



ORIGINAL

Renuncias en cirugía del antepié. Análisis crítico de las listas de espera



S. Llanos^{a,*}, M. Galán-Olleros^a, E. Manrique^a, R. Celada^b, J.E. Galeote^a y F. Marco^a

^a Unidad de Pie y Tobillo. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Admisión y Documentación clínica. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 29 de febrero de 2020; aceptado el 29 de junio de 2020

Disponible en Internet el 8 de noviembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Procedimientos quirúrgicos ambulatorios; Pie; Listas de espera; Abandonos del paciente; Eficiencia; Organización; Calidad de la atención médica

Resumen

Introducción: La alta prevalencia de la patología del antepié genera largas listas de espera quirúrgica (LEQ). Hemos detectado un considerable número de pacientes que renuncian a la cirugía, lo que crea una importante distorsión en nuestra actividad y un elevado gasto de recursos. Nuestro objetivo es estudiar los factores relacionados con estas renuncias, así como comparar con otras patologías de alta prevalencia y tratamiento quirúrgico ambulatorio: síndrome del túnel carpiano (STC) y la meniscopatía interna (MI).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las renuncias a la intervención sobre 2.399 pacientes incluidos en LEQ de la Unidad de Pie y Tobillo de nuestro centro para cirugía del antepié, entre enero/2014 y marzo/2018, ambos inclusive.

Resultados: Hemos encontrado 389 renuncias, lo que supone un 16,22% de las inclusiones en LEQ, siendo un 84,83% mujeres. Las patologías con mayor tasa de renuncia han sido: metatarsalgia de Morton (24%) y *hallux rigidus* (20,16%). La patología más frecuente, el *hallux valgus*, registra un 15,96% de renuncias que se producen mayoritariamente entre los seis y nueve meses. En el STC y la MI, el índice de renuncias ha sido del 17,42 y del 8,92% respectivamente, con mayores tasas de renuncia en los tres primeros meses.

Conclusiones: La renuncia a una intervención programada sobre el antepié registra una alta frecuencia en nuestro medio, que puede relacionarse con factores como el tipo de patología, historia natural, respuesta a intervenciones ortopédicas, el tiempo en LEQ, y otros no determinados sobre los que debemos profundizar, para racionalizar y establecer prioridades en nuestras LEQ.

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SECOT. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sllanossanz@hotmail.com (S. Llanos).

KEYWORDS

Ambulatory Surgical Procedures;
Foot;
Waiting lists;
Patient Dropouts;
Efficiency;
Organizational;
Quality of Health Care

Renunciations in forefoot surgery. Critical analysis of surgical waiting lists**Abstract**

Introduction: The high prevalence of forefoot pathology generates long surgical waiting lists (SWL). We have detected a considerable number of patients who withdraw surgery, which creates an important distortion in our activity and high expenditure of resources. Our objective is to study the factors related to these resignations, as well as, compare them with other pathologies of high prevalence and ambulatory surgical treatment: carpal tunnel syndrome (CTS) and internal meniscopathy (IM).

Material and methods: Retrospective study of the surgical cancellations on 2,399 patients included in the SWL of the Foot and Ankle Unit of our center for forefoot surgery, between January/2014 and March/2018, both included.

Results: We have found 389 renunciations, which represent 16.22% of the inclusions in SWL, with 84.83% of women. The pathologies with the highest rate of resignation have been Morton metatarsalgia (24%) and *hallux rigidus* (20.16%). The most frequent pathology, *hallux valgus*, records 15.96% of resignations that occur mostly between 6 and 9 months. In the CTS and IM, the resignation rate has been 17.42 and 8.92%, respectively, with higher resignation rates in the first 3 months.

Conclusions: The withdrawal of a scheduled intervention on the forefoot registers a high frequency in our environment, which can be related to factors such as the type of pathology, its natural history, response to orthopedic interventions, time in LEQ, and other non-specific ones on which we must investigate, to rationalize and establish duties in our SWL.

© 2020 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SECOT. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En sistemas de salud como el español donde la cobertura sanitaria es prácticamente integral y universal con acceso libre y gratuito a todos los niveles asistenciales, la demanda de procedimientos diagnósticos y terapéuticos suele exceder la capacidad de respuesta del sistema, generando listas de espera¹. El tamaño de estas listas depende de la frecuencia del proceso patológico, la prueba diagnóstica o el procedimiento terapéutico, pero también del área sanitaria de residencia y su gestión, influyendo asimismo factores como edad y comorbilidades.

Aunque las listas de espera no sean el único ni el más idóneo indicador de calidad para caracterizar un sistema sanitario público o privado, sí afectan directamente a la sensibilidad ciudadana, que ve reflejada en ellas la respuesta de la administración a su demanda de salud; capitalizan el debate sanitario, los programas electorales y están en el centro de la vida social y política del país. Cirugía ortopédica y traumatología es actualmente la especialidad que genera mayores listas de espera quirúrgica (LEQ) en todo el territorio nacional². Las causas que influyen en este hecho son fundamentalmente^{3,4}:

- Relación directa de la patología del aparato locomotor con la calidad de vida percibida.
- Prolongación de la edad y vida activa de la población.
- Desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas con mayor nivel de sofisticación y mejores resultados.
- Mayores expectativas de los pacientes y deseos de mejorar su funcionalidad.

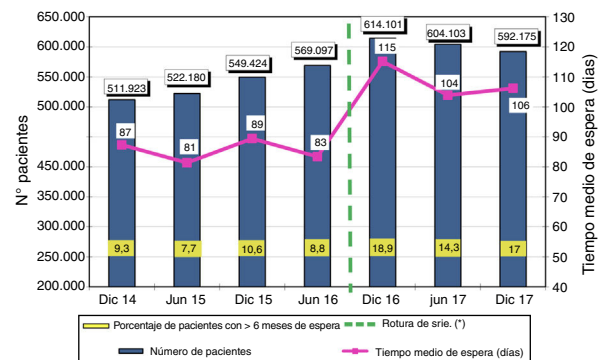


Figura 1 Pacientes en espera estructural, tiempo medio de espera y porcentaje de pacientes con más de seis meses de espera entre 2014 y 2017. Fuente: SISLE-SNS.

La demanda creciente sobre una cartera de servicios cada vez más amplia, se enfrenta a una gestión de costes limitada, lo que repercute en el incremento de las LEQ. En la figura 1 observamos el número total de pacientes en espera estructural, el tiempo medio de espera y el porcentaje de pacientes con más de seis meses de espera entre 2014 y 2017, según datos del sistema de información de listas de espera del SNS (SISLE-SNS)².

Si analizamos los resultados por especialidad, observamos como el mayor número de pacientes en espera corresponden a traumatología con 160.331 pacientes, siendo el tiempo medio de espera de 130 días, situándose por detrás de cirugía plástica (174 días) y neurocirugía (161 días), mientras que el porcentaje de pacientes con más de seis meses en LEQ es del 25,2% para traumatología, nuevamente por

ESPECIALIDADES	Total pacientes en espera estructural	Diferencia con diciembre 2016	Num. pacientes por 1000 hab.	Porcentaje más de 6 meses	Tiempo medio de espera (días)	Diferencia con diciembre 2016
Cirugía general y de digestivo	110.841	-4.769	2,46	16,4	104	-12
Ginecología	22.506	45	0,50	11,0	98	1
Oftalmología	124.482	-1.156	2,76	6,4	73	-3
ORL	40.309	-855	0,89	19,4	109	-7
Traumatología	160.331	-14.926	3,56	25,2	130	-13
Urología	41.086	-1.184	0,91	12,5	89	-4
Cirugía cardíaca	3.179	16	0,07	5,0	64	-9
Angiología/cir. vascular	16.397	-18	0,36	14,4	93	
Cirugía maxilofacial	13.862	723	0,31	20,2	113	-4
Cirugía pediátrica	17.298	-648	0,38	23,1	118	-17
Cirugía plástica	17.118	656	0,38	29,2	174	-15
Cirugía torácica	1.436	91	0,03	9,7	65	-16
Neurocirugía	11.304	614	0,25	32,2	161	-10
Dermatología	12.026	-515	0,27	4,4	56	-0
TOTAL	592.175	-21.926	13,13	17,0	106	-9

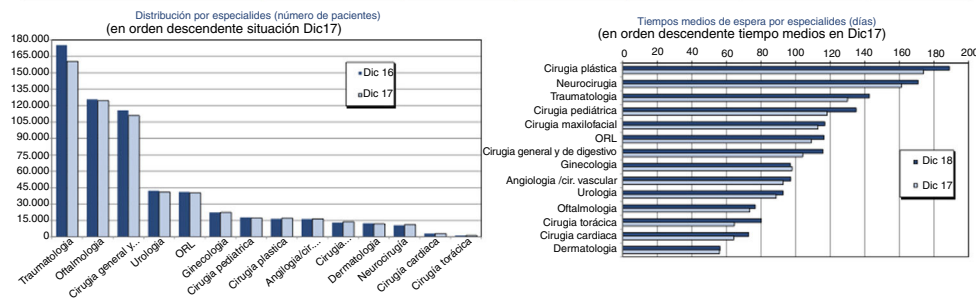


Figura 2 Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS por especialidades. Datos a 31 de diciembre de 2017. Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS.

detrás de especialidades como cirugía plástica con 29,2% y neurocirugía con 32,2% (fig. 2).

La patología del antepié y concretamente el *hallux valgus* (HV), constituye una causa muy frecuente de consulta en cirugía ortopédica y traumatología, y aunque su prevalencia en la población general es desconocida⁵, indicaciones como el dolor y una deformidad que impida calzarse con normalidad, generan largas listas de espera. En nuestro centro, las cirugías sobre el antepié se realizan normalmente en régimen de cirugía mayor ambulatoria⁶.

Si analizamos las listas de espera quirúrgica en el SNS, con fecha 31 de diciembre de 2017 por procesos seleccionados, encontramos que hay 15.693 pacientes en lista de espera estructural para cirugía de HV, lo que supone una tasa de 0,35 por cada mil habitantes, de los cuales el porcentaje con más de seis meses de espera es el 27,3%, siendo el tiempo medio hasta la intervención de 124 días (fig. 3).

El uso y gestión eficiente de los recursos humanos y materiales es esencial para conseguir el objetivo irrenunciable de mejorar y mantener el estado de salud de la población, pero también para garantizar la sostenibilidad y la calidad en un sistema de salud universal público y gratuito como el español.

Hemos detectado un considerable número de pacientes incluidos en LEQ que renuncian a la cirugía antes de ser programados o no se presentan a la intervención, lo que crea una sustancial distorsión en nuestra labor y un consumo de recursos infructuoso. Las cancelaciones de procedimientos quirúrgicos que figuran en LEQ conllevan el derroche de gran cantidad de recursos, produce costes directos e indirectos,

repercute directa y negativamente en la calidad asistencial, disminuye la accesibilidad a los servicios sanitarios, genera morbilidad e insatisfacción entre los pacientes y plantea dudas sobre la objetividad de este parámetro como indicador de calidad asistencial^{7,8}.

Los objetivos de este estudio son estudiar los motivos y la posible relación de estas renuncias en cirugía de antepié con factores como son: tipo de patología, sexo, tiempo de espera o facultativo responsable de la indicación. Como objetivo adicional realizamos una comparación de estos resultados con otras patologías de alta prevalencia en cirugía ortopédica y traumatología como el síndrome del túnel carpiano (STC) y la meniscopatía interna (MI); todos ellos, procedimientos llevados a cabo en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Material y métodos

Hemos llevado a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo sobre las renuncias a la cirugía de 2.399 pacientes incluidos en LEQ de la unidad de pie y tobillo de nuestro centro para cirugía del antepié, en el intervalo comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de marzo de 2018, sumando un total de 51 meses.

Nuestro centro es un hospital universitario de tercer nivel con un elevado número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias anuales, con un promedio de 2.434,2 cirugías anuales en régimen ambulatorio entre 1999 y 2018, según datos obtenidos del servicio de admisión y documentación

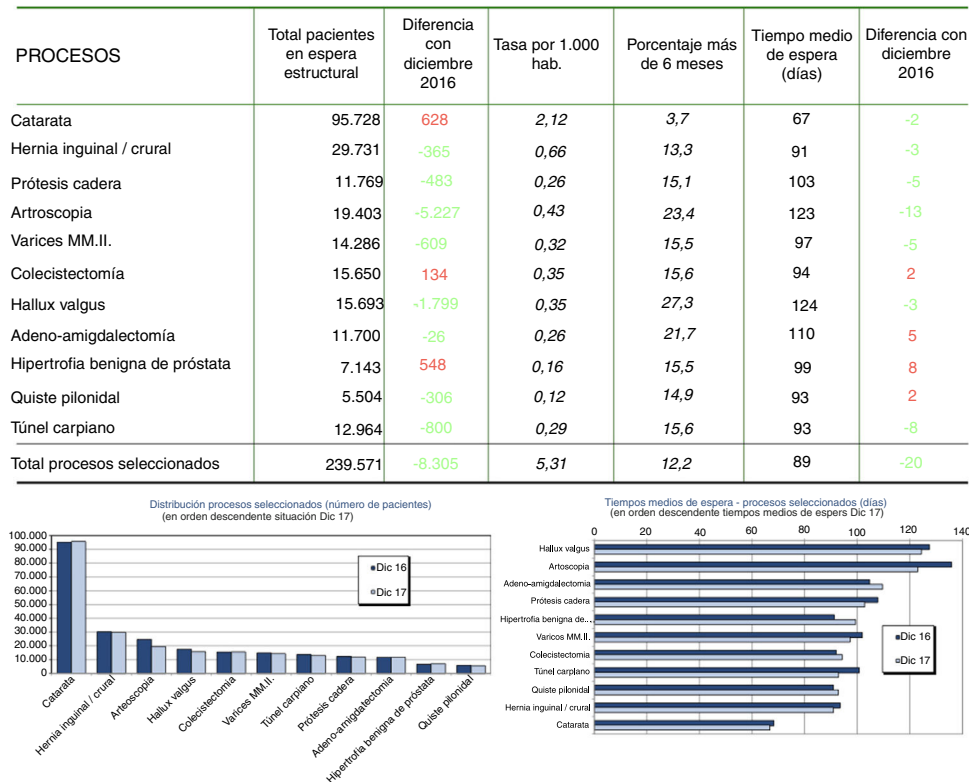


Figura 3 Situación de la lista de espera quirúrgica en el SNS por procesos. Datos a 31 de diciembre de 2017. Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del SNS.

clínica de nuestro centro, y un total de 48.684 procedimientos en los últimos 10 años.

Los pacientes son inicialmente valorados en las consultas externas de la unidad de pie y tobillo tras ser remitidos desde atención primaria, consultas de traumatología general u otras unidades del servicio, urgencias y otras especialidades. En dichas consultas monográficas se inicia la historia clínica, se realiza la exploración física dirigida y, en caso de ser necesario, se complementa con pruebas de imagen para decidir sobre el manejo más adecuado de la patología en cuestión.

A los pacientes con indicación quirúrgica se les explican las características de su patología, la recomendación del tratamiento quirúrgico, resultados esperables, riesgos y complicaciones y se firma el consentimiento informado para posteriormente completar el formulario de admisión para la cirugía donde se indica la tipología de intervención (cirugía mayor ambulatoria, cirugía menor, cirugía con ingreso, procedimientos diagnósticos), prioridad de la intervención, necesidad de valoración preanestésica y pruebas preoperatorias, y se completa con la firma e identificación del facultativo que indica la cirugía. En esta consulta, se entrega, además, unas instrucciones para el día de la intervención y el postoperatorio inmediato. El paciente es el encargado de entregar el formulario a los administrativos que programan las citas preoperatorias y su entrada en la LEQ. Los pacientes permanecen en la LEQ hasta que tiene lugar la intervención quirúrgica o causan baja de la misma.

La programación de las intervenciones las realiza el jefe de unidad, generalmente, siguiendo el orden y prioridad de

las LEQ. En general, se acepta que el periodo de validez de las pruebas complementarias y valoración preanestésica es de 6 meses según lo dispuesto en la Orden 804/2016, de 30 de agosto, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueban las instrucciones de gestión del registro de pacientes en lista de espera quirúrgica del servicio madrileño de salud (BOCM de 5 de septiembre de 2016)⁹, siempre y cuando las condiciones clínicas del paciente no hayan variado considerablemente. Pasado este periodo de tiempo deben repetirse las pruebas complementarias y valoración preanestésica para que el paciente pueda ser intervenido.

Una vez se programa la cirugía, se avisa al paciente con un margen variable de tiempo, para acudir la mañana o la tarde de la intervención en las condiciones adecuadas de ayunas, suspensión de medicación y con el requisito de venir acompañados de algún familiar para poder ser dados de alta el mismo día, tras la intervención quirúrgica.

Entre los datos, recopilados a partir de los registros internos del centro, se han incluido el sexo, el diagnóstico y tipo de intervención, la situación preoperatoria, el tiempo en LEQ, el motivo administrativo de la renuncia y el facultativo que indica la cirugía. Como «renuncias a la cirugía» hemos considerado todos aquellos pacientes que entraron en la LEQ pero que por diferentes motivos personales, sociales o laborales renunciaron a la cirugía: renuncia voluntaria, ilocalizables, aplazamiento reiterado o incomparecencia. No se han incluido las cancelaciones o suspensiones por problemas logísticos y administrativos del hospital, relacionados con los profesionales sanitarios o por problemas médicos del paciente.

Tabla 1 Número absoluto y porcentaje de intervenciones por tipo de patología de antepié, motivo de renuncia, nº absoluto y porcentaje de renunciaciones por tipo de patología de antepié

Patologías	Total de intervenciones		Causas de renuncia					
	Total absoluto	%	Renuncia voluntaria	Aplazamiento reiterado	llocalizables	No acude	Total absoluto	%
<i>Neuroma Morton</i>	50	2,08%	8			4	12	24,00%
<i>Metatarsalgia</i>	117	4,88%	15		1	2	18	15,38%
<i>Hallux valgus</i>	1.115	46,48%	135	1	8	34	178	15,96%
<i>Hallux rigidus</i>	129	5,38%	19		1	6	26	20,16%
<i>Dedo en martillo</i>	348	14,51%	55		3	17	75	21,55%
<i>Dedo en garra</i>	35	1,46%	4		3		7	20,00%
<i>Otras deformidades</i>	43	1,79%	6			2	8	18,60%
<i>Otras intervenciones</i>	562	23,43%	42		6	17	65	11,57%
Total intervenciones	2399	100%	284	1	22	82	389	16,22%

Los datos se han analizado utilizando el software de hoja de cálculo Microsoft Excel 2019 versión 16.25 (Microsoft Corporation, Washington, EE. UU.). Los datos descriptivos cualitativos se presentan en números absolutos y porcentajes, mientras que los cuantitativos se muestran en media y desviación estándar. Los gráficos fueron ilustrados usando el mismo programa.

Resultados

Se han registrado 389 renunciaciones, lo que supone un 16,22% de las inclusiones en LEQ para cirugía del antepié. Las patologías más afectadas en relación con su frecuencia han sido: metatarsalgia de Morton con 24% de renunciaciones y *hallux rigidus* con 20,16% de renunciaciones, registrando la patología más frecuente, el HV un 15,96% de renunciación en esta serie. En la [tabla 1](#) se detallan los datos sobre el número total y porcentajes de intervenciones y número total y porcentaje de renunciaciones, así como las causas de la renuncia por tipo de patología de antepié.

La tasa de renuncia por sexo fue de 15,12% de hombres frente a un 84,88% de mujeres, siendo estos datos para el HV de 8,43% (15 casos) de renunciaciones de hombres y 91,57% (163 casos) de mujeres. En la [tabla 2](#) se puede ver el número casos por sexo y por patología de antepié, así como, el número de renunciaciones por sexo y por patología y el porcentaje de estos sobre el total de renunciaciones. En el estudio comparativo con otras patologías de alta prevalencia y tratamiento ambulatorio, como son el STC y MI, el índice de renunciaciones ha sido del 17,42 y del 8,92% respectivamente, con una distribución por sexos de 77,4 y 22,6% de renunciaciones de mujeres y hombres en el STC y de 36,08 y 63,92% de renunciaciones en mujeres y hombres para MI, respectivamente.

Respecto a la situación preoperatoria, evidenciamos como, salvo en las renunciaciones más cercanas a la fecha de indicación de la cirugía, en la mayoría de los casos la renuncia se produce una vez se ha realizado el preoperatorio ([tabla 3](#)). En relación con el motivo de la cancelación inherente al paciente podemos ver como la causa más frecuente en el HV es la renuncia voluntaria (75,84%), seguido de la incomparecencia (19,10%), la imposibilidad para localizar al paciente (4,49%) y el aplazamiento reiterado (0,56%). En la [tabla 4](#) se

muestra la comparativa con el STC y la MI, donde observamos como los porcentajes son análogos.

Para evaluar la relación entre el tiempo que los pacientes permanecen en LEQ y la tasa de renuncia hemos establecido para cada patología intervalos periódicos de tres meses relativos al momento en que los pacientes renuncian a la cirugía ([fig. 4](#)), de modo que: para el HV el mayor porcentaje de pacientes que renuncian a la cirugía, un 42,7% se encuentran en el periodo de entre los seis y nueve meses, mientras que un 24,7% entre tres y seis meses y un 29,8% entre cero y tres meses; por su parte, en el STC y en la MI el mayor porcentaje de pacientes que renuncian a la cirugía se encuentran en el periodo de entre cero y tres meses, con valores del 55,5 y 77,3%, respectivamente.

En la [figura 5](#), se detalla el número de días promedio que los pacientes permanecen en LEQ hasta su salida, podemos advertir como los pacientes que renuncian a la cirugía de HV y a la cirugía de STC tienen un promedio de días hasta su salida de la LEQ bastante superior al promedio del centro hospitalario y para patología meniscal. Con referencia a las renunciaciones en cirugía del antepié según el facultativo que indica la cirugía podemos observar en la [figura 6](#) como no existen diferencias estadísticamente significativas.

Discusión

Las cancelaciones debido a renuncia a la cirugía del propio paciente suponen un reto para el sistema sanitario, aunque no existe consenso entre los profesionales sobre las tasas aceptables de éstas¹⁰. El mayor conocimiento de las causas que influyen a la hora de que un paciente renuncie a una cirugía puede ayudarnos a comprender mejor a los pacientes y anticiparnos a los problemas venideros lo que nos permitirá detectar áreas para optimizar la atención sanitaria

Existen varias publicaciones en la literatura que discurren sobre la temática de las LEQ y las cancelaciones de las cirugías al constituir un problema en los sistemas de salud y que conlleva el incremento de costes sanitarios^{11,12}. Sin embargo, hasta la fecha no tenemos conocimiento de que exista ninguna publicación que trate específicamente de las renunciaciones de los pacientes a la cirugía y más concretamente sobre la cirugía del pie.

Tabla 2 Número de casos por sexo y por patología de antepié, así como, el número de renunciaciones por sexo y por patología y el porcentaje de estos sobre el total de renunciaciones

Patología por sexo				Patología	Renunciaciones por sexo			
Hombre	Mujer	Total	%		Hombre	Mujer	Total	%
8	42	50	2,08%	<i>Neuroma Morton</i>	3	9	12	3,08%
24	93	117	4,88%	<i>Metatarsalgia</i>	3	15	18	4,63%
109	1.006	1.115	46,48%	<i>Hallux valgus</i>	15	163	178	45,76%
23	106	129	5,38%	<i>Hallux rigidus</i>	8	18	26	6,68%
75	273	348	14,51%	<i>Dedo en martillo</i>	16	59	75	19,28%
8	27	35	1,46%	<i>Dedo en garra</i>	2	5	7	1,80%
12	31	43	1,79%	<i>Otras deformidades</i>	2	6	8	2,06%
261	301	562	23,43%	<i>Otras intervenciones</i>	10	55	65	16,71%
520	1.878	2.399		<i>Total general</i>	49	330	389	
21,68%	78,32%	100%	100%	<i>Total porcentaje</i>	15,17%	84,83%	100%	100%

Tabla 3 Renunciaciones en función de la situación preoperatoria por patología y el tiempo de espera

Patologías demora/días	Situación de preoperatorio				Total general
	Incompleto	No precisa	No realizado	Realizado	
<i>Hallux valgus</i>					
0-89	2	1	42	8	53
90-179			1	43	44
180-269	1			75	76
270-359				5	5
Total	3	1	43	131	178
<i>Síndrome del túnel carpiano</i>					
0-89			42	39	81
90-179			4	45	49
180-269				16	16
Total			46	100	146
<i>Meniscopatía interna</i>					
0-89			39	36	75
90-179			3	15	18
180-269				4	4
Total			42	55	97

Tabla 4 Motivo de renuncia por patología

	Renuncia voluntaria	Aplazamiento reiterado	llocalizables	Incomparecencia	% de renunciaciones
<i>Hallux valgus</i>	75,84%	0,56%	4,49%	19,10%	15,96%
<i>Síndrome del túnel carpiano</i>	71,92%		3,42%	24,66%	17,42%
<i>Meniscopatía interna</i>	67,01%		2,06%	30,93%	8,92%

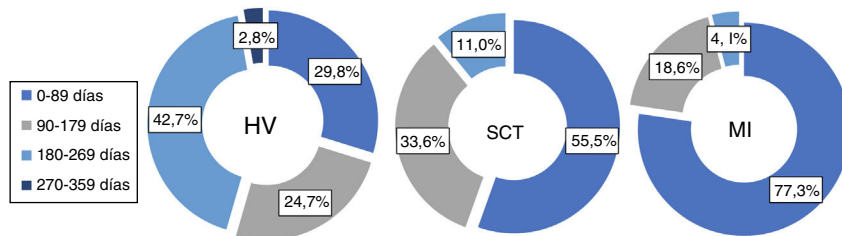


Figura 4 Diagramas de sectores de *hallux valgus* (HV), síndrome de túnel carpiano (STC) y meniscopatía interna (MI) en los que se representa el porcentaje de renunciaciones a la cirugía en función del tiempo en LEQ.

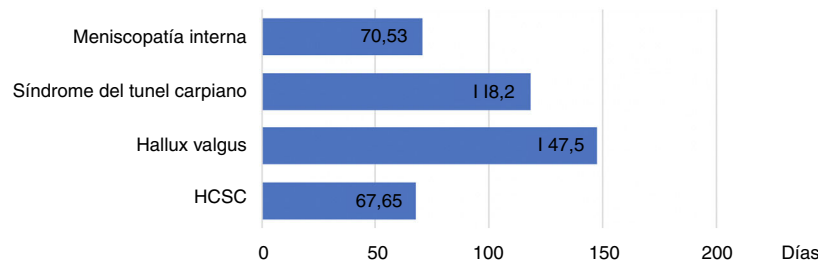


Figura 5 Diagrama de barras horizontal que representa el número de días promedio en LEQ hasta su salida de esta.

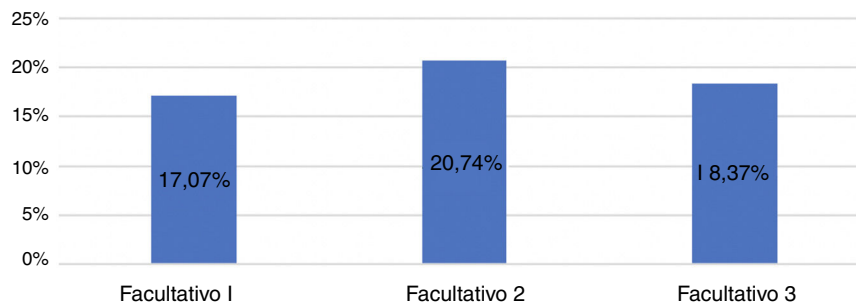


Figura 6 Gráfico de barras que representa el porcentaje de renunciaciones en función del facultativo que indica la cirugía de antepié.

Globalmente hablando, varios autores han mencionado que las cancelaciones en las cirugías programadas pueden deberse a problemas relacionados con los profesionales sanitarios, problemas logísticos y administrativos del hospital^{10,13-15} o los relacionados con el propio paciente, entre los que pueden asimismo distinguirse: problema médico, preparación preoperatoria incompleta, renuncia del paciente (por motivos personales, sociales o laborales)¹⁶.

Nosotros nos hemos centrado en el grupo particular de las cancelaciones que atañen al propio paciente por motivos personales, sociales o laborales, y que hemos denominado bajo el término «renuncia a la cirugía», sin incluir cancelaciones o suspensiones por cuestiones médicas o las relativas a problemas logísticos del hospital o problemas relacionados con los profesionales sanitarios. Un primer análisis de los resultados obtenidos en nuestro estudio confirma la impresión augurada de que la tasa de renuncia a la cirugía de pacientes en LEQ para cirugía ambulante de antepié en nuestro medio es alta, situándose en nuestro trabajo en 16,22%.

La patología del antepié por su alta frecuencia y su relación directa con la calidad de vida percibida puede centrar un debate sobre las listas de espera como indicador de calidad asistencial y gestión sanitaria atendiendo, entre otras cosas, a las grandes diferencias observadas entre comunidades autónomas del mismo sistema sanitario público². Conjuntamente, las renunciaciones a la cirugía de los pacientes que se encuentran en LEQ, como hemos mencionado, generan inconvenientes en el manejo y discurrir de las mismas. Aunando el peso específico de estas patologías y el impacto que las renunciaciones a la cirugía tienen en el sistema sanitario en última instancia, merece acometer la labor de examinar nuestros datos.

En primer lugar, la frecuencia de abandono en cirugía de antepié por patología nos da una pista de las posibles causas. La metatarsalgia de Morton, con casi un cuarto de los pacientes en LEQ renunciando, seguido muy de cerca

del hallux rigidus: son patologías esencialmente generadoras de dolor mecánico, en muchos casos con curso remitente y recurrente, con periodos de disminución de la clínica o incluso desaparición de los síntomas, y con poca repercusión en la morfología externa del pie. Eso podría justificar, en parte, que se coloquen en números de renuncia por delante de la patología más prevalente y con más inclusiones en LEQ, el HV, que a su vez es más limitante en cuanto al dolor y las limitaciones para el calzado que genera. La mayor prevalencia de ciertas patologías en el género femenino, justifican en parte la diferencia global en cuanto al sexo, que no es tan marcada una vez corregidas a nivel porcentual.

Cuando realizamos una comparativa con otras patologías ortopédicas de alta prevalencia y tratamiento ambulatorio, se obtienen datos que parecen compartir en parte los razonamientos previos: en el caso de la neuropatía compresiva del nervio mediano a nivel del túnel carpiano, la tasa de renuncia relativamente alta, se podría relacionar con la naturaleza inflamatoria y la ocasional influencia hormonal en el establecimiento y mantenimiento de la clínica, lo que justifica tanto su mayor frecuencia en el sexo femenino como su eventual mejoría espontánea, con modificación de la actividad o con dispositivos ortopédicos (como las férulas nocturnas)¹⁷. En el caso de la meniscopatía interna tratada mediante regularización meniscal artroscópica, tiene una distribución asimétrica por sexos menos acusada, y, además, la clínica de dolor, inestabilidad, bloqueos o derrames de repetición suele producir mayor deterioro funcional y limitación para las actividades de la vida diaria, lo que quizá podría justificar que las tasas de renuncia sean menores¹⁸.

En cuanto a la temporalidad, del análisis por periodo se extrae, que, más allá del grupo que sale de LEQ antes incluso de realizarse el preoperatorio, los mayores abandonos en patología del antepié están en el grupo que espera entre seis y nueve meses, seguido del grupo que espera entre tres y seis meses, apoyando la idea de la asociación entre

el mayor tiempo de espera para la cirugía de antepié y el riesgo de salida de la LEQ. Algunos autores indican que el tiempo de espera prolongado en las LEQ parece impactar en la salud de los pacientes, los resultados y satisfacción de las intervenciones¹⁹⁻²¹, a pesar de que la reciente revisión sistemática de Morris en 2018 no muestra una clara evidencia respecto al impacto del tiempo en LEQ en la salud²². Al mismo tiempo, cuando analizamos las otras dos patologías comparadas observamos cómo estos períodos se ven también influidos, como decíamos previamente, por la historia natural de las enfermedades estudiadas y los resultados de los tratamientos ortopédicos: la mejoría completa con el uso de férulas para el STC en la pérdida de fuerza y dolor nocturno suelen ser más retrasada en el tiempo, mientras que la influencia de la rehabilitación en la patología de MI, es más rápida y sostenida que el uso de medidas ortoprotésicas en la patología de antepié, habiendo un mayor número de bajas de la LEQ durante los primeros tres meses en dicha patología.

De lo anterior se extrae, asimismo, que un porcentaje de pacientes podrían renunciar a la intervención por haber mejorado la sintomatología o haberse «curado» de la misma no considerando necesaria la intervención. Esto puede hacernos pensar, como sostienen otros trabajos, que una mayor información, atención y paciencia a la hora de indicar las cirugías podría reducir las circunstancias en las que estas dejan de ser necesarias²³⁻²⁵.

Las categorías de motivo de renuncia bajo las que se encuadran las diferentes patologías comparadas tienen una distribución muy similar, con un número menor de sujetos ilocalizables y en todos los casos una mayoría de pacientes que voluntariamente comunican su renuncia a la cirugía, siendo la proporción mayor en el caso del HV, seguido del STC y menor en la MI; en orden inverso aumenta el porcentaje de pacientes que no comparecen y no lo notifican. Una probable razón podría ser la distribución etaria: la media de edad de los pacientes con HV es mayor, y quizá por ello y los condicionantes culturales y educativos que ello comporta, sean más tendentes a comunicar a la administración sanitaria los cambios en su situación de LEQ. Las otras patologías, sobre todo la MI, suelen tener mayor prevalencia en población más joven y activa laboralmente, con circunstancias laborales o responsabilidad familiar más cambiantes, con mayor probabilidad de tener imprevistos y por ello sujetos a mayor riesgo de no acudir a la intervención, e incluso, de olvidarse de comunicarlo formalmente.

En las diferentes referencias de la literatura, además de señalar los factores que influyen en las cancelaciones de las cirugías programadas, se ha sugerido que muchas de estas cancelaciones son evitables^{26,27} y se han propuesto aspectos de mejora para disminuir estas tasas. La mejora en las instrucciones preoperatorias e información en relación con la cirugía y un abordaje multidisciplinar^{28,29} pueden ayudar a mejorar las tasas de renuncias al implicar más al paciente en la globalidad del procedimiento al que va a someterse³⁰⁻³³. De hecho, parece que los pacientes desean, incluso, conocer en qué posición se encuentran en la LEQ³⁴, lo cual parece ventajoso de cara a poder organizarse desde el punto de vista socio familiar y laboral según avanza en la misma y se aproxima la fecha de la intervención, y es probable que contribuya a disminuir las renuncias a cirugías. También, avisar con tiempo suficiente el día estimado de la

cirugía²⁶, así como enviar un recordatorio, ha demostrado reducir el número de cancelaciones de última hora y también reducir el grupo de pacientes que no se presentan a la intervención^{28,35}. Otros autores proponen informar y sensibilizar a los pacientes sobre la importancia de comprometerse con acudir a la intervención una vez han entrado en LEQ y se han realizado las pruebas y trámites preoperatorios, mencionando los costes que su renuncia en este punto implica^{8,36}. Otras recomendaciones que consideramos útiles residen en disponer de una forma accesible a los pacientes para realizar cancelaciones y verificar los datos de filiación, contacto y residencia. Más aún, de acuerdo con algunos estudios, la participación de los pacientes en la programación de la fecha de la intervención se ha asociado a mejores resultados ya que les permite adaptar la cirugía a sus circunstancias individuales³⁷.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, podemos mencionar, por un lado, que, al ser un trabajo muy específico y centrado en una patología concreta, no podemos generalizar los resultados. Sin embargo, hemos visto como al comparar con otras patologías ortopédicas de similar prevalencia hemos podido establecer unas conclusiones razonables. Es reseñable, en este punto, la importancia de individualizar los resultados y analizar no solamente los valores numéricos de forma aislada sino en el complejo entendimiento de cada patología. Otra limitación de nuestro estudio es que no hemos podido conocer con mayor exactitud los motivos personales específicos que llevan a cada paciente a renunciar a la intervención quirúrgica lo cual hubiera facilitado la extracción de conclusiones más firmes.

Con todo ello vemos que la renuncia a una intervención quirúrgica sobre el antepié es frecuente y puede razonarse atendiendo a múltiples causas, aunque los datos obtenidos nos dejan entrever tendencias que pueden explicarlas: ausencia de relación con el facultativo que indica la cirugía, posible influencia del tiempo que el paciente permanece en LEQ, pero sobre todo, dependientes de las características propias de cada patología, su historia natural durante ese tiempo de espera y la respuesta a los tratamientos conservadores, de modo que aquellas patologías de mayor o más rápida respuesta a terapias ortoprotésicas o rehabilitadoras cursan baja de forma más temprana que aquellas que no responden tanto o que conllevan una alteración morfológica evidente, así como de la repercusión en las actividades de la vida diaria de cada patología, hecho que queda patente con la menor renuncia a la cirugía en pacientes con MI.

Conclusiones

La renuncia a una intervención programada sobre el antepié registra una alta frecuencia en nuestro medio, siendo de un 16,22% de los pacientes incluidos en LEQ en nuestra serie. Las patologías del antepié con mayor tasa de renuncia son la metatarsalgia de Morton y el *hallux rigidus*, registrándose datos algo inferiores para una de las patologías más frecuentemente intervenidas, el HV, posiblemente por generar mayor dolor y dificultades para el calzado respecto a las anteriores.

El número de renuncias de cirugía del HV es comparable al observado en la cirugía del STC siendo el porcentaje observado en patología de MI de la mitad, probablemente

debido a su mayor repercusión en las actividades de la vida diaria. Por sexos, son más frecuente las renunciaciones de HV y STC en mujeres y de MI en hombres, lo que concuerda con la distribución y prevalencia de cada patología.

Aunque no hay una evidencia clara al estudiar las tres patologías comparadas, en el HV es factible que exista relación entre el tiempo en LEQ y el porcentaje de renunciaciones, sin embargo, para STC y MI este dato puede estar más condicionado por la propia naturaleza, evolución y respuesta a tratamientos conservadores de la patología. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de renuncia y el facultativo que indica la cirugía.

Para mejorar la gestión de nuestras listas de espera y disminuir el número de renunciaciones, debemos mejorar la transmisión de información a los pacientes sobre la patología y la cirugía a la que se van a someter, implicar al paciente más en el proceso, sensibilizar sobre la importancia de acudir a la misma una vez está indicada, crear sistemas para facilitar las notificaciones de cancelaciones, así como, avisar de la fecha de la cirugía con un margen de tiempo suficiente y crear recordatorios. Asimismo, debemos explicar al paciente la historia natural de las patologías, y de las opciones de influir en algunas de ellas mediante técnicas no quirúrgicas, pudiendo retrasar o incluso suplir un tratamiento quirúrgico. Estas mejoras, junto con el entendimiento de la naturaleza de cada patología, consideramos que podrían ayudar a disminuir el número de renunciaciones, contribuyendo a optimizar nuestras LEQ y por tanto el rendimiento quirúrgico y la calidad de la atención.

Financiación

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

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. OECD. Health care systems: Getting more value for money. OECD Economics Department Policy Notes. 2010. No. 2.
2. Secretaría General de Sanidad. Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud: Indicadores Resumen. Diciembre 2017; (publicado 31 de diciembre de 2017). 2017. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores_Resumen_Diciembre_2017.pdf.
3. Löfvendahl S, Eckerlund I, Hansagi H, Malmqvist B, Resch S, Hanning M. Waiting for orthopaedic surgery: factors associated with waiting times and patients' opinion. *Int J Qual Health Care*. 2005;17:133–40, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzi012>.
4. Palazzo C, Ravaut J-F, Papelard A, Ravaut P, Poiraudou S. The burden of musculoskeletal conditions. *PLoS ONE*. 2014;9:e90633, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0090633>.
5. Saro C, Bengtsson A-S, Lindgren U, Adami J, Blomqvist P, Felländer-Tsai L. Surgical treatment of hallux valgus and forefoot deformities in Sweden: a population-based study. *Foot Ankle Int*. 2008;29:298–304, <http://dx.doi.org/10.3113/FAI.2008.0298>.
6. Lópiz Y, Galeote JE, Tomé J.L., Cabezon P, López-Durán L. Cirugía del antepié en régimen ambulatorio. *Rev Pie Tobillo*. 2005;19:116–9.
7. Guerrero MA, Gorgemans S. Absentismo de pacientes citados en las consultas de atención especializada del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusión económica y demoras. *Rev Adm Sanit*. 2009;7:715–28.
8. 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 Qaboos Univ Med J*. 2016;16:e298–302, <http://dx.doi.org/10.18295/squmj.2016.16.03.006>.
9. Consejería de Presidencia. ORDEN 804/2016, de 30 de agosto, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueban las instrucciones de gestión del Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud. 2016. Disponible en: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&norma=9482#no-back-button.
10. Abeeleh MA, Tareef TM, Hani AB, Albsoul N, Samarah OQ, ElMoh-taseb M, et al. Reasons for operation cancellations at a teaching hospital: prioritizing areas of improvement. *Ann Surg Treat Res*. 2017;93:65–9, <http://dx.doi.org/10.4174/ast.2017.93.2.65>.
11. Gillen SM, Catchings K, Edney L, Prescott R, Andrews SM. What's all the fuss about? Day-of-surgery cancellations and the role of perianesthesia nurses in prevention. *J Perianesth Nurs*. 2009;24:396–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2009.10.008>.
12. Argo JL, Vick CC, Graham LA, Itani KMF, Bishop MJ, Hawn MT. Elective surgical case cancellation in the Veterans Health Administration system: identifying areas for improvement. *Am J Surg*. 2009;198:600–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.07.005>.
13. Hovlid E, Bukve O, Haug K, Aslaksen AB, von Plessen C. A new pathway for elective surgery to reduce cancellation rates. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:154, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-154>.
14. Al Talalwah N, McIltrout KH. Cancellation of Surgeries: Integrative Review. *J Perianesth Nurs*. 2019;34:86–96, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.012>.
15. Garg R, Bhalotra AR, Bhadoria P, Gupta N, Anand R. Reasons for cancellation of cases on the day of surgery-A prospective study. *Indian J Anaesth*. 2009;53:35–9.
16. Caesar U, Karlsson J, Olsson L-E, Samuelsson K, Hansson-Olofsson E. Incidence and root causes of cancellations for elective orthopaedic procedures: a single center experience of 17,625 consecutive cases. *Patient Saf Surg*. 2014;8:24, <http://dx.doi.org/10.1186/1754-9493-8-24>.
17. Gerritsen AA, de Vet HC, Scholten RJ, Bertelsmann FW, de Krom MC, Bouter LM. Splinting vs surgery in the treatment of carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:1245–51, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.10.1245>.
18. Beaufile P, Becker R, Kopf S, Matthieu O, Pujol N. The knee meniscus: management of traumatic tears and degenerative lesions. *EFORT Open Rev*. 2017;2:195–203, <http://dx.doi.org/10.1302/2058-5241.2.160056>.
19. Parsons GE, Godfrey H, Jester RF. Living with severe osteoarthritis while awaiting hip and knee joint replacement surgery. *Musculoskeletal Care*. 2009;7:121–35, <http://dx.doi.org/10.1002/msc.145>.
20. Desmeules F, Dionne CE, Belzile ÉL, Bourbonnais R, Frémont P. The impacts of pre-surgery wait for total knee replacement on pain, function and health-related quality of life six months after surgery. *J Eval Clin Pract*. 2012;18:111–20, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01541.x>.

21. Lizaur-Utrilla A, Martinez-Mendez D, Miralles-Muñoz FA, Marco-Gomez L, Lopez-Prats FA. Negative impact of waiting time for primary total knee arthroplasty on satisfaction and patient-reported outcome. *Int Orthop*. 2016;40:2303–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s00264-016-3209-0>.
22. Morris J, Twizeyemariya A, Grimmer K. What is the current evidence of the impact on quality of life whilst waiting for management/treatment of orthopaedic/musculoskeletal complaints? A systematic scoping review. *Qual Life Res*. 2018;27:2227–42, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-018-1846-z>.
23. Vazirani S, Lankarani-Fard A, Liang L-J, Stelzner M, Asch SM. Perioperative processes and outcomes after implementation of a hospitalist-run preoperative clinic. *J Hosp Med*. 2012;7:697–701, <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.1968>.
24. Chan Z, Kan C, Lee P, Chan I, Lam J. A systematic review of qualitative studies: patients' experiences of preoperative communication. *J Clin Nurs*. 2012;21(5–6):812–24, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03942.x>.
25. Nicholson A, Coldwell CH, Lewis SR, Smith AF. Nurse-led versus doctor-led preoperative assessment for elective surgical patients requiring regional or general anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;11:CD010160, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010160>.
26. Sanjay P, Dodds A, Miller E, Arumugam PJ, Woodward A. Cancelled elective operations: an observational study from a district general hospital. *J Health Organ Manag*. 2007;21:54–8, <http://dx.doi.org/10.1108/14777260710732268>.
27. Schofield WN, Rubin GL, Piza M, Lai YY, Sindhusake D, Fearnside 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.
28. Rai MR, Pandit JJ. Day of surgery cancellations after nurse-led pre-assessment in an elective surgical centre: the first 2 years. *Anaesthesia*. 2003;58:692–9, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2044.2003.03189.3.x>.
29. O'Regan D, Shah S, Mirsadraee S, Al-Ruzzeah S, Karthik S, Jarvis M. Implementation of a process-orientated multidisciplinary approach (POMA), a system of cost-effective healthcare delivery within a cardiac surgical unit. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:459–63, <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.021279>.
30. Lee CK, Lee IF-K. Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *J Clin Nurs*. 2013;22(17–18):2551–61, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04345.x>.
31. Chen C-K, Lin C, Hou T-H, Wang S-H, Lin H-M. A study of operating room scheduling that integrates multiple quantitative and qualitative objectives. *J Nurs Res*. 2010;18:62–74, <http://dx.doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181d0365f>.
32. Chiu CH, Lee A, Chui PT. Cancellation of elective operations on the day of intended surgery in a Hong Kong hospital: point prevalence and reasons. *Hong Kong Med J*. 2012;18:5–10.
33. Parhiscar A, Rosenfeld RM. Can patient satisfaction with decisions predict compliance with surgery? *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;126:365–70, <http://dx.doi.org/10.1067/mhn.2002.123445>.
34. Fitzsimons D, Parahoo K, Stringer M. Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. *J Adv Nurs*. 2000;32:1243–52, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01595.x>.
35. Geraghty M, Glynn F, Amin M, Kinsella J. Patient mobile telephone 'text' reminder: a novel way to reduce non-attendance at the ENT out-patient clinic. *J Laryngol Otol*. 2008;122:296–8, <http://dx.doi.org/10.1017/S0022215107007906>.
36. Dussa CU, Durve K, Singhal K. Cancellations of elective orthopaedic procedures. *Clin Govern Int J*. 2007;12:78–84, <http://dx.doi.org/10.1108/14777270710741438>.
37. Levinson W. Patient-centred communication: a sophisticated procedure. *BMJ Qual Saf*. 2011;20:823–5, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000323>.