CARTA AL DIRECTOR

¿Qué indicadores utilizar en la valoración de la calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria?

What indicators should be utilized in assesing the quality of care in Major Ambulatory Surgery?

Abraham Reyes Pérez[1] Javier Cruz Rodríguez[2]

[1] Hospital Militar Comandante Manuel Fajardo Rivero, Santa Clara, Villa Clara, Cuba, CP: 50100
[2] Hospital Arnaldo Milián Castro, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

Cómo citar este artículo:
Reyes-Pérez A, Cruz-Rodríguez J. ¿Qué indicadores utilizar en la valoración de la calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria?. **Medisur** [revista en Internet]. 2016 [citado 2026 Oct 30]; 14(6):[aprox. 2 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3403

Aprobado: 2016-09-28 14:38:25

Correspondencia: Abraham Reyes Pérez. Hospital Militar Comandante Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara. Villa Clara abrahamrp@infomed.sld.cu

Sr. Director:

Hablar hoy en día de la importancia de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) es prácticamente innecesario. Esta modalidad quirúrgica se ha desarrollado aceleradamente a nivel internacional en los últimos años, y se asegura que a nivel mundial puede representar el 80 % de la cirugía mayor electiva.[1] A este tema se le presta cada vez mayor atención y existen múltiples indicadores para su evaluación. Aunque la mayoría de los autores coincide en la utilización de un grupo de indicadores, existen otros que no son uniformemente empleados. Entonces es preciso preguntarnos ¿Qué indicadores se deben emplear para evaluar calidad en esta modalidad asistencial? ¿Debemos utilizarlos todos?

Según Verde,[2] de todos los indicadores mencionados en la Asamblea General de la Asociación Internacional de Cirugía Ambulatoria (Boston, 2003), se seleccionaron como los más importantes, la suspensión de procedimientos, la no comparecencia del paciente, la cancelación de la intervención, la reintervención no planificada el mismo día, la pernocta no planificada, la consulta urgente y los reingresos. Esto se evaluaría respectivamente mediante los indicadores: tasa de cancelación o suspensión quirúrgica, tasa de reintervenciones, tasa de ingresos no previstos el propio día de la intervención, tasa de consultas urgentes por complicaciones y la tasa de reingresos. Según Capitán,[3] esta asociación definió tres años más tarde seis indicadores clínicos básicos, entre los que se encontró el estudio de la satisfacción. Este mismo autor también hace mención a otros indicadores frecuentes, como el índice de ambulatorización y el índice de sustitución.

Algunos indicadores inicialmente propuestos para valorar la calidad asistencial en las unidades de CMA, han demostrado tener poca rentabilidad para evaluar la práctica diaria y consumir mucho tiempo y recursos en su medición y valoración, en especial aquellos que se refieren a prácticas rutinarias inherentes a la actividad quirúrgica habitual y también los de probada excepcionalidad en CMA. Entre estos indicadores, hoy poco utilizados en CMA, se encuentran: tasa de mortalidad, tasa de morbilidad mayor, tasa de infecciones, tasa de consentimientos informados correctos, porcentaje de informes de alta en historia clínica y porcentaje de informes de continuidad de cuidados en historia clínica.[3]

Martínez[4] menciona otros indicadores utilizados, como: estancia media hospitalaria, índice de complejidad, control de la llamada telefónica del día siguiente, visitas en Urgencias, evaluación del dolor posoperatorio, porcentajes de morbilidad mayor y menor, infección de herida, número de reclamaciones y coste por procesos. Aunque este autor no empleó en su estudio el grado de satisfacción del paciente como indicador de calidad, se pronunció a su favor, ya que ofrece la posibilidad de conocer la calidad percibida y contribuir a la introducción de mejoras en todo el proceso asistencial.

Sobre la satisfacción, es importante hacer mención de sus dimensiones. Según Mira, citando el estudio de Hall y Dornan, las que con mayor frecuencia se evaluaban eran: humanidad en la asistencia (65 %), información (50 %), competencia (43 %), administración (28 %), accesibilidad (27 %), costes (18 %), facilidades (16 %), resultados (6 %), continuidad de los cuidados (4 %) y atención a los problemas psicosociales (3 %). Las dimensiones son: accesibilidad, comodidad, capacidad de respuesta, competencia de los profesionales, cortesía en el trato, información, continuidad de los cuidados y resultado de la intervención sanitaria, por lo que cabe suponer que estos son los aspectos que más intervienen en la satisfacción del paciente.[5]

En nuestra opinión, los indicadores que deben emplearse rutinariamente son: índice de sustitución, tasa de cancelación quirúrgica, tasa de ingresos, tasa de reingresos, tasa de complicaciones y satisfacción. Sin embargo, no creemos prudente descartar los otros ya mencionados, cuya elección frecuente u ocasional dependerá de las necesidades, particularidades e intereses de las unidades de CMA La calidad en CMA debe ser una actividad sistemática, que asuma este proceso asistencial con una visión de futuro, en el que debe involucrarse a todo el personal a través del trabajo en equipo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gironés A, Matute E, González C, Serradilla L, Molinero T, Mariné M. Resultados globales en un hospital privado sobre su modelo de gestión quirúrgica. Cir May Amb. 2013 ; 1 (2): 61-8.

2. Verde L, López-Pardo E. Índices de calidad en cirugía ambulatoria. Cir May Amb. 2013 ; 18 (3):

14-6.

3. Capitán Valvey JM. Indicadores de calidad actuales en Cirugía Mayor Ambulatoria. Revista Médica de Jaén [revista en Internet]. 2015 [cited 24 Ago 2016] [aprox. 10p]. Available from: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1427887213.pdf.

4. Martínez Ródenas F, Codina Grifell J, Deulofeu Quintana P, Garrido Corchón J, Blasco Casares F, Gibanel Garanto X, et al. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (2010-2012). Revista de Calidad Asistencial. 2014 ; 29 (3): 172-179.

5. Mira JJ. Satisfecho, sí gracias... Pero ahora qué..... Rev Calidad Asistencial. 2003 ; 18 (7): 567-9.