

Recibido: 04-09-2024. Aceptado: 01-10-2024

<https://doi.org/10.20986/revcma.2025.1024/2025>

Suspensión de cirugía ambulatoria: un reto a vencer

Suspension of outpatient surgery: a challenge to overcome

Judith Guadalupe Vélez Vizcarra y Marisol Gutiérrez Romero

Servicio de Anestesiología. Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 89. Instituto Mexicano del Seguro Social. Saltillo, Coahuila, México

Autora para correspondencia: Judith Guadalupe Vélez Vizcarra (vel_jud@hotmail.com)

RESUMEN

Introducción: Las unidades de Atención Médica Ambulatoria representan amplia relevancia dentro del modelo de salud por lo que precisan de una correcta gestión. Dentro de los parámetros a mejorar en la política de gestión hospitalaria es el índice de suspensiones sobre procesos electivos.

Objetivo: Analizar las causas y factores atribuibles a la cancelación de cirugías programadas en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 89 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Saltillo Coahuila, México, en el periodo de enero 2022 a junio de 2024.

Material y método: Estudio retrospectivo, transversal basado en datos obtenidos de plataformas usadas en el Instituto: PHEDS (Plataforma de Hospitalización del Ecosistema Digital de Salud), INDOQ (Indicador de oportunidad quirúrgica) y SIMOQX (Sistema de Información Médico Operativo quirúrgico), además de los reportes de la jefatura de enfermería del área quirúrgica, los cuales fueron analizados a través de tablas de frecuencias de las variables con la medición de puntos porcentuales.

Resultados: La suspensión de cirugías programadas es un desafío que requiere una gestión adecuada, ya que afecta negativamente a los pacientes y al sistema sanitario. Se deben implementar medidas para mejorar la selección y evaluación preoperatoria del paciente, así como campañas de información sobre el proceso quirúrgico y destacar la importancia de la asistencia puntual.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria, suspensión, cirugía programada.

ABSTRACT

Introduction: Ambulatory Medical Care Units hold significant relevance within the healthcare model, necessitating proper management. One key area for improvement in hospital management policy is the rate of elective procedure cancellations.

Objective: To analyze the causes and factors contributing to the cancellation of scheduled surgeries at Ambulatory Medical Care Unit No. 89 of the Mexican Social Security Institute in Saltillo, Coahuila, Mexico, during the period from January 2022 to June 2024.

Materials and method: This is a retrospective, cross-sectional study based on data obtained from platforms used within the Institute: PHEDS, INDOQ, and SIMOQX, as well as reports from the surgical area nursing management, which were analyzed using frequency tables of the variables with percentage point measurements.

Results: The results revealed that 17.89 % of all scheduled procedures were canceled over a period of 2 years and 6 months. Of these cancellations, 57.38 % were attributable to the patient, 18.08 % were due to breaches in the surgical protocol, and 7.8 % were caused by infrastructure defects.

Conclusion: The cancellation of scheduled surgeries is a challenge that requires proper management, as it negatively impacts both patients and the healthcare system. Measures should be implemented to improve preoperative patient selection and evaluation, as well as to launch informational campaigns on the surgical process, emphasizing the importance of timely attendance.

Keywords: Ambulatory surgery, cancellation, scheduled surgery.

ANTECEDENTES

En 1976 se generan los primeros grupos pilotos de las unidades de atención ambulatoria en México, dentro de los estados piloto se encontraban el Distrito Federal (ahora Ciudad de México), Jalisco, Nuevo León, Hidalgo y Yucatán (1).

En 1996, el consejo técnico aprobó el modelo con base a la política de disminuir el rezago en la atención, así como la diversificación de los servicios a ofrecer. En el proyecto original, se autorizó la construcción e implementación de 45 Unidades de Atención Médica de Atención Ambulatoria (UMAA), de las cuales 9 eran autónomas, 15 anexas a Hospital General (HG) y 21 a Unidad de Medicina Familiar (UMF), con un horario diurno de atención de lunes a viernes, para la atención de las/los pacientes candidatos a cirugía y de otros procedimientos ambulatorios que no requieren hospitalización o cuidados especiales (2).

Estas unidades de Atención Ambulatoria tienen el objetivo de dar atención médica y quirúrgica, de acuerdo con su capacidad resolutoria, en la que el/la paciente egresa el mismo día en condiciones estables y sin haber hecho uso de cama hospitalaria.

Características del modelo de cirugía ambulatoria del IMSS

Los servicios que proporcionan las UMAA son del segundo nivel de atención médica. Las UMAA brindan atención médica y quirúrgica en servicios ambulatorios de alta demanda, los cuales son:

- Cirugía de urgencias.
- Cirugía general.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Ortopedia.
- Urología.
- Endoscopias de tubo digestivo alto y bajo.
- Quimioterapia.
- Hemodiálisis.
- Inhaloterapia que incluye sesiones de terapia respiratoria.

De tal manera, el propósito que persiguen estas unidades es:

- Incrementar la capacidad de respuesta de los servicios médicos ante el diferimiento quirúrgico.
- Programar la atención bajo criterios médicos congruentes los procedimientos.
- Acercar los servicios a los derechohabientes.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios.
- Descentralizar los servicios ambulatorios de los hospitales de segundo nivel. Lo anterior, le da a las UMAA características operativas particulares: la atención médica

que proporciona es por referencia de pacientes de las Unidades de Medicina Familiar o de los Hospitales Generales de Zona.

La unidad dispone de personal de enfermería, auxiliares y asistentes médicas, así como de una jefatura médica.

Las distintas especialidades quirúrgicas que participan en la UMAA son: oftalmología, cirugía general, traumatología, urología, otorrinolaringología y cirugía de mama.

En la actualidad las Unidades de Atención Médica Ambulatoria han cobrado mayor relevancia dentro del modelo del IMSS, por tanto, también precisan de una correcta gestión. Uno de los principales parámetros a mejorar en la política de gestión hospitalaria es el índice de suspensiones sobre procesos electivos.

Si se analiza detalladamente la tasa de procesos suspendidos, observamos que es una cifra para nada insignificante, ya que oscila entre un 7 y un 16 % en países occidentales (3,4). Hay que tener en cuenta el plano emocional, afectivo y económico del paciente y de los familiares, que puede verse afectado por la suspensión del proceso.

La cirugía ambulatoria afecta de manera importante en el gasto generado por la falta de utilización del quirófano. De igual manera se suman a esto aquellos pacientes que se encuentran en la lista de espera aun con una adecuada selección de pacientes.

Para un correcto funcionamiento de la UMAA, es importante el cumplimiento del protocolo quirúrgico para la programación de la cirugía, que abarca desde el diagnóstico en la consulta de la especialidad correspondiente, pasando por una adecuada información al paciente, un correcto proceso de selección de los pacientes, consulta preanestésica, llamada telefónica preoperatoria y un adecuado seguimiento en el postoperatorio.

Entre las causas que encontramos para la suspensión de procesos, aparecen una inapropiada organización en la programación y una incorrecta evaluación preoperatoria de los pacientes, por lo tanto, todo lo anterior debe ser valorado y corregido. Aunque existen otras causas relacionadas con el paciente, estas tienen una menor probabilidad de mejora; hay que considerar algunas medidas para que el paciente considere los costes de los recursos al no acudir a su programación.

El objetivo de este estudio es analizar las causas de suspensión de las cirugías programadas en la UMAA, con base en la percepción de los cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y administradores, a fin de brindar elementos que contribuyan a mejorar la calidad de la atención y la disminución en la tasa de suspensión, teniendo como beneficio la prestación del servicio y la disminución de costos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, analizando la base de datos de todos los pacientes con cirugía programada en la UMAA no. 89 de la Ciudad de Saltillo, Coahuila, México, en el periodo entre enero de 2022 a junio de 2024. Se incluyeron todos los pacientes con cirugía programada que fue suspendida por causas atribuibles a la estructura como la falta de medicamentos, falta o falla de equipo médico, falta de instrumental, ropa quirúrgica o por causas atribuibles al proceso como falta de exámenes de laboratorio, preparación del paciente (ayuno o enemas), valoración cardiovascular, valoración preanestésica, falta de tiempo quirúrgico o ausencia del cirujano; por causas atribuibles al paciente, no se presentó, se presenta enfermo o por alteraciones en presión arterial y/o glucemia. Se excluyeron aquellos pacientes que no se presentaron por fallecimiento de familiar y condiciones del tráfico.

La información se recabó de diferentes plataformas utilizadas en el Instituto como el PHEDS (plataforma de hospitalización digital en salud), INDOQ (indicador de oportunidad quirúrgico), SIMO Qx (sistema de información médico operativo), así como de archivos de la jefatura de enfermería en el área quirúrgica. El análisis de los resultados se realizó a través de tabla de frecuencia de cada una de las variables, las cuales comprendían: motivos de cancelación de cirugía, aspectos administrativos causantes de suspensión de cirugías y aspectos asistenciales causantes de la suspensión; con su medición por promedios porcentuales.

El indicador propuesto tiene como numerador el número de cirugías suspendidas y en el denominador el número de cirugías programadas; el resultado se multiplica por 100 para conocer el porcentaje y definir el estándar (2-9):

No. de cirugías suspendidas

x100

No. de cirugías programadas

El estándar propuesto, en relación con el porcentaje de cirugías suspendidas.

RESULTADOS

Durante el periodo de revisión se realizaron 8588 procedimientos quirúrgicos, de los cuales 1537 cirugías se reportaron como suspendidas en un periodo de 2 años 6 meses, equivalente al 17,89 % (Tabla I y II). De las cirugías suspendidas, estas se agruparon de la siguiente manera: en estructura, proceso y atribuibles al paciente; 278 (18,08 %) correspondieron a causas en el proceso, 120 (7,8 %) en la estructura y 882 (57,38 %) atribuibles al paciente (Tabla II). Dentro de las causas atribuibles al proceso, el principal motivo de suspensión fueron las administrativas donde se re-

TABLA I

OBTENIDO DE ARCHIVOS SIMOQX
(www.infosalud.imss.gob.mx)

Año	Cirugías programadas	Cirugías realizadas	Cirugías suspendidas
2022	3048	2683	365
2023	3420	2512	908
2024	2120	1856	264
	8588	7051	1537

TABLA II

PORCENTAJE DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS
(www.indoqc.imss.gob.mx)

Año	Cirugías programadas	Cirugías realizadas	Porcentaje de suspensión
2022	3048	365	11,97 %
2023	3420	908	26,54 %
2024	2120	264	12,45 %

portaron 120 pacientes (7,8 %) (Tabla III). En la estructura, el principal motivo de la suspensión fue la falta de material reportando un 61,42 % (Tabla IV). De igual manera, lo que más causó impacto en esta revisión fue la suspensión de las cirugías dentro del rubro aspecto atribuible al paciente fue la falta de asistencia teniendo un porcentaje de 93,02 % lo que equivale a 733 pacientes (Tabla V).

DISCUSIÓN

La suspensión de los procedimientos quirúrgicos conllevan a un gran problema debido a los costos que tiene que enfrentar tanto el paciente como la Unidad Hospitalaria. De igual manera, se debe contar con un excelente trabajo en equipo, la visión crítica de aquellos involucrados en la realización de la programación como una forma de trabajo permanente para otorgar una atención de calidad y evitar la tasa de suspensiones.

Según Nicolas Valls y cols., sugieren una adecuada gestión para que las suspensiones sean prevenibles, así como la existencia de una captación de aquellos que cuenten con patologías crónicas y en coordinación con las especialidades correspondientes, se refiera a estos a las valoraciones necesarias antes de la programación.

Es importante destacar que la implementación de una programación colegiada de manera correcta es una medida que puede contribuir a reducir las suspensiones prevenibles.

TABLA III

CIRUGÍAS SUSPENDIDAS (ARCHIVOS DE ENFERMERÍA ENERO 2022-JUNIO 2024)

Año	Administrativa	Atribuible a la estructura	No acepta ser operado, no acepta al médico, no acepta técnica anestésica	Indicación médica	Falta de tiempo QX	Protocolo incompleto	No se presentó (se desconoce causa)	Reciente ingesta de alcohol	Hipertensión en descontrol	Hiperglicemia por arriba de 290 mg/dl	Reportó enfermo	Total
2022	32	20	8	15	10	30	208		21	3	18	365
2023	58	98	9	28	15	28	376	1	43	7	9	908
2024	30	22	3	17	3	12	149		18	2	8	264
TOTAL	120	140	20	60	28	70	733	1	82	12	35	1537

TABLA IV

CAUSAS RELACIONADAS AL PROCESO

Administrativas	Indicación médica	Falta tiempo quirúrgico	Protocolo incompleto
Mal programados	No requiere tratamiento quirúrgico		Laboratorios vencidos
Sin vigencia de derechos	Tipo de anestesia		Sin valoración preanestésica
Sin expediente clínico			Sin valoración por cardiología o medicina interna
Ya operados			
No candidatos a UMAA			
120 pacientes (7,8 %)	60 pacientes (3,9 %)	28 pacientes (1,82 %)	70 pacientes (4,55 %)

TABLA V

CAUSAS RELACIONADAS A LA ESTRUCTURA

Atribuibles a la estructura	Frecuencia	Porcentajes
Falta de material/ equipo médico	86 pacientes	61,42 %
Falta de ropa quirúrgica	4 pacientes	2,85 %
Falta de instrumental	4 pacientes	2,85 %
Falta de fentanilo	10 pacientes	7,14 %
Falla en el suministro de agua	12 pacientes	8,57 %
Falla en el suministro de energía eléctrica	24 pacientes	17,14 %
Total: 140 pacientes		

TABLA VI
CAUSAS ATRIBUIBLES AL PACIENTE

Atribuibles a la estructura	Frecuencia	Porcentajes
Falta de material/equipo médico	86 pacientes	61,42 %
Falta de ropa quirúrgica	4 pacientes	2,85 %
Falta de instrumental	4 pacientes	2,85 %
Falta de fentanilo	10 pacientes	7,14 %
Falla en el suministro de agua	12 pacientes	8,57 %
Falla en el suministro de energía eléctrica	24 pacientes	17,14 %
Total: 140 pacientes		

TABLA VI
CAUSAS ATRIBUIBLES AL PACIENTE

Atribuibles al paciente	Frecuencia	Porcentajes
No acepta técnica anestésica	6	0,76 %
No acepta ser operado por médico diferente	6	0,76 %
No cuenta con ayuno mínimo indispensable	3	4,44 %
No acepta ser operado	4	0,50 %
Se presenta enfermo	35	2,27 %
No acude a la cirugía	733	93,02 %
Ingesta de alcohol el día de la cirugía	1	0,12 %
Total: 788 pacientes		

En la literatura se observa que las tasas de suspensión pueden oscilar desde un 10 % hasta un 17 % en cirugía programada. Sin embargo, en nuestra unidad la tasa de suspensión varía del 11,97 % al 26,54 % con una media de 25,23 %, por lo que la tasa de suspensión es similar a la de la literatura. Sin embargo, esto nos lleva a pensar que es necesario contar con medidas correctivas.

Macarthur y cols. (10) opinan que más de un 50 % de las suspensiones podrían ser evitadas.

El hecho de que se produzcan procesos agudos intercurrentes en nuestros pacientes supuso el 2,27 % de las suspensiones. Esto es importante a la hora de analizar que debemos considerar que en invierno o en meses con cambios variables de la temperatura, las infecciones del tracto respiratorio alto son más prevalentes e interferirán con mayor proba-

bilidad en la suspensión de la programación de la cirugía de día. En 34 de los casos la suspensión se conoció el día antes de la intervención, pero no fue posible el recambio de los pacientes.

Cuando la carencia de recursos, así como la falla o falta de equipo médico está relacionada con la interrupción de la programación puede relacionarse con una inadecuada gestión para la compra de estos.

La ausencia del protocolo completo podría subsanarse no incluyendo en lista de espera pacientes que no tengan los exámenes de laboratorio vigentes máximo de 3 meses, valoración preanestésica y/o de medicina interna o cardiología. Para ello sería útil la revisión adecuada desde la consulta de especialidades antes de enviarlos a programar.

La causa más importante de suspensión en nuestro estudio con un 47,69 %, corresponde a los pacientes que no se presentaron, por tanto, de la misma manera que los pacientes que se reportan enfermos la respuesta no pueden ser efectiva por parte de los servicios quirúrgicos para sustituir a dichos pacientes. Dentro de las razones por las que no se llegaron a presentar fueron: problemas familiares, cambio de turno en el trabajo, cambio de opinión con respecto a la necesidad de ser operados. En nuestra opinión se deberían realizar conversaciones con los pacientes y familiares para concienciar sobre el coste real de los recursos y la limitación de estos, pudiendo ser de gran ayuda, ya que contamos con un sistema de salud público y donde en muchos casos la lista de espera puede ser larga.

AGRADECIMIENTOS

C. Eulalio Flores del Bosque (enfermero jefe de piso); C. Terezita de Jesús Cortez Morales (jefe de grupo estadística); C. Sergio Jesús Ventura González (coordinador de estadística); C. María Esther Cisneros Cano (asistente médica de la recepción de quirófano).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haana V, Sethuraman K, Stephens L, Rosen H, Meara JG. Case cancellations on the day of surgery: an investigation in an Australian paediatric hospital. *ANZ J Surg.* 2009;79(9):636-40. DOI: 10.1111/j.1445-2197.2009.05019.x.
2. Olvera L, Arizmendi E, Duque C. Manual de organización de las unidades médicas de atención ambulatoria. Instituto Mexicano del Seguro Social con clave. P. 6-12 Disponible en: <https://www.imss.gob.mx>
3. Papaqui J, Durán JL, Ortega C, Duque C. Manual metodológico de indicadores médicos. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones médicas, VI. Indicadores del Desempeño de la coordinación Normativa, Coordinación de Atención integral de 2.ª nivel. 2019-2024. p. 415-95. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx>
4. Pollard J.B, Olson L. Early outpatient preoperative anesthesia assessment: does it help to reduce operating room cancellations? *Anesth Analg.* 1999;89(2):502-55. DOI: 10.1097/00000539-199908000-00048.
5. Seim AR, Fagerhaug T, Ryen SM, Curran P, Saether OD, Myhre HO, et al. Causes of cancellations on the day of surgery at two major university hospitals. *Surg Innov.* 2009;16(2):173-80. DOI: 10.1177/1553350609335035.
6. Martínez J, Jiménez A, Gracia JA, Guedea M, Redondo E, Martínez. Cancelación en CMA: Incidencia y causas. *Cirugía Esp.* 2012;90(7):429-33. DOI: 10.1016/j.ciresp.2011.05.007.
7. Aguirre JF, Chávez G, Huitrón A, Cortes N. ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes bibliográficos. *Gac Méd Méx.* 2006;139(6):545-51.
8. Galván A, Flores G. La suspensión de cirugía programada como un indicador de calidad en la atención hospitalaria. *Rev Hosp Gral.* 2006;7(2):59-62. DOI: 10.6018/eglobal.10.3.131511.
9. Villablana N, González R, Ramírez MS, Soto A, Rebolledo D. Reducción de suspensiones quirúrgicas tras la implementación de una Unidad Pre-Quirúrgica 2023;52(8):824-27. DOI: 10.25237/revchilanesv52n8-19.
10. Macarthur AJ, Macarthur C, Bevam JC. Determinants of pediatric day surgery cancellation. *J Clin Epidemiol.* 1995 ;48(4):485-89. DOI: 10.1016/0895-4356(94)00160-R.