



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Cancelación de procedimientos quirúrgicos programados: causas, consecuencias y soluciones

Artículo original: González-Arévalo A, Gómez Arnau JI, De la Cruz FJ, Marzal JM, Ramírez S, Corral EM, García del Valle S. Causes for cancellation of elective surgical procedures in a Spanish general hospital. *Anaesthesia* 2009; 64: 487-493. ([Pubmed](#))

Rodríguez Fraile JR.

Hospital Universitario de Guadalajara.

Resumen

La cancelación de procedimientos quirúrgicos programados repercute negativamente en los pacientes afectados (trastorno social, económico y de salud), y también en el conjunto de la población atendida, al reducir la efectividad y la eficiencia del su sistema sanitario. Conocer y analizar las causas de este fenómeno es un paso previo necesario para poder reducir su incidencia. La implicación de los anestesiólogos en este proceso de análisis es imprescindible, dado que estos ocupan posiciones clave en la organización y funcionamiento del bloque quirúrgico.

Introducción



La cancelación de procedimientos quirúrgicos programados repercute negativamente en los pacientes afectados (trastorno social, económico y de salud), y también en el conjunto de la población atendida, al reducir la efectividad y la eficiencia del su sistema sanitario (1, 2). Conocer y analizar las causas de este fenómeno es un paso previo necesario para poder reducir su incidencia. La implicación de los anestesiólogos en este proceso de

análisis es imprescindible, dado que estos ocupan posiciones clave en la organización y funcionamiento del bloque quirúrgico.

Resumen

Se trata de un estudio prospectivo, realizado a lo largo de 52 meses consecutivos, de todas las cancelaciones de pacientes quirúrgicos programados. La cancelación se define como: cualquier paciente que no es operado después de haber sido incluido en el parte quirúrgico definitivo, cerrado a las 14:30 horas del día anterior. Se efectúa un doble análisis: 1º) los casos son incorporados a una base de datos específica por el cirujano o el anestesiólogo directamente implicado en la cancelación, 2º) uno de los autores revisa estas cancelaciones cada mes, con objeto de contrastar y completar la información recogida. En todos los casos se registra el tipo de cirugía, edad, sexo, tipo de admisión (cirugía mayor ambulatoria o con ingreso) y la causa de

la cancelación. Los autores explican adecuadamente aquellas causas que puedan no resultar evidentes al lector, como las "alteraciones de la coagulación" (en realidad: inadecuada aplicación de los protocolos de anticoagulación y antiagregación). Las causas se agrupan en tres bloques: médicas, relacionadas con la autonomía del paciente y logísticas/administrativas. Un total de 39.115 procedimientos quirúrgicos programados son incluidos en el estudio, registrándose una tasa de cancelaciones del 6.5%. Las cancelaciones son más frecuentes en los pacientes de menor edad: 13% en menores de 10 años, y en CMA (8% frente a 5% en cirugía con ingreso). Las tres principales causas son: fiebre (18%), no comparecencia del paciente (19.8%) y falta de tiempo (22.5%). Por grupos las "causas médicas" suponen el 50.4% del total. Dos figuras ilustran con claridad la incidencia de las distintas causas en función de la edad (destaca la fiebre en menores de 10 años, 75%) y del servicio quirúrgico (destaca la no comparecencia en dermatología, 47%). La discusión se concreta en los tres problemas principales, así como en sus posibles soluciones, y en comparan sus resultados con lo publicado por otros autores. La dificultad de ajustar la programación quirúrgica al tiempo disponible es común a cualquier centro, evitar la cancelación de procesos por esta causa pasa por un mejor conocimiento de los tiempos "reales" del equipo, con todo es el modelo económico del hospital el elemento decisivo a la hora de establecer los criterios de programación (3). En hospitales con "horario cerrado", habitualmente de 8 a 15 horas, las prolongaciones pueden ser difícilmente aceptables por su elevado coste económico, o por el exceso de horas laborales del personal. Para la fiebre (y otros problemas médicos) se cuestiona el momento idóneo de la consulta preoperatoria: cuanto más largo es el

intervalo entre esta y la programación, mayor es el riesgo de variaciones en la situación clínica del paciente; cuanto menor es el intervalo, mayores son las dificultades administrativas y la posibilidad de actuar favorablemente en el estado de salud preoperatorio. La puesta en marcha de las clínicas de anestesia reduce la tasa de cancelaciones por motivos médicos (4), pero una segunda visita, inmediata a la programación, encarece notablemente el procedimiento, incluso si se trata de una evaluación telefónica. La no comparecencia es otro de los problemas analizados, su incidencia puede variar en función del tipo de asistencia: pública o privada, y en base a otros factores sociosanitarios: intervenciones consideradas de menor entidad por los usuarios (mayor incidencia en dermatología, oftalmología y Unidad del Dolor), aunque los autores no pueden aportar conclusiones.

Comentario

Se trata de un excelente estudio prospectivo, su alta calidad metodológica y la amplitud de la casuística analizada confieren una gran validez interna a los resultados obtenidos. Estos a su vez permiten centrar la discusión en los aspectos más relevantes del problema. Los resultados pueden ser difíciles de extrapolar a otros centros y prueba de ello es la variabilidad encontrada en la literatura tanto en la tasa global de cancelaciones, como en sus diferentes causas. Los autores destacan que ni siquiera cabe un acuerdo en la tasa de cancelaciones "admisibles" que puede variar entre el 1.5 y el 20% (5, 6). Sin embargo la gran precisión del estudio a la hora de describir el proceso de programación, la definición y la clasificación de las cancelaciones permitirá a cualquier lector un análisis comparativo razonable. Se echa de menos en la presentación de los resultados un

análisis evolutivo, aunque no forme parte de los objetivos definidos este tipo de análisis. Al tratarse de un estudio desarrollado a lo largo de cuatro años, la tasa de cancelaciones podría haberse modificado de forma sensible en el tiempo y los valores presentados ser una "media" poco representativa de la situación actual del centro. Así, en el Hospital Universitario de Guadalajara la tasa de cancelaciones fue del 5.95% en 2007, bajando a 5.5 en 2008 y situándose en el 4.4% en el acumulado de mayo de 2009, fruto de algunas actuaciones de mejora en la organización. Es precisamente el análisis de las causas evitables, lo que debe permitir utilizar este indicador para mejorar el funcionamiento del bloque.

Bibliografía

- 1.- Pandit JJ, Westhury S, Pandit M. The concept of surgical operating list "efficiency": a formula to describe the term. *Anesthesia* 2007; 62: 895-903. ([Pubmed](#))
- 2.- Galan M, Carvalho J, Diná S. Surgery cancelling at teaching hospital: implications for cost management. *Rev Lat Am Emfermagem*. 2007; 15: 1018-1024. ([Resumen y PDF](#))
- 3.- Marty J, Lamraoui M. Programmation des patients et organisation des sites opératoires. En: *Organisation-qualité Gestion du risqué*. Marty J editor. Masson. Paris, 2003 ([Amazon.fr](#))
- 4.- Knox M, Myers E, Hurley M. The impact of pre-operative assessment clinics on elective surgical case cancellations. *Surgeons* 2009; 7 (2): 76-78. ([PubMed](#))
- 5.- Bosson MD, Butter TW, Verma H. Predicting patient nonappearance for surgery as a scheduling strategy to optimize operating room utilization in a Veterans Administration Hospital. *Anesthesiology* 2006; 104: 826-834. ([Pubmed](#))
- 6.- Gegan. The easiest cut: managing elective surgery in the public sector. *Medical Journal of Australia* 2005; 182: 612-615. ([Pubmed](#)) ([Texto completo](#))

Correspondencia al autor

José Ramón Rodríguez Fraile

jrrodriguez@secam.jccm.es

Jefe de Servicio. Servicio de Anestesia y Reanimación.

Hospital Universitario de Guadalajara.

Publicado en AnestesiaR el 4 de julio de 2009