

La suspensión de cirugía electiva en un hospital público de tercer nivel. Frecuencia y causas

Cancellation of elective surgery in a third level health care public hospital

Dr. Jorge Manuel López López, Dr. Nicolás Sastré Ortiz, Dr. Vicente González Ruiz, Dr. Heriberto Rodea Rosas

Resumen

Objetivo: Analizar la suspensión de la cirugía electiva de los servicios quirúrgicos en el Hospital General de México, identificar las causas que la originan.

Material y métodos: El presente estudio es de tipo observacional, transversal y prospectivo, se realizó en el Quirófano Central del Hospital General de México, del 01 de enero al 31 de diciembre del año 2006. La información se recopiló diariamente del Programa de la Cirugía Electiva que se realiza en el quirófano, verificando el número de cirugías programadas, de las suspendidas y los motivos de ello durante el año 2006.

Resultados: Se identificaron causas de origen médico (70%) y no médico (30%), en las primeras destacaron las alteraciones cardiovasculares como la hipertensión arterial, otra fue por salas ocupadas por otro procedimiento y el cambio del plan quirúrgico, y en las no médicas, el ausentismo del paciente en forma importante (23%). Los servicios con mayor índice de suspensión fueron los de Cirugía General y Cirugía Plástica.

Conclusión: Las cinco principales causas de suspensión suman el 76.9% de las 18 identificadas, si se resuelven se logra abatir en forma importante el índice de suspensión general. En general, los responsables de ello son el personal de salud y, por otro lado, la falta de concientización del paciente sobre la preservación de su salud. Es necesario hacer una evaluación constante del índice de suspensión de la cirugía que redundará en un mejor desempeño de los servicios quirúrgicos.

Abstract

Objective: To analyze cancellations of scheduled surgeries and identify the underlying causes at the General Hospital of Mexico.

Material and methods: This is an observational, transversal and prospective study. It was performed from January 1st to December 31st, 2006. Information was compiled daily from the Elective Surgery Program that is kept at the operating room, verifying the number of scheduled surgeries, of the cancelled ones, and the reasons for it during the year 2006.

Results: We identified medical (70%) and non-medical (30%) reasons; among the first were mainly cardiovascular alterations, such as hypertension, another reason was operating rooms occupied for another procedure and change in the surgery program. Among the non-medical reasons was very importantly absenteeism of patients (23%). The services with the highest cancellation indices were General Surgery and Plastic Surgery.

Conclusion: The five main causes for cancellation add up to 76.9% of the eighteen identified reasons, if these are solved, then the general cancellation index can be markedly reduced. In general, the health personnel and the patient who does not assume his/her role in preserving health are responsible for the cancellations. It is necessary to monitor constantly the cancellation index to be able to improve the surgical services.

Quirófano Central del Hospital General de México O.P.D.

Recibido para publicación: 3 agosto 2007

Aceptado para publicación: 17 diciembre 2007

Correspondencia: Dr. Jorge Manuel López López. lopdos@yahoo.com.mx

Durango 49 Despacho 203, Colonia Roma. 06700.

Tel: 55 33 14 68. Celular: 044 55 2337 7904

Palabras clave: Suspensión, cirugía electiva, desempeño.
Cir Gen 2008;30:34-40

Key words: Cancellation, elective surgery, performance.
Cir Gen 2008;30:34-40

Introducción

Una prioridad de los hospitales es la preservación de la salud de la población del entorno, dentro de este contexto se encuentra la atención de diversos padecimientos que se corrigen con una intervención quirúrgica y que la realizan diversas especialidades como ortopedia, cirugía general, urología, ginecología, etcétera, para ello es necesario detectar oportunamente este tipo de padecimientos, estudiarlos detalladamente con el fin de preparar al paciente, tanto física como psicológicamente, para enfrentar el trauma quirúrgico y que llegue al quirófano en las mejores condiciones de salud, tolere el acto quirúrgico, se corrija la patología que presenta y salga con buenos resultados para reintegrarlo a la sociedad en condiciones de ser productivo nuevamente. Para ello se requiere planear la cirugía mediante una serie de procedimientos que implican tiempo de atención, consumo de recursos materiales y humanos que implican un costo, y que en las instituciones privadas son redituables, sin embargo en las de asistencia pública lo único redituable es la recuperación del capital humano, cuando esta atención quirúrgica se interrumpe por cualquier causa en las instituciones públicas origina problemas que repercuten en la propia institución y en el paciente, hecho al que recientemente se le ha dado importancia en virtud de las certificaciones que se practican a los hospitales.

La suspensión del acto quirúrgico electivo como tal implica el hecho de no realizar una cirugía una vez que el paciente ya tiene asignado día y hora para la cirugía o incluso ya se encuentra en la sala de operaciones y, por alguna razón, se suspende la cirugía, situación que ocasiona malestar en los pacientes al posponer su tratamiento y que es una manifestación de cierta deficiencia en la atención de estos pacientes desde la planeación de la cirugía y preparación del paciente. ¿Por qué esta suspensión no ocurre en forma semejante en la práctica privada? Posiblemente sí llega a suceder pero en forma excepcional y no se lleva registro de ello o se corrige en forma inmediata el motivo de la suspensión y la cirugía se realiza a la brevedad, ya que de no ser así, implica costos para el paciente y para las compañías aseguradoras, en su caso, por otro lado el equipo quirúrgico está comprometido con el paciente en diferentes aspectos para llevar a cabo el tratamiento y gestiona lo necesario para completarlo. En un hospital institucional en el proceso de la atención del paciente quirúrgico intervienen diferentes elementos del personal de salud con diferente grado de responsabilidad, quizás la relación médico-paciente no es tan sólida para evitar la suspensión de la cirugía, esta problemática nos ha motivado para hacer un análisis de la frecuencia de la

suspensión de cirugías, conocer las causas que la originan, y diseñar una referencia que sea de utilidad para medir el desempeño de los servicios quirúrgicos y en cierta forma la calidad de los servicios que se otorgan.

En la literatura mundial existen diversos reportes al respecto. Uno de los primeros trabajos en el tema data de 1989, Morrisey reporta un índice de cancelaciones de cirugías de una Unidad de Otorrinolaringología en Oxford de 27.4% e identifica 20 "razones" de suspensión de cirugías, este es uno de los primeros reportes que se hacen respecto al problema de la suspensión y menciona como causas principales la no asistencia del paciente a su cirugía con un índice de 14.6%, y la infección de vías respiratorias.¹ Cavalcante reporta un índice de 33% de suspensiones quirúrgicas en un estudio realizado en un hospital universitario en Brasil.² Otro de los servicios que han hecho revisiones al respecto es el de anestesiología, donde se ha determinado como principal causa de suspensión de cirugía a la hipertensión arterial para lo que han implementado estudios de monitoreo de estos pacientes y una evaluación anestesiológica preoperatoria días antes o el mismo día de la cirugía con lo que los índices de suspensión disminuyeron así como los días de estancia.³⁻⁶ En nuestro país son pocas las referencias al respecto, hay un estudio de Aguirre,⁷ donde se analizan las causas de la suspensión de cirugía y la interrelación del personal de salud como responsable para modificar esta situación a través del trabajo conjunto.

El objetivo del presente trabajo es conocer la frecuencia y las causas de suspensión de la cirugía electiva de los servicios quirúrgicos que operan en el Quirófano Central del Hospital General de México

Material y métodos

El presente estudio es de tipo observacional, transversal y prospectivo, realizado en el Quirófano Central del Hospital General de México, del día 01 de enero al 31 de diciembre del año 2006. La información se recopiló diariamente del Programa de Cirugía Electiva que se realiza en el quirófano, verificando el número de cirugías programadas y el de las suspendidas y los motivos de ello durante el año 2006. También se hizo un análisis comparativo de la suspensión de la cirugía total por año, desde el año 2000 al 2006. Los datos se registraron en hojas de cálculo de Excel, se integraron tablas y el análisis estadístico se realizó con el método de Pareto. Se excluyó la cirugía de urgencia. La clasificación de las causas de suspensión de cirugía se hizo con base al formato del Informe de Suspensión del Acto Quirúrgico, SIS-HGM-ISUSPAQX-02-P, emitido por la Secretaría de Salud.

Resultados

La información obtenida arrojó los siguientes resultados:

En el Quirófano Central se realizan cirugías en 10 salas de operaciones, los Servicios de Cirugía Plástica, Urología, Ortopedia, Gastrocirugía y cinco Servicios de Cirugía General. En el **cuadro I** se presenta un análisis comparativo por año del total anual de cirugía programada y la suspendida, desde el año 2000 al año 2006, para conocer el comportamiento de esta actividad en forma global y su distribución se hace más evidente en la **figura 1**, donde se muestra un porcentaje de suspensión del 14.3% de un total de 7,940 cirugías programadas en el año 2000, hacia el año 2002 se observa un incremento de la cirugía programada pero también de la suspendida hasta un 21.4%; en los años siguientes ocurre un descenso de la cirugía programada y la realizada con un repunte de 7,931 y 6,607 cirugías respectivamente en el año 2005, no obstante la suspensión de cirugía se mantiene a la baja con un 16.7%. En el año 2006 hay un decremento de la cirugía programada, situación que se comentará más adelante, pero el índice de suspensión se mantiene a la baja, 14.5%.

En el **cuadro II** se presentan los porcentajes de suspensión de cirugía de cada uno de los Servicios en relación al total de las cirugías programadas durante el año 2006, se suspendieron 1,048 cirugías de 7,237 programadas, así tenemos que el Servicio que más cirugías suspende es el de Cirugía General, con un 8.1% del total, seguido por el de Cirugía Plástica. La suspensión global de todos los servicios es del 14.5%.

En el **cuadro III** se muestra la suspensión de cirugías en relación con la productividad en particular de cada servicio, el Servicio de Urología tiene el índice de suspensión de cirugía más alto, 22.5%; Cirugía General y Cirugía Plástica tienen un índice menor, 14% y 12.9% respectivamente, entre ambos generan una productividad de 77.1% (4,772 cirugías de 6,189 programadas), son los Servicios que más cirugías programan.

Se identificaron las causas de suspensión de cirugía electiva y se clasificaron en dos apartados, uno fueron las causas de **origen médico** (**Cuadro IV**) y el otro las de **origen no médico** (**Cuadro V**) de acuerdo

al formato del Informe de Suspensión del Acto Quirúrgico, SIS-HGM-ISUSPAQX-02-P. Se identificaron 736 (70%) causas de origen médico y 312 (30%) de origen no médico.

En estos resultados se puede apreciar que las causas de origen médico tienen una mayor preponderancia que las de origen no médico, sin embargo en éstas se encuentra un factor muy importante para la realización de las cirugías, el paciente, quien por diferentes razones no llega al quirófano, por lo tanto no se realiza la cirugía y ocupa un porcentaje importante dentro de las causas de origen no médico así como del total de las causas de la suspensión quirúrgica.

Las causas se enlistaron para conocer la frecuencia de presentación en forma conjunta, se muestran en el **cuadro VI**, y estos resultados se graficaron con el método de Pareto (**Figura 2**).

De acuerdo a estos resultados, podemos inferir que si resolvemos las cinco principales causas de la suspensión de cirugías, estaríamos resolviendo prácticamente el 80% de la problemática, con lo que se bajaría drásticamente el índice de suspensión quirúrgica a 3.35%.

Discusión

En el análisis comparativo de la suspensión quirúrgica de los años 2000 al 2006 presentado en el **cuadro I** y en la **figura 3** se observa que en el año 2000 el índice de suspensión es de 14.3% y se incrementa en el 2002 hasta un 21.4%, dicho incremento va aparejado con un aumento en la cirugía programada y un decremento de la realizada, debido quizás a una programación no congruente con la capacidad instalada y recursos necesarios. En el año 2003, en coordinación conjunta con la Dirección Quirúrgica del Hospital y el Servicio de Anestesiología, se realizaron algunas acciones sobre la forma de programación y distribución de las cirugías, se asignó un quirófano específico para tratar las urgencias y se coordinaron las cirugías programadas con los cirujanos y anestesiólogos, como resultado se observó un incremento en el número de cirugías programadas y realizadas hasta el 2005 y disminución progresiva de la suspensión de cirugías. En el año 2006 hay una disminución de la programada y la realizada

Cuadro I.

Frecuencia de Cirugía Suspendida en el Quirófano Central del Hospital General de México del año 2000 al año 2006.

Año	Programada	Suspendida	Realizada	Porcentaje
2000	7,940	1,134	6,806	14.3 %
2001	7,967	1,427	6,540	17.9 %
2002	7,992	1,713	6,279	21.4 %
2003	7,419	1,517	5,902	20.4 %
2004	7,483	1,353	6,130	18.1 %
2005	7,931	1,324	6,607	16.7 %
2006	7,237	1,048	6,189	14.5 %

Fuente: Archivos del Quirófano Central del Hospital General de México O.D. 2006.

debido a que durante los dos primeros meses del año, el Quirófano Central fue remodelado en su estructura, sin embargo el número de cirugías suspendidas se mantuvo a la baja, 14.5%.

Respecto a la suspensión de cirugías por Servicios en forma global encontramos que los Servicios de Cirugía General y el de Cirugía Plástica y Reconstructiva son los que tienen una suspensión más alta respecto a los otros Servicios, no obstante son los que más cirugías programan, y el que aparentemente tiene menos suspensión de cirugía es el de Uroología; por otro lado, analizando la productividad individual de cada Servicio, el de Uroología tiene un índice de suspensión más alto comparado con los otros Servicios, sin embargo es de los que menos cirugía programa. Por lo que el análisis es conveniente realizarlo tanto en forma global e individual para no caer en interpretaciones erróneas.

Las causas de origen médico ocupan un porcentaje más alto que el de las no médicas, 2.3:1, lo que nos 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.⁸ Las causas de origen no médico, ocupan una tercera parte, pero observamos

que la causa más frecuente de suspensión de cirugía electiva se encuentra en este rubro y es el **ausentismo del paciente** (22.8%), evidenciando que el paciente por alguna razón no llegó al quirófano, en ocasiones sí se hospitalizó pero a consideración de los cirujanos no está en condiciones adecuadas para ser intervenido, en el 60% de los casos no ingresó al hospital, al respecto, el Servicio de Trabajo Social refiere que se debe en parte a que el paciente es la principal fuente de ingresos económicos para la familia y antepone esta prioridad a su salud,⁹ otras veces es debido a falta de recursos económicos para cubrir costos de su tratamiento, en un porcentaje no menos importante es por falta de información precisa en su tratamiento y trámites a seguir,¹⁰ generando incertidumbre y desesperación en el paciente, quien opta por dejarlo inconcluso. La literatura reporta este ausentismo en un 9% y como causa más frecuente es la no disponibilidad de camas en la sala de recuperación,¹¹ situación que no sucede en nuestro hospital. La siguiente causa es por **alteraciones cardiovasculares** (16.9%), como arritmias, extrasístoles, pero la que más destaca es la hipertensión arterial con 146 casos, 82% de esta causa y 13% de 1,048 casos, patología que concuerda con lo reportado en la literatura.¹² La **sala ocupada por otro procedimiento** tiene un porcentaje del 15.6%, esta causa se refiere a que la cirugía se suspende debido a que la sala en la que está programada la cirugía, hay otra que aún no termina, probablemente por dificultad técnica o

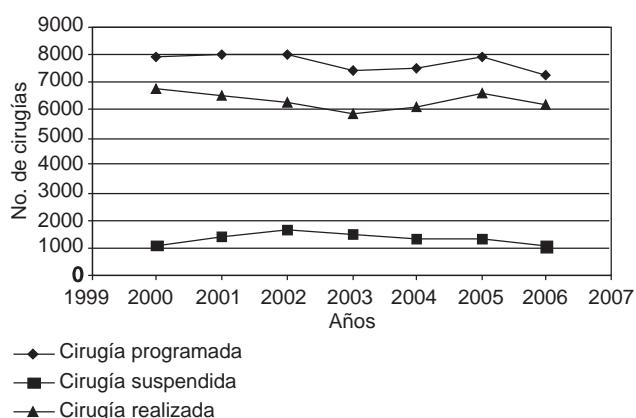


Fig. 1. Análisis comparativo de la productividad quirúrgica en el Quirófano Central del Hospital General de México de los años 2000 al 2006.

Cuadro II.
Suspensión de cirugías por Servicios en relación al total de cirugías programadas durante el año 2006.

Servicios	Suspendida	Porcentaje
Cirugía General	583	8.1 %
Cirugía Plástica	178	2.5 %
Ortopedia	125	1.7 %
Urología	86	1.2 %
Gastrocirugía	76	1.1 %
Total	1,048	14.5 %

Fuente: Archivos del Quirófano Central del Hospital General de México O.D. 2006.

Cuadro III.
Frecuencia de suspensión de cirugías por Servicios en relación a su productividad.

Servicios	Programada	Presentación de cirugía Suspendida	Realizada	Porcentaje de suspensión
Urología	383	86	297	22.5 %
Gastrocirugía	488	76	412	15.6 %
Ortopedia	833	125	708	15.0 %
Cirugía General	4,158	583	3,575	14.0 %
Cirugía Plástica	1,375	178	1,197	12.9 %
Total	7,237	1,048	6,189	14.5 %

Fuente: Archivos del Quirófano Central del Hospital General de México O.D. 2006.

Cuadro IV. Causas médicas

	No.	%
Expediente		
Estudios paracéntricos incompletos	25	2.4
Falta de valoración cardiovascular	9	0.9
Consentimiento informado sin firmas	2	0.2
Inadecuada preparación preoperatoria	59	5.6
Enfermedades del paciente		
Alteraciones cardiovasculares	177	17.0
Infección de vías respiratorias	74	7.1
Tiempos de coagulación alterados	1	0.1
Procedimiento quirúrgico		
Sala ocupada por otro procedimiento	163	16.0
Sala ocupada por una urgencia	65	6.2
Cambio de plan quirúrgico	152	15.0
Falta de hemoderivados	9	0.9
Total	736	70.0

Fuente: Archivos del Quirófano Central del Hospital General de México O.D. 2006.

Cuadro V. Causas no médicas

	No.	%
Equipo de salud		
Ausencia del cirujano	16	1.5
Ausencia del anestesiólogo	5	0.5
Falta de personal de enfermería	0	0.0
Paciente		
Ausencia del paciente	239	23.0
Paciente no acepta la cirugía	14	1.3
Equipo e insumos		
Falta de material de curación	29	2.8
Falta de equipo apropiado	6	0.6
Servicios generales deficientes	3	0.3
Total	312	30.0

Fuente: Archivos del Quirófano Central del Hospital General de México O.D. 2006.

que surgen imprevistos en dicha cirugía, no disponiendo de otras salas, el cirujano decide posponer el evento por el compromiso que tiene con el paciente de intervenirlo, en ocasiones cirujanos del turno siguiente intervienen al paciente, evitando la suspensión de la cirugía. El **cambio de plan quirúrgico** (14.5%) es otra de las causas más frecuentes de suspensión, sucede cuando el cirujano al revisar al paciente en el quirófano decide modificar el plan quirúrgico debido a modificaciones en la patología o estado de salud del paciente.

Cuadro VI.

Causas de suspensión de cirugía electiva en el Quirófano Central del Hospital General de México en el año 2006.

	Causas de suspensión	No. de casos	Porcentaje
1	Ausencia del paciente	239	22.8 %
2	Alteraciones cardiovasculares	177	16.9 %
3	Sala ocupada por otro procedimiento	163	15.6 %
4	Cambio de plan quirúrgico	152	14.5 %
5	Infección de vías respiratorias	74	7.1 %
6	Sala ocupada por una urgencia	65	6.2 %
7	Inadecuada preparación preoperatoria	59	5.6 %
8	Falta de material de curación	29	2.8 %
9	Estudios paracéntricos incompletos	25	2.4 %
10	Ausencia del cirujano	16	1.5 %
11	Paciente no acepta la cirugía	14	1.3 %
12	Falta de valoración cardiovascular	9	0.9 %
13	Falta de hemoderivados	9	0.9 %
14	Falta de equipo apropiado	6	0.6 %
15	Ausencia del anestesiólogo	5	0.5 %
16	Servicios generales deficientes	3	0.3 %
17	Consentimiento informado sin firmas	2	0.2 %
18	Tiempos de coagulación alterados	1	0.1 %
	Total	1048	100.0 %

Fuente: Archivos del Quirófano Central del Hospital General de México O.D. 2006.

Las infecciones de vías respiratorias (7.1%), aunque no ocupa un porcentaje significante, es motivo de suspensión de la cirugía en parte porque puede interferir con la evolución de la cirugía o con el mismo procedimiento anestésico, además de que es una de las cinco causas principales que sumadas dan un porcentaje de 76.9% y de acuerdo al diagrama de Pareto, corregirlas nos podría solucionar en forma importante aproximadamente el 80% de la suspensión quirúrgica, es decir se incorporarían 805 cirugías más a la productividad total.

El ausentismo del paciente como causa principal de suspensión es de origen no médico e implica realizar un estudio más exhaustivo de índole socioeconómica para encontrar el motivo real del por qué el paciente no se presenta en la fecha establecida para la cirugía, de esta forma establecer estrategias para disminuir esta deserción. Una de las propuestas que se han hecho en otros países es la de establecer un programa de llamadas telefónicas al paciente a través de personal de enlace administrativo, con el fin de recordarle al paciente la cirugía y proporcionarle facilidades para su asistencia,¹³ otra es la que se menciona en un comunicado por Scout, en Bristol, donde efectuó una auditoría durante 9 meses sobre la suspensión de cirugías, lo-

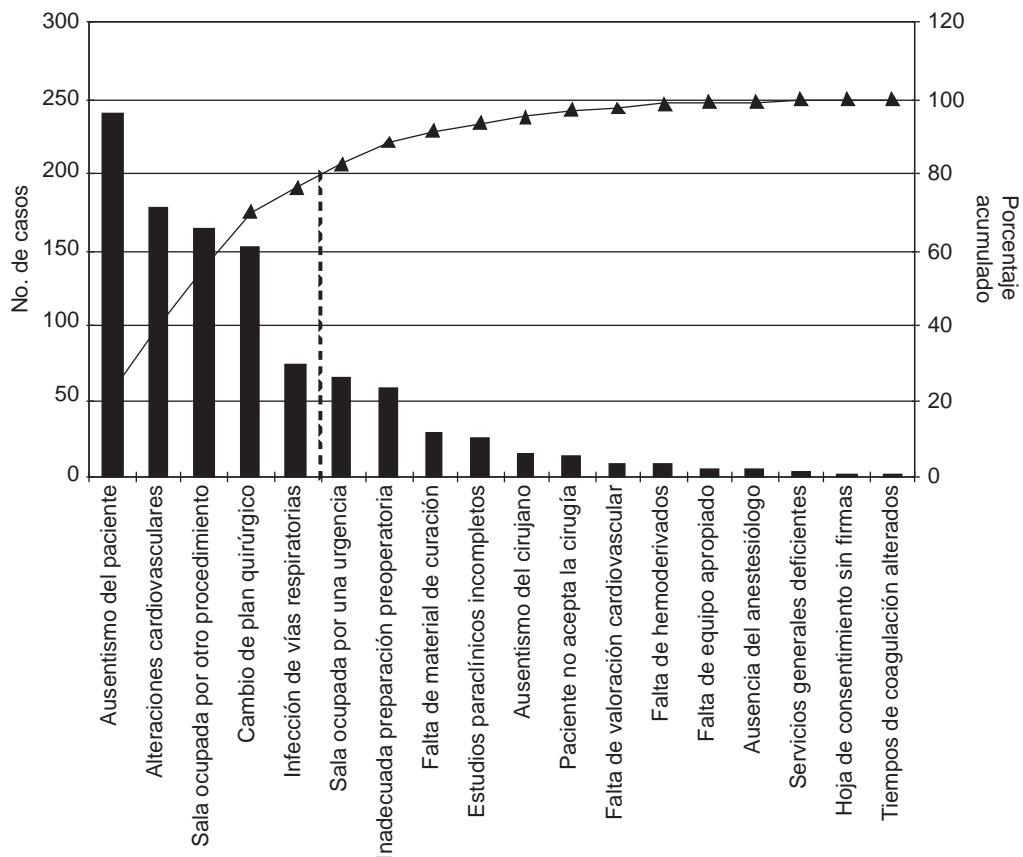


Fig. 2. Distribución de las causas de suspensión de cirugía electiva realizada con el Método de Pareto, donde se observa que el 76.9% del porcentaje acumulado de estas causas corresponden a cinco de ellas con el mayor número de casos, que si se interviniéran oportunamente, el índice de suspensión se reduciría en forma importante.

grando bajar su tasa de suspensión al 14% a través de notificaciones al paciente y confirmación de su asistencia con un mes previo a la fecha programada.¹⁴ Las otras cuatro son causas de origen médico y ponen de manifiesto que la atención del paciente quirúrgico no se desarrolla en forma adecuada y además son susceptibles de corrección, implica las actuaciones no sólo del personal médico y paramédico como responsables de la revisión y preparación adecuada de los pacientes, el seguimiento y control de las enfermedades intercurrentes y control sobre el padecimiento quirúrgico motivo de la cirugía, la programación congruente de las cirugías de acuerdo a la complejidad de los casos y eventualidades que pudieran surgir en el transcurso de una cirugía. Si la hipertensión arterial es un motivo frecuente de suspensión, es deseable que desde el ingreso del paciente se establezca un monitoreo sobre la tensión arterial del paciente y se verifique que realmente se haya apegado a la prescripción de los medicamentos antihipertensivos, suele ocurrir que el paciente al mejorar la sintomatología por la hipertensión ya no los ingiera o que por una economía limitada no los compre.

Las otras causas no dejan de ser importantes, sin embargo su porcentaje es más bajo, la suspensión por cirugía de urgencia en este estudio es del 6.2%, en la literatura se reporta hasta un 14% de suspensiones por este motivo,¹⁵ se presenta cuando surge una situa-

ción que requiere tratamiento quirúrgico inmediato, por lo que se decide ocupar la sala de operaciones que se encuentre disponible en ese momento y la cirugía programada en dicha sala se suspende; esta situación se ha modificado desde hace varios años ya que se asignó un quirófano específico para la cirugía de urgencia, de manera tal que no interfiere con la programada, es excepcional que así ocurra actualmente.

Con la información obtenida se puede tomar como referencia este índice de suspensión de cirugía programada para evaluar el desempeño de un servicio quirúrgico con base en lo que no se está haciendo y que repercute en la morbilidad de los pacientes, al prolongar el tiempo de tratamiento de su patología. Por otro lado, afecta la ocupación hospitalaria, se incrementan los días de estancia y los costos de la atención al consumir más recursos físicos y humanos, lo que requiere de un estudio adicional; por otro lado, influye también en la economía del paciente al permanecer más tiempo hospitalizado o ser dado de alta y realizar nuevamente un reingreso, implica realizar más gastos en transportación, alimentación fuera de casa, como ocurre en la mayoría de los pacientes que acuden a un hospital público, muchos de ellos son las principales fuentes de ingresos para la familia, al dejar de trabajar dejan de percibir ingresos o en peores situaciones pierden el empleo, existen antecedentes de ello en la literatura.¹⁶

La Secretaría de Salud en su Catálogo de Indicadores ya incluye la suspensión de cirugía como un parámetro para la evaluación de la productividad de los servicios quirúrgicos, no obstante no se le ha dado la importancia suficiente para mejorar la productividad y calidad de la atención médica-quirúrgica y corregir el proceso de este tipo de atención. El formato aplicado para la clasificación de las causas de suspensión del acto quirúrgico quizá requiera de una adecuación, pues algunas de las causas consideradas como de origen médico pueden ser más de tipo administrativo o de capacidad instalada y recursos, las que pueden ser de tipo no médico.

El índice de suspensión de cirugía programada es un reflejo del comportamiento de los servicios quirúrgicos respecto a la productividad y atención a los pacientes, equiparándola con acciones o producción que no se realizó y que hay que volver a trabajar, tiene un impacto en la economía de la institución y del paciente, hecho que requiere de un análisis económico social motivo de otro estudio. Con los resultados obtenidos se manifiesta el hecho de que la principal causa es atribuible al paciente por diferentes razones, no obstante el personal de salud debe tener cierta participación en ello puesto que son los que interactúan con el paciente en cuanto a información sobre el padecimiento y las alternativas de tratamiento y deben proponer opciones para dar accesibilidad a los servicios y tratamientos oportunos, la corrección del ausentismo del paciente requiere diseñar estrategias con las diferentes áreas involucradas y lograr la inversión de esta causa, una de ellas puede ser la que se mencionó anteriormente como son recordar vía telefónica a los pacientes y ofrecer facilidades de acceso al hospital.

Las causas de suspensión pueden variar por el tipo de hospital, servicio o región, sin embargo el ausentismo del paciente continúa como un factor primordial que contribuye en forma importante a la suspensión de la cirugía. 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 bajaría a la mitad.

El índice de suspensión de cirugía puede ser de utilidad para evaluar y mejorar los servicios quirúrgicos⁸ tanto en la atención de los pacientes como en su productividad y de esta forma disminuir los riesgos de quejas por falta de atención, redundando en satisfacción del paciente y mejor posicionamiento de la institución. Es un parámetro que no requiere de equipos sofisticados ni programas, únicamente llevar un registro de las cirugías programadas, las realizadas y las no realizadas, los resultados se analizan con el equipo quirúrgico, quien detectará las fallas y cómo superarlas para mejorar los servicios. Por otro lado, el cuerpo directivo de la institución deberá apoyar con programas de capacitación y cursos para los cirujanos.

Conclusión

Las cinco principales causas de suspensión suman el 76.9 de las 18 identificadas, si se resuelven se lograría abatir en forma importante el índice de suspensión general. En general, los responsables de ello son el personal de salud y por otro lado la falta de concientización del paciente sobre la preservación de su salud. Es necesario hacer una evaluación constante del índice de suspensión de la cirugía, lo cual redundará en un mejor desempeño de los servicios quirúrgicos.

Referencias

1. Morrisey S, Alun-Jones T, Leighton S. Why are operations cancelled? *Br Med J* 1989; 299: 778.
2. Cavalcante JB, Pagliuca LM, Almeida PC. Cancellation of scheduled surgery at a university hospital: an exploratory study. *Rev Lat Am Enfermagem* 2000; 8: 59-65.
3. Hussain AM, Khan FA. Anaesthetic reasons for cancellation of elective surgical inpatients on the day of surgery in a teaching hospital. *J Pak Med Assoc* 2005; 55: 374-8.
4. Pollard JB, Olson L. Early outpatient preoperative anesthesia assessment: does it help to reduce operating room cancellations? *Anesth Analg* 1999; 89: 502-5.
5. Ferschl MB, Tung A, Schweitzer B, Huo D, Glick DB. Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. *Anesthesiology* 2005; 103: 855-9.
6. Van Klei WA, Moons KG, Rutten CL, Schuurhuis A, Knape JT, Kalkman CJ, et al. The effect of outpatient preoperative evaluation of hospital inpatients of cancellations of surgery and length of hospital stay. *Anesth Analg* 2002; 94: 644-9.
7. Aguirre-Córdova JF, Chávez-Vázquez G, Huitrón-Aguilar CA, Cortez-Jimenez N. ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. *Gac Med Méx* 2003; 139: 545-551.
8. Dexter F, Marcon E, Epstein RH, Ledolter J. Validation of statistical methods to compare cancellation rates on the day of surgery. *Anesth Analg* 2005; 101: 465-73.
9. Nasr A, Reichardt K, Fitzgerald K, Arumukusamy M, Keeling P, Walsh TN. Impact of emergency admissions on elective surgical workload. *Ir J Med Sci* 2004; 173: 133-5.
10. Schofield WN, Rubin GL, Piza M, Lai YY, Sindhushake D, Feamside MR, et al. Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *Med J Aust* 2005; 182: 612-5.
11. Jonnalagadda R, Walrond ER, Hariharan S, Walrond M, Prasad C. Evaluation of the reasons for cancellations and delays of surgical procedures in a developing country. *Int J Clin Pract* 2005; 59: 716-20.
12. Dix P, Howell S. Survey of cancellation rate of hypertensive patients undergoing anaesthesia and elective surgery. *Br J Anaesth* 2001; 86: 789-93.
13. Cancellations cut by three-fourths. *Hosp Case Manag* 1997; 5: 102-107. <http://www.medscape.com/medline/publication-browser/123?pmid=10167746>
14. Scott P, Owen G, Bicknell G. Why are operations cancelled? *Br Med J* 1989; 299: 1218-19.
15. Aaserud M, Trommald M, Boyton J. Elective surgery-cancellations, ring fencing and efficiency. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2516-9.
16. Tait AR, Voepel-Lewis T, Munro HM, Gustein HB, Reynolds PI. Cancellation of pediatric outpatient surgery: economic and emotional implications for patients and their families. *J Clin Anesth* 1997; 9: 213-19.