INSPIRA NETWORK

cma
cirugía mayor ambulatoria
www.asecma.org

ORIGINAL

Recibido: Noviembre 2016. Aceptado: Diciembre 2016

La intervención enfermera y la consulta de enfermería en la mejora de la calidad asistencial (calidad percibida y calidad científico-técnica) en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria

Nursing intervention and specialized nursing ambulatory surgery clinic improvement of total quality management (perceived and scientific and technical quality) in patients undergoing ambulatory laparoscopic cholecystectomy

P. Marmaneu Vicent[1], M. V. Planells Roig[2], R. García Espinosa[2], M. Cervera Delgado[2]

[1]Grado en Enfermería. [2]Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo. Instituto de Cirugía General y Aparato Digestivo (ICAD). Hospital Quirón. Valencia

Autor para correspondencia: pepamar0803@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Determinar el valor de la transformación de la actividad enfermera en el proceso de colecistectomía laparoscópica ambulatoria en el incremento de la aceptación y la seguridad del proceso por los pacientes, así como el aumento de la calidad asistencial en sus dos áreas: la científico-técnica y la percibida.
Material y métodos: Pacientes de compañías aseguradoras privadas sometidos a CLA en el ámbito del Instituto de Cirugía y Aparato Digestivo (ICAD) en el Hospital Quirón de Valencia.
La evaluación de calidad se realizó mediante la aplicación del cuestionario ICAD15, basado en el SUCMA14 y modificado para el proceso de CLA, aplicado de forma prospectiva.
El grupo control lo constituyeron dos grupos de pacientes: 404 casos evaluados previamente a la instauración del ICAD15 y 75 casos correspondientes al ensayo piloto del cuestionario de satisfacción.
Principales medidas de resultados: se evaluaron como puntos finales de resultado la satisfacción global con el procedimiento y la proporción de pacientes con seguridad y consideración de estancia hospitalaria adecuada (medidas de aceptación del proceso ambulatorio). El análisis estadístico se realizó mediante el SPPS vs. 11 y se utilizó la comparación de porcentajes de la Chi cuadrado, aceptándose como significativo una $p < 0,05$.
Resultados: El porcentaje de pacientes muy satisfechos o satisfechos alcanzado en el grupo del protocolo de investigación fue del 98,5 %, similar al expresado por el grupo control, y el del grupo piloto que fue del 94 %, no mostrando diferencias significativas. Por el contrario, el porcentaje de pacientes que consideraron adecuado el proceso ambulatorio fue del 81,1 % en el grupo del protocolo de investigación en comparación con un 69,6 % del grupo control ($p < 0,05$). De igual modo, también alcanzó significación el porcentaje de pacientes que consideraron adecuado el tiempo de estancia en el hospital (75,0 %) del grupo del protocolo de investigación en comparación con el grupo control (55,4 %). Además, la intervención enfermera del grupo del protocolo de investigación disminuyó significativamente los requerimientos de consulta médica urgente y de consulta anticipada.
Conclusiones: La modificación de la intervención enfermera en el proceso de CLA mejora la aceptación del procedimiento aumentando la seguridad percibida del mismo por los pacientes, alcanza un alto nivel de satisfacción y disminuye los requerimientos asistenciales no planificados derivados de la discontinuidad asistencial generada por el proceso ambulatorio. La intervención enfermera de CMA global, como se ha desarrollado en este protocolo de investigación, debería implementarse en las unidades de CMA.

Palabras clave: Calidad asistencial y satisfacción, colecistectomía laparoscópica ambulatoria, intervención enfermera.

"La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar". Florence Nightingale.

"El mar le da al hombre la esperanza como el dormir le da los sueños". Cristóbal Colón.

ABSTRACT

Objective: To determine the added value of nursing intervention in ambulatory laparoscopic cholecystectomy in acceptance and security rates by patients and the associated increase in quality perception in terms of scientific and technical quality and perceived quality.

Patients and methods: Patients belonged to private insurance companies undergoing elective ALC at the Institutor de Cirugía y Aparato Digestivo (ICAD) in Quiron Hospital at Valencia City.

Quality assessment was performed trough the ICAD15 questionnaire which is based on the SUCMA14 modified for ALC patients. For comparison analysis we used a control group previously evaluate with the original ICAD questionnaire and the pilot study group of the ICAD questionnaire.

Main measurements and outcomes: end point analysis included global satisfaction with ALC and the percentage of patients with security feeling at discharge and adequate consideration of postoperative hospital stay (measurement of ambulatory acceptance). Statistical analysis was performed with the SPSS (11 vs) using the Chi square test for percentages comparison. Statistical significance was accepted with a p value less than 0.05.

Results: The rate of patients feeling satisfied or very satisfied in the Project investigation group reached 98.5 % which was similar to that in control group and the pilot study group, 94 % without reaching statistical significance. In contrast the percentage of patients considering appropriate the ambulatory process was 81.1 % in the investigative protocol group in comparison with 69.6 % in the control group, $p < 0.05$. Similarly the percentage of patients considering as adequate the postoperative stay at the hospital reached 75 % of patients in the investigative protocol group in comparison with 55.4 % in the control group. Moreover the nursing intervention decreased emergency medical consultations and anticipated office appointments reaching statistical significance.

Conclusions: Increasing Nursing intervention all along through the clinical process of ALC increases acceptance, security and global satisfaction by patients, decreasing unplanned medical requirements due to care discontinuity associated to ambulatory procedures. A nursing intervention as a holistic ambulatory surgery nurse should be developed in all ambulatory units.

Keywords: Clinical quality and satisfaction, ambulatory laparoscopic cholecystectomy, nursing intervention.

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Mayor Ambulatoria

En los últimos años se ha instaurado y desarrollado la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como un método alternativo al tratamiento quirúrgico que permite eliminar la tradicional estancia postoperatoria hospitalaria, sustituyendo los cuidados postquirúrgicos habituales por el autocuidado del paciente-familia en su domicilio, con/sin la asistencia domiciliaria de personal médico o de enfermería (hospitalización domiciliaria) (1).

La CMA incluye procesos subsidiarios de cirugía con cualquier tipo de anestesia (local, local con sedación, regional o raquídea, general) que precisen cuidados postoperatorios hospitalarios de corta duración y escasa intensidad que, por tanto, pueden eliminar la necesidad de ingreso hospitalario. En términos sanitarios, su principal ventaja radica en la disminución de la carga de trabajo de enfermería por disminuir los cuidados asociados a los pacientes, reducción en el consumo de recursos de la hospitalización tradicional, liberación del recurso cama y la disminución de costes globales (2).

Los procedimientos más comunes de cirugía general "admitidos" tradicionalmente por la comunidad anestésico-quirúrgica y los usuarios del sistema como susceptibles de ser tratados en CMA incluyen: las hernias inguinales, las hernias crurales, el quiste pilonidal, las tumoraciones de partes blandas de tamaño intermedio, la fisura de ano, las hemorroides simples y las fístulas de ano no complejas.

Desde su inicio en 1988 en España, precisamente en Gandía (Valencia) por el grupo de Rivera (3), con un retraso de 30 años, pues ya se había iniciado en Estados Unidos en la década de los 60 (4), el desarrollo de la cirugía ambulatoria ha sido imparable.

Las mejoras tecnológicas y el desarrollo de nuevos anestésicos, junto a nuevos fármacos para el control del dolor y otros para el tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios, han permitido minimizar la repercusión inmediata de la cirugía, disminuyendo radicalmente las necesidades de cuidados postoperatorios y llevando al desarrollo de la cirugía de *fast-track* (de vía rápida), en la que cuidados postquirúrgicos tradicionales han sido modificados, reducidos o eliminados al ser más rápida la recuperación postoperatoria y minimizar la repercusión sobre el paciente del procedimiento anestésico-quirúrgico. Esto ha conllevado que, de forma progresiva, nuevos y más complejos procedimientos quirúrgicos se hayan incorporado al catálogo de prestaciones realizadas en el ámbito de la CMA (5) hasta incluir procesos tradicionalmente hospitalarios, como la colecistectomía laparoscópica (6). Este aumento ha sido estimulado por los proveedores sanitarios de servicios (compañías aseguradoras, agencias sanitarias gubernamentales), pues permite un servicio más eficiente a menor coste, y se ha visto favorecido por los avances en la técnica quirúrgica (particularmente la cirugía mínimamente invasiva, como la cirugía laparoscópica), la anestesia (nuevos agentes anestésicos con mínimos efectos secundarios, mascarilla laríngea) y la farmacología (nuevos analgésicos, antinauseosos y antieméticos) (7). Los beneficios para el paciente de la CMA incluyen un periodo de recuperación postoperatorio breve, el retorno a su domicilio el mismo día de la operación con la comodidad que esto supone para el paciente y su familia, y un mejor manejo del dolor postope-

ratorio, náuseas y vómitos por la minimización de los efectos secundarios del procedimiento anestésico-quirúrgico.

La introducción y desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva o cirugía laparoscópica ha supuesto un proceso revolucionario en la cirugía, pues determinadas intervenciones, como la colecistectomía que precisaban de una incisión abdominal y se asociaban a un periodo postoperatorio de entre 5 y 7 días, han quedado resumidas en una intervención con 4 incisiones de 1 cm y un postoperatorio reducido y abreviado de entre 24 y 72 horas, gracias a la mínima repercusión del procedimiento sobre el paciente. Esta drástica reducción de la repercusión postoperatoria de la colecistectomía laparoscópica (CL), en comparación con la colecistectomía tradicional, ha llegado a su máxima expresión cuando se ha incorporado la CL a los programas de CMA, realizándose de forma ambulatoria (CLA).

La implantación de la CLA, sin embargo, choca con la clásica actitud reaccionaria de los especialistas de cirugía general (actitud que antaño sufrió Erich Muhe, cirujano que inventó y desarrolló el procedimiento de CL) (8) que, por múltiples factores, no implementan la CLA en sus hospitales refugiándose en argumentos de dudosa validez científico-técnica, pues en Estados Unidos la CLA es la norma y lo excepcional es la CL realizada con ingreso hospitalario tradicional. De hecho, existe de forma creciente mayor evidencia científica en apoyo de la CLA como procedimiento que mejora la recuperación de los pacientes y disminuye la estancia hospitalaria asociada al procedimiento de CL (9). La implantación de la CMA, en general, se ve frenada por dos factores principales: por un lado la resistencia tradicional de profesionales y pacientes a los cambios y, por otro, al hecho de que los pacientes y sus familiares pueden sentirse menos seguros y deducir que el procedimiento ambulatorio supone una peor atención sanitaria (10). Debido a esto, la CMA debe demostrar que el producto sanitario que genera tiene el mismo nivel que la cirugía tradicional, tanto en términos de resultado clínico (11) como en satisfacción por pacientes/familiares y en términos de seguridad y eficacia. Por ello, es fundamental conocer la opinión de los usuarios de estos servicios con el fin de evaluar si se cumplen sus expectativas y detectar puntos débiles y áreas de mejora en los cuidados prestados, a la vez que nos permiten mejorar la seguridad y la satisfacción asociada al procedimiento (12). Todo ello sin restringir la calidad a la simple satisfacción de los pacientes (calidad percibida), ya que hay que mantener el objetivo de que la "la calidad no es lo que se pone en servicio, sino lo que el cliente obtiene de él".

Las variables consideradas como imprescindible evaluar en los pacientes sometidos a CMA incluyen: la competencia técnica, las relaciones interpersonales y la información recibida, expectativas del tratamiento que se va a recibir, resultado del mismo, e impresión preoperatoria y postoperatoria (12).

No obstante, al final del camino, la futura aceptación, desarrollo y expansión de la CMA dependerá de la actitud del paciente y del grado de cumplimiento de sus expectativas y, por tanto, de la satisfacción que genere en este el procedimiento ambulatorio (6).

Para ello, debemos ser capaces de sintetizar la experiencia del paciente desde el punto de vista cuantitativo y, además, su traducción en términos cualitativos de satisfacción al objeto de evidenciar y descubrir potenciales huecos entre las expectativas y el tratamiento recibido, pues debemos tener en cuenta que la satisfacción subjetiva desde la perspectiva del paciente es considerada un indicador de calidad asistencial (13).

En este sentido, y dado que una gran parte de la satisfacción del usuario se deriva del trato y la información recibida, la implementación de programas educativos de información, educación y comunicación dirigidos a mejorar la capacidad comunicativa del personal sanitario implicado en los procesos asistenciales mejora significativamente la satisfacción del usuario al fomentar la empatía con éste y su familia o cuidador (12), no descuidando el desarrollo de intervenciones educativas sobre los pacientes en las diferentes fases del proceso asistencial que han demostrado generar un mayor grado de satisfacción en la experiencia de la cirugía ambulatoria cuando han sido aplicadas.

Colecistectomía, colecistectomía laparoscópica y colecistectomía laparoscópica ambulatoria

La colecistectomía como tratamiento definitivo de la colelitiasis sintomática ha presentado importantes cambios en los últimos años. El postoperatorio más benigno de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica frente a la técnica abierta tradicional ha hecho que esta técnica se haya difundido ampliamente en la comunidad quirúrgica, presentando una aceptación inusitada no comparable a la aceptación previa de cualquier variante técnica.

La cirugía de la vesícula biliar es la más frecuente de las cirugías mayores en los servicios de cirugía general y supone más del 10 % de la actividad quirúrgica, sólo superado por la cirugía de la pared abdominal y la apendicectomía (14). El proceso clínico de la colecistectomía es considerado como un proceso trazador (alta prevalencia, repercusión relevante en la salud de la población, variabilidad clínica elevada y sustancial consumo de recursos); la importancia de ello es que el análisis de la calidad que se ofrece de un proceso trazador es representativo de la calidad global que ofrece un servicio o unidad de cirugía (15).

No fue hasta 1882 cuando se realizó la primera colecistectomía por el cirujano alemán Carl Langebuch. A los 103 años de realizada ésta, también un cirujano alemán, Erich Muhe, realizó la primera colecistectomía laparoscópica en 1985, y su aportación a la cirugía fue rechazada frontalmente por la sociedad quirúrgica alemana; aún más, el artículo que remitió al *American Journal of Surgery* en 1990 describiendo su técnica fue

rechazado (8,16). Tan sólo 5 años más tarde, y al evidenciar la mínima repercusión de este procedimiento, se inició la práctica ambulatoria de la CL por el grupo de Reddick (17). Su inclusión en los programas de CMA no fue fácil ni siempre admitida por la comunidad quirúrgica (18) y el editorial de Girotti, en 1997, sobre el trabajo de Voikt "Establishing outpatient cholecystectomy as a hospital routine", publicado en el mismo número del *Canadian Journal of Surgery*, describe el proceso de cambio desarrollado para conseguir la ambulatorización con éxito de la CL con los siguientes comentarios: "enfrentados en plena crisis económica al desafío de 'hacer más con menos', Voikt ha transformado radicalmente el proceso de CL transformando un proceso tradicional hospitalario en una modalidad ambulatoria, manteniendo los parámetros de calidad asistencial. Esto lo ha conseguido al obtener el compromiso de todos los agentes incluidos en el proceso asistencial, desde la clínica pre-admisión hasta las enfermeras de la sala de recuperación. Su índice de sustitución del 95 % genera en la comunidad quirúrgica un nuevo marco de referencia hacia el que dirigirse. El capítulo final en el área de 'in patient today-outpatient tomorrow' aún no se ha escrito y la conversión de los procedimientos quirúrgicos tradicionales a su modalidad ambulatoria aún está por desarrollar mediante la conjunción de los esfuerzos de cirujanos, anestesistas, etc."

La revisión sistemática realizada por la Cochrane ha demostrado resultados equivalentes entre la CLA y la practicada en régimen de estancia nocturna en términos de seguridad, complicaciones y satisfacción por los pacientes (19), por lo que hoy en día la CLA es practicada en múltiples centros con resultados satisfactorios, disminución demostrada de costes y un alto nivel de satisfacción de los pacientes (20,21). En nuestro país no fue hasta 1998 que surgieron las primeras comunicaciones sobre CLA (22,23), apareciendo la primera y única publicación sobre calidad asistencial y percibida en CLA en nuestro país en el 2002 (24). No obstante, su implementación sigue contando con múltiples resistencias (25) y dificultades, lo que hace que 20 años después del nacimiento de la CL aún sigan las controversias en cuanto al *gold standard* de la misma (26) a pesar de que, incluso en nuestro país, la CLA es ya considerada como el *gold standard* de la CL por algunos grupos (27), aunque sólo es practicada en algunos centros (28,29).

Existen multitud de intervenciones dirigidas a facilitar la ambulatorización de la CL (30). En este sentido, la cirugía de recuperación rápida en procedimientos mayores, como la CL, se fundamentan en el tratamiento multimodal, dado que los efectos secundarios del procedimiento anestésico-quirúrgico que más frecuentemente suponen una barrera al desarrollo de la CLA son el dolor y las náuseas y los vómitos postoperatorios.

El dolor post CL es de 3 tipos (30): la omalgia o dolor de hombre y torácico, el dolor visceral (sordo, profundo de difícil localización) y el parietal, esto es, dolor superficial referido a las heridas quirúrgicas. Por ello, el abordaje del dolor post CL precisa un enfoque multimodal al igual que el manejo de las náuseas y los vómitos postoperatorios.

Dado que no está claro cuáles de las intervenciones combinadas son fundamentales para obtener una tasa óptima de CLA, y dado el elevado número de las mismas, se precisa incluirlas en una guía clínica o protocolo de tratamiento perioperatorio.

Además de estudiar el resultado del proceso quirúrgico en términos de mortalidad y morbilidad, así como índice de performance postoperatorio, es también igual de importante considerar cómo perciben los pacientes el desarrollo del proceso ofertado a los mismos mediante el estudio del grado de satisfacción. Sin embargo, el paciente, debido a la asimetría de información que se establece con el personal médico, no puede valorar la calidad técnica derivada de la intervención quirúrgica, confundiéndose frecuentemente la calidad de la misma con la percepción de aspectos como el grado de atención recibido y su forma, el trato más o menos personalizado, la información recibida o el nivel de salud subjetivo alcanzado tras la intervención, la restauración del centro, y la limpieza y aspecto de las instalaciones (31). Debido a esto, conseguir mejorar la calidad de un proceso asistencial significa conocer las necesidades y expectativas de los pacientes y saber convertir éstas en requisitos y objetivos asistenciales, lo que implica reorientar el proceso para que éste incorpore el punto de vista del paciente.

La evaluación de la calidad asistencial asociada a la ambulatorización de un procedimiento determinado debe incluir el análisis de la seguridad, eficacia y satisfacción del paciente asociada a éste. Por tanto, requiere incluir como variables de análisis aquellas que precisamente permitan equiparar en calidad y seguridad al procedimiento ambulatorizado como: desarrollo de complicaciones, necesidad de asistencia urgente hospitalaria, necesidad de cuidados médicos suplementarios bien por el médico generalista o por el médico de urgencias domiciliarias, necesidad de ingresos no planeados al alta del paciente, tasa de reingresos y porcentaje de pacientes que consideran que su alta hospitalaria fue prematura y, por tanto, hubieran deseado un proceso con hospitalización convencional (32).

Calidad asistencial y CMA

La atención sanitaria de calidad incluye: reducción de la variabilidad, satisfacción de las necesidades de los clientes, mejora continua y cultura de la organización dirigida a la máxima calidad posible con los recursos disponibles. No sólo hay que perseguir satisfacer las necesidades técnicas (eficacia, efectividad, adecuación), sino la calidad percibida (seguridad, fiabilidad, accesibilidad, capacidad de respuesta o empatía) (33). Los indicadores de calidad más importantes en la CMA (2,34) incluyen: a) indicadores de eficiencia y calidad científico-técnica (cancelación de procedimientos, efectos adversos, reintervención no planificada, estancia *overnight* o planificada, consulta urgente, reingreso hospitalario, índice de complicaciones); b) indicadores de eficiencia del sistema (índice de sustitución por

procesos, índice de ambulatorización), y c) indicadores de calidad percibida (índice de satisfacción) (35).

Todos los sistemas sanitarios tienen como objetivo principal alcanzar la satisfacción de sus usuarios y, dado que cualquier servicio de calidad genera satisfacción en el consumidor, la medida o determinación del grado de satisfacción nos permite valorar la calidad asistencial o de servicio recibida por el usuario (1). La satisfacción de los clientes con los servicios sanitarios está íntimamente relacionada con las expectativas creadas sobre el servicio que se va a recibir (36) y, al igual que cualquier empresa que precisa para mantener su competitividad un proceso de mejora continua de la calidad, se requiere el conocimiento de la visión que sus clientes-usuarios tienen sobre el proceso (37).

La CMA puede ser practicada en unidades independientes o integradas que comparten recursos dentro de la hospitalización tradicional. La CMA genera un cambio radical, pues el postoperatorio se ve reducido a periodos variables no superiores a 6 horas en general, siendo el periodo de convalecencia trasladado al domicilio del paciente bajo la supervisión de su familia, hecho que tiene como consecuencia la generación de inseguridad e inquietudes adicionales en pacientes y familiares. Para ello, es necesario que los sanitarios que interaccionan con los pacientes conozcan la opinión de los mismos sobre los cuidados recibidos, sobre aquellos aspectos de estos que mayor satisfacción generan, o bien sobre aquellos aspectos que generan insatisfacción; de esta forma podrán adoptar las mejoras y correcciones necesarias para satisfacer sus expectativas, al tiempo que generan un incremento en la seguridad del proceso. En procesos no establecidos como ambulatorios de forma rutinaria y, por tanto, no aceptados culturalmente por el personal sanitario como tales, la disparidad con la cultura oficial imperante de un proceso determinado genera aún mayor intensidad de inseguridad, inquietud o falta de confianza, por lo tanto conduciendo a la falta de aceptación del procedimiento ambulatorizado. Es precisamente en los procedimientos ambulatorios (38) donde la provisión de información adecuada para los nuevos pacientes autosuficientes supone el mayor de los retos. El tiempo en que la información se aporta a los pacientes o familiares es diferente (consulta, ingreso, postoperatorio, prealta) y por diferentes agentes sanitarios, por lo que la información personalizada es beneficiosa para los pacientes (39).

La medida de resultados y la calidad en sanidad es un reto (40), pues la definición de calidad difiere según el observador (paciente/familiar/cuidador), ya que el personal médico y el de enfermería tiene su propia perspectiva sobre la calidad y establece diferentes términos para su medición (41). En el análisis de la actividad sanitaria la determinación de la satisfacción del paciente es un indicador más sensible que las medidas tradicionales de morbilidad y mortalidad, concepto comparable al de diversos modelos de negocios sobre la soberanía del consumidor (42). Existen herramientas validadas para determinar la calidad de los servicios sanitarios (43) que aportan una medida de resultados relevante en términos de calidad, y frecuentemente se refieren a la visión subjetiva del paciente de diversos aspectos sanitarios, tales como la disponibilidad del personal y recursos técnicos, características interpersonales de los proveedores y la adecuación de la comunicación verbal y escrita, constituyendo las encuestas las más frecuentemente usadas.

Las limitaciones en las encuestas respecto a su capacidad de *feedback* (43) incluyen la imposibilidad de éstas de rellenar el hueco entre el proveedor sanitario y los pacientes, generado por los diferentes objetivos de ambos actores y, sobre todo, por las grandes diferencias entre clientes. Dicha limitación se traduce, en general, en la declaración de los encuestados de que "las encuestas nunca les preguntan aquello que ellos quieren comentar". Por este motivo es absolutamente mandatorio incluir una o varias preguntas abiertas (de respuesta libre) del tipo "en qué podemos mejorar su experiencia en la cirugía ambulatoria", que permitan la evaluación cualitativa del consumidor sanitario.

Las encuestas habituales incluyen preguntas como puntuación del servicio, dolor postoperatorio, puntuación de náuseas y mareo, pero la inclusión de preguntas abiertas ofrecen una mejor visión de la percepción del paciente y la calidad del servicio recibido. Dado que el incremento de la calidad se considera actualmente un aspecto esencial del servicio sanitario en todos sus niveles, la determinación de ésta tiene mayor autenticidad y legitimación si la perspectiva de los pacientes es integrada en las herramientas de medida. Por ello, las medidas simples de satisfacción son hoy en día consideradas inespecíficas en relación a la calidad percibida, y se hace necesario incorporar métodos más exhaustivos que nos descubran la verdadera visión de los pacientes, aunque la inclusión de áreas cualitativas en las encuestas tiene el problema de la dificultad de interpretación de las mismas, pues en ocasiones pueden aportar opiniones personales no extrapolables sobre la experiencia sanitaria recibida.

Calidad asistencial y enfermería

Los profesionales de enfermería han asistido a los sucesivos y numerosos cambios en la relación enfermería-paciente derivados de la relevancia que la atención sanitaria tiene en la sociedad (44). La satisfacción del paciente, considerada como una medida de gran relevancia en la calidad asistencial, es considerada como una medida del resultado entre la interacción del profesional sanitario y el paciente (45). La evolución de la sociedad ha hecho que esta relación cambie y pase sucesivamente por el estadio de paciente-usuario hasta llegar al de cliente o persona que recibe un servicio o producto de una persona o grupo de personas (46).

Es tanta la trascendencia de la calidad asistencial que se considera hoy en día que la desigualdad más grave en un

sistema de salud no se centra en la cobertura sanitaria, sino en la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos sociales, por lo que se considera que la calidad es un derecho que debe garantizarse y que la garantía de calidad de los servicios es imperativa en las organizaciones que componen un sistema de salud.

En la evaluación de los servicios sanitarios, la evaluación de los profesionales desde el punto de vista técnico y relacional o de trato es primordial. El profesional sanitario que más interacciona con un paciente a lo largo de su proceso asistencial es el personal de enfermería y es éste el que juega un papel fundamental en la calidad percibida en los servicios asistenciales (47). Por ello, la buena comunicación, la información, la empatía, la apariencia en los cuidados prestados y su capacidad técnica son factores predictivos de satisfacción en la evaluación de los cuidados por los usuarios (48), y por eso son los cuidados de enfermería los que constituyen el mejor predictor de la satisfacción de los pacientes en la hospitalización (49).

Enfermería y CMA

Desde la primera descripción de la función del personal de enfermería de cirugía ambulatoria en 1989 por Gilbert (50), las funciones del mismo han cambiado sustancialmente, pues la enfermería quirúrgica ha sufrido un gran cambio: desde el antiguo cuidado físico y la atención de los pacientes durante un periodo habitual no inferior a una semana que permanecían en el hospital ha pasado a un periodo reducido de horas. Con el desarrollo de la cirugía ambulatoria, la práctica enfermera ha cambiado, pues se han incorporado a las funciones del personal de enfermería nuevas habilidades y actividades y responsabilidades, entre las que se incluyen las consultas de enfermería especializadas (como la anestésica [51] o la instrumentista-quirúrgica de CMA), que han demostrado aumentar la seguridad y eficiencia de la cirugía ambulatoria. Por tanto, el personal de enfermería de CMA cuenta con un rol más activo y mayores responsabilidades en la educación de los pacientes, alta hospitalaria y cuidados postoperatorios, así como en la recuperación domiciliaria (50). El paciente quirúrgico de CMA requiere hoy en día una mayor intervención de enfermería pero en un, cada vez más, reducido periodo de tiempo en relación al manejo de la ansiedad, alivio del dolor, manejo de náuseas y vómitos, asistencia y organización del alta y cuidados postoperatorios, lo que requiere un adecuado entrenamiento y educación del personal de enfermería perioperatorio (52).

La revisión sistemática cualitativa sobre la experiencia de los pacientes con las intervenciones de enfermería y cuidados en el perioperatorio de la Cirugía Mayor Ambulatoria nos revela la gran importancia del contacto preingreso, la provisión de educación e información relevante y específica, las habilidades de comunicación y el mantenimiento de la privacidad del paciente (53).

A pesar de que las fuerzas económicas sobrecargan a las instituciones sanitarias para que se mantenga la productividad y la eficiencia al mismo tiempo que se mantienen los costes, lo que exige máxima utilización y productividad del espacio quirúrgico, son las intervenciones de enfermería las que se ha demostrado que pueden apoyar y proporcionar un alto nivel de eficiencia, al mismo tiempo que aseguran el resultado quirúrgico óptimo al proporcionar a los pacientes una experiencia perioperatoria exitosa y segura en el ámbito de la CMA (54).

Enfermería y CLA

Dada la escasez internacional y la ausencia nacional de estudios de investigación de enfermería en esta área (55), el desarrollo de guías clínicas de enfermería se ha mostrado de gran utilidad para el manejo de los pacientes, describiendo las actividades paso a paso en los procedimientos de enfermería.

Precisamente en la CLA, la provisión de información adecuada para los nuevos pacientes autosuficientes es un reto para la cirugía sin ingreso. El tiempo en que ésta se aporta a los pacientes o familiares es diferente y por diferentes agentes sanitarios, por lo que la información personalizada es beneficiosa para los pacientes (38,39) (como se ha demostrado) realizada a lo largo de diferentes puntos del proceso, pues el momento en el que se realiza la intervención educativa es fundamental en relación a la efectividad de la misma (56).

El desarrollo de guías de cuidados de enfermería en base a procedimientos de enfermería basados en la evidencia o en consenso de especialistas y o expertos mediante el sistema RAND/UCLA de apropiación de procedimientos (57) permite desarrollar guías clínicas de cuidados de enfermería en CLA estructuradas de acuerdo con el modelo de necesidades del paciente de Virgina Henderson (respiración, alimentación, excreción, higiene y vestimenta, actividad física y ejercicio, manejo del proceso y tratamiento, cuidados de la herida) (55).

La cirugía ambulatoria ha trasladado el lugar de los cuidados postquirúrgicos del hospital al domicilio. Para ello, el manejo de las náuseas y vómitos, el cuidado de las heridas, las necesidades dietéticas y de actividad, los síntomas o signos de infección y los recursos o preguntas y preocupaciones son conceptos clave que el propio paciente debe entender y conocer al ser dado de alta (58). El reto para las enfermeras es la provisión de la educación sanitaria sobre estos factores, ya que los pacientes bien informados presentan menor grado de ansiedad, dolor postoperatorio, complicaciones y más rápida recuperación. Un plan educacional preoperatorio efectivo potencia los mismos mediante el reforzamiento de su autoconfianza, incluyendo aquellos eventos que pueden experimentar en el postoperatorio y ofreciendo estrategias realistas de automanejo domiciliario.

El conocimiento de los resultados postoperatorios y su manejo es esencial para el autocuidado del paciente y para conseguir que los pacientes reconozcan cuándo se requiere el consejo o la intervención profesional. Es el rol del personal de enfermería asegurar que la educación preingreso se dirige a asegurar la autosuficiencia domiciliaria del paciente (59).

El papel de la enfermería en la intervención preoperatoria, perioperatoria y postoperatoria en términos educativos y asistencia psicosocial es fundamental para la implementación con éxito de la Cirugía Mayor Ambulatoria, pues los roles de enfermería en las unidades de CMA son diferentes y con mayor responsabilidad, generando una alta interacción con los pacientes que condiciona la satisfacción experimentada por los mismos (60).

La intervención enfermera perioperatoria se focaliza en el manejo del dolor y las náuseas postoperatorias, principales causas de ingreso inesperado e insatisfacción del paciente en la CLA, y es el agente sanitario responsable del cuidado y la experiencia quirúrgica del paciente más comprometido (54). En este sentido, la creación de áreas diferenciadas para los pacientes de cirugía ambulatoria se ha demostrado útil en aumentar la satisfacción de los pacientes (61).

El disconfort fisiológico, psicológico y psicosocial postoperatorio (dolor, náusea, ansiedad) en el periodo de recuperación domiciliario que sigue a la cirugía sin ingreso es de mayor intensidad y duración que lo supuesto hasta el momento (38), interfiriendo en la capacidad de retorno a las actividades de la vida diaria, pudiendo extenderse hasta el tercer mes postoperatorio. Esto puede generar en el paciente la percepción de que el disconfort prolongado sea ocasionado por el tipo de cirugía, un tratamiento incorrecto, insuficiente información recibida o bien discontinuidad en los servicios que se expresa en las encuestas cualitativas de los pacientes con expresiones como que fueron dejados en su propio cuidado, debido a insuficiente acceso sanitario e insuficiente información o tratamiento subóptimo (38). De aquí que uno de los objetivos primordiales sea conocer la satisfacción percibida tras el alta hospitalaria (62,63).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis de trabajo

La instauración de una consulta de enfermería específica para cirugía ambulatoria con una enfermera que intervenga en la preparación preoperatoria del paciente (intervención educativa), el proceso de acogida perioperatorio, el procedimiento quirúrgico, el periodo postoperatorio y la educación postoperatoria, así como el control ambulatorio en consulta externa, mejorará la satisfacción del paciente y la aceptación del procedimiento de colecistectomía laparoscópica ambulatoria (CLA).

Objetivo principal

Demostrar que la intervención global a lo largo de todo el proceso de CLA por el personal de enfermería especializado en CMA genera una mayor satisfacción con el procedimiento, una mejor aceptación y una mejor consideración del procedimiento en términos de seguridad para el paciente.

Objetivos secundarios

- Determinar la incidencia de efectos secundarios de la intervención anestésico-quirúrgica y evaluar si éstos disminuyen con la intervención enfermera.
- Introducir de forma sistemática la actividad de controlador de calidad por el personal de enfermería de CMA.
- Determinar la incidencia de consulta médica anticipada o asistencia en urgencias para evaluar la intervención enfermera en términos de mejora en la capacidad de autocuidado del paciente y de comprensión de las instrucciones postoperatorias.
- Determinar potenciales áreas de mejora en el proceso, a fin de corregir posibles puntos débiles del mismo con vistas a la excelencia del proceso mediante la implementación de las encuestas de calidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Población y problema

La población incluida en el proyecto de investigación corresponde a pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por colelitiasis sintomática con/sin episodio previo de complicación (pancreatitis, colecistitis, ictericia obstructiva, esfinterotomía endoscópica previa) procedentes del sistema de aseguramiento privado (compañías aseguradoras privadas), considerados adecuados para la práctica de CL ambulatoria o CL en régimen de CMA. El problema de análisis es el estudio de calidad asistencial de este procedimiento en sus dos aspectos de mayor relevancia: 1) calidad científico-técnica y 2) calidad percibida-satisfacción.

Ambiente

Instituto de Cirugía y Aparato Digestivo (ICAD) en el Hospital Quirón de Valencia. El Hospital Quirón de Valencia es un hospital privado, con ánimo de lucro, constituido en Hospital de Agudos, con especialización de Hospital Quirúrgico. Está dotado de Unidad de Cuidados Intensivos, Laboratorio, Banco de Sangre y Servicio Central de Radiología, y dispone de asistencia urgente 24 horas al día. El ICAD es una entidad con ánimo de lucro que da cobertura asistencial en la especialidad de Cirugía General y Aparato Digestivo (CGAD) a pacientes de aseguradoras privadas y concertados de la Agencia Valenciana de Salud, formado

por especialistas en CGAD (4) y equipo anestésico asociado (2), estable al mismo. En su constitución se incluyen una enfermera y una auxiliar de clínica, además de una administrativa.

Criterios de inclusión, exclusión y periodo de estudio

Se incluyeron en el estudio los pacientes sometidos a CLA que no precisaron ingreso *overnight*, intervenidos en el periodo de abril de 2014 a abril de 2015, pertenecientes a compañías aseguradoras privadas. Se excluyeron del estudio los pacientes pertenecientes a otros proveedores sanitarios (pacientes de la Agencia Valenciana de Salud [AVS] o privados) al objeto de obtener una muestra más homogénea de análisis en cuanto a expectativas sanitarias, así como los pacientes intervenidos en régimen *overnight*, aquellos que precisaron ingreso hospitalario inesperado y aquellos que presentaron alguna complicación que precisara reingreso, no excluyéndose los pacientes con complicaciones manejadas de forma ambulatoria.

Método y diseño

Estudio prospectivo observacional con análisis de grupo control, con modificación del proceso de CLA con la introducción de la enfermera de CMA como enfermera especializada en el proceso, sustituyendo a los especialistas médicos, aumentando las intervenciones sobre el paciente/familia y actuando como controlador de calidad de todo el proceso asistencial.

Determinación del tamaño muestra: el porcentaje de satisfacción esperado de los pacientes no fue posible estimarlo, pues no hay publicaciones al respecto fiables sobre dicho dato, por lo que se determinó un porcentaje estimado *a priori* como deseable de, al menos, el 75 % basado en el estudio piloto publicado en 2002 (24).

Intervención

Modificación del proceso de CLA mediante la ampliación de la función del personal de enfermería en todas las fases del proceso, previa especialización de la misma y entrenamiento en las nuevas funciones. La modificación del proceso incluye: evaluación preoperatoria, intervención educativa preoperatoria, asistencia perioperatoria, asistencia postoperatoria en URPA (unidad o área de recuperación postanestésica), asistencia postoperatoria en la sala de hospitalización o en Hospital de Día, intervención educativa postoperatoria prealta, control de la continuidad asistencial en consulta externa, con revisión a las 72 horas y al décimo día postoperatorio y control de calidad asistencial.

Medidas de resultados

Los resultados se evaluaron mediante el análisis de la encuesta de satisfacción postoperatoria cumplimentada por los pacientes, en la cual se incluyen ítems correspondientes a calidad científico-técnica, de aceptación del proceso en su modalidad ambulatoria y de satisfacción global.

Se excluyeron del análisis las variables de edad, sexo, condición socio-laboral, nivel de estudios y estado de salud previo del paciente con el fin de poder extrapolar los resultados obtenidos a cualquier muestra de población sometida a colecistectomía, independiente de estas variables.

Análisis comparativo

Los resultados obtenidos con el protocolo de investigación aplicado se compararon con 2 grupos de pacientes: los primeros 75 casos evaluados en el año 2002 (24) que constituyeron una evaluación piloto de la encuesta aplicada o Grupo Ensayo Piloto, y un segundo grupo de 400 pacientes con origen de proveedor de sanitario mixto (Agencia Valenciana de Salud y aseguradoras privadas) denominado Grupo Control. Además se compararon los resultados con los publicados en la bibliografía.

Evaluación de resultados

Se evaluaron en términos de calidad científico-técnica del proceso y calidad percibida mediante el análisis comparativo de la encuesta de satisfacción en los 3 grupos analizados. Los resultados obtenidos en la encuesta permitieron identificar áreas de mejora, de prioridad alta, media o baja en función del porcentaje de respuestas positivas obtenidos a los ítems evaluados (< 70, 71-80 y 81-90 %) (64).

Análisis estadístico: dado que las variables de respuesta de la encuesta son cualitativas o categóricas, se utilizó para el análisis estadístico la comparación de frecuencias absolutas y porcentajes mediante el test de la Chi cuadrado, aplicándose la corrección de Yates si fue preciso. La variable de puntuación de calidad continua se transformó en variable cualitativa mediante la fragmentación en intervalos de puntuación.

Transformación del proceso mediante la modificación de la intervención enfermera en CMA. El personal de enfermería de CMA

El proceso de CLA incluye el diagnóstico de colelitiasis, la indicación quirúrgica, la solicitud de los exámenes preoperatorios pertinentes, la revisión de los mismos, confirmando que el paciente puede ser intervenido o bien que aún precisa más exploraciones complementarias para afianzar el diagnóstico o la indicación de la intervención, el ingreso administrativo del paciente, la intervención quirúrgica en sí, la recuperación postquirúrgica y anestésica, la readaptación al medio y recuperación de la independencia en su autocuidado, el proceso de alta hospitalaria con las instrucciones postoperatorias pertinentes y el control ambulatorio

en la consulta externa en el que se realiza sistemáticamente una encuesta de satisfacción que recoge ítems en referencia al global del proceso, tanto en su vertiente de calidad científico-técnica (efectos adversos anestésico quirúrgicos, necesidad de asistencia médica o especializada en el postoperatorio domiciliario, complicaciones clínicas, etc.) como de calidad percibida, incluyendo la opinión expresada por los pacientes sobre el procedimiento y su forma de realización.

En la primera parte del estudio que se ha utilizado como grupo control, casi todas las tareas del proceso eran realizadas por uno de los médicos del equipo quirúrgico, sin existir una interacción directa con enfermería, excluyendo la asistencia perioperatoria en quirófano y la administración y recogida de la encuesta de satisfacción en los controles ambulatorios, pero desde el punto de vista administrativo.

En la segunda parte del estudio correspondiente al protocolo de investigación, se introdujo la enfermera de CMA que realiza múltiples tareas con el paciente a lo largo del periplo del proceso quirúrgico, previo entrenamiento en las áreas asistenciales, así como en la metodología de la encuesta.

La modificación del proceso de CLA con la inclusión de la enfermera de CMA (consulta de enfermería) incluyó los siguientes cambios que, además, incluyeron 2 nuevas actividades realizadas por la enfermera, ambas de tipo educativo preoperatorio (preoperatorio e intraoperatorias y perioperatoria) y una postoperatoria (postoperatoria pre alta y alta).

Selección de pacientes e intervención educativa preoperatoria

El proceso de CMA se inicia en la consulta de selección/preanestesia. La selección y preparación prequirúrgica adecuadas del paciente son la clave para el éxito en CMA, habiéndose demostrado la seguridad y eficacia de la intervención enfermera en este aspecto asistencial tradicionalmente restringido a médicos especialistas (65). Los criterios para acceder al programa de CMA evaluados por la enfermera incluyen: aspectos fisiológicos, psicológicos y del entorno del paciente.

El personal de enfermería valida en la consulta los datos del paciente, verifica el procedimiento quirúrgico, comprueba la realización de pruebas complementarias y la disponibilidad del consentimiento anestésico y quirúrgico. Además evalúa los aspectos psicológicos y del entorno del paciente. Si se precisa realiza EKC, determina la TA, peso y talla al paciente, determinando el índice de masa corporal, y determina los perímetros metabólicos, también debe evaluar la condición física del paciente y enfermedades asociadas o tratamientos médicos y, sobre todo, la preparación psicológica para la cirugía (ansiedad, miedos).

Los diagnósticos enfermeros preoperatorios incluyen (66): 1) ansiedad relacionada con la experiencia quirúrgica (anestesia, dolor) y el resultado de la cirugía; 2) miedo en relación a la potencial agresión de la cirugía y, 3) déficit cognitivo de los procedimientos preoperatorios y protocolos, así como de las expectativas postoperatorias.

Las intervenciones de enfermería determinadas por estos diagnósticos incluyen: 1) reducción de la ansiedad preoperatoria (intervención psicosocial e intervención educativa preoperatoria); 2) disminución del miedo: intervención psicosocial; 3) proporcionar educación al paciente, y 4) monitorización y manejo de las potenciales complicaciones: identificación y documentación de los factores predisponentes a las mismas.

Además, el personal de enfermería debe considerar la atención a las necesidades de los familiares, proporcionando una exhaustiva explicación sobre el periodo postoperatorio y las necesidades del paciente que pueden ser atendidas por su familia.

También enseña los cuidados prequirúrgicos y, en definitiva, establece una relación con el paciente que continuará con su recepción en el área quirúrgica y acabará en el segundo control postquirúrgico, ya en la consulta externa. En esta intervención educativa inicial, el personal de enfermería da respuesta al déficit de conocimientos que el paciente/familiar plantea en relación a la cirugía, anestesia, circuito de CMA y cuidados al alta, logrando disminuir el temor y ansiedad ante la cirugía.

Esto hace que la aplicación de un listado preoperatorio de elementos críticos que deben ser verificados previo a la cirugía sea fundamental para el manejo del personal de enfermería en la consulta de CMA, y de ahí la introducción del protocolo de *check list* preoperatorio en la intervención del personal de enfermería de CMA que se muestra en el Anexo 1 y que es de aplicación sistemática, incluyendo además la evaluación de la clase social y el estatus laboral del paciente a fin de adecuar la comunicación/comprensión con el paciente y cuidadores.

El objetivo es que, en esta fase, la información personalizada y un soporte educacional al paciente/familiar, tanto por escrito (Anexo 2) como oral, se traduzcan en eficiencia del trabajo enfermero, consiguiendo un grado óptimo de confianza en la unidad, además de que al extremar la adecuada selección de pacientes, garantizando las condiciones ideales para la cirugía, disminuyan los ingresos innecesarios no planeados o las suspensiones quirúrgicas. Es fundamental que la intervención educativa preoperatoria y perioperatoria tenga lugar lo más próximo a la fecha de la intervención, pues se ha demostrado que las intervenciones educativas a distancia temporal de la fecha de intervención tienen menor captación por el paciente y familiar. En este sentido, la intervención educativa en el protocolo de investigación tiene lugar aproximadamente 1 semana antes de la intervención, momento en el que el personal de enfermería recibe al paciente en la consulta y después

de verificar toda la documentación administrativa que incluye las autorizaciones de la compañía aseguradora, se repasa la rutina del día de ingreso (fecha, hora de ingreso, lugar de presentación, periodo de dieta preoperatoria, medicación a suspender o a administrar) y se administra al paciente y familiar toda la información perioperatoria y postoperatoria.

Cuidados perioperatorios, postoperatorios inmediatos (URPA), control de calidad en la seguridad del paciente postquirúrgico en URPA

La recepción en el quirófano del paciente, la asistencia perioperatoria y postoperatoria inmediata son función del personal de enfermería en el protocolo de investigación analizado.

La evaluación de la probabilidad de alto riesgo de náuseas y vómitos postoperatorios mediante la escala de Apfel (67) inicia la actividad perioperatoria del personal de enfermería.

La utilización de un registro estandarizado de cuidados y valoración sintomática, como el que se muestra en el Anexo 3, son fundamentales para monitorizar y mantener la máxima seguridad del paciente en el periodo perioperatorio y postoperatorio inmediato en la URPA, facilitando la realización de las actividades de enfermería de forma planeada y secuencial. Este registro nos permite evaluar la Calidad de la práctica Clínica y de las Actividades de Enfermería, en cuanto a la seguridad perioperatoria del paciente en URPA, y la adecuada evolución del paciente así como su adecuación para el alta de la unidad. Este protocolo está basado en las escalas de recuperación postoperatoria de Aldrete y Chung (68,69), y nos permite monitorizar la recuperación del paciente y determinar su paso a fases de recuperación más avanzadas.

La recuperación postquirúrgica (68-71) es un proceso continuo que se entrelaza con el final de los cuidados intraoperatorios, e implica la vuelta a la normalidad fisiológica de los pacientes permitiendo que abandonen el hospital y sean cuidados por un familiar. Se divide en 3 fases.

- Recuperación temprana desde el final de la anestesia hasta la recuperación de reflejos y función motora: normalmente se lleva a cabo en la unidad de recuperación postanestésica (URPA) con enfermería entrenada en estos cuidados.
- En la siguiente fase, transferencia a la sala de CMA, se utiliza el score de Aldrete.
- La fase final es la recuperación domiciliaria.

La enfermería de la sala de CMA da de alta a los pacientes cuando cumplen los criterios de alta específicos, para lo que se utiliza el PADS (Postanaesthesia Discharge Scoring System) (8-71), que incluye: TA y frecuencia de pulso normales, deambulación no asistida, ausencia de náuseas o vómitos, dolor ausente o mínimo, heridas estancas sin manchado de apósitos (total de puntuación 10) o bien el protocolo de puntuación elaborado por el ICAD (Anexo 3) y la guía que se incluye en el Anexo 4.

Continuidad de cuidados enfermeros en CMA: intervención educativa postoperatoria prealta

La intervención educativa prealta de los pacientes de CMA tienen como objetivo: 1) maximizar el nivel de autocuidado; 2) resolver posibles dudas surgidas en el postoperatorio inmediato; 3) aumentar la seguridad y confianza del paciente en su domicilio garantizando una asistencia sanitaria personalizada y continuada; 4) minimizar la aparición de complicaciones aumentando la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones prescritas, y 5) minimizar el número innecesario de visitas al servicio de urgencias y/o atención primaria.

La administración de instrucciones postoperatorias escritas (como se incluyen en el Anexo 5) que contemplen todas las necesidades del paciente, desde alimentación, cuidado de heridas, actividad a realizar y, sobre todo, un número de contacto telefónico de urgencia y especificar qué hacer en caso de emergencia es fundamental. El personal de enfermería debe verificar en la intervención educativa prealta la adecuada comprensión del paciente/cuidador de las instrucciones.

En esta fase es fundamental la selección de pacientes para la llamada postoperatoria de control telefónico, bien a las 22 horas del mismo día de la intervención, bien a las 24 horas de la misma o, si se precisa añadir un nuevo control, a las 48 horas. Mediante un sencillo cuestionario, ya protocolizado, se recaba información vía telefónica acerca del estado general del paciente, se comprueba el seguimiento de las recomendaciones postquirúrgicas recibidas al alta, se detectan posibles incidencias secundarias a la intervención y se resuelven dudas que hayan podido surgir durante las primeras horas. La mayoría de las incidencias registradas en los controles telefónicos están directamente relacionadas con la intervención y la existencia de dudas acerca del tratamiento y/o recomendaciones postquirúrgicos.

La identificación de los pacientes en los que se haría necesario un control telefónico suplementario se realiza en base a criterios clínicos y científico-técnicos o mediante la identificación de pacientes con déficits de procesamiento-comprensión de órdenes o cuidados, o en aquellos que, por condicionantes sociales o de comprensión, existan dudas en referencia al manejo de polifarmacia, dieta, actividad o cuidados básicos de las heridas.

En el grupo del protocolo de investigación no se realizó el control telefónico en ninguna de sus variantes, pues dentro de los objetivos secundarios del estudio se pretendió determinar si la intervención enfermera era capaz de suprimir la necesidad de la llamada postoperatoria al completar la formación de autocuidados del paciente-cuidador.

Continuidad de cuidados enfermeros: control en consulta externa

Seguimiento temprano a las 72 horas: conocer la información de las primeras 72 horas tras la intervención consigue

optimizar la calidad de los cuidados recibidos, propiciar una asistencia continuada y favorecer la independencia y pronta recuperación domiciliaria de los pacientes.
En el primer control postoperatorio el paciente recibe la encuesta de calidad postoperatoria (Anexo 6) para su ulterior entrega 7 días después en la consulta, cuando se realice el segundo control postoperatorio.

De resultas de la introducción de la enfermera de CMA, las diferentes actividades que componen el proceso de CLA varían, como se muestra en la Tabla I.

Encuesta de satisfacción

El cuestionario utilizado en el protocolo de investigación fue el mismo que se utilizó en el estudio piloto del 2002 (24) y en el grupo control de 400 pacientes utilizado con fines comparativos, pero ampliado en cuestiones de calidad percibida/satisfacción, y que a partir de ahora denominaremos con el acrónimo de ICAD15, que se muestra en el Anexo 6. Dicho cuestionario está basado en el SUCMA14, publicada por García Fernández y cols. (1), y se diferencia de éste en que tiene un mayor número de ítems relacionados

TABLA I

RESUMEN DE MODIFICACIÓN DEL PROCESO CLA CON LA INTRODUCCIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA Y ACTIVIDAD ENFERMERA DE CMA

ACTIVIDAD DEL PROCESO	GRUPO CONTROL	GRUPO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
Historia clínica, diagnóstico, solicitud de exámenes complementarios y preoperatorios, entrega del consentimiento informado	Especialista	Especialista
Recepción y revisión del examen preoperatorio Recepción y revisión del consentimiento informado Realización del *check list* preoperatorio Ajuste de la fecha de intervención Preparación preoperatoria	Especialista	Personal de enfermería de CMA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA PRE Y PERIOPERATORIA	No realizada	Personal de enfermería de CMA
Recepción hospitalaria día intervención	Administrativa	Administrativa
Recepción en área quirúrgica-quirófano	Anestesista	Personal de enfermería de CMA
Asistencia perioperatoria e intraoperatoria	Personal de enfermería	Personal de enfermería de CMA
Asistencia perioperatoria postoperatoria (URPA)	Anestesista Cirujano Auxiliar	Personal de enfermería de CMA
Asistencia postoperatoria en planta de hospitalización	Personal de enfermería de planta	Personal de enfermería de CMA
INTERVENCIÓN EDUCATIVA POSTOPERATORIA	No realizada	Personal de enfermería de CMA
Administración de documentación de alta, instrucciones postoperatorias, hoja de citaciones en consulta externa	Especialista	Personal de enfermería de CMA
ALTA HOSPITALARIA	Especialista	Especialista Personal de enfermería de CMA
PRIMERA REVISIÓN EN CONSULTA EXTERNA 72 h/ ENTREGA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	Especialista	Personal de enfermería de CMA
SEGUNDA REVISIÓN EN CONSULTA EXTERNA 10º DÍA POSTOPERACIÓN RECEPCIÓN Y REVISIÓN ENCUESTA REVISIÓN CLÍNICA REVISIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	Especialista	Personal de enfermería de CMA
TERCERA REVISIÓN CONSULTA EXTERNA DÍA 35 POSTOPERATORIO	Especialista	Especialista

con la calidad científico-técnica (efectos secundarios del procedimiento anestésico-quirúrgico), además de incluir los ítems de evaluación de calidad subjetiva.

La encuesta, como en estudios previos de calidad asistencial en CMA (72,73), incluye variables de calidad científico-técnica con preguntas cerradas, en las que con preguntas dicotómicas o bien con gradación negativa decreciente o positiva creciente tipo Lickert (74) evalúan la incidencia de complicaciones postoperatorias, incluyendo hemorragia, infección, necesidad de atención urgente domiciliaria, hospitalaria y otras variables de calidad asistencial y percibida.

Tanto el cuestionario SUCMA14 como el ICAD15 determinan 3 dominios o áreas principales de satisfacción: satisfacción con la atención recibida, con la técnica de intervención por CMA (es decir, la modalidad asistencial ambulatoria) y con el seguimiento postoperatorio. Incluyen (Mira y cols.) los denominados ítems de calidad percibida subjetiva (trato y cuidado, comunicación y accesibilidad, ambiente y confort) y los ítems de calidad percibida objetiva, como la información preoperatoria (75), además de los criterios predictivos externos que pueden ser utilizados como variables dependientes de análisis, utilizando la puntuación de la encuesta, bien global bien por ítems, como variables independientes para, mediante análisis de regresión logística o con técnica de correlación de Spearman, determinar las variables de mayor peso en la satisfacción de los pacientes que incluyen:

- Satisfacción global obtenida (nada satisfecho, poco, satisfecho o muy satisfecho).
- Consideración del paciente de recomendar el hospital a familiares o amigos (nunca, tengo dudas, sin dudarlo).
- Consideración del paciente sobre si la duración de su estancia en el hospital ha sido adecuada (sí/no) (consideración sobre la modalidad ambulatoria del procedimiento).

La encuesta utilizada por nuestro grupo no se sometió a análisis de fiabilidad por ser una encuesta descriptiva y reducida (72), además de porque al analizar datos cualitativos se asume que cierto grado de variabilidad en las encuestas está presente (76) y, sobre todo, porque comparte con el SUCMA14 casi todos los ítems de ésta, y ésta sí fue previamente validada por sus autores.

Metodología y encuesta

La encuesta de calidad es una encuesta entregada en mano en el primer control postoperatorio del paciente a las 72 horas de la intervención. Es autocumplimentada, recibida en mano con complemento informativo a demanda por el paciente si lo precisa o requiere, anónima en términos de identificación del soporte de papel de la misma. La encuesta es recogida en el segundo control postoperatorio el 10º día tras la intervención. Al tiempo de su entrega, el personal de enfermería de CMA verifica su completa cumplimentación y solicita información del paciente en el caso de no existir contestación a algún ítem. Si el paciente no ha deseado contestar a la pregunta, ésta se deja en blanco; si, por el contrario, la causa de no contestación ha sido un problema de comprensión, el personal de enfermería de CMA aclara éste y consigna la respuesta del paciente. Al final de la revisión de la encuesta por el personal de enfermería, si el paciente no había escrito nada en el cuadro de comentarios o sugerencias, el personal de enfermería insistía en solicitar algún comentario para transcribirlo, al objeto de poder expandir el aspecto cualitativo de la encuesta. Las preguntas abiertas se agruparon en categorías en un proceso de análisis cualitativo independiente.

El entrenamiento del personal de enfermería como encuestador incluyó varias sesiones de entrenamiento acerca de cómo enfrentar las posibles situaciones de distorsión de respuesta en cada ítem de la encuesta con el fin de evitar sesgos adicionales.

La encuesta era anónima, pues no incluye ningún dato de identificación del paciente, aunque se incluía en la documentación la historia clínica con el fin de sustentar futuras investigaciones clínicas.

Recogida de información. Análisis estadístico

Las encuestas fueron ulteriormente registradas en una hoja de cálculo (Excel 2010), exportada a una hoja de Excel 97-2003 para el procesamiento estadístico mediante el programa SPSS versión (11). El registro anónimo de los datos de la encuesta de calidad fue realizado por la Dra. Consuelo Arnal Bertomeu (especialista en Anestesiología). En la base de datos de Excel sólo figuraba como identificador el número de la historia clínica del paciente, incluyéndose los datos demográficos, sociolaborales y de nivel de estudios de los pacientes. El análisis estadístico fue llevado a cabo por el Dr. Manuel Planells Roig, especialista en CGAD y Doctor en Medicina y Cirugía, profesor asociado de la Universidad Católica de Valencia.

Los datos se expresaron en forma de porcentajes y el análisis estadístico entre los dos grupos se realizó mediante el test de la Chi cuadrado, considerándose un resultado significativo cuando la p fue menor de 0,05.

Protocolo de investigación. Comisión de investigación y ética del Hospital Quirón

El protocolo de investigación obtuvo el pertinente permiso de la comisión de investigación, ética y calidad asistencial del Hospital Quirón, aunque al tratarse de un estudio de mejora y control de calidad no precisaba de dicha autorización, pues no incluía intervenciones médicas, terapéuticas o diagnósticas en la modificación de proceso analizada.

Búsqueda de bibliografía

La búsqueda bibliográfica incluyó las siguientes bases de datos: OVID, Cinahl, CUIDEN de la Fundación Index y de Medline y Medline subset Nursing, con la siguiente estrategia de búsqueda que incluyó los descriptores siguientes:

- Palabras clave y descriptores: satisfacción, cirugía ambulatoria, cirugía sin ingreso, patient satisfaction, ambulatory surgical procedures, satisfacción del paciente, experiencia perioperatoria, same-day-surgery, ambulatory surgery, customer satisfaction, pacient perception, identificación de intervenciones de enfermería dirigidas a optimizar el éxito (calidad) de la CLA.

- Estrategia de búsqueda:

    1. Término de búsqueda: CL, colecistectomía.
    2. Término de búsqueda: procedimientos quirúrgicos ambulatorios.
    3. Término de búsqueda: cuidados preoperatorios.
    4. Término de búsqueda: cuidados perioperatorios.
    5. Término de búsqueda: cuidados postoperatorios.
    6. Término de búsqueda: educación del paciente (patient education).
    7. Limited to: English-language studies, human studies.

- Los operadores booleanos (and, or, not) se utilizaron para unir las palabras clave.

- Los artículos en texto completo se obtuvieron a través de OVID, PubMed o bien Science Direct si fueron de acceso gratuito; en caso contrario se solicitaron a la biblioteca de la Facultad de Medicina de Valencia.

Criterios de inclusión

Los estudios que se incluyeron en la revisión sistemática sí reunieron los siguientes criterios: pacientes sometidos a CL, uno de los parámetros de resultado incluye la satisfacción de los pacientes en cualquiera de los aspectos del proceso, la variable primaria de análisis incluye la satisfacción del paciente y como variables secundarias la incidencia de efectos secundarios (dolor, náuseas, vómitos, estancia postoperatoria).

Los artículos fueron seleccionados en base a una *check list* de revisión sistemática de la literatura al objeto de asignar relevancia a los estudios consultados que se muestra a continuación:

- Autor.
- Año.
- Núm. registro.
- Puntuación relevancia.
- Pacientes (adultos sometidos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria).
- Intervención enfermera (actividad o intervención [comunicación, cuidados, educación]).
- Variable de resultado analizada (calidad científico-técnica y/o percibida).
- Tipos de estudio (cualitativo o cuantitativo).
- Elegido: sí / no. Causa de exclusión.
- Escritos en lengua inglesa o española.

Criterios de exclusión

Los estudios excluidos lo fueron por alguna de las siguientes causas: series de colecistectomía abierta, series de colecistectomía laparoscópica con hospitalización, estudios publicados en lengua no inglesa o castellana.

Selección de artículos

Se incluyeron aquellos de lengua inglesa o castellana con abstract o full text que cumplieran los requisitos indicados más arriba. Los estudios consultados y no incluidos fueron registrados indicando las causas de su exclusión.

Datos seleccionados de los artículos

Se incluyeron: autores, año de publicación, número de casos incluidos en el estudio, características de los pacientes, intervención analizada, variables de resultado analizadas, resultados con/sin comparación y conclusiones.

Calidad de los estudios incluidos

En los casos de estudios RCT se utilizó el score de Jadad (77) si < 3 se excluye el estudio.
En el Anexo 7 se muestran los resultados principales resumidos de la búsqueda bibliográfica junto a varios ejemplos de la búsqueda.

RESULTADOS

Variables demográficas de los pacientes analizados

En la Tabla II se muestran las variables demográficas y clínicas de los pacientes del grupo control analizado, que englobó 504 pacientes atendiendo a la modalidad de intervención ambulatoria *versus* estancia *overnight* o ingreso no esperado.

La distribución por edad, sexo, obesidad, clasificación de riesgo quirúrgico ASA y antecedentes de patología biliar fue similar en los 3 grupos, sin alcanzar diferencias significativas, motivo por el cual se excluyeron estos factores del análisis.

TABLA II

VARIABLES DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ANALIZADOS

VARIABLE	AMBULATORIO	NO AMBULATORIOS
Edad (media/DE)	53,1 (14,5)	57,54 (14,1)
Proveedor sanitario	Privado n = 240	Público n = 264
Sexo: Varón/Hembra	110 (24,6)/338 (75,4)	19 (33,9)/37 (66,1)
Obesidad IMC > 25	204 (46,4)	31 (55,3)
ASA I/II/III e	252 (56,3)/183 (40,8)/13 (2,9)	29 (51,8)/21 (37,5)/6 (10,7)
Categoría clínica: – **Dispepsia/Cólico hepático** – **Colecistitis/Pancreatitis** – **Ictericia obstructiva**	 89 (19,9)/306 (68,3) 24 (5,4)/22 (4,9) 7 (1,6)	 7 (12,5)/35 (62,5) 7 (12,5)/5 (8,9) 2 (3,6)

TABLA III

GRUPOS DE ANÁLISIS

GRUPO	GRUPO CONTROL n = 404	ENFERMERÍA CMA/ GRUPO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN n = 148	GRUPO ENSAYO PILOTO (24) n = 75
Proveedor sanitario	Mixto	Compañías aseguradoras	Público AVS
Interacción enfermeria	Administrativa	Intervención enfermera global	Administrativa
Llamada a las 22 horas	No	No	Sí

Grupos de análisis

Los 3 grupos analizados se diferencian en el tipo de interacción de enfermería, en el proveedor sanitario (origen de los pacientes) y en la realización o no de la llamada de control a las 22 horas del día de la intervención, como se muestra en la Tabla III.

Resultados de la encuesta en los 3 grupos analizados

En las tablas de los siguientes apartados se muestran los resultados obtenidos en los 3 grupos analizados. Los ítems en negrita se corresponden con aquellos que comparte el ICAD15 con el cuestionario SUCMA14 (1,73).

Los resultados se muestran en porcentajes y el análisis estadístico realizado corresponde al comparativo del grupo enfermería de CMA, correspondiente al protocolo de investigación utilizando como grupo de comparación el grupo control de 404 casos.

Área de calidad científico-técnica / Proceso de CMA (Tabla IV)

En el área de calidad científico-técnica cabe destacar que existe una significativa variación en la incidencia de omalgia entre el grupo del protocolo de investigación (47,3) *versus* 57,5 % en el grupo control (p = 0,041). Dicha diferencia, no cabe duda, es debida a la intervención enfermera que permite diferenciar y ajustar correctamente la sintomatología de la omalgia, separándola de otros síntomas de dolor postoperatorio.

Existe un aumento en la incidencia de sangrado de heridas, así como de dolor abdominal y de dolor en las heridas de los trócares respecto al grupo control, al igual que con el grupo de ensayo piloto. Cabe atribuir este incremento a que la intervención enfermera permite reafirmar a los pacientes en los síntomas que han percibido, además de que el umbral de existencia de la condición de dolor sea mayor en la enfermera que en los propios pacientes, pues es posible que en el grupo control y de proyecto piloto, al no existir el

TABLA IV

ÁREA DE CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA / PROCESO DE CMA

ÍTEM DE ANÁLISIS	GRUPO CONTROL n = 404	GRUPO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN / ENFERMERÍA CMA n = 148	Chi S	p	GRUPO PILOTO n = 75
Omalgia + Omalgia -	57,5 42,6	**47,3** 52,0	5,5	**0,041**	ND
Sangrado heridas Sí/No	0,7/99,3	**6,1**/93,2	17,3	**0,001**	0,0
Fiebre postop. +/-	5,9/93,8	3,4/96,6	1,8	0,404	4,0/96,0
Dolor heridas trócares + / -	43,3/56,4	**64,9**/33,8	27,1	**0,001**	39,0/61,0
Dolor abdominal +/-	39,9/59,9	**53,4**/44,6	17,7	**0,001**	18,7/81,3
Náuseas + / -	23,5/76,2	29,1/69,6	4,4	0,111	24,0/76,0
Vómitos +/-	9,7/90,1	8,1/91,2	0,8	0,656	12,0/88,0
Al llegar a su domicilio se encontraba adormilado Sí/No	39,4/59,9	**14,9**/85,1	31,3	**0,001**	34,7/65,3
Al llegar a su domicilio se encontraba mareado Sí/No	32,2/67,6	**20,9**/79,1	7,1	**0,022**	34,7/65,3
Al ser dado de alta se sentía inestable al deambular Sí/No	26,0/73,8	**43,9**/56,1	16,6	**0,001**	17,3/82,7
Al llegar a mi domicilio me encontré como si no me hubieran operado Sí/No	32,2/67,6	29,1/70,3	1,00	0,606	

feed back de la enfermera, tanto el dolor abdominal como el sangrado de las heridas pudieran ser infraestimados por los pacientes al rellenar las encuestas.

No ha habido variaciones en la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios, aunque con mayor incidencia de náuseas en el grupo del protocolo de investigación, pero que no ha alcanzado significación estadística.

Sí que hay una considerable diferencia en la condición en la que el paciente llega a su domicilio, con una menor incidencia (14,9 y 20,9 %) de efectos residuales del procedimiento anestésico (adormilado p = 0,001, mareado p = 0,022) en comparación con el grupo control (39,4 y 32,2 %) y el del estudio piloto (34,7 y 34,7 %). Sin haberse modificado los procedimientos anestésicos en cuanto a fármacos utilizados ni protocolos, y sin haberse modificado el tiempo medio de cirugía, estos resultados apuntan a que la intervención enfermera genera mayor nivel de información a los pacientes y estos pueden ajustar su identificación sintomática más correctamente. De hecho, la siguiente cuestión sobre inestabilidad con la deambulación se corresponde con esta hipótesis, ya que ha existido un significativo incremento en este síntoma postoperatorio que alcanza el 43,9 en el grupo de protocolo de investigación en comparación con un 26,0 % en el grupo control y un 17,3 en el grupo de estudio piloto (p = 0,001). Nuevamente, este resultado apunta a que la intervención enfermera y el *feed back* en la entrega de la encuesta permiten ajustar con mayor propiedad a los pacientes los síntomas o percepciones que han tenido en el postoperatorio, manteniendo el criterio de la enfermera como de control de calidad independiente al equipo quirúrgico.

Area de seguimiento / Control post-alta (Tabla V)

En el área de seguimiento y control post-alta es donde más se evidencia la efectividad de la intervención enfermera en el protocolo de investigación, pues la gran cantidad de información clínica y de autocuidados que aporta la intervención educativa de la enfermera de CMA genera que en los pacientes en el grupo de protocolo de investigación aumente el porcentaje de estos en los que encuentran defectos en el folleto de instrucciones postoperatorias tanto en la exhaustividad de los síntomas postoperatorios que pueden presentar (9,5 % grupo protocolo de investigación *versus* 2,2 en grupo control, p = 0,001) como en la claridad o estimación de adecuación del mismo (3,4 en grupo protocolo de investigación *versus* 1,0 en grupo control, *p = 0,010*). Por tanto, el suplemento de información deriva-

do de la intervención enfermera permite a los pacientes estimar que las instrucciones postoperatorias son incompletas en mayor porcentaje.

Sin embargo, la incidencia de necesidad de comunicación con el médico de urgencias no se ha visto modificada, pero sí la necesidad de asistencia en un servicio de urgencias (0,7 en grupo de protocolo de investigación *versus* 2,2 en grupo control, p = 0,013), así como la necesidad de anticipar la visita en consulta (1,4 % en grupo protocolo de investigación *versus* 5,9 en grupo control, p = 0,001). Este resultado nos indica la efectividad de la intervención enfermera a nivel educativo que disminuye significativamente la necesidad de asistencia urgente o anticipación en consulta gracias a la independencia de autocuidados de los pacientes generados por su intervención.

Área de consideración / Aceptación de la CMA (Tabla VI)

En el área de consideración de la modalidad ambulatoria en comparación con el abordaje tradicional de CL en ingreso o estancia *overnight* también se evidencia la efectividad de la intervención enfermera. Así, la aceptación del procedimiento ambulatorio "muy bien" o "bien" ser dado de alta el mismo día) alcanza el 81,1 % en el grupo de protocolo de investigación en comparación con un 69,6 % en el grupo control (p = 0,001). Además, la sensación de inseguridad al alta y la consideración de prematuridad en alta fueron significativamente inferiores en el grupo de protocolo de investigación (23,6 y 23,6 %, respectivamente) en comparación con el grupo control (31,9 y 38,9 %, respectivamente), p = 0,024 y 0,001, respectivamente.

TABLA V

AREA DE SEGUIMIENTO / CONTROL POST-ALTA

ÍTEM DE ANÁLISIS	GRUPO CONTROL n = 404	GRUPO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN / ENFERMERÍA CMA n = 148	Chi S	p	GRUPO PILOTO n = 75
El folleto de instrucciones postoperatorias incluye todos los síntomas que ha experimentado Sí/No	97,0/2,2	90,2/**9,5**	16,5	**0,001**	94,7/5,3
El folleto de instrucciones postoperatorias es claro y completo Sí/No	98,3/1,0	85,1/**3,4**	9,4	**0,010**	96,0/4,0
Tuvo necesidad de llamar al médico de urgencias Sí/No	2,7/97,0	1,4/97,3	3,3	0,193	2,7/97,3
Precisó ser asistido en un servicio de urgencias Sí/No	2,2/97,5	**0,7**/96,6	8,7	**0,013**	1,3/98,7
Precisó solicitar consulta anticipada Sí/No	5,9/93,8	**1,4**/94,6	17,2	**0,001**	8,0/92,0

TABLA VI

ÁREA DE CONSIDERACIÓN / ACEPTACIÓN DE LA CMA

ÍTEM DE ANÁLISIS	GRUPO CONTROL n = 404	GRUPO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN / ENFERMERÍA CMA n = 148	Chi S	p	GRUPO PILOTO n = 75
Qué le pareció ser dado de alta el mismo día de la operación					
Muy Bien / Bien	69,6	**81,1**	28,1	**0,001**	79,9
Mal / Muy mal	24,0	9,5			20,1
Se sintió inseguro al alta Sí/No	31,9/62,4	**23,6**/73,0	12,9	**0,024**	36,0/64,0
Ser dado de alta el mismo día de la operación me pareció prematuro Sí/No	38,9/55,4	**23,6**/75,0	18,9	**0,001**	36,0/64,0

Podemos ya concluir que la intervención enfermera de CMA afianza la confianza de los pacientes en el procedimiento ambulatorio, aumentando su aceptación, disminuyendo la inseguridad del postoperatorio domiciliario con autocuidados y considerando adecuado el tiempo de estancia hospitalaria.

Criterios predictivos de satisfacción (Tabla VII)

En términos de calidad percibida o satisfacción, la intervención de enfermería disminuye el porcentaje de pacientes que no volverían a operase en el hospital de un 3,2 en el grupo control a un 1,4 en el grupo del protocolo de investigación (p = 0,047), manteniéndose los porcentajes de recomendación similares, pero disminuyendo el porcentaje de pacientes poco satisfechos/insatisfechos en el grupo de protocolo de investigación (1,58 %) en comparación no sólo con el grupo control (4,11 %) sino también con el mismo grupo de ensayo piloto (5,3 %). Lo que sí queda claro es que el porcentaje de pacientes muy satisfechos/satisfechos supera el 90 % en todos los grupos analizados.

Calidad subjetiva. Grupo protocolo de investigación / Enfermera de CMA (Tabla VIII)

En el análisis de calidad percibida, área de calidad subjetiva, los porcentajes alcanzados de excelencia son evidentes, pues en todas las áreas el grado de consideración como "muy bueno" o "bueno" supera el 85 % de los encuestados.

Análisis cualitativo

Dentro de la parte de texto libre para expresar sus consideraciones los pacientes se han recogido un total de 22 comentarios en el último periodo que incluyen los ítems que aparecen en la Tabla IX.
Por tanto, y pese a la insistencia de la enfermera de CMA, sólo un 14,8 % de los pacientes han ampliado su visión del proceso en el área de comentarios, sugerencias, resultando en todos los casos en aspectos negativos, siendo el más significativo de ellos el dolor en la herida del trócar umbilical. Este hecho es posiblemente imposible de mejorar, ya que depende en el punto final del tamaño de los cálculos de la vesícula y el grado de obesidad de los pacientes que

TABLA VII

CRITERIOS PREDICTIVOS DE SATISFACCIÓN

ÍTEM DE ANÁLISIS	GRUPO CONTROL n = 404	GRUPO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN / ENFERMERÍA CMA n = 148	Chi S	p	GRUPO PILOTO n = 75
Volvería a operarse en este centro Sí/No	96,5/3,2	96,6/**1,4**	6,1	**0,047**	98,7/1,3
Recomendaría este servicio a familiares/amigos Sí/No	98,8/0,5	96,6/1,4	6,6	0,098	100/0
Su grado de satisfacción global con el servicio prestado es:					
– Muy satisfecho	80,9	80,1	9,33	0,315	86,7
– Satisfecho	14,8	18,4			8,0
– Poco satisfecho	**2,23**	0,74			**5,3**
– Insatisfecho	**1,98**	0,74			0,0

TABLA VIII

CALIDAD SUBJETIVA. GRUPO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN / ENFERMERÍA DE CMA

ÍTEM DE ANÁLISIS	NO CONTESTA	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	INSUFICIENTE
Información preoperatoria	7 (4,7)	100 (67,6)	39 (26,4)	2 (1,4)	0
Trato y cuidado recibido	3 (2,0)	116 (78,4)	29 (19,6)	0	0
Comunicación y accesibilidad	3 (2,0)	106 (71,6)	37 (25,0)	1 (0,7)	1 (0,7)
Ambiente y confort	15 (10,1)	81 (54,7)	50 (33,8)	2 (1,4)	

TABLA IX

ANÁLISIS CUANTITATIVO

ÍTEM REFERIDO	NÚMERO DE CASOS
Resalta puntuación sobre el servicio de sobresaliente	1
Episodio de dolor cólico y vómitos	1
Persistencia de síntomas preoperatorios	1
Muy contento por el trato recibido	1
Los asientos de los acompañantes son incómodos	1
Naúseas postoperatorias	1
Omalgia	3
Hinchazón del abdomen	1
Dolor en la herida del trócar umbilical	10
Falta personal de enfermería en la planta	1
El alta el mismo día me pareció muy mal por falta de seguridad	1

condicionan la extensión de la herida umbilical.

Determinación de puntos débiles y áreas de mejora

Los resultados obtenidos en la encuesta permiten detectar áreas de mejora de prioridad alta, intermedia o baja, en función del porcentaje positivo alcanzado en cada ítem (Tabla X).

DISCUSIÓN

La filosofía subyacente en la cirugía sin ingreso o Cirugía Mayor Ambulatoria de trasladar la atención de los pacientes del hospital a su casa tiene un visionario predecesor teórico en la enfermería, cuando Florence Nightingale vaticinó con sus palabras que "el destino último de la enfermería es el cuidado del enfermo en su domicilio, pero es inútil aún hablar del año 2000".

Durante la última década, el número y complejidad de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios no para de crecer, incluyendo la colecistectomía laparoscópica (6), estimulado por compañías aseguradoras y agencias de salud al convertir el proceso en más eficiente, con un menor coste y favorecido por los avances en la cirugía laparoscópica, la anestesia (anestésicos con mínimos efectos secundarios, mascarilla laríngea) y el control farmacológico del dolor y las náuseas y vómitos postoperatorios (7).

Sin embargo, su desarrollo y expansión dependen de la aceptación del procedimiento ambulatorio por el paciente, el cumplimiento de sus expectativas y, en definitiva, con el grado de satisfacción obtenido con la CMA, por lo que es mandatorio conocer la experiencia del paciente y su traducción tanto cuantitativa como cualitativa en términos de satisfacción (13).

La problemática de la actividad de enfermería y la intervención educativa de la enfermería en la CMA

Los cambios organizativos en los cuidados quirúrgicos de la CMA requieren que los pacientes sean responsables de su autocuidado antes, después de la cirugía, y en el periodo de recuperación y convalecencia domiciliaria (78).

Debido a múltiples factores, incluyendo sobre todo la ausencia de una práctica clínica basada en la evidencia, los cuidados de enfermería tienden a mecanizarse y dirigirse únicamente a la eficiencia productiva, asegurando tan sólo el cumplimiento horario de la actividad del quirófano y del programa quirúrgico, lo que conlleva que el tradicional enfoque de enfermería centrado en el paciente se extinga. En la CMA, los tiempos reducidos de estancia generan que los aspectos psicosociales del cuidado se reduzcan drásticamente, adquiriendo una relevancia muy marginal y afectando negativamente a la comunicación efectiva con los pacientes, lo que degenera en una disminución en la satisfacción de los mismos y en un ambiente de cadena de producción en el que la productividad, el coste efectividad y la eficiencia son los nuevos objetivos principales que constriñen la capacidad y el desarrollo profesional de las enfermeras para dar los cuidados profesionales adecuados (50).

La actividad de la enfermera en la CMA incluye, entre otras actividades, la provisión de información en relación a:

- Espera a la cirugía (tiempo de espera preoperatorio). Debe considerarse que los tiempos de espera suponen un factor fundamental de ansiedad para los pacientes en espera de cirugía ambulatoria. La enfermería de sala de CMA y la perianestésica y sus intervenciones educativas en los pacientes disminuyen la insatisfacción generada por la espera y el estrés asociado a la misma, siendo éste su papel fundamental, ya que, en general, los pacientes asocian satisfacción con el respeto que las enfermeras demuestran por sus necesidades (79).
- Tipo de anestesia a recibir y procedimiento a realizar.
- Planificación del alta previa estimación de la adecuación de la misma mediante el Post Anaesthetic Discharge Scorig System (PADSS) (69-70), u otro sistema apropiado, y control postoperatorio incluyendo llamada telefónica, visita domiciliaria o control en consulta de enfermería especializada (80,81).
- La educación en el preoperatorio del paciente por enfermeras especializadas contribuye a la satisfacción de los pacientes en relación al pre-, peri- y postoperatorio, pues genera una consideración holística del proceso. De igual forma, el alta y

TABLA X

DETERMINACIÓN DE PUNTOS DÉBILES Y ÁREAS DE MEJORA

ÁREA	PRIORIDAD ALTA (< 70 %)	PRIORIDAD MEDIA (71-80 %)	PRIORIDAD BAJA (> 81 %)
Calidad científico-técnica			
Incidencia de omalgia	**52 %**		
Sangrado de heridas			93,2 %
Fiebre			96,6 %
Dolor heridas trócares	**33,8 %**		
Dolor abdominal	**44,6 %**		
Náuseas	**69,6 %**		
Vómitos			91,2 %
Adormilado			85,1 %
Mareado		**79,1 %**	
Inestabilidad de ambulación	**56,1 %**		
Área seguimiento control postoperatorio			
Información escrita adecuada			90,2 %
Información escrita inteligible			85,1 %
Asistencia urgente domiciliaria			97,3%
Asistencia urgente hospitalaria			96,6%
Consulta anticipada			94,6%
Área ambulatorización			
Aceptación ambulatorización			81,1 %
Inseguridad		**73,0 %**	
Prematuridad		**75 %**	
Criterios predictivos de satisfacción			
Satisfacción global (MS/S)			98,5 %
Volvería a elegir este centro			96,6 %
Recomendaría a familia/amigos			96,6 %
Área de calidad subjetiva			
Información preoperatoria			93,7 %
Trato y cuidado recibido			98 %
Comunicación y accesibilidad			96,6 %
Ambiente y confort			88,5 %

el plan de cuidados debería ser administrado de forma rutinaria por éstas, pues se ha demostrado en estudios cualitativos sobre la experiencia de los pacientes en relación a los planes de alta un sustancial beneficio cuando éste es administrado y planificado por la enfermería (82), hecho confirmado con los resultados del protocolo de investigación desarrollado.

Además, la actividad del personal de enfermería en CMA también incluye la monitorización de la calidad asistencial y percibida por los pacientes en relación al proceso y a los cuidados de enfermería, pues permite evaluar la trayectoria de recuperación y los cuidados recibidos durante su ingreso. En el registro de actividad es necesario incluir la necesidad

de información adicional requerida por el paciente sobre cualquier aspecto de sus autocuidados mediante términos cualitativos, e incluir todos los ítems en relación a los mismos como dolor, náuseas, vómitos, heridas, nivel de actividad, manejo del dolor postoperatorio, nivel de asistencia domiciliaria que precisa, nivel de ansiedad y grado de satisfacción con los cuidados recibidos. Pero todo esto requiere la disponibilidad de enfermería con experiencia, formación, entrenamiento y, sobre todo, una considerable cantidad de tiempo para ello. Si además podemos incluir mediante encuestas cualitativas (preguntas abiertas) la percepción de los pacientes en relación a que ha sido lo más importante para el paciente en su estancia postquirúrgica y al alta, podremos mejorar los autocuidados, la calidad asistencial y, sobre todo, aumentar la seguridad de los pacientes (78).

El personal de enfermería con frecuencia detectan que el paciente es dado de alta antes de haber sido adecuadamente educado, pues el recambio constante de pacientes en las unidades de CMA es muy rápido, constituyendo en sí mismo el mayor obstáculo a la intervención educativa: la propia mecánica de proceso de la cirugía sin ingreso. La información educativa debe ser progresiva, no rápida ni apabulladora, ya que tanto los pacientes como familiares pueden estar influenciados por factores que limitan en tiempo su capacidad de aprendizaje y de procesamiento de la información, tanto en la fase preoperatoria (horario de trabajo, requerimientos familiares, etc.), como en el periodo postoperatorio inmediato en el que los pacientes están ansiosos, recuperando de la anestesia y sufriendo dolor, lo que genera interferencia con su capacidad de comprensión de información clínica compleja (58).

Enfermería y CLA

En el caso de la enfermería en CMA, para el proceso de CLA es mandatorio el desarrollo de mapas de cuidados clínicos (58). Los mapas de cuidados clínicos son planes centrados en los resultados que ofrecen a los profesionales sanitarios: la posibilidad de aumentar la calidad asistencial, disminuyendo los costes o el uso de recursos. Así, disminuyen la estancia, los tiempos de servicio, mejoran la satisfacción del paciente, aumentan la educación de los pacientes, reducen los reingresos y las complicaciones y promueven la estandarización de la práctica clínica. Los mapas de cuidados clínicos se desarrollan por equipos multidisciplinares y son intervenciones de cuidados secuenciales dirigidos a resultados objetivo predeterminados, cuyo uso se ha mostrado útil no sólo en la promoción educativa del paciente sino también sobre su familia, sobre todo si se consigue transformar el mapa de cuidados clínicos en material educativo dirigido a explicar al paciente y su familia paso a paso los requerimiento de cuidados.

En el caso de la colecistectomía laparoscópica, la información destinada al paciente debe ser fácil de leer, visualmente atractiva y, sobre todo, inteligible. El lenguaje debe ser amistoso y debe extenderse incluyendo las expectativas que abarquen desde el preoperatorio hasta, al menos, los 15 días postoperatorios. En este sentido, la medición y el seguimiento de la satisfacción y estado del paciente en su fase de recuperación domiciliaria precisa de un área suficientemente extensa en la encuesta postoperatoria que nos permita obtener información sobre la experiencia de la cirugía ambulatoria en toda su extensión temporal (83), pues debemos tener en cuenta que el porcentaje de pacientes que no aceptan la CLA, y por tanto preferirían la CL en régimen de estancia overnight, es del 20,5 %, a pesar de que la experiencia y satisfacción con el procedimiento de CLA es excelente (muy buena) en el 87,9 % de los pacientes, resultados similares a los obtenidos en el protocolo de investigación, pero con un índice de respuesta muy lejano del 100 % que sólo llega al 68 % de los pacientes (84).

De la calidad y la satisfacción

La calidad de los servicios sanitarios se ha evaluado tradicionalmente mediante los resultados directos e indirectos de la atención sanitaria y, por tanto, desde el punto de vista del profesional sanitario. Sin embargo, es imprescindible incorporar el punto de vista del usuario mediante el análisis de satisfacción (85). La satisfacción del usuario, o calidad percibida, supone una parte relevante en la evaluación y mejora de la calidad asistencial, pues nos indica cuáles son las expectativas y necesidades de los usuarios (75) que permite reorientar el servicio prestado, ya que el paciente no sólo valora el resultado final en términos técnicos, sino también en función de la percepción de cómo ha recibido el servicio y si ha recibido el servicio esperado y como él había esperado (este último incorpora el grado de satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente), lo que transforma en fundamental los criterios de calidad de los usuarios (86).

La calidad percibida incluye 4 elementos: accesibilidad, calidad científico-técnica, relación interpersonal profesional-usuario y la confortabilidad del entorno. Junto a estos, deben también considerarse la información recibida, la competencia profesional, el tiempo de espera, la burocracia, etc.
Sin embargo, la determinación de la satisfacción no es tan fácil como parece (87) pues:

1. Una opinión es algo subjetivo; es difícil de cuantificar.
2. No existe una relación lineal entre satisfacción e insatisfacción. Por ejemplo, la calidad del proceso-procedimiento o la competencia profesional no producen satisfacción cuando está presente, pero su ausencia sí produce insatisfacción (1). Por el contrario, en el caso de las expectativas no esperadas, su ausencia no genera insatisfacción, pero su presencia genera una enorme satisfacción.
3. Existen numerosos problemas metodológicos en cuanto a las variadas posibilidades de la utilización y tipo de

encuestas (número de ítems, momento y lugar de administración de los cuestionarios, etc.).
4. La construcción y el desarrollo de estos instrumentos de medida son muy complejos.

Los investigadores en calidad asistencial coinciden en definirla como la satisfacción de las necesidades de los pacientes, en función de las expectativas que estos tenían sobre el servicio, y de la percepción de estos (88) o, lo que es lo mismo, como el conjunto de propiedades y características de un servicio que le confieren la capacidad para satisfacer las necesidades implícitas o explícitas de los usuarios, cubriendo éstas con efectividad y eficiencia.

No es lo mismo calidad que satisfacción. La calidad se relaciona con el valor y la calidad del servicio y se define como lo mejor en sentido absoluto, que conduce a la excelencia o máxima calidad posible. Por el contrario, la satisfacción comprende el cumplimiento de las expectativas de los usuarios o consumidores, es decir, los factores subjetivos, como los juicios de las personas receptoras del servicio, lo que presupone erróneamente en el mundo sanitario conocer qué es lo que se valora del servicio por el usuario. Conocer los determinantes de satisfacción es extremadamente difícil, pues por un lado las expectativas son muy variables y, por otro, los usuarios no conocen de antemano qué es lo que deben esperar del servicio debido a que su cultura sobre el proceso al que se someten es mínima, o en muchas ocasiones errónea (cultura familiar, vecinal, enfermería, médico de primaria, etc.) (44).

En el caso de la calidad de servicio, la actitud y el comportamiento del usuario nos define la satisfacción respecto al servicio prestado, ya que ésta es consecuencia de los sentimientos generados por la experiencia como usuario o cliente, y estos se manifiestan en forma de emociones y estados de ánimo.

En la satisfacción se diferencian varios componentes, que incluyen el proceso y su resultado, la temporalidad, los aspectos cognitivos y los afectivos.

La búsqueda de la máxima calidad global, o de la calidad total, para poder llegar a la excelencia nos enseña que la búsqueda de la calidad no es sino la búsqueda de la satisfacción (89).

Los 3 elementos que conforman la calidad total en los servicios sanitarios incluyen: a) aspectos técnico-instrumentales; b) comunicación, y c) comodidades de la asistencia. Estos 3 se encuentran de forma habitual en los cuestionarios dedicados a medir la calidad asistencial mediante la determinación de la satisfacción del paciente (90).

Por el contrario, algunos autores (91) no admiten incluir la satisfacción dentro de la evaluación de la calidad asistencial basándose fundamentalmente en que: a) los pacientes adolecen de falta de conocimientos científico-técnicos para evaluar la calidad asistencial; b) existe una clara dificultad en que los pacientes puedan tener una opinión objetiva y comprensiva de lo que ocurre, y c) finalmente es difícil definir aquello que los pacientes consideran calidad.

Esto nos lleva al siguiente apartado de la discusión, donde introduciremos un concepto que, aunque intuitivamente se detecta en los artículos revisados, no está claramente definido.

Satisfacción, calidad y la variación del receptor del servicio, el paciente-usuario-cliente (PUC)

Debemos considerar que la satisfacción depende de forma intrínseca del nivel socio-económico y cultural de los pacientes, pues éste es el que, a priori, definirá las expectativas en relación al servicio a recibir (91,92). Además, debe considerarse que no es lo mismo la expectativa de servicio cuando el consumidor es paciente (sin capacidad de elección en el servicio), usuario (con capacidad cultural de discusión sobre el servicio que va a recibir, pero sin capacidad de elección del mismo por no disponer de una fuente alternativa de provisión de servicios) o cliente (con capacidad de elección del servicio en cuanto a variedad, lugar y proveedor). Por otra parte, no siempre las circunstancias en que la provisión del servicio se desarrolla son las mismas. Así, un servicio en el ámbito de una enfermedad muy grave, aguda, puede transformar a un cliente en un paciente (con plena aceptación sin ningún tipo de disquisición sobre el servicio a recibir), o al revés: en el caso de un servicio programado, electivo, de bajo riesgo y baja tasa de complicaciones, cualquier paciente puede transformarse en el más exigente de los clientes. Aún más, el familiar/cuidador del paciente actúa como agente activo en la actitud del paciente, usuario, cliente, pues puede modificar la opinión, expectativas y sentimientos del paciente en referencia al servicio realizado o pendiente de realización al estar en este momento de la asistencia el paciente en clara situación de ser fácilmente influido por opiniones exógenas y, por tanto, sin la capacidad crítica habitual. Es por ello que la calidad en su área más objetiva (científico-técnica) es relativamente fácil de controlar, pero la satisfacción (calidad percibida) es altamente heterogénea aun en un mismo proceso asistencial, siendo función de las características individuales. Además, la determinación de la satisfacción no es sencilla (87), dado que una opinión es algo subjetivo, difícil de cuantificar, sin relación lineal entre satisfacción e insatisfacción.

Satisfacción de los pacientes, enfermería y CMA

Dado que uno de los objetivos de mayor interés en el ámbito sanitario lo constituye la satisfacción de los pacientes, afectando al proceso sanitario y a todos los estamentos sanitarios, debemos incluir la satisfacción de los clientes como medida de resultado de los cuidados prestados. Además, dado que los pacientes actualmente son más exigentes, tienen más conocimientos sanitarios y demandan mejoras en

el sistema que aumente su nivel de satisfacción, su opinión sobre la calidad de los servicios prestados es de primordial importancia (93). Es el cumplimiento de las expectativas de estos lo que define la calidad del servicio en una de sus áreas, la percibida (94), y son precisamente los cuidados de enfermería los que constituyen el mejor predictor de la satisfacción de los pacientes en la hospitalización (49).

Desde las consultas de enfermería, y sobre todo desde las de CMA, se pretende dar al usuario protagonismo en el cuidado de su salud, responsabilizándolo en la promoción, prevención y autocuidados (73).

En la evaluación de los servicios sanitarios, la evaluación de los profesionales (sanitarios, no sanitarios y administrativos) desde el punto de vista técnico y relacional o de trato es primordial. La buena comunicación, la información, la empatía, la apariencia en los cuidados prestados y su capacidad técnica (aparente o percibida, así como la real, esta última de difícil evaluación) son factores predictivos del resultado de la evaluación de los cuidados por los usuarios (48). En este sentido, los cuidados de enfermería desempeñan un papel fundamental e imprescindible en aquellos aspectos que más influyen en la satisfacción del paciente, como el trato humano recibido, la información y la percepción de capacidad técnica, datos que se ajustan al modelo de satisfacción de Fitzpatrick (86,92) (modelo de "la importancia de las necesidades emocionales"), que establece que la mayoría de los problemas de salud conllevan una carga emocional a los pacientes por la incertidumbre y ansiedad consiguiente a la enfermedad, que hace que los pacientes condicionen su satisfacción en base a los comportamientos afectivos y las habilidades de comunicación del personal que les atiende. En consonancia con este modelo, el 94 % de los pacientes encuestados esperan recibir un trato aceptable, valorando la amabilidad por encima del componente científico-técnico (95). Por consiguiente, el aspecto comunicacional aparece como el de mayor relevancia para los pacientes, lo que subraya la necesidad de incrementar las habilidades comunicativas del personal sanitario y no sanitario implicado en los procesos asistenciales, a fin de mejorar la satisfacción de los pacientes (96). De igual forma, en el ámbito de la CMA, lo que más valoran los pacientes son los factores de relaciones humanas percibidos, derivados de la capacidad técnica, el trato personal y la información recibida (1,73).

En base a los trabajos de Sitzia (92), y dado que los determinantes de satisfacción de los pacientes incluyen sus características personales (por ejemplo personalidad, nivel socio cultural, nivel económico), las expectativas que tienen sobre el proceso-procedimiento y todo aquello que lo rodea y el componente de satisfacción generado por la realidad del cuidado recibido, nuestro objetivo debe ser considerar nuestra actividad en función del paciente/usuario/cliente (93).

En los casos en los que existe cultura quirúrgica previa individual o referenciada por familia, amistades o incluso personal médico o agentes sanitarios de un procedimiento quirúrgico en hospitalización tradicional, los pacientes aún son más críticos con la CMA demostrando mayor preocupación por su alta precoz, reflejado en comentarios como sensación de inseguridad y la sensación de peor atención clínica e, incluso, abandono asistencial (1,73). En este sentido, uno de los factores que más generan insatisfacción con los procedimientos ambulatorios es la discontinuidad asistencial secundaria a la insuficiencia en información y soporte educativo que la CMA precisa (97-99), hecho mejor revelado por las investigaciones cualitativas que permiten avanzar en el conocimiento de las necesidades de los pacientes, así como en la efectividad de las intervenciones sanitarias. El papel de la enfermería en todas estas áreas es clave, pues las intervenciones educativas de éstas permiten rellenar los huecos de información objetiva sobre el proceso ambulatorio y la habilidad comunicativa facilita la continuidad asistencial y la comprensión y asimilación de la información pre-, peri- y postoperatoria.

Medición de la satisfacción y calidad asistencial

La satisfacción de los pacientes (percepción del servicio recibido) como medida de resultado de la asistencia sanitaria y su consideración como una de las principales medidas en la evaluación de la calidad asistencial ha generado el desarrollo de multitud de herramientas de medida, incluyendo la encuesta o cuestionario como instrumento de medida más utilizado.

La satisfacción es determinada por algunos componentes del proceso sanitario que generan una respuesta interna del paciente manifestada en forma de humor o sensación de bienestar. Entre estos se encuentran: la información recibida, la empatía en el trato, la capacidad de respuesta, el interés mostrado y las condiciones físicas del área.

En el fondo, y al final de todo, una encuesta de satisfacción no es sino un instrumento de medida que trata de conocer y cuantificar la dimensión de relación interpersonal establecida entre PUC y personal sanitario que, en el punto final, es el factor de mayor importancia para la valoración de la calidad percibida. La aplicación periódica de las encuestas mejora la calidad de la prestación sanitaria al permitir detectar áreas de mejora y conducir a la calidad total.
Hay multitud de encuestas de satisfacción recogidos en la literatura sanitaria, muchos no validados ni publicados, aunque otros sí han sido publicados y validados como el LOPSS (100), el cuestionario de expectativas de los pacientes (101), el SERVQHAL (102) y su aplicación sanitaria el SERVQHOS (103,104), cuestionario más utilizado en hospitalización y como único cuestionario validado para CMA en nuestro país el SUCMA14 (1,73).

El análisis de la calidad en el ámbito de la CMA tiene particularidades diferentes con respecto al producto hospitalario habitual debido a 2 aspectos muy diferentes de la hospitalización tradicional. Existe una diferencia en la forma de practicar el procedimiento ambulatorio *versus* hospitalización y,

además, la convalecencia se produce en el domicilio, por lo que el seguimiento postoperatorio y los cuidados postoperatorios adquieren mayor relevancia.

El cuestionario ICAD15

El cuestionario ICAD15, utilizado en el protocolo de investigación, tiene su origen en el SUCMA14 (1) con dos diferencias fundamentales: a) incluye muchos más ítems en relación a la calidad científico-técnica, recogiendo mayor número de efectos secundarios del procedimiento anestésico-quirúrgico, y b) tiene menor contenido en relación a la calidad percibida/satisfacción subjetiva que el SUCMA14.

Las preguntas sobre la incidencia de complicaciones postoperatorias, incluyendo hemorragia, infección, necesidad de atención urgente domiciliaria y hospitalaria, fueron de respuesta dicotómica. Otras, con evaluación de satisfacción, se realizaron con escala de gradación tipo Lickert, por ejemplo el seguimiento postoperatorio como en estudios previos (5,72). La valoración de la satisfacción se realizó en una escala numérica del 0 al 10, que es una escala con la que el paciente puede ajustar traducir mejor su percepción en comparación con la gradación Lickert habitual de muy satisfecho, satisfecho, etc. Su transformación de escala numérica a intervalos ajustados a términos cualitativos (muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho e insatisfecho) facilitó el análisis estadístico ulterior.

El entrenamiento de encuestador que precisó la enfermera de CMA incluyó información clínica, entrenamiento junto al cirujano en el control de consulta externa hasta adquirir los conocimientos clínicos necesarios, además de entrenamiento como entrevistador detallado de cómo abordar las posibles situaciones de distorsión en cada entrevista y en cada ítem, con sus potenciales respuestas con el fin de evitar sesgos.

El cuestionario SUCMA14

El SUCMA14 (1,73) en su primer bloque, que mide la satisfacción con la calidad de la atención hospitalaria, incluye un cuestionario de percepciones y no de expectativas, lo que se justifica debido a que la medición de expectativas es muy compleja y éstas pueden estar condicionadas por experiencias previas o las necesidades personales y su sumatorio no es más que un pequeño porcentaje de la satisfacción. Aún más, en el caso específico de los servicios sanitarios, la satisfacción se deriva de las percepciones y no de las expectativas debido a la ausencia de cultura sanitaria y a la falta de experiencias previas del mismo proceso.

El segundo bloque considera las particularidades derivadas de la prestación en modalidad ambulatoria, es decir, la transformación del postoperatorio hospitalario en domiciliario, del desarrollo de complicaciones o bien del control del dolor y las complicaciones propias de las heridas quirúrgicas, junto a la omalgia.

La satisfacción en la CMA también incluye lo acertado de la información y manejo postoperatorio, de la continuidad asistencial y, sobre todo, de la discontinuidad (necesidad de cuidados suplementarios).

El SUCMA14 ha sido validado previamente mediante:

1. Validez de construcción: determinada mediante análisis factorial con el método de los principales componentes tras rotación Varimax.
2. Validez predictiva: en función de los parámetros de grado de satisfacción expresado por el paciente, recomendación del hospital a familia-amigos, recomendación del procedimiento en forma ambulatoria.
3. Fiabilidad: el análisis de fiabilidad incluyó la determinación de la consistencia interna y externa. La interna mediante la determinación de la alfa de Crombach.
4. La estabilidad se determinó mediante el test-retest sobre una muestra de 10 casos, utilizando la prueba de correlación de la tau de Kendall para verificar la estabilidad.

La diferencia fundamental con el ICAD15 es que éste es un cuestionario muy específico de proceso en el que se evalúan la incidencia de efectos secundarios anestésico-quirúrgicos altamente específicos de la CLA y que, por tanto, no se evalúan en el SUCMA14, ni era preciso incluirse, ya que el catálogo de indicaciones quirúrgicas del SUCMA14 no abarcaba los procedimientos laparoscópicos como la CLA, de ahí la necesidad de desarrollar un nuevo instrumento de medida de calidad científico-técnica específico para el proceso de CLA.

Diseño y validación del ICAD15

La validación supone comprobar, ratificar y verificar que un cuestionario cumple unos criterios o propiedades psicométricas de validez (construcción, criterio y contenido) junto a otros criterios de fiabilidad (aplicación repetida y mediciones contrastadas). La validación es, en realidad, un proceso continuo, dinámico, con contexto temporal, geográfico y cultural, por lo que precisa del requerimiento de la adaptación cultural y lingüística. La validación permite comprobar las propiedades psicométricas, asegurando que mediante su aplicación podremos realizar comparaciones interindividuales o intraindividuales en diferentes momentos. La validez en términos de satisfacción implica que el cuestionario refleja, mediante su puntuación global en el caso de ser un cuestionario de puntuación acumulativa, la satisfacción del usuario (105).

En la construcción inicial del cuestionario ICAD15 (24), al igual que en estudios previos de calidad (106), se incluyó la opinión de expertos en el área de calidad percibida y satisfacción del paciente, de profesionales médicos y de enfermería implicados en el estudio, consiguiendo desarrollar un equipo multidisciplinar que determinó las dimensiones que, a priori, se consideró que debían formar parte del cuestionario.

La validación de contenido (75), es decir, que el cuestionario y los ítems que incluye sean adecuados a lo que queremos medir, ha sido validado por investigadores expertos en CMA y CLA (24). Los componentes o dimensiones del mismo están específicamente definidos y cada uno contribuye de forma independiente a la medida global de satisfacción. Dado que se trata más de una investigación cualitativa, podemos sustituir los términos de validez interna y externa por los de credibilidad y aplicabilidad, siendo nuestro estudio creíble y aplicable en contextos similares al nuestro.

El número de ítems es proporcionado en función de las dimensiones analizadas, evita las repeticiones siendo las preguntas de enunciado breve con lenguaje sencillo, evitando las preguntas dobles, las redactadas en sentido negativo y las de dudosa comprensión, ordenándose dentro del cuestionario en un orden secuencial lógico en el orden temporal del proceso.

El ensayo piloto de nuestro cuestionario, en su publicación previa en 2002 (24), nos permitió evaluar la comprensibilidad de las preguntas, verificar que la categorización de las respuestas fue correcta, comprobar la adecuación del tiempo de cumplimentación y la aceptación de las preguntas por los pacientes. Además, se verificó su aceptación por los agentes implicados en su uso y administración (facultativos/personal de enfermería) además de por los entrevistados, considerando el tiempo utilizado en cumplimentarlo, la facilidad de lectura y comprensión del mismo y, sobre todo, la aceptación por el entrevistado de las áreas/dominios de evaluación, hecho confirmado por la intervención enfermera del protocolo de investigación.

La validez del ICAD15, es decir, la adecuación de los ítems elegidos a lo que pretendemos medir, es más que aceptable tras el análisis temporal y modificaciones sucesivas del mismo, además de por la validación previa del cuestionario SUCMA14 (1,73) en el que parcialmente se basa.

La validación de contenido de la última modificación realizada aplicada en el protocolo de investigación fue testada mediante un consenso de expertos (profesionales de las áreas clínicas integradas en el proceso y un experto de calidad), a fin de asegurar que todos los elementos de la asistencia clínica que pueden generar satisfacción/insatisfacción fueran incluidos, utilizando la técnica Delphi (107), técnica cualitativa que tiene como ventaja conseguir un consenso manteniendo la autonomía de los participantes.

La validación de construcción del cuestionario e identificación de su estructura factorial mediante análisis factorial exploratorio de componentes principales o el análisis factorial confirmatorio (108) no ha sido llevada a cabo.

El análisis factorial (75) permite dividir en dos componentes la satisfacción. El primero incluye la calidad subjetiva o ítems con la expresión basada únicamente en la opinión del paciente, de difícil medición por un evaluador externo; el segundo incluye la calidad objetiva referente a aspectos de la atención susceptibles de medición externa. En nuestro cuestionario, algunos de los elementos de calidad subjetiva fueron incorporados en la última modificación, en tanto elementos de calidad objetiva presentan una baja representatividad, por lo que debería plantearse su inclusión para futuras investigaciones.

En la Tabla XI se muestran los parámetros incluidos en los dos tipos de calidad, resaltándose en negrita los que sí fueron incluidos en el ICAD15.

En este sentido, sería deseable incluir los dominios comunicativos relacionados con los servicios sanitarios prestados que incluyen las posibles informaciones adicionales o requerimientos de los pacientes: relación sanitario-paciente, información recibida, procedimientos realizados, instalaciones, intimidad, cualificación del personal, comunicación (trato, amabilidad, cercanía, implicación), información (cantidad y calidad, oral *vs*. escrita), escucha activa, interés y disponibilidad, empatía, demoras (93).

La validez de construcción en referencia al análisis de criterio mediante el análisis de correlación del cuestionario con un *gold standard* o criterio de referencia establecido y aceptado en estudios de satisfacción es imposible de efectuar, pues en el área de calidad percibida es complejo encontrar un criterio de referencia claramente establecido y aceptado y, por tanto, no existe ningún patrón de comparación que permita determinar si la medida es válida (75). Por ello, en nuestro análisis decidimos utilizar como medidas de referencia, al igual que en estudios previamente publicados, una medida global de la atención recibida numérica de nuestro cuestionario junto con la recomendación del hospital a amigos y familiares como patrones de referencia de validación. Otros criterios de referencia incluidos en otros estudios (como la frecuencia de consentimiento informado, el conocimiento del personal de enfermería o medicina que lo atendió) no fueron considerados en nuestro estudio. Por ello, se utilizó la satisfacción global cuantitativa por considerar que es el parámetro que mejor refleja la satisfacción global como percepción del paciente y se correlacionó con los criterios de recomendación para validar su corrección. Además, dada la ausencia de estudios publicados sobre calidad/CLA, no disponemos de valor estándar previo que pueda utilizarse como criterio predictivo. En este sentido, el ICAD15 incluye los 3 criterios predictivos de satisfacción global obtenida, consideración de recomendación a familiares o amigos y consideración de la adecuación del tiempo de estancia en el hospital, aunque no hemos realizado ningún análisis de regresión logística utilizando éstos como variables dependientes que nos permita identificar las variables de mayor peso en la satisfacción de los pacientes sometidos a CLA.

La fiabilidad o grado en el que el cuestionario está libre de error aleatorio se valora mediante la consistencia interna, la estabilidad temporal y la concordancia interobserva-

TABLA XI

PARÁMETROS INCLUIDOS

CALIDAD SUBJETIVA	CALIDAD OBJETIVA
Amabilidad del personal	Señalización intra-hospital
Confianza y seguridad transmitida	Señalización extrahospitalaria
Disposición para la ayuda	Tiempo de espera
Trato personalizado	Puntualidad
Interés personal de enfermería	Tecnología
Comprensión de necesidades individuales	Apariencia del personal
Preparación del personal	**Información dada por el médico**
Interés por solucionar problemas	**Comodidad de las habitaciones**
Interés por cumplir promesas	Información dada por el médico a familiar
Rapidez de respuesta	

dor. La estabilidad temporal y la concordancia constituyen la reproductibilidad de la encuesta. Para el análisis de la fiabilidad se utiliza en la evaluación de la consistencia interna la determinación del Coeficiente Alpha de Crombach (109). Nosotros no hemos analizado estadísticamente la fiabilidad de las encuestas por ser éstas descriptivas y reducidas, porque al analizar datos cualitativos asumimos cierta variabilidad como inevitable (76) y, además, porque su fiabilidad está parcialmente derivada del origen común al SUCMA14 en el que se determinó ésta. Por el contrario, hemos determinado la fiabilidad con su consideración de estabilidad temporal en referencia a la determinación del nivel de satisfacción en 3 periodos temporales diferentes con la obtención de valores muy similares que, en el análisis estadístico, no han alcanzado diferencias significativamente estadísticas entre el estudio piloto inicial, el grupo control y el grupo correspondiente al protocolo de investigación, lo que permite aseverar que nuestro estudio es consistente y auditable. En este sentido nuestro cuestionario, al igual que el SERVQHOS, sigue siendo útil después del tiempo pasado tras su ensayo piloto en el 2002. Por ello, dado que es válido y fiable, puede seguir siendo utilizado para monitorizar el nivel de calidad percibida por los pacientes sometidos a CLA, permitiendo detectar áreas de mejora.

No hemos determinado la sensibilidad temporal, pues no hemos realizado test de aplicación intraindividuos, pero sí hemos detectado sensibilidad del mismo con los cambios, como se ha demostrado con la intervención enfermera de CMA que ha generado un cambio en los porcentajes de aceptación.

En nuestro análisis, los valores perdidos han sido considerados como tales y no se han imputado a la media ni han sido sustituidos por la mediana, registrándose únicamente las respuestas reales de los pacientes, aumentando la rigurosidad del estudio, excluyendo los valores perdidos aprovechándonos de la alta tasa de respuesta que conseguimos gracias a la metodología aplicada.

La metodología de esta encuesta (autocumplimentación con entrega en mano y supervisión por parte de la enfermera de CMA para validar las respuestas, al igual que solucionar dudas respecto a su cumplimentación en algún ítem en particular) aporta un valor añadido a este estudio sobre la exhaustividad del análisis, pues permite obtener un 100 % de encuestas completadas con más del 95 % de los ítems respondidos. Este índice de respuesta contrasta con los bajos índices de respuesta de los artículos sobre calidad publicados habitualmente (75), que tan sólo alcanzan el 33,3 % en los cuestionarios entregados por correo y de un máximo del 44,54 % en los auto cumplimentados entregados en mano.

Una limitación en el diseño de nuestro cuestionario fue la no incorporación formal de la opinión de los pacientes sobre aquellos aspectos que un cuestionario de satisfacción debería incluir. Para compensar parcialmente este defecto se incluyeron las opiniones de profesionales del servicio de Atención al Paciente con amplio conocimiento sobre quejas y sugerencias de los pacientes, al tiempo que se incluyeron en la revisión bibliográfica estudios realizados con técnicas de investigación cualitativas que incluyen la identificación de factores determinantes de satisfacción o insatisfacción en pacientes intervenidos en CMA, además de incluir en nuestro cuestionario un área de sugerencias, quejas o comentarios que se ofertaban a los pacientes al tiempo de rellenar la encuesta o entregarla.

El cuestionario SUCMA14 y el ICAD15 en el área de satisfacción por la calidad de la atención hospitalaria recibida incluye cuestiones como el SERVQHOS, que nos permiten

determinar la seguridad, la tangibilidad, la capacidad de respuesta, la fiabilidad y la empatía que se traducen en preguntas referentes a la capacidad personal de los profesionales, las instalaciones del centro, la información preoperatoria, la medida en que se satisficieron sus expectativas y el trato recibido por el personal que les atendió.

Además, y en relación a la nueva modalidad asistencial ambulatoria, se incluyeron cuestiones particulares de la CMA, como efectividad del tratamiento, dolor postoperatorio y tipo del mismo (omalgia, dolor heridas de trócares o dolor abdominal difuso de tipo visceral), problemas de las heridas quirúrgicas, adecuación del tiempo de estancia en el hospital (que le pareció ser dado de alta). El ICAD15 incluye más ítems relacionados con efectos secundarios del procedimiento anestésico quirúrgico y profundiza más en la preocupación al respecto de ser dado de alta o inseguridad que genera la nueva modalidad ambulatoria del proceso a fin de asentar de forma más exhaustiva el control de calidad en la CLA en comparación con el SUCMA14, que fue elaborado para procesos ya consolidados en los catálogos de CMA de menor complejidad.

Finalmente ambos incorporan la evaluación del postoperatorio en cuanto a información, seguimiento postoperatorio y posible existencia de discontinuidad asistencial, como la necesidad de asistencia telefónica o presencial postoperatoria, y otros.

Nuestro cuestionario es autocumplimentado y no anónimo en el hecho de la entrega, pero sí en la inclusión de análisis. La recogida de datos, mediante entrega en mano del cuestionario y recogida en mano a los 7 días de su entrega, nos ha permitido obtener una tasa de respuesta del 100 %, muy por encima de las obtenidas en otros estudios de calidad. El hecho de que no sea anónima, eliminando la confidencialidad de los pacientes incluidos en el análisis, no supone ningún efecto coercitivo en las respuestas de los pacientes, pero evita las grandes pérdidas de datos asociadas a los métodos habitualmente utilizados en estudios de calidad. Además, los pacientes de mayor edad que, en general, necesitan ayuda para la cumplimentación de encuestas tampoco fueron excluidos, como ocurre en la mayoría de estudios con otras metodologías de encuesta, pues la enfermera ayuda a los pacientes de esta consideración o a aquellos con dudas en la cumplimentación. La eliminación del sesgo posiblemente generado por el entrevistador, al igual que ocurre en las entrevistas telefónicas (110), fue minimizado por el entrenamiento previo de la enfermera, estandarizando al máximo la formulación de las preguntas y garantizando la comprensión de éstas por los encuestados, además de potenciar en la misma el papel de controlador de calidad asistencial objetivo e independiente.

El análisis habitual comparativo entre encuesta telefónica y cuestionario autocumplimentado muestra clásicamente la distibución de ventajas/desventajas que figura en la Tabla XII.

La encuesta telefónica o la entrevista personal ofrecen una mayor tasa de respuesta y permiten explicar o eliminar dudas al entrevistado, por lo que ofrece una mejor calidad de la información, permitiendo realizar comprobaciones que en otros tipos de encuesta no serían posibles (por ejemplo asegurarse de la comprensión de la pregunta por el entrevistado). Sin embargo, requieren un entrenamiento exhaustivo del entrevistador y tienen un elevado coste, a lo que se añade que no se puede comprobar la identidad del entrevistado en el caso de la entrevista telefónica.

El cuestionario autocumplimentado precisa una claridad y simplicidad exquisita, añade el interés del encuestado por el objetivo de la encuesta, es independiente del nivel cultural y de la capacidad de comprensión de los pacientes, pues el personal de enfermería puede ayudar a traducir al paciente las cuestiones a la vez que le ayuda a cumplimentar las preguntas. En este sentido, el entrenamiento de la enfermera para no condicionar la respuesta es fundamental. Si el cuestionario autocumplimentado se entrega en mano, pero luego precisa de entrega en buzón anónimo o bien por correo con autofranqueo, volvemos al problema de la pérdida de información, pues la tasa de respuesta es muy baja. Por el contrario, el cuestionario entregado en mano, autocumplimentado con potencial ayuda del personal de enfermería en la recepción, persigue la sistemática cumplimentación del mismo.

Críticas a los sistemas de encuestas

La investigación de calidad mediante cuestionarios (75) incluyen la utilización del análisis de quejas y sugerencias (111), estudios con metodología cualitativa (112) o más utilizados en nuestro ambiente que permiten evaluar el nivel de satisfacción del usuario, cuestionarios o encuestas de satisfacción (113) que nos permiten obtener datos cuantificables con el fin de poder realizar comparaciones.

Los cuestionarios de calidad incporporan percepciones, sentimientos, actitudes o conductas del encuestado, por lo que la información que aportan es, en ocasiones, difícil de contrastar y traducir a modelos de medida, lo que dificulta establecer los criterios de calidad de los cuestionarios.
Para poder permitir la extrapolación de los resultados obtenidos en las encuestas se precisa garantizar la fiabiliad y validez de éstas. La existencia de diferencias geográficas, sociales, lingüísticas o, incluso, de los sistemas proveedores de servicios condicionan que las encuestas deban desarrollarse y validar siempre que sea posible en el ambiente en que se originan, a fin de poder extrapolar resultados (114).

La existencia de sugerencias (93) de mejora (preguntas abiertas) dentro de un cuestionario, como es el caso del ICAD15, matiza el grado de satisfacción cuando el nivel de satisfacción es muy elevado en las preguntas cerradas, reduciendo la puntuación de satisfacción obtenida. Esto es debido a que las encuestas de satisfacción directas inducen, por su estructura de preguntas cerradas, a respuestas

TABLA XII

DISTRIBUCIÓN DE VENTAJAS / DESVENTAJAS

CUESTIONARIO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Telefónico	Mayor tasa de respuesta Mayor número de ítems contestados	Representatividad de la muestra menor Coste elevado Sesgo de entrevistador
Autocumplimentado	Bajo coste Aceso a grandes muestras Rápida en su realización Más sinceridad de respuesta a preguntas sensibles	Baja tasa de respuesta No permite aclarar ítems no comprendidos por el entrvistado No hay control sobre quién contesta el cuestionario
Autocumplimentado con entrega en mano revisada	Máxima tasa de respuesta Mayor número de ítems contestados Ayuda en la cumplimentación a pacientes extremos Control sobre el contestador Coexistencia con sistema cualitativo factible Potencial aumento de ítems en el futuro	Sesgo de entrevistador potencial Potencial efecto coercitivo en la respuesta

que hipervaloran y sobreestiman el grado de satisfacción. La introducción de preguntas abiertas en la evaluación de los ítems de calidad hace que los pacientes respondan con propuestas de optimización y mejora que, además, permiten detectar áreas deficitarias en los dominios estudiados.

Uno de los puntos críticos es el momento de la entrega de la encuesta (24): si es demasiado pronto el paciente puede sentirse cautivo de la situación asistencial y no expresarse con total libertad; por el contrario, si es demasiado tarde (2-4 semanas), muchos aspectos del postoperatorio son olvidados por el paciente, curados por el tiempo y banalizados por el olvido, acabando por no tenerse en cuenta, siendo la evaluación global demasiado tolerante con el proceso. El análisis temprano de la satisfacción varía con respecto al tardío, y aspectos como el tiempo entre ingreso/intervención, intervalo intervención/alta, dolor postoperatorio y efectos secundarios anestésico quirúrgicos, que son de gran relevancia en la primera semana, son olvidados ulteriormente.

El seguimiento telefónico (115) exige un mínimo de ítems de control y no debe sustituir al control en consulta externa de los pacientes. Aunque es seguro, su utilidad fundamental, en nuestra opinión, es la insistencia educativa y de control en los pacientes con dificultades comprensivas, además de permitir seleccionar a los pacientes en los que se considera necesario mantener un seguimiento clínico estrecho. El seguimiento telefónico no genera retraso diagnóstico o peor resultado en caso del desarrollo de complicaciones, pero se ve gravado con pérdidas en el seguimiento, que pueden alcanzar el 23 % de los pacientes y, además, el rechazo al control/entrevista telefónica como sustituto del control clínico físico que puede llegar al 30 % (116).

Nuevas intervenciones enfermeras en CLA y CMA en general

El contacto con el paciente preingreso disminuye la ansiedad, mejorando el resultado postoperatorio, pues permite dar información específica y relevante junto a educación en relación a la experiencia quirúrgica, ayudando a la educación al alta, la recuperación domiciliaria, y sobre todo a revelar las preocupaciones del paciente. La provisión de educación e información debe continuar durante todo el proceso perioperatorio y ser reforzada al tiempo del alta. La información debe incluir el manejo del dolor postoperatorio, de las heridas, el reconocimiento de las potenciales complicaciones postoperatorias, las recomendaciones dietéticas, de cuidados y otros, junto al esquema de revisiones y los teléfonos de contacto necesarios para el paciente y su familia (6).

Los trabajos con metodología cualitativa sobre la experiencia de los pacientes con las intervenciones de enfermería y cuidados en el perioperatorio de la Cirugía Mayor Ambulatoria, y su importancia en cuanto al nivel de satisfacción generado, tratan de identificar las intervenciones de enfermería que contribuyen al sentimiento de satisfacción en el perioperatorio de la CMA, además de identificar los huecos entre las expectativas de los pacientes y su experiencia subjetiva. Estos estudios subrayan como fundamentales para el paciente el contacto preingreso, la provisión de educación e información relevante y específica, las habilidades de comunicación (comunicación efectiva), el mantenimiento de la privacidad del paciente y el manejo proactivo de los tiempos de espera, siendo todos aspectos reconocidos como

contribuyentes a la satisfacción del paciente respecto a la experiencia perioperatoria que, además, permiten identificar la existencia de potenciales áreas de mejora. Existen, pues, determinadas intervenciones de enfermería en el proceso de CMA que los pacientes identifican como generadoras de satisfacción en su vivencia del proceso.

Durante el proceso asistencial, desde la consulta hasta el alta hospitalaria, la falta o ruptura de la comunicación es un factor predisponente a la insatisfacción. La mejoría en las habilidades comunicativas de los profesionales, en particular de la enfermera de CMA, el obligar a que exista un tiempo necesario que permita establecer una relación interpersonal entre el paciente y el profesional sanitario es un factor clave en la satisfacción. Medidas tan sencillas y simples como mantener informado de forma periódica al paciente, poner al día los tiempos de espera cuando existen retrasos imprevistos, proporcionar información adicional o de refuerzo en relación al proceso, explicar los detalles del cuidado, ser atento a las preguntas y comentarios del paciente o familiar, dar tiempo al paciente para ser escuchado sin que éste perciba urgencia en el intercambio de información y proporcionar confianza técnica o confianza en el control de la situación demuestran que existe un interés genuino y preocupación por las necesidades del paciente. El desarrollo de estas actividades incrementa la satisfacción y la calidad percibida de pacientes y cuidadores.

La privacidad o el mantenimiento de la intimidad es un elemento de gran relevancia en los pacientes, sobre todo si acaecen situaciones angustiosas, como las crisis de náuseas y vómitos. En estos momentos, los pacientes sufren una grave sensación de incapacidad, vulnerabiliadd y ansiedad al ver comprometidas su dignidad e intimidad. Lograr mantener la dignidad del paciente a lo largo del perioperatorio, mostrándose sensible a sus necesidades, minimiza la repercusión negativa de estas situaciones en el paciente. El mantenimiento de la privacidad es fundamental y mandatoria para mantener tanto su dignidad como su capacidad de enfrentamiento al ambiente, al alta y a los cuidados postoperatorios. En el caso de que el paciente presente náuseas, vómitos, problemas de evacuación, de demabulación, o cualquier otro síntoma embarazoso en situaciones de falta de privacidad, generará sentimientos de incomodidad, embarazo, angustia y vergüenza, por lo que en dichas condiciones se hace todavía más preciso el mantenimiento de la privacidad.

Las intervenciones de enfermería (aspectos educacionales informativos, de conocimiento o culturales del proceso, o bien a las expectativas generales más habitualmente comunicadas por los pacientes en las encuestas cualitativas), identificadas como puntos sensibles de los pacientes en los análisis cualitativos suceptibles de aplicarse para mejorar la experiencia de los pacientes que deben aplicarse en las sesiones educativas de los pacientes en CMA, incluyen, en el caso de haber sido intervenido previamente y tener una experiencia "quirúrgica" previa (el dolor sufrido en episodios previos es una fuente de ansiedad), la información específica en referencia a la intensidad esperada de dolor percibido, el tipo y calidad del mismo, así como de su manejo, ya que permitirán disminuir la ansiedad, aumentando la capacidad de afrontamiento del alta hospitalaria. En este sentido, el contacto pre-ingreso (consulta preoperatoria/intervención educativa) proporciona una oportunidad para el paciente/cuidador de obtener información específica y relevante al respecto de la experiencia quirúrgica, proporcionando educación sobre todo el proceso, incluyendo el plan de alta y la recuperación domiciliaria. Además, el paciente/cuidador en este momento tiene la posibilidad de preguntar y explicar sus preocupaciones.

Un aspecto infraconsiderado es que, en muchas ocasiones, los pacientes tienen dudas sobre su capacidad de afrontar el postoperatorio domiciliario y los autocuidados. La adecuada educación preintervención y prealta refuerzan la seguridad con que el paciente afronta o evalúa su experiencia de postoperatorio domiciliario autocuidado.

Otra área infravalorada es el efecto que la espera preoperatoria genera sobre la ansiedad del paciente. La espera prolongada por encima de los esperable (para el paciente) de mayor angustia para éste es el intervalo entre el ingreso y el momento en el que se se inicia el proceso de la intervención, que tiene lugar cuando es trasladado al quirófano y se reconoce como uno de los factores que mayor grado de ansiedad pre- y perioperatoria genera en los pacientes y familiares. Además genera una gran disminución en la calidad percibida, pues rompe con una de las expectativas del paciente. En este caso, la comunicación, sobre todo si se anticipa a la demanda de información, mantenida con el paciente/familiar y la comunicación efectiva de las razones del retraso y el tiempo potencial restante de espera, permitirán transformar la insatisfacción en satisfacción.

La espera preoperatoria, habitual o prolongada, puede generar reacciones de falta de control en el paciente por la sensación de incapacidad de la espera. Una vez más las expectativas se rompen generando insatisfacción. Una vez más, la educación preoperatoria (específica sobre los potenciales tiempos de espera y sus retrasos) o bien la comunicación efectiva permitirán tamponar este efecto no deseado.

Algunos de los aspectos experimentados por los pacientes en el ambiente perioperatorio de la CSI que no son suficientemente evaluados en las encuestas cuantitativas o cualitativas incluyen (6):

- Información inadecuada del procedimiento.
- Temor a perder el control físico y psicológico.
- Insuficiente información aportada por el personal de enfermería.
- Necesidad de ser considerados individuos o personas (dirigirse por su nombre).
- Trato digno y con respeto.
- El acompañamiento por familiares y personal de enfermería aumenta la satisfacción.

- Ansiedad durante el traslado al quirófano.
- Ansiedad por la espera preoperatoria y separación del familiar o cuidador.
- Es fundamental la continuidad asistencial por la misma enfermera/personal, siendo fundamental en la mejoría del dolor postoperatorio y el bienestar.
- La falta de contacto postoperatorio con el cirujano o la falta de información sobre los resultados de exploraciones complementarias.

Los sentimientos internos de los pacientes han sido infrautilizados en los programas de mejora de la calidad asistencial y, sin embargo, los estudio cualitativos que exploran las experiencias de los pacientes son de gran ayuda para mejorar el conocimiento de esta área. La mejora de la calidad asistencial es compleja y se están desarrollando estrategias de identificación y evaluación dirigidos a este fin, a fin de acceder a las percepciones de los pacientes y de la experiencia vivida por estos.

Análisis comparativo de resultados. Grupo control *vs*. grupo protocolo de investigación/intervención enfermera. Áreas de mejora

El protocolo de investigación demuestra que la intervención enfermera a lo largo de todo el proceso mejora la aceptación de los pacientes de la modalidad ambulatoria de la colecistectomía laparoscópica, disminuye las necesidades asistenciales postoperatorias y domiciliarias derivadas de falta de control y de déficit de conocimiento de autocuidados, incrementa la frecuencia de detección y ajuste diagnóstico de eventos postoperatorios (náuseas, vómitos, sangrado de heridas, estado funcional al alta, etc.) y mantiene al proceso ambulatorio con una alta puntuación de satisfacción global del proceso.

La detección de áreas de mejora de alta prioridad en nuestra experiencia se centra en disminuir los efectos secundarios del procedimiento anestésico quirúrgico.

Por el contrario, y pese a haber mejorado significativamente la aceptación del procedimiento en su modalidad ambulatoria, la sensación de inseguridad y de prematuridad al alta, aunque mejorando respecto al grupo control y al ensayo piloto, se mantienen como puntos a mejorar con prioridad intermedia.

Encuestas de satisfacción analizadas y resultados en CMA

En general, las encuestas de satisfacción de CMA analizadas en trabajos previos contienen ítems similares, centrándose la mayoría en aspectos más relacionados con la calidad subjetiva (64,117) que con las opinioines expresadas sobre la modalidad ambulatoria del procedimiento (1,34,73) con muy escasa evaluación de los efectos secundarios anestésico-quirúrgicos a diferencia de la evaluada en el protocolo de investigación porque no evalúan procedimientos como la CLA. Todas ellas obtienen niveles de satisfación muy elevados que oscilan entre el 92, 97 y 81 %, con aceptación de la modalidad ambulatoria del 88 al 91 %, (1,34,73), e índices de recomendación muy elevados (entre el 89 y el 98 %).

La del Hospital de Alta Resolucion de Guadix de 2013 (117) es una encuesta descriptiva, autoadministrada con modelo servqual/IESA, respuestas con escala de Likert, con muestreo sistemático y análisis SPSS. Los criterios predictivos alcanzan todos valores por encima del 90 % e igualmente los ítems de calidad subjetiva con resultados muy elevados (Cortesía-Confianza: cortesía: 96,1; me escuchan: 95,1; entiendo lo que me dicen: 95,4; tengo intimidad: 95,4; solucionan mis problemas de salud: 95,1; confío: 95,4; son buenos profesionales: 96,1).

El estudio de García Durán y cols. (34) utilizó el SERCAL para servicios hospitalarios de corta estancia, basado en el SERVQUAL en el que se incluyen las 4 dimensiones clásicas: accesibilidad, confortabilidad, personalización, garantía científico-técnica y, además, otras dimensiones que incluyen la dimensión de fidelidad al servicio-centro. La encuesta se administró vía telefónica con una tasa de respuesta del 70,1 %. Los datos de fidelización derivados de misma elección de centro o recomendación del servicio fueron de 67,8 y 96,2 % similares a otros previamente publicados.

La encuesta de satisfacción de CMA del Hospital Donostia de Osakidetza (2003-2009) (64) también fue telefónica (pero de 50 preguntas), con una duración media de la entrevista de 8 minutos, con una exhaustividad de áreas superior a todas las encontradas en la bibliografía consultada, que incluyó la evaluación de multiples ítems, incluyendo accesibilidad, tiempos, información, trato, valoración técnica, hostelería, alta y seguimiento, área de resultados del procedimiento, valoración global e indicadores del plan de calidad: tiempo de espera ingreso-intervención, tiempo adecuado de aviso de cirugía-fecha intervención, puntuación de la intervención (le operaron a la hora en la que le comentaron que tendría lugar la intervención), le informaron del motivo por el cual se retrasó su intervención, la información médica fue adecuada, la información de enfermería fue adecuada, su familia estuvo informada de lo que sucedía la mayor parte del tiempo, valoración del trato por el personal médico y de enfermería, respeto a su intimidad, respeto a su dignidad, trato recibido por el personal no sanitario, le facilitaron estar acompañado por sus familiares o acompañantes, valoración de conocimientos y competencia del personal médico y de enfermería, los profesionales funcionaban coordinados como un equipo, limpieza, temperatura, ambiente, comodidad, información escrita sobre los cuidados y el tratamiento a seguir, intervalo a consulta postintervención, control de dolor, resultado de la intervención sobre su problema inicial, valoración global de la asistencia recibida, superación de las expectativas y recomendación del hospital.

Sus resultados fueron excelentes aunque, pese a las elevadas puntuaciones de satisfacción expresadas por los respondedores, la aceptación de la modalidad ambulatoria fue del 91,8 % en el año 2003, llegando al 95 % en 2009, sin incluir procedimientos laparoscópicos como la CLA.

Esta encuesta también, al igual que la del protocolo de investigación, incluyó un área de preguntas abiertas. En el área de análisis cualitativo de esta encuesta, los aspectos más valorados por los pacientes fueron el trato, la competencia profesional y la información. Si se añadieron comentarios positivos sólo lo hicieron el 31 % de los respondedores; si se requirieron comentarios de índole negativo, este porcentaje bajó al 7,9 (15/190). En comparación, en nuestro estudio la tasa de contestación cualitativa fue muy baja (22/148, 14,6 %) aunque en concordancia con las previamente publicadas pero con una tasa de respuesta del 100 %, a diferencia de las encuestas habituales.

Sólo hemos encontrado una encuesta (118) en la que se incluya la evaluación del equipo médico y enfermería en conocimiento y competencias, información proporcionada de la intervención, confidencialidad, discreción y seguridad, predisposición a escucharle, amabilidad y respeto mostrado, pero además incluye otro parámetro no utilizado en otras encuestas, además del grado de satisfacción con el servicio recibido, como es la valoración del respeto a sus derechos como paciente y a su dignidad, además de incluir un área cualitativa de sugerencias, recomendaciones o comentarios.

En general, las tasas de respuesta dependen de la metodología de la encuesta, incrementándose en las encuestas telefónicas, pero con una característica sistemática, bajas tasas de respuesta (pueden ser tan bajas como un 30–40 % de los pacientes), eso sí, con elevados índices de satisfacción. Esto obliga a hacerse la pregunta de qué es lo que pensarán aquellos pacientes que no han contestado en las encuestas: ¿también mostrarán similares índices de satisfacción?, ¿o por lo contrario el hecho de no haber cotestado se debe a insatisfacción con el proceso? Por tanto, las bajas tasas de respuesta, asociadas a altos índices de satisfacción, nos hacen reflexionar sobre la fiabilidad de los resultados encontrados o la realidad de los datos.

Los elevados índices de satisfacción en las revisiones de calidad en el ámbito de la CMA pueden deberse a la gran cantidad de información escrita que reciben los pacientes (118) y las explicaciones de los profesionales (119) sobre lo que se realiza y lo que va a ocurrir en el área operatoria, lo que explica en consonancia con el estudio de Gea (37) que las variables de la dimensión de garantía científico-técnica y trato personal se encuentren muy relacionadas. Además, y en general, una gran parte de los pacientes no diferencian entre capacitación técnica y amabilidad de los profesionales en relación con el nivel socio-cultural o económico de los pacientes y, sobre todo, porque afortunadamente para la población en general se carece de experiencias previas que generen una cultura sobre un proceso determinado, hecho habitual salvo cuando un paciente sufre un proceso con potencial bilateralidad (por ejemplo de hernia inguinal).

Los resultados de las encuestas en CMA son mejores que los obtenidos en hospitalización tradicional (75), con porcentajes de satisfacción inferiores (72 %), mediante aplicación del cuestionario SERVQHOS aunque con el mismo resultado en cuanto a los aspectos más considerados del proceso: amabilidad del personal, confianza y seguridad transmitida, disposición para la ayuda, trato personalizado, interés del personal de enfermería, preparación del personal e interés por solucionar problemas. En los ítems de calidad objetiva, los más valorados como satisfactorios son tecnología, apariencia del personal e información del personal médico a paciente y familiares. Claramente, los aspectos que más se relacionan con la puntuación de satisfacción global obtenida son los pertenecientes al módulo de calidad subjetiva.

Limitaciones del estudio e implicaciones para la investigación

Las limitaciones de nuestro estudio de mayor relevancia se concretan en una encuesta de satisfacción con un porcentaje muy elevado de cuestiones relacionadas con la calidad científico-técnica del procedimiento, la consideración de la modalidad asistencial, CMA, y una presencia escasa de cuestiones relevantes para la calidad percibida de los pacientes. En este sentido, la modificación de la encuesta deberá incluir muchos aspectos de calidad percibida subjetiva, como se incluyen en el SERVQUAL o el SERVQUOS, e incluso los más exhaustivos incluidos en la encuesta del centro de cirugía ambulatoria Aptima (120).

Dentro de estos ítems para incluir figurarán los siguientes (variables descriptivas de la calidad percibida por el paciente): tecnología de equipos médicos, apariencia del personal, indicaciones y señalización del hospital, interés del personal en cumplir promesas, comodidad, información proporcionada por el personal médico, tiempo de espera para ser atendido, facilidad de llegada al hospital, interés del personal por solucionar problemas, puntualidad de las consultas o citas, rapidez de respuesta, disposición del personal para ayudar, confianza y seguridad que transmite el personal, amabilidad del personal, preparación del personal, trato personalizado, capacidad del personal para comprender las necesidades, información del personal médico a familiares, interés del personal de enfermería por los pacientes, etc.

Además, para poder evaluar el proceso de satisfacción en su conjunto, es conveniente incluir los aspectos de calidad percibida, fundamentalmente en cuanto a trato en todos los estamentos que interaccionan con los pacientes en la CMA: administrativos, celadores, auxiliares, enfermeras, cirujanos y anestesistas.

También es posible que la encuesta mejorara en términos de evaluación de la calidad si ésta incluyera las preguntas con sus posibles respuestas en escala Likert, pero focalizadas en la expectativa del paciente, es decir, “mucho peor de lo que esperaba” a “mucho mejor de lo que esperaba” (con 5 niveles de respuesta, con valor central), tal y como aparecen en el SERVQHOS (102,104) y el SERVQUAL (121,122).

Otra de las limitaciones de nuestro estudio es la escasez de casos procedentes de la Agencia Valenciana de Salud en esta última fase en la que se incluyó la consulta específica de enfermería de CMA. La ausencia de este grupo de pacientes restringe potencialmente nuestros resultados a los pacientes derivados de las compañías aseguradoras privadas, aunque si tenemos en cuenta que los resultados son muy similares a los obtenidos en el grupo piloto, sería posible hipotetizar que la intervención enfermera en este grupo de pacientes obtendría resultados todavía más espectaculares que los evidenciados en la comparación del grupo control y el del protocolo de investigación.

La exclusión de los datos demográficos (edad, sexo) del análisis puede considerarse errónea, aunque debe tenerse en cuenta que la prevalencia de colelitiasis sintomática no complicada, que es la categoría clínica que predomina en la cirugía electiva de la vesícula biliar, muestra un patrón en sexo y edad muy similar.

La exclusión de la condición socio-laboral y del nivel de estudios también es relevante. En el primer grupo del estudio piloto los pacientes pertenecientes a la Agencia Valenciana de Salud eran pacientes remitidos al plan de choque para las listas de espera, procedentes de hospitales públicos con características socio-laborales y niveles de estudios similares. Por el contrario, el grupo analizado en el protocolo de investigación pertenece en su mayoría a un colectivo funcionarial, con niveles socio-laboral superior y también niveles de estudios superiores al grupo piloto. Finalmente, el grupo control es un grupo mixto con porcentaje similar de pacientes de ambos orígenes. El hecho de que los resultados sean similares en el análisis estadístico de los ítems de la encuesta apunta, pues, a una baja influencia de estos factores en los resultados de calidad científico-técnica y satisfacción global (criterios predictivos). La dificultad de reclutamiento de una población homogénea en cuanto a segmento de edad, nivel socio-laboral y de estudios similar es fácil de entender e intuir, por lo que la exclusión de estos factores del análisis puede hasta ser beneficiosa a la hora de usar los resultados para extrapolarlos.

Implicaciones prácticas del protocolo de investigación

Derivado del protocolo de investigación desarrollado se derivan las siguientes implicaciones prácticas.

1. En procedimientos aún no extendidos en las unidades de CMA, como la CLA, las encuestas de calidad son mandatorias, con análisis repetidos por ciclos al objeto de mejorar los parámetros de calidad científico-técnica y las potenciales mejoras introducidas en los ciclos de mejora.
2. La introducción del personal de enfermería de CMA que aborde todo el proceso asistencial de inicio a fin, con una adecuada educación y entrenamiento, mejoraría sin dudarlo la experiencia de los pacientes de la CMA incrementando el control de calidad científico-técnica, la mejora continua de calidad y, sobre todo, la aceptación del proceso ambulatorio. Además, aumentará la seguridad de los pacientes al alta, así como su control de autocuidado y de los síntomas postoperatorios domiciliarios que presente, disminuyendo la necesidad de asistencia médica domiciliaria o en urgencias, dado el entrenamiento de manejo postoperatorio adquirido durante las intervenciones educativas de enfermería.
3. La implementación del personal de enfermería de CMA generará un mayor compromiso profesional, además de una mayor realización profesional que su actividad estanca en segmentos, como es habitual actualmente, pues la integración en una unidad de gestión de CMA, su actividad de consulta y el control de calidad permitirán una sustancial mejora en su nivel de realización profesional.
4. La extensión de la actividad enfermera de CMA como dueño del proceso de CLA permitirá la progresiva implementación del mismo en otras unidades de CMA de forma menos traumática que aquellas en las que se inició el proceso desde cero, pues ya contará con la parte más compleja, que es la aceptación y satisfacción del paciente, desarrollada por el estamento que más en contacto y más influencia tiene sobre los pacientes en el nivel de satisfacción adquirido durante los procesos de CMA: el personal de enfermería.

Consecuencias profesionales del protocolo de investigación

El proyecto de investigación permite evaluar la relevancia de la consulta de enfermería en un proceso de Cirugía Mayor Ambulatoria como la colecistectomía laparoscópica (CLA), pues nos permite verificar que la actuación de la enfermería en una consulta preoperatoria afianza la confianza del paciente y familiar cuidador, facilita el control postoperatorio al realizarse durante la misma una educación sanitaria dirigida al proceso y permite revisar de forma exhaustiva el proceso de CL. Además, el análisis de calidad realizado por la enfermera permite evaluar la calidad científico-técnica del proceso de forma objetiva al ser independiente de los especialistas médicos y, además, evaluar la calidad percibida por los pacientes del proceso. En este sentido, la sociedad puede ver en la actividad enfermera de la consulta de CMA un control de calidad exhaustivo, independiente que permite que la misma acepte un procedimiento como la CL en su forma ambulatoria de forma más argumentada.

A nivel profesional, este estudio permitirá afianzar los argumentos a favor de desarrollar la especialidad de enfermería para determinadas áreas como la quirúrgica, pues el papel de la enfermería es sumamente relevante, dado que es el elemento clave del éxito de la CMA, hecho impensable sin la actividad de enfermería.

En este sentido, la evaluación preoperatoria, la educación del paciente y familiar para todo el proceso quirúrgico y el control de calidad realizado por enfermería constituyen herramientas imprescindibles en cualquier programa de

CMA que pretenda desarrollar criterios de calidad total y de mejora continua de la calidad. Es por ello mandatoria su implantación regular en el sistema sanitario.

La potencial publicación de este estudio en una revista de enfermería contribuirá a la expansión de la cultura de la consulta de enfermería para la CMA, a la vez que permitirá expandir el papel del personal de enfermería en el proceso de CLA y cambiar prácticas de cuidados obsoletas, aún presentes en muchas unidades de CMA.

El desarrollo de este proyecto permitirá valorar nuevos problemas existentes en el postoperatorio de los pacientes y en el periodo perioperatorio, así como valorar la relevancia que éstos tienen en los pacientes/cuidadores, lo que permitirá establecer prioridades de tratamiento o soporte adicional o incluso servir como punto inicial para la creación de instrumentos de evaluación de aplicación universal.

Los resultados obtenidos permitirán ofrecer a los futuros pacientes y cuidadores una mejor atención dirigida y orientada a sus demandas, expectativas y necesidades.

Además de los datos obtenidos, estos permitirán cambiar el enfoque del proceso, pues permitirá aumentar la calidad asistencial prestada por la enfermería y desarrollar ulteriormente nuevas investigaciones que evalúen el impacto de los cambios realizados.

El análisis de calidad percibida y el conocimiento de las necesidades de los pacientes y familiares permitirán planificar y personalizar los cuidados y el proceso aumentando el grado de satisfacción. Además, la planificación de la atención genera una mayor eficiencia en la gestión de los recursos, pues disminuye la necesidad de consultas, telefónicas o presenciales, en centros de salud, domiciliarias u hospitales, al disminuir las necesidades de cuidados extendidos y sanitarios, pues son asumidos por el paciente/cuidador y, a la vez, con el conocimiento derivado de la interacción con el personal de enfermería de la consulta preoperatoria que ha realizado una función de educación para la salud centrada en el circuito perioperatorio del paciente.
El proyecto de investigación propuesto (protocolo de investigación) está en línea con las actuales investigaciones sobre la mejora de la calidad asistencial, sirviendo para el desarrollo de nuevas medidas de garantía de calidad, por lo que además de ser un tema de actualidad si tenemos en cuenta la escasez de publicaciones o investigaciones en el área de la CLA, lo dotan de mayor relevancia en la investigación clínica enfermera. Los resultados pueden calificarse de interés científico relevante y, por tanto, es posible que la publicación derivada de este proyecto pueda ser de rango internacional (*Journal of Nursing Care Quality*), pues demostrarán que la intervención enfermera holística en el proceso de CLA incrementa la aceptación del procedimiento ambulatorio, disminuye las necesidades de cuidados postoperatorios tanto domiciliarios como médicos, manteniendo índices de satisfacción incluso por encima de otros procedimientos tradicionalmente realizados en CMA.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Las encuestas de satisfacción precisan unas propiedades psicométricas que garanticen su validez y fiabilidad que son exigibles a cualquier instrumento de medida.
- La aplicación periódica de encuestas de satisfacción validadas nos permite conocer la opinión de nuestros pacientes e identificar las áreas sobre las que podemos mejorar la calidad asistencial, tanto en el aspecto científico-técnico como en el de calidad percibida/satisfacción.
- Nuestro cuestionario ICAD15, en comparación con el SERVQHOS, adolece de una menor evaluación subjetiva/objetiva del área de calidad percibida, por lo que sería deseable incorporar nuevos ítems al mismo, además de incluir los diferentes estamentos que interaccionan con los pacientes.
- Los resultados de nuestro estudio demuestran una clara aceptación de la CLA con una baja incidencia de efectos secundarios anestésico quirúrgicos.
- Nuestro estudio demuestra que la intervención de enfermería mejora significativamente los resultados en términos de aceptación del procedimiento ambulatorio, de seguridad percibida del mismo, de autocontrol y autocuidados, disminuye además las necesidades de asistencia médica por discontinuidad de los cuidados asistenciales y mejora el control de calidad de los efectos secundarios del procedimiento anestésico-quirúrgico.
- La gran complejidad de los estudios de satisfacción de los pacientes requieren la incorporación junto a los cuestionarios de técnicas cualitativas de investigación social, debiendo considerarse ambos métodos como complementarios y no excluyentes.
- La especialización en enfermería de CMA abarcando todo el proceso asistencial debería incluirse en las perspectivas profesionales de enfermería como área independiente de especial interés.

ANEXO 1

CHECK LIST PREOPERATORIO

	SÍ	NO
– La historia clínica está cumplimentada	❑	❑
– La analítica preoperatoria es completa	❑	❑
– La analítica preoperatoria es normal	❑	❑
– La analítica preoperatoria es adecuada en fecha de realización		
– La valoración de riesgo ha sido efectuada	❑	❑
– El paciente toma algún fármaco de relevancia respecto a la intervención (Adiro®, Sintrón®, etc.)	❑	❑
– Se considera que no se precisan más exploraciones preoperatorias ajustadas al procedimiento a practicar	❑	❑
– Se estima que se precisan nuevas exploraciones preoperatorias en relación a otros diagnósticos potenciales o síntomas relatados por el paciente (indicar):	❑	❑
El paciente entiende/conoce:	❑	❑
– El diagnóstico		
– Qué síntomas, molestias van a ser eliminadas con la intervención	❑	❑
– La técnica quirúrgica a practicar	❑	❑
– El tipo de anestesia que se le va a practicar	❑	❑
– La modalidad de ingreso (amb/ H. día/ingreso)	❑	❑
– Las potenciales complicaciones anestésicas	❑	❑
– Las potenciales complicaciones quirúrgicas	❑	❑
– La presumible evolución postoperatoria	❑	❑
– La secuencia de acontecimientos postoperatorios (el circuito postoperatorio)	❑	❑
– La necesidad de seguir los controles postoperatorios según el esquema adjunto		
– Las fechas de revisión/horas	❑	❑
La hora de ingreso se ajusta adecuadamente al parte quirúrgico del día (si es preciso, modificar el orden de ingreso de los pacientes)	❑	❑
El paciente ha recibido:		
– La hoja de instrucciones preoperatorias	❑	❑
– La hoja que indica la fecha y hora de ingreso	❑	❑
El paciente ha firmado:		
– El consentimiento de anestesia	❑	❑
– El consentimiento de cirugía	❑	❑
El paciente aporta:		
– La autoanamnesis preoperatoria	❑	❑
– Las autorizaciones de la intervención	❑	❑
– El GIQLI debidamente cumplimentado		
– Las autorizaciones de la compañía son correctas (ajustadas a baremo y complejidad de la patología)	❑	❑
– La autorizaciones han de modificarse (indicar la modificación a practicar)	❑	❑
El análisis del GIQLI demuestra que el paciente presenta:		
– Ansiedad-depresión asociadas	❑	❑
– Síntomas de RGE, ulcus o dispepsia biliar	❑	❑
– Estreñimiento	❑	❑
– Síntomas proctológicos	❑	❑

	SÍ	NO
El ICCQ es correcto La puntuación del ICCQ es _____	❑	❑
Lista de procesos clínicos tributarios de estudio tras la intervención quirúrgica: 1._____ 2._____ 3._____ 4._____ 5._____		
Paciente nervioso/ansioso ❑ Desconfiado ❑ Normal ❑ Comentarios		

Diagnóstico:_____
Intervención a practicar: _____

CHECK LIST PREOPERATORIO. CLASE SOCIAL Y ESTATUS LABORAL

CLASE	CATEGORÍA
1	Directivo de administración pública Directivo de empresas de 10 o más asalariados Profesión universitaria Profesión universitaria y grado de doctor
2	Directivos de empresas con menos de 10 asalariados Profesiones universitarias de primer ciclo Artistas Deportistas
3	Administrativos Profesionales de empresas de seguridad Trabajadores por cuenta propia (autónomos) Comerciales Supervisores de trabajadores manuales
4 A	* Trabajadores manuales cualificados
4 B	* Trabajadores manuales semicualificados
4 C	* Trabajadores manuales no cualificados

CLASE	CATEGORÍA
1 A	Asalariado con contrato laboral indefinido
1 B	Asalariado con contrato temporal
1 C	Asalariado con contrato en prácticas
1 D	Funcionario con plaza en propiedad
1 E	Funcionario con plaza interina indefinida
1 F	Funcionario con plaza interina temporal
2	Autónomo
3	Parado
4	Jubilado
5	Ama de casa

ANEXO 2
INSTRUCCIONES PREOPERATORIAS

PREPARACIÓN PREOPERATORIA

Va a ser intervenido quirúrgicamente por el equipo del ICAD, Instituto de Cirugía General y Aparato Digestivo. Agradecemos que haya elegido a nuestro equipo y deposite su confianza y salud en nuestras manos.

Ante todo recuerde:

FECHA DE INTERVENCIÓN: _____

TIPO DE INTERVENCIÓN: _____

RÉGIMEN DE INTERVENCIÓN

- **Ambulante:** operaciones con anestesia local (en ocasiones asociadas a sedación controlada por anestesista), el paciente se presenta en el servicio de admisión y es llamado desde el quirófano, retornando a su domicilio tras acabar la operación quirúrgica.
- **Hospital de Día:** operaciones con anestesia local y sedación, o bien anestesia general. El paciente ingresa en una habitación, es trasladado a quirófano y, tras ser practicada la intervención, permanece un periodo variable de tiempo en el área quirúrgica para su inicial recuperación (aproximadamente entre 60 y 90 minutos). Después es trasladado a su habitación, donde después de un tiempo de recuperación variable, según el tipo de intervención, es dado de alta (retorna a su domicilio) el mismo día de la operación quirúrgica (en general el alta del Hospital tiene lugar entre las 5 y las 7 de la tarde).
    - Los pacientes intervenidos en régimen de Hospital de Día son trasladados a su habitación donde, de forma progresiva, inician la recuperación postoperatoria intrahospitalaria, esto es, inician la tolerancia a la alimentación líquida y a la deambulación. En principio permanecerán sentados en el sillón de la habitación, no debiendo encamarse y, ulteriormente, se les indicará que deben levantarse para probar su capacidad de valerse por sí mismos de forma independiente. Asimismo, si lo precisan, se les administrará analgésicos en caso de que aquejen dolor o molestias postoperatorias tributarias de analgesia.
    - El cirujano del equipo encargado comprobará que están en condiciones de volver a su domicilio, momento en que se les indicará que pueden vestirse para pasar por la consulta donde se les darán las explicaciones relevantes respecto a la conducta postoperatoria en su domicilio y en los primeros días tras la operación. De igual forma, se le indicarán las revisiones en la consulta con su fecha y hora correspondiente, a fin de facilitar el seguimiento completo y exhaustivo de su operación.
    - Además se le hará entrega de un "diario postoperatorio" de vital importancia, donde el paciente o su familiar reflejará las dosis de analgesia precisadas, el dolor percibido por el paciente y el grado máximo de actividad tolerado por éste durante los siguientes 15 a 20 días tras la intervención. Este diario es fundamental para poder establecer el grado de recuperación del paciente, acorde con el día postoperatorio, y adelantarse al potencial desarrollo de complicaciones.
- **Ingreso:** operaciones en las que el paciente precisa ingresar en el hospital durante un periodo variable de tiempo debido a la complejidad de las mismas.

Hora de ingreso (hora de presentación en el servicio de admisión)

- Su hora de ingreso no coincide con la hora estricta de la intervención quirúrgica.
- Su operación está integrada en un PARTE QUIRÚRGICO, es decir, que el equipo quirúrgico practicará ese mismo día una serie de intervenciones entre las cuales está la suya. Esto explica que puedan existir demoras o retrasos entre la hora de ingreso y la hora de realización de la intervención debido a que cada paciente, aun siendo intervenido de la misma operación, requiere un tiempo individual y no predecible *a priori* tanto de anestesia como de cirugía, lo que ocasiona de igual forma retrasos o adelantos no predecibles.

Atención clínica pre- y postoperatoria

Es fundamental que tenga en consideración que la cirugía (su intervención quirúrgica) es una labor de equipo en la que confluyen los esfuerzos de uno, dos o tres cirujanos, según el caso y la complejidad del mismo. Es el trabajo en equipo lo que asegura la atención continua y controlada de calidad en el paciente individual. De ahí que su atención preoperatoria y postoperatoria sea llevada por diversos miembros del equipo que trabajan siguiendo una misma pauta (protocolos y guías clínicas) comentando y discutiendo entre nosotros cada paciente de forma individual con el fin de obtener el mejor resultado diagnóstico y terapeútico al considerar cada caso de forma estrictamente individual. Esto nos permite conseguir una calidad tanto diagnóstica como terapeútica única en la especialidad de cirugía general y aparato digestivo en el ámbito de la medicina privada.

Control preoperatorio

- Tras haberse solicitado los oportunos exámenes preoperatorios (en general análisis de sangre, valoración de riesgo por el internista, electrocardiograma y radiografía de tórax), y ser estos evaluados por un miembro del equipo, se le indicará la fecha de la intervención quirúrgica y se le darán las autorizaciones correspondientes para la compañía aseguradora junto a un cuestionario de calidad de vida que debe rellenar y el protocolo de auto-anamnesis preoperatoria.
- Se le administrarán los consentimientos informados tanto para el procedimiento quirúrgico como para el anestésico. Estos documentos no eximen de responsabilidad al equipo quirúrgico, sino que son el testimonio de que le han sido explicados adecuadamente las potenciales complicaciones, tanto quirúrgicas como anestésicas, a las que se va a someter.
- Se le dará un último control preoperatorio en la consulta externa aproximadamente 10 días antes de la intervención para realizar un último y exhaustivo control a fin de eliminar cualquier potencial duda sobre el procedimiento o los detalles del mismo (hora de ingreso, medicación, enfermedades asociadas, dudas sobre el procedimiento, dudas de "última hora", etc.) y comprobar la adecuación de las autorizaciones de la intervención. En dicho control deberá aportar: las autorizaciones de la compañía de seguros, el cuestionario de calidad de vida debidamente cumplimentado y el protocolo de autoanamnesis preoperatorio. Es conveniente que en este último contacto nos indique cualquier tipo de duda sobre la operación a la que va a ser sometido.

Control postoperatorio

- NO EXISTE NINGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE ESTÉ LIBRE DE COMPLICACIONES.
- Las potenciales complicaciones que se desarrollan en las técnicas quirúrgicas habituales son prevenibles o diagnosticables de forma temprana si se realiza un correcto, pero estricto, seguimiento postoperatorio.
- Es por ello que se le facilitará un documento de citaciones en la consulta externa para su seguimiento en el que figuran la fecha y la hora (aproximadas) de los diferentes controles que debe seguir.
- Es de su absoluta responsabilidad completar de forma adecuada el seguimiento, ya que el control adecuado por el equipo quirúrgico que le atiende evita, mediante este, el potencial desarrollo de complicaciones, facilita su diagnóstico temprano y evita uno de los principales problemas de la asistencia médica, la discontinuidad asistencial (interrupción de la asistencia médica por un mismo equipo de profesionales), la cual genera no sólo problemas de interpretación sino efectos adversos sobre el curso postoperatorio de los pacientes.
- En el calendario de controles postoperatorios observará que estos se extienden hasta el año de la intervención quirúrgica. Esto es debido a que la mayoría de las recurrencias, recidivas o reapariciones de las enfermedades quirúrgicas ocurren estadísticamente durante el primer año de la intervención.
- El miembro de nuestro equipo que le revise en su último control postoperatorio le aconsejará sobre la necesidad de seguir ulteriores controles postoperatorios bien de forma anual o bien según otra periodicidad en función de su diagnóstico.

NORMAS DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO

1. El día de la intervención debe presentarse en ayunas, tanto para líquidos como sólidos, de 8 horas previas a la hora de presentación en el hospital.
2. Aunque su operación sea practicada en Hospital de Día o Ambulante, debe hacerse acompañar por un adulto responsable, teniendo en cuenta que no debe usted conducir vehículo alguno.
3. En la semana previa a la intervención NO debe usar como analgésico la Aspirina® o derivados de la misma.
4. Cualquier tipo de infección, resfriado común o enfermedad en la semana previa a la intervención DEBE ser comunicada a fin de evaluar la conveniencia o no de la fecha de operación, e incluso retrasar la misma.
5. Medicación habitual. No debe ser interrumpida, salvo para el periodo de ayuno. En cualquier caso consulte con el miembro del equipo que le visite.
6. FÁRMACOS QUE DEBEN SUSPENDERSE 14 DÍAS ANTES DE LA OPERACIÓN. Si usted toma alguno de los siguientes fármacos debe suspender su toma 14 días antes de la operación. AAS®, ASPIRINA®, ASA-SANTIN®, ADIRO®, TIKLID®, DISGREN®, PLAVIX®, ISCOVER®.
7. PESO Y TALLA. Debe aportar su peso y talla (de Farmacia) durante los estudios preoperatorios.
8. DIABETES. Tanto si recibe usted antidiabéticos orales como si se administra insulina, NO debe tomarlos ni pincharse el día de la intervención. Ya en el hospital se le administrará el tratamiento adecuado para el control estricto de la glucemia según determinaciones analíticas.
9. ANTICOAGULANTES ORALES (SINTRÓN®): siga la pauta de tratamiento que le habrá sido indicada por nosotros.

ANEXO 3
MONITORIZACIÓN DE DOLOR POSTOPERATORIO Y RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA EN COLE LAP AMBULATORIA

Dr. M. Planells, Dr. R García Espinosa, Dra. M. Cervera Delgado

HORA FINAL DE CIRUGÍA: _____ HORA FINAL DE ANESTESIA: _____

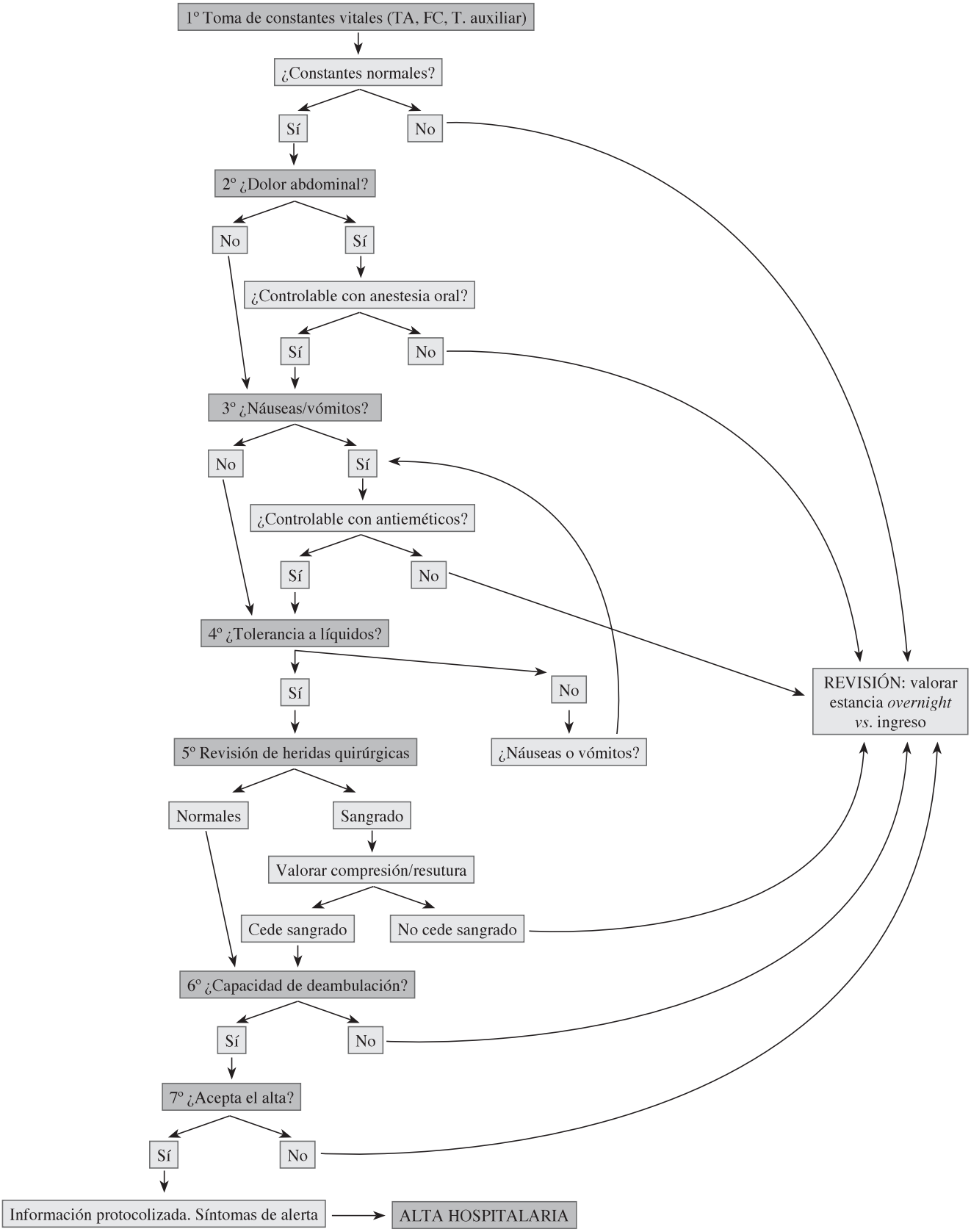
T1: URPA/T2: Sala Hospitalización (13:00 a 14:00 horas)/T3: al alta

VARIABLE	T1 HORA:	T2 HORA:	T3 HORA:
Dolor abdominal espontáneo	+ 4 ❑	+ 4 ❑	+ 4 ❑
Dolor abdominal con la inspiración profunda	+ 3 ❑	+ 3 ❑	+ 3 ❑
Dolor abdominal con la tos	+ 2 ❑	+ 2 ❑	+ 2 ❑
Dolor en las heridas de los trócares espontáneo	Sí ❑ No ❑ 1❑2❑3❑4❑ + 3 ❑	Sí ❑ No ❑ 1❑2❑3❑4❑ + 3 ❑	Sí ❑ No ❑ 1❑2❑3❑4❑ + 3 ❑
Dolor en las heridas de los trócares con la inspiración profunda	Sí ❑ No ❑ 1❑2❑3❑4❑ + 2 ❑	Sí ❑ No ❑ 1❑2❑3❑4❑ + 2 ❑	Sí ❑ No ❑ 1❑2❑3❑4❑ + 2 ❑
Dolor en las heridas de los trócares con la tos	Sí ❑ No ❑ 1❑2❑3❑4❑ + 1 ❑	Sí ❑ No ❑ 1❑2❑3❑4❑ + 1 ❑	Sí ❑ No ❑ 1❑2❑3❑4❑ + 1 ❑
Sangrado heridas residual Sangrado heridas activo/compresión Sangrado heridas activo/sutura Herida problema	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 5 ❑ 1❑2❑3❑4❑	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 5 ❑ 1❑2❑3❑4❑	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 5 ❑ 1❑2❑3❑4❑
Omalgia	+ 3 ❑	+ 3 ❑	+ 3 ❑
Tolerancia a líquidos completa Náuseas Vómitos	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 4 ❑	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 4 ❑	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 4 ❑
Deambulación no asistida Deambulación inestable Sedestación tolerada sin tolerar deambulación No tolerancia a sedestación	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 4 ❑ + 7 ❑	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 4 ❑ + 7 ❑	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 4 ❑ + 7 ❑
Hemodinámica estable Hipotensión ortostática Hipotensión en decúbito Diuresis espontánea RAO. Sondaje vaciamiento RAO. Sondaje 24 h	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 6 ❑ + 0 ❑ + 2 ❑ + 4 ❑	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 6 ❑ + 0 ❑ + 2 ❑ + 4 ❑	+ 0 ❑ + 2 ❑ + 6 ❑ + 0 ❑ + 2 ❑ + 4 ❑
PUNTUACIÓN TOTAL			

Heridas trócares 1 (Umbilical) 2 (Hipocondrio izquierdo) 3 (Hipocondrio Derecho) 4 (Fosa iliaca derecha)

OBSERVACIONES:

ANEXO 4
GUÍA CLÍNICA POSTOPERATORIA CLA



ANEXO 5
INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS CLA

INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS PARA PACIENTES INTERVENIDOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

Ha sido intervenido de vesícula mediante laparoscopia, lo que permite, de forma SEGURA, que pueda usted ser dado de alta del hospital a las 4-6 horas tras la intervención, permitiendo así que pase el periodo postoperatorio en su domicilio, evitando los riesgos asociados al ingreso en el hospital.

Durante el periodo postoperatorio son normales los siguientes síntomas:

1. **Dolor:**
   a) Es normal el dolor en las heridas de la operación y siempre es de mayor intensidad en la herida del ombligo y en la situada debajo de las costillas.
   b) Dolor en el abdomen: es normal que tenga una cierta molestia en la zona donde ha sido operado (vesícula, lado superior derecho del abdomen).
   c) Dolor de hombros y cuello: éste aparece en algunos pacientes y puede llegar a ser muy intenso e incluso irradiarse al tórax, causando sensación de opresión en el pecho. No debe alarmarse por presentar este dolor, ya que es debido a la insuflación de gas en el abdomen durante la operación. Verá que es de mayor intensidad cuando se acuesta y que disminuye al sentarse.

Para el control del dolor y/o las molestias de la operación se le habrá pautado un analgésico (en general, salvo alergias, Nolotil® en ampollas) que debe mezclar con coca-cola para su toma y puede tomarlo hasta un máximo cada 8 horas según note o no dolor.

EN CASO DE PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL INTENSO QUE NO CEDE CON LA TOMA DE UN ANALGÉSICO DEBE PONERSE EN CONTACTO CON EL HOSPITAL

2. **Náuseas:** sensación de ganas de vomitar. Si presenta este síntoma, que es normal en el periodo postoperatorio inmediato, debe tomar Primperán® o Motilium® en cucharadas (1 cada 8 horas) y seguir con la dieta líquida para reiniciar la dieta blanda sólo cuando tenga sensación de hambre.
3. **Vómitos:** es normal algún vómito postoperatorio. En caso de presentarlo tome Primperán® o Motilium® y espere a volver a tomar un alimento líquido (preferentemente una bebida gaseosa, por ejemplo coca-cola, agua con gas, etc.) hasta 1 hora después. Si tolera el líquido puede luego empezar con una dieta blanda si tiene sensación de hambre. En caso contrario siga con alimentación líquida hasta que tenga sensación de hambre.

EN CASO DE PRESENTAR VÓMITOS DE REPETICIÓN QUE NO CEDAN CON LAS MEDIDAS INDICADAS DEBE PONERSE EN CONTACTO CON EL HOSPITAL

4. **Fiebre:** es normal un discreto aumento de la temperatura. Debe tomarse la temperatura dos veces al día (por la mañana y por la tarde).

EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE MAYOR O IGUAL A 38° DEBE PONERSE EN CONTACTO CON EL HOSPITAL

5. **Actividad física:** NO DEBE ENCAMARSE. Debe mantener una actividad física normal, sin esfuerzos físicos, pero normal. Puede andar e incluso salir a pasear al día siguiente de la operación, realizar pequeñas tareas domésticas e incluso reanudar su actividad laboral si ésta no le exige realizar esfuerzos físicos intensos.
6. **Cuidado de las heridas:** al día siguiente de la operación puede ducharse. Una vez que haya acabado la ducha, debe retirar los apósitos de las heridas (que se habrán mojado) y secar las heridas con un secador, no con una toalla. Después no precisa ponerse ningún apósito en las heridas, sino dejarlas al aire para que se sequen. Tampoco precisa pincelarlas con betadine ni ningún otro antiséptico.
7. **Medicación habitual:** debe reiniciar la medicación habitual al día siguiente de la operación, salvo el uso de medicación ANTIAGREGANTE O ANTICOAGULANTE, que la reiniciará según le indique el facultativo.
8. **Actividades de la vida diaria:** durante la primera y segunda semanas tras la operación es conveniente evitar los esfuerzos físicos, considerando como esfuerzo el levantamiento de pesos importantes o los esfuerzos abdominales. Si su actividad

laboral está exenta de esfuerzos importantes, es bueno para usted la reincorporación a las labores de forma progresiva durante la segunda semana. Por el contrario, si su actividad laboral o diaria exige esfuerzos intensos, es recomendable reiniciar dicha actividad a partir de la tercera semana de la operación.

9. Qué puedo comer:

a) El día de la operación es mejor que no abuse de la comida. Puede tomar alimentos de consistencia blanda (sémolas, caldos vegetales, yogures, etc.) y es mejor que se quede con hambre para evitar la potencial aparición de vómitos o de naúseas.
b) Al día siguiente de la intervención y en los días posteriores puede reiniciar una dieta normal, de forma progresiva y excluyendo en general los fritos y las grasas hasta llegar a una alimentación normal a lo largo de los 15 días siguientes tras la operación.

10. Recuerde que debe acudir a la consulta para revisión el día:_____

11. Ante cualquier duda o problema, póngase en contacto telefónico con el hospital.

ANEXO 6

ICAD15: ENCUESTA DE CALIDAD Y CONTROL POSTOPERATORIO COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

Fecha de intervención: _____ **Fecha revisión:**_____ **Edad:** _____ **Cía.:**_____ Fdept bupi Sí ❑ No ❑	
La información previa a la intervención le pareció: ***Muy buena ❑ Buena ❑ Regular ❑ Insuficiente ❑**	
Durante la estancia en el hospital, ¿qué le han parecido los siguientes aspectos?: Trato y cuidado de los profesionales que le han atendido: ***Muy bueno ❑ Bueno ❑ Regular ❑ Insuficiente ❑** comunicación y accesibilidad entre usted, su acompañante y los profesionales que le han atendido: ***Muy bueno ❑ Bueno ❑ Regular ❑ Insuficiente ❑** el ambiente y confort del hospital ***Muy bueno ❑ Bueno ❑ Regular ❑ Insuficiente ❑**	
¿Le ha sangrado alguna herida?	Sí ❑ No ❑
¿Ha tenido fiebre (38° o >)?	Sí ❑ No ❑
¿Ha tenido dolor en las heridas del abdomen?	Sí ❑ No ❑
¿Ha tenido dolor en el abdomen?	Sí ❑ No ❑
¿Ha tenido dolor en el hombro y/o en el cuello (omalgia)?	Sí ❑ No ❑
¿Ha tenido náuseas?	Sí ❑ No ❑
¿Ha tenido vómitos?	Sí ❑ No ❑
Al llegar a su domicilio se encontraba: **Adormilado ❑ Mareado ❑ Inestable al andar ❑ Como si no me hubieran operado ❑**	
¿Se ha visto obligado a llamar al médico de urgencias?	Sí ❑ No ❑
¿Se ha visto obligado a acudir a urgencias de algún hospital?	Sí ❑ No ❑
¿Se ha visto obligado a contactar con el cirujano?	Sí ❑ No ❑
Ser dado de alta el mismo día de la operación: Me ha parecido demasiado pronto Me ha hecho sentirme inseguro	❑ ❑
¿Volvería a intervenirse en este mismo centro?	Sí ❑ No ❑
¿Recomendaría este centro a sus familiares y amigos para este tipo de intervención a la que se ha sometido?	Sí ❑ No ❑
¿Qué le ha parecido ser dado de alta el mismo día de la operación?: **Muy bien ❑ Bien ❑ Mal ❑ Muy mal ❑**	
La hoja de instrucciones postoperatorias: Incluye todos los síntomas que ha notado Le ha parecido clara y concisa	 Sí ❑ No ❑ Sí ❑ No ❑
De cero a diez, cómo puntuaría la asistencia recibida 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ANEXO 7

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA TRABAJO DE FIN DE GRADO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: INTERVENCIÓN ENFERMERA Y RESULTADOS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE LA CALIDAD ASISTENCIAL (CALIDAD PERCIBIDA Y CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA) EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

– Fuentes: revistas, revistas electrónicas, literatura gris (tesis doctorales, proyectos de investigación, informes institucionales no publicados), capítulos de libros, artículos publicados en revistas, bases de datos.

BASES DE DATOS CONSULTADAS:

– Sumarios Indice Médico Español (IME): http://bddoc.csic.es8080/buscarsimple.html:jses
– Medline: National Library of Medicine. PubMed www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez
– Ovid- http://www.ovid.com /
– Bases de datos específicas de enfermería:
  - CINALH: http://www.cinalh.com
  - CUIDEN: Fundación Index. http://www.index-f.com/busquedas.php
  - BDIE: producción científica de enfermería española http://bdie.isciii.es
– Búsqueda en bases de datos:
  1. Identificar las palabras clave y sus sinónimos u otras formas de escribir los términos de búsqueda.
  2. Introducir los términos o palabras clave (*key words*).
  3. Determinar los criterios de inclusión y exclusión de la revisión para limitar la búsqueda (idioma, años de publicación).
  4. Mantener un registro guardando o imprimiendo el historial de búsqueda, detallando el número de artículos obtenidos en cada búsqueda.
  5. Selección de los artículos en dos fases: la primera en que se excluyen estudios no relacionados, no cumplen los criterios de inclusión, y en segunda fase se seleccionan aquellos que serán sometidos a valoración crítica mediante la lectura del resumen del artículo y la obtención del artículo completo para su análisis.

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA REALIZADA

POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADO A ANALIZAR
Colelitiasis	Colecistectomía laparoscópica ambulatoria Intervención enfermera-consulta de enfermería	Calidad científico-técnica Calidad percibida
Gallbladder stones Cholelithiasis	Ambulatory laparoscopic cholecystectomy Day case laparoscopic cholecystectomy Outpatient laparoscopic cholecystectomy Nursing intervention in perioperative care Nursing intervention in quality management	Scientific quality Technical quality Perceived quality Total quality
	Patient centered approach to day surgery	Nursing intervention
	Nursing care interventions for day care laparoscopic cholecystecctomy	Nursing intervention
	Nursing quality assessment in ambulatory laparoscopic cholecystectomy	Nursing intervention
	Quality control by nursing in ambulatory surgery	Quality/nursing intervention
	Quality control nursing in ambulatory laparoscopic cholecystectomy	Quality/nursing/ambulatory laparoscopic cholecystectomy
	Total quality management / improvement in ambulatory laparoscopic cholecystectomy	Quality improvement /Quality management in ambulatory laparoscopic cholecystectomy
	Surgical nursing and ambulatory surgery	Quality improvement in nursing control
	Surgical nursing and enhanced recovery programmes	New nursing roles in perioperative care

LISTADO DE SIGLAS Y SÍMBOLOS

ICAD	Instituto de Cirugía y Aparato Digestivo
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria
CL	Colecistectomía laparoscópica
CLA	Colecistectomía laparoscópica ambulatoria
P	Valor de proporción esperada
SERVQHOS	Service Quality for Hospitals. Cuestionario de calidad
SERVQUAL	Service Quality for Services. Cuestionario de calidad
SUCMA14	Cuestionario de satisfacción en CMA de 14 ítems
ICAD15	Cuestionario de calidad elaborado por el ICAD en 2014
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

BIBLIOGRAFÍA

1. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Rodríguez Torres MC, Rodríguez Torres MA, Alcázar Iglesias M, Pereira Becerra F. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de Cirugía Mayor Ambulatoria. Enf Clin 2001;11:146-54.
2. Romero Simo M, Aguayo Albasini JL. Cirugía Mayor Ambulatoria y vías clínicas: una asociación estimulante. Cir Esp 2010;88(4):228-31. DOI: 10.1016/j.ciresp.2010.07.010.
3. Rivera J, Giner M, Subh M. Cirugía ambulatoria: estudio piloto. Cir Esp 1988;4(6):865-70.
4. Doherty VC, O`Donoven TR, Hill GJ. Current status of ambulatory surgery in the United States. In: Hill GJ, editor. Outpatient surgery. 3rd Ed Philadelphia, PA, USA: WB Saunders Co; 1988. p. 1-6.
5. Soliva Domínguez R, Amaro Arias E, Portuondo Avalos I. Satisfacción de los operados con un programa municipal de cirugía ambulatoria mayor. Cir Ciruj 2003;71:116-28.
6. Rhodes L, Miles G, Pearson A. Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. Int J Nurs Pract 2006;12:178-92.
7. Phelan B, Grenside S. Procedures undertaken in day surgery. In: Hodge D (ed). Day Surgery: a Nursing Approach. Edimburgh: Churchill Livingstone; 1999 p. 53-114.
8. Litynski GS. Erich Muhe and the rejection of laparoscopic cholecystectomy (1985): a surgeon ahead of hist time. JSLS 1998;2:341-6.
9. Gurusamy K, Junnarkar S, Farouk M, Davidson B. Day-case versus overnight stay for laparoscopic cholecystectomy. Cochrane Datbase Syst Rev 2008 Jul;16(3):CD006798. DOI: 10.1002/14651858.CD006798.pub3.
10. Nuñez AV. Creación de una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en un centro de especialidades. Todo Hospital 1996;132:13-6.
11. Aranaz JM, Zarco A, Mira JJ, et al. Conjunto mínimo de indicadores de calidad asistencial para cirugía sin ingreso. Todo Hospital 1999;159:555-60.
12. Álvarez Baglietto C. Eficacia de un programa educativo para mejorar el nivel de satisfacción de pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria. Ciencia y Tecnología Escuela de Postgrado-UNT. 2011.57-67.
13. Yellen E, Davis GC. Patient satisfaction inn ambulatory surgery. AORN Journal 2001;74(4):496-8.
14. Aguilo Lucía J, Peiro Moreno S, Viciano Pascual V, Torro Richard JA, García Botella M, Garay Burdeos M, et al. Factores asociados a complicaciones, reingresos y otros episodios adversos en cirugía biliar. Cir Esp 2001;69(6):560-8.
15. Villeta Plaza R, Landa García JI, Rodríguez Cuéllar E, Alcalde Escribano J, Ruiz López P. Proyecto Nacional para la Gestión Clínica de Procesos Asistenciales. Tratamiento quirúrgico de la colelitiasis. Desarrollo de la vía clínica. Cir Esp 2006;80(5):307-25.
16. Reynolds W. The first laparoscopic cholecystectomy. JSLS 2001;5:89-94.
17. Reddick E, Olsen DO. Outpatient laparoscopic laser cholecystectomy. Am J Surg 1990;160:485-7.
18. Girotti MJ. Editorial In patient today- Outpatient tomorrow. CJS 1997;40:247-8.
19. Gurusamy K, Junnarkar S, Farouk M, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of day case laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 2008;95:161-8. DOI: 10.1002/bjs.6105.
20. Ammori BJ, Davides D, Vezakis A, Martin IG, Larvin M, Smith S, et al. Day-case laparoscopic cholecystectomy: a prospective evaluation of a 6-year experience. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2003;10:303-8.
21. Ji W, Ding K, Wang D, Li N, Li Js. Outpatient versus inpatient laparoscopic cholecystectomy: a single center clinical analysis. Hepatobiliary Pancreat Dis Int 2010;9:60-4
22. Pardo García R, Ramia Ángel JM, Padilla D, Martín J, López A, Crespo P, et al. Cirugía laparoscópica ambulatoria. Cir Esp 1998;64(Suppl 1):105.
23. Planells Roig M, García Espinosa R, Martínez Casañ P, Hoyas L. Colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio. Resultados preliminares de una serie de 52 pacientes intervenidos de forma consecutiva. Cir Esp 1998;64(Suppl 1):105.
24. Planells Roig M, Salas A, Sanahuja Santafé A, Bueno Lledó J, Serralta Serra A, García Espinosa R. Gestión de la calidad total en colecistectomía laparoscópica. Calidad asistencial y calidad percibida en colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Rev Esp Enf Digest 2002;94(6):319-25.
25. Berrevoet E, Biglari M, Sinove Y, De Baardemaeker L, Troisi R, de Hemptinne B. Outpatient laparoscopic cholecystectomy in Belgium: what are we waiting for? Acta Chir Belg 2006;106:537-40.
26. Kalpesh J, Rajan PS, Sendhilkumar K, Palanivelu C. Twenty years after Erich Muhe: Persisting controversies with the gold standard of laparoscopic cholecystectomy. J Min Access Surgery 2006.
27. Bueno Lledó J, Planells Roig M, Arnau Bertomeu C, Sanahuja Santafé A, Oviedo Bravo M, García Espinosa R, et al. Colecistectomía Laparoscópica Ambulatoria. El Nuevo Gold Standard de la Colecistectomía Laparoscópica. Rev Esp Enferm Digest 2006;98(1):14-25.
28. Galindo Galindo A, Docobo Durantez F, Palacios González C, Sousa Vaqueira MJ, Martín Cortés J, María Robles J. Colecistectomía laparoscópica en unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir Esp 2000;68(Suppl 1):103-4.
29. Serralta A, García Espinosa R, Martínez Casañ P, Hoyas L, Planells M. Cuatro años de experiencia en colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Rev Esp Enferm Dig 2001;93:207-10.
30. Joris J, Thiry E, Paris P, Weerts J, Lamy M. Pain after laparoscopic cholecystectomy: characteristics and effect of intraperitoneal bupivacaine. Anesth Analg 1995;81:379-84.
31. Mira JJ, Bril JA, Lorenzo S, Vitaller J, Aranaz J. Marketing Sanitario y Calidad Asistencial: reflexiones para el diseño de los servicios quirúrgicos. Cir Esp 2000;67:180-3.
32. Wasowicz DK, Schmitz RF, Go PM. Assesment of day surgery in a district training Hospital: safety, efficacy and patient´s satisfaction. Ned Tijdschr Geneeskd 2000;144:1919-23.
33. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Gancio EI, et al. Adaptación de un modelo de Gestión de Calidad Total al sector sanitario. Rev Calidad Asistencial 2000;15:184-91.
34. García Durán A, Docobo Durántez F, Mena Robles J, Carave López Becerra A, Vázquez Monchul J, Durán Ferreras I. Índices de satisfacción y calidad percibida en una unidad de cirugía mayor ambulatoria de un Hospital de tercer Nivel. Rev Esp Enferm Dig 2003;95(12):851-6.
35. Aguayo JL. Cirugía Mayor Ambulatoria: un éxito del sistema. Rev Calidad Asistencial 2003;18:261-2.

36. Mira JJ, Vitaller J, Aranaz J, Herrero JF, Buil JA. La satisfacción del paciente: concepto y aspectos metodológicos. Revista de la Psicología de la Salud 1992;4(1):89-116.
37. Gea MT, Hernán M, Jiménez JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. Rev Calidad Asistencial 2001;16:37-44.
38. Rosen HI, Bergh IHE, Lundman BM, Martensson LB. Patients experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery. BMC Nursing 2012;9:16 disponible en http://www.biomedcentral.com/1472-6955/9/16
39. Rivas P. Quality Issues in Day Surgery. London: The International Association for Ambulatory Surgery (IAAS); 2006.
40. Thurairatnam RR, Mathew GS, Montgomery J, Stocker M. The role of patient satisfaction surveys to improve patient care in day surgery. Cir May Amb 2014;19(3):100-3.
41. Cook TM, Coupe M, Ku T. Shaping quality: the use of performance polygons for multidimensional presentation and interpretation of qualitative performance data. Br J Anaesth 2012;108(6):953-60. DOI: 10.1093/bja/aes026.
42. Shafique SM. Quality of health care: An absolute necessity for public. The internet Journal of Healthcare administration 2007;4:2.
43. Tsianakas V, Maben J, Wiseman T, Robert G, Richardson A, Madden P, et al. Using patients experiences to identifiy priorities for quality improvement in breast cacer care: patients narratives surverys or both? BMC Health Services Research 2012;22(12):271. DOI: 10.1186/1472-6963-12-271.
44. Sierra Talamantes C, Valls Abdres S, López López I, Famoso Poveda MJ, Peiro Andres MA, Garrigos Hernández EM, et al. Revisión de conceptos de calidad. Enfermería Integral 2008;6:32-7.
45. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida de la atención sanitaria. Med Clin 2000;114:26-33.
46. Berwick DM. The total customer relationship in health care: briadening the bandwith. J Qual Improv 1997;23:245-50.
47. Arraras JI, Illarramendi JJ, Viudez A, Ibañez B, Lecumberri MJ, de la Cruz S. Determinants of patient satisfaction with care in a Spanish oncology day hospital and its relationship with quality of life. Psychooncology 2013;22(11):2454-61.
48. Pujiula Masó J, Suñer Soler R, Puisdemont Guinart M, Grau Martín A, Bertran Noguer C, Hortal Gasul G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de calidad asistencial. Enfermería Clínica 2006;16(1):19-26.
49. Cabrero J, Richart M, Reig A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. Enf Clin 1995;5:190-8.
50. Mitchell M. A patient-centred approach to day surgery nursing. Nursing Standard 2010;24(44):40-6.
51. Torres Jiménez D, Priego Álvarez HR. Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. Horizonte Sanitario 2008;7(1):21-8.
52. Farber J. Measuring and improving ambulatory surgery patients satisfaction. AORN J 2010;92(3):313-21. DOI: 10.1016/j.aorn.2010.01.017.
53. Barthelsson C, Lutzen K, Anderberg BO, Nordstrom G. Patients experiences of laparoscopic cholecystecyomy in day surgery. J Clin Nurs 2003;12:253-9.
54. Investigative Project. Impact of Nursing interventions on perioperative througput: A review of the patient undergoing Laparoscopic cholecystectomy in the Ambulatory Surgery setting versus acute care setting. M Pat Gilligan, RN, BSN 2011 UMI 1493989 ProQuest LLC Ann Arbor, MI. Disponible en http://media.proquest.com/media/pq/classic/doc/2387183181/fmt/ai/rep/NPDF?_s=NTdSBvZRQpZvTsK2DVgkkmJqYs4%3D
55. Corpas Moyano, Quesada Martín I, Ortegón Gallego A, Farouk Allam M. Nursing guidelines for cholecystectomy in ambulatory major surgery. Rev Esp Investig Quir 2009;12(1):25-8.
56. Blay N, Donoghue J. The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy. Aust J Adv Nurs 2005;22(4):14-9.
57. Neugebauer EA, Wilkinson RC, Kehlet H, Schug SA. PROSPECT Working Group. PROSPECT: a practical method for formulating evodence-based expert reccomendations for the management of postoperative pain. Surg Endosc 2007;21(7):1047-53.
58. Bumgarner SD, Evans ML. Clinical care map for the ambulatory laparoscopic cholecystectomy patient. J Perianesth Nurs 1999;14(1):12-6.
59. Nahm E, Stevens L, Scott P, Gorman K. Effects of a web-based preoperative education program for patients undergoing ambulatory surgery: a preliminary study. Journal of Hospital Administration 2012;1 (1):21-9. DOI: 10.5430jha.vin1p21.
60. Mitchell M. Nursing intervention for day-case laparoscopic cholecystectomy. Nurs Stand 2007;22(6):35-41.
61. Isola A, Cattano D, Madrigali S, Marioni A, Buccianti P. Nursing in a Day Surgery régimen: experience in laparoscopic cholecystectomy. Prof Inferm 2008;61(4):202-9.
62. Climents GA, Aguirre-Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. Enfermería Clínica 2003;13:7-15.
63. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. Rev Calidad Asistencial 2003;18:263-71.
64. Encuesta de satisfacción de Cirugía Mayor Ambulatoria. Evolución 2003-2009. Hospital Donostia. Osakidetza. Disponible en: http://www.ejgv.euskadi.eus/r53-2291/es/contenidos/informacion/hd_calidad/es_calidad/adjuntos/EncuestaCirugiaMayorAmbulatoria2009.pdf
65. Mata J, Moral V, Moya MM, Nolla N, Segura C, Valldeperas I, et al. ¿Es eficaz, segura y eficiente una consulta preanestésica en equipo con enfermería? Rev Esp Anestesiol Reanim 2007;54:279-87.
66. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2007-2008. Madrid: Ed. Elsevier; 2008.
67. Apfel CC, Laara E, Koivuranta M. A simplified risk score for predicting postoperative nausea dn vomiting: conclusión s from cross-validations between two centers. Anesthesiology 1999;91:693-700.
68. Aldrete JA. The postanesthesia score revisited. J Clin Anesth 1995;7:89-91.
69. Chung F. Recovery pattern and home readiness after ambulatory surgery. Anesth Analg 1995;80:896-902.
70. Marshall SI, Chung F. Discharge criteria and complications after ambulatory surgery. Anesth Analg 1999;88:508-17.
71. Palumbo P, Tellan G, Perotti B, Pacilè MA, Vietri F, Illuminati G. Modified PADSS (Post Anaesthetic Discharge Scoring System) for monitoring outpatients discharge. Ann Ital Chir 2013;84(6):661-5.
72. Hernán M, Jiménez JM, G-Cuadra P, Gutiérrez JL. Calidad percibida por los clientes del Hospital Poniente de Almeria (cuestionario Hospital de Dia). Escuela Andaluza de Salud Pública; 2001.
73. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/ep-hospitalponientealmeriahponiente/informacion_al_usuario/participar_en_el_hospital/satisfaccion.php
74. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Rodríguez Torres MC, Rodríguez Torres MA, Alcázar Iglesias M, Pereira Becerra F. Satisfacción de los usuarios de Cirugía Mayor Ambulatoria en dos hospitales comarcales. Enf Clin 2002;12:201-9.
75. Cummings SR, Strull W, Nevitt MC, Hulley SB. Planificación de las mediciones: cuestionarios. En Hulley SB, Cummings SR. Diseño de la Investigación Clínica. Barcelona; Doyma; 1993. p. 47-58.
76. Metodología para evaluar la satisfacción de los pacientes de un hospital público. Tesis Doctoral: S Granado de la Orden. Univerisdad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. 2008. disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2049/4939_granado_orden_susana.pdf
77. Graminde Y. De la satisfacción por el número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodológica de la investigación en salud. Aten Prim 1993;14(2):631-6.
78. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJm et al. Assessing the quality of reports of randomied clinical trials: is blinding necessary? Control Clin Trials 1996;17:1-12.
79. Jangland E, Carlsson M, Lundgren E, Gunningberg L. The impact of an intervention to improve participation in a surgical care unit: A quasi-experimental study. Int J Nurs Stud 2012;49(5):528-38. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.024.

80. Freeman K, Denham SA. Improving patient satisfaction by addressing same day surgery wait times. J Perianesth Nurs 2008;23(6):387-93.
81. Mitchell M. Guidance for the psychological care of day case surgery patients. Nurs Stand 2002;16(40):41-3.
82. Tapp J, Kropp D. Evaluating pain management delivered by direct care nurses. J Nurs Care Qual 2005;20(2):167-73.
83. Fielden JM, Scott S, Horne JG. An investigation of patient satisfaction following discharge after total hip replacement surgery. Orhtop Nurs 2003;22(6):429-36.
84. Fallo PC. Developing a pogram to monitor patient satisfaction and outcome in the ambulatory surgery setting. J Post Anesth Nurs 1991;6(3):176-80.
85. Fassiadis N, Pepas L, Grandy Smith S, Paix A, El-Hassani S. Outcome and patient acceptance of outpatient laparoscopic cholecystectomy. JSLS 2004;8(3):251-3.
86. Zastowny TR, Roghman KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of health services. Med Care 1989;27:705-23.
87. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction:I-important general considerations. BMJ 1991;302:887-9.
88. Delgado Sánchez A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. Cuadernos de Gestión 1997;3(2):90-101.
89. Mira JJ. La satisfacción del paciente. Teorías, medidas y resultados. Todo Hospital 2006;Marzo:90-6.
90. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quart 1996;44:166-202.
91. Ware JE, Zinder M. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. Med Care 1975;13:669-82.
92. Hall J, Milburn MA, Epstein AM. A casual model oh health status and satsfaction with medical care. Med Care 1993;31:84-94.
93. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med 1997;45:1829-43.
94. Dios Guerra C, Alba Dios M A, Ruiz Moral R, Jiménez García C, Perula de Torres, LA, Rodríguez Borrego MA. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. Enfermería global 2013;31:162-76.
95. Díaz R. La calidad percibida en la Sanidad Publica. Revista de Calidad Asistencial 2005;20(1):35-42.
96. Magro Perteguer R. Expectativas y staisfaccion de los usuarios de Atencion Primaria. Semergen 1998;24(9):711-8.
97. González-Valentín A, Padin-López S, De Ramón-Garrido E. Patient satisfaction with Nursing care in a Regional Universisty Hospital in Souther Spain. J Nurs Care Qual 2005;20(1):63-72.
98. Fitzpatrick JM, Selby TT, While AE. Patients experiences of varicose vein and artrhoscopiy day surgery. Br J Nurs 1998;7:1107-15.
99. Otte DI. Patients perspectives and experiences of day case surgery. J Adv Nurs 1996;23:1228-37.
100. Sigurthardottir AK. Satisfaction among ambulatory surgery patients in two hospitals in Iceland. J Nurs Manag 1996;4:69-74.
101. Cabrero J, Cartagena E, Richart M. Adaptación de una escala para medir la satisfacción del cliente con los cuidados. Diputacion Provincial de Alicante 1992 disponible en: dps.ua.es/es/documentos/pdf/.../satisfaccion-del-paciente-hospitalizado
102. Abramowitz S, Cotte AA, Berr E. Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. QRB 1987;3:122-30.
103. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple ítem scale for measuring consumer perception of service quality. J Retailing 1988;64:12-40.
104. Mira Solves JJ, Buil Aina JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz Andrés J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. Gac Sanit 1997;11(4):176-89.
105. Mira JJ, Rodríguez Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. Medicina Preventiva 1998;4:12-8.
106. Grau G. Metodología para la validación de cuestionarios. MEDIFAM 1995;5(6):351-9.
107. Quintana JM, Arostegui I, Arelay A, García M, Ortega M, Candela S. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales de agudos. Gac Sanit 1999;13(1):38-45.
108. Landeta J. EL método Delphi: una técnica de previsión para la incertidumbre. Barcelona: Ariel; 1999.
109. Batista Foguet JM, Coenders G, Alonso J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de de cuestionarios relacionados con la salud. Med Clin (Barc) 2004;122:21-7.
110. Domenech JM. Fundamentos de Diseño y Estadistica UD 3: teoría y cálculo de probabilidades. Pruebas diagnósticas. Barcelona: Signo; 2007.
111. Fowler FJ, Mangione TW. Interviewer selection and interviewer-related error. En: Fowler FJ, Mangione TW. Standardized Surgey Interviewing. Newbury Park: Sage Publications; 1993.
112. Pascual L, Uris J, Alfonso MD, Sanmartín D, Sanz J, Campos C. Las relamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en atención primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales. Aten Primaria 1995;15(7):421-5.
113. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Española de Salud Pública 1995;69:163-75.
114. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practise from a systematic review of the literatura. Healt Technol Assess 2002;6:1-244.
115. Labarete J, Francois P, Auquier P, Robert C, Fourny M. Development of a French impatient satisfaction questionnaire. Int J Qual Health Care 2001;13:99-108.
116. Fallis WM, Scurrah D. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: home visit versus telephone follow up. Can J Surg 2001;44(1):39-44.
117. Hwa K, Wren SM. Telehealth follow-up in lieu of postoperative clinic visit for ambulatory surgery. Results of a pilot program. JAMA Surg 2013;148:823-7.
118. Encuestas de Satisfacción 2013. CMA HAR Guadix. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/ephospitalponientealmeriahguadix/calidad_y_procesos/encuesta_satisfaccion/Resultados%20Guadix%20CMA%202013.pdf
119. Encuesta de satisfacción del Aptima Centre Clinic. Mutua Terrassa. Salus XXI. En: atención.paciente@aptimacentreclinic.com
120. Johnson RC, Pye JK, Scriven MW, Billings PJ, Wood C, Crumplin MK. Patients perception of surgical services in a district general hospital. Br J Surg 1999;86(12):1549-55.
121. Tarazi EM, Philip BK. Friendliness of OR staff is of top determinant of patient satisfaction with outpatient surgery. Am J Anaesthesiol 1998;25(4):154-7.
122. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry LA. Reassessment of expectations as a comparison Standard in measuring Service quality. Implications for further research. J Marketing 1994;58.111-24.