

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume **71**

Número
Number **2**

Abril-Junio
April-June **2003**

Artículo:

Satisfacción de los operados con un programa municipal de cirugía ambulatoria mayor

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Mexicana de Cirugía

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*



Edigraphic.com

Satisfacción de los operados con un programa municipal de cirugía ambulatoria mayor

Dr. Ramón Soliva-Domínguez,* Dra. Edena Amaro-Arias,** Dr. Iván Portuondo-Ávalos***

Resumen

Objetivo: conocer el grado de satisfacción general y específica de los operados mediante cirugía ambulatoria mayor (CAM), de determinar la relación entre la satisfacción y variables sociodemográficas, y de precisar la influencia que sobre la primera puedan tener algunas facetas de la relación asistencial, la valoración de los usuarios sobre los servicios de salud y las características del método ambulatorio.

Sitios: policlínico de atención primaria y hospital municipal de segundo nivel de atención.

Diseño: estudio transversal descriptivo cualitativo, mediante la aplicación de cuestionarios anónimos domiciliarios.

Resultados: el cuestionario, considerado por sus características creíbles y válidas, fue aplicado por personal entrenado a 83 pacientes, tras muestreo al azar simple a la población diaria. La mayoría de los operados aseguró estar muy (51.81%) o bastante (30.12%) satisfechos con el método, independientemente de su edad, sexo, procedencia, nivel educacional y ocupación. Se constató relación estadística entre la satisfacción general y la ocurrencia de complicaciones postoperatorias, la posibilidad dada al paciente de elegir entre cirugía con o sin ingreso y la satisfacción específica con la atención médica recibida en el hospital y domiciliariamente. Se discuten estos y otros resultados y se contrastan con las experiencias en otros ámbitos. Existe satisfacción con el programa de CAM, vinculado a la APS, aunque deben mejorarse algunos aspectos del mismo.

Palabras clave: cirugía ambulatoria, atención primaria de salud, encuestas, satisfacción con los servicios de salud.

Summary

Objective: Our objective was to know rate of general and specific satisfaction of patients going through major out-patient surgery (MOPS), to determine the relationship between satisfaction and sociodemographic variables, and to ascertain the influence that MOPS can exert on certain facets of the care relationship, user valuation of health services, and out-patient method characteristics.

Site: Primary-care polyclinic and secondary-care municipal hospital.

Design: We conducted a descriptive, qualitative transversal study by means of anonymous questionnaires answered by out-patients at home.

Results: The questionnaires, considered due to its credible and valid characteristics, was applied by drained personnel to 83 persons by simple random sampling to the forget population. The majority of out-patients stated that they were very (51.81%) or quite (31.12%) satisfied with the method, independently of age, sex, place of origin, educational level, and occupation. A statistical relationship was found between general satisfaction and the occurrence of postoperative complications, the possibility given to the patient of choosing between in- and out-patient surgery, and specific satisfaction with medical care received at the hospital and at home. These and then results are discussed and compared with experiences in other fields. In conclusion, patients expressed satisfaction with the MOPS program linked with primary health care (PHC), although they stated that some aspects of MOPS should be improved.

Key words: Out-patient surgery, Primary health care, Surveys, Satisfaction with health services.

* Especialista en Medicina General Integral y en Cirugía General.

** Especialista en Cirugía General.

***Especialista en Cirugía General. Profesor auxiliar.

Centros

Policlínico Docente Gerona 1, Luis M. Pérez Inchausti.
Hospital General Docente Héroes del Baire.
Nueva Gerona, Municipio Especial Isla de la Juventud, Cuba.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Ramón Soliva-Domínguez.
Servicio de Cirugía General.
Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.
Calle San Lázaro 701.
Centro Habana, 10300. Ciudad de La Habana, Cuba.
E-mail: rsoliva@infomed.sld.cu

Recibido para publicación: 21-01-2003.

Aceptado para publicación: 19-03-2003.

Introducción

A lo largo de este siglo se han descubierto y difundido las ventajas de la movilización y egreso precoces de los pacientes quirúrgicos⁽¹⁾, tanto por su influencia en una mejor recuperación de los distintos procesos fisiológicos alterados durante la cirugía, como porque implican una interferencia menor en la vida del paciente y su familia. Desde que en la década de los 60 comienza a preconizarse en Estados Unidos la práctica de la cirugía ambulatoria mayor (CAM), su aplicación ha sido creciente en todo el mundo⁽²⁾.

En Cuba, se ha venido desarrollando la CAM⁽³⁾ desde inicios de la década de 1980 en distintos hospitales del país⁽⁴⁾. En el Municipio Especial Isla de la Juventud, se comenzó a implantar a partir de enero de 1994 para procedimientos

mayores en el Hospital General Docente Héroes del Baire, atendiendo sobre todo a que en el territorio más de 99% de la población tiene cobertura asistencial por parte de la atención primaria de salud (APS) con médicos de familia (MF), lo que debería suponer una garantía de calidad en el cuidado de los operados^(1,5,6).

Como hoy en día no se concibe la planificación de servicios sanitarios sin contar con datos acerca de las necesidades y expectativas de sus usuarios⁽⁷⁾, medir la satisfacción de los implicados en un proceso significa evaluar una parte del mismo⁽⁸⁻¹²⁾.

Nos propusimos analizar, por ello, el funcionamiento del programa de CAM en el municipio desde la óptica de la APS, con el objetivo de estudiar la visión que sobre el mismo tienen los pacientes intervenidos, conociendo el grado de satisfacción, general y específico con dicho programa, la relación posible entre la satisfacción y variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel escolar, ocupación, procedencia, etc.), la influencia que sobre la satisfacción puedan tener determinadas facetas de la relación médico-paciente, y la valoración de los usuarios sobre los servicios sanitarios y acerca de las características de la intervención ambulatoria en sí.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo mediante aplicación de encuestas anónimas a domicilio a los pacientes de CAM. Se distinguen, de manera general, dos métodos complementarios para medir la satisfacción: los desarrollados por psicólogos y educadores^(9,10) y las encuestas descriptivas, que elegimos en este trabajo por ser las más aceptadas en APS.

Se efectuó muestreo al azar, sin reemplazo, para variables cualitativas y corregido para poblaciones finitas, sobre los 173 primeros pacientes sometidos a CAM por parte de Servicio de Cirugía General del Hospital General Docente Héroes de Baire. El tamaño muestral ($n = 83$) se calculó con un nivel de significación $\alpha = 0.05$, una precisión $d = 0.079$ y una proporción estimada $p = 0.5$ (situación más desfavorable). Se incluyeron en el estudio todos los operados, seleccionados al azar, sin aplicar ningún otro criterio de exclusión que el de no haber sido localizados tras sucesivos intentos.

La encuesta (Anexo 1) incluyó 34 preguntas cerradas y una abierta. Las cinco primeras, cerradas descriptivas, pretenden la caracterización sociodemográfica del encuestado. A continuación se indaga, con preguntas cerradas dicotómicas, sobre sus antecedentes quirúrgicos familiares y personales y el conocimiento previo de la CAM y, con una cerrada con gradación negativa decreciente, el criterio del método. Una pregunta define la causa de la operación. Se realizan cinco cerradas acerca del proceso diagnóstico, atendiendo a distintas facetas del mismo y por ello se usan diferentes ti-

pos, que incluyen cerradas descriptivas, dicotómicas y graduativas, para definir el lugar del mismo, la información recibida de la enfermedad y del método quirúrgico y la posibilidad de elegirlo. Se explora con una pregunta cerrada escalar tipo Lickert^(13,14) el criterio acerca de la rapidez de los trámites previos a la cirugía. Una pregunta graduativa explora la disposición para operarse y una dicotómica la opinión, antes de someterse a ella, sobre la conveniencia o no de la CAM para la familia. Seis preguntas dicotómicas abordan el tema de las complicaciones postoperatorias (hemorragia, infección, dolor, necesidad de atención urgente o ingreso). El seguimiento domiciliario al operado se examina en una pregunta con tres incisos, dos dicotómicos sobre si se hizo o no y cuántas veces, y uno descriptivo sobre quién lo realizó; se mide la satisfacción con esta atención a través de una escala tipo Lickert. También tienen ese diseño la pregunta que consideramos más importante, que aborda la satisfacción con la CAM en general, así como las que, a continuación, piden el criterio sobre el hospital y los cirujanos que operaron al interrogado. Se solicita en una pregunta valorar, graduativamente, el criterio del impacto del método sobre la familia, de forma general y en el plano económico. Con escala de puntuación decreciente se inquire acerca de la asequibilidad de recursos para la atención postoperatoria en el hogar. Se hacen dos preguntas sobre la reincorporación del enfermo a su actividad habitual: una sondea escaramente su criterio al respecto y la otra, a la vez que valida la anterior, cuantifica el tiempo de incapacidad transitoria. La última pregunta de esta encuesta es doble: un inciso cerrado indaga sobre la reelección del método en caso necesario y el otro, de forma abierta, pide el por qué de esa respuesta.

Se entrenó como encuestadores a una psicometrista y tres estudiantes de medicina en el manejo de los instrumentos, ofreciéndoseles información detallada sobre cómo abordar las posibles situaciones de distorsión en cada entrevista^(12,14,15), con el fin de evitar sesgos adicionales. Se piloteó la encuesta en 15 pacientes elegidos aleatoriamente. Se decidió desechar dos preguntas por considerar que repetían información y podían crear confusión en el entrevistado.

No se analizó estadísticamente la fiabilidad de las encuestas por ser descriptivas y reducidas; además, al analizar datos cualitativos, se asume que la variabilidad en las encuestas va a estar presente; no obstante, consideramos el estudio consistente o auditabile, en tanto que una réplica del mismo en igual contexto obtendría resultados parecidos^(16,17). Estimamos válidos los instrumentos en cuanto a su contenido, pues contemplan los aspectos de las variables en estudio. Al tratarse de una investigación principalmente cualitativa, preferimos sustituir los términos *valididad interna* y *externa* por los de *credibilidad* y *aplicabilidad*; en este sentido, pensamos que nuestro estudio es creíble y aplicable en contextos similares^(16,17).

Se usaron distribuciones de frecuencia para el análisis univariante de los datos; métodos de descripción estadística (media y desviación estándar) para las variables continuas; t de Student y test de hipótesis para proporciones (prueba de la Z), en la comparación de grupos. Consideramos un nivel de significación $p < 0.05$. La información se procesó con el paquete estadístico Microstat[→] versión 1.0.

Resultados y discusión

De los 173 enfermos operados mediante CAM en el año estudiado, fueron encuestados 83 (47.97%). Aunque la idea inicial fue entrevistar al 100%, diversas causas (cambios domiciliarios, ausencias en el domicilio, rechazo a la encuesta y fallas en los registros) nos obligaron a efectuar el muestreo. Pese a todo, el tamaño muestral es válido, pues si consideramos que el estudio es básicamente cualitativo, en éstos las muestras suelen ser pequeñas (con frecuencia no exceden los 30 individuos), al tener como objetivo principal no la búsqueda de diferencias estadísticamente significativas, sino de una información amplia que refleje el fenómeno estudiado en toda su magnitud, para que los resultados sean coherentes con los de los conocimientos existentes⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Por tanto, como pensamos que los datos obtenidos son suficientes y globales y los resultados completos y de calidad, la muestra cumple el criterio de saturación requerido en este tipo de estudios^(16,17).

Descripción muestral

En el cuadro I se aprecian las características sociodemográficas de la muestra. El programa al inicio excluyó a los pacientes pediátricos, por lo que la edad mínima fue de 15 años, mientras que el mayor encuestado fue de 80. Predominan los adultos jóvenes y de mediana edad (21 (26.58%) entre 25 y 34 años y el mismo número entre 35 y 44, mientras que 16 (20.25%) tenía de 45 a 64 años). Los individuos seleccionados para CAM no deben tener enfermedades importantes concomitando con la que motiva la intervención, y como muchos ancianos padecen algún trastorno crónico, se los excluyó automáticamente de la muestra. Obviamente, a medida que el programa ha ido avanzando, y teniendo en cuenta que la cirugía ambulatoria es tan ventajosa en ancianos como en pacientes jóvenes⁽¹⁹⁾, el espectro de pacientes tributarios de la misma en nuestro ámbito de trabajo se ha ampliado. Por otra parte, atribuimos a que los individuos jóvenes son generalmente sanos o con escasas necesidades subjetivas de salud el hecho de que el número de pacientes con menos de 24 años sea muy inferior al de los grupos de edades subsiguientes, en los que la incidencia de patología quirúrgica es mayor.

Como se aprecia en el cuadro II, el 48.19% de las causas de intervención fueron nódulos mamarios y la tercera causa

fue la litiasis vesicular; ambas entidades son más prevalentes en el sexo femenino, en el que la patología herniaria (36.14%), la segunda causa de cirugía en nuestra serie, tampoco es poco frecuente. En todos los casos el diagnóstico preoperatorio coincidió con el operatorio. La cirugía ambulatoria, demostrada como de elección para el abordaje de la patología mamaria benigna e incluso maligna⁽²⁰⁻²²⁾, es utilizada en nuestro medio en casos con un alto índice de sospecha de benignidad, previo estudios ecográfico, mamográfico y citológico, según lo establecido por nuestro Programa Nacional para la Detección Precoz del Cáncer Mamario. En nuestra serie se extirparon predominantemente fibroadenomas, displasias fibroquísticas, ectasias ductales, papilomas canaliculares, fistulas perirenales y necrosis grasas.

El tipo de anestesia dependió de la intervención a realizar. Salvo contraindicación específica, las exéresis de nódulos mamarios son realizadas con anestesia general endovenosa. Para las herniorrafías se usó anestesia regional (espinal) en todos los casos del estudio, aunque más recientemente se ha incorporado en el servicio el uso de la anestesia local para la reparación herniaria como el método de elección⁽²³⁾. En las colecistectomías la anestesia fue siempre general orotraqueal. Es de señalar que en los últimos tiempos, las colecistectomías ambulatorias realizadas han sido laparoscópi-

Cuadro I. Descripción muestral.
Variables sociodemográficas de los operados

	Media DE 38.62 No.	13.28 %
Edad		
Sexo		
Masculino	33	39.76
Femenino	50	60.24
Procedencia		
Rural	16	19.28
Urbana	67	80.72
Nivel educacional		
Analfabeto	1	1.20
Sabe leer y escribir	3	3.61
Primaria	11	13.25
Secundaria	32	38.55
Preuniversitario	24	28.92
Universitario	12	14.46
Ocupación		
Ama de casa	12	14.63
Estudiante	4	4.88
Trabajador	57	69.51
Desocupado	4	4.88
Jubilado	4	4.88
Otro	1	1.22

Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

cas, pero al inicio de la serie, y los casos de este estudio pertenecen a esa época, la vía de abordaje fue laparotómica.

La gran mayoría de los encuestados (80.72%) es de procedencia urbana. Se consideró de procedencia rural a todo el que residiese fuera de Nueva Gerona (pueblo cabecera del municipio, en el que se ubica el Hospital); para este criterio, puramente operativo, lo que tuvimos en cuenta fue la distancia al único servicio quirúrgico permanente en el territorio.

Los niveles de escolaridad predominantes fueron el secundario (38.55%) y el preuniversitario (28.92%); con ausencia de analfabetos. Este hecho podría dar más valor a la encuesta, pues el cuestionario es largo, analiza distintas variables y, aunque con preguntas sencillas, se requiere de determinada capacidad de comprensión por parte del interrogado; si además consideramos que el nivel de exigencia de

los usuarios estará dado, en cierta medida, por sus expectativas respecto al servicio prestado, expectativas y exigencias deben ser mayores en individuos con un nivel intelectual y educacional por encima del mínimo. El sesgo imputable al muestreo aleatorio de la población diana, que podría considerarse escasa y no representativa, y relacionarse con que la población con más necesidades sentidas es normalmente aquella que tiene determinado nivel educacional y, por ello, es la que acude a consulta y recibe los servicios de salud con más frecuencia, puede ser considerado poco notable, pues la accesibilidad es uno de los rasgos distintivos de nuestro Sistema Nacional de Salud, el grado de conocimiento con respecto a la salud y de necesidades subjetivas de la misma en la población cubana es elevado, y el nivel educacional en todo el municipio de estudio es predominantemente secundario y medio.

Cuadro II. Descripción muestral. Causa de la intervención y técnicas quirúrgicas

	No.	%	Técnica quirúrgica
Nódulo mamario	40	48.19	Exéresis y biopsia
Hernia inguinal	30	36.14	Herniorrafia convencional
Litiasis vesicular	4	4.81	Colecistectomía abierta
Otros	9	10.84	Histerectomía total abdominal, Hemorroidectomía, Fisurectomía anal, Fistulotomía anal

Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

Cuadro III. Relación médico-paciente

		No.	%
Recibió información sobre su enfermedad (n = 81)	Sí	57	70.37
	No	24	29.63
Recibió información sobre CAM (n = 81)	En detalle	28	34.57
	Brevemente	42	51.85
	Nada	11	13.83
Recibió información sobre la conveniencia de CAM (n = 81)	En detalle	32	39.51
	Brevemente	32	39.51
	Nada	17	20.99
Se le dio posibilidad de elegir entre CAM y cirugía con ingreso (n = 79)	Sí	27	34.18
	No	52	65.82
Trámites previos a la intervención (n = 81)	Muy rápidos	26	32.10
	Rápidos	30	37.04
	Ni rápidos, ni lentos	13	16.05
	Lentos	8	9.88
	Muy lentos	4	4.94

Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

De los operados, 69.51% estaban laboralmente vinculados a alguna actividad económica, lo que se debe tener en cuenta, al señalarse entre las ventajas de la CAM una rápida reincorporación del paciente a su actividad habitual y por tanto, reducción del tiempo de invalidez temporal con menor impacto económico negativo.

Antecedentes quirúrgicos. Criterios previos sobre la CAM. Relación médico-paciente

De los encuestados, 46.99% tenía antecedentes quirúrgicos y 53.01% restante no. El criterio de los pacientes acerca de un método terapéutico agresivo como la cirugía, y su disposición hacia el mismo, estará en relación con las vivencias personales o familiares que puedan haber tenido; aunque 28 (33.73%), negaron cirugía previa en la familia, 41 (48.50%) tenían antecedentes quirúrgicos familiares y 13 de éstos (31.85%), relacionados concretamente con la CAM.

Dijeron conocer el método ambulatorio 41 (48.40%) y lo negaron 42 (50.60%). Sólo 65 pacientes contestaron la pregunta acerca de cómo consideraban el método antes de ser intervenidos; de éstos, 45 (69.25%) opinaron que bueno, 13 (20%) regular, 5 (7.69%) malo y 2 (3.08%) no emitieron criterio.

Treinta (37.50%) operados dijeron haberse diagnosticado ellos mismos su trastorno, lo cual puede responder a que, en la mayor parte de los casos, se trataba de anomalías bastante conocidas, como nódulos mamarios y hernias. Indirectamente, el dato da valor al autoexamen mamario y muestra un aceptable conocimiento de la población acerca de problemas de salud y, por lo mismo, una eficaz labor de promoción de salud; no obstante, es también probable que se confundan los términos *motivo de consulta y/o dolencia con diagnóstico y/o enfermedad*⁽²⁴⁾ y por tanto, al responder a la pregunta, algunos encuestados se refirieran a que fue algún síntoma o signo apreciado por ellos lo que motivó su visita al facultativo, más que haber llegado a una conclusión diagnóstica propiamente dicha.

La APS es la responsable, según los pacientes, del diagnóstico de 26 (32.50%) de los casos, lo que habla a favor del papel del MF en este sentido, tanto como puerta de entrada al sistema sanitario como, indirectamente, en función de *gate keeping* o “cribador” de la afluencia a la secundaria⁽²⁵⁾. No obstante, se realizaron 22 (27.50%) diagnósticos hospitalarios, cifra nada despreciable, pese a lo señalado. El atractivo de los hospitales y la confianza de la población en estas instituciones siguen siendo muy gran-

Cuadro IV. Complicaciones postoperatorias

Complicaciones (n = 81)	Sí		No		%
	No.	%	No.	%	
-Dolor (n = 80)	35	43.75	45	56.25	
-Infección (n = 80)	12	15.00	68	85.00	
-Hemorragia (n = 83)	13	15.66	70	84.34	
Urgencia (n = 83)	18	21.69	65	78.31	
Ingreso (n = 82)	5	6.10	77	93.90	

Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

Cuadro V. Seguimiento domiciliario

Atención domiciliaria en postoperatorio (n = 83)	No.	%
Sí		
Por médico de familia	23	27.71
Por enfermera	16	19.28
Por ambos	29	34.94
—	15	18.07
No		
Satisfacción con atención domiciliaria (n = 79)		
Mucho	35	44.30
Bastante	26	32.91
Regular	7	8.86
Poco	—	—
Nada	11	13.92

Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

des; además, dado que la cirugía en nuestro medio se realiza siempre en hospitales, no es de extrañar que muchos pacientes acudan de forma directa al cirujano para evitar trámites intermedios.

Observemos el cuadro III. Preocupa que 24 (29.63%) de los pacientes aseguren que no se les explicó en qué consistía la enfermedad, aunque 57 (70.37%) dijieran que sí. Dentro de la misma línea de preguntas, 11 pacientes (13.58%) dicen no haber recibido información alguna acerca de en qué consiste la CAM, 42 (51.85%) reconocen haberla recibido brevemente y 28 (34.57%) en detalle. También son mayoría quienes afirman haber tenido poca o ninguna información acerca de la necesidad de someterse a CAM, en comparación con los que dicen haberla recibido

en detalle. Sin entrar a considerar el posible sesgo de la aquiescencia social⁽¹⁷⁾, muy frecuente en este tipo de preguntas dicotómicas, en las que el encuestado puede tender a responder lo que piensa que se espera que responda, sin dar su verdadera opinión, este resultado debería hacernos reflexionar sobre deficiencias en la relación médico-paciente, tan importante en APS⁽²⁶⁾.

Así mismo, las respuestas que cuestionan la calidad de la comunicación y la contemplación de los derechos de los pacientes son las que afirman que al 65.82% de los intervenidos no se le dio posibilidad de elegir el método quirúrgico, vulneración del consentimiento informado con un paternalismo implícito que consideramos prioritario corregir, toda vez que la medicina que tiene en la APS su base fundamen-

Cuadro VI. Análisis de la satisfacción general. Relación entre satisfacción con CAM y variables sociodemográficas

Variables potencialmente relacionadas	Test	Resultados		p
Sexo	Z	0.021		0.4961 (NS)
Edad	t de Student	1.4545		0.722 (NS)
Procedencia	Z	0.653		0.257 (NS)
		Satisfechos	No satisfechos	
		No.	%	No.
Nivel educacional (n = 83)	Analfabeto	1	1.47	0
	Lee y escribe	2	2.94	1
	Primaria	9	13.24	2
	Secundaria	25	36.76	7
	Bachillerato	21	30.88	3
	Universidad	10	14.71	2
Ocupación (n = 82)	Ama de casa	9	13.43	3
	Estudiante	4	5.97	0
	Trabajador	46	68.66	11
	Desocupado	3	4.48	1
Nivel educacional (n = 83)	Analfabeto	1	1.47	0
	Jubilado	4	5.97	0
	Otro	1	1.49	0

Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

Cuadro VII. Análisis de la satisfacción general. Relación entre satisfacción con CAM y satisfacción específica

Variables potencialmente relacionadas	Test	Resultado	p
Complicaciones	Z	2.351	0.00938 **
Satisfacción con atención médica domiciliaria	Z	3.817	0.0000674 ***
Satisfacción con el hospital	Z	3.779	0.0000785 ***
Satisfacción con cirujanos	Z	3.033	0.001211**
Cirugía previa	Z	0.544	0.293 (NS)

NS: no significación estadística. ** p < 0.01: diferencias altamente significativas. *** p < 0.001: diferencias muy altamente significativas.
Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

Cuadro VIII. Análisis de la satisfacción general. Relación entre satisfacción y facetas en la relación médico-paciente

Variables potencialmente relacionadas	Test	Resultado	p
Explicación e información acerca de la enfermedad	Z	0.349	0.3634 (NS)
Información acerca de la CAM y su conveniencia	Z	0.273	0.392 (NS)
Posibilidad de elección entre los distintos métodos	Z	1.829	0.029 p < 0.05*

NS: diferencias no significativas; * diferencias significativas.

Fuente: encuestas de satisfacción con CAM.

tal otorga al paciente el papel de verdadero responsable de su salud^(12,27-30).

Una ventaja atribuida a la CAM en distintos ámbitos, al parecer presente también en el nuestro, es la rapidez de los trámites preoperatorios. Así lo consideran 56 (69.14%) pacientes, que los catalogan como muy rápidos, 26 (32.10%), o rápidos, 30 (37.04%); 13 (16.05%) consideran que los mismos no son ni rápidos ni lentos y únicamente 12 (14.84%) los califican de lentos (8; 9.88%) o muy lentos (4; 4.94%), para un total de 81 respuestas válidas.

Al someterse a la CAM, de los 81 que respondieron, 59 (72.84%) pensaron que el método era más conveniente para ellos y sus familias y 22 (27.16%) no lo juzgaron así, tal vez por ello 59 (72.84%) acudieron totalmente convencidos al quirófano, 20 (24.69%) parcialmente y, únicamente 2 (2.43%), nada convencidos.

Complicaciones (Cuadro IV)

Aunque un número importante de pacientes (19; 23.46%) considera que presentó alguna complicación y 18 (21.69%) acudieron a Urgencias en algún momento del postoperatorio, sólo 5 (6.10%) requirieron ingreso. Al parecer, el dolor se apreció en muchos casos como consustancial al status postquirúrgico más que como una complicación quirúrgica propiamente dicha. Al 15%, 12 de 80 de los encuestados, se le infectó la herida y en 15.66%, 13 de 83, presentaron hemorragia. En estudios que recogen la casuística general en otros ámbitos donde la CAM ha experimentado un desarrollo vertiginoso en los últimos años, las complicaciones observadas fueron escasas y leves, los ingresos inesperados por debajo de 2% y la mortalidad nula, lo cual no se diferencia demasiado de nuestra experiencia^(31,32).

El papel de la APS. Opinión

Se aprecia en el cuadro V que 68 (81.93%) encuestados dicen haber recibido atención postoperatoria a través de visitas domiciliarias del binomio médico-enfermera. Los médicos visitaron más que las enfermeras (27.71% frente a 19.28%), aunque lo más frecuente es que la visita fuera conjunta. Sólo 65 pacientes respondieron a la pregunta sobre el

número de veces que se produjo este tipo de visita y, de ellos, el 63.08% señaló que fue más de una vez.

La satisfacción media con el seguimiento domiciliario es de 2.0633 (DE:1.34), que corresponde con estar bastante satisfechos. Dijeron estar muy o bastante satisfechos 77.22% de los pacientes, mientras que el resto dividió sus opiniones entre el término medio o la insatisfacción total (13.92%). Las respuestas en este caso pueden estar sesgadas, por un lado, por la búsqueda de la aquiescencia social⁽¹⁷⁾ y, por otro, porque con frecuencia, al expresarse, el paciente emite su criterio sobre el sistema sanitario en su conjunto, en lugar de referirse únicamente a la situación concreta sobre la que se le interroga⁽¹²⁾.

Satisfacción general

Se trata de la variable principal de la investigación.

De los pacientes 81.93% (68 de ellos) está satisfecho con el método de forma general, con una puntuación media de 1.7349 (DE:0.95) (mucho 51.81% -43-; bastante 30.12% -25-). El 19.07% restante muestra insatisfacción en distintos grados (regular 13.25% -11- y 4.81% dice estar poco o nada satisfecho).

La valoración de la satisfacción, concepto abstracto, se ha hecho mediante una escala tipo Likert, en el que se da una puntuación creciente a menor satisfacción, con una categoría intermedia o neutral; este modelo, empleado en otros trabajos revisados^(9,10), facilita el tratamiento estadístico y la comparación de los resultados. Todas las preguntas cerradas con una escala de este tipo tienen la posibilidad de estar sesgadas positivamente al ser las primeras respuestas las más favorables, pero cabe pensar que, si el orden elegido fuera inverso, tampoco se habría evitado el sesgo, en ese caso “negativo”. La literatura consultada recomienda, de cualquier modo, el uso de secuencias lógicas en los cuestionarios de este tipo^(10,13,14).

Opiniones sobre hospital y cirujanos

El criterio de los pacientes sobre el hospital es positivo. Treinta y tres (39.76%) lo califican de muy bueno, 31 (37.35%) de bueno, 16 (19.28%) de regular, 2 (2.41%) malo

y sólo 1 (1.20%) muy malo. Acerca de los cirujanos, 51 (61.45%) pacientes tienen un criterio muy bueno, 28 (33.73%) bueno, sólo 4 (4.82%) regular y ninguno emitió criterios negativos. Además del posible sesgo por la búsqueda de aquiescencia social, en estos casos cabe considerar también el peso que sigue teniendo la institución hospitalaria sobre la opinión del paciente al exponer su criterio sobre la atención médica.

Impacto de la CAM sobre la familia

La mayoría de los 83 encuestados (63; 75.90%) considera que no haber sido ingresados para la intervención fue favorable para su familia y 5 (6.02%) opinan que fue desfavorable; para 15 (18.07%) fue indiferente. Setenta y dos (85.54%) opinan que el impacto económico del método sobre el núcleo familiar fue menor que si hubieran ingresado y el resto (12, 14.46%) opina lo contrario.

En la mayoría de las encuestas se plantea que la asequibilidad de recursos materiales para curaciones y atención postoperatoria en el hogar es regular: de 82 respuestas, en 15 (18.29%) se consideró muy fácil, en 21 (25.61%) fácil, en 29 (35.37%) ni fácil ni difícil, en 8 (9.76%) difícil y en 9 (10.98%) muy difícil.

Reincorporación al medio

La mayor parte (62.65%) de los 83 encuestados considera pronta la reincorporación a sus labores habituales (21, 25.30% muy rápida y, 31, 37.35% rápida), aunque 23 (un nada despreciable 27.71%) la califica como ni rápida, ni lenta, y 5 (6.02%) lenta y 3 (3.61%) muy lenta. Valorando el fenómeno cuantitativamente ($n = 79$), al estudiar el número de días de incapacidad laboral a consecuencia de la cirugía, se observa que la mitad (49.37%) de los operados estuvo fuera de su actividad entre 1 (26, 32.91%) y 2 (13, 16.46%) meses, el 36.71% entre 1 y 3 semanas (7 días 4 pacientes, 5.06%; 10 días 5, 6.33%; 12 días 3, 3.8%; 15 días 8, 10.13%; 21 días 9, 11.39%) y 13.92% entre 3 y 6 meses (3 meses 6 pacientes, 7.59%; 4 meses 4, 5.06%; 6 meses 1, 1.27%). Como se comprenderá, no se puede decir que la reincorporación laboral de los enfermos haya sido muy rápida; de hecho, ni la mayoría de ellos lo considera así. Si, además, tenemos en cuenta que la mayoría de los pacientes no tuvo complicación postoperatoria alguna, cabría cuestionarse la eficacia del método en este aspecto, sobre todo si sabemos que el 69.51% de los encuestados trabaja y que, por tanto, la incapacidad laboral transitoria repercute económicamente de forma importante. Sin embargo, también en otros ámbitos es ésta una cuestión controvertida, que se justifica considerando que hay una menor frecuentación y que

los pacientes que se intervienen presentan una mayor discapacidad, por lo que sería razonable plantearse la hipótesis de que el excedente de recursos derivado de introducir la CA no supondría necesariamente una reducción del gasto global, pero sí puede suponer una mayor eficiencia del sistema, si se acepta que es una alternativa más coste-efectiva⁽³³⁾.

Reproductibilidad

La última pregunta del cuestionario mide también la satisfacción con el método, de manera indirecta, al inquiren sobre la reelección del mismo en caso necesario. De las respuestas, 78.05% fueron afirmativas, y negativas el 21.95%.

La segunda parte de esta pregunta es una interrogante abierta que busca explicar la respuesta anterior y tener una idea general sobre qué es lo que hace de la CAM un método atractivo para ser elegido o, por el contrario, qué motiva rechazarlo y qué señalamientos se hacen para su mejoría. Entre las causas que motivaron las respuestas negativas figuran, en primer lugar el miedo a las complicaciones y, después, la inseguridad, la dificultad de transporte, el padecimiento de alguna enfermedad crónica y el rechazo a estar rodeado de médicos. Los que volverían a someterse al método lo harían, de forma general, porque lo consideran seguro, rápido y, sobre todo, porque les permite estar en sus hogares y con la familia durante toda la recuperación.

Satisfacción con la CAM y otras variables (Cuadro VI)

Al relacionar la satisfacción general con el sexo, los diferentes grupos de edades, el nivel educacional, la actividad que realizan y la procedencia, rural o urbana, de los encuestados, vemos que no existen diferencias estadísticamente significativas, lo que coincide con otros trabajos consultados^(9,34).

La aplicación del test de hipótesis para proporciones (prueba de la Z) refleja que tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre los individuos que habían sido anteriormente intervenidos y los que no lo habían sido, con respecto a la satisfacción (Cuadro VII), lo que permite pensar que, independientemente de la novedad y las posibles reservas que puedan existir con la CAM, sobre todo en quienes ya tienen experiencia como pacientes quirúrgicos, el funcionamiento del servicio fue lo suficientemente óptimo como para que el criterio positivo sobre él resistiera comparaciones con otras formas de cirugía.

Se constatan diferencias altamente significativas entre la satisfacción de los individuos que sufrieron alguna complicación postoperatoria y los que no la tuvieron, lo que concuerda con lo reportado en otros ámbitos^(32,35), en los que

Anexo No. 1. Encuesta de satisfacción con la cirugía ambulatoria.

Pacientes postoperados.

Estamos realizando una encuesta anónima a todos los operados mediante la cirugía sin ingreso para determinar la satisfacción de los pacientes con el método.

Agradecemos su colaboración.

1. Edad: _____

2. Sexo:

M _____

F _____

3. Procedencia:

Rural _____

Urbana _____

4. Nivel educacional:

Analfabeto _____

Sabe leer y escribir _____

Primaria _____

Secundaria _____

Preuniversitario _____

Universitario _____

5. Ocupación:

Ama de casa _____

Estudiante _____

Trabajador _____

Desocupado _____

Jubilado _____

Otro _____

6. ¿Había Ud. sido operado en alguna ocasión?

Sí _____

Año _____

Causa _____

No _____

7. ¿Algún familiar cercano había sido operado antes que usted?

Sí _____

No _____

¿Mediante cirugía ambulatoria?

Sí _____

No _____

8. ¿Conocía Ud. antes de operarse que existía la cirugía sin ingreso?

Sí _____

No _____

9. Antes de la operación, consideraba el método:

Bueno _____

Regular _____

Malo _____

10. ¿De qué fue operado?

¿Cuándo? (mes)

11. ¿Quién le diagnosticó la enfermedad?

Ud. Mismo _____

Médico de hospital _____

Consulta externa _____

Cuerpo de guardia _____

Médico de familia _____

Policlínico _____

Otro _____

12. ¿Se le explicó en qué consistía su enfermedad?

Sí _____

No _____

13. ¿Se le explicó en qué consistía la cirugía sin ingreso?

En detalle _____

Brevemente _____

Nada _____

14. ¿Se le explicó la conveniencia de la cirugía sin ingreso y la necesidad de someterse a ella?

Totalmente _____

Parcialmente _____

Nada _____

15. ¿Se le dio la oportunidad de elegir entre el método de cirugía sin ingreso y el ordinario?

Sí _____

No _____

16. Los trámites previos a su operación fueron:

Muy rápido _____ Rápidos _____

Ni rápidos, ni lentos _____ Lentos _____

Muy lentos _____

17. ¿Acudió al salón de operaciones convencido?

Totalmente _____

Parcialmente _____

Nada _____

18. ¿Pensó, al someterse a la cirugía ambulatoria, que el método es más conveniente para Ud. y su familia?

Sí _____

No _____

19. ¿Tuvo alguna complicación?

Sí _____

No _____

¿Cuál? _____

20. ¿Necesitó medicamentos para el dolor?

Sí _____ No _____

21. ¿Se le infectó la herida?

Sí _____ No _____

22. ¿Sangró la herida en los días que siguieron a la operación?

Sí _____ No _____

23. ¿Tuvo que acudir al cuerpo de guardia en los días que siguieron a la operación?

Sí _____ No _____

24. ¿Tuvo que ser ingresado?

Sí _____ ¿Cuánto tiempo? _____
No _____

25. ¿Recibió atención médica en su hogar?

Sí _____ No _____

Por parte de:

Médico de familia _____

Enfermera _____

Ambos _____

Otros _____

En una ocasión _____

En más de una ocasión _____

26. ¿Se sintió satisfecho con esta atención?

Mucho _____ Bastante _____
Regular _____ Poco _____
Nada _____

27. ¿Se sintió satisfecho con el método de cirugía sin ingreso en general?

Mucho _____ Bastante _____
Regular _____ Poco _____
Nada _____

28. Su criterio sobre el lugar donde fue operado es:

Muy bueno _____ Bueno _____
Regular _____ Malo _____
Muy malo _____

29. Su criterio sobre el personal que lo operó es:

Muy bueno _____ Bueno _____
Regular _____ Malo _____
Muy malo _____

30. Considera que el no haber sido ingresado para la operación fue:

Favorable para su familia _____
Indiferente _____
Desfavorable para su familia _____

31. Considera que la cirugía sin ingreso supuso para su familia un mayor gasto económico que la cirugía con ingreso:

Sí _____ No _____

32. Considera que, después de la operación, los recursos necesarios para su atención en el hogar (alcohol, torundas, apósitos, etc.) estuvieron a su alcance:

Muy fácilmente _____
Fácilmente _____
Ni fácil, ni difícilmente _____
Difícilmente _____
Muy difícilmente _____

33. Considera que volvió a su actividad habitual:

Muy rápidamente _____
Rápidamente _____
Ni rápida, ni lentamente _____
Lentamente _____
Muy lentamente _____

34. ¿Cuánto tiempo pasó entre la operación y el regreso a su actividad habitual?

35. Si tuviera que volver a operarse, ¿elegiría nuevamente el método de cirugía sin ingreso?

Sí _____ No _____
¿Por qué? _____

incluso la elevada tasa de infecciones postoperatorias en pacientes quirúrgicos ambulatorios ha motivado la revisión de los criterios de egreso⁽³⁶⁾. Es lógico pensar que aquellos que tuvieron un período de recuperación adverso experimenten cierto rechazo al método. De hecho, esta insatisfacción no debe relacionarse solamente con la CAM sino, probable-

mente en más de un caso, con todo el sistema sanitario⁽¹²⁾. Lo anterior puede perfectamente aplicarse a la relación entre la satisfacción general con el método y la satisfacción específica con la atención domiciliaria, el hospital y el personal quirúrgico, pues también se constata significación estadística al respecto.

Se puede inferir, por tanto, que el paciente relaciona más la satisfacción con los resultados obtenidos, con el trato que se le dispensa y con la libertad para elegir, que con la información relativa al proceso mórbido. No parece existir en nuestro medio gran exigencia de esta información, tal vez porque se desconoce o no se identifica este aspecto como parte esencial del acto médico. Sin embargo, sí se percibe como importante la información relativa al procedimiento al que se va a ser sometido.

Con respecto a la relación médico-paciente, nuestro estudio tiene algunos resultados interesantes (Cuadro VIII). Existen autores que señalan que la satisfacción de los usuarios responde más a los aspectos relacionados con los profesionales que con las actividades y condiciones físicas de los centros donde se dispensa la asistencia⁽³⁷⁾; otros refieren que, en contraste con lo que piensa la mayoría de los médicos, el "buen hacer" del personal sanitario no lo es todo con relación a la satisfacción⁽⁹⁾. En nuestro caso, los resultados refrendarían este último criterio si consideramos que existen diferencias significativas en lo referente a la satisfacción entre el grupo de pacientes al que se le dio oportunidad de elegir entre la cirugía con o sin ingreso y al que no; sin embargo, la primera opinión se vería contradicha por el hecho de que no se constatan diferencias estadísticamente significativas en lo concerniente a la explicación acerca de la enfermedad, el método ambulatorio, y la conveniencia de someterse al mismo. Coincidiendo con lo planteado, se ha evidenciado en otros ámbitos un elevado grado de satisfacción entre los usuarios al ofrecérseles una amplia información preoperatoria, tener conocimiento previo del cirujano actuante, poder llevar a cabo una programación "a la carta" de común acuerdo entre ambas partes y por la brevedad en la realización de la intervención⁽³⁸⁾.

Según la misma prueba estadística antes referida, hubo una diferencia muy altamente significativa ($Z = 3.183$; $p = 0.0007283 < 0.001$) en la relación entre la reincorporación temprana o tardía a las actividades habituales de los operados y su satisfacción con la CAM. Esto es importante, sobre todo si recordamos que la reincorporación laboral de nuestros pacientes no fue todo lo rápida que se esperaría. Si añadimos que el número de reingresos, aunque no muy elevado, es mayor que el reportado en otros estudios^(39,40) en los que, además, se explica claramente que ello responde a una inadecuada selección de los pacientes para la cirugía ambulatoria, nos daremos cuenta que mejorando este aspecto del programa aumentaremos su eficiencia económica, a la vez que la satisfacción de los pacientes con el mismo. Para el control de la calidad de estos programas, analizar las hospitalizaciones no esperadas es fundamental, y por ello deben preverse sus múltiples causas posibles. De cualquier modo, sólo si se considera a todo paciente intervenido ambulatoriamente como un ingresado potencial y existe la posibilidad de detección temprana de las complicaciones, disponibilidad continua de un equipo médico y la disposición permanente de camas para los posi-

bles ingresos, podrá darse solución a cualquier problema médico o quirúrgico que eventualmente ocurra, aunque las incomodidades para pacientes y familiares, así como el encarecimiento del procedimiento que significa el paso de cirugía ambulatoria a cirugía con ingreso, no puedan ya evitarse⁽⁴¹⁾. No debemos dejar de tener en cuenta, además, que si bien el número de procedimientos con hospitalización que se puede realizar sin ingreso es relativamente elevado, hay evidentes diferencias por procedimientos entre las distintas unidades dedicadas al método ambulatorio⁽⁴²⁾.

Estudios económicos han podido demostrar que el coste medio de la realización del acto quirúrgico y anestésico no es significativamente diferente con o sin ingreso, pero al contabilizar los recursos económicos no consumidos en relación con los días de ingreso evitados, sí existe buena cantidad de dinero que el hospital no aplica a cada paciente ambulatorio y que podría emplear a favor de los que sí deben ingresar. Esto significa ahorro para la sanidad pública en cada paciente resuelto y para la seguridad social por la reducción demostrada sobre la incapacidad laboral transitoria, así como ayuda en el proceso de planificación de servicios sanitarios para cuantificar el impacto que pueda tener en el sistema⁽⁴³⁾, lo que unido a la influencia de la cirugía ambulatoria en la reducción de las listas de espera, demuestra las ventajas del método en cuanto a satisfacción y, también, a eficiencia, eficacia y efectividad⁽³²⁾.

Como todo estudio de satisfacción, el presente no es más que un paso en la evaluación de todo el proceso de desarrollo del programa.

La mayor dificultad radicó en aplicar un método para establecer la fiabilidad de los instrumentos. Se describen dos métodos básicos para este fin: fiabilidad test-retest (que escapaba a nuestras posibilidades de tiempo y personal entrenado para la realización de encuestas) y consistencia interna sobre diseños de repetición de cuestionarios equivalentes o división en mitades (más propios de cuestionarios de tipo psicológico, que no se adaptaba satisfactoriamente a los objetivos que perseguíamos). Como comentamos, empleamos cuestionarios descriptivos sencillos donde se incluyeron preguntas sobre el grado de satisfacción que expresaban los pacientes con aspectos asistenciales determinados. No interpretamos en ningún momento qué es la satisfacción para el usuario. No obstante, aparte de los criterios señalados sobre las investigaciones cualitativas en los que nos apoyamos para considerar apropiados nuestros cuestionarios, intentamos evitar ciertas fuentes de error en la fiabilidad: condiciones homogéneas de entrevista, coherencia entre los entrevistadores, 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 muestral, sino mejorando la claridad del cuestionario y las condiciones de su aplicación^(10,44).

Se utilizó para medir el grado de satisfacción, una escala de puntuación que facilitase el tratamiento estadístico de los datos. Los encuestadores fueron personas ajenas al trabajo directo en la cirugía ambulatoria y la APS, a fin de evitar sesgos de “complacencia” que podrían restarle validez al trabajo. En este sentido, fue también favorable realizar las encuestas a domicilio.

Los resultados, no obstante lo señalado, deben ser interpretados con cierta reserva, pues en este tipo de encuestas el grado de satisfacción suele ser alto⁽⁹⁾. Aún así, pensamos que el porcentaje de satisfechos es óptimo y dependiente de la satisfacción específica, como en otros estudios⁽⁹⁾. Las cifras positivas en la investigación no son tan optimistas si las comparamos con otros trabajos sobre el tema en nuestro país^(4,6), pero pensamos que esto es un dato a favor de la calidad del instrumento utilizado por nosotros y del rigor en su aplicación, pues la satisfacción unánime debe hacer pensar en sesgos importantes.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a los Drs. Víctor M. Pérez Ayala, Ismaidys M. Estrada, Aldo Muñoz Hernández, Rodolfo Álvarez Villanueva, la psicométrista Raquel O. Profit, los Licenciados Rolando Sánchez Ramos, Enrique O. González González y la enfermera Daisy García Plá, por su inestimable ayuda en la culminación del presente estudio.

Referencias

1. Rivera J, Giner M, Subh M. Cirugía ambulatoria: estudio piloto. Cir Esp 1988;4(6):865-870.
2. Doherty VC, O'Donovan 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.pp.1-6.
3. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa nacional de cirugía ambulatoria. Havana, Cuba: Salud Pública; 1988.
4. 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(2):116-123.
5. Mederos ON, Pargas A, Ruíz J, Gutiérrez A, Peraza E, Gerardo A. Cirugía ambulatoria mayor en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 enfermos. Parte I. Rev Cub Med Gen Integral 1991;7(3):243-247.
6. Cabrera R, Zamora O, Domínguez JC, et al. Cirugía ambulatoria mayor. Estado de satisfacción de los pacientes. Parte II. Rev Cub Med Gen Integral 1991;7(3):248-250.
7. Marquet R. ¿Medir los niveles de calidad de la atención que prestamos? (Editorial). Aten Prim 1993;12(6):317-318.
8. Olloqui J. Reforma de la atención primaria y satisfacción del usuario (Editorial). Aten Prim 1992;10(15):705-706.
9. Ortolá P, Blanquer JJ, Rodríguez JJ, Rodrigo O, Villagrassa F, Clement JA. Satisfacción del usuario en atención primaria: resultados de una encuesta a domicilio. Aten Prim 1992;12(9):578-587.
10. Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado complejo? Cuad Gest 1995;1(1):23-33.
11. García FP, Pancorbo PL, Rodríguez MC, Rodríguez MA, Alcázar M, Pereira F. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. Enf Clin 2001;11(4):147-154.
12. Borrell F, editor. Manual de entrevista clínica. Barcelona, Spain: Doyma; 1989.
13. Cummings SR, Strull W, Nevitt MC, Hulley SB. Planificación de las mediciones: cuestionarios. In: Hulley SB, Cummings SR, editors. Diseño de la investigación clínica. Barcelona, Spain: Doyma; 1993. pp.47-58.
14. Argimon JM, Jiménez J, editors. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona, Spain: Doyma; 1991. pp.69-150.
15. Borrell F, Bosch JM. Entrevista clínica. In: Martín A, Cano JF, editors. Atención primaria. 3rd ed. Barcelona, Spain: Mosby/Doyma; 1994. pp.158-168.
16. Graminde Y. De la satisfacción por el número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodológica de la investigación en salud. Aten Prim 1993;14(2):631-636.
17. Fernández de Sammamed MJ. Introducción a la investigación cualitativa. FMC 1995;1(1):23-28.
18. Marquet R, Benet JM, Guarga A. Organización de las actividades de control en un centro de salud. In: Jiménez J, editor. Programación y protocolización de actividades. Barcelona, Spain: Doyma; 1990. pp.61-74.
19. Arribas del Amo D, Jiménez A, Escartín A, Lagunas E, Núñez E, González G. Cirugía ambulatoria en pacientes mayores de 65 años: nuestra experiencia. M Rev Esp Ger Gerontol 1999;34(2):73-77.
20. Aguilar J, de Andrés B, Muelas MS, Lirón R, Martín JG, Aguayo JL. Fistulectomía radial y cierre primario en el tratamiento de la fístula perireolar recidivante. Rev Senol Patol Mam 2000;13(3):119-123.
21. Aguilar J, Cartagena J, de Andrés B, Muelas MS, Candel MF, Berná JD, Aguayo JL. Seguridad y aceptación de la anestesia local y el régimen ambulatorio en la biopsia quirúrgica guiada de lesiones no palpables de mama. Cir Esp 1999;66(5):407-410.
22. García-Villanueva A, Rojo-Blanco R, Collado-Guirao MV, Ferreiro-Pozuelo N, Samaranach-Palero N. Tratamiento quirúrgico conservador del cáncer infiltrante de mama, en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Cir Esp 2002;72(5):255-260.
23. García P, Casanova P, Fournier H, García R. Herniorrafia inguinal libre de tensión con la técnica de Lichtenstein. Experiencia en 72 pacientes. Cir Gen 2002;24(3):209-212.
24. Skrabanek P, McCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona, Spain: Doyma; 1992.
25. Gené J. Escaso futuro para el *gatekeeping* en España (Editorial). Aten Prim 1995;15(7):418-420.
26. Martín A. Prólogo. In: Borrell F, editor. Manual de entrevista clínica. Barcelona, Spain: Doyma; 1989. pp.iii-iv.
27. Simón P, Barrio IM. Bioética, información e infección por el VIH. FMC 1994;1(5):299-309.
28. Jorge A. Consentimiento informado y autonomía del paciente. JANO 1995;48(1114):37-44.
29. Asua A. Tratamiento curativo sin consentimiento del paciente y responsabilidad penal. JANO 1995;48(1114):45-54.
30. Bueno F. Valor jurídico de la voluntad del paciente en relación con el tratamiento médico y especialmente con el tratamiento vital. JANO 1995;48(1114):57-62.
31. Linares MJ, Esteve A, Garrido P, Pelegrí D, Pi F, Gomar C, Prat A. Factores predictores del ingreso hospitalario en la cirugía ambulatoria de un hospital comarcal. Med Clín 1999;112(10):361-364.
32. Sierra E. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro (Editorial). Cir Esp 2001;69(4):337-339.
33. Castells X. Beneficios e incertidumbres de la cirugía ambulatoria. ¿Disponemos de suficientes evidencias? (Editorial). Gac Sanit 1998;12(3):97-99.

34. González L, Costa A, Timoneda L, Alfonso JL, Cortina P. Survey of satisfaction among centers users. *Gac Sanit* 1993;7(35):86-94.
35. Morgan M, Beech R, Reynolds A, Swan AV, Deulin HB. Surgeons news of day surgery: is there a consensus among providers? *J Public Health Med* 1992;14(2):192-198.
36. Holtz TH, Wenzel RP. Postdischarge surveillance for nosocomial wound infection: a brief review and commentary. *Am J Infect Control* 1992;20(4):206-213.
37. 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(933): 249-254.
38. Llovera JM, Hidalgo A, González MC, Morán A. Análisis del coste económico de una unidad de cirugía ambulatoria adscrita a un centro de asistencia primaria. *Cuad Gest* 1999;5(1):43-45.
39. O'Connor SJ, Gibberd RW, West P. Patient satisfaction with day surgery. *Aust Clin Rev* 1991;11(4):143-149.
40. Thompson EM, Mathews HM, McCauley DM. Problems in day care surgery. *Ulster Med J* 1991;60(2):176-182.
41. Bassons-Herbera J. Ingreso hospitalario en cirugía ambulatoria: sistema de control de calidad (Editorial). *Med Clin* 1999;112(10): 377-378.
42. Colomer J, Ondategui S, Esteban E. Índices de sustitución en cirugía mayor ambulatoria: medir, contar y comparar. *Gac Sanit* 2001;15(6): 523-526.
43. Espinás JA, Borrás JM, Colomer J, Ramón C, Varela J. Estimación del impacto potencial de la cirugía ambulatoria en Cataluña. *Med Clin* 1997;109(3):81-84.
44. Salcedo F. Utilidad clínica de los cuestionarios en atención primaria (Editorial). *Aten Prim* 1995;15(8):479-480.

