

## **Suspensión de cirugías electivas en el Hospital Universitario "General Calixto García": causas y prevalencia. 2016-2017.**

**Elective surgery canceled in the Hospital Universitario "General Calixto García, causes and prevalence.**

**Carlos Alberto Martínez Blanco, Juliette Massip Nicot, Lilian Ortiz Almeida, Ifrán Martínez Gálvez, Jorge Luis Santana Lechuga, Oney Terry Villa.**

Hospital Universitario General Calixto García

Recibido: 29/11/2017

Aprobado: 15/12/2017

[juliette@infomed.sld.cu](mailto:juliette@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN.**

**Introducción:** La suspensión de cirugías es un dilema constante y agónico para los servicios de salud en términos de derroche de recursos y molestias causadas tanto a pacientes como a familiares. El objetivo fue caracterizar las cancelaciones quirúrgicas electivas según causas y describir su comportamiento según especialidades quirúrgicas. **Método:** Estudio descriptivo transversal de las 24276 cirugías electivas programadas en el período de enero del 2016 a septiembre del 2017 en el Hospital Universitario "General Calixto García". Resultados: Fueron canceladas 1183 para una tasa de suspensión de 4,9%. La mayoría de las cirugías suspendidas fueron por razones relacionadas con el propio paciente (89,8%), siendo más frecuente la no asistencia el día de la intervención (78,7%). Otras causas fueron tensión arterial elevada (3,8%), prolongación del turno quirúrgico anterior (3,6%) y problemas administrativos (3,0%). Las especialidades que más cancelaron fueron Maxilofacial (35,1%) y Cirugía General (20,4%). Las suspensiones por causa del paciente predominaron en todas las especialidades aunque Neurocirugía, Ortopedia, Urología y Angiología reportaron cifras de suspensiones por motivos relacionados con la institución por encima del promedio del hospital con 39,1 %, 25,0 %, 14,6 % y 13,6 %, respectivamente con diferencias significativas ( $p < 0,0001$ ). Conclusiones: A pesar de que el porcentaje de cancelación quirúrgica electiva fue menor que en otros hospitales de

## ARTÍCULO ORIGINAL

características similares, todavía es posible reducirlo considerando que más del 80% de los motivos de la cancelación pueden ser prevenidos, siempre contando con la voluntad política y el compromiso de los profesionales a cargo de la actividad.

**Palabras clave:** suspensiones quirúrgicas, cirugía electiva, calidad hospitalaria, eficiencia hospitalaria, rendimiento quirúrgico, evaluación de salud.

**ABSTRACT.**

Introduction: Surgery cancellation is a constant and agonizing dilemma for health services in terms of waste of resources and discomfort caused to both patients and family members. The objective was to characterize the elective surgical cancellations according to causes and describe their behavior by specialties. Method: Descriptive cross-sectional study of 24276 elective surgeries programmed in the period from January 2016 to September 2017 in the University Hospital "General Calixto García". Results: 1183 surgeries were canceled for a suspension rate of 4.9%. Most of the surgeries were suspended for reasons related to the patient (89.8%), being more frequent no presentation on the day of the intervention (78.7%). Other causes were high blood pressure (3.8%), prolongation of the previous surgical case (3.6%) and institutional problems (3.0%). The specialties that canceled the most were Maxillofacial (35.1%) and General Surgery (20.4%).

Suspensions due to the patient predominated in all specialties, although Neurosurgery, Orthopedics, Urology and Angiology reported suspension for reasons related to the institution above the hospital average with 39.1%, 25.0%, 14.6% and 13.6%, respectively with significant differences ( $p < 0.0001$ ). Conclusions: Although the percentage of elective surgical cancellation was lower than in other hospitals of similar characteristics, it is still possible to reduce it considering that more than 80% of the reasons for cancellation can be prevented, always counting on the political will and the commitment of the professionals in charge of the activity.

**Keywords:** surgical suspensions, elective surgery, hospital quality, hospital efficiency, surgical performance, health evaluation.

**INTRODUCCIÓN.**

El salón de operaciones quirúrgicas o quirófano es una parte integral de cualquier hospital y consume cuantiosos recursos tanto humanos como materiales que provocan considerables gastos al presupuesto hospitalario. El salón de operaciones requiere de un conjunto de profesionales en los equipos de cirugía, anestesia y enfermería, además de instrumentales y equipos quirúrgicos. En las cirugías electivas, los protocolos preoperatorios pueden incluir exámenes de laboratorio y radiológicos, evaluaciones de clínica pre-anestésica y la programación de camas en unidades de

## ARTÍCULO ORIGINAL

cuidados especiales<sup>1</sup>. Sin embargo, tanto la institución como los pacientes pueden verse afectados negativamente si la cirugía se cancela. Desde una perspectiva económica, la cancelación quirúrgica conduce a una subutilización del salón; estudios han informado pérdidas de \$ 1430 a \$ 1700 por caso cancelado en hospitales de Estados Unidos y en 2001 se estimó que el salón por hora sin usarse alcanza un costo entre \$ 1400 y \$2000<sup>2</sup>.

La mayoría de los hospitales en los países desarrollados invierten cuantiosos recursos en el mantenimiento de los salones así como en garantizar cirujanos y personal de quirófano disponibles en el calendario planificado. Sin embargo, en países en desarrollo donde los recursos son limitados, la cancelación de operaciones quirúrgicas electivas debido a causas previsibles resulta un fenómeno común en la mayoría de los hospitales<sup>3</sup>.

Es bien sabido que la cancelación de pacientes de las listas quirúrgicas de cirugía electiva aumenta el costo, disminuye la eficiencia, duplica la carga de trabajo y desaprovecha el tiempo de quirófano. La suspensión de procedimientos quirúrgicos electivos también causa trauma emocional tanto al paciente como sus familiares y 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<sup>2,4</sup>.

La suspensión de cirugías es un dilema constante y agónico para casi todos los servicios de salud en términos de derroche de recursos y molestias causadas tanto a los pacientes como a las familias. Las tasas de cancelación 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<sup>4-8</sup>.

Las razones detrás de una cancelación están frecuentemente relacionadas con el paciente, como el hecho de no ser apto para la cirugía o que el propio paciente rechaza la operación quirúrgica, están además las causas relacionadas con la institución, incluidas la falta de camas electivas en la Unidad de Cuidados Intensivos post quirúrgicos (UCIQ) o afectaciones en el quirófano, además del hecho relacionado con una incorrecta admisión e inclusión en la lista quirúrgica. Algunas de estas causas podrían considerarse prevenibles, mientras que otras no pueden evitarse<sup>6,7</sup>.

El objetivo del presente estudio es describir las principales causas de cancelación de cirugías electivas así como su comportamiento según especialidades quirúrgicas y tipo de cirugía (mayor o menor).

## ARTÍCULO ORIGINAL

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal de todos los procedimientos electivos quirúrgicos realizados en el hospital Universitario "General Calixto García Íñiguez" durante el año 2016 y el nonestre de enero a septiembre del 2017.

Se estudió la totalidad del universo compuesto por las 24276 cirugías electivas programadas en el período de la investigación.

El hospital cuenta con 20 salones quirúrgicos donde se realizan exclusivamente cirugías electivas. Estos salones se utilizan para operaciones de cirugía general, cirugía ortopédica, otorrinolaringología, maxilofacial, urología, oftalmología, cirugía plástica y neurocirugía. Las cirugías de carácter electivo se realizan de lunes a sábado en el horario de 8 de la mañana a 5 de la tarde aunque en no pocas ocasiones puede extenderse unas horas más según la complejidad del procedimiento que se está efectuando. Además, cuenta con tres salones para cirugías urgentes. En el caso eventual que estos salones se encuentren ocupados, cualquier procedimiento quirúrgico de urgencia se realiza en un salón electivo y se cancelan los casos electivos.

Las cirugías mayores y mayores de gran complejidad se priorizan en la lista de operaciones del día, garantizando el inicio temprano y terminación de la misma alrededor de las 16:30 horas. Luego de las 16:00 horas, los casos programados son cancelados si no existe probabilidad razonable de que la intervención quirúrgica culmine para las 17:00 horas.

Se consideró como suspensión quirúrgica toda cirugía electiva programada que no se realizó. La información se tomó de los anuncios operatorios donde el grupo básico de trabajo indica la razón por la que no se efectuó la intervención así como de los listados de espera quirúrgica de cada servicio. Las variables recogidas incluyeron el número de casos programados, la magnitud (tipo) de la intervención, las suspensiones quirúrgicas, las causas y la especialidad quirúrgica. La magnitud de la cirugía se clasificó en "menor" o "mayor" tal y como se define en el Manual de actividades de cirugía y anestesia<sup>9</sup>. Las causas de suspensión se clasificaron de acuerdo a dos categorías excluyentes: por causa del paciente y por causa del hospital, ambas basadas en una lista concisa de posibles cancelaciones estandarizadas, de manera a cada caso se le asignó solamente una categoría.

En el análisis estadístico se mostraron las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) y se empleó el test de Jic cuadrado para la comparación entre especialidades quirúrgicas y la magnitud de la intervención según las causas de suspensión reportadas considerando significativos los valores de  $p < 0,05$ .

## ARTÍCULO ORIGINAL

Se contó con la autorización del Departamento de Registros Médicos del hospital y se garantizó la confidencialidad de los datos recogidos.

**RESULTADOS.**

Entre enero del año 2016 y septiembre del 2017 se programaron un total de 24276 cirugías electivas en el hospital Universitario "General Calixto García Íñiguez", de ellas se realizaron 23093; fueron canceladas 1183 intervenciones para una tasa de suspensión de 4,9 %.



Gráfico 1. Cirugías electivas programadas según suspensión.

Fuente: informes operatorios.

Tabla 1. Suspensiones quirúrgicas por causas.

Causas de suspensiones quirúrgicas	No.	%	% CE*
<b>Sub-total Paciente</b>	<b>1062</b>	<b>89,8</b>	<b>4,4</b>
– No asistió	931	78,7	3,8
– HTA	45	3,8	0,2
– IRA	15	1,3	0,1
– Ingerió medicamento	4	0,3	0,0
– Asma	2	0,2	0,0
– Otros	65	5,5	0,3
<b>Sub-total Hospital</b>	<b>121</b>	<b>10,2</b>	<b>0,5</b>
– Prolongación turno quirúrgico anterior	42	3,6	0,2
– Problema administrativo	36	3,0	0,1
– Anestesia	20	1,7	0,1

## ARTÍCULO ORIGINAL

– Carencia de sangre	5	0,4	0,0
– Por agua	3	0,3	0,0
– Anemia	3	0,3	0,0
– Por el cirujano	2	0,2	0,0
– No poder hacer proceder	1	0,1	0,0
– Otras	8	0,7	0,0
<b>Total General Hospital</b>	<b>1183</b>	<b>100</b>	<b>4,9</b>

\*porcentaje calculado de acuerdo al total de cirugías electivas programadas (n=23093)

Fuente: informes operatorios.

La mayoría de las cirugías electivas suspendidas en el periodo 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 el 78,7 % de las suspensiones y el 3,8 % de las cirugías electivas programadas. Otras causas de suspensión quirúrgica frecuentes fueron la tensión arterial elevada con el 3,8 %, la suspensión por prolongación del turno quirúrgico anterior con 3,6 % y por problemas institucionales con 3,0 %; estas dos últimas causas imputables al hospital. No se reportaron casos suspendidos por déficit de fluido eléctrico ni por rotura del equipamiento requerido para el proceder.

Tabla 2. Suspensiones quirúrgicas por magnitud de la intervención.

Magnitud	No.	%	%
Cirugías Electivas Mayores	1093	92,4	4,9
Cirugías Electivas Menores	90	7,6	4,8
Total General Hospital	1183	100	4,9

\*porcentaje calculado de acuerdo al total de cirugías electivas programadas mayores (n=22403) y menores (n=1873).

Fuente: informes operatorios.

De las 1183 cirugías electivas suspendidas, la mayoría correspondieron con cirugías mayores por su magnitud (92,4 %), sin embargo, al analizarlo teniendo en cuenta las cirugías programadas de este tipo, se suspendieron el 4,9 % de las mayores y el 4,8 % de las menores.

Tabla 3. Suspensiones quirúrgicas por especialidades quirúrgicas.

## ARTÍCULO ORIGINAL

Especialidades quirúrgicas	No.	%	% especialidad
Maxilofacial	415	35,1	7,1
Cirugía General	241	20,4	8,0
Cirugía Reconstructiva	146	12,3	5,7
Urología	103	8,7	4,4
Otorrinolaringología	79	6,7	3,2
Dermatología	70	5,9	13,3
Ortopedia	60	5,1	5,8
Coloproctología	23	1,9	5,1
Neurocirugía	23	1,9	5,0
Angiología	22	1,9	3,1
Oftalmología	1	0,1	0,0
Total General Hospital	1183	100,0	4,9

\*porcentaje calculado de acuerdo a la cantidad de cirugías electivas programadas por cada servicio

Fuente: informes operatorios.

Las especialidades que más pacientes aportaron al listado de suspensiones quirúrgicas fueron maxilofacial con 415 pacientes para el 35,1 % del total de cancelaciones, cirugía general con 241 pacientes para el 20,4 % y Cirugía Reconstructiva con 146 pacientes para el 12,3 %.

Al analizar estas suspensiones según la cantidad de pacientes programados por cada especialidad, se comprobó que Dermatología fue el servicio que mayor número de pacientes suspendió de los programados para operarse por dicha especialidad (13,3 %). Le siguieron Cirugía general con el 8,0 % de sus pacientes cancelados y Maxilofacial con 7,1 %.

Tabla 4. Suspensiones quirúrgicas según especialidades quirúrgicas y causas.

Especialidades quirúrgicas	Por el paciente		Por el hospital	
	No.	%	No.	%
Maxilofacial	377	90,8	38	9,2
Cirugía General	221	91,7	20	8,3
Cirugía Reconstructiva	134	91,8	12	8,2
Urología	88	85,4	15	14,6
Otorrinolaringología	73	92,4	6	7,6

## ARTÍCULO ORIGINAL

Dermatología	69	98,6	1	1,4
Ortopedia	45	75,0	15	25,0
Coloproctología	21	91,3	2	8,7
Neurocirugía	14	60,9	9	39,1
Angiología	19	86,4	3	13,6
Oftalmología	1	100,0	0	0,0
Total General Hospital	1062	89,8	121	10,2

Prueba de Ji cuadrado  $X^2=46,37$  (10gl)  $p<0,0001$

Fuente: informes operatorios.

Las suspensiones quirúrgicas por causa del paciente predominaron en todas las especialidades aunque Neurocirugía, Ortopedia, Urología y Angiología reportaron cifras de suspensiones por motivos relacionados con la institución por encima del promedio del hospital con 39,1 %, 25,0 %, 14,6 % y 13,6 %, respectivamente. Estas diferencias observadas entre las diferentes especialidades en cuanto a la causa de suspensión resultaron estadísticamente significativas ( $p<0,0001$ ).

## DISCUSIÓN.

El análisis de las causas de suspensión quirúrgica en varias instalaciones de salud y su estudio por especialidades produce casi un perfil único de cancelación en cada institución. Muchos centros hospitalarios informan las razones principales siendo las más frecuentes: la no presentación del paciente el día programado, la falta de tiempo disponible en el salón operatorio y la inadecuada preparación de los pacientes para la cirugía. Un servicio quirúrgico eficiente debe tener una baja tasa de cancelación de operaciones. Si las operaciones se cancelan, los salones están infrautilizados; se pone en peligro la eficiencia, aumenta la lista de espera y aumenta el costo. La cancelación de las cirugías planificadas es un problema de calidad bien identificado en el sistema de atención de salud que preocupa a los pacientes, frustra los recursos y aumenta el costo de la atención sanitaria. La excelencia de la gestión de la calidad y la atención de los pacientes de un hospital puede medirse por la tasa de cancelación de las cirugías electivas<sup>4</sup>.

La tasa promedio de suspensión de cirugías en el estudio actual fue de 4,9%. Esta tasa es comparable con muchos otros hospitales de primer nivel, que reportan tasas de suspensión que oscilan entre 3% y 7%; e incluso resultó menor que algunas instituciones de salud de países desarrollados que reportaron tasas de alrededor del 13%. Es de señalar que esta tasa es considerablemente más baja que la registrada en países de Latinoamérica, África y Asia<sup>3-8</sup>.

## ARTÍCULO ORIGINAL

Macario<sup>5</sup>, describió que una tasa de cancelación menor del 5% muestra la utilización óptima de las instalaciones quirúrgicas. En Australia, el departamento de salud estableció un índice de referenciade menos del 2% para la tasa de cancelación de casos por cualquier causa y las cancelaciones debidas que las condiciones médicas se establecieron en menos del 1% y la inasistencia del paciente por debajo del 0,5% <sup>6</sup>.

En términos de la tasa general de cancelaciones quirúrgicas, en el estudio actual, la mayor frecuencia de cancelaciones se informó por maxilofacial, seguida de cirugía general y cirugía reconstructiva. Al analizar cada especialidad individualmente se encontró que dermatología cancela un mayor número de casos quirúrgicos respecto a los programados, aunque vale aclarar que este servicio realiza básicamente procedimientos de cirugía menor.

Al analizar las causas reportadas de cancelación quirúrgica, se notificó que la inasistencia del paciente resultó la causa más común en las diferentes especialidades y durante todo el período estudiado (78,7%) mucho más alto que el estándar internacional reportado (17.6-50.3%), lo que deja un margen importante para la mejora. 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<sup>5-8,10-12</sup>.

Este hallazgo concuerda con otros estudios en los que la no presentación de los pacientes destaca entre las causas principales de cancelación. Sin embargo, el porcentaje de inasistencia en nuestro estudio es indiscutiblemente más alto que el observado en otros estudios, los que han informado tasas tan bajas como 1-3% o incluso ningún caso en absoluto. Las causas detrás de la no presentación del paciente no fueron evaluadas en el estudio actual, pero fueron investigadas por otros autores, los cuales hicieron recomendaciones para disminuirlas, llamando o enviando por correo a los pacientes antes de sus citas para recordarles<sup>10</sup>.

Algunos autores han profundizado en los factores que pueden contribuir a la alta prevalencia de no presentación del paciente a la cirugía, incluyendo la insatisfacción del paciente, la elección de operarse en un hospital de nivel terciario y la existencia de una lista de espera relativamente larga. Estos factores deberían investigarse más a fondo en un estudio prospectivo<sup>11-13</sup>.

Se canceló un alto porcentaje de cirugías electivas debido a la necesidad de una mejor exploración del paciente por parte del especialista, e incluía infecciones respiratorias y enfermedades crónicas descompensadas. En el estudio actual, el 3,8% de las cancelaciones se debieron a descompensación de enfermedades crónicas fundamentalmente la hipertensión arterial

## ARTÍCULO ORIGINAL

aunque también asma y diabetes. Una tasa similar de cancelaciones relacionadas con elevación de la tensión arterial fue encontrada por Kaddoum<sup>7</sup> y colaboradores en un hospital universitario de Beirut; mientras que según Dimitriadis<sup>8</sup> y colaboradores esta cifra ascendió en el Reino Unido a 12,9%. Es recomendable el establecimiento de consultas preoperatorias para garantizar la aptitud de los pacientes antes de la cirugía. Actualmente, los pacientes con comorbilidades conocidas son evaluados primero por sus médicos de cabecera antes de remitirlos a estas consultas. Sin embargo, aún muchas cirugías se cancelan inevitablemente por razones médicas, por ejemplo, debido al mal cumplimiento del paciente con el tratamiento con medicamentos o al desarrollo de infecciones del tracto respiratorio antes de la cirugía<sup>13</sup>.

La tercera causa más común de suspensión de cirugía en el presente estudio fue la falta de tiempo en el salón por prolongación del turno quirúrgico anterior (3,6 %). Esta causa se informa frecuentemente en los estudios de suspensión de cirugía aunque con porcentajes variables<sup>4-8,10,11</sup>. Un estudio de Kaye<sup>15</sup> y colaboradores, informó que la mayoría de los procedimientos quirúrgicos (93%) no se iniciaron en el momento esperado. El retraso en el inicio de la operación podría deberse a múltiples razones, desde cirujanos hasta anestesistas y enfermeras. Todos estos motivos son evitables y modificables en vistas a lograr una eficiente gestión del tiempo quirúrgico y una planificación adecuada. Se requiere, por tanto, de la colaboración de todo el equipo de trabajo en la minimización de las aperturas retardadas.

En el presente estudio los problemas administrativos causaron el 3,0 % de las cancelaciones quirúrgicas, atribuibles en muchos casos a errores en la admisión del paciente por dificultades en la asignación de la cama hospitalaria, historia clínica incompletas o no disponibles y duplicidad del turno quirúrgico. 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.

Un estudio realizado en un hospital en Toronto, Canadá, confirmó una tasa de cancelación muy baja (0,37%) siendo las principales causas: la prevalencia de enfermedad cardiovascular (20,5%), la preparación inadecuada (17,0%) y los factores relacionados con el proceder quirúrgico (20%)<sup>12</sup>. Así mismo, en un hospital universitario en Brasil, cuyo tasa de cancelación fue de 16,1%, las causas incluyeron prolongación de la cirugía anterior (18,7%), falta de cama postoperatoria (18,1%), cancelado por el paciente (17,5%), cambios clínicos del paciente (17,1%), y problemas de

## ARTÍCULO ORIGINAL

procedimientos de admisión (21%). En dicho estudio brasileño, los autores encontraron que la especialidad de otorrinolaringología fue la que más cancelaciones reportó (21,3 %) <sup>16</sup>.

Un estudio retrospectivo en un hospital de Omán ha demostrado que el 39% de los casos se cancelan al menos una vez, siendo las causas: problemas relacionados con el paciente (63%), problemas de legislación de garantía de tratamiento en hospitales privados (29%) y la preparación preoperatoria incompleta (15%)<sup>14</sup>. En EE.UU., investigadores han estudiado los procedimientos quirúrgicos de cirugía pediátrica en un solo centro identificando las cancelaciones prevenibles y las no evitables. Entre las cancelaciones prevenibles están las causas relacionadas con seguros / financieros (11,4%) y violación de ayuno preoperatorio (8,8%), mientras que entre las no prevenibles las principales cancelaciones incluyen enfermedad del paciente (40,3%) y otras razones no especificadas (29%) <sup>17</sup>.

Muchos estudios incluso intentan postular soluciones y evaluar el efecto de alguna intervención en la tasa de cancelación. El Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido ha establecido una herramienta de diagnóstico de operaciones para rastrear y registrar cancelaciones en un ensayo para planear programas efectivos con el fin de evitar cancelaciones y sus inconvenientes<sup>18</sup>.

Los resultados de un ensayo controlado aleatorizado, estudios de cohorte y estudios de intervención que examinaron el impacto de la implementación de un sistema de preparación preoperatoria han reflejado consistentemente reducciones significativas en la tasa de cancelaciones el día de la cirugía de entre el 2 y el 7%. Estos sistemas se asociaron con pacientes mejor preparados para la cirugía que aquellos que no acudieron a consultas de evaluación clínica y anestésica preoperatorias<sup>10-14</sup>.

Un estudio previo de casos y controles sobre cancelaciones quirúrgicas debidas a inadecuada preparación demostró que los pacientes que acudieron a consultas preoperatorias ambulatorias tenían tres veces menos probabilidades de cancelar la operación que aquellos que no asistieron a dicha consulta (odds ratio [OR] = 3.18, intervalo de confianza del 95%, [IC] = 1.32-7.63)<sup>11</sup>.

En momentos en que se discute la reorganización de los servicios de salud, el Ministerio de Salud Pública define calidad de los servicios de salud como el alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción e impacto final en la salud y la calidad de vida.

Una de las razones por las que se suspendieron un gran número de cirugías fue la no presentación del paciente. Mejorar la comunicación entre el paciente y el hospital facilita el cumplimiento de la programación quirúrgica y ayuda a evitar cancelaciones.

## ARTÍCULO ORIGINAL

El rendimiento quirúrgico resulta un indicador de eficiencia hospitalaria y se está convirtiendo cada vez más en el centro de atención en la medida que las listas de espera electivas continúan aumentando. Las demoras o cancelaciones en las listas de operaciones se asocian con insatisfacción de los proveedores de servicios de salud así como de los pacientes. Las intervenciones quirúrgicas representan una proporción significativa de los gastos de un hospital e incluye una proporción considerable de su presupuesto global. Es por ello que con el aumento del presupuesto destinado a los tratamientos quirúrgicos, la mejora del rendimiento quirúrgico debe basarse, en primera instancia, de la eficiencia de los quirófanos y no del aumento de las sesiones de operaciones.

**CONCLUSIONES.**

Se concluye que, a pesar de que el porcentaje de cancelación quirúrgica electiva fue menor que en otros hospitales de características similares, todavía es posible reducirlo considerando que más del 80% de los motivos de la cancelación pueden ser prevenidos; siempre contando con la voluntad política, el compromiso de los profesionales a cargo de la actividad, mejora de la organización y planificación del proceso quirúrgico y una mejor gestión de los insumos necesarios para el logro de este objetivo.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Fayed A, Elkouny A, Zoughaibi N, Wahabi HA. Elective surgery cancelation on day of surgery: An endless dilemma. Saudi J Anaesth. 2016 Jan-Mar [consultado 16 Nov 2017]; 10(1):68-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4760047/>
2. Johnson BK, James CW 3rd, Ritchie G, Morgan RR Jr, McMillan HR. Evaluation of Cost Reduction Measures at a State University Medical Center. J S C Med Assoc. 2014 Mar-Apr [consultado 16 Nov 2017];110(1):8-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27125004>
3. Gaviria-García G, Lastre-Amell G, Suárez-Villa M. Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. Enfermería Universitaria 2014 [consultado 16 Nov 2017]; 11(2):47-51. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706314726648-S300>
4. Cancellation of operations in Saudi Arabian hospitals: Frequency, reasons and suggestions for improvements. Pak J Med Sci. 2015 Sep-Oct [consultado 16 Nov 2017]; 31(5): 1027–1032. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4641249/>

## ARTÍCULO ORIGINAL

5. Macario A. Are your hospital operating rooms "efficient"? A scoring system with eight performance indicators. *Anesthesiology*. 2006 [consultado 16 Nov 2017]; 105:237–240. Disponible en: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1931490>
6. National System Wealth Australia. Pre-Procedure Preparation Toolkit. Sydney: NSW Department of Health. Nov 2012, [consultado 16 Nov 2017]. Disponible en: [http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/GL2007\\_018.html](http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/GL2007_018.html)
7. Kaddoum 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 Jul 13 [consultado 16 Nov 2017];16:259. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27412041>
8. Dimitriadis PA, Iyer S, Evgeniou E. The challenge of cancellations on the day of surgery. *Int J Surg*. 2013 [consultado 16 Nov 2017];11(10):1126-30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24035905>
9. Dirección Nacional de Estadísticas de Salud. Sistemas de Información Estadística. Manual de Cirugía y Anestesiología. MINSAP. 2014.
10. 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 Feb 1 [consultado 16 Nov 2017];11(2):e0147194. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147194>
11. Epstein RH, Dexter F. Management implications for the perioperative surgical home related to inpatient case cancellations and add-on case scheduling on the day of surgery. *Anesth Analg*. 2015 Jul [consultado 16 Nov 2017];121(1):206-18. Disponible en: <http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=26086516>
12. Azari-Rad S, Yontef AL, Aleman DM, Urbach DR. Reducing elective general surgery cancellations at a Canadian hospital. *Can J Surg*. 2013 Apr [consultado 16 Nov 2017];56(2):113-8. Disponible en: <http://www.canjsurg.ca/vol56-issue2/56-2-113/>
13. Gooden CK, Frost EA. Preprocedural evaluation: considerations outside of the operating room. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015 Aug [consultado 16 Nov 2017];28(4):441-5. Disponible en: <http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=26087266>
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 Cabos*

## ARTÍCULO ORIGINAL

- UnivMed J. 2016 Aug [consultado 16 Nov 2017]; 16(3):e298-302. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/27606108/>
15. Kaye AD, McDowell JL, Diaz JH, Buras JA, Young AE, Urman RD. Effective strategies in improving operating room case delays and cancellations at an academic medical center. J Med Pract Manage. 2015 Mar-Apr [consultado 16 Nov 2017];30(6 Spec No):24-9. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26062313>
16. Cihoda JH, Alves JR, Fernandes LA, de Souza Neto EP. The analysis for the causes of surgical cancellations in a Brazilian university hospital. CareManag J. 2015 [consultado 16 Nov 2017];16(1):41-7. Disponible en:  
<https://www.ingentaconnect.com/openurl?genre=article&issn=1521-0987&volume=16&issue=1&spage=41&aulast=Cihoda>
17. 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 PlastSurg. 2017 Nov 21. [consultado 16 Nov 2017] Disponible en:  
<http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29166312>
18. National Health Service. Results from the theatre programme cancelled operations diagnostic tool. London: NHS; 2002.

ARTÍCULO ORIGINAL

Contenido

Suspensión de cirugías electivas en el Hospital Universitario "General Calixto García": causas y prevalencia. 2016-2017. .... 119

Elective surgery canceled in the Hospital Universitario "General Calixto García, causes and prevalence. Carlos Alberto Martínez Blanco, JulietteMassipNicot, Lilian Ortiz Almeida, Ifrán Martínez Gálvez, Jorge Luis Santana Lechuga, Oney Terry Villa..... 119

RESUMEN. .... 119

ABSTRACT. .... 120

INTRODUCCIÓN. .... 120

MATERIAL Y MÉTODO ..... 122

RESULTADOS..... 123

DISCUSIÓN. .... 126

CONCLUSIONES..... 130

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. .... 130