesarios para la investigación explicándoles los motivos e importancia de estos. Para cumplimentar el objetivo de este trabajo se coordinó con el jefe de servicio, especialistas y residentes de Anestesiología y Reanimación que asisten a la consulta preoperatoria, informándoles el objetivo propuesto del estudio.

Todos estos datos fueron plasmados en una planilla de recolección de datos diseñada a los efectos de la investigación. También se buscó información necesaria en el departamento de estadísticas del Hospital, Google Académico, Web of Science, ClinicalKey, Elsevier, Infomed, así como en las revistas de diferentes países y páginas Web de otras especialidades, que publican artículos de interés vinculados con el tópico, luego se procedió a generar una base de datos en Microsoft Excel®, que facilitó el análisis estadístico, haciendo uso de una laptop, marca Asus®, se utilizó el programa SPSS/PC, versión 21.0.

La técnica de elaboración y síntesis de los resultados se realizó mediante los procesos básicos de pensamiento tales como análisis, síntesis, generalización y abstracción, lo que permitió establecer comparaciones, resultados y llegar a conclusiones.

Aspectos éticos

El presente estudio se realizó de acuerdo con lo establecido por la Declaración de Helsinki, enmendada por la quincuagésimo segunda Asamblea General en Edimburgo, Escocia, en octubre de 2008 y asumiendo los principios de la escuela deontológica cubana. Se cumplimentaron las normas éticas en cuanto a la discreción, confiabilidad de la información, honestidad y demás que caracterizan a los profesionales e investigadores cubanos.

Resultados

De un total de 4 511 cirugías programadas, fueron suspendidas 1 289 pacientes tributarios de una cirugía electiva, de estos 798 se suspendieron en el periodo preoperatorio mediato y 491 en el preoperatorio inmediato.

En el período analizado, las suspensiones preoperatorias se comportaron de manera similar en ambos años (tabla 1). La especialidad de cirugía general presenta el indicador más alto (26,9 %) del total de las suspensiones en consulta al ser la que mayor número de intervenciones quirúrgicas programa anualmente. Esta es una especialidad muy abarcadora en diagnósticos y tratamientos quirúrgicos por lo que tiene más afluencia de pacientes. El servicio de ortopedia también presentó un elevado índice de suspensiones con 24,7 %, seguido de urología con 19,1 %.

Tabla 1 - Cirugías suspendidas en el preoperatorio mediato según servicio quirúrgico que remite

Servicio quirúrgico que remite	Cirugías suspendidas en los años evaluados				Total	
	2017		2018			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cirugía general	105	24,8	110	29,3	215	26,9
Ortopedia	97	22,9	100	26,7	197	24,7
Urología	80	18,9	72	19,2	152	19,1
Angiología	58	13,7	28	7,5	86	10,8
Proctología	38	8,9	30	8,0	68	8,5
Ginecología	31	7,4	27	7,2	58	7,3
Cirugía estética	14	3,4	8	2,1	22	2,7
Total	423	100	375	100	798	100

En la tabla 2 se presentan las suspensiones por causas relacionadas con el paciente, distribuidas en tres grupos: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y enfermedades endocrino-metabólicas. Del total de suspensiones ocurridas casi la mitad fueron por enfermedades cardiovasculares con 205 casos para 43,1 %. Así de las 798 suspensiones en la consulta 476 (59,6 %) fueron debidas a los pacientes, es decir, más de la mitad de las suspensiones obedecieron a las alteraciones clínicas.

Tabla 2 - Causas de suspensiones relacionadas con el paciente en el preoperatorio mediato e inmediato

Servicio quirúrgico que remite	Causas de suspensión relacionadas con el paciente						Total	
	Enfermedades cardiovasculares		Enfermedades respiratorias		Enfermedades endocrino-metabólicas			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cirugía general	95	46,3	22	12,7	35	35,7	152	31,9
Ortopedia	45	21,9	57	33,0	16	16,3	118	24,8
Urología	33	16,1	41	23,7	11	11,2	85	17,9
Angiología	10	4,9	7	4,0	19	19,3	36	7,6
Proctología	6	3,0	24	13,9	7	7,2	37	7,6
Ginecología	14	6,8	13	7,5	7	7,2	34	7,1
Cirugía estética	2	1,0	9	5,2	3	3,1	14	2,9
Total	205	100	173	100	98	100	476	100

En la tabla 3 se agruparon en cuatro causas específicas para su mejor valoración: falta de interconsultas médicas, estudios incompletos, complementarios alterados y complementarios vencidos. De estas, la de mayor frecuencia correspondió con la necesidad de interconsultas con otras especialidades (104) para 30,5 % de las 341 suspendidas, seguido de estudios incompletos (102) que representan 29,9 %.

El servicio de cirugía general presentó el mayor porcentaje (24,6 %) del total de suspensiones. Si se analizan las suspensiones atendiendo a las causas médicas de forma específica, se observa que esta especialidad tiene el primer lugar por falta de interconsultas con otras especialidades clínicas, pues las 41 suspensiones representan 39,4 % del total de las cirugías pospuestas por falta de interconsulta médica debido a descompensaciones clínicas que requerían de interconsultas. La mayoría de las veces, con la especialidad de cardiología y neumología para su mejor valoración y estado de compensación.

Tabla 3 - Causas médicas de suspensiones de cirugía electiva en el preoperatorio mediato

Servicio de quirúrgico que remite	Causas de suspensión relacionadas con la atención médica									
	Falta de interconsulta médica		Estudios incompletos		Complementarios alterados		Complementarios alterados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cirugía general	41	39,4	26	25,5	13	15,9	17	32,1	84	24,6
Ortopedia	12	11,5	24	23,5	10	12,2	9	17,0	68	19,9
Urología	24	23,1	13	12,8	18	22,0	12	22,6	67	19,6
Angiología	10	9,6	9	8,8	22	26,8	9	17,0	50	14,7
Proctología	7	6,7	11	10,8	16	19,5	3	5,7	37	10,8
Ginecología	6	5,8	15	14,7	2	2,4	1	1,9	24	7,0
Cirugía estética	4	3,9	4	3,9	1	1,2	2	3,8	11	3,2
Total	104	100	102	100	82	100	53	100	341	100

En el preoperatorio inmediato 10,9 % de las cirugías programadas fueron suspendidas, lo que significa un elevado índice de cancelaciones. La especialidad

de cirugía general aportó el mayor por ciento de los casos 192 para 39,1 % debido a que es la especialidad que más casos programa y a la que más salones se le asignan por la cantidad de pacientes que presentan con enfermedades quirúrgicas (tabla 4).

Tabla 4- Cirugías programadas y suspendidas en el preoperatorio inmediato

Servicio quirúrgico que remite	Cirugías Programadas		Cirugías Suspendidas	
	Nº	% ¹	Nº	% ²
Cirugía general	1714	38,0	192	39,1
Ortopedia	998	22,1	93	18,9
Urología	173	7,5	76	15,5
Angiología	468	8,3	24	4,9
Ginecología	451	13,0	98	19,9
Cirugía estética	707	8,2	8	1,7
Total	4511	100	491	10,9

¹Porcentaje calculado sobre la base del total de cirugías programadas.

²Porcentaje calculado sobre la base de cirugías suspendidas en cada uno de los servicios analizados.

De acuerdo con los datos recogidos en el salón de operaciones, hubo 873 suspensiones las cuales fueron divididas al igual que en la consulta preanestésica: en causas pacientes, y causas institucionales. Se excluyeron las causas médicas ya que no se presentó ninguna en el estudio. Prevalcieron las suspensiones por causas relacionadas con el paciente en 55,7 % (487) del total de las suspensiones (tabla 5). Es importante esclarecer que varios pacientes presentaron más de 1 causas de cancelación.

Otra razón nada desdeñable de posposición de la cirugía, está relacionada con el ausentismo del paciente, aunque solamente hubo 14 casos. El presente estudio atribuye al hospital 386 suspensiones para 44,2 % del total de las suspensiones, causas que representan los problemas que la institución tiene en su funcionamiento, lo que compromete su dinámica diaria, genera costos elevados y sentimiento negativo en el paciente en relación a la atención hospitalaria.

Tabla 5 - Principales causas de suspensiones relacionadas con el paciente y con la institución en el preoperatorio inmediato

Servicio quirúrgico que remite	Causas de suspensión				Total	
	Relacionadas con el paciente		Causas institucionales			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cirugía general	187	38,4	103	26,7	290	33,3
Ortopedia	97	19,9	96	24,9	193	22,1
Urología	54	11,1	57	14,8	111	12,7
Angiología	5	1,1	12	3,1	17	1,9
Proctología	56	11,5	38	9,8	94	10,8
Ginecología	85	17,4	53	13,7	138	15,8
Cirugía estética	3	0,6	27	7	30	3,4
Total	487	37,8	386	44,2	873	100

Discusión

Una prioridad del Ministerio de Salud Pública es la preservación de la salud de la población y de su entorno. Dentro de este contexto se encuentra la atención de diversas afecciones que se corrigen únicamente con la realización de una intervención quirúrgica y donde están involucradas varias especialidades médicas entre ellas cirugía y anestesiología, dígame cirugía a todas las especialidades quirúrgicas, para esto es necesario preparar al paciente tanto física como psicológicamente para enfrentar el proceso quirúrgico y que llegue al quirófano en las mejores condiciones.

La calidad se considera como un factor clave en la excelencia de los servicios, se infiere que la calidad en atención médica y la salud de los pacientes también se relaciona con la suspensión de una cirugía programada en la atención hospitalaria y el bienestar de las personas, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados, ya que los centros de salud pueden prestar servicios similares, pero con diferente calidad.⁽⁹⁾

La cancelación de las cirugías planificadas es un problema de calidad bien identificado que en la actualidad preocupa debido a que de ella también depende la excelencia de la gestión de la calidad y la atención de los pacientes de un hospital lo que puede medirse por la tasa de cancelación de las cirugías electivas.⁽³⁾

La tasa de suspensión de intervención quirúrgica en la investigación presente fue de 28,57 %, nada despreciable, sin comparación con otras instituciones de primer nivel, en hospitales universitarios de Estados Unidos, la tasa de suspensión quirúrgica oscila entre 5 % y 13 %, mientras que en otros países como Canadá, Australia, Inglaterra y Pakistán las tasas reportadas fueron de 10 %, 12 %, 14 % y 25 %, respectivamente.^(3,4,5,6,7,8) es de señalar que esta tasa es considerablemente alta por lo que es necesario dar un vuelco urgente a esta problemática muy relevante para los profesionales de la salud implicados; ya

que afecta en la calidad, satisfacción, seguridad del paciente y a la institución implicada.

En términos generales la especialidad que más cancelaciones quirúrgicas aportó en el actual estudio fue cirugía general, seguido de ortopedia y urología. Se encontraron estudios con resultados similares como el de *Muñoz Caicedo* y otros⁽⁵⁾ el cual plantea un alto porcentaje en cirugía general (22,7 %), traumatología (10,8 %) y cirugía vascular (10,3 %), como las especialidades a la que más se le cancelaron cirugías.

Churata Díaz⁽⁶⁾ en su estudio sobre los factores asociados a suspensión de cirugías electivas, encontró que la mayor tasa de suspensión de pacientes en el electivo fue la especialidad de cirugía general con 24,9 %, seguidas de oftalmología 23,5 % y traumatología 18,7 %.

Sánchez Esquiche⁽⁷⁾ en su trabajo *Factores asociados a la suspensión de operaciones electivas*, concuerda con esta investigación con 42,2 % del total de las operaciones que pospusieron pertenecieron a la especialidad de cirugía general. En Cuba los estudios realizados por *Fuentes Díaz*⁽¹⁰⁾ coincide la especialidad de cirugía general como la que proporciona más suspensiones con un 45 %, seguido de ortopedia y urología con 24 % y 16 % respectivamente. Así mismo *López* y otros⁽¹¹⁾ plantean que es la especialidad de cirugía general a la que más se le posponen las cirugías con 8,1 % del total, seguido por la de ortopedia.

Mientras que en otro estudio realizado en el Hospital “Calixto García”⁽²⁾ la especialidad que aportó más pacientes al listado de suspensiones quirúrgicas fue maxilofacial con 415 pacientes para 35,1 % del total de cancelaciones, cirugía general con 241 pacientes para 20,4 % y cirugía reconstructiva con 146 pacientes para 12,3 %, a pesar que cirugía general ocupó el segundo lugar. También la mayoría de las cirugías electivas canceladas en ese período de estudio fueron por razones relacionadas con el propio paciente (89,8 %), siendo la no asistencia el día de la intervención, la causa más frecuente de suspensión.

No se presentaron el día programado para su operación un total de 931 pacientes para 78,7 % de las suspensiones y 3,8 % de las cancelaciones se debieron a descompensación de enfermedades crónicas fundamentalmente la hipertensión arterial, seguida de la diabetes mellitus, lo cual coincide con este estudio, a pesar de que la segunda causa de descompensación atribuibles al paciente en el presente informe son las causas respiratorias quedando las endocrinometabólicas en tercer lugar.

Al analizar las causas de suspensiones relacionadas con el paciente en el preoperatorio mediato e inmediato, del total de cancelaciones ocurridas casi la mitad de estas fueron por enfermedades cardiovasculares descompensadas con 205 casos para 43,1 % fundamentalmente la hipertensión arterial descompensada, seguidas de las patologías respiratorias y las endocrinometabólicas, lo que deja un margen importante para la mejora, debido a la necesidad de una mejor exploración del paciente por parte de los cirujanos.

Es recomendable el mantenimiento de consultas preoperatorias para garantizar la compensación de los pacientes antes de la cirugía.

Muñoz Caicedo y otros⁽⁵⁾ reportaron 56,7 % de cirugías suspendidas por causas atribuibles al paciente y de este porcentaje, 23,2 % tuvo como causa el hecho de que el paciente no se presentó a la cirugía. *Abedaño* y *Coca*⁽¹¹⁾ con respecto a las causas clínicas, en este trabajo las alteraciones agudas de la función cardiovascular fueron la segunda causa para cancelar una cirugía (19,3 %), y entre ellas, la hipertensión fue la de mayor frecuencia.

Fuentes Díaz⁽⁹⁾ recoge las causas pacientes como el principal motivo de cancelación, dentro de ellas a la hipertensión arterial y un bajo porcentaje en cuanto a la negativa y ausentismo del paciente, hace alusión a la falta de material para realizar el procedimiento, estos resultados son mayores que los encontrados en nuestro estudio, plantea que 21,61 % de suspensiones se atribuye al personal médico, y corresponden al cirujano 23,07 % tal responsabilidad, estos últimos resultados son similares a los hallados en la presente investigación. *Martínez Blanco* y otros⁽²⁾ plantean en su estudio que fueron canceladas 1 183 cirugías para 4,9 % del total de cirugías programadas, porcentaje que se queda por debajo del nuestro a pesar de encontrarse en el rango analizado anteriormente.

Actualmente, los pacientes con comorbilidades conocidas inevitablemente se cancelan aún muchas cirugías por razones médicas; sin embargo, este hecho podría reflejar la necesidad de una consulta y discusión adicional para mejor comprensión entre el paciente y su médico; lo cual permitiría aclarar todas las posibles preocupaciones del paciente y proporcionar una mejor participación de éste en la toma de decisiones y, por lo tanto, mejor cumplimiento de la cirugía programada.⁽²⁾

López López⁽¹⁰⁾ plantea en su exposición que las causas de origen médico ocupan un porcentaje más alto que el de las no médicas, lo que indica que no se llevan a cabo los procedimientos adecuados en la planeación de la cirugía y para la preparación del paciente, reflejándose en la suspensión de la cirugía que implica en forma importante la participación del personal de salud.

En la investigación que se presenta la suspensión por estudios incompletos tuvo el mayor índice correspondiendo a cirugía general con 25,5 %, seguido de ortopedia con 23,5 %. Esto provocó la necesidad de indicar nuevos estudios, en muchas ocasiones estos exámenes no estaban relacionados con la intervención quirúrgica sino a sus patologías asociadas, como por ejemplo padecimiento de diabetes mellitus, ya que solo se presentaban con los complementarios de rutina indicados por en la especialidad quirúrgica en cuestión, lo que resulta en un nuevo malestar para el paciente al tener que realizar dichos exámenes, además de incrementarse el costo y tener que acudir a un nuevo turno quirúrgico.

Los problemas administrativos causaron 29,9 % de las cancelaciones quirúrgicas en el actual trabajo, estas causas representan los problemas que la Institución sufre en su funcionamiento y acaban comprometiendo su dinámica diaria,

generando costos elevados para la misma y sentimiento negativo en el paciente en relación a la atención hospitalaria. Estos aspectos son indicativos de la necesidad de mejorar la organización y planificación en esta institución, de forma tal que se reduzcan las fallas en el cumplimiento de los contextos del sistema puesto que las áreas de cirugías son servicios que requieren de una gran logística y una administración eficiente.

Los autores del presente trabajo son del criterio que el control del paciente y su atención preoperatoria adecuada es responsabilidad de los cirujanos, quienes tienen el primer contacto con el paciente, y es su compromiso cubrir estos requisitos, por lo que se infiere que estos inconvenientes se deben a limitantes existentes en su formación durante los años de estudio en su programa de residencia de la especialidad relacionado con la evaluación preoperatoria. Las causas de suspensión por la institución pueden variar por el tipo de hospital, servicio o región; sin embargo, las causas de origen médico son susceptibles de corregir, puesto que involucran en forma importante al personal de la salud y con ello se resolverían el 70 % de los casos, con lo que el índice de suspensión disminuiría a la mitad.

La incidencia de las suspensiones anestésico-quirúrgicas es considerablemente elevada; tanto en la consulta anestésica, como en el preoperatorio inmediato. Además, las causas relacionadas con el paciente constituyen en la experiencia práctica médico-asistencial las más relevantes y es de tener en consideración por el anestesiólogo actuante, fundamentalmente ante la presencia de enfermos aquejados de comorbilidades cardiovasculares.

Referencias bibliográficas

1. Coyoy Arriaza CE. Causas de cancelación de procedimientos quirúrgicos electivos en servicio de Traumatología y Ortopedia de adultos. Tesis en opción de Master en Ciencias Médicas. 2017[acceso: 10/06/2020]. Disponible en: <http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05-10414.pdf>
2. Martínez Blanco C, Massip Nicot J, Ortiz Almeida L, Martínez Gálvez I, Santana Lechuga J, Terry Villa O. Suspensión de cirugías electivas en el Hospital Calixto García: causas y prevalencia. 2017[acceso: 27/03/2019];5(2):13. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/234>
3. Fayed A, Elkouny A, Zoughaibi N, Wahabi HA. Elective surgery cancelation on day of surgery: An endless dilemma. Saudi J Anaesth. 2016[acceso: 10/06/2020];10(1):68-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4760047/>
4. Addoum R, Fadlallah R, Hitti E, El-Jardali F, El Eid G. Causes of cancellations on the day of surgery at a Tertiary Teaching Hospital. BMC Health Serv Res. 2016[acceso: 10/06/2020];16:259. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27412041>

5. Muñoz Caicedo A, Perlaza Cuero LA, Burbano Álvarez VA. Causas de cancelación de cirugía programada en una clínica de alta complejidad. Rev. Fac. Med. 2017[acceso: 08/12/2019];67(1):17-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v67n1/0120-0011-rfmun-67-01-17.pdf>
6. Churata Díaz CL. Factores asociados a suspensión de cirugías electivas en el Hospital III Yanahuara, Arequipa” [Tesis]. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú. 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5573/MDchdicl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Sánchez Esquiche WM. Factores asociados a la suspensión de operaciones electivas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Revista Médica. 2018[acceso: 22/02/2020];11(2). Disponible en: <http://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/article/view/59>
8. Fernández Mogollón J, Santa Cruz Ruiz D, Zapata Velezmoro R, Santa Cruz PR. Características de la suspensión de cirugías electivas en un Hospital de la Seguridad Social en Chiclayo. Rev. Cuerpo Med. 2017[acceso: 18/12/2019];10(3). Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/jywy>
9. López Jara AA, López Vintimilla XR. Indicadores para evaluar la eficiencia hospitalaria. Revista digital de Ciencia, Tecnología e Innovación. 2019[acceso: 22/02/2020];6(3):383-98. Disponible en: <http://45.238.216/ojs/index.php/EPISTEME/article/download/1401/709>
10. Fuentes Díaz Z. Causas de Suspensiones en Anestesia en el periodo 2005-2009. 2010[acceso: 22/02/2020]. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2344/1/Causas-de-suspensiones-en-anestesia.html>
11. López Manuel J, Sartré N, González V, Rodea H. La suspensión de cirugía electiva en un hospital público de tercer nivel. Frecuencia y causas. 2008[acceso: 03/02/2020];30(1):35-40. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=15341>
12. Abeldaño RA, Coca SM. Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público. Enfermería Universitaria. 2016[acceso: 03/02/2020];13(2):107-13. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200107&lng=es
13. Gaucher S, Boutron I, Marchand-Maillet F, Baron G, Béthoux JP; AMBUPROG Group Investigators. Assessment of a Standardized Pre-Operative Telephone Checklist Designed to Avoid Late Cancellation of Ambulatory Surgery: The AMBUPROG Multicenter Randomized Controlled Trial. PLoS One. 2016[acceso: 16/11/2017];11(2):147-94. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147194>
14. Appavu ST, Al-Shekaili SM, Al-Sharif AM, Elawdy MM. The Burden of Surgical Cancellations and No-Shows: Quality management study from a large regional hospital in Oman. Sultan Qaboos Univ Med J. 2016[acceso:

- 16/011/2017];16(3):298-302. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27606108/>
15. Beijnen UEA, Noonan Caillouette C, Flath-Sporn SJ, Maclellan RA, Sanchez K, Labow BI, *et al.* Factors Associated With Late Surgical Cancellations in Pediatric Plastic and Oral Surgery. *Ann Plast Surg.* 2017[acceso: 10/06/2020]. Disponible en: <http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29166312>
16. Ibarra Rodríguez MR, Paredes Esteban RM, Murcia Pascual FJ, Siu Uribe A, Cárdenas Elías MA, Vargas Cruz V, *et al.* Suspensiones quirúrgicas, un factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico pediátrico. *Cir. Pediatr.* 2019[acceso: 10/06/2020];32:99-103. Disponible en: http://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2019_32-2_99-103.pdf
17. González Gil A. Impacto de la evaluación preoperatoria inmediata en la tasa de cancelación de cirugía mayor programada. Tesis en opción de grado científico de Ciencias Médicas. 2016[acceso: 16/11/2017]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/50784/1/Antonio%20Gonz%C3%A1lez%20Gil%20Tesis%20Doctoral.pdf>
18. Rodríguez Carcache YE, Tercero Almanza EF. Causas más frecuentes de cancelación de cirugías electivas. 2016[acceso: 16/11/2017]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/2363/>
19. Kunze S. Preoperative evaluation for the xxi century. *rev. med. clin. Condes.* 2017[acceso: 16/11/2017];28(5):661-70. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301207>
20. Domínguez Lozano B, Ortega Crespo G, Díaz Pérez A, Broullón Dobarro A. Incidencias y causas de la cancelación de cirugía en un hospital universitario, Barranquilla, Colombia. *Revista electrónica trimestral de enfermería.* 2020;57. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.19.1.380441>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de autores

Amy Torres Montes de Oca: Concepción del proyecto original y aprobación final, trabajo asistencial planificación del estudio, obtención de datos, búsqueda de información en internet, interpretación de resultados, análisis, discusión de los resultados y redacción inicial del manuscrito.

Yisel Durand Moran: Trabajo asistencial, revisión, búsqueda de información, análisis y selección bibliográfica.

Beatriz Ramírez López: Trabajo asistencial, revisión, búsqueda de información, interpretación y análisis de los resultados.

Hugo Puente Téllez e Ileana Leyva Fernández: Trabajo asistencial, revisión, búsqueda de información.