

ARTÍCULO DE REVISIÓN

FACTORES ASOCIADOS AL ABSENTISMO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA A PARTIR DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Factors associated with non-attendance in otolaryngology outpatient clinics: a systematic review of the literature

Aurora LÓPEZ-LLAMES¹ ; Antonio ALMODÓVAR-IÑESTA² ; Vicente GARCIA-ROMÁN³ ;
Elena RONDA-PÉREZ⁴ 

¹ Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante

² Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario de Elche, Alicante

³ Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante

⁴ Grupo de investigación en Salud Pública. Universidad de Alicante

Correspondencia: alopezllames@ymail.com

Fecha de recepción: 3 de abril de 2026

Fecha de aceptación: 19 de mayo de 2026

Fecha de publicación: 1 de septiembre de 2026

Fecha de publicación del fascículo: 1 de septiembre de 2026

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión *post-print* (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-SA permite modificar y adaptar la obra, siempre que se cite al autor, no haya fines comerciales y el resultado se comparta bajo esta misma licencia

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN: Introducción y objetivo: El absentismo en consultas externas representa un problema relevante para los sistemas sanitarios, al comprometer la eficiencia asistencial, incrementar las listas de espera y limitar el acceso a la atención. El objetivo de esta revisión sistemática fue analizar la evidencia disponible sobre los factores asociados al absentismo en las consultas externas de Otorrinolaringología (ORL). Métodos: Se realizó una revisión sistemática con síntesis narrativa siguiendo las directrices PRISMA 2020. Se llevó a cabo una búsqueda estructurada en MEDLINE/PubMed y Web of Science hasta marzo de 2026. Se incluyeron estudios originales realizados en consultas externas presenciales de ORL que evaluaran el absentismo o sus factores asociados en población adulta o pediátrica. El riesgo de sesgo de los estudios incluidos se evaluó mediante las herramientas de evaluación crítica del Joanna Briggs Institute (JBI), seleccionadas según el diseño de cada estudio. La síntesis de los resultados se realizó mediante un enfoque narrativo

temático, agrupando los factores en dominios sociodemográficos, organizativos y clínicos. La revisión fue registrada en PROSPERO (CRD420261286369). Resultados: Se incluyeron 20 estudios, mayoritariamente realizados en centros universitarios. Las tasas de absentismo oscilaron entre el 8 % y el 40 %. Los factores más consistentemente asociados con mayor absentismo fueron la menor edad, el bajo nivel socioeconómico y las demoras prolongadas en la obtención de la cita. Asimismo, la ausencia de sistemas de recordatorio se asoció con una mayor probabilidad de absentismo. Conclusiones: El absentismo en las consultas externas de ORL es un fenómeno frecuente y multifactorial. Los factores sociodemográficos y organizativos muestran asociaciones más consistentes que los factores clínicos. Intervenciones organizativas como la reducción de los tiempos de espera y la implementación de sistemas de recordatorio podrían asociarse con una reducción del absentismo. No obstante, la naturaleza observacional y la heterogeneidad de los estudios limitan la capacidad para establecer relaciones causales y la generalización de los resultados.

PALABRAS CLAVE: absentismo; otorrinolaringología; atención ambulatoria; accesibilidad; citas y horarios

SUMMARY: Introduction and objective: Patient non-attendance in outpatient clinics represents a significant challenge for healthcare systems, as it compromises care efficiency, increases waiting times, and limits access to care. The aim of this systematic review was to analyze the available evidence on factors associated with non-attendance in otolaryngology (ENT) outpatient clinics. Methods: A systematic review with narrative synthesis was conducted in accordance with PRISMA 2020 guidelines. A structured search was performed in MEDLINE/PubMed and Web of Science up to March 2026. Original studies conducted in in-person ENT outpatient settings that evaluated non-attendance or its associated factors in adult or pediatric populations were included. Risk of bias in the included studies was assessed using Joanna Briggs Institute (JBI) critical appraisal tools, selected according to study design. Results were synthesized using a thematic narrative approach, grouping factors into sociodemographic, organizational, and clinical domains. The review was registered in PROSPERO (CRD420261286369). Results: A total of 20 studies were included, most of which were conducted in academic centers. Non-attendance rates ranged from 8 % to 40 %. The factors most consistently associated with higher non-attendance were younger age, lower socioeconomic status, and longer waiting times for appointments. In addition, the absence of reminder systems was associated with a higher likelihood of non-attendance. Conclusions: Non-attendance in ENT outpatient clinics is a frequent and multifactorial phenomenon. Sociodemographic and organizational factors show more consistent associations with non-attendance than clinical factors. Organizational interventions, such as reducing waiting times and implementing reminder systems, may contribute to reducing non-attendance. However, the observational nature and heterogeneity of the included studies limit causal inference and the generalizability of the findings.

KEYWORDS: no-show patients; otolaryngology; ambulatory care; health services accessibility; appointments and schedules

INTRODUCCIÓN

El absentismo en las consultas externas se define como la no asistencia del paciente a una cita programada, incluyendo tanto la ausencia sin previo aviso como la cancelación tardía, lo que no permite la reasignación del turno a otro paciente [1]. Este fenómeno presenta importantes

implicaciones clínicas y organizativas, ya que afecta directamente a la utilización de recursos y la accesibilidad a la atención sanitaria [2]. La Organización Mundial de la Salud estima que entre el 20 % y el 40 % de los recursos sanitarios se malgastan y que una parte sustancial podría redirigirse para avanzar hacia la cobertura universal [3]. El absentismo a las consultas no solo supone una pérdida

de oportunidad asistencial, la infrautilización de recursos o el aumento de la morbilidad, sino que impide atender a otro paciente en ese intervalo, lo que contribuye a empeorar las listas de espera [1].

El absentismo ha sido estudiado en diferentes especialidades y niveles asistenciales [4–7], y se reconoce como un fenómeno multifactorial influido por determinantes sociodemográficos, organizativos, clínicos y relacionados con el sistema sanitario. Aunque el absentismo puede inicialmente interpretarse como una conducta atribuible al paciente, tasas altas de absentismo reflejan fallos en la organización y posibles deficiencias en la relación médico-paciente [8].

Por otro lado, los patrones de absentismo son dependientes del contexto asistencial, del modelo organizativo y de la especialidad analizada. Por ello, no resultaría adecuado extrapolar de forma directa los resultados obtenidos en otras especialidades y entornos sanitarios a la otorrinolaringología (ORL) [9, 10]. Esta especialidad tiene características propias, al combinar actividad médica y quirúrgica, atender patología oncológica, enfermedades crónicas y procesos funcionales [11, 12]. Además, realiza una proporción importante de pruebas diagnósticas complementarias. Todo esto podría modificar el patrón de absentismo, tanto por mejoría clínica percibida o fatiga asistencial, como por descoordinación entre agendas y circuitos diagnósticos. Asimismo, la atención a población adulta, pediátrica y oncológica introduciría diferentes percepciones de necesidad y de carga logística [10, 13].

A pesar del interés creciente por el absentismo en el ámbito sanitario, la evidencia específica sobre los factores relacionados con el absentismo en consultas externas de ORL sigue siendo limitada. La identificación de estos factores resulta fundamental para diseñar estrategias orientadas a disminuir la inasistencia, mejorar el uso de recursos y aumentar la accesibilidad.

Por ello, esta revisión sistemática tiene como objetivo analizar la evidencia disponible sobre

los factores determinantes del absentismo en las consultas externas de la especialidad de ORL.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de la literatura con síntesis narrativa. La presentación de la revisión siguió las directrices *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020) [14]. El protocolo se registró en PROSPERO (CRD420261286369), garantizando la transparencia metodológica.

Se incluyeron estudios originales (transversales, de cohortes o de casos y controles) realizados en consultas externas presenciales de ORL que evaluaran el absentismo y/o sus factores determinantes en población adulta o pediátrica. Se consideraron artículos publicados en inglés, francés o español.

Se excluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis y revisiones narrativas, así como editoriales, cartas al editor y artículos de opinión sin análisis de datos primarios. También se excluyeron los estudios realizados en el contexto de telemedicina o consultas telefónicas, y aquellos centrados en la pérdida de seguimiento (*loss to follow-up*), dado que este concepto se refiere a la interrupción del seguimiento longitudinal y no a la asistencia puntual a una cita programada.

La variable principal de resultado fue el absentismo a la cita programada en consultas externas. Este se definió como la ausencia del paciente sin notificación previa, o con cancelación realizada fuera del plazo establecido en el centro correspondiente, que imposibilita asignar el hueco a otro paciente.

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica estructurada en MEDLINE/PubMed y Web of Science Core Collection (WOS). La estrategia de búsqueda y los descriptores se detallan en la Tabla 1.

Adicionalmente, se realizó una revisión manual de las referencias bibliográficas de los artículos elegidos para el estudio, con el propósito

Tabla 1. Estrategia de búsqueda y descriptores empleados en las bases de datos consultadas

Base de datos	Estrategia y descriptores
PubMed	((«No-Show Patients»[Mesh] OR «no-show»[tiab] OR «non-attendance»[tiab] OR «missed appointment*»[tiab] OR «failed appointment*»[tiab]) AND («Otolaryngology»[Mesh] OR «Ear Diseases»[Mesh] OR «Hearing Disorders»[Mesh] OR «Audiology»[Mesh] OR «Vestibular Diseases»[Mesh] OR «Nose Diseases»[Mesh] OR «Paranasal Sinus Diseases»[Mesh] OR «Laryngeal Diseases»[Mesh] OR «Head and Neck Neoplasms»[Mesh] OR otolaryngology[tiab] OR ENT[tiab] OR rhinology[tiab] OR laryngology[tiab] OR otology[tiab] OR audiology[tiab] OR vestibular[tiab] OR «head and neck»[tiab]))
Web of Science	(TS=(«no-show» OR «non-attendance» OR «nonattendance» OR «missed appointment*» OR «failed appointment*») AND TS=(otolaryngology OR ENT OR rhinology OR laryngology OR otology OR audiology OR vestibular OR «ear disease*» OR «hearing disorder*» OR «nose disease*» OR «sinus disease*» OR «laryngeal disease*» OR «head and neck»))

de identificar posibles artículos no detectados en la búsqueda inicial. La búsqueda se limitó a los últimos 15 años para asegurar homogeneidad en los sistemas de registro. La última actualización de la búsqueda se realizó el 4 de marzo de 2026. No se incluyó literatura gris ni se contactó con los autores para obtener información adicional.

Los registros identificados se exportaron a un gestor bibliográfico y se eliminaron los duplicados. Dos revisores independientes realizaron el cribado de títulos y resúmenes, seguido de evaluación a texto completo. Las discrepancias (n=25) se resolvieron por consenso. Los datos se extrajeron mediante un formulario estandarizado diseñado específicamente para la revisión. Se recogieron variables relacionadas con el diseño del estudio, el ámbito asistencial, el tamaño muestral, la unidad de análisis (cita o paciente), las características de la población (adulto, pediátrico o mixto), la tasa de

absentismo y los factores asociados. Se priorizaron los factores identificados mediante análisis estadísticos, especialmente modelos multivariantes, y se recogieron medidas de asociación cuando estaban disponibles. En estudios descriptivos, se registraron los factores reportados como significativamente asociados al absentismo.

La calidad metodológica y el riesgo de sesgo se evaluaron mediante las herramientas de lectura crítica del Joanna Briggs Institute (JBI) adaptadas a cada diseño, sin utilizarse como criterio de exclusión [15]. Cada ítem se clasificó como «sí», «no», «no claro», «no aplica». En los estudios cuasiexperimentales no aleatorizados se empleó la herramienta JBI para estudios analíticos transversales, por ser la más próxima metodológicamente y dado que no existe una herramienta específica para tal diseño. El riesgo de sesgo se clasificó de forma cualitativa (bajo, moderado o alto) en función del grado de cumplimiento de los ítems de cada herramienta JBI, calculado como el porcentaje de respuestas afirmativas sobre el total de ítems aplicables. Se consideró bajo riesgo de sesgo cuando se cumplían $\geq 80\%$ de los ítems, moderado entre el 60–79 % y alto $< 60\%$. Dada la heterogeneidad clínica, metodológica y en la unidad de análisis de los estudios, no fue posible realizar un metaanálisis. Se llevó a cabo una síntesis narrativa con enfoque temático, agrupando los factores asociados en tres dominios principales: sociodemográficos, organizativos y clínicos. Se consideraron como asociaciones consistentes aquellas identificadas en al menos dos estudios independientes y, especialmente, aquellas confirmadas mediante análisis multivariable. Debido a la ausencia de síntesis cuantitativa, no fue posible evaluar el sesgo de publicación.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 20 estudios en la revisión. El proceso de selección y cribado de los estudios se representa en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1). La calidad metodológica global fue elevada (Tabla 2,

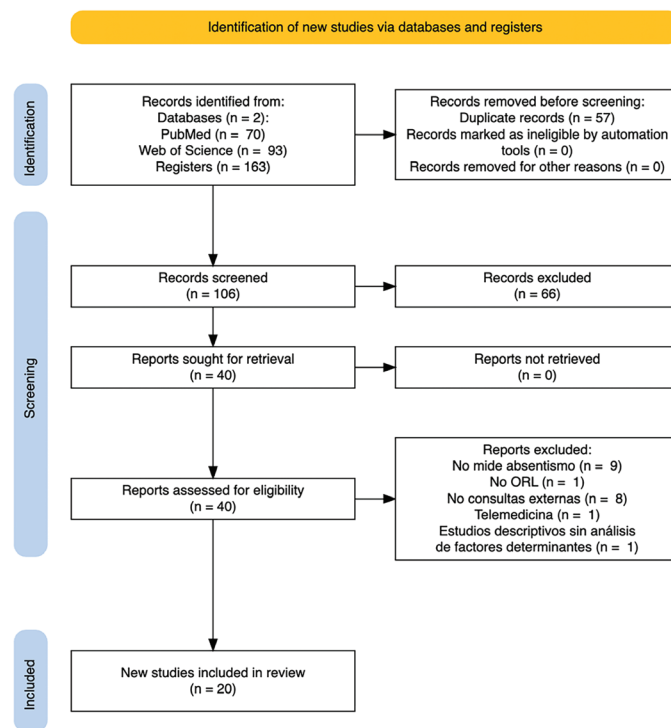


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de identificación, selección e inclusión de estudios de absentismo y Otorrinolaringología

Anexo 1): el 85 % de los estudios (n = 17) alcanzaron una calidad alta, al cumplir al menos el 80 % de los ítems de la lista de verificación [16–32]. Las principales limitaciones metodológicas se relacionaron con la descripción insuficiente de estrategias para identificar y controlar factores de confusión [33–35].

La Tabla 3 (Anexo 2) resume las características generales de los estudios incluidos, incluyendo el año de publicación, el diseño, el entorno asistencial, el tipo de cobertura sanitaria y el país de realización. La mayoría de los estudios fueron retrospectivos, basados en registros clínicos o bases de datos hospitalarias, y se realizaron en centros universitarios. Predominaron los estudios realizados en Estados Unidos, que representaron el 75 % del total (n=15).

En cuanto al sistema de cobertura sanitaria, los estudios se desarrollaron principalmente en

entornos de financiación pública o mixta (pública/privada), mientras que solo uno se realizó en un hospital privado [31].

La Tabla 4 (Anexo 3) recoge las características principales de los estudios incluidos y los factores asociados al absentismo. En cuanto a la unidad analítica, predominó el análisis por cita médica, utilizado en 12 de los 20 estudios [17–19, 21–23, 25, 28, 31, 32, 34, 35].

Las tasas de absentismo mostraron una amplia variabilidad, con valores que oscilaron entre el 8 % y el 40 %. En los estudios con mayor tamaño muestral, predominantemente retrospectivos, las tasas se situaron generalmente entre el 15 % y el 20 % [21, 22, 28].

En población pediátrica [17, 18, 20, 22, 27, 28], las tasas oscilaron entre el 15 % y el 36,8 %,

siendo en conjunto superiores a las observadas en población adulta o mixta, donde variaron entre el 8,3 % y el 33 %.

Los principales factores asociados al absentismo se resumen en la Tabla 5 (Anexo 4). A pesar de la heterogeneidad metodológica, se identificaron patrones recurrentes de asociación en tres dominios principales: sociodemográficos, organizativos y clínicos.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

En la mayoría de los estudios realizados en poblaciones adultas o mixtas, se observó una asociación inversa entre la edad y la probabilidad de absentismo. Diversos análisis multivariantes mostraron que el riesgo de faltar a la cita disminuía progresivamente con la edad. Por ejemplo, un estudio mostró una reducción del riesgo del 2 % por cada año adicional de edad [19], y otros estudios observaron que los pacientes con antecedentes de absentismo tendían a ser significativamente más jóvenes [26, 32]. Sin embargo, dos estudios observaron resultados opuestos en contextos clínicos específicos [29, 30].

El sexo mostró resultados heterogéneos, sin identificarse un patrón consistente de asociación con el absentismo. En los estudios de Wilson et al. y Velu et al. [29, 30], la asociación entre el sexo y el absentismo perdió significación estadística, tras ajustar por variables como raza/etnia, nivel educativo, empleo y tipo de seguro, consideradas determinantes sociales de salud.

La pertenencia a minorías étnicas se asoció con absentismo en siete estudios, especialmente en población afroamericana e hispana [16, 17, 21, 24, 26, 28, 30], mientras que algunos estudios observaron menores tasas en pacientes de origen asiático [21, 24, 28]. En un trabajo, esta asociación perdió significación al ajustar por factores socioeconómicos [30].

En relación al tipo de cobertura sanitaria, siete estudios observaron una mayor probabilidad

de absentismo en pacientes con seguro público [17, 20-23, 26, 28, 30]. En población pediátrica, se observaron odds ratios elevados, alcanzando valores de hasta OR = 5,68 en comparación con otras modalidades de aseguramiento.

El estatus laboral se asoció con absentismo en cuatro estudios, observándose mayores tasas en pacientes desempleados o con situaciones laborales inestables [16, 24, 29, 30]. Por otro lado, los compromisos laborales también se identificaron como barreras para acudir a consulta, siendo señalados como uno de los motivos más frecuentes de absentismo [16, 25, 33].

El nivel de ingresos se identificó de forma consistente como factor asociado al absentismo [16, 19, 20, 22, 24, 26], observándose en general mayores tasas de absentismo en pacientes con menores ingresos. En un estudio, cada incremento de 10.000 dólares en el ingreso anual se asoció con una menor probabilidad de absentismo (OR = 0,83; $p = 0,01$).

En dos estudios se determinó que pacientes sin educación universitaria o con menor nivel educativo presentaron mayor probabilidad de faltar a sus citas [29, 30]. En cambio, el nivel educativo del cuidador o de la madre en población pediátrica no mostró una asociación significativa con el absentismo [16, 18, 27].

La distancia al centro hospitalario mostró resultados inconsistentes en cinco estudios. En tres de ellos, residir a mayor distancia se asoció con mayor absentismo [19, 21, 29]. Por el contrario, dos estudios identificaron mayores tasas de absentismo en pacientes que residían más cerca del hospital [26, 30]. Además, varios trabajos señalaron que las dificultades de transporte y las limitaciones del transporte público constituirían barreras de acceso, independientemente de la distancia [20, 24, 25, 33].

FACTORES ORGANIZATIVOS Y ASISTENCIALES

La demora en la obtención de la cita fue uno de los factores más consistentemente asociados al

absentismo, mostrando una correlación positiva con la tasa de absentismo [16, 18, 24, 28, 31].

El tipo de cita (primeras consultas frente a consultas sucesivas) mostró resultados variables. En general, las primeras consultas se asociaron con mayor absentismo [16, 21, 31] y en dos estudios las consultas sucesivas se asociaron con menor absentismo en el contexto posoperatorio [21,31].

Nueve estudios evaluaron el impacto del horario de la cita sobre el absentismo [18, 19, 22, 23, 25, 28, 30–32]. Tres estudios observaron mayor tasa de absentismo en las citas programadas por la tarde [18, 25, 31].

Siete estudios analizaron la asociación entre la estacionalidad y las tasas de absentismo [17, 18, 21, 22,28–30]. En dos de ellos, se observó un aumento de absentismo en primavera y verano [17, 21], aunque los resultados globales fueron heterogéneos.

Cinco estudios evaluaron el impacto de herramientas organizativas y digitales en la gestión de las citas, como el uso del portal del paciente y los sistemas de autoprogramación. La inactivación del portal del paciente se asoció de forma independiente con mayor probabilidad de absentismo en análisis ajustados [24], mientras que la autoprogramación en línea se asoció con tasas de absentismo superiores a las del agendamiento presencial o telefónico [31]. Asimismo, la ausencia de sistemas de recordatorio se asoció con un aumento absoluto del 3 % en la tasa de absentismo [35].

Dos estudios analizaron la continuidad asistencial y la integración entre los niveles de atención. La atención dentro de la misma red hospitalaria se asoció con una menor probabilidad de absentismo [18], mientras que la atención fragmentada se relacionó con mayor probabilidad en el análisis multivariable [29].

En relación con el profesional sanitario, se observaron diferencias en las tasas de absentismo. Las citas atendidas por médicos con dedicación a tiempo parcial presentaron mayores tasas de absentismo en comparación con aquellas atendidas por médicos a tiempo completo (28 % frente a 23

%) [32], y los facultativos con mayor antigüedad presentaron menores tasas de absentismo (18,7 % frente a 21,1 %) [21].

FACTORES CLÍNICOS

Seis estudios evaluaron la relación entre las características clínicas y el absentismo [19, 21, 24, 28, 30, 31], y cinco de ellos observaron diferencias según subespecialidad, diagnóstico o cronicidad [21, 24, 28, 30, 31].

En general, las consultas generales de ORL pediátrica mostraron tasas de absentismo más elevadas que las consultas centradas en patologías específicas [28, 31].

Los resultados en relación al tipo de patología atendida fueron heterogéneos. Las consultas de cabeza y cuello, rinología, enfermedades de la vía aérea superior o trauma facial presentaron menores tasas de absentismo que las consultas de oído y trastornos de audición [24]. Por el contrario, en otro estudio, las consultas de otología presentaron menor probabilidad de asistencia respecto a las consultas generales [21].

Algunas comorbilidades como tabaquismo activo, diabetes e hipertensión arterial fueron identificadas como variables clínicas potencialmente asociadas al absentismo [30].

DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática muestra que el absentismo en las consultas externas de ORL es un fenómeno frecuente y multifactorial, asociado principalmente a factores sociodemográficos y organizativos y, en menor medida, con factores clínicos.

Las elevadas tasas de absentismo reflejan su importancia como indicador organizativo, así como su impacto en el uso de recursos, la accesibilidad a la atención sanitaria y la eficiencia del sistema. Se estima que más de la mitad de los pacientes que no acuden a la consulta solicitan posteriormente una

nueva cita por el mismo motivo, lo que contribuye al incremento de las listas de espera [1, 13].

La edad se identifica como uno de los factores más consistentemente asociados con el absentismo. En la mayoría de los estudios se observó una relación inversa entre la edad y la probabilidad de absentismo, con mayores tasas en pacientes jóvenes. Este hallazgo es consistente con lo descrito en otras especialidades y en el ámbito de la atención primaria [6, 37, 38]. Diversos factores podrían contribuir a esta asociación. Una posible explicación es que los pacientes jóvenes suelen padecer enfermedades con curso benigno, lo que disminuiría la percepción de necesidad de atención médica. Asimismo, los compromisos laborales o de cuidado familiar pueden dificultar la asistencia a las citas. En las consultas de pediatría, las mayores tasas de absentismo podrían explicarse por la resolución espontánea de procesos frecuentes en la infancia.

Aunque podría esperarse que su mayor familiaridad con la tecnología redujera el absentismo, la evidencia sugiere que el acceso a la tecnología por sí solo no garantiza la asistencia. A pesar del uso de recordatorios electrónicos, una de las causas más frecuentes de absentismo continúa siendo el olvido de la cita y la falta de comunicación con el sistema sanitario [39, 40].

Respecto al sexo, los resultados fueron heterogéneos y no se identificó un patrón, en línea con revisiones previas sobre absentismo [8, 10]. La pérdida de significación en modelos ajustados por variables socioeconómicas sugiere que el sexo podría actuar como marcador de desigualdades sociales más que como un determinante independiente de absentismo. De forma similar, la asociación entre el absentismo y la pertenencia a las minorías étnicas parece estar mediada por factores socioeconómicos. Otros factores, como las barreras idiomáticas o las dificultades de interacción con el sistema sanitario, también se han descrito como condicionantes de la asistencia a la consulta [41].

En los sistemas sanitarios basados en seguros, la cobertura pública se asoció con mayor probabilidad

de absentismo, de acuerdo con lo descrito por otros autores [42, 43]. Sin embargo, esta asociación no fue consistente entre los estudios, lo que refleja posibles diferencias socioeconómicas entre las poblaciones. En sistemas de salud universales, la cobertura sanitaria presenta menos capacidad para discriminar el riesgo de absentismo. En este contexto, la posesión de un seguro privado podría actuar como indicador de mayor nivel socioeconómico, más que como un determinante directo del acceso a la atención.

La accesibilidad geográfica al sistema sanitario constituye otro factor relevante, aunque los resultados son inconsistentes, acorde con lo publicado previamente [44, 45]. Por el contrario, la disponibilidad de transporte y las barreras logísticas se han identificado como determinantes de absentismo en múltiples publicaciones [40, 41], lo que sugiere que los factores de accesibilidad funcional podrían tener mayor impacto que la distancia geográfica en sí misma.

Entre los factores organizativos, la demora en la obtención de la cita se identificó como uno de los determinantes más consistentemente asociados con el absentismo, y es consistente con lo descrito en otras especialidades médicas. Un estudio estimó un incremento del absentismo en 0,18 % por cada día adicional de demora [46]. Este fenómeno puede relacionarse con la resolución espontánea del problema de salud, la búsqueda de atención por vías alternativas, la desvinculación del paciente ante demoras prolongadas o el olvido de la cita. La reducción de la demora se ha asociado con disminuciones del absentismo de hasta el 2,7 % [47]. En este sentido, la reducción del absentismo podría contribuir a mejorar la gestión de la lista de espera, dada la estrecha interrelación entre ambos fenómenos [48].

El análisis del impacto del tipo de cita en las cifras de absentismo sugirió que las consultas posoperatorias tenían menor probabilidad de absentismo. Los resultados son concordantes con lo reportado en otras especialidades, donde el contexto quirúrgico y posoperatorio incrementa la

adherencia al seguimiento [49, 50]. Este hallazgo podría explicarse por una mayor percepción de gravedad o por una relación médico-paciente más estructurada durante el proceso quirúrgico. Además, estas consultas se programan con frecuencia en agendas específicas y dentro de un circuito asistencial más cerrado, lo que reduce el riesgo de olvido de la cita.

La estacionalidad se asoció con variaciones en las tasas de absentismo, con un aumento en primavera y verano. No obstante, la evidencia disponible muestra una variación estacional, pudiendo estar influida por la climatología, el calendario escolar y laboral y la organización de las agendas [51, 52].

Aunque los factores clínicos del paciente se han asociado con las tasas de absentismo, su papel en el ámbito de la ORL está poco explorado y, en conjunto, su impacto es limitado [10].

Esta revisión presenta varias limitaciones. En primer lugar, la mayoría de los estudios incluidos fueron observacionales y retrospectivos, basados en registros administrativos, lo que los hace susceptibles de sesgos de información. En segundo lugar, la heterogeneidad de los estudios no permitió realizar un metaanálisis y la estimación del tamaño del efecto. Además, algunos trabajos analizaron el absentismo por cita, mientras que otros lo hicieron por paciente, lo que pudo afectar las tasas de absentismo. Por último, el predominio de estudios realizados en Estados Unidos limita la extrapolación de los resultados, especialmente en lo relativo al sistema de aseguramiento y a las variables étnicas.

Los resultados obtenidos en esta revisión tendrían implicaciones directas para la organización de la atención. La identificación de pacientes con alto riesgo de absentismo permitiría implantar intervenciones dirigidas, como los recordatorios personalizados o estrategias de citación más flexibles. Desde la organización, los resultados respaldan la implementación de plataformas tecnológicas multicanal para el recordatorio, cancelación y confirmación de cita, lo que puede mejorar la

gestión de las agendas y reducir la infrautilización de los recursos.

Son necesarios estudios con diseño robusto y el desarrollo de modelos predictivos para estimar la probabilidad individual de absentismo y anticipar su comportamiento en función de la agenda del día o franja horaria. Esto permitiría una planificación más dinámica de la consulta, incluyendo estrategias de sobrecitación, y contribuiría a reducir el impacto económico y asistencial del absentismo. Asimismo, se requieren más estudios en el contexto europeo y en sistemas sanitarios públicos que permitan la generalización de los hallazgos. En conjunto, avanzar en esta línea de investigación resulta clave para mejorar la gestión de las agendas y la eficiencia del sistema.

CONCLUSIONES

El absentismo en las consultas externas de ORL es un fenómeno frecuente y multifactorial. La evidencia disponible sugiere que los factores socio-demográficos y organizativos son los que muestran asociaciones más consistentes con el absentismo, en comparación con los factores clínicos.

La menor edad, el bajo nivel socioeconómico y la demora prolongada en la obtención de la cita emergen como los determinantes más robustos. Entre los factores organizativos, la demora y la ausencia de sistemas de recordatorio destacan como factores potencialmente modificables por el sistema.

La reducción de los tiempos de espera, la optimización de agendas y la puesta en marcha de sistemas eficaces de cancelación y confirmación de citas, podrían asociarse con una reducción del absentismo. No obstante, la naturaleza observacional y la heterogeneidad de los estudios limitan la generalización de resultados.

Se necesitan estudios prospectivos y modelos predictivos que permitan estimar el riesgo individual de absentismo, para poder así desarrollar intervenciones adaptadas a cada contexto sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mesa MLJ, Asencio JMM, Ruiz FR. Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. *An Sist Sanit Navar*. 2015;38. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272015000200007>. PMID: 26486529.
2. Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F, Porras González MH. Analysis of economic cost of missed outpatient appointments. *Rev Calid Asist*. 2017;32(4):194-9. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.01.004>. PMID: 28476506.
3. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [citado 30 ago 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44373>.
4. Fonseca E, Vázquez P, Mata P, Pita S, Luisa Muiño M. Estudio de la inasistencia a las citaciones en consulta en un servicio de dermatología. *Piel*. 2001;16(10):485-9. [https://doi.org/10.1016/S0213-9251\(01\)72509-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9251(01)72509-9).
5. Negro Álvarez JM, Guerrero Fernández M, Campuzano López FJ, Bernal Fernández T, Pellicer F, Murcia Vivancos MC, et al. Incumplimiento a citas concertadas en pacientes de una consulta de alergología. *Alergol Inmunol Clin*. 2002;295-302.
6. Hernández-García I, Chaure-Pardos A, Moliner-Lahoz J, Prieto-Andrés P, Mareca-Doñate R, Giménez-Júlvez T, et al. Absentismo y factores asociados, en las citas programadas de una consulta externa de Medicina Preventiva. *J Healthc Qual Res*. 2018;33(2):82-7. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.12.006>. PMID: 29530605.
7. Zebolsky AL, Gallo N, Clarke T, May JA, Dedhia RD, et al. Risk factors for missed follow-up appointments among facial trauma patients. *Facial Plast Surg*. 2025;41(3):319-26. <https://doi.org/10.1055/a-2325-5425>. PMID: 38744423.
8. Baptista SCPD, Juliani CMC, Lima SGSE, Martin LB, Silva KAB, Cirne MR. Patient absenteeism in outpatient consultations: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20200380. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0380>. PMID: 34423800.
9. Alcolea Guerrero M, Gorgemans S. Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada en el Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusiones económicas y demoras. *Rev Adm Sanit Siglo XXI*. 2009;7(4):715-28.
10. Dantas LF, Fleck JL, Cyrino Oliveira FL, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling: a systematic literature review. *Health Policy*. 2018;122(4):412-21. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002>. PMID: 29482948.
11. Stanisce L, Ahmad N, Solomon DH, Kolia N, Garcia LD, Spalla TC, et al. Improving outpatient follow-up rates for new in-hospital consults. *Laryngoscope*. 2023;133(10):2540-5. <https://doi.org/10.1002/lary.30519>. PMID: 36511340.
12. Cui AZ, Goyal SS, Okigbo AA, Govani VN, Gillman GS, Sridharan SS, et al. Predictors of loss to follow-up after operative facial trauma. *Laryngoscope*. 25 dic 2025. <https://doi.org/10.1002/lary.70330>. PMID: 41449844.
13. Neal RD, Hussain-Gambles M, Allgar VL, Lawlor DA, Dempsey O. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Fam Pract*. 2005;6:47. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-47>. PMID: 16274481. PMCID: PMC1291364.
14. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>. PMID: 33781993. PMCID: PMC8005925.
15. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Adelaide: JBI; [citado 22 dic 2025]. Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>.
16. Adigwu Y, Osterbauer B, Hochstim C. Disparities in access to pediatric otolaryngology care during the COVID-19 pandemic. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2022;131(9):971-8. <https://doi.org/10.1177/0003681922111111>.

- doi.org/10.1177/00034894211048790. PMID: 34622688. PMCID: PMC8503931.
17. Adkins D, Rojas-Ramirez MV, Shanker A, Burruss CP, Mirsky B, Westgate P, et al. Factors associated with no-show rates in a pediatric audiology clinic. *Otol Neurotol.* 2023;44(9):e648-52. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000003997>. PMID: 37590879. PMCID: PMC10529984.
18. Agarwal P, Nathan AS, Jaleel Z, Levi JR. Factors contributing to missed appointments in a pediatric otolaryngology clinic. *Laryngoscope.* 2022;132(4):895-900. <https://doi.org/10.1002/lary.29841>. PMID: 34427327.
19. Ahmadi O, Maher W, White J. Non-attendance at an out-patient otolaryngology and head and neck clinic in New Zealand: impact of coronavirus disease 2019, and demographic, clinical and environmental factors. *J Laryngol Otol.* 2021;135(6):533-8. <https://doi.org/10.1017/S0022215121001092>. PMID: 33988101.
20. Fattahi CB, Purkayastha A, Roychowdhury P, Kamil SH, Sobin L. Impacts of health insurance on tympanostomy tube outcomes in the pediatric population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2023;173:111715. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2023.111715>. PMID: 37659379.
21. Fiorillo CE, Hughes AL, I-Chen C, Westgate PM, Gal TJ, Bush ML, et al. Factors associated with patient no-show rates in an academic otolaryngology practice. *Laryngoscope.* 2018;128(3):626-31. <https://doi.org/10.1002/lary.26816>. PMID: 28815608. PMCID: PMC5814324.
22. Huang Z, Ashraf M, Gordish-Dressman H, Mudd P. The financial impact of clinic no-show rates in an academic pediatric otolaryngology practice. *Am J Otolaryngol.* 2017;38(2):127-9. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2016.11.004>. PMID: 27913067.
23. Hunter BN, Cardon B, Oakley GM, Sharma A, Crosby DL. Factors associated with patient nonattendance in rhinology clinics. *Am J Rhinol Allergy.* 2019;33(3):317-22. <https://doi.org/10.1177/1945892419826247>. PMID: 30693801.
24. Husman T, Miraftab-Salo O, Ilan A, Brodie S, Paciorek A, Durr ML, et al. Predictors of no-show in a safety-net otolaryngology clinic: a repeated measures approach. *Laryngoscope.* 2025;135(9):3123-3133. <https://doi.org/10.1002/lary.32150>. PMID: 40135762. PMCID: PMC12371846.
25. Kasem AA, Althobaiti TS, Al-Jeaid DAS, Al-Osaimi SM. An analysis of causes behind missed scheduled appointments at outpatient ENT clinics. *Egypt J Otolaryngol.* 2015;31(1):1-3. <https://doi.org/10.4103/1012-5574.152701>.
26. Miller AJ, Chae E, Peterson E, Ko AB. Predictors of repeated «no-showing» to clinic appointments. *Am J Otolaryngol.* 2015;36(3):411-4. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2015.01.017>. PMID: 25672853.
27. Naimi B, Agarwal P, Ma H, Levi JR. Association between no-show rates and interpreter use in a pediatric otolaryngology clinic. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2023;172:111663. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2023.111663>. PMID: 37506576.
28. Sunkara Y, Ulualp SO, Robinson K, Lenés-Voit F, Liu CC, Mitchell RB. No-shows in a tertiary care pediatric otolaryngology clinic: predictors and impact on provider productivity. *Laryngoscope Investig Otolaryngol.* 2025;10(1):e70097. <https://doi.org/10.1002/lio2.70097>. PMID: 39925632. PMCID: PMC11806372.
29. Velu P, Wilson C, Kariveda RR, Weber PC, Levi JR. Factors associated with follow-up appointment attendance in adults with sensorineural hearing loss. *Otol Neurotol.* 2025;46(7):759-765. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000004530>. PMID: 40423686.
30. Wilson CA, Jamil TL, Velu PS, Levi JR. Patient factors associated with missed otolaryngology appointments at an urban safety-net hospital. *Laryngoscope.* 2024;134(9):4003-10. <https://doi.org/10.1002/lary.31401>. PMID: 38602281.
31. Yuhan BT, Yasuda MA, Joshi R, Charous S, Hurtuk A. No-show rates in an academic otolaryngology practice before and during the COVID-19 pandemic. *Cureus.* 2024;16(2):e54015. <https://doi.org/10.7759/cureus.54015>. PMID: 38476808. PMCID: PMC10929764.
32. Zirkle MS, McNelles LR. Nonattendance at a hospital-based otolaryngology clinic: a preliminary

- analysis within a universal healthcare system. *Ear Nose Throat J.* 2011;90(8):E32-34. <https://doi.org/10.1177/014556131109000822>. PMID: 21229509.
33. Bahammam FA, Tolley N, Kuchai R, Benjamin E, Rollin M. Analyzing factors and reasons behind nonattendance of ENT patients: clinical audit. *Ear Nose Throat J.* 2024;1455613241283798. <https://doi.org/10.1177/01455613241283798>. PMID: 39374084.
34. Comer BT, Harris LE, Fiorillo CE, Gal TJ, Hughes A. No-show rates in employed otolaryngology practice. *Ear Nose Throat J.* 2019;145561319893157. <https://doi.org/10.1177/0145561319893157>. PMID: 31838919.
35. Slattery FJ, Farrell E, Lacy PD. The effect of the 2021 Irish cyber-attack on otolaryngology outpatient non-attendance at a Model 4 hospital in the post-COVID era. *Cureus.* 2022;14(7):e26944. <https://doi.org/10.7759/cureus.26944>. PMID: 35989756. PMCID: PMC9380845.
36. Martin C, Perfect T, Mantle G. Non-attendance in primary care: the views of patients and practices on its causes, impact and solutions. *Fam Pract.* 2005;22(6):638-43. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi076>. PMID: 16055472.
37. Collin H, Cockburn R, Hou X, Toolis S, Winslade E, Dickson K, et al. Determinants of nonattendance in a urology outpatient clinic: a 5-year retrospective study in a tertiary metropolitan hospital. *ANZ J Surg.* 2025;95(10):2197-204. <https://doi.org/10.1111/ans.70280>. PMID: 40810463. PMCID: PMC12571951.
38. Kheirkhah P, Feng Q, Travis LM, Tavakoli-Tabasi S, Sharafkhaneh A. Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:13. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1243-z>. PMID: 26769153. PMCID: PMC4714455.
39. Al Sawafi F, Al Musalhi MM, Al Sheheimi KM, Al Falahi AS, Al Sudairi SA. Exploring the causes of missed appointments at Ibra Hospital in the Sultanate of Oman: a cross-sectional study. *Cureus.* 2025;17(11):e96541. <https://doi.org/10.7759/cureus.96541>.
40. Briatore A, Tarsetti EV, Latorre A, Gonzalez Bernaldo de Quirós F, Luna D, Fuentes NA, et al. Causes of appointment attendance, nonattendance, and cancellation in outpatient consultations at a university hospital. *Int J Health Plann Manage.* 2020;35(1):207-20. <https://doi.org/10.1002/hpm.2890>. PMID: 31448466.
41. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anu Investig.* 2007;14.
42. Goldstein S, Buuck K, Thompson H, Yu R, Small N, des Bordes J, et al. Patient portal access and missed medical appointments: a case-control study. *J Patient Exp.* 2026;13:23743735261415666. <https://doi.org/10.1177/23743735261415666>. PMID: 41567373. PMCID: PMC12816551.
43. Kaplan-Lewis E, Percac-Lima S. No-show to primary care appointments: why patients do not come. *J Prim Care Community Health.* 2013;4(4):251-5. <https://doi.org/10.1177/2150131913498513>. PMID: 24327664.
44. Pereira-Victorio CJ, Vázquez-Molinero A, Lizán-García M, Gómez-Guardiola JL, González López-Valcárcel B. Absentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España. *Med Gen Fam.* 2016;5(3):83-90. <https://doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.02.002>.
45. Lehmann TNO, Aebi A, Lehmann D, Balandraux Olivet M, Stalder H. Missed appointments at a Swiss university outpatient clinic. *Public Health.* 2007;121(10):790-9. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2007.01.007>. PMID: 17555782.
46. Shaw T, Metras J, Ting ZAL, Courtney E, Li ST, Ngeow J. Impact of appointment waiting time on attendance rates at a clinical cancer genetics service. *J Genet Couns.* 2018;27(6):1473-81. <https://doi.org/10.1007/s10897-018-0259-z>. PMID: 29799102.
47. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):295. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2219-y>. PMID: 28427444. PMCID: PMC5397774.
48. Dialnet Métricas. Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación.

- imación a su análisis [Internet]. [citado 31 ago 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/7874012>.
49. Tejwani NC, Takemoto RC, Nayak G, Pahk B, Egol KA. Who is lost to follow-up?: a study of patients with distal radius fractures. *Clin Orthop Relat Res.* 2010;468(2):599-604. <https://doi.org/10.1007/s11999-009-0968-6>. PMID: 19582523. PMCID: PMC2806989.
50. Moustafa GA, Borkar DS, Eton EA, Koulisis N, Kloeck CE. Healthcare disparities contribute to missed follow-up visits after cataract surgery in the USA: results from the perioperative care for intraocular lens study. *BMJ Open.* 2021;11(3):e038565. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038565>. PMID: 33737416. PMCID: PMC77978071.
51. Ojalvo I, Mehran N, Sharpe J, Zhang Q, Myers JS, Razeghinejad R, et al. Weather patterns, patient, and appointment characteristics associated with cancellations and no-shows in a glaucoma clinic. *Ophthalmic Epidemiol.* 2025;32(5):543-52. <https://doi.org/10.1080/09286586.2024.2442367>. PMID: 39693515.
52. Norris JB, Kumar C, Chand S, Moskowitz H, Shade SA, Willis DR. An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics. *Decis Support Syst.* 2014;57:428-43. <https://doi.org/10.1016/j.dss.2012.10.048>.

FACTORES ASOCIADOS AL ABSENTISMO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA A PARTIR DE
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

LÓPEZ-LLAMES A, ALMODÓVAR-ÍÑESTA A, GARCÍA-ROMÁN V ET AL.

ANEXO 1

Tabla 2. Evaluación de la calidad metodológica y de riesgo de sesgo mediante las herramientas del Joanna Briggs Institute (JBI)

Autor/año	Tipo de estudio	Checklist JBI (n items)	Sí (n)	No (n)	No claro (n)	No aplica (n)	Sí (%)	Calidad	Riesgo de sesgo
Adigwu 2022 (17)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	7	1	0	0	87,5 %	Alta	Bajo
Adkins 2023 (18)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	8	0	0	0	100 %	Alta	Bajo
Agarwal 2021 (19)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	8	0	0	0	100 %	Alta	Bajo
Ahmadi 2021 (20)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	8	0	0	0	100 %	Alta	Bajo
Bahammam2024 (34)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	6	1	1	0	75 %	Moderada	Intermedio
Comer 2019 (35)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	6	1	1	0	75 %	Moderada	Intermedio
Fattahi 2023 (21)	Cohorte (retrospectiva)	JBI <i>Cohort</i> (11)	10	0	0	1	90,9 %	Alta	Bajo
Fiorillo 2017 (22)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	8	0	0	0	100 %	Alta	Bajo
Huang 2016 (23)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	7	0	1	0	87,5 %	Alta	Bajo
Hunter 2019 (24)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	7	0	1	0	87,5 %	Alta	Bajo
Husman 2025 (25)	Cohorte (retrospectiva)	JBI <i>Cohort</i> (11)	10	0	0	1	90,9 %	Alta	Bajo
Kasem 2015 (26)	Serie de casos (prospectiva)	JBI <i>Case Series</i> (10)	9	0	1	0	90,0 %	Alta	Bajo
Miller 2015 (27)	Casos y controles	JBI <i>Case Control</i> (10)	10	0	0	0	100 %	Alta	Bajo
Naimi 2023 (28)	Cohorte (retrospectiva)	JBI <i>Cohort</i> (11)	10	0	0	1	90,9 %	Alta	Bajo
Slattery 2022 (36)	cuasi- experimental (antes-después)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	6	1	1	0	75 %	Moderada	Intermedio
Sunkara 2025 (29)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	8	0	0	0	100 %	Alta	Bajo
Velu 2025 (30)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	8	0	0	0	100 %	Alta	Bajo
Wilson 2024 (31)	Casos y controles	JBI <i>Case Control</i> (10)	9	0	1	0	90,0 %	Alta	Bajo
Yuhan 2024 (32)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	8	0	0	0	100 %	Alta	Bajo
Zirkle 2011 (33)	Transversal (retrospectivo)	JBI <i>Cross-Sectional</i> (8)	8	0	0	0	100 %	Alta	Bajo

Nota. El porcentaje de cumplimiento se calculó como el número de ítems cumplidos respecto al total aplicable. Se consideró calidad alta ≥80 %, moderada 60–79 % y baja <60 %. El riesgo de sesgo se clasificó de forma cualitativa como bajo, intermedio o alto en función del grado de cumplimiento de los criterios.

ANEXO 2

Tabla 3. Características metodológicas de los artículos, ámbito y país de realización

Autor/año	Tipo de estudio	Entorno asistencial	Cobertura sanitaria	País
Adigwu 2022 (17)	Estudio transversal (encuesta telefónica)	Clínica ambulatoria de ORL pediátrica	Pública	Estados Unidos
Adkins 2023 (18)	Revisión retrospectiva	Clínica de audiología pediátrica universitaria	Pública y privada	Estados Unidos
Agarwal 2021 (19)	Cohorte retrospectiva	Clínica de ORL pediátrica en centro universitario (BMC)	Pública y privada	Estados Unidos
Ahmadi 2021 (20)	Revisión retrospectiva	Clínica ambulatoria de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello (Waikato Hospital)	Pública	Nueva Zelanda
Bahammam2024 (34)	Cohorte bidireccional	Imperial College Healthcare NHS	Pública	Reino Unido
Comer 2019 (35)	Revisión retrospectiva	Hospital regional no universitario	Pública y privada	Estados Unidos
Fattahi 2023 (21)	Revisión retrospectiva	Centro médico universitario	Pública y privada	Estados Unidos
Fiorillo 2017 (22)	Revisión retrospectiva	Departamento de ORL académico terciario (University of Kentucky Clinics)	Pública y privada	Estados Unidos
Huang 2016 (23)	Revisión retrospectiva	Práctica universitaria de ORL pediátrica (hospital infantil y clínicas ambulatorias afiliadas)	Pública y privada	Estados Unidos
Hunter 2019 (24)	Revisión retrospectiva	Dos centros universitarios de rinología	Pública y privada	Estados Unidos
Husman 2025 (25)	Cohorte retrospectiva	Clínica ambulatoria de ORL (BMC)	Pública y privada	Estados Unidos
Kasem 2015 (26)	Serie descriptiva prospectiva	Clínicas ambulatorias de ORL en hospitales de las Fuerzas Armadas (Alhada)	Pública	Arabia Saudi
Miller 2015 (27)	Estudio de casos y controles	Clínica de ORL universitaria	Pública y privada	Estados Unidos
Naimi 2023 (28)	Cohorte retrospectiva	Clínica de ORL pediátrica (BMC)	Pública y privada	Estados Unidos
Slattery 2022 (36)	Revisión retrospectiva	Hospital terciario	Pública	Irlanda
Sunkara 2025 (29)	Revisión retrospectiva	Clínica de ORL pediátrica en un centro universitario	Pública y privada	Estados Unidos
Velu 2025 (30)	Revisión retrospectiva	Clínica de ORL en un hospital de red de seguridad de atención terciaria (BMC)	Pública y privada	Estados Unidos
Wilson 2024 (31)	Estudio de casos y controles	Clínica de ORL (BMC)	Pública y privada	Estados Unidos
Yuhan 2024 (32)	Revisión retrospectiva	Consultas externas de ORL en hospital universitario y clínicas satélite	Privada	Estados Unidos
Zirkle 2011 (33)	Revisión retrospectiva	Clínica universitaria de ORL	Pública	Canadá

Nota. ORL: Otorrinolaringología; BMC: *Boston Medical Center*; NHS: *National Health Service* (sistema sanitario público del Reino Unido).

ANEXO 3

Tabla 4. Estudios incluidos y factores asociados al absentismo en consultas ambulatorias de otorrinolaringología

Autor	Unidad analítica (citas o pacientes)	Paciente	Absentismo (%)	Factores asociados
Adigwu 2022 (17)	532 pacientes	Pediátrico	NR	Raza/etnia (hispana), residencia en áreas de bajo nivel socioeconómico, primeras consultas
Adkins 2023 (18)	7.782 citas	Pediátrico	24,3 %	Edad menor, raza/etnia (afroamericana), seguro público; menor absentismo en primavera
Agarwal 2021 (19)	2.060 citas	Pediátrico	36,8 %	Trastornos psiquiátricos, mayor demora, citas en horario de tarde
Ahmadi 2021 (20)	1.963 citas	Mixto	9,9 %	Edad menor, sexo femenino, raza/etnia (maorí)
Bahammam2024 (34)	104 pacientes	Adulto	NR	Barreras logísticas (transporte), compromisos laborales, dificultades familiares*
Comer 2019 (35)	5.817 citas	Mixto	8,3 %	Seguro público; menor absentismo en consultas sucesivas en pacientes con seguro privado
Fattahi 2023 (21)	560 pacientes	Pediátrico	32,0 %	Seguro público, bajo nivel socioeconómico
Fiorillo 2017 (22)	22.759 citas	Mixto	20,0 %	Edad menor, atención en consultas ambulatorias, primeras consultas
Huang 2016 (23)	17.579 citas	Pediátrico	15,0 %	Sexo masculino, bajo nivel socioeconómico, citas en horario de mañana, primeras consultas, seguro público
Hunter 2019 (24)	2.791 citas	Adulto	8,0 %	Edad ≤50 años, seguro público
Husman 2025 (25)	2.339 pacientes	Adulto	18,8 %	Bajo nivel socioeconómico, portal del paciente inactivo, mayor demora.
Kasem 2015 (26)	1.275 citas	Mixto	40,7 %	Edad joven (10–20 años), citas en horario de tarde; motivos autorreferidos: transporte, olvido y compromisos laborales*
Miller 2015 (27)	105 pacientes	Adulto	NR	Edad menor, raza/etnia (afroamericana), bajo nivel socioeconómico
Naimi 2023 (28)	1.270 pacientes	Pediátrico	33,0 %	Idioma distinto al inglés o español, ausencia de intérprete
Slattery 2022 (36)	2.061 citas	Mixto	13,0 %	Interrupción de sistemas de recordatorios (mensaje de texto)
Sunkara 2025 (29)	24.593 citas	Pediátrico	18,8 %	Raza/etnia (afroamericana), seguro público, mayor demora
Velu 2025 (30)	5.632 pacientes	Adulto	16,3 %	Seguro público, barreras lingüísticas
Wilson 2024 (31)	2.978 pacientes	Adulto	33,0 %	Bajo nivel educativo, discapacidad, desempleo, raza/etnia (afroamericana), residencia cercana al hospital
Yuhan 2024 (32)	121.347 citas	Mixto	18,0 %	Edad menor, sexo femenino, citas en horario de tarde, autoprogramación de citas online
Zirkle 2011 (33)	1.512 citas	Adulto	24,0 %	Edad menor, sexo masculino, atención por médicos a tiempo parcial

Nota. NR: no reportado. Los factores incluidos corresponden preferentemente a asociaciones identificadas mediante análisis estadísticos en los estudios originales. Cuando los estudios reportaron motivos de inasistencia, estos se indican de forma descriptiva (*). Pediátrico: <18 años; adulto: ≥18 años; mixto: ambas poblaciones. El término «seguro público» incluye Medicaid, Medicare y programas equivalentes.

FACTORES ASOCIADOS AL ABSENTISMO EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA A PARTIR DE
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

LÓPEZ-LLAMES A, ALMODÓVAR-ÍÑESTA A, GARCÍA-ROMÁN V ET AL.

ANEXO 4

Tabla 5. Factores asociados a mayor y menor absentismo en consultas ambulatorias de Otorrinolaringología

Factor	Mayor absentismo	Menor absentismo	Nº estudios
Edad	Edad más joven	Edad avanzada (en contextos específicos)	8
Sexo	Resultados heterogéneos		6
Tipo de aseguramiento	Seguro público	Pago por cuenta propia	7
Estatus socioeconómico	Bajo nivel socioeconómico; bajo nivel educativo, vivienda inestable	Mayores ingresos, mayor nivel educativo	11
Estatus laboral	Desempleo, discapacidad, jubilación, condición de estudiante	Empleo activo	4
Distancia / Residencia	Mayor distancia al hospital, residencia en zonas rurales	Entorno urbano, residencia cercana	4
Ubicación del centro	Clínicas ambulatorias, zonas rurales o de bajo nivel socioeconómico	Hospital principal	5
Raza / Etnia	Raza/etnia (afroamericana, hispana/latina, maori)	Población asiática	7
Demora	Demoras prolongadas	Citas en el mismo día o con demora <7 días	4
Factores del sistema	Portal del paciente inactivo, autoprogramación <i>online</i> , ausencia de sistema de recordatorio	Clínicas especializadas, confirmación previa	5
Idioma / Intérprete	Barreras lingüísticas, ausencia de intérprete	Hispanohablantes, uso de servicios de interpretación	5
Tipo de cita	Primeras consultas	Consultas sucesivas	5
Turno	Turno de tarde (población general); turno de mañana (población pediátrica)		4
Temporada del año	Resultados heterogéneos según contexto		4
Subespecialidad / Patología	ORL pediátrica, rinología, vía aérea, sialorrea, otología (resultados inconsistentes)	Oncología de cabeza y cuello, otología, cirugía plástica facial	5
Historial médico	Trastornos psiquiátricos, comorbilidad relevante	Mayor complejidad médica	3

Nota. El número de estudios corresponde a los artículos en la literatura que identificaron la asociación correspondiente; ORL: Otorrinolaringología.