

Cirujano General

Volumen 26
Volume

Número 4
Number

Octubre-Diciembre 2004
October-December

Artículo:

Cirugía mayor ambulatoria: Opiniones de familiares y médicos de familia acerca de un programa municipal

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Cirugía mayor ambulatoria: Opiniones de familiares y médicos de familia acerca de un programa municipal

Major ambulatory surgery: Opinions from family members and family physicians on a municipal program

Dr. Ramón Soliva Domínguez, Dra. Edena Amaro Arias, Dr. Aldo Muñoz Hernández, Dr. Rodolfo Álvarez Villanueva, Dr. Iván Portuondo Ávalos

Resumen

Objetivo: Definir las características estructurales y socio-sanitarias de las familias de los operados y su relación con los criterios de inclusión en un programa municipal de cirugía ambulatoria mayor (CAM), así como conocer los criterios que sobre el método tienen los familiares a cargo de los operados, en relación con el impacto del mismo en el funcionamiento familiar y las opiniones de los médicos de familia (MF) con el servicio. **Sede:** Policlínico de atención primaria y hospital municipal de segundo nivel.

Diseño: Estudio transversal descriptivo cualitativo, mediante la aplicación de cuestionarios domiciliarios. **Resultados:** Se encuestaron 82 cuidadores y 77 MF. La funcionalidad familiar y las condiciones socio-sanitarias se consideraron buenas en cerca del 70 y 80% de casos, respectivamente. Los "cuidadores", como portavoces de las familias, califican el método ambulatorio para éstas como bastante cómodo, algo seguro y bastante económico, rápido, organizado, asequible, sencillo, humano, necesario, útil, preferible y ventajoso. La mayor parte de los MF considera su papel como muy importante dentro del programa, sobre el que dicen estar bastante informados. No obstante, aunque el diagnóstico es realizado gran parte de las veces en el nivel primario de atención, son pocos los MF que intervienen en la decisión de operar ambulatoriamente a sus pacientes.

Conclusión: El criterio mayoritario sobre el método entre los encuestados es positivo, tanto para la familia como para el equipo de Atención Primaria de Salud; sin embargo, un número no despreciable de MF se con-

Abstract

Objective: To define the structural and socio-sanitary characteristics of the relatives of operated patients and their relation with the inclusion criteria in a major ambulatory surgery (MAS) municipal program, as well as to know the opinions on the method held by the relatives in charge of the operated patients in regard to its impact on the family's performance and the opinions of the family physicians (FP) of the service.

Setting: Primary health care polyclinic and second level municipal hospital.

Design: Transversal, descriptive, qualitative study, using questionnaires applied at home.

Results: Eighty-two care takers and 77 FP were interviewed. Family performance and socio-sanitary conditions were considered good in 70 to 80% of the cases, respectively. The "caretakers", as voices of the families, considered the ambulatory methods quite comfortable for the family, somewhat safe and very economical, fast, organized, accessible, simple, humane, necessary, useful, preferable, and advantageous. Most of the FP considered their role as important within the program, of which they said to be well-informed. Notwithstanding, although the diagnosis is performed mostly at the primary health care level, few FP participate in the decision to operate ambulatorily their patients.

Conclusion: The predominant opinion on the method among the interviewed is positive, for both the family and the primary health care team; however, a considerable number of FP consider themselves as un-

Policlínico Docente No. 1 "Juan M. Páez Inchausti". Hospital General "Héroes del Baire". Nueva Gerona. Municipio Especial Isla de la Juventud. Cuba.

Recibido para publicación: 3 de febrero 2003.

Aceptado para publicación: 12 de febrero 2004.

Correspondencia: Dr. Ramón Soliva Domínguez. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Servicio de Cirugía General. San Lázaro 701. Centro Habana. Ciudad de la Habana 10300, Cuba,
correo electrónico: rsoliva@infomed.sld.cu

sidera, de cierta manera, subvalorado por el hospital y la comunidad en relación con el programa de CAM.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria, atención primaria de salud, encuestas, satisfacción con los servicios de salud.
Cir Gen 2004;26:311-320.

Introducción

Las ventajas de la cirugía sin ingreso, económicas y relativas a la temprana recuperación fisiológica y psíquica del operado, han sido señaladas por distintos autores.¹⁻³

Existe una tendencia creciente a practicarla, sobre todo teniendo en cuenta las posibilidades que la atención primaria de salud (APS) brinda para el seguimiento adecuado de estos pacientes.^{4,7}

Cuba, país de 11 millones de habitantes, cuenta con un Sistema Nacional de Salud basado en los principios de una medicina estatal y social, accesible y gratuita, con orientación profiláctica, participación comunitaria y colaboración internacional. La cobertura asistencial por parte del Programa del Médico de la Familia (MF) abarca a más del 98% de la población.

En el país ha venido desarrollándose un Programa Nacional de Cirugía Ambulatoria⁸ desde 1988 con resultados satisfactorios. En el mismo, se conceptúa la cirugía ambulatoria mayor (CAM) como *"la práctica de intervenciones quirúrgicas realizadas a pacientes no hospitalizados, bajo cualquier tipo de anestesia y en las cuales es necesario un periodo de observación o recuperación postoperatoria del enfermo."*^{9,10} En el Municipio Especial Isla de la Juventud (isla del sur del archipiélago, con una población próxima a los 90,000 habitantes), el inicio del mismo data de 1991, y a partir de febrero de 1994 empezó a funcionar aplicado a intervenciones mayores.

La puesta en marcha de toda intervención sanitaria debe acompañarse de un análisis que justifique su factibilidad, atendiendo la eficiencia, la eficacia y la viabilidad del proyecto, en cuanto a recursos disponibles para su desarrollo y la aceptabilidad por parte de los profesionales encargados de su ejecución y de la población blanco.¹¹ Por tanto, medir la satisfacción de los implicados en el proceso significa evaluar una parte del mismo, a través de una de las variables de las que depende la calidad asistencial.¹²⁻¹⁴

Tras un año de funcionamiento del programa de CAM en el municipio y paralelamente a los estudios que la atención secundaria efectúa para medir su impacto, decidimos analizarlo desde la óptica de la APS, evaluando los criterios que sobre el mismo tienen los familiares que se encargaron del cuidado de los operados por este método y los médicos de familia (MF) a cuya atención se encuentran.

Elegimos como instrumento de estudio el modelo de encuestas descriptivas, muy empleadas en APS, por considerar que es el que más se adapta a los objetivos que perseguimos.

derestimated by the hospital and the community in relation to the MAS program.

Key words: State-run clinical surgery, primary health care, survey.
Cir Gen 2004;26:311-320.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo, mediante aplicación de encuestas a domicilio, a los familiares y médicos de familia que cuidaron de los 173 pacientes a quienes se les practicaron intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias, por parte del Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Héroes de Baire", en el periodo de estudio. En esta población blanco, se realizó muestreo aleatorio, sin reemplazo, para variables cualitativas, corregido para poblaciones finitas.

Fue entrevistado un familiar de cada uno de los pacientes operados seleccionados; como portavoz de la familia, se escogió al individuo que durante el postoperatorio realizó la función de "cuidador"¹⁵ del enfermo, por considerarse que, debido a ello, sería quien tendría más información acerca del impacto que sobre la dinámica familiar tuvo la intervención quirúrgica. En cuanto a los MF, se incluyó en el estudio a todos los de los pacientes seleccionados y se excluyó a los que, por alguna razón (cambios domiciliarios, trasladados laborales, ausencia de MF en el tiempo de la intervención y fallos en los registros), no pudieron ser contactados.

Se decidió abordar ambos grupos con un instrumento específico, que buscara la información más precisa sobre el comportamiento del fenómeno en cada uno de ellos. Distinguimos, por tanto, el *diferencial semántico* y la encuesta para los "cuidadores", y la encuesta a los MF (**anexos nº 1, 2 y 3**).

Para explorar el impacto del método sobre las familias, se extrajo de las historias de salud familiar (*modelo del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba*), de cada consultorio de MF, un primer bloque de información, con el que se pretende la caracterización de las mismas, mediante ítems cerrados de tipo descriptivo y gradación escalar decreciente. Este documento, que existe en todos los consultorios médicos de APS en el país, permite tener tipificadas a todas las familias "dispensarizadas" en el área de atención, según datos puntuales, ya que registra la tipología del núcleo familiar según la cantidad de sus componentes y los lazos, consanguíneos o no, entre ellos, la etapa del ciclo vital en que se encuentra, su funcionalidad o no, su situación económica según el ingreso monetario por núcleo, y condiciones de la vivienda, tanto estructurales, como sanitarias, sobre la base de datos objetivos como son: los materiales con que está construida la misma, el tipo de servicios sanitarios y desecho de excretas con que cuenta, el abasto de agua y su procesamiento, la existencia o no de animales domésticos y de vectores, la influencia de agentes físicos, biológicos y químicos que

Anexo nº 1. Encuesta de satisfacción con la cirugía ambulatoria.**Familia (cuidador)**

Los "ítems" 1, 2, 3, 4 y 5 se responderán por medio de la historia de salud familiar del consultorio o preguntando al médico de familia

1. Tipo de familia:

Nuclear _____ Extensa _____ Ampliada _____ Sustitutiva _____

2. Etapa del tipo vital familiar:

Formación _____ Extensión _____ Contracción _____ Disolución _____

3. Funcionalidad:

Buena _____ Regular _____ Mala _____

4. Per capita:

Bueno _____ Regular _____ Malo _____

5. Condiciones de la vivienda:

Higiene _____

Cultura sanitaria _____

Hacinamiento _____

Condiciones de la vivienda _____

6. ¿Considera que las condiciones de su vivienda son adecuadas para atender a un operado mediante cirugía sin ingreso?

Sí _____ No _____

7. ¿Tiene posibilidad de comunicarse rápida y fácilmente por teléfono con el hospital?

Sí _____ No _____

8. Posibilidad de transporte:

Sí _____ Motorizado _____ Animal _____

No _____

9. Distancia al hospital:

Muy cercana _____ Cercana _____ Ni cercana, ni lejana _____

Lejana _____ Muy lejana _____

podrían incidir en la salud de sus miembros, entre otros datos diversos, que permiten una descripción objetiva, detallada y uniforme de todos los grupos familiares con los que se trabaja. Un segundo bloque de información, a partir de preguntas directas al cuidador, pide a través de cuatro cuestiones cerradas dicotómicas, su criterio sobre las condiciones de la vivienda, posibilidad de comunicación telefónica, de transporte y distancia al hospital. A continuación, se solicita del encuestado, detallando y ejemplificándole cómo, la realización del *diferencial semántico* (**anexo nº 2**), en el que a través de una escala de puntuación por intervalo,^{16,17} debe cuantificar su opinión acerca de una serie de atributos relacionados con el método de CAM.

La encuesta aplicada a los MF (**anexo nº 3**), consta de seis preguntas cerradas. La primera, descriptiva, pretende definir a quién correspondió la decisión de realizar la CAM. La segunda y tercera, gradativa y descriptiva respectivamente, interrogan sobre el conocimiento acerca del programa municipal de CAM y la forma en que se obtuvo, sin explorar el grado del mismo. La opinión acerca de un aspecto esencial del programa, la reducción o no de los problemas relacionados con la intervención quirúrgica a los elementos más implicados en el programa (pacientes, hospital y MF), se indaga mediante una escala tipo Guttman^{16,17} en la pregunta cuatro. En la cinco, se pide el criterio sobre el papel real que juegan los MF en el programa, con una escala de puntuación decreciente y, en la

Anexo nº 2. Diferencial semántico.

Por favor, llene la siguiente tabla si no le es molesto.

En la columna de la izquierda aparece una serie de términos que pueden expresar algunas de sus opiniones sobre el método de cirugía sin ingreso. En la columna de la derecha aparecen términos contrarios. En la parte superior se muestra una escala, con distintos valores, por los que Ud. debe guiarse para marcar con una cruz la casilla que más se ajuste a su criterio, positivo o negativo, acerca del método. La columna del centro se marcará sólo en caso de que no tenga opinión sobre alguno de los términos, pero para tener una idea más exacta de su opinión, esta casilla debe tratar de marcarla lo menos posible.

Ejemplo: si Ud. considera que, para su familia, la cirugía ambulatoria es un método *bastante incómodo*, marque la 2^a casilla de la derecha; si opina que es *algo cómodo*, marque la 3^a de la izquierda; y, si no tiene criterio, marque la del centro. Lo mismo debe hacer con cada uno de los 12 pares de palabras de la tabla. Gracias.

	3	2	1	0	-1	-2	-3	
Cómodo								Incómodo
Seguro, sin riesgo								Inseguro, riesgoso
Rápido								Lento
Organizado, coordinado								Desorganizado, no coordinado
Asequible, fácil								No asequible, difícil
Sencillo								Complejo
Sensible, humano								Insensible, inhumano
Necesario								Innecesario
Útil								Inútil
Preferible, mejor								No preferible, peor
Ventajoso								Desventajoso
Poco costoso, barato								Costoso, caro

3: mucho, 2: bastante, 1: algo, 0: no sabe, -1: algo, -2: bastante, -3: mucho.

seis, se pregunta cómo interpretan que es considerado este papel por parte de los elementos señalados, mediante una escala de puntuación por intervalo, para obtener una opinión más objetiva al respecto.

Los entrevistadores fueron previamente entrenados en el manejo de los instrumentos y el abordaje de las posibles situaciones distorsionadoras en cada entrevista,^{15,17,18} a fin de evitar sesgos adicionales.

Se pilotearon los instrumentos en 15 familiares y MF, elegidos aleatoriamente. Se decidió modificar el orden y la estructura de algunos "ítems" del cuestionario inicial, para ganar en claridad.

No se analizó estadísticamente la fiabilidad de las encuestas por ser descriptivas y reducidas; además, al analizar datos cualitativos, fue asumida la variabilidad en las respuestas; no obstante, consideramos el estudio consistente o auditabile, pues una réplica del mismo en igual contexto obtendría resultados parecidos.^{19,20} Se hizo un esfuerzo por evitar ciertas fuentes de error en la fiabilidad: condiciones homogéneas de entrevista, coherencia entre los entrevistadores, etcétera. El número de no respuestas debe ser considerado también causa de posible sesgo, que se evita mejorando la claridad del cuestionario y las condiciones de su aplicación.^{14,21}

Los instrumentos, en cuanto a su contenido, se consideraron válidos, ya que contemplan los aspectos de las variables en estudio según la bibliografía revisada, aunque en ésta no encontramos cuestionarios que explorasen todo lo que nosotros deseábamos conocer acerca de la interrelación de la CAM y la APS.²² Por otro

lado, al tratarse de un estudio básicamente cualitativo, preferimos sustituir los términos *validez interna* y *externa* por los de *credibilidad* y *aplicabilidad*, y pensamos que el nuestro es creíble y aplicable en contextos similares.^{19,20}

El análisis de los datos se realizó mediante la aplicación de distribuciones de frecuencia para el análisis univariante, y métodos de descripción estadística (media y desviación estándar) para las variables continuas.

Resultados y discusión

Se encuestaron, después del muestreo, 82 cuidadores y 77 MF. En algunos casos, un solo médico tuvo más de un paciente intervenido sin ingreso.

En el **cuadro I** se describen las intervenciones quirúrgicas realizadas. Con respecto a las complicaciones encontradas, llama la atención que, aunque un número importante de pacientes (19; 23.46%) considera que presentó alguna complicación (dolor postoperatorio, hemorragia, infección de la herida quirúrgica), 18 (21.69%) acudieron a la sala de urgencias en algún momento del postoperatorio, y tan sólo en 5 (6.10%) se determinó que debían ser ingresados.

Caracterización de las familias

En el **cuadro II** se describen las características de las familias estudiadas.

Como se había señalado, la información al respecto se obtuvo de las historias de salud familiar. Si bien en dichas historias se registran datos muy generales, pen-

Anexo nº 3. Encuesta de satisfacción con la cirugía ambulatoria.

Médicos de familia

1. ¿Quién decidió que su paciente se sometiera a cirugía ambulatoria?

Ud _____ Paciente _____ Familiar _____ Cirujano _____

Otro _____

2. ¿Se le ha informado sobre la existencia del programa de cirugía ambulatoria?

Totalmente _____ Parcialmente _____ Nada _____

3. ¿A través de qué vías obtuvieron la información?

4. Su opinión sobre la cirugía ambulatoria:

En general, reduce problemas al paciente, al hospital y al médico de familia _____

Reduce problemas al paciente y al hospital, pero los crea al médico de familia _____

Reduce problemas sólo al hospital, no al paciente ni al médico de familia _____

Reduce problemas al hospital y al médico de familia, no al paciente _____

Reduce problemas al paciente, no al hospital ni al médico de familia _____

Reduce problemas al médico de familia, no al paciente ni al hospital _____

No reduce problemas a nadie, más bien los crea _____

5. Considera que los médicos de familia juegan un papel dentro del programa de cirugía ambulatoria:

Muy importante _____

Importante _____

Poco importante _____

Nada importante _____

6. ¿Cómo cree Ud. que es considerado el papel de los médicos de familia dentro del programa de cirugía ambulatoria?

Muy importante Importante Poco importante Nada importante

Por los propios MF _____

Por el hospital _____

Por la comunidad _____

samos que ésta era la forma más adecuada para estandarizar criterios.

Predominan las familias nucleares (41.89%), en etapa de extensión del ciclo familiar (26.03%), funcionales (68.92%), con un nivel de ingresos adecuado (66.22%), buena higiene (78.38%) y cultura sanitaria (75.34%), sin hacinamiento (73.97%) en el hogar y con condiciones

estructurales de la vivienda óptimas (78.08%). Lógicamente, esto redundará en una mejor recuperación del enfermo. De hecho, el Programa Nacional de Cirugía Ambulatoria contempla las condiciones adecuadas de la vivienda como requerimiento para la incorporación de los pacientes al mismo.^{8,10} Por ello, el hecho de que en 31.08% de las familias la funcionalidad no sea buena,

Cuadro I. Descripción muestral. Causa de la intervención

	Nº	%
Exéresis de nódulo mamario	40	48.19
Herniorrafias inguinales	30	36.14
Colecistectomías abiertas	4	4.81
Otros	9	10.84

Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

Cuadro II. Características de las familias

	Nº	%
Tipo de familia (n=74)	Nuclear	31 41.89
	Extensa	22 29.73
	Ampliada	18 24.82
	Sustitutiva	3 4.05
Etapa del ciclo vital (n=73)	Formación	19 26.03
	Extensión	32 43.84
	Contracción	14 19.18
	Disolución	8 10.96
Funcionalidad (n=74)	Buena	51 68.92
	Regular	20 27.03
	Mala	3 4.05
Per capita (n=74)	Bueno	49 66.22
	Regular	23 31.08
	Malo	2 2.70
Higiene (n=74)	Buena	58 78.38
	Regular	15 20.27
	Mala	1 1.35
Cultura sanitaria (n=73)	Buena	55 75.34
	Regular	16 21.92
	Mala	2 2.74
Hacinamiento (n=73)	Sí	19 26.03
	No	54 73.97
Condiciones de la vivienda (n=73)	Buenas	57 78.08
	Regulares	14 19.18
	Malas	2 2.74

Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

Cuadro III. Posibilidad de acceso al hospital. (n=79)

	Nº	%
Posibilidad de comunicación telefónica	Sí	35 44.30
	No	44 55.70
Posibilidad de transporte	Sí	42 53.16
	Motorizado	33 41.77
Distancia al hospital	Animal	7 8.86
	Ambos	2 2.53
	No	37 46.84
	Muy cercana	10 12.66
	Cercana	24 30.38
	Ni lejana, ni cercana	20 25.32
	Lejana	24 30.38
	Muy lejana	1 1.27

Fuente: encuestas

que el ingreso económico en 33.78% de las mismas tampoco lo sea, que haya problemas higiénicos en 21.62%, hacinamiento en 26.03% y condiciones de la vivienda inadecuadas en 21.92%, debe hacernos pensar que no se cumplen con rigor los requisitos de inclusión en el programa, tal vez porque no se interroga al paciente acerca de las características medioambientales de su hogar debido a la tendencia a contemplar al enfermo con una perspectiva excesivamente biomédica, tal vez porque no existe una adecuada interrelación entre el área de salud y el medio hospitalario, que permita valorar en conjunto cada caso y llegar a decisiones colegiadas sobre la conducta a seguir, o tal vez por ambas cosas; lo cierto es que estos datos son lo suficientemente contundentes como para que nos demos cuenta de que la satisfacción en este sentido debe mejorar.

Como el 78.08% de los cuidadores consideró que las condiciones de la vivienda eran adecuadas para la atención de un operado mediante CAM, vemos que el dato coincide con mucha aproximación con el de las historias de salud familiares, lo que, además de validar la información obtenida, corrobora lo señalado anteriormente y por otros autores:^{23,24} Si se hubiera interrogado en el preoperatorio a los pacientes, a sus familiares o a sus MF al respecto, tal vez el 20.51% de los casos que respondieron en forma negativa, no habrían sido operados ambulatoriamente.

Podemos apreciar en el **cuadro III** las posibilidades de acceso y comunicación con el hospital en los casos entrevistados. Los datos aportan más elementos a lo señalado acerca de una superficial valoración de las condiciones del paciente que va a ser sometido a CAM. Aunque la distancia media al hospital es considerada cercana por los encuestados (media 2.77; DE:1.06), debemos tener en cuenta que en la pregunta valoramos el dato subjetivamente (de ahí el empleo de una escala aditiva tipo Lickert), es decir, sin tener en cuenta la distancia real al centro en cada caso, pues consideramos la distancia como un concepto relativo, que depende más bien de la posibilidad de comunicación y desplazamiento que del espacio en sí. Es por ello que, aunque el 19.28% de los encuestados vive en áreas rurales, el 43.04% manifiesta que la distancia del hogar al hospital es muy cercana o cercana. El 55.70% de las familias no tienen posibilidad de acceso telefónico al hospital y, aunque el 53.16% tenía algún tipo de transporte, la nada despreciable cifra de 46.84% carecía del mismo. Por supuesto, tener la posibilidad de recibir la atención del MF minimiza, en cierta medida, estos inconvenientes.²⁵ También debemos tener en cuenta que la mayoría de las complicaciones que podrían presentarse en los pacientes estudiados no son de gran envergadura. Pero lo que no debemos pasar por alto es que, aunque está explícitamente subrayada su importancia en el Programa Nacional de Cirugía Ambulatoria,⁸ la evaluación de las condiciones socioculturales, familiares y de hábitat, así como la valoración de la proximidad geográfica de la vivienda al hospital, no en todos los casos se realiza adecuadamente, a la luz de los datos recogidos.

Criterios de los "cuidadores". Diferencial semántico: Aparecen en el **cuadro IV** los resultados de la escala de puntuación por intervalo que denominamos *diferencial semántico*. Como se puede observar, existe un amplio predominio de los criterios positivos para todos los atributos analizados. La seguridad del método es la cualidad más cuestionada, y tan sólo por el 14.63% de los 82 encuestados. Debemos pensar que ante el inicio de todo método que implique novedad, puede existir cierta reticencia a confiar plenamente en el mismo, sobre todo teniendo en cuenta que la fuerza de la tradición es todavía muy grande a favor de los hospitales, más aun en procedimientos especializados como los quirúrgicos. Aún así, la mayoría de los entrevistados consideró que, para sus familias, la CAM constituyó un método bastante cómodo, algo seguro, bastante barato, rápido, coordinado, asequible, sencillo, humano, necesario, útil y, lo más importante a favor del servicio, ventajoso y preferible. Por todo ello y aunque no se haya preguntado sobre la satisfacción de la familia con el método con una pregunta directa, pensamos que es evidente que ésta existe. Hay concordancia, por tanto, en los criterios de los dos grupos, pese a que no se debe obviar lo señalado por autores como Greb y cols. en 1978, con respecto a que "la satisfacción de usuarios y familiares con los servicios recibidos no tienen porqué coincidir".²⁶

Opiniones de los MF:

Se le aplicó la encuesta a 77 MF. El número de pacientes y facultativos no coincide porque, en algunos casos, un solo médico tuvo más de un paciente intervenido sin ingreso.

Apreciamos en el **cuadro V** que el papel real jugado por los MF entrevistados con respecto a la decisión de intervención quirúrgica de sus pacientes es bastante pobre, según lo que ellos mismos afirman. Sólo siete (5.19%) de ellos la decidieron y, de éstos, tres (3.90%) lo hicieron junto con el cirujano. Según los MF, en 16 (20.78%) casos fue el propio paciente quien decidió la intervención ambulatoria y en un caso (1.30%) fue un

familiar. La inmensa mayoría de las veces (53; 68.83%), fue el cirujano quien determinó la conducta y, por lo que parece, sin intercambiar criterios con el MF, lo cual incumple lo establecido por el Programa Nacional.⁸ El dato puede estar sesgado debido a que es posible que los entrevistados hayan optado por señalar una sola de las posibilidades de respuesta, pese que no se les haya orientado así. Además, si tenemos en cuenta que el servicio de CAM suele funcionar en gran medida a través de los pacientes remitidos a consultas de cirugía en políclínicos, podemos inferir que es el MF quien, gran parte de las veces, diagnostica el caso y lo deriva pensando ya en que es tributario de tratamiento quirúrgico. No obstante, no es menos cierto que muchos de los profesionales de la APS se quejan de menosprecio e inadecuada comunicación con sus colegas del medio hospitalario,²⁷ los cuales lejos de asumir el papel de consultores, consideran con frecuencia al MF un profesional poco calificado,²⁸ por lo que este dato puede apoyar la idea. Como se ha señalado tantas veces, debería existir una comunicación dinámica y siempre abierta entre los médicos de la APS y los hospitalarios, que permita llevar a cabo una atención conjunta de los pacientes que serán, en última instancia, los más favorecidos por ello.^{29,30} Casi la mitad, 38 (49.35%) de los MF, se consideran totalmente informados acerca de la CAM (**Cuadro V**). Debemos tener en cuenta que en este caso puede existir sesgo por buscar la aquiescencia social,²⁰ pues es muy frecuente en nuestra profesión no reconocer nuestras limitaciones e ignorancia sobre algunos temas.³¹ No obstante, nuestra pregunta no permite medir hasta cuánto es cierto este total conocimiento de los médicos respecto al programa, porque simplemente interroga sobre si se les ha puesto al corriente adecuadamente acerca del mismo. Pese a lo señalado, 27 (35.06%) MF consideran que la información al respecto ha sido parcial y 12 (15.58%), cifra nada despreciable, expresa que no ha existido tal información. Las vías de obtención de la misma, en los que se consideran informados, son diversas (**Cuadro V**). En el momento de opinar sobre el

Cuadro IV. Criterio de los cuidadores acerca de la CAM para la familia. (%)

	Media	DE	3	2	1	0	-1	-2	-3	
Cómodo (n=82)	1.962	1.322	48.78	32.93	8.54	—	7.32	1.22	1.22	Incómodo
Seguro (n=82)	2.792	1.569	19.51	35.37	21.95	1.22	14.63	6.10	1.22	Inseguro
Barato (n=81)	1.950	1.386	49.38	29.63	12.35	1.23	2.47	2.47	2.47	Costoso
Rápido (n=81)	1.790	1.211	49.38	38.27	7.41	—	1.23	1.23	2.47	Lento
Coordinado (n=82)	2.122	1.364	40.24	31.71	18.29	1.22	3.66	3.66	1.22	Incoordinado
Fácil (n=81)	1.864	1.180	44.44	41.98	6.17	1.28	3.70	1.23	1.23	Difícil
Sencillo (n=82)	1.878	1.270	51.22	28.05	13.41	1.22	2.44	2.44	1.22	Complejo
Humano (n=82)	1.707	1.036	53.66	34.15	4.88	3.66	2.44	1.22	—	Inhumano
Necesario (n=81)	1.851	1.163	51.85	28.40	7.41	8.64	2.47	1.23	—	Innecesario
Útil (n=81)	1.703	0.967	51.85	34.57	8.64	2.47	1.23	1.23	—	Inútil
Mejor (n=82)	1.987	1.401	47.56	30.49	12.20	2.44	3.66	—	3.66	Peor
Ventajoso (n=82)	1.841	1.261	50.00	35.37	6.10	2.44	3.66	—	2.44	Desventajoso

Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

Cuadro V. Opiniones de los MF acerca del Programa Municipal de CAM.(I)

Preguntas/respuestas	Nº	%
1. ¿Quién decidió que su paciente se sometiera a CAM? (n=77)		
• Cirujano	53	68.83
• MF y cirujano	3	3.90
• MF	4	5.19
• Paciente	16	20.78
• Familiar	1	1.30
2. ¿Se le informó sobre la existencia del programa? (n=77)		
• Totalmente	38	49.35
• Parcialmente	27	35.06
• Nada	12	15.58
3. ¿A través de qué vías obtuvo la información? (n=60)*		
• Policlínico	20	33.33
• Hospital	10	16.67
• Propios medios	5	8.33
• Prensa, radio...	3	5.00
• Policlínico + hospital	15	25.00
• Otros	7	11.67

* 17 pacientes no contestaron a la pregunta.

Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

método de CAM (**Cuadro VI**), 54 (70.13%) consideraron que reduce problemas al paciente, al hospital y al MF; sólo 13 (16.88%) juzgaron que este programa supone una carga más para su trabajo, aunque reconoce que reduce problemas al paciente y al hospital; hubo seis (7.79%) MF que consideraron que el programa sólo disminuye problemas al hospital; dos médicos (2.6%) expresaron que, mientras MF y hospital son beneficiados por el método, el paciente es perjudicado, y otros dos (2.60%) estimaron que, lejos de reducir problemas a nadie, la cirugía sin ingreso los crea. La implicación con el programa por parte de los MF debe ser, por supuesto, un aspecto crucial del mismo, más aún cuando se sabe que la eficiencia del sistema se basa más en su relación costo-efectividad, en lo que la APS es determinante.^{32,33} Aparte del posible sesgo por la búsqueda de aquiescencia social, debemos tener en cuenta que esta pregunta no explora causas y, además, estudia negativamente el fenómeno, es decir, no interroga sobre mayor o menor comodidad generada por el método, sino sobre más o menos problemas debidos al mismo, lo cual sería un índice indirecto de la satisfacción. La mayoría de MF valora como muy importante su papel dentro del programa de CAM (66; 85.71%); de los restantes, 10 (12.99%), lo catalogan de importante y sólo 1 (1.30%) de poco importante. Sin embargo, al valorar las opiniones de los demás, 65 (84.42%), 52 (70.27%) y 39 (52.70%) pien-

Cuadro VI. Opiniones de los MF acerca del Programa Municipal de CAM. (II)

Preguntas/ respuestas	Nº	%				
4. Su opinión acerca de la CAM: (n=77)						
• Reduce problemas al paciente, al hospital y al MF	54	70.13				
• Reduce problemas al paciente y al hospital, pero los crea al MF	13	16.88				
• Reduce problemas al hospital y los crea al paciente y al MF	6	7.79				
• Reduce problemas al hospital y MF, pero los crea al paciente	2	2.60				
• Reduce problemas al paciente, creándolos al hospital y MF	0	—				
• Reduce problemas al MF y los crea al hospital y al paciente	0	—				
• No reduce problemas a nadie, más bien los crea	2	2.60				
5. ¿Cómo considera el papel de los MF dentro del programa de CAM? (n=77)						
• Muy importante	66	85.71				
• Importante	10	12.99				
• Poco importante	1	1.30				
• Nada importante	0	—				
6. ¿Cómo es considerado el papel de los MF en el programa de CAM? (n=74)						
	Media	DE	1	2	3	4
Por los propios MF	1.168	0.410	65	84.42%	11	4.29%
Por el hospital	1.391	0.658	52	70.27%	15	20.27%
Por la comunidad	1.689	0.826	39	52.70%	20	27.03%
					14	18.92%
					1	1.35%

1: muy importante. 2: importante. 3: poco importante. 4: nada importante. Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

san que su papel dentro del programa es considerado como muy importante por los propios MF y por la comunidad, respectivamente, lo cual es, en conjunto, positivo; pero 15 (20.27%) creen que la comunidad considera poco importante su papel en este aspecto, lo que puede explicarse si tenemos en cuenta que el prestigio del hospital sigue siendo mayor que el de la APS en los ciudadanos.^{30,34} 7 (9.46%) opinan que el hospital los menoscopia. Para los demás, los tres grupos juzgan importante el rol del MF con respecto a la CAM.

Podría destacarse el hecho de que, como ocurre con frecuencia y en distintos ámbitos, pese a que el MF asume la mayor responsabilidad, dedicación, control del gasto y carga laboral antes y después de la intervención del paciente, esto no se refleja en su capacidad de tomar decisiones.²⁸

Conclusión

Los cuestionarios han adquirido gran relevancia en la evaluación de los procesos y la investigación en APS.^{21,30,35} La mayor dificultad de los usados en este estudio radicó en aplicar un método para establecer la fiabilidad de los instrumentos. Decidimos emplear cuestionarios descriptivos sencillos, haciendo un esfuerzo por evitar ciertas fuentes de error en la fiabilidad: condiciones homogéneas de entrevista, coherencia entre los entrevistados, etc. El número de no respuestas, alto en algunos "ítems", debe ser considerado también causa de posible sesgo, que por otro lado no se evita aumentando el tamaño de la muestra, sino mejorando la claridad del cuestionario y las condiciones de su aplicación.^{35,36} No encontramos cuestionarios, diseñados para el ámbito de la interrelación entre la CAM y la APS, que explorasen todo lo que nosotros deseábamos conocer, por ello no pudimos establecer comparaciones fieles para basar en ellas la validez del contenido y de construcción del nuestro. Los encuestadores fueron personas ajenas al trabajo directo en la cirugía ambulatoria y la APS, lo cual, unido a que las encuestas se realizaron en el domicilio, permitió obviar sesgos de "complacencia" que podrían restarle validez al estudio.

No obstante, los resultados deben interpretarse con cautela en este tipo de investigación. Las cifras positivas en la misma no son tan optimistas si las comparamos con otros trabajos sobre el tema en nuestro medio,^{10,37} lo que consideramos un dato a favor de la calidad del instrumento empleado por nosotros y del rigor en su aplicación, que evitó sesgos.

Referencias

1. Torroella ME. *Cirugía*. 2^a ed., t. 1. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1978: 1-19.
2. Briege GH. Desarrollo de la cirugía. Aspectos históricos de importancia sobre el origen y desarrollo de la ciencia quirúrgica moderna. En: Sabiston Jr. DC, ed. Davies-Christopher. *Tratado de Patología Quirúrgica*. 11^a ed, t.1. La Habana: Edición Revolucionaria, 1980: 1-22.
3. Entralgo PL, ed. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores, 1977: 123-126.
4. López PJM, de. *Historia de la Medicina*. Madrid : Historia 16, 1990: 121-129.
5. Davis JE. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. *Clin Quir Norteam* 1987; 67: 685-706.
6. Thomas FT. Outpatient Surgery. In: Pories WJ, Thomas FT, eds. *Office Surgery for Family Physicians*. Boston: Butterworth Publishers, 1985: 3-10.
7. Rivera J, Giner M, Subh M. Cirugía Ambulatoria: estudio piloto. *Cir Esp* 1988; 44: 865-70.
8. Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria. Barcelona, España, 13-14 febrero 1992. *Documentos*.
9. Doherty VC, O'Donovan TR, Hill GJ. Current status of ambulatory surgery in the United States. In: Hill GJ. *Outpatient Surgery*. 3^a ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1988: 1-6.
10. Ministerio de Salud Pública de Cuba. *Programa Nacional de Cirugía Ambulatoria*. Ciudad de La Habana, 1988.
11. Rodríguez R, Del Río J, Cordero C, Bermúdez A. Cirugía mayor ambulatoria en la provincia de Ciego de Ávila: años 1986 a 1988. *Rev Cub Cir* 1992; 31: 116-23.
12. Borrell F, de. *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma, 1989.
13. Cummings SR, Strull W, Nevitt MC, Hulley SB. Planificación de las mediciones: cuestionarios. En: Hulley SB, Cummings SR, eds. *Diseño de la investigación clínica*. Barcelona: Doyma, 1993: 47-58.
14. Argimón JM, Jiménez J, eds. *Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud*. Barcelona: Doyma, 1991: 69-150.
15. Borrell F. *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma, 1989.
16. Graminde I. De la fascinación del número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodológica en la investigación en salud. *Aten Primaria* 1994; 14: 631-6.
17. Fernández SMJ. Introducción a la investigación cualitativa. *FMC* 1995; 1: 23-8.
18. Olloqui MJ. Reforma de la atención primaria y satisfacción del usuario [editorial]. *Aten Primaria* 1992; 10: 705-6.
19. Ortolá P, Blanquer JJ, Rodríguez JJ, Rodríguez O, Villagrassa F, Climent JA. Satisfacción del usuario en atención primaria: resultados de una encuesta a domicilio. *Aten Primaria* 1993; 12: 578-9, 581-2, 584-5.
20. García FP, Pancorbo HPL, Rodríguez TMC, Rodríguez TMA, Alcázar IM, Pereira BF. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enf Clin* 2001; 11: 146-54.
21. Argimón JM, Comín E, Borrell F. Bases para la programación en atención primaria. En: Martín A, Cano JF, eds. *Atención Primaria*. 3^a ed. Barcelona: Mosby/Doyma, 1994: 194-200.
22. Marquet PR. ¿Medir los niveles de calidad de la atención que prestamos? [editorial]. *Aten Primaria* 1993; 12: 317-8.
23. Thompson EM, Mathews HM, McAuley DM. Problems in day care surgery. *Ulster Med J* 1991; 60: 176-82.
24. Senapati A, Young AE. Acceptability of day care surgery. *J R Soc Med* 1989; 82: 735-6.
25. Hollender LF. Outpatient surgery. Why? How? *Bull Acad Natl Med* 1991; 175: 995-1001; discussion 1001-3.
26. López AE, Muñoz M. Estudio descriptivo de la satisfacción de usuarios y familiares con los servicios de 3 centros de rehabilitación psicosocial de la comunidad autónoma de Madrid. *Jano* 1992; 42: 735-43.
27. Planes MA. Perversiones de la atención primaria [editorial]. *Aten Primaria* 1994; 14: 1045-6.
28. Mimbela SMM, Foradada BS. Análisis de la interrelación atención primaria-atención especializada en la derivación de pacientes. *Aten Primaria* 1993; 12: 65-8, 70.
29. Melguizo JM. Incentivos en atención primaria. Grupo de trabajo de la semFYC. [editorial]. *Aten Primaria* 1994; 14: 701-3.
30. Colomer J, Martín C. ¿Es posible la gestión de la atención primaria desde el hospital? La visión del hospital [editorial]. *Aten Primaria* 1994; 14: 589-90.

31. Skrabanek P, McCormick J. *Sofismas y desatinos en Medicina*. Barcelona: Doyma, 1992.
32. Castells OX. Beneficios e incertidumbres de la cirugía ambulatoria. ¿Disponemos de suficientes evidencias? [editorial]. *Gac Sanit* 1998; 12: 97-9.
33. Sierra GE. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencia de una década y perspectivas para el futuro [editorial]. *Cir Esp* 2001; 69: 337-9.
34. Descarrega R, Gutiérrez C, Cruz L, López I. Análisis de la utilización inadecuada del servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. *Aten Primaria* 1994; 13: 480-3.
35. Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? *Cuadernos de Gestión* 1995; 1: 23-33.
36. Salcedo F. Utilidad clínica de los cuestionarios en atención primaria. (editorial) *Aten Primaria* 1995; 15: 479-480.
37. Cabrera R, Zamora O, Domínguez JC. Cirugía ambulatoria mayor. Estado de satisfacción de los pacientes. Parte II. *Rev Cub Med Gen Integral* 1991; 7: 248-50.

XVI CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGIA GENERAL
ASOCIACION DE ESPECIALISTAS EN CIRUGIA GENERAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON, A.C.

MONTERREY, N.L.
10 - 12 MARZO, 2005

CONTROVERSIAS Y REFLEXIONES EN CIRUGIA GENERAL

Temas:

- Nutrición
- Laparoscopia
- Sepsis abdominal
- Antibioticoterapia
- Enfermedades del tórax
- Ca de mama

Ponentes locales, nacionales y extranjeros

Informes:

Jefatura de Educación
H. REGIONAL ISSSTE MONTERREY
Tel: (01 81) 8158 9800 ext 1125

Asociación de Especialistas en Cirugía General del Estado de Nuevo León, A.C.
Tel. y Fax (01 81) 8347 9160
Coord. de Educación e Investigación
Hospital General de Zona 33
Tel: (01 81) 8150 3132 ext 41473

Recinto Sede: Auditorio "Raúl Rangel Fries"

Dr. Juan Ramírez Gómez
Vicepresidente AECGNL
Mesa Directiva 2004
Tel: (01 81) 81329 5109
juanramirezg@ateneo.net.mx

Dr. Gregorio Villarreal
Cel: (01 81) 9177 9412
dgregory@telnova.com.mx

Dr. Héctor Martínez Gómez
Cel: (01 81) 8323 1335
Fax: (01 81) 8316 6901
hernandezgomeza@indotel.net.mx

NL MONTERREY NL