

Encuesta de calidad percibida en cirugía mayor ambulatoria. Análisis de resultados

E. Quirós, J. L. Porrero, C. Sánchez-Cabezudo, M. T. Alonso, M. J. Castillo y P. Garaulet

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Quirós E, Porrero JL, Sánchez-Cabezudo C, Alonso MT, Castillo MJ, Garaulet P. Encuesta de calidad percibida en cirugía mayor ambulatoria. Análisis de resultados. *Cir May Amb* 2008; 12: 27-30.

RESUMEN

Introducción: La implantación de unidades de cirugía mayor ambulatoria tiene como objetivo la mejora de la eficiencia y calidad de los hospitales. Se puede distinguir entre calidad objetiva y subjetiva, relacionada esta con aspectos como la satisfacción del paciente o términos de calidad de vida.

Material y métodos: Entre mayo-septiembre de 2005 se recogieron 113 encuestas, que fueron entregadas previamente al alta a pacientes intervenidos en el servicio de cirugía general y digestiva en régimen de cirugía mayor ambulatoria. La encuesta se componía de 27 ítems (encuesta validada por la comunidad valenciana y específica para cirugía ambulatoria).

Resultados: Se obtuvo una positiva valoración global; el 91% reconocía buena información médica previa a la cirugía, y el 99% había recibido buena información finalizado el proceso. Un 74% refería que el resultado de la intervención había sido mejor de lo esperado. Un 53% valoraba el trato recibido como mucho mejor de lo esperado y un 27,4% como mejor.

Discusión: En los estudios publicados más de un 70% de los pacientes de cirugía ambulatoria valoran positivamente la calidad del tratamiento quirúrgico. Importantes cuestiones para el paciente son la continuidad en la atención posterior al tratamiento y la información sobre dicho seguimiento. Se encuentran áreas de mejora en lo referente al contacto familiar-paciente en la readaptación, información en la recuperación y confortabilidad.

Palabras clave: Calidad percibida. Cirugía mayor ambulatoria. Satisfacción.

Recibido: diciembre de 2006.

Aceptado: septiembre de 2007.

Correspondencia: Esther Quirós Higuera. C/ Santa Brígida, 31, 3º D. 28004 Madrid. e-mail: estherquirosh@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: The implantation of the ambulatory surgery units persecutes the improvement of the efficiency and quality of the hospitals. It is possible to be distinguished between subjective and objective quality, related this one to aspects like the satisfaction of the patient or terms of quality of life.

Material and methods: Between May-September 2005, 113 surveys took shelter that were given previously to the discharge to patients in the service of general and digestive surgery.

Results: A positive global valuation was obtained; 91% recognized good medical information previous the surgery, and 99% had received adapted information finalized the process. A 74% referred that the result of the intervention had been better than the awaited thing.

Discussion: In the published studies more of a 70% of the ambulatory surgery patients valued positively the quality of the surgical treatment. Important questions for the patient are the continuity in the attention subsequent to the treatment and the information on this pursuit. Areas of improvement were found respect to the contact relative-patient in the readjustment area, information in the recovery and comfortableness.

Key words: Perceived quality. Ambulatory surgery. Satisfaction.

INTRODUCCIÓN

Iniciada en Europa, fue en EE.UU. donde la cirugía mayor ambulatoria (CMA) alcanzó posteriormente su máxima implantación y desarrollo. En 1993 el Ministerio de Sanidad y Consumo publica la *Guía de Organización y Funcionamiento* de la CMA. En 1994 el INSALUD declara la CMA objetivo prioritario (1,2).

Las ventajas que han impulsado este crecimiento residen en la naturaleza misma de la CMA, entendida como actividad que aumenta la calidad asistencial, la satisfacción del paciente y el rendimiento de los recursos. Dichas unidades, por tanto, mejoran la eficiencia y calidad de los hospitales, sentándose de este modo sus bases y objetivos.

Al hablar de calidad asistencial debe distinguirse una calidad objetiva, referida a la calidad terapéutica, y en segundo lugar una calidad subjetiva, determinada por factores como la utilidad que otorga el paciente al resultado de la intervención médica (por ejemplo, referido a la calidad de vida) o la satisfacción con la accesibilidad, trato, confort, etc., siendo por tanto la mejora de dichos aspectos una condición indispensable para el funcionamiento de unidades de CMA.

Se han propuesto varios modelos o diseños de control de calidad definiéndose indicadores como tasas o porcentajes referidos a calidad objetiva (Fig. 1. y Tabla I) (3,4). Tratándose de una actividad asistencial, cobra además especial interés en su evaluación la calidad percibida o satisfacción del paciente; en la literatura se ha señalado que los aspectos más valorados por los pacientes son el resultado del tratamiento, la información, las atenciones de enfermería y el trato.

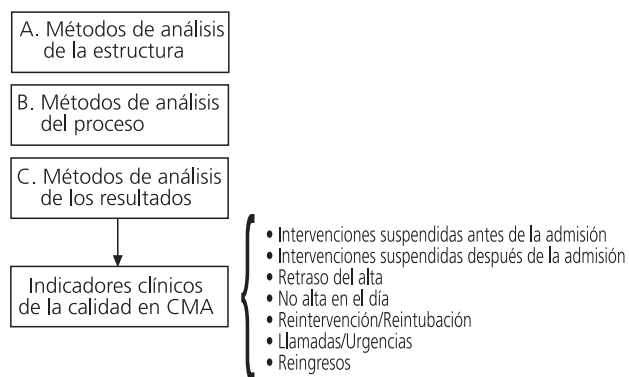


Fig. 1. Modelos de control de calidad en las unidades de CMA.

TABLA I

EJEMPLO DE PARÁMETROS DE CONTROL DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CMA

- Cancelación del día de la cirugía
- Reintervención inmediata
- Reintervención en las primeras 24 horas
- Retraso del alta

(National Day Surgery Committee 1993).

En CMA hay además dos “buenas prácticas” consensuadas: que el paciente reciba consentimiento informado previo a la intervención y asegurar la accesibilidad de la unidad quirúrgica tras el alta para continuar los cuidados (3,4).

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es obtener una valoración objetiva y cuantificable de la satisfacción de nuestros pacientes, proponiendo para ello cuestiones concretas que nos permitan hacer cuantificable la calidad

percibida, así como detectar aquellas situaciones susceptibles de mejora.

En resumen, estamos intentando conocer cómo vive el paciente el proceso asistencial, con la intención de mejorar aquellos aspectos que puedan hacer dicho proceso más satisfactorio y aumentar la confianza del paciente en los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo a partir de datos recogidos durante el periodo comprendido entre mayo-septiembre de 2005.

Dichos datos se obtuvieron mediante encuestas entregadas a todos los pacientes intervenidos en el servicio de cirugía general y de aparato digestivo en régimen de CMA.

La encuesta se compone de 27 ítems; se trata de una encuesta validada por la comunidad valenciana y es específica para CMA.

Fueron entregadas a los pacientes previamente al alta, junto con explicaciones oportunas para la correcta comprensión de las mismas. Se hizo hincapié en el carácter anónimo de la misma, habituándose a dicho fin dos buzones de recogida en áreas separadas del hospital sin relación con el área quirúrgica o la consulta, intentando con ello conseguir la máxima confidencialidad posible.

Para obtener datos que permitieran analizar de modo objetivo la calidad percibida por el paciente y su grado de satisfacción, se trata de preguntas sencillas, directas y de fácil comprensión, referidas a la información recibida por el paciente, valoración de la profesionalidad, trato e instalaciones, accesibilidad del sistema en caso necesario tras la intervención y satisfacción global.

El análisis de dichos datos ha permitido conocer la valoración de nuestra actividad por parte de nuestros pacientes (de forma directa y en relación con otros sistemas) y plantear áreas de mejora.

RESULTADOS

De un total de 175 pacientes encuestados respondieron 113 (64,5%), que fueron objeto de análisis.

En cuanto a la clasificación por sexo y edad, el 77% fueron hombres y, clasificados los pacientes por décadas, tres grupos fueron prioritarios: entre 21-30 años (20,5%), entre 31-40 años (19,6%) y entre 51-60 años (22,3%).

Para definir mejor nuestra población, consultamos sobre el nivel de estudios, con el fin de conocer la formación de la misma. Encontramos que sólo un 0,9% no tiene estudios, obteniendo un 34,5% de pacientes con estudios primarios, un 33,6% con estudios secundarios y un 24,8% de pacientes universitarios. Este aspecto nos pareció importante, definiendo nuestra población como bien formada con la implicación cultural y social que

conlleva (a la hora de comprender y valorar correctamente nuestras preguntas y en el grado de demanda por parte del paciente de ciertas cuestiones relacionadas más con aspectos sociales).

En cuanto a la información obtenida por el paciente previamente a la cirugía, ante la pregunta sobre el nombre del cirujano/a, un 65% refirió conocerlo. En cuanto al personal de enfermería un 76% de los pacientes dijo conocer el nombre de su enfermera.

En lo referente a la información sobre la propia intervención, un 91% de los pacientes consideró la información adecuada y clara; un 9% pensaba que no había sido suficiente.

Al consultar sobre el aspecto de las instalaciones, un 44% las valoró como “mucho mejor” de lo esperado, un 35% como “mejor” y un 17% como “adecuada”. Sólo un 2% lo valoró como “peor” (Fig. 2).

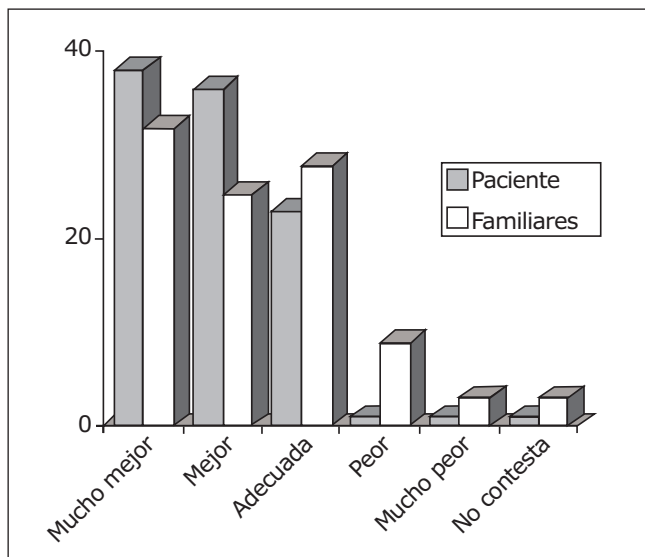


Fig. 2. Información proporcionada por los cirujanos respecto a lo esperado.

Al preguntar por la amabilidad en el trato, un 59% la valoró como “mucho mejor”, un 27% “mejor” y un 13% “adecuada” respecto a lo esperado.

Sobre las atenciones del personal de enfermería se obtuvo una valoración “mucho mejor” en un 56%, “mejor” un 25% y “adecuada” un 17%.

La competencia profesional fue valorada como “mucho mejor” de lo esperado en un 44%, “mejor” en un 27% y “adecuada” en un 26%. Un 1% la valoró como “peor”.

A la pregunta: ¿ha tenido el suficiente apoyo del personal sanitario para realizar los cuidados en casa después de la intervención? Un 27,4% contestó “mucho mejor” de lo esperado, un 31,9% “mejor”, un 32% “adecuado”, un 1,8% “peor”, y un 1,8% “mucho peor”. Un 99% de los pacientes refirieron haber sido correctamente informados de cuándo y dónde debían acudir para revisión por su médico; asimismo un 99% refirió tener suficiente información de lo que debía hacer en casa después de la intervención (Fig. 3).

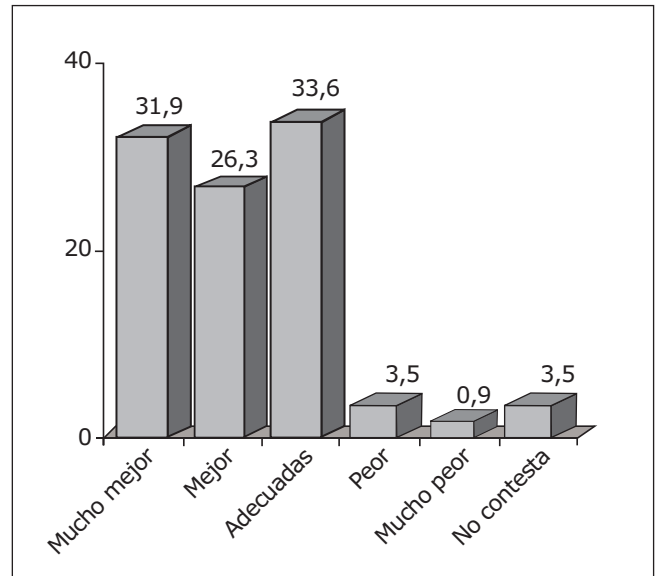


Fig. 3. Facilidades para acceder al personal de CMA tras el alta.

Un 45% de los pacientes calificó las atenciones globales como “muy satisfactorias”, un 42% como “satisfactorias”, un 12% “adecuadas”. Ninguno las consideró “poco/nada satisfactorias”.

El resultado de la intervención realizada fue calificado como “mucho mejor” por un 27,4%, como “mejor” por un 46,9%, como “adecuado” por un 22% y como “peor” por un 0,1%.

DISCUSIÓN

Satisfacción y calidad percibida están íntimamente relacionadas; la satisfacción es una valoración global que depende de las preferencias del paciente y de la cobertura de sus necesidades. La calidad percibida se refiere sin embargo a aspectos más concretos de la atención (rapidez, seguridad, información) y responde a las expectativas del paciente.

Cada vez son más frecuentes los estudios sobre estos aspectos subjetivos; en estos más de un 70% de los pacientes valoran positivamente la calidad del tratamiento quirúrgico recibido (5-7).

La CMA suele estar mejor valorada que la cirugía con ingreso cuando se compara información, trato y atenciones de enfermería (8).

Dos de las cuestiones que más preocupan a los pacientes suelen ser la continuidad en la atención posterior al tratamiento quirúrgico y la demanda de información sobre cómo se va a realizar dicho seguimiento.

La valoración de nuestros pacientes en este aspecto ha sido altamente positiva, a lo que contribuye la tranquilidad que ofrece al paciente un fácil acceso al sistema tras el alta; con esta finalidad los pacientes disponen de un número telefónico que se les proporciona al alta a través

del cual pueden contactar con el cirujano de guardia ante cualquier incidencia las 24 horas del día. Contribuye igualmente a esta valoración la llamada telefónica del primer día postoperatorio que realiza el equipo de enfermería y cuyo objetivo es igualmente confirmar una evolución postoperatoria correcta. Asimismo todos los pacientes intervenidos son revisados en consultas externas por el cirujano, tanto mediante cita establecida al alta como a petición del paciente.

Al comparar nuestro estudio con otros similares, observamos porcentajes de satisfacción globales similares, observando pequeñas diferencias en cuestiones concretas (por ejemplo, el porcentaje de pacientes que refiere adecuada información al alta es algo superior al obtenido en otros estudios y obtenemos porcentajes positivos algo menores en relación al conocimiento del nombre del cirujano/a) (9-11).

Existen sin embargo en este tipo de estudios claras limitaciones que nos hacen ser prudentes al analizar los resultados; una valoración positiva, por ejemplo, del resultado de la intervención no es una medida real de la efectividad terapéutica. El hecho de que nuestros resultados se sumen y sean similares a otros previos parece apoyar, en cambio, las conclusiones.

Debe servir este estudio igualmente para detectar fallos o áreas susceptibles de mejora; en este sentido nuestros esfuerzos deben dirigirse hacia aumentar la información durante el periodo de recuperación, permitir un mayor contacto familiar-paciente en la readaptación al medio y mejorar en lo posible la confortabilidad e higiene. Dichos resultados en nuestro caso han sido reveladores y han orientado en parte los esfuerzos organizativos y

de gestión de los recursos, resultando útiles igualmente en el diseño e implantación de vías clínicas de las patologías más prevalentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villa-Blanco JM. Desarrollo e implantación de la CMA en España: evolución en los hospitales del INSALUD. *Cir Esp* 2004; 76 (3): 177-83.
2. Sierra E. Cirugía Mayor Ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. *Cir Esp* 2001; 69: 337-9.
3. Del Vas A, Acosta F, Palenciano CG, Ferrándiz R, Montoya JL, Guerrero M. El control de calidad en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb* 2001; 6 (1): 14-20.
4. Morales R, Esteve N, Carmona A, García F, Sánchez A, Olesti P. Indicadores de calidad en Cirugía Ambulatoria. *Cir May Amb* 1999; 4 (3): 466-73.
5. Jiménez A, Elia M, Gracia JA, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir Esp* 2004; 76 (5): 325-30.
6. Ellison LM, Pinto PA, Kim F, Ong AM, Patriciu A, Stoianovici D, et al. Telerounding and patient satisfaction after surgery. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 523-30.
7. Marchal F, Dravet F, Classe JM, Champion L, Francois T, Labbe D. Postoperative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. *EJSO* 2005; 31: 495-9.
8. Larsson WB, Larsson G, Chanterreau MW, von Holstein KS. International comparison of patients' view on quality of care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2005; 18: 62-73.
9. García FP, Pancorbo PL, Rodríguez MA, Alcázar M, Pereira F. Satisfacción usuarios de Cirugía Mayor Ambulatoria en dos hospitales comarcales. *Enfermería Clínica* 2002; 12 (5): 201-9.
10. Mira JJ, Pérez Jover V, Rodríguez Marín J. La satisfacción del paciente quirúrgico. *Cir Esp* 2004; 76: 54-57.
11. Rivera J, Giner M, Subh M. Cirugía Ambulatoria: estudio piloto. *Cir Esp* 1988; 44: 865-74.