

Recibido: 29-01-2024. Aceptado: 13-02-2024

ORIGINAL

<https://doi.org/10.20986/revcma.2025.1018/2025>

Impacto de la llamada telefónica preoperatoria en la tasa de cancelaciones y suspensiones

Impact of the preoperative phone call on the rate of cancellations and suspensions

María Ángeles Darás Orenga, Carmen Alcalde Sánchez, Lidia Vives Piqueres y Ana Nicolau Gozalbo

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario La plana de Villareal., Castellón, España

Autor para correspondencia: María Ángeles Darás Orenga (daras1979@gmail.com)

RESUMEN

Antecedentes y objetivo: Conocer la evolución de los indicadores de calidad permite llevar a cabo acciones correctivas para poder mejorar la asistencia. En el año 2018, en nuestro servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se implantó la llamada telefónica preoperatoria como medida correctora de varios indicadores con el fin de aumentar la calidad asistencial. Así, el objetivo fue evaluar si la llamada telefónica realizada 24-48 horas antes de la intervención influye sobre la tasa de suspensiones y cancelaciones de la Unidad de CMA a partir de ser implantada en el año 2018.

Material y método: Estudio retrospectivo y descriptivo de la cirugía ambulatoria realizada desde el año 2013 al 2022. Se seleccionaron y monitorizaron la tasa de suspensiones y cancelaciones y se realizó un análisis comparativo desde el inicio de la medida correctora para ver su influencia en dichos indicadores. **Resultados:** Tras implantar la medida correctora la tasa de cancelaciones y suspensiones disminuyeron de 0,05 a 0,02 % y de 2,10 a 1,84 %, respectivamente, sin ser dicho descenso significativo.

Conclusión: La tasa de suspensiones y cancelaciones son herramientas útiles en la gestión clínica y de calidad que han disminuido poco al implantar la medida correctora.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, control de calidad, indicador de calidad, suspensión, calidad de la atención médica, mejora de calidad.

ABSTRACT

Background and objective: Knowing the evolution of quality indicators allows corrective actions to be carried out to improve care. In 2018, the preoperative telephone call was implemented in our Major Ambulatory Surgery (MAS) service as a corrective measure for several indicators in order to increase the quality of care. Thus, the objective was to evaluate whether the telephone call made 24-48 hours before the intervention influences the rate of suspensions and cancellations of the MAS Unit after being implemented in 2018.

Material and method: Retrospective and descriptive study of outpatient surgery performed from 2013 to 2022. The rate of suspensions and cancellations were selected and monitored and a comparative analysis was carried out from the beginning of the corrective measure to see its influence on said indicators. **Results:** After implementing the corrective measure, the rate of cancellations and suspensions decreased from 0.05 to 0.02 % and from 2.10 to 1.84 %, respectively, without this decrease being significant.

Conclusion: The rate of suspensions and cancellations are useful tools in clinical and quality management that have managed to decrease little by implementing the corrective measure.

Keywords: Ambulatory Major Surgery, quality control, quality indicator, suspension, quality of health care, quality improvement.

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es una nueva estrategia de menor coste respecto a la cirugía tradicional y se realiza garantizando la calidad y la seguridad en la atención sanitaria del paciente. Además, reduce el número de infecciones nosocomiales y, por supuesto, supone un ahorro sustancial a la hora de contener el gasto sanitario (1). De hecho, en la Comunidad Valenciana la CMA está dentro de las líneas del IV Plan de Salud para el año 2016-2020 (2).

Cuando la cirugía para CMA se realiza de acuerdo con las pautas y recomendaciones, es más segura y efectiva que las cirugías que requieren hospitalización. Además, aunque la incidencia de complicaciones es baja, se han creado sistemas para aumentar la calidad de las intervenciones quirúrgicas realizadas en la Unidad de CMA y, al mismo tiempo, preservar la seguridad del paciente (3).

La calidad de la atención sanitaria es esencial en la práctica clínica y la define *Deming* como una serie de cuestiones encaminadas a la mejora continua (4). Pero para mejorar es necesario analizar los aspectos más relevantes y definir indicadores. Según la Comisión Conjunta de Acreditación de Atención Médica (JCAHO), un indicador es una medida que puede utilizarse como guía para monitorizar y evaluar la calidad de la atención médica y apoyar las actividades de atención médica (5).

Los indicadores según Glowka y cols. (6) se están convirtiendo en herramientas fundamentales para brindar una atención óptima a los pacientes, así como para mejorar los costos de los centros sanitarios. Además, es necesario realizar un seguimiento regular y sistemático basado en estándares para intervenir en aquellos que se consideren necesarios (7).

En 2008, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó normas y recomendaciones en las que se recogen los indicadores de calidad en la CMA (1). De todos los indicadores, según Verde y cols. (8) hay dos que se refieren al funcionamiento interno de un servicio, que son la tasa de cancelación y la tasa de suspensión.

Estos indicadores deben medirse periódicamente como parte del sistema de gestión. En nuestro hospital se recogen mensualmente como parte del cuadro de mandos.

En 2015, la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) inició el proyecto Directorio de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (DUCMA) para conocer la dimensión de la cirugía ambulatoria en España y concluyó que se monitorizan diferentes indicadores de calidad en más del 80 %, utilizando la tasa de suspensiones y cancelaciones en el 94,7 % de las Unidades de CMA (9).

En cuanto a las tasas de cancelación y suspensión, el Consejo Australiano de Estándares Sanitarios (ACHS) estima que la tasa de cancelación es del 0,8 % y la tasa de

suspensión, cuando es por problemas organizativos, del 0,63 %, en caso de comorbilidades es del 0,23 % y en caso de suspensión por enfermedad aguda intercurrente es del 0,26 % (10).

Por lo tanto, es importante que las tasas de suspensión y cancelación sean lo más bajas posibles, garantizando que la atención al paciente sea eficiente, segura y efectiva.

En nuestro hospital se estableció en 2013 un sistema de mejora continua, evaluando los indicadores según las recomendaciones publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo para las Unidades de CMA (1). En este sentido, en 2018 nos propusimos adoptar una medida correctora para mejorar el ritmo de suspensiones y cancelaciones observado en los últimos cinco años. Esta medida consistió en realizar una llamada telefónica de recordatorio 24-48 horas antes de la cirugía.

Si en la llamada telefónica preoperatoria se detecta que el paciente no puede ser intervenido según lo planeado, se da de baja del informe quirúrgico a ese paciente y se contacta a otro paciente que se encuentra en lista de espera, esperando cirugía por patología y proceso similar, evitando de manera que el informe de quirófano quede incompleto, reduciendo así costes y aumentando la rentabilidad de las Unidades de CMA.

El objetivo de nuestro estudio fue determinar el impacto de la llamada telefónica preoperatoria realizada 24-48 horas antes de la cirugía en la mejora de la calidad de nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, observándose una disminución en la tasa de suspensiones y cancelaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y entorno del estudio

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo sobre la tasa de suspensiones y cancelaciones de pacientes operados en la Unidad de CMA desde enero de 2013 a diciembre de 2022.

Nuestra Unidad de CMA consta de 9 camas y se realizan una media de 1900-2000 cirugías al año. En dicha UCMA se incluyen pacientes de las siguientes especialidades médico-quirúrgicas: Cirugía general, Traumatología, Ginecología, Otorrinolaringología, Urología y Medicina digestiva.

Los criterios de inclusión para poder ser intervenidos en la Unidad de CMA de nuestro hospital son:

- Pacientes con un riesgo anestésico según la clasificación de la American Society Anesthesiologist (ASA) I y II: podrán ser intervenidos en la Unidad de CMA si lo permite el tipo de intervención.

- Pacientes ASA III: se realiza una evaluación individualizada.
- Pacientes de edad avanzada: se evalúa siempre la edad biológica para cada caso, dada la gran variabilidad interindividual.
- Pacientes obesos: pueden ser susceptibles de ser intervenidos de CMA si el índice de masa corporal (IMC) es menor de 40.
- Pacientes con vía aérea difícil conocida: pueden ser intervenidos con esta modalidad.
- Niños ASA I y II > 15 kg de peso y 3 años de edad, con estudio preoperatorio individualizado para cada caso.
- El paciente tiene que acudir con un adulto con el que debe permanecer durante su ingreso en la Unidad de CMA, así como en su domicilio durante al menos las primeras 24 horas del postoperatorio. Debe disponer de teléfono propio.
- El tiempo quirúrgico debe ser inferior a 90 minutos.

En la llamada telefónica se realiza una encuesta y se informatiza, es decir, se registra en la historia clínica del paciente en la que se confirma:

- Día, hora, lugar e intervención que se realizará.
- Se revisa la historia clínica y el estado de salud actual. Además, se pregunta al paciente sobre su tratamiento médico habitual y se le dan instrucciones en caso de que sea necesario suspender o sustituir alguno de ellos.
- Recordar al paciente las instrucciones respecto al ayuno, la hora a la que debe estar en el hospital y también que debe venir acompañado.
- Se confirma con el paciente que se han entregado los consentimientos informados y se recuerda que deben estar firmados para poder realizar la intervención.
- Cualquier duda queda resuelta.

Recogida de datos

Nuestra coordinadora de la UCMA, en una hoja de cálculo Microsoft Excel®, recoge mensualmente toda la actividad quirúrgica de la unidad hasta completar cada año. Para el estudio se analizó dicha base de datos y se seleccionaron todos los pacientes operados en esta unidad entre 2013 y 2022, un total de 18.463 pacientes. De la misma forma, en esta hoja de cálculo se calculan los indicadores de calidad de la unidad, incluido el índice de suspensiones y cancelaciones.

Variables estudiadas

Tras evaluar los datos recogidos desde el año 2013 al 2017 respecto a la tasa de suspensiones y cancelaciones de la Unidad de CMA, se decidió en el año 2018 implantar la llamada telefónica preoperatoria 24-48 horas previas a la cirugía con el propósito de disminuir dichas tasas. De este modo, una vez implantada dicha medida correctora se analizó las tasas de suspensiones y cancelaciones a partir del año 2018 hasta el 2022.

El índice de suspensiones y cancelaciones se calculó de la siguiente manera:

- Tasa de suspensión: (número de pacientes programados para CMA y no intervenidos / Número total de pacientes programados para CMA) x 100.
- Tasa de cancelación: (número de pacientes programados en CMA que no asisten / Número total de pacientes programados en CMA) x 100.

Para el cálculo de dichos indicadores no se contabilizan los ingresos en la Unidad de CMA realizados por otras especialidades no quirúrgicas, como son procedimientos diagnósticos de medicina digestiva y biopsias de próstata, ya que no se consideran procedimientos de CMA. Tampoco se contabilizan, desde el año 2019, los pacientes a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para la implantación de marcapasos o realización de cardioversiones, ya que pasaron a ser atendidos por la Unidad de Corta Estancia (UCE). Además, anteriormente tampoco se les realizaba la llamada preoperatoria por seguir un circuito diferente a cargo de la UCI. Por todos estos motivos, este grupo de pacientes ha sido excluido del análisis sin estar contabilizados en el total de pacientes.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se ha realizado mediante el lenguaje de programación R versión 4.0.2 utilizando la IDE de RStudio versión 2022.12.0 build 353. Para la comparación de medias entre los años 2013-2017 vs. 2018-2022, y puesto que tan solo disponemos de 5 valores en cada periodo, se ha realizado un contraste de hipótesis mediante *bootstrap* a partir 10.000 simulaciones. Posteriormente, se ha calculado la significación estadística (*p* valor) a partir de la curva de distribución bootstrap correspondiente. Las diferencias se han considerado significativas cuando el valor de *p* ha sido inferior a 0,05.

RESULTADOS

A lo largo de los años del estudio se intervinieron en la UCMA 18.463 pacientes con una media de 1846 pacientes/año. Dicha muestra corresponde a pacientes intervenidos de las especialidades incluidas en la cartera de servicios de nuestra Unidad de CMA y que reunían los criterios de inclusión implantados en nuestra unidad.

A partir de los datos recogidos (Tabla I), se calcularon la tasa de cancelaciones y suspensiones de los años de estudio (Tabla II) y se observó que ambas tasas disminuyeron tras implementar la llamada telefónica preoperatoria, del 0,05 al 0,02 % la tasa de cancelaciones y del 2,10 al 1,84 % la tasa de suspensiones. Si bien es cierto que este descenso no ha sido significativo, como se puede comprobar en la Tabla III.

TABLA I

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA REALIZADA EN LA UCSI DESDE EL AÑO 2013 AL 2022. NÚMERO DE SUSPENSIONES Y CANCELACIONES DURANTE ESE PERIODO, ASÍ COMO LA REALIZACIÓN O NO DE LA LLAMADA TELEFÓNICA PREOPERATORIA

Año de estudio	Total de pacientes intervenidos	Pacientes intervenidos en UCSI	Número de pacientes suspendidos	Número de pacientes cancelados	Realización de llamada preoperatoria
2013	5088	2046	49	1	No
2014	5144	2157	29	1	No
2015	5046	1936	43	1	No
2016	5092	2060	45	0	No
2017	4990	1970	47	2	No
2018	4848	1986	34	1	Sí
2019	4889	2032	37	0	Sí
2020	3811	1230	27	0	Sí
2021	2897	1095	21	0	Sí
2022	4599	1951	31	1	Sí

TABLA II

TASA DE SUSPENSIONES Y TASA DE CANCELACIONES DESDE EL AÑO 2013 AL 2022

Año de estudio	Tasa de suspensiones (%)	Tasa de cancelaciones (%)
2013	2,39	0,05
2014	1,34	0,05
2015	2,22	0,05
2016	2,18	0,00
2017	2,39	0,10
2018	1,71	0,05
2019	1,82	0,00
2020	2,20	0,00
2021	1,92	0,00
2022	1,59	0,05

TABLA III

IMPACTO DE LA LLAMADA TELEFÓNICA PREOPERATORIA SOBRE LA TASA DE SUSPENSIONES Y CANCELACIONES

Llamada telefónica preoperatoria	Cancelaciones (%)	Suspensiones (%)
No	0,05	2,1040
Sí	0,02	1,8480
P valor	0,0803	0,2375

DISCUSIÓN

En los últimos años, la Cirugía Mayor Ambulatoria ha ganado importancia debido tanto a los avances en las técnicas quirúrgicas como a las mejoras en los cuidados peroperatorios (11).

En el año 2019 según el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) suponía el 47,2 % de toda la cirugía mayor realizada en España, consiguiendo por tanto un incremento superior al 4 % con respecto a los cuatro años anteriores (12).

En términos generales, desde hace unos años se ha observado un incremento de las intervenciones quirúrgicas realizadas en las Unidades de CMA. Este crecimiento puede suponer un riesgo por el posible descenso de la calidad en la atención prestada, por lo que uno de los objetivos clave de la CMA debe ser el de garantizar la seguridad del paciente. Para ello, es necesario monitorizar de modo continuo los estándares de calidad asistencial para poder detectar cualquier problema que pueda aparecer, así como implantar las medidas correctoras necesarias para solucionarlos y prevenirlos.

En nuestra Unidad de CMA se registran desde el año 2013 los indicadores determinados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008 (3), con la intención de realizar un análisis de dichos resultados para poder tanto implantar medidas de mejora como evaluar el impacto de aquellas medidas ya instauradas. Los dos indicadores que consideramos más útiles en cuanto al funcionamiento interno de la Unidad son la tasa de suspensiones y de cancelaciones. Si bien, es cierto que en la mayoría de las UCMA como destacan en su estudio Rohi y cols. (13), se dispone de un número telefónico de contacto las 24 horas al día y se realiza la llamada telefónica de control en el postoperatorio, no es habitual realizar ningún recordatorio preoperatorio. Por eso, a pesar de que en nuestra unidad ya teníamos resultados aceptables de estos indicadores, nos propusimos ver si el inicio de la llamada telefónica preoperatoria informatizada podía mejorar esos resultados. Así pues, en 2018 decidimos implantar la llamada preoperatoria en nuestra Unidad realizándola 24-48 horas antes del procedimiento quirúrgico.

En este sentido, la *Australian Council on Healthcare Standards* (5) distingue entre los motivos de anulación o cancelación, la incomparecencia inexplicada del paciente, ya sea por fuerza mayor con o sin motivo, siendo o no comunicada por parte del paciente. Es necesario tener en cuenta que muchas incomparecencias son debidas a que el paciente lleva demasiado tiempo en lista de espera, por lo que se hace necesario que la fecha de la intervención sea lo más próxima posible a la de la consulta del especialista (14). Una cancelación quirúrgica en términos económicos equivale a ineficiencia, lo que repercute en el gasto económico del hospital debido al quirófano que no es ocupado, en caso de que no pueda ser sustituido esa cirugía por otra, y en la lista de espera, y por tanto se pueden evitar en la gran mayoría de casos.

Tras realizar un análisis de las causas que motivan las cancelaciones, diferentes instituciones como la *Modernisation Agency of the National Health Service* (NHS) (15), indican que sería útil introducir medidas correctoras. En esta línea, para evitar incomparecencias podemos tomar medidas como la llamada telefónica preoperatoria próxima al día de la intervención quirúrgica o el envío de SMS. Permitiendo también la implementación de innovación tecnológica para agilizar y facilitar el proceso de selección de pacientes, así como mejorar los indicadores de calidad (16). En este sentido, el estudio DUCMA 2.0. (17) pone de manifiesto cómo el 66 % de las UCMA en España realizan una llamada 24 horas antes con fines de comprobación y para dar indicaciones al paciente.

Las tasas de cancelación según los resultados de según Martínez y cols. (18) pueden ir desde un 1,9 a un 6,2 % en cirugía programada, siendo la media de 1,4 %. En nuestros resultados hemos podido observar una tasa de cancelación previa a la llamada telefónica en torno al 0,05 % aumentando en 2017 a 0,10 %. Estas cifras eran bajas debido a que en la mayoría de las ocasiones los pacientes comunicaban la incomparecencia con antelación y, por tanto, dicho paciente era sustituido por otro. Así pues, a pesar de que las cifras de cancelaciones anteriores al 2017 eran adecuadas, la implementación de la medida correctora ha permitido disminuir estas cifras, mejorando dicho indicador de 0,05 a 0,02 %, llegando a ser incluso de 0 % del año 2019 al 2021. A pesar de ello, cabe destacar que dicho descenso no ha sido significativo. Por tanto, es necesario hacer llegar a la población información relativa a los costes derivados de los servicios sanitarios, de modo que conozcan el gasto originado por la cancelación, a la vez que se adoptan medidas correctoras para poder realizar una mayor selección de los pacientes que van a ser programados para intervenir en régimen de CMA, así como aumentar el cumplimiento por parte de la población.

Cuando una cirugía se suspende implica no solo un inconveniente para el paciente y sus familiares, sino que además produce una interferencia en la gestión del tiempo y de los recursos materiales, impidiendo una disminución de los costes y del gasto sanitario, así como el desarrollo del trabajo con mayor calidad. Por tanto, una Unidad de CMA es eficiente si tiene una baja tasa de suspensiones. Por ello, es fundamental conocer los motivos de la suspensión, su frecuencia y su magnitud mediante una adecuada monitorización en el cuadro de mandos. Así, una detección temprana lleva a poder elaborar planes de mejora que sean específicos para cada unidad.

Según Ibarra y cols. (19), entre las causas de suspensión podemos destacar: *causas dependientes del paciente como enfermedad intercurrente, no cumplimiento de las ayunas o no asistir el día que están programados, dependientes de la organización como falta de tiempo, material o disponibilidad de camas, y dependientes de los profesionales.*

Mejorando la planificación organizativa de las Unidades de CMA, podemos apreciar un descenso de la tasa de suspensiones, que va desde el 27 % comunicado por Morrissey (20) en

1989 hasta el 5-13 % referido en hospitales de Estados Unidos, así como un 10, 12 y 14 % en instituciones de Canadá, Australia, e Inglaterra, respectivamente (21). En nuestro hospital, en los cinco años previos a la realización de la llamada preoperatoria, la tasa de suspensiones osciló entre el 1,34 al 2,39 %, poniendo de manifiesto cómo en los años previos a la medida correctora el porcentaje de suspensiones era inferior a los que referían en otros países. Además, vemos cómo al implantar la llamada la tasa de suspensiones pasó del 2,10 al 1,84 %, aunque sin ser significativo.

Cabe destacar que en nuestro hospital en los años 2020 y 2021, la PCR COVID se realizaba 24-48 horas antes de la cirugía, lo que podía condicionar que, si el resultado era positivo y lo teníamos 24 horas antes del procedimiento, ese paciente se podía sustituir por otro sin afectar a la tasa de cancelaciones. Pero si ese resultado positivo lo teníamos el mismo día de la intervención, el paciente no se podía sustituir, afectando por tanto a la tasa de suspensiones.

Así pues, el primer paso para poder mejorar cualquier proceso es realizar un análisis en profundidad de los propios resultados, definiendo tanto los motivos como las causas de suspensión, de modo que podamos adoptar las medidas correctoras más apropiadas en cada caso.

CONCLUSIONES

La implantación de la CMA supone una gestión innovadora que permite resolver la creciente demanda quirúrgica, pero al mismo tiempo precisa monitorizar la calidad de la atención mediante el uso de indicadores. Así pues, registrar las cancelaciones y suspensiones nos ha permitido identificar problemas en nuestra Unidad de CMA y establecer la llamada telefónica preoperatoria como una medida correctiva adecuada para mejorar la calidad de la atención.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración de todo el personal de la Unidad de Cirugía sin Ingreso de nuestro hospital, así como del servicio de Anestesiología y Reanimación.

FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

LIMITACIONES

La principal limitación de nuestro estudio es que se han utilizado valores medios anuales, no valores individuales, por lo que no ha sido posible una descripción detallada de la muestra. Otra limitación es que la Unidad de Documentación Clínica y Admisiones no nos ha facilitado los motivos de las suspensiones, por lo que no hemos podido concluir si la medida correctora ha incidido básicamente en estas causas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Consumo. Manual de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones; Ministerio de Sanidad; 2008. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/guiaCMA.pdf>
2. IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2000). Generalitat Valenciana; 2016. Disponible en: <https://fcsalud.ua.es/es/portal-de-investigacion/documentos/normativa-de-salud/plan-de-salud-de-la-comunidad-valenciana.pdf>
3. Porrero JI, Porrero B. Cirugía Mayor Ambulatoria. Eficiencia en la Asistencia Sanitaria. 2.ª ed. ASECEMA; 2015.
4. Deming WE. Quality, productivity and competitive position: out of the crisis. Madrid: Díaz de Santos ed; 1989. p. 378-80.
5. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). Australasian clinical indicator report 2004-2011. 13th ed.; 2012. p. 27-9.
6. Glowka L, Tanella A, Hyman JB. Quality indicators and outcomes in ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2023;36(6):624-9. DOI: 10.1097/ACO.0000000000001304.
7. Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECEMA). Indicadores de calidad. Recomendaciones. ASECEMA; 2025. Disponible en: <https://www.asecma.org/Documentos/Blog/NUEVA%20PROPUESTA%20INDICADORES%20CALIDAD.pdf>
8. Verde L, López-Pardo E. Índices de calidad en cirugía ambulatoria. *Cir May Amb.* 2013;18(3):114-6.
9. Bustos F. Estudio piloto de Directorio de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb.* 2015;20(4):141-54.
10. Australian Council on Healthcare Standards. National Safety and Quality Health Service Standards. 2nd ed. Sydney: ACSQHC; 2017.
11. Bello C, Romero CS, Heinemann J, Lederer M, Luedi MM. Ambulatory anesthesia: restructuring for success. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2023;36(6):611-6. DOI: 10.1097/ACO.0000000000001311.
12. Intervenciones quirúrgicas realizadas en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), frecuentación por 1.000 habitantes, porcentaje de intervenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A.) sobre el total de intervenciones y días de espera para intervenciones no urgentes según comunidad autónoma [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla26.htm>
13. Rohi A, Olofsson MET, Jakobsson JG. Ambulatory anesthesia and discharge: an update around guidelines and trends. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2022;35(6):691-7. DOI: 10.1097/ACO.0000000000001194.
14. Ruiz P, Alcalde J, Landa JI. Clinical guides of the Spanish Association of Surgeons. Clinical management in surgery. 1st ed.; 2005. P. 215-320.
15. National Good Practice on Pre-operative Assessment for Day Surgery [Internet]. The NHS Modernization Agency Website. 2004. Disponible en: <http://www.modern.nhs.uk/theatreprogramme/preop>
16. Filipovic MG, Schwenter A, Luedi MM, Urman RD. Modern pre-operative evaluation in ambulatory surgery - who, where and how? *Curr Opin Anaesthesiol.* 2022;35(6):661-6. DOI: 10.1097/ACO.0000000000001192.
17. Morales-García D, Zaballos Garía M, Cagigas Lanza JC, Docobo Durantez F, Hidalgo Grau LA. Proyecto DUCMA 2.0. Puesta al día sobre la situación actual de las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria en España. *Cir Esp.* 2023. DOI: 10.1016/j.ciresp.2023.10.009.
18. Martínez Guillén J, Jiménez Bernado G, Gracia Solanas JA, Elía Guedea A, Redondo Villahoz E, Martínez Díez M. Cancelación en CMA: incidencia y causas. *Cir Esp.* 2012;90(7):429-33. DOI: 10.1016/j.ciresp.2011.05.007.
19. Ibarra Rodríguez R, 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;32(2):99-103.
20. Morrisey S, Alun-Jones T, Leighton S. Why are operations canceled?. *BMJ medicine* 1989;299:778.
21. Sung WC, Chou AH, Liao CC, Yang MW, Chang CJ. Operation cancellation at Chang Gung Memorial Hospital. *Chang Gung Med J.* 2010;33(5):568-75.