

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN MEDICINA

ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN GLOBAL DE LA POBLACIÓN GENERAL CON UN PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA

Autora: Carla Eugenia Beltrán Tena

Tutores: Dr David Peral Sánchez

Dra Elena Porcar Rodado

ÍNDICE

- Resumen.....	3
- Abstract	3
- Extended summary.....	4
- Introducción.....	5
- Hipótesis y objetivos.....	17
- Material y métodos.....	17
- Resultados.....	22
- Discusión.....	27
- Conclusiones.....	30
- Bibliografía.....	31

RESUMEN

Este estudio investigó la satisfacción global de los pacientes en un programa de cirugía ambulatoria y su relación con variables como la edad, el sexo, el tipo de cirugía, el tipo de anestesia y el tipo de *ambulatory surgical incapacity* (ASI). Se realizó un estudio observacional y descriptivo, utilizando una encuesta telefónica para evaluar la satisfacción de los pacientes después de la intervención. Los resultados mostraron que la satisfacción global de los pacientes fue alta, con una puntuación promedio de 9.28. Además, se encontró una diferencia significativa en la satisfacción entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que mostraron niveles más altos. Sin embargo, no se encontraron relaciones significativas entre la satisfacción y el tipo de cirugía, el tipo de anestesia, la edad o el tipo de ASI. En conclusión, los pacientes del programa de cirugía ambulatoria mostraron una satisfacción global alta y se observó una relación estadísticamente significativa entre el sexo de los pacientes y la satisfacción global.

Palabras clave: Satisfacción global, cirugía ambulatoria, encuesta telefónica, anestesia ambulatoria.

ABSTRACT

This study investigated the overall satisfaction of patients in an ambulatory surgery program and its relationship with variables such as age, gender, type of surgery, type of anesthesia, and type of ambulatory surgical incapacity (ASI). An observational and descriptive study was conducted, using a telephone survey to assess patient satisfaction after the intervention. The results showed that patients' overall satisfaction was high, with an average score of 9.28. Furthermore, a significant difference in satisfaction between men and women was found, with women showing higher levels. However, no significant relationships were found between satisfaction and the type of surgery, type of anesthesia, age, or type of ASI. In conclusion, patients in the ambulatory surgery program exhibited high overall satisfaction, and a statistically significant relationship was observed between patients' gender and overall satisfaction.

Keywords: Overall satisfaction, ambulatory surgery, telephone survey, ambulatory anesthesia.

EXTENDED SUMMARY

INTRODUCTION

Global satisfaction in an ambulatory surgery program provides valuable information about the efficiency and effectiveness of such interventions. Understanding the factors that influence satisfaction is crucial for developing effective strategies that promote patient well-being. These findings have important implications for the design of interventions and policies aimed at improving patient satisfaction and well-being.

OBJECTIVES

The aim of this study was to analyze the overall satisfaction of patients undergoing ambulatory surgery and assess its relationship with variables such as age, gender, type of surgery, anesthesia type, and ASI type.

MATERIALS AND METHODS

An observational, descriptive, single-center, retrospective follow-up study was conducted on overall satisfaction in an ambulatory surgery program carried out from October 2022 to November 2022. A telephone survey was conducted 24-48 hours after the intervention to evaluate potential factors influencing satisfaction. The relationship between variables was assessed using the ANOVA test.

RESULTS

The overall satisfaction of patients was rated at 9.28 points. Additionally, a significant difference in overall satisfaction between men and women was found, with women exhibiting higher levels. On the other hand, no statistically significant relationship was observed between satisfaction and the type of surgery, anesthesia used, age, or ASI type presented by each patient.

CONCLUSIONS

Overall, a significantly high level of global satisfaction was observed among patients in the ambulatory surgery program. Furthermore, a statistically significant relationship was found between patient gender and overall satisfaction.

KEYWORDS

Global satisfaction, ambulatory surgery, telephone survey, ambulatory anesthesia.

INTRODUCCIÓN

Nota aclaratoria: En este documento, con el objeto de facilitar/agilizar la lectura, se utilizan términos genéricos como “pacientes”, “médicos”, “enfermeras”, etc. que, si no se especifica lo contrario, se refieren a hombres y mujeres indistintamente.

SIGLAS

- CA: cirugía ambulatoria.
- AA: anestesia ambulatoria.
- ASA: American Society of Anesthesiologists.
- HTA: hipertensión arterial.
- ECG: electrocardiograma.
- EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- UCMA: unidad de cirugía mayor ambulatoria.
- ETEV: enfermedad tromboembólica venosa.
- HBPM: heparina de bajo peso molecular.
- CAM: cuidados anestésicos monitorizados.
- DP: dolor postoperatorio.
- NVPO: náuseas y/o vómitos postoperatorios.
- UDA: unidad de atención domiciliaria.
- AINES: antiinflamatorios no esteroideos.
- URPA: unidad de reanimación postanestésica.

1. ¿QUÉ ES LA CIRUGÍA AMBULATORIA?

La cirugía ambulatoria (CA) se define como el conjunto de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, local, locorregional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración y en las que está previsto el alta de forma inmediata o a las pocas horas de la intervención (1). La CA se realiza con la anestesia ambulatoria (AA) que es un conjunto de procedimientos que tienen como objetivo tratar a los pacientes y darles de alta el mismo día del ingreso, con independencia del lugar donde se realice la práctica médica (consultorio, área quirúrgica o fuera del área quirúrgica) (2).

Las características de la CA requieren protocolos claros a la hora de seleccionar a los pacientes, así como la adaptación del hospital a este tipo de intervenciones. También se tendrán que establecer previamente unos criterios de alta de pacientes intervenidos mediante CA, así como una valoración preanestésica que incluya la resolución de dudas que puedan tener los pacientes con respecto a este tipo de técnica.

Con todo esto, podemos hablar de que tanto la CA como la AA están siendo unas de las herramientas con mayor éxito y crecimiento en la oferta de los sistemas de salud actuales (3). Las causas que justifican estos datos se basan en los avances tecnológicos, tanto de las cirugías

como de la anestesia, también en el cambio del criterio del reposo absoluto a favor de una movilización precoz y en tercer lugar un uso más eficiente de los recursos médicos.

La CA presenta beneficios e inconvenientes. Entre los beneficios más notables y visibles están el alta precoz de los pacientes intervenidos, un menor gasto económico y de recursos sanitarios y una mayor participación e implicación de los pacientes en sus cuidados (4).

En relación con los inconvenientes en este tipo de prácticas médicas, destacan la creación de nuevos protocolos y su posterior incorporación en el desarrollo diario de un hospital o centro de salud, la necesidad de apoyo familiar durante las horas o días posteriores al procedimiento o el posible ingreso no programado de pacientes que presenten algún tipo de complicación postoperatoria (5).

2. SELECCIÓN DE PACIENTES

Como comentábamos anteriormente, es necesario establecer unos criterios de selección de pacientes en cirugía ambulatoria para así poder prevenir riesgos y complicaciones. Se basan principalmente en criterios sociales, quirúrgicos y sobre las características del propio paciente (6).

- 1) En lo referente a los criterios sociales, lo principal y más importante es que el paciente sea capaz de comprender y aceptar el programa ambulatorio. Además, es necesario que exista un adulto responsable que sea capaz de entender y aceptar de la misma manera el proceso y que se encuentre en la disposición de cooperar en la recuperación del paciente en su domicilio. No obstante, no hay que pasar por alto que hay que prestar un mayor cuidado en los pacientes ancianos que viven solos, por lo anteriormente citado. También hay que asegurarse, antes de incluir a los pacientes en la CA, de que vivan a una distancia de no más de 45 minutos-1 hora desde el hospital, que posean teléfono móvil y un tipo de transporte particular (exceptuando pacientes como grandes discapacitados o pacientes con insuficiencia renal crónica que en este caso se realizara un transporte mediante ambulancia) y de que vivan en unas condiciones básicas de higiene. Todas estas pautas deben explicarse y entregarse por escrito a los pacientes y acompañantes previamente a la realización de cualquier acto médico que suponga una anestesia ambulatoria y asegurarse de que sean comprendidas y aceptadas por parte del enfermo.

2) Los criterios quirúrgicos se establecen según la escala de la clasificación de intensidad para procedimientos quirúrgicos de DAVIS. Esta escala presenta cuatro niveles:

- En el nivel I encontramos los procedimientos de cirugía menor con anestesia local.
- En el nivel II se incluyen los procedimientos que por definición serían las cirugías ambulatorias, que son pacientes que requieren cuidados postoperatorios de poca intensidad.
- Al nivel III pertenecen los procedimientos que necesitan cuidados postoperatorios prolongados en el hospital.
- En el nivel IV, encontramos los procedimientos que presenten cuidados en unidades especializadas o unidades críticas.

Concretamente, los pacientes seleccionados para la AA deben pertenecer a los niveles I, II y III, pero en casi ningún caso del nivel IV(2).

3) En cuanto a los criterios sobre el propio paciente, hay que tener en cuenta que no todas las personas pueden beneficiarse de la CA, aunque ellos mismos lo deseen. Ya que, en determinadas ocasiones, el miedo e incluso pánico a las intervenciones pueden crear trabas y simplemente con el hecho de permanecer ingresados se soluciona ese inconveniente. También hay que tener presente la edad de los pacientes. En los enfermos con edades extremas debemos tener un cuidado mucho mayor y realizar una observación más escrupulosa.

A los pacientes, previamente a la realización de cualquier intervención, se les clasifica según la escala de riesgo anestésico-quirúrgico de la American Society of Anesthesiologists (ASA) que se divide en cinco grupos:

- ASA I: corresponde a los pacientes que no sufren ninguna otra patología distinta al proceso por el que va a ser intervenido.
- ASA II: el paciente sufre una alteración leve o moderada sistémica causada por el proceso subsidiario de la cirugía o por algún otro proceso que no produce incapacitación.
- ASA III: el paciente sufre una enfermedad grave de cualquier causa que produce una limitación funcional de algún grado.
- ASA IV: el paciente sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y no es corregible mediante ninguna intervención.

- ASA V: paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia a pesar de la intervención.

Atendiendo la escala ASA los pacientes que se encuentren en los niveles I y II van a poder beneficiarse de la AA. Además, también se van a incluir los niveles III y IV cada vez con mayor frecuencia, aunque estos pacientes van a necesitar un mayor cuidado y más vigilancia por parte de toda la unidad de CA (2).

En este punto es interesante hacer una mención especial a patologías como la hipertensión arterial (HTA), enfermedades cardíacas, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obesidad o diabetes, entre otras. Los pacientes con estas enfermedades van a requerir una mayor vigilancia en este tipo de procedimientos por las complicaciones que pueden experimentar durante la CA y en el postoperatorio.

3. VALORACIÓN PREANESTÉSICA

La valoración preanestésica consiste en una consulta previa al día de la intervención que tiene el objetivo de recabar información tanto por parte del médico como por parte del paciente. La valoración preanestésica debe ser realizada por un anestesista, además de presentar unas bases preestablecidas como son la valoración de la inclusión o no del paciente en la CA; el diseño de un plan anestésico individualizado y adecuado; así como informar al enfermo y acompañante sobre el plan anestésico, los posibles riesgos, resolver dudas que puedan tener y rellenar el consentimiento informado. En ocasiones, y dependiendo de la organización de cada servicio, las valoraciones preanestésicas pueden llegar a ser realizadas por personal de enfermería formado para ello, pero siempre bajo la supervisión del médico anestesiólogo.

En dicha valoración se realizará una anamnesis y una revisión de la historia clínica, una exploración física y la realización de pruebas complementarias y de laboratorio. Sin embargo, dependiendo del tipo de cirugía y de la agresividad de ésta, se ampliarán o se especificarán otro tipo de pruebas que nos puedan servir de ayuda para la CA (hemograma, hemostasia, bioquímica, ECG, radiología de tórax...).

La valoración preanestésica, en los últimos años, ha incorporado nuevos métodos de valoración como las encuestas telefónicas o el cuestionario autocumplimentado. Y aunque es cierto que cada vez van adquiriendo mayor importancia, no se puede obviar que, el mejor método de evaluación preoperatoria es la consulta presencial (22).

Durante la valoración preanestésica, el paciente, va a tener que ser informado de forma clara y comprensible para él de todos los procedimientos y pautas a seguir tanto pre como postoperatorias recogidas en el documento de consentimiento informado. También en este tipo de actuación, como es la CA, vamos a tener que explicarle las características de la ambulatorización a la que va a someterse. Asimismo, en esta consulta hay que reflejar que el paciente, aunque sea dado de alta puede presentar: dolor, inestabilidad o incluso a veces náuseas. Por lo que debe comprometerse a seguir unas instrucciones postoperatorias adecuadas para su recuperación. Este documento va a tener que ser firmado previamente a la realización de cualquier procedimiento.

En la consulta preanestésica se sientan las bases de lo que va a ser la forma de atención del paciente. Como parte inicial del mismo, destaca la premedicación para prevenir la ansiedad (ansiólisis), la profilaxis de las náuseas y vómitos, la protección gástrica, la posibilidad de analgesia preventiva, e incluso la profilaxis de TVP posoperatoria.

4. LA PREMEDICACIÓN Y MEDICACIÓN PROPIA DEL PACIENTE

La premedicación en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) es el primer paso a seguir previo al quirófano (7). Se ha comprobado que presenta numerosos beneficios como pueden ser: disminución de la ansiedad, reducción de los factores de riesgo de aspiración, prevención de náuseas y vómitos postoperatorios, inicio de la analgesia posterior a la intervención y administración de otras medicaciones.

Uno de los problemas que nos encontramos con la CA es la prevención/profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE). La ETEVE genera una preocupación mayor en los pacientes intervenidos mediante la CA puesto que el pre y postoperatorio se realiza en su domicilio. Sin embargo, existe discordancia entre aplicar o no profilaxis, así como la dosis necesaria, el momento y el tipo de fármaco usado. Además, también se ha debatido la posibilidad de si una práctica clínica que emplee una movilización precoz en pacientes de CA es beneficioso o no. Por el momento, no hay suficiente garantía práctica que avale esta afirmación, por lo que actualmente los protocolos de profilaxis de ETEVE se basan en la valoración conjunta del riesgo de trombosis y el de hemorragia, y según ese balance, se opta por una u otra forma de profilaxis (medios físicos como la movilización precoz o químicos como la HBPM). La norma en este tipo de pacientes es continuar con la toma de los fármacos recetados hasta la noche antes de la cirugía. Aunque hay medicaciones que pueden mantenerse

incluso el mismo día de la intervención, como la toma de anti-HTA, anticomiciales, ansiolíticos y otras medicaciones cuyo mantenimiento pueda ofrecer mayores ventajas que riesgos para el paciente.

5. TIPOS DE ANESTESIA EN CA

Los tipos de anestesia que se utilizan para la cirugía ambulatoria tienen una serie de particularidades que requieren atención especial. Este tipo de intervención necesita el uso de fármacos que consigan una adecuada profundidad anestésica, estabilidad hemodinámica, un despertar rápido y efectos secundarios postoperatorios mínimos. En la práctica clínica podemos usar cuatro tipos de técnicas anestésicas: anestesia general, sedaciones, locorregional y cuidados anestésicos monitorizados (CAM).

- La anestesia general se basa en la administración de agentes hipnóticos administrados por vía intravenosa o por vía inhalatoria para conseguir un estado anestésico óptimo. Los criterios de una técnica anestésica general ideal son: inducción anestésica suave y rápida, inducción con mínima o nula excitación, profundidad anestésica fácilmente controlable, despertar rápido y predecible, mínima agitación al despertar, recuperación precoz de los parámetros de recuperación postanestésica, náuseas y vómitos postoperatorios mínimos, rápida capacidad de deambulación y mínimo dolor postoperatorio.
- Otra técnica anestésica es la sedación, que se define como un estado inducido por fármacos durante el que los pacientes suelen responder a las ordenes verbales o al estímulo táctil y donde no se ven afectadas las funciones ventilatoria y cardiovascular.
- Otras formas de anestesia que se pueden aplicar a las técnicas de CA son las técnicas locorregionales. Con ellas se bloquean las fibras nerviosas bien de forma central (bloqueos del neuroeje intradural o epidural) o periférica (diferentes bloqueos locorregionales). Si bien ambas técnicas son factibles, las primeras no suelen ser realizadas con frecuencia por la tardanza en la recuperación del bloqueo, lo que impide una deambulación temprana y aumenta la posibilidad de retención urinaria. Los bloqueos locorregionales, sin embargo, se han desarrollado enormemente y ofrecen la posibilidad de analgesia intra y postoperatoria de gran calidad, sin los efectos adversos de los bloqueos centrales. Sin embargo, las técnicas regionales también tienen la desventaja de que en ocasiones no son totalmente efectivas,

necesitando suplementar la anestesia locorregional con sedación profunda o anestesia general.

- Ambas técnicas poseen la ventaja de que el paciente no se somete a una anestesia general, lo que elimina las desventajas que esta presenta. Además, las técnicas regionales nos sirven en pacientes en los que no es conveniente el uso la anestesia general, en los que dormirlos puede superar un mayor riesgo que ventaja; por ejemplo, en pacientes con obesidad mórbida, grandes fumadores... en los que intubarlos y someterlos a ventilación mecánica supone un mayor riesgo y una posibilidad de complicaciones mayores como broncoespasmos e insuficiencia respiratoria postoperatoria.
- Por último, la técnica de cuidados anestésicos monitorizados (CAM) tiene como finalidad proporcionar a los pacientes seguridad y confort durante los procedimientos realizados bajo anestesia local o sin ninguna anestesia en absoluto. El anestesista se encarga de controlar los signos vitales del paciente y está disponible para administrar anestésicos o proporcionar cualquier otro cuidado médico necesario. Los CAM se han vuelto la técnica anestésica de elección para muchos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, tanto dentro como fuera de la sala de operaciones.

6. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Dentro de las complicaciones que más frecuentemente acontecen en los procedimientos de CMA y que más repercusión suelen tener en su desarrollo son: el dolor, las náuseas y vómitos postoperatorios, la retención urinaria, la desorientación y el sangrado de la herida quirúrgica.

- 1) El dolor postoperatorio (DP) es una complicación de gran importancia en la CA, debido a que es uno de los efectos adversos más frecuentes y es una de las complicaciones que los pacientes quieren evitar por delante, incluso, de molestias de garganta y las náuseas y/o vómitos postoperatorios (NVPO). Asimismo, esta complicación, es un gran indicador de calidad, por lo que podemos concluir que es uno de los pilares sobre los que se apoya la CA para evaluar los resultados, de manera que el DP es un reto en el que deben trabajar los anestesiólogos que desempeñan esta disciplina (24).

Sin embargo, no hay que menospreciar el hecho de que el DP también presenta una serie de factores predisponentes, en consecuencia, identificarlos nos permitirá predecir qué pacientes tienen una mayor probabilidad de presentar dolor en el postoperatorio y

adelantarnos en el tratamiento. Podemos clasificar el dolor vinculado con diversos factores: relacionados con el propio paciente, con el tipo de cirugía, con la técnica anestésica y con la recuperación postoperatoria.

En cuanto a las repercusiones clínicas del DP se puede observar que produce un aumento de la morbimortalidad y del gasto sanitario. Además, también contribuye a la aparición de NVPO, reduce la movilidad y retrasa la recuperación de los pacientes intervenidos mediante CA. El dolor postoperatorio, es la causa médica que más frecuentemente retrasa el alta de la unidad y también es en gran medida la que origina la insatisfacción de los pacientes, junto a la NVPO.

Como hemos ido comentando, el DP es uno de los problemas de mayor interés en el ámbito de la CA, por lo que se tuvieron que poner en marcha una serie de estrategias de control del dolor postoperatorio para intentar paliarlo. En primer lugar, a la hora de combatir esta complicación, hay que educar preoperatoriamente al paciente y al personal sanitario. Se debe informar al paciente del tipo y de la intensidad del dolor que puede presentar y aclarar la importancia y las formas de tratarlo.

Por otra parte, hay que prestar atención a la elección de la pauta analgésica que se va a prescribir y se deberá garantizar que sea segura e individualizada al tipo de paciente y al tipo de cirugía. También es indispensable tener en cuenta que hay que iniciar el tratamiento antes de la aparición del dolor y continuarlo de forma pautada durante un tiempo en el periodo postoperatorio, además de asegurar que sea eficaz y seguro tanto en la unidad como en el domicilio del paciente. Asimismo, se deben incluir medidas para prevenir y tratar posibles efectos secundarios producidos por los fármacos prescritos y utilizar sistemas de medida del dolor adecuados para el tipo de paciente que tenemos delante.

Una de las herramientas que se usa para controlar el DP es la analgesia multimodal o balanceada que consiste en la utilización conjunta y racional de diversas técnicas analgésicas que actúan en diferentes niveles. Esto provoca una analgesia aditiva o sinérgica permitiendo reducir la dosis total de los fármacos y consecuentemente los efectos secundarios de los mismos.

También es útil el uso de una analgesia preventiva en este tipo de complicaciones. Estos protocolos pueden comenzarse antes del estímulo nociceptivo, en forma de analgesia previa al estímulo quirúrgico y pueden continuarse durante el postoperatorio como analgesia postoperatoria. La idea es que la analgesia se administre previamente a la aparición del

dolor provocando que el estímulo doloroso sea más leve, sin embargo, no ha podido evidenciarse científicamente esta hipótesis de manera categórica. Los fármacos analgésicos más usados en DP son los opiáceos, los analgésicos locales y los analgésicos no opiáceos.

- 2) Otra de las complicaciones a las que también hay que conceder una gran importancia son las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), ya que, junto al DP, son las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio de las CA. Este inconveniente es una de las causas más habituales del alargamiento de estancia en la unidad o incluso puede ser causa de ingresos hospitalarios en el postoperatorio (23).

Los NVPO, como la gran mayoría de las complicaciones, también cuentan con una serie de factores de riesgo que las determinarán:

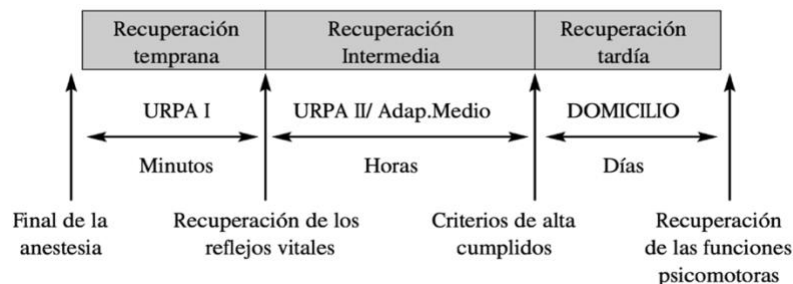
- En primer lugar, los factores relacionados con el paciente: peso, sexo femenino, ASA, antecedentes, ansiedad, alteraciones de la motilidad gastroesofágica, cinetosis, antecedentes de náuseas y vómitos previos.
 - Por otra parte, los factores relacionados con la cirugía: en cuanto a la duración de esta; la técnica quirúrgica o los tipos de intervención, entre las que destacamos por su mayor incidencia las cirugías ginecológicas, abdominales, las otorrinolaringológicas, la intervención por estrabismo...
 - Y, por último, los factores relacionados con la anestesia y el tipo de técnicas anestésicas. La utilización de mórficos o de gases halogenados en la anestesia se ha relacionado con mayor frecuencia de NVPO frente a técnicas que se basen por ejemplo en la utilización de menor dosis de mórficos junto a analgesia regional, y por supuesto la utilización de propofol como hipnótico de referencia (por su efecto antiemético intrínseco).
- 3) Otra de las complicaciones postoperatorias que se encuentran con más frecuencia en cirugía ambulatoria es la desorientación. Esta puede deberse al tipo de técnica anestésica utilizada durante la intervención o también puede ser una consecuencia de la edad avanzada del paciente, hecho que provoca un aumento en la incidencia de presentar síndrome confusional agudo o *delirium* (8).
 - 4) Por último, encontramos la complicación del sangrado de la herida quirúrgica, que puede depender de la técnica quirúrgica, la zona del cuerpo donde se realice la incisión, del tipo de paciente... Por lo que se deberá realizar una revisión de las heridas quirúrgicas, así como

de los apósitos antes de dar el alta a pacientes para garantizar la mayor seguridad posible (9).

7. CRITERIOS DE RECUPERACIÓN

Otro de los temas importantes en el ámbito de la CA son los criterios de recuperación y alta. La recuperación de la anestesia debe ser un proceso rápido, seguro e idealmente sin efectos secundarios. Se ha hecho énfasis en los últimos años en la recuperación psicomotora, ya que junto a las complicaciones postoperatorias constituyen los principales indicadores de calidad de los servicios de AA. A raíz de esto, se elaboraron unas fases de la recuperación del paciente como se puede observar en la Imagen 1:

Imagen 1. Fases de la recuperación del paciente



- La recuperación temprana postanestésica (fase I) incluye el tiempo que pasa desde el final de la anestesia hasta la recuperación de los reflejos vitales. En esta fase se miden la presión sanguínea, el ritmo respiratorio y el grado de alerta.
- La recuperación intermedia (fase II) se prolonga desde la primera fase hasta que el paciente se encuentra preparado para ir a su domicilio.
- La recuperación tardía (fase III) es la fase en la que todas las funciones psicomotoras han vuelto a la normalidad. Esta etapa tiene lugar en el domicilio del paciente.

En la fase de recuperación temprana está la unidad de recuperación postanestésica (URPA). Esta unidad precisa de los mismos cuidados y recursos tanto para pacientes intervenidos por CA como los intervenidos por otros programas no ambulatorios.

En algunas ocasiones, los pacientes pueden ser transferidos directamente desde el quirófano a la fase II de recuperación postanestésica, lo que se conoce con el nombre de *fast-track*. Y por último hacer especial mención a la unidad de readaptación al medio o recuperación, que tiene

como objetivo alcanzar un nivel de recuperación del paciente suficiente para poder ser dado de alta de forma segura, bajo los cuidados de un adulto responsable.

En lo referente a la recuperación postanestésica existen factores que pueden influir en la mejoría de los pacientes, como pueden ser los fármacos o las técnicas anestésicas utilizadas. Además del uso de la premedicación, los agentes de inducción intravenosos, el tipo de fármaco usado en el mantenimiento de la anestesia, el uso o no de opiáceos perioperatorios o el uso de anestésicos locales también afectan a la recuperación. El tipo de cirugía también es un elemento que puede modificar la recuperación, ya que la intervención puede ser más o menos agresiva y tener, por tanto, un mayor o menor impacto a nivel físico. Igualmente, el estado del paciente en el momento preoperatorio puede o no contribuir a la recuperación postoperatoria.

8. CRITERIOS DE ALTA

En lo referente a los criterios de alta de los pacientes intervenidos en el programa de CA, debemos prestar una atención particular a los pacientes que necesitan el uso de analgesia domiciliaria invasiva. Este tipo de analgesia se define como la utilización de catéteres subcutáneos a nivel de la herida quirúrgica, perineurales e intraarticulares conectados a sistemas de autoadministración de anestésicos locales. Es decir, son técnicas analgésicas domiciliarias utilizadas en CA alternativas a la administración oral de analgésicos, que consisten en la utilización de vías de administración invasiva de fármacos y de sistemas de infusión iniciados en un medio hospitalario y mantenidos a nivel domiciliario durante más de 24 horas.

Así pues, los criterios de alta domiciliaria en pacientes con analgesia domiciliaria invasiva no difieren de otros pacientes de CA, pero hay que prestarles una mayor vigilancia. Es importante tener en cuenta la deambulación, incluso cuando porten sistema de infusión de fármacos. Se les debe proporcionar medicación postoperatoria oral y se debe comprobar estrictamente que la función neurológica de las extremidades bloqueadas sea segura y adecuada.

Una vez se les haya dado el alta a los pacientes intervenidos mediante cirugía ambulatoria no debemos perder el seguimiento tras alta, si no que habrá que realizarles un seguimiento estrecho. Por lo que se deberán clasificar a los pacientes según factores como la edad, el tipo de intervención que se le ha realizado o el tipo de técnica analgesia que lleva. En la mayoría de casos se realiza un contacto domiciliario mediante teléfono cada 24 horas y la posibilidad de

una visita de profesionales de una unidad de atención domiciliaria (UDA) disponible cada 12 horas.

Asimismo, uno de los aspectos de más importancia en la CA es informar a los pacientes de forma clara y específica de las instrucciones postoperatorias que deberán seguir en sus domicilios. Esta información debe ser proporcionada de forma verbal y escrita. Las instrucciones deben incluir la analgesia en el domicilio, teléfonos de contacto, la prohibición explícita de conducción de vehículos y la presencia de un adulto responsable.

9. EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD CA

Para finalizar, hacer hincapié sobre la eficiencia y efectividad del programa ambulatorio en cuanto a estándares de calidad. En cuanto a la evaluación global del proceso, podemos hablar de coste-efectividad para determinar la eficiencia y se puede afirmar que la CA ofrece una asistencia de calidad con un coste-beneficio efectivo, siempre y cuando se les ofrezca la técnica a pacientes que realmente pueden beneficiarse de ella. Además, es necesario entender que para incidir en la mejora de la calidad es necesario la implementación de registros, que nos permitan conocer todas las incidencias en nuestros propios pacientes para optimizar la técnica anestésica y minimizar los efectos adversos.

Por último, añadir que la CMA no acaba en el hospital, sino que los cuidados continúan en el domicilio del paciente, donde se va a continuar con los cuidados a través de las indicaciones que se le dan al alta (analgesia, protección gástrica, antiémesis, medidas posturales, forma de alimentación, medidas antiTVP, antibioterapia). Además, hay que seguir realizando una valoración del estado del paciente, como por ejemplo mediante vía telefónica e incluso con videollamadas, con las que se comprueba la evolución y se facilita la detección precoz de problemas o complicaciones; siendo esta forma de proceder un indicador claro de calidad asistencial.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS GENERAL

Una buena calidad asistencial, así como información previa detallada proporcionada por parte del servicio de anestesia, influyen en la satisfacción general de la población intervenida mediante programas de cirugía sin ingreso.

OBJETIVOS

Valorar la satisfacción global de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en el programa de CA.

Secundarios

- Determinar si la edad del paciente se relaciona con un mayor nivel de satisfacción postoperatoria.
- Determinar si el sexo del paciente se relaciona con un mayor nivel de satisfacción postoperatoria.
- Determinar si el tipo de cirugía a la que se somete al paciente se relaciona con un mayor nivel de satisfacción postoperatoria.
- Determinar si el tipo de anestesia, siendo: local, sedación, general o bloqueo se relaciona con un mayor nivel de satisfacción postoperatoria.
- Determinar si el tipo de ASI, se relaciona con un mayor nivel de satisfacción postoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Se realizó un estudio epidemiológico observacional, descriptivo, unicéntrico y de seguimiento retrospectivo acerca de la satisfacción en la población intervenida por un programa de cirugía ambulatoria. El estudio recogió los datos obtenidos a través de una encuesta telefónica realizada entre las 24-48h posteriores a la realización de la intervención. Esta entrevista telefónica se llevó a cabo por parte del departamento de enfermería de la unidad de CA. Se recogieron los datos de los pacientes en un intervalo de tiempo transcurrido desde octubre hasta noviembre de

2022. Para ello se utilizó un cuestionario sobre satisfacción con 10 preguntas acerca del postoperatorio (Tabla 1). Los pacientes fueron preguntados acerca de la presencia de dolor, sangrado en la herida quirúrgica, fiebre, náuseas y/o vómitos, tolerancia a la alimentación, dificultades para orinar, defecación, cumplimiento de la medicación pautaada, y la necesidad de recurrir a algún servicio sanitario de urgencia. Se utilizaron variables cualitativas dicotómicas (sí/no) para evaluar las respuestas a las preguntas planteadas.

Los datos generales requeridos para el estudio fueron recolectados, como se ha mencionado anteriormente, mediante encuestas telefónicas que fueron administradas a los pacientes utilizando el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD). La vigilancia de los pacientes se extenderá hasta que hayan completado el cuestionario telefónico del CRD.

Tabla 1. Cuestionario de satisfacción acerca del postoperatorio

PREGUNTAS	0 (No)	1 (Si)
¿HA PRESENTADO DOLOR?		
¿LE HA SANGRADO LA INCISIÓN?		
¿HA TENIDO FIEBRE?		
¿HA TENIDO NAÚSEAS?		
¿HA VOMITADO?		
¿HA TOLERADO LA ALIMENTACIÓN?		
¿HA TENIDO DIFICULTAD PARA ORINAR?		
¿HA DEFECADO?		
¿HA TOMADO LA MEDICACIÓN SEGÚN FUE PAUTADA?		
¿HA TENIDO LA NECESIDAD DE ACUDIR A ALGÚN CENTRO SANITARIO? (Urgencias, centro de salud...)		

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Se analizó una muestra de 80 pacientes intervenidos en el período comprendido entre octubre de 2022 y noviembre de 2022 en el Hospital Provincial de Castellón. Los pacientes incluidos en el estudio cumplieron con los criterios de inclusión, que consistieron en ser mayores de 18 años, pertenecer a los grupos del I al III de la escala ASA, haber ofrecido su consentimiento informado por escrito, hablar castellano fluido y haber sido sometidos a una intervención quirúrgica ambulatoria en el programa establecido. Además, los pacientes incluidos en el estudio no debían cumplir ninguno de los criterios de exclusión establecidos.

CRITERIOS DE PARTICIPACION EN LA INVESTIGACIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes programados para cirugía ambulatoria.
- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes ASA I-III.
- Pacientes que otorguen su consentimiento informado por escrito.
- Pacientes que hablen castellano fluido con el fin de poder cumplimentar la encuesta telefónica del estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes ASA IV.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes ASI 3.
- Pacientes cuyas capacidades cognitivas no estén preservadas.
- Pacientes que presenten dificultades lingüísticas por barreras idiomáticas.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Criterios de retirada:

Todos los pacientes que formaron parte del estudio tienen el derecho de retirarse en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión y sin que esto tenga ningún impacto en la atención médica que reciban. Además, los participantes pueden optar por revocar la utilización de sus datos en el análisis sin tener que justificar su decisión y sin que esto implique ninguna responsabilidad ni perjuicio para ellos.

VARIABLES DE VALORACIÓN DEL ESTUDIO

Se recopilaron datos demográficos, así como información sobre la satisfacción global de los pacientes utilizando una escala de evaluación de 1 a 10. Además, se tuvieron en cuenta variables como la edad, el sexo, el tipo de cirugía, el tipo de anestesia y la escala ASI. Una vez seleccionados, se les contactó telefónicamente entre 24 y 48 horas después de la intervención para llevar a cabo el cuestionario y evaluar su proceso de recuperación.

A continuación, se describen las variables de estudio agrupadas en una tabla (Tabla 2). Estas variables fueron importantes para lograr los objetivos principales y secundarios de la investigación y se evalúan en términos de su valoración.

Tabla 2. Satisfacción global de los pacientes

Variable	Definición	Valores posibles
Edad	Edad del paciente en años	1. Joven (18-40) 2. Edad media (40-65) 3. Edad avanzada (>65)
Sexo	Sexo del paciente	1. Masculino 2. Femenino
ASA	Puntuación en la escala ASA del paciente	1. I 2. II 3. III
ASI	Puntuación en la escala ASI del paciente	1. I 2. II 3. III
Tipo de anestesia	Tipo de anestesia propuesta para la intervención quirúrgica del paciente	1. General 2. Regional
Tipo de cirugía	Tipo de cirugía propuesta para la intervención del paquete	1. Oftalmología (cataratas, glaucoma, retina, oculoplástica) 2. Cirugía general (herniorrafias, proctología, partes blandas) 3. Ginecología (histeroscopias, proctología, partes blandas) 4. Cirugía plástica (reconstrucciones menores de mama, otros procesos reconstructivos menores) 5. Traumatología (artroscopias, cirugía del pie, gangliones, liberación del túnel carpiano)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

El análisis estadístico de los datos se realizó a través del programa de software Microsoft Excel y mediante el software estadístico de libre distribución para el entorno académico R Software, sobre el cual se cargó la base de datos generada, con los datos de pacientes disociados de su identidad, garantizando así la integridad y fiabilidad de los datos.

En cuanto al análisis estadístico, se procedió a la clasificación de las variables en cuantitativas o cualitativas, con el fin de llevar a cabo cálculos específicos sobre cada una de ellas. En relación a la variable cuantitativa "edad", se realizaron cálculos de medidas descriptivas como la media, la mediana, la moda, así como los valores máximos y mínimos, y se evaluó su distribución para asegurar la correcta dispersión de los valores. Además, se evaluó la normalidad por medio del test de Kolmogorov-Smirnov. Por otro lado, para las variables cualitativas como el "sexo", "ASA", "tipo de anestesia", "tipo de cirugía" y "ASI", se calcularon las frecuencias absolutas y relativas, así como proporciones y porcentajes.

Se utilizaron herramientas gráficas como gráficos de barras o gráficos circulares, dependiendo de la naturaleza de la variable analizada, con el fin de facilitar la comprensión y visualización de los resultados obtenidos en este trabajo.

Finalmente, se aplicaron técnicas estadísticas para analizar la relación entre las variables encontradas en el estudio. Para establecer la relación entre una variable dependiente y una o más variables independientes, se utilizó el test ANOVA. Asimismo, se realizaron pruebas de hipótesis para determinar si la relación observada entre las variables era significativa y no simplemente el resultado del azar. Estas técnicas estadísticas se seleccionaron y aplicaron en función de la naturaleza y el tipo de variables encontradas en el estudio, con el objetivo de obtener una evaluación rigurosa de la relación entre las variables y proporcionar una interpretación estadística sólida de los resultados obtenidos.

TAMAÑO MUESTRAL

La hipótesis principal del ensayo clínico pretende que el 90% de los pacientes presenten una satisfacción mayor o igual a 9 puntos en una escala del 1-10, recogida a través del cuestionario telefónico realizado tras la CA. Así pues, la hipótesis nula o alternativa se ha fijado en que el 90% de los pacientes presentan un grado de satisfacción por debajo de 9 puntos. Además, se ha establecido un error alfa del 5% (0,05) y se ha propuesto un intervalo de confianza (IC) del 95% (0,95). La muestra se ha ajustado a 80 pacientes.

RESULTADOS

A continuación, se describen las características y resultados de la muestra.

- **Edad:**

La edad de los pacientes oscila entre 18 y 87 años siendo la media de 52.81 años. Se establecieron intervalos de edad con el objeto de facilitar la presentación de los resultados. Los pacientes clasificaron en tres grupos de edad diferentes: jóvenes (18-25 años), adultos (26-60 años) y tercera edad (más de 60 años). De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró que un total de 7 pacientes se ubicaron en el grupo de jóvenes (8.7%), mientras que 42 (52.5%) pacientes pertenecieron al grupo de adultos y 31 (38.7%) se incluyeron en el grupo de tercera edad.

- **Sexo:**

El sexo de los pacientes se obtuvo de la historia clínica, obteniendo 42 (52.5%) pacientes del sexo femenino y 38 (47.5%) pacientes del sexo masculino.

- **ASA:**

La clasificación del estado prequirúrgico del paciente se realizó siguiendo la clasificación de la American Society of Anesthesiology y fue completada por el anestesiólogo durante la consulta. Esta clasificación comprende los valores del I al III, siendo el IV un criterio de exclusión del estudio. De los pacientes estudiados 32 (40%) de ellos se incluyeron en ASA I, 39 (48.7%) en ASA II y 9 (11.2%) en el grupo ASA III.

- **Tipo de cirugía propuesta:**

Se clasificó el tipo de intervención quirúrgica en los pacientes incluidos en el estudio y se analizaron los resultados obtenidos a partir de los registros médicos correspondientes. Hubo 6 (7.5%) pacientes que fueron sometidos a cirugía dermatológica, 19 (23.7%) pacientes que recibieron cirugía proctológica, 8 (10%) pacientes que se sometieron a cirugía ginecológica, 5 (6.2%) pacientes que se sometieron a cirugía plástica, 22 (27.5%) pacientes que recibieron cirugía de partes blandas y 20 (25%) pacientes que fueron sometidos a cirugía traumatológica.

- **Tipo de anestesia propuesta:**

La modalidad anestésica prescrita para la realización de la intervención quirúrgica del paciente se extrajo del informe anestésico del paciente. Durante el estudio, se obtuvieron datos de 12

(15%) pacientes a los que se le administró anestesia local para la cirugía. 18 (22.5%) pacientes recibieron anestesia general, mientras que 34 (42.5%) pacientes fueron sometidos a sedación durante el procedimiento. 9 (11.2%) pacientes recibieron anestesia raquídea para la cirugía. En 3 (3.7%) pacientes se combinó la anestesia general con bloqueo, mientras que 1 (1%) paciente recibió la combinación de bloqueo y sedación. En 3 (3.7%) pacientes, no se pudo determinar el método anestésico utilizado para el procedimiento.

- **ASI:**

El estado prequirúrgico de los pacientes fue categorizado utilizando una variable ordinal que busca predecir la incapacidad en el hogar y la gravedad de los síntomas postoperatorios tras la cirugía. La variable posee tres valores: I, cuando el paciente puede realizar actividades diarias sin ayuda; II, cuando el paciente es incapaz de realizar actividades diarias en el hogar; y III, cuando hay dificultades de movilidad debido a un nivel moderado de dolor. De los pacientes estudiados, 18 (22.5%) pertenecieron al grupo ASI I, 49 (61.25%) al grupo ASI II y 13 (16.25%) al grupo ASI III.

- **Estado subjetivo del paciente:**

Se evaluó el estado subjetivo de los pacientes del estudio obteniéndose que 60 (75%) de ellos se encontraban bien, 12 (15%) de ellos regular, 5 (6.2%) pacientes dijeron que se encontraban mal y 3 (3.7%) de ellos no contestaron a la encuesta.

- **Presencia de dolor:**

La variable presencia de dolor mostró de los 80 pacientes encuestados, que 45 (56.2%) de ellos informaron de la presencia de dolor, mientras que 32 (40%) reportaron la ausencia de este síntoma. Los restantes 3 (3.7%) no respondieron al cuestionario.

- **Presencia de sangrado:**

En cuanto a la presencia de sangrado, del total de pacientes 58 (72.5%) no presentaron sangrados y 19 (23.7%) de ellos sí que tuvieron alguno. Los restantes 3 (3.7%) pacientes no respondieron al cuestionario.

- **Presencia de fiebre:**

La presencia de fiebre evidenció que del total de pacientes únicamente 2 (2.5%) presentaron fiebre y 75 (93.7%) no la manifestaron. Los 3 (3.7%) pacientes restantes no respondieron al cuestionario.

- **Presencia de náuseas:**

La variable presencia de náuseas indicó que de los pacientes 6 (7.5%) presentaron náuseas mientras que 71 (88.7%) no tuvieron. Los 3 (3.7%) pacientes restantes no respondieron al cuestionario.

- **Presencia de vómitos:**

La presencia de vómitos indicó que de los pacientes 1 (1.25%) presentaron vómitos mientras que 76 (95%) no tuvieron. Los 3 (3.7%) pacientes restantes no respondieron al cuestionario.

- **Tolerancia oral:**

Del total de pacientes, 75 (93.7%) presentaron una tolerancia oral normal tras la intervención quirúrgica, mientras que 2 (2.5%) no reportaron tener este síntoma. Los tres pacientes restantes (3.7%) no proporcionaron información acerca de si experimentaron tolerancia oral o no.

- **Presencia de dificultad para la micción:**

De los pacientes, 2 (2.5%) presentaron dificultad para la micción, mientras que 75 (93.75%) no tuvieron esta complicación. Los tres (3.75%) pacientes restantes no respondieron al cuestionario.

- **Presencia de dificultad para defecar:**

De acuerdo con los datos obtenidos, se observó que, de los pacientes encuestados, 51 pacientes (63.75%) reportaron dificultad para defecar, mientras que 26 pacientes (32.5%) no experimentaron esta complicación. Tres pacientes (3.75%) no proporcionaron respuesta en el cuestionario.

- **Toma de medicación según pautas médicas:**

Del total de pacientes, 57 (71.25%) de ellos tomó la medicación según las pautas proporcionadas por el servicio médico, 20 pacientes (25%) no tomó adecuadamente la medicación y 3 de los pacientes (3.75%) no proporcionaron respuesta en el cuestionario.

- **Necesidad de acudir a centro sanitario:**

La necesidad de acudir a algún centro sanitario por urgencias relacionadas con el proceso, se evaluó según la presencia o no de atención médica, además en el caso de que la respuesta previa fuera afirmativa, se evaluó el tipo de complicación. Del total de pacientes la mayoría, 71(88.7%) de ellos, no necesitaron acudir a ningún centro sanitario y 6 (7.5%) de ellos sí que

necesitaron atención médica. Los 3 (3.75%) pacientes restantes no respondieron al cuestionario. De los 6 pacientes que reportaron síntomas, dos pacientes consultaron por dolor, un paciente por vértigo al visualizar la incisión, uno por sangrado de la herida y de los tres pacientes restantes, no se obtuvo información relevante.

- Satisfacción global del paciente con la asistencia recibida:

Para evaluar la satisfacción general del paciente con la atención recibida, se utilizó una escala del 0 al 10, donde 0 representa la puntuación más baja posible y 10 indica una satisfacción completa. Del total de pacientes 1 (1.2%) de ellos puntuó la satisfacción global con 7 puntos, 12 (15%) pacientes manifestaron con 8 puntos, 28 (35%) de ellos refirieron una satisfacción de 9 puntos y 36 (45%) otorgaron la mayor satisfacción global con una calificación de 10 puntos. Los 3 (3.75%) pacientes restantes no respondieron al cuestionario.

Después de llevar a cabo los análisis estadísticos iniciales, se procedió a analizar si existían diferencias significativas entre las variables establecidas en el estudio.

El principal objetivo del estudio era evaluar la satisfacción global de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica en un programa de CA. Los resultados mostraron una satisfacción media de 9.28 puntos sin diferenciar entre sexo, edad, tipo de cirugía, tipo de anestesia o tipo de ASI (Imagen 2).

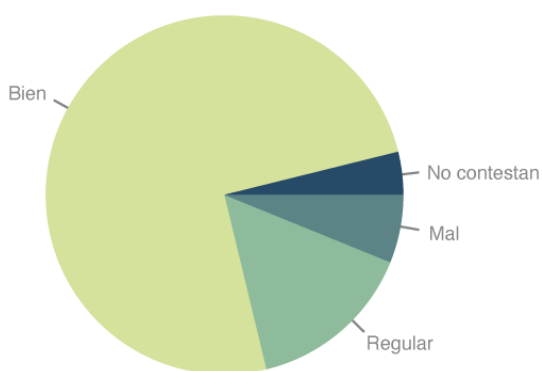


Imagen 2.

Satisfacción global de los pacientes

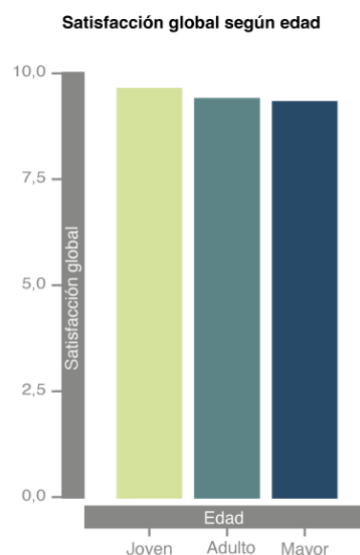


Imagen 3.

Satisfacción global según sexo

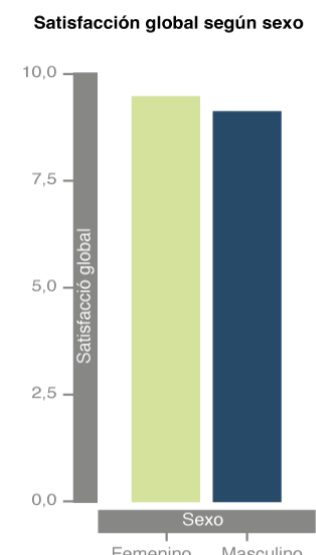


Imagen 4.

Satisfacción global según edad

El primer objetivo secundario que se planteó en el estudio fue analizar si existía relación entre la edad y la satisfacción global (Imagen 3). Los resultados muestran que el grupo de jóvenes tiene una puntuación de 9.4, el grupo de adultos de 9.2 y el de tercera edad 9.24. Los resultados muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las variables edad y satisfacción global ($F=0.164$; $p=0.849$).

La variable sexo en relación con la satisfacción muestra que los hombres tienen una puntuación de 9.10 y el grupo de las mujeres una de 9.45 (Imagen 4). Los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas ($F=3.877$; $p=0.05$).

También se analizó si había una relación significativa entre el tipo de cirugía y la satisfacción global (Imagen 5). Las puntuaciones fueron: 9.33 en cirugía proctológica, 9.47 en traumatología, 9.375 en ginecología, 8.83 en dermatología, 9.8 en cirugía plástica y 9.04 en cirugía general. Los resultados mostraron que no existen diferencias significativas entre las variables ($F=1.535$; $p=0.1337$).

Por otra parte, se estudió si el tipo de anestesia guardaba relación con el nivel de satisfacción global de los pacientes (Imagen 6). Los resultados tuvieron una puntuación de 9.18 en pacientes sometidos a sedación, 9.30 en anestesia local, 9.5 en anestesia general, 9.5 en anestesia raquídea, 8.3 en anestesia general con bloqueo y 10 en sedación con bloqueo. Los resultados mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables ($F=1.535$; $p=0.179$).

Por último, se estudió si existía relación entre el tipo de ASI y la satisfacción global. Los hallazgos obtenidos fueron una puntuación de 9.18 en el grupo ASI I, 9.27 en ASI II y 9.46 en ASI III. Los resultados mostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables ($F=0.855$; $p=0.358$).

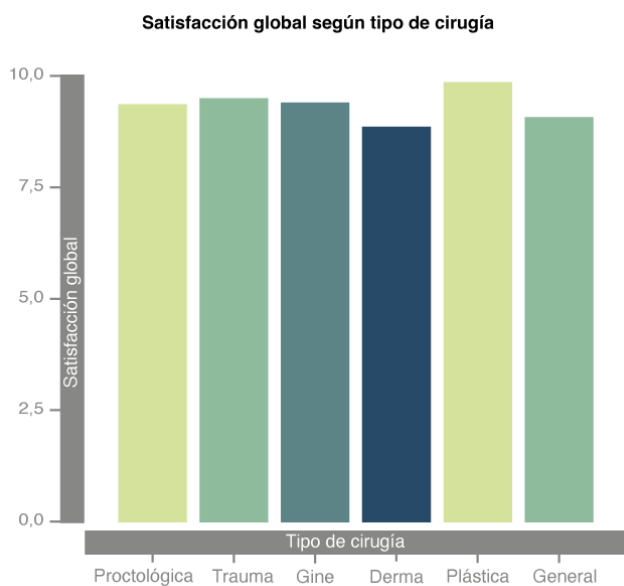


Imagen 5. Satisfacción global según tipo de anestesia

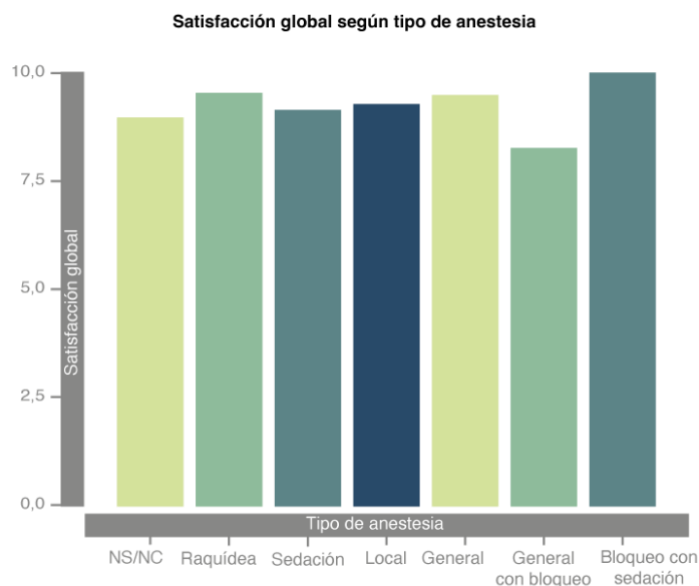


Imagen 6. Satisfacción global según tipo de cirugía

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio es analizar la satisfacción global en pacientes intervenidos en un programa de cirugía ambulatoria. La hipótesis de partida era que una buena calidad asistencial, así como información previa detallada proporcionada por parte del servicio de anestesia, influyen en la satisfacción general de la población intervenida mediante programas de cirugía sin ingreso. De forma general se puede decir que los pacientes que han participado están satisfechos con el programa de cirugía ambulatoria, lo que respalda esta hipótesis.

En el marco de este estudio, uno de los objetivos secundarios fue examinar si existe alguna relación entre la edad y la satisfacción global. Los resultados muestran que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad y la satisfacción global. Esto podría deberse al tamaño de la muestra, a una posible relación no lineal o al efecto del error aleatorio. Los hallazgos están en línea con estudios previos que informan que no hay relación entre la satisfacción global y la edad (10), aunque existen estudios que sí han encontrado diferencias en función de la edad (11,12,13) en los que parece que la edad de los pacientes está asociada tanto con la satisfacción como con la calidad de la recuperación (14, 15).

Además, se investigó la posible relación entre el sexo y la satisfacción global. Los resultados revelan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, indicando que existen variaciones en las puntuaciones de satisfacción global entre ambos grupos.

Concretamente, los hombres mostraron una satisfacción global menor que las mujeres en el estudio. Estos resultados podrían explicarse por la diferencia biológica y hormonales, las experiencias de vida y las creencias sobre cómo los hombres y las mujeres deben actuar o comportarse (16) o incluso por factores socioculturales. Sin embargo, no se han publicado muchos estudios sobre las similitudes de género en la recuperación postoperatoria. No obstante, un estudio que midió la recuperación durante un período de 14 días después de la cirugía ambulatoria no encontró ninguna diferencia en la recuperación postoperatoria de hombres y mujeres (17).

También se examinó si el tipo de cirugía se relacionaba con la satisfacción global. A pesar de que se observaron diferentes puntuaciones para distintos tipos de cirugía, el análisis estadístico no encontró diferencias significativas entre el tipo de cirugía y la satisfacción global. Esto podría deberse a una alta variabilidad de los datos o a la influencia de factores no considerados. Estos resultados difieren de la evidencia científica que ha señalado una relación entre ambas variables (10, 18), lo cual podría ser atribuible a un tamaño muestral pequeño o a una posible relación no lineal. Sin embargo, estos estudios no compararon directamente los niveles de satisfacción entre diferentes tipos de cirugías. Por lo tanto, aunque hay alguna evidencia que sugiere que el tipo de cirugía puede no tener un impacto significativo en la satisfacción del paciente con la anestesia ambulatoria, se necesitaría más investigación para establecer conclusiones definitivas (18).

En relación al tipo de anestesia utilizada, se evaluó si existía una relación con la satisfacción global. Aunque se obtuvieron diferentes puntuaciones según el tipo de anestesia, el análisis estadístico no encontró diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de anestesia y la satisfacción global. Esto podría ser debido al diseño del estudio, a una muestra insuficiente o a la posible influencia de variables o factores que no han sido consideradas en este estudio. Sin embargo, aunque la revisión bibliográfica no muestra unos datos del todo aclaratorios, sí que se encontró un estudio que afirmaba esta relación entre estas variables. Este estudio afirmaba una interacción significativa entre el tipo de anestesia y el nivel de satisfacción encontrando variaciones en los porcentajes de satisfacción promedio entre los diferentes tipos de anestesia: la anestesia general y la local fueron la mejor y la peor paradas respectivamente (19).

Por último, se analizó si el tipo de ASI guardaba relación con la satisfacción global. Los resultados obtenidos no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de ASI y la satisfacción global. Esto podría deberse a una baja variabilidad, a un tamaño muestral pequeño o a una relación lineal entre las variables estudiadas. Aunque se han encontrado

documentos científicos que están en la misma línea de los resultados del presente estudio (20), también existen estudios que indican que la escala ASI es un buen predictor del estado postquirúrgico de los pacientes (21).

En cuanto a las variables evaluadas mediante el cuestionario telefónico se investigó sobre si la presencia de dolor, sangre, fiebre, náuseas, tolerancia oral, dificultad para la micción, dificultad para defecar, la toma de medicación según las pautas indicadas o la necesidad de acudir a un centro sanitario en el postoperatorio influía en la satisfacción de los pacientes. Se observó que ninguna de estas variables confería una diferencia estadísticamente significativa con la variable principal.

Sin embargo, en un estudio si se pudo evidenciar la presencia de fiebre postoperatoria con una menor satisfacción general de los pacientes (25). Además, se encontró otro estudio donde se concluyó una asociación significativa entre la presencia de dolor en la incisión postoperatoria y una disminución en la satisfacción general de los pacientes (26). También se observó un estudio en el que la dificultad para la micción sí que supuso una menor satisfacción en términos de comodidad, bienestar y calidad de vida postoperatoria (27).

Como se puede observar, la revisión bibliográfica no está en línea con los resultados obtenidos en el presente estudio, ya que las variables del cuestionario no lograron establecer aparentemente una relación significativa con la satisfacción global. Esto podría deberse a un tamaño muestral insuficiente o a no relación lineal entre las variables estudiadas.

En relación con las limitaciones de este estudio, es importante destacar que el tamaño de la muestra puede haber influenciado en los análisis sobre la relación entre las variables estudiadas. Asimismo, para la variable “edad”, se ha establecido una clasificación arbitraria para este estudio, lo que podría limitar la generalización de los resultados para otras investigaciones con diferentes clasificaciones.

En conclusión, el hecho de que sólo se hayan encontrado diferencias significativas en relación al sexo de los pacientes sugiere la necesidad de considerar otros posibles factores que puedan influir en la satisfacción global de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria. Por lo tanto, se reconoce la necesidad de realizar más investigaciones para comprender mejor los factores que influyen en la satisfacción global en el contexto de la cirugía ambulatoria.

Como apunte final me gustaría añadir que, en mi opinión, varios factores interfieren sobre la satisfacción general de los pacientes intervenidos en un programa de cirugía ambulatoria. Bajo

mi punto de vista, una comunicación clara y efectiva, una gestión adecuada del dolor, una atención integral y un programa bien organizado son elementos fundamentales. La información completa y sobre todo comprensible a cada paciente, el control del dolor postoperatorio, el trato respetuoso y el apoyo emocional, junto con una planificación eficiente y una atención puntual, son aspectos que creo que favorecen la satisfacción de los pacientes en este contexto.

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en el estudio, aparentemente se puede concluir que:

1. La satisfacción global de los pacientes intervenidos mediante un programa de cirugía ambulatoria presentó una alta satisfacción global sin diferenciar entre edad, sexo, tipo de anestesia, tipo de cirugía o tipo de ASI.
2. No existe relación significativa entre la edad y la satisfacción global de los pacientes.
3. Existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la satisfacción global entre hombres y mujeres, siendo mayor en el grupo de mujeres.
4. No hay diferencias significativas entre el tipo de cirugía y la satisfacción global de los pacientes.
5. No existe relación significativa entre el tipo de anestesia y la satisfacción global de los pacientes.
6. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de ASI y la satisfacción global de los pacientes.
7. No existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables analizadas por el cuestionario telefónico y la satisfacción global de los pacientes.

En general, se puede concluir que existe una diferencia significativa entre hombre y mujeres en cuanto a la satisfacción global.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Cirugía Mayor Ambulatoria: Estándares y recomendaciones. Madrid.
- 2) Conselleria de sanitat. (2004). Manual de anestesia ambulatoria. R. García-Aguado, J. Viñoles, B. Moro, V. Martínez-Pons, H. Hernández. Valencia.
- 3) Charaja Vildoso, R., Cuadra López, M., Abarca Benavente, M., & Camargo Roman, R. (2019). Cirugía ambulatoria: Experiencia del servicio de otorrinolaringología en la Clínica Internacional. Lima.
- 4) Hernández-Avenidaño, V., Jiménez-López, M., & Salazar-Lozano, C. R. (2016). Cirugía mayor ambulatoria: una opción real. Estudios costo-beneficio en una unidad de segundo nivel. México.
- 5) Porrero Carro, J. L., & Porrero Guerrero, B. (2022). Organización y funcionamiento de las unidades de cirugía mayor ambulatoria. Madrid.
- 6) Nazar, C., Zamora, M., & González, A. (2015). Cirugía ambulatoria: Selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Santiago.
- 7) Cortiñas, M., Oya, B., Caparros, P., Cano, G., Ibarra, M., & Martínez, L. (2010). Premedicación con ketamina-midazolam oral en pacientes no colaboradores en cirugía mayor ambulatoria. España.
- 8) Martínez-Velilla, N., Alonso Bouzón, C., Ripa Zazpe, C., & Sánchez-Ostiz, R. (2012). Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. Pamplona.
- 9) Porrero, J. L. (2004). Cirugía mayor ambulatoria. Manual práctico (2ª Edición). Madrid.
- 10) Jaensson, M., Dahlberg, K., & Nilsson, U. (2019). Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Perioperative Medicine*, 8, 1-7.
- 11) Tran, L., Theissen, A., & Raucoules-Aimé, M. (2018). Tratamiento del paciente en cirugía ambulatoria. *EMC-Técnicas Quirúrgicas-Ortopedia y Traumatología*, 10(4), 1-21.
- 12) Shah, N. S., Umeda, Y., Newyear, B., Matar, R. N., Frederickson, M., Parman, M. D., Sabbagh, R., Weisgerber, M., Grawe, B. M., & Cincinnati. (2022). Patients with higher

postoperative pain after ambulatory shoulder surgery reported lower satisfaction: a prospective observational study. *AME Surgical Journal*.

- 13) Almechman, B. A., Mikwar, Z., Balkhy, A., Jabali, H., Hariri, B. S., & Baatiah, N. Y. (2019). Measuring patient satisfaction and factors affecting it in the general surgery setting in Jeddah. *Cureus*, 11(12).
- 14) Lemos, P., Pinto, A., Morais, G., Pereira, J., Loureiro, R., Teixeira, S., & Nunes, C. S. (2009). Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anesth*, 21(3), 200-205.
- 15) Myles, P. S., Williams, D. L., Hendrata, M., Anderson, H., & Weeks, A. M. (2000). Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anaesth*, 84(1), 6-10.
- 16) Koenig, A. M. (2018). Comparing Prescriptive and Descriptive Gender Stereotypes About Children, Adults, and the Elderly. *Front Psychol*, 9, 1086.
- 17) Jaensson, M., Dahlberg, K., & Nilsson, U. (n.d.). Sex Similarities in Postoperative Recovery and Health Care Contacts Within 14 Days With mHealth Follow-Up: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial.
- 18) Chanthong, P., Abrishami, A., Wong, J., Herrera, F., & Chung, F. (2009). Systematic review of questionnaires measuring patient satisfaction in ambulatory anesthesia. *Anesthesiology*, 110(4), 1061.
- 19) Alsaif, A., Alqahtani, S., Alanazi, F., Alrashed, F., & Almutairi, A. (2018). Patient satisfaction and experience with anesthesia: A multicenter survey in Saudi population. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 12(2), 304.
- 20) Tong, D., Chung, F., & Wong, D. (1997). Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 87(4), 856-864.
- 21) Viñoles, J., Ibáñez, M. V., & Ayala, G. (2011). Predicting recovery at home after ambulatory surgery. *BMC Health Serv Res*, 11, 269.
- 22) González, R., Martínez, E., & López, M. (2021). Comparación de métodos de valoración preanestésica en pacientes quirúrgicos: consulta presencial versus encuestas telefónicas y cuestionarios autocumplimentados. *Revista de Anestesiología y Reanimación*, 45(3), 189-198.

- 23)** Smith, A., Johnson, B., & Davis, C. (2023). Incidence and Management of Postoperative Nausea and Vomiting in Ambulatory Surgery: A Systematic Review. *Journal of Ambulatory Surgery*, 10(2), 78-92.
- 24)** García, R., Martínez, S., & López, J. (2022). Evaluación y manejo del dolor postoperatorio en cirugía ambulatoria: una revisión sistemática. *Revista de Anestesiología y Reanimación*, 48(1), 56-68.
- 25)** Anderson, J., Smith, L., Johnson, R., et al. (2022). Impact of Postoperative Fever on Patient Satisfaction in Ambulatory Surgery: A Prospective Cohort Study. *Journal of Ambulatory Surgery*, 11(3), 145-154.
- 26)** Clark, A., Johnson, M., Roberts, S., et al. (2021). Impact of Postoperative Incisional Pain on Patient Satisfaction in Ambulatory Surgery: A Cross-sectional Study. *Journal of Ambulatory Surgery*, 10(4), 212-220.
- 27)** Smith, J., Johnson, A., Brown, L., et al. (2022). Impact of Postoperative Urinary Retention on Patient Satisfaction in Ambulatory Surgery: A Prospective Study. *Journal of Ambulatory Surgery*, 11(2), 89-98.