

Evaluación de la satisfacción de las pacientes sometidas a ligadura tubárica en cirugía mayor ambulatoria, a través de encuesta telefónica.

Satisfaction evaluation by a telephonic questionnaire applied to patients after out patient laparoscopic sterilization

Calvo A *, Ube J.M.** , Tubau A*, Martorell J.M.* , Ramón C***

* Servicio de Ginecología y Obstetricia. ** Unidad de Cirugía sin ingreso. *** Servicio de Anestesia.

Resumen

OBJETIVO: Evaluar la satisfacción en cuanto al procedimiento de las pacientes sometidas a ligadura tubárica en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) , para la mejora de la calidad .

MATERIAL Y METODOS : A un grupo de pacientes (n=54) a las que se había sometido a una ligadura tubárica laparoscópica en régimen de cirugía mayor ambulatoria se les efectuó una encuesta telefónica con distintos ítems que evalúan el grado de satisfacción con el procedimiento así como algunos aspectos derivados de la técnica como el dolor y los vómitos postoperatorios.

RESULTADOS: El dolor postoperatorio (55%) es la queja más frecuente. La mayor parte de las pacientes se reincorpora pronto a su vida normal y están satisfechas globalmente con el procedimiento.

CONCLUSIONES: El procedimiento es en general satisfactorio para las pacientes y la encuesta telefónica es un buen método para evaluar la satisfacción.

Palabras clave: Encuesta. Ligadura tubárica. Cirugía mayor ambulatoria

Recibido: 15-06-01

Aceptado: 25-07-01

Correspondencia: Andrés Calvo Pérez.

Dirección: Fundación Hospital Manacor ; Carretera Manacor -

Alcudia S/N . Manacor 07500. Baleares.

e-mail : acalvo@hospitalmanacor.org

Summary

OBJETIVE :Evaluation of the patient satisfaction in order to improve medical quality in a group of patients who underwent tubal ligation through major ambulatory surgery.

MATERIAL AND METHODS :In a group of patients (n=54) having experienced fallopian tube ligation using a laparoscopic method , a subsequent survey by telephone was realised .In attempt to evaluate the satisfaction of the patients with the procedure , various questions were put to them in relation to pain and postoperative pain.

RESULTS :Postoperative pain (55%) is the most frequent complaint. The majority of patients get back soon to normal active life and are satisfied with the procedure.

CONCLUSION : The patients were generally satisfied with this technique and the application of a telephonic survey is an acceptable method of evaluation.

Key words : Questionnaire. Tubal ligation. Major ambulatory surgery

INTRODUCCION

El conocimiento del grado de satisfacción del paciente, constituye una forma de control de la calidad en la atención de los procesos clínicos. También se puede hablar de calidad percibida por el usuario - en este caso se trata de pacientes sometidas a un procedimiento quirúrgico - como evaluación de la calidad del resultado de un proceso. El feed-back que representa la opinión dada por la paciente que es sometida a un procedimiento quirúrgico como es la Ligadura Tubárica (L.T.) , supone una información valiosa para la mejora continua en la calidad de dicho producto. La evaluación nos identifica y sitúa los problemas de planificación a lo largo de un proceso .(1)

La cirugía ambulatoria es beneficiosa para los pacientes en tanto en cuanto las secuelas postoperatorias como dolor, náuseas y vómitos así como otros inconvenientes médicos, se prevengan adecuadamente, sin contar con los aspectos de minimización de la gravedad del proceso al evitarse ingresos y que son percibidos por la paciente como mejora con respecto a cirugía con ingreso tradicional (2).

A través de una encuesta telefónica postquirúrgica, se pretende conocer cual es la opinión de las pacientes en cuanto a calidad percibida, entendiendo por calidad percibida, la relación existente entre expectativas generadas por el procedimiento y lo realmente recibido.

Se propone una encuesta de seguimiento y control postoperatorio de las L.T.s realizadas en régimen de (CMA) Cirugía mayor ambulatoria , para evaluar :

1. Complicaciones.
2. Satisfacción de la usuaria.
3. Seguimiento del dolor.

La encuesta pretende comprobar la evolución de distintos aspectos en el periodo postoperatorio a mediano plazo, para poder introducir elementos de mejora en la gestión del proceso.

MATERIAL Y METODOS

Sujetos del estudio

El material del estudio está constituido por todas las pacientes sometidas a Ligadura Tubárica perlaparoscópica en régimen de cirugía ambulatoria desde mayo de 1998 , a mayo de 1999 .

El numero de pacientes que se intervinieron durante este periodo , fue de :77.

Se intentó contactar con todas las pacientes telefónicamente en su domicilio o bien por telefonía móvil a diferentes horarios, sin poderse localizar a 22 pacientes tras varios intentos .

Una encuesta fue invalidada por respuestas incompletas , por lo que el número de encuestas válidas fue de 54.

Metodo

– Información detallada del proceso previo a la cirugía (C.Ext. Ginecol y C.Ext. Anestesia). Información prequirúrgica sobre el procedimiento en todos sus aspectos técnicos y administrativos. Firma de consentimiento informado.

- Procedimiento quirúrgico
- Anestesia general con intubación endotraqueal mediante inducción con Propofol y Fentanilo .
- Técnica quirúrgica : Ligadura Tubárica perlapa-

roscópica , neumoperitoneo hasta 13 mm de Hg.; trocar umbilical de 10 mm para óptica y trocar suprapúbico de 5 mm. para pinza de trabajo tipo cocodrilo con electrocoagulación bipolar con o sin corte de la trompa.

- Analgesia postoperatoria con metamizol 2 grs. e.v. y después 1050 grs. vía oral cada 6 horas a demanda.

- Profilaxis antiemética para las nauseas y vómitos postoperatorios (NVPO) con Dehidrobenzoperidol 1,25 mg. preoperatoriamente . Recomendaciones al alta y ordenes con respecto a retirada de puntos y posibilidad de contacto telefónico para consultas .

Realización de la encuesta.

- Profesionales que realizan la encuesta: Personal de enfermería de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI).

- Momento de la realización : 20-30 días después de la intervención.(Excepto las LT s realizadas con anterioridad a la fecha de inicio del estudio).

- Encuesta :Cuestionario de 6 preguntas con opción de respuesta.(Tabla 1)

RESULTADOS

Edad Media :36,8.

Paridad media : 2,4 Rango (1-6).

Las contestaciones a las distintas preguntas , se resumen de la siguiente manera:

Pregunta 1 .Dolor postoperatorio: Sí : 30 (55%).No : 24 (45%)

Pregunta 2 .VOMITOS: No: 48. Sí : 6.

Pregunta 3.Tiempo de estancia en el hospital.

- Adecuado Sí: 43.No: 11.

Pregunta 4 Llamada al hospital por problema médico .

No: 45.Sí: 9

Pregunta 5.Tiempo de incorporacion a su vida normal.

De 1 A 4 DIAS: 16.

De 4 A 7 DIAS: 14.

De 7 A 10 DIAS: 10 .

De 10 A 15 DIAS: 9

MAS DE 15 DIAS: 5.

Pregunta 6.Satisfacción global con el procedimiento: Sí:53.No:1.

No se precisó ingreso ni control médico hospitalario en ningún caso ; tampoco por motivos administrativos.

Tabla 1
Encuesta

CUESTIONARIO.

1. ¿ Ha presentado Ud. dolor ?

No.

Si

Identificar zona: Abdomen ; Hombro ; Incisiones.

Valoración del dolor por escala 0 a 10.(¿Precisó analgesia?).

2. ¿ Ha presentado vómitos ?.

No

Si

Primeras 12 horas tras el alta .

Si

No

3.El tiempo de estancia en el hospital, le pareció adecuado? .

Si

No

Excesivo

Escaso

4 ¿ Necesitó llamar al hospital por algún problema?.

No.

Si :

Problema médico.

Problema administrativo.

5.Cuantos días desde el día de la intervención precisó para incorporarse a su vida normal.

1 a 4

4 a 7

7 a 10

10 a 15

Más de 15.

6. Esta satisfecha con el procedimiento.

Si

No

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

De los resultados podemos observar, que la principal queja relatada por las pacientes de la encuesta fue el dolor.

En cirugía ambulatoria es importante el control del dolor tanto por la necesidad de dar de alta al paciente en un tiempo razonable como por el bienestar de dicho paciente. De hecho, es una preocupación constante en los artículos revisados al respecto en la literatura.

Según Bradford y Eriksson (3, 4) la administración de una analgesia combinada que contemple mecanismos de acción diferentes mejora la calidad y el tiempo recuperación tanto por alivio del dolor como por alivio de nauseas y vómitos pues la mayor parte de las veces el exceso de dolor es el causante de las nauseas y vómitos postoperatorios.

Así en el estudio de Curry y col.(5) realizado en pacientes sometidas a LT en régimen ambulatorio se pone de manifiesto que, se necesitan dosis altas de opiáceos para un correcto control del dolor.

La administración preoperatoria de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) como ketorolaco o ibuprofeno , no parece tener efecto alguno sobre el control analgésico (6).

El que muchos pacientes sufran de dolor en el postoperatorio es según Chauvin (7), por la falta de un protocolo estructurado de analgesia que contemple los distintos tratamientos según las fases y la intensidad del dolor así como por falta de técnicas adecuadas y de sistemas que evalúen el impacto del dolor en el paciente .

El dolor es un sentimiento subjetivo que debe comunicarse al propio paciente, pues la valoración por parte de médicos y enfermeras suele subestimar el problema al igual que ocurre con las escalas observacionales. El conocimiento del dolor, su tratamiento y la manera de comunicarlo entre cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, se debe mejorar, para lograr una adecuada analgesia postoperatoria. (8, 9).

Para que se pueda cuantificar, se debe referir a métodos de puntuación o tipo EVA (Escala visual analógica) que aproximan más al problema, aunque la validación científica puede ser difícil (8).

La evaluación del dolor dentro de todo el proceso quirúrgico es una parte fundamental en programas de control de calidad (8).

A pesar de ser el dolor la queja más frecuente, la omalgia no es especialmente señalada como causa de dolor si bien está ampliamente descrita en la literatura tras la realización de técnicas laparoscópicas.(10)

La profilaxis antiemética postanestésica y el tipo de analgesia hacen que la eventualidad de los vómitos sea escasa.

La mayor parte de las pacientes (90%) se reintegran a su vida normal antes de quince días.

El hecho de que tan solo se anulara una de todas las encuestas realizadas, valida el procedimiento formulado de evaluación mediante encuesta telefónica.

La adecuada información prequirúrgica hace que la relación entre expectativas generadas y atención prestada ,sea favorable.

CONCLUSIONES

La LT perlaparoscópica en régimen de CMA es globalmente, un procedimiento satisfactorio con una pronta incorporación de la mujer a su vida habitual.

El número de pacientes que refieren dolor aún no siendo alto, es lo suficientemente importante, como para que mejoremos este suceso y además validemos las respuestas de forma más objetiva.

La profilaxis postoperatoria de los vómitos es adecuada.

La encuesta telefónica permite conocer la opinión de los pacientes de forma adecuada, con lo cual tenemos una buena herramienta de control de calidad en la mejora continua de la gestión de los procesos clínicos.

BIBLIOGRAFIA

1. **Pineault R, Develay C.:** La Planificación sanitaria Ed. Masson S.A. 1994; Barcelona.
2. **Intaraprasert S, Taneepanichskul S, Chaturachinda K.:** Outpatient laparoscopic female sterilization .Contraception 1997, May; 55(5): 283-6
3. **Bradford TH, Robertson K, Norman PF, Meeks GR.:** Reduction of pain and nausea after laparoscopic sterilization with bupivacaine, metoclopramide, acopolamine, ketorolac and gastric suctioning. Obstet.Gynecol.1995 May; (5):687-91.
4. **Eriksson H, Tenhuhen A, Kortilla K.:** Balance analgesia improves recovery and outcome after outpatient tubal ligation. Acta Anaesthesiol.Scand.1996 Feb; 40(2):151-5
5. **Curry CS, Darby JR, Janssen BR.:** Evaluation of pain following electrocautery tubal ligation and effect of intraoperative fentanyl J.Clini.Anesth. 1966 May; 8(3):216-9.
6. **Higgins MS, Givorge JL, Marco AP, Bluementhal PD, Furman WR.:** Recovery from outpatient laparoscopic tubal ligation is not improved by preoperative administration of ketorolac or ibuprofen .Anesth.Analg. 1994 Aug; 79 (2):274-80
7. **Chauvin M.:** Postoperative patient management .Pain after surgical intervention .Presse Medicale 1999 Jan; 28(4):203-11, 30
8. **Benhamou D, Annales Franc D.:** Evaluation of postoperative pain.Anesth. Et de Reanim 1998; 17(6): 555-72.
9. **Juhl IU, Christensen BV, Bulow HH, Wilbek H, Dreijer NC, Egelund BK.:** Quality assurance in postoperative pain.Ugeskrift for Laeger 1994, Aug; 156(32):4580-4, 8.
10. **Gomel V, Taylor P.:** Laparoscopia Ginecologica. Editorial Mosby/Doyma 1996.