



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Lista de espera en Cirugía General y Digestiva: expectativas del paciente, calidad de vida durante la espera y grado de satisfacción

D. Parés*, E. Duran, J. Hermoso, J. Comajuncosas, P. Gris, J.L. Lopez-Negre, J. Urgellés, R. Orbeal, H. Vallverdú y J. Jimeno

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 19 de octubre de 2012; aceptado el 21 de febrero de 2013

Disponible en Internet el 22 de mayo de 2013

PALABRAS CLAVE

Cirugía general;
Lista de espera;
Satisfacción
del paciente

Resumen

Introducción: Los recursos estructurales del Sistema Nacional de Salud son limitados y no podemos intervenir quirúrgicamente a todos los pacientes precozmente. El objetivo fue analizar la satisfacción percibida por el paciente respecto a la demora de tratamiento por la lista de espera quirúrgica en 3 tipos de cirugía. También se analizó la influencia de la expectativa del paciente y de la alteración de la calidad de vida por síntomas durante la demora sobre la satisfacción del mismo con la espera.

Material y métodos: Estudio prospectivo mediante una encuesta a pacientes intervenidos quirúrgicamente. Se compararon las expectativas de espera (escala del 1 al 5), la afectación de la calidad de vida por síntomas (escala del 1 al 5) y el grado de satisfacción de los pacientes (escala del 1 al 5) respecto al tiempo en lista de espera de colelitiasis, hernia inguinal y hemorroides. Se analizaron los factores predictores de insatisfacción de los pacientes.

Resultados: Se incluyó una muestra 57 pacientes. Cuando se compararon las características de los pacientes con y sin satisfacción respecto al tiempo en lista de espera, el tiempo en la lista en días ($p = 0,044$), la alteración en la calidad de vida por síntomas ($p = 0,028$) y las expectativas de un tiempo inferior ($p < 0,001$) fueron significativamente diferentes entre ambos grupos. En el estudio multivariado la expectativa se asoció a la insatisfacción de los pacientes respecto al tiempo esperado (OR: 3,14, IC 95%: 5,91-220,73, $p < 0,001$).

Conclusiones: El grado de insatisfacción de los pacientes está asociado, sobre todo, a las expectativas más que al propio tiempo de demora.

© 2012 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: david.pares@pssjd.org (D. Parés).

KEYWORDS

General surgery;
Waiting list;
Patient satisfaction

Waiting list in general and digestive surgery: Patient expectations, quality of life during waiting time and overall satisfaction**Abstract**

Introduction: The structural resources of the National Health system are limited, and therefore early surgery cannot be performed on all patients. The objective was to analyse the satisfaction perceived by the patient as regards the delay of treatment by waiting list of three types of surgery. The influence of expectations on waiting times, and impaired quality of life due to the clinical symptoms during the delay, were studied.

Material and methods: A prospective study was conducted using a postal questionnaire. We compared the expectations (scale of 1 to 5), the impact on quality of life for symptoms (scale of 1 to 5) and the level of patient satisfaction (scale of 1 to 5) with respect to time on the waiting list for cholelithiasis, inguinal hernia and haemorrhoids. The predictors of patient dissatisfaction were analysed.

Results: A total of 57 patients were included. When comparing the characteristics of patients with and without satisfaction over time on the waiting list, days on the waiting list ($P = .044$), the change in the quality of life due to the symptoms ($P = .028$), and expectations ($P < .001$) were significantly different between the two groups. In the multivariate analysis, the expectation was associated with patient dissatisfaction as regards the time on waiting list (OR: 3.14 95% CI: 5.91 to 220.73, $P < .001$).

Conclusions: The level of patient dissatisfaction is associated with expectations about time in waiting list.

© 2012 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La sanidad pública española garantiza un acceso universal a toda una serie de carteras de servicios de nuestra especialidad¹. Desgraciadamente, los recursos estructurales del Sistema Nacional de Salud son limitados y, por tanto, no podemos intervenir quirúrgicamente a todos los pacientes en el momento deseado². Este hecho condiciona la existencia de una lista de espera para poder realizar las intervenciones quirúrgicas no urgentes³⁻⁵.

Hace ya algunos años el grupo de trabajo de la sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos elaboró unos criterios clínicos de priorización de pacientes para la lista de espera quirúrgica en nuestra especialidad para las enfermedades digestivas más frecuentes¹. Estas recomendaciones permiten priorizar los tiempos de espera de la mayoría de los procedimientos en relación con criterios clínicos pero desafortunadamente y debido a los cambios económicos sufridos en los últimos años la disminución de la disponibilidad de sesiones de quirófano ha provocado que las listas de espera quirúrgica aumenten. Es por todo ello que los profesionales deberíamos conocer no solo la visión de los profesionales de la sanidad⁶, sino también cuál es la percepción del paciente al respecto.

Aunque parece evidente que la satisfacción del paciente con los tiempos de espera es proporcional a la demora existente, existe algún dato en la literatura que indica que dicha satisfacción podría estar más relacionada con las expectativas de los tiempos de demora, así como por la afectación producida en la calidad de vida del problema clínico por el cual el paciente está pendiente de ser intervenido^{4,7}. Sin embargo, no existe información en esta línea en nuestro medio.

El objetivo de este estudio fue analizar la satisfacción percibida por el paciente respecto a la demora de tratamiento por la lista de espera quirúrgica en 3 procesos de Cirugía General y del Aparato Digestivo. También se analizó la influencia de la expectativa del paciente y de la alteración de la calidad de vida por síntomas durante la demora sobre la satisfacción del mismo con la espera.

Material y métodos

Estudio observacional de corte transversal realizado mediante una encuesta postal a los pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera electiva por colelitiasis sintomática, hernia inguinal y enfermedad hemorroidal (hemorroides) en el periodo comprendido entre enero y mayo de 2011 en nuestro hospital. Nuestro servicio durante el periodo estudiado disponía de 8 sesiones quirúrgicas a la semana (6 de mañana y 2 de tarde). El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación Clínica de nuestro centro.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyó una muestra de pacientes intervenidos quirúrgicamente por colelitiasis sintomática, hernia inguinal simple y hemorroides entre 2 y 6 meses antes de la realización de la encuesta para asegurar una muestra adecuada cuya edad fuera comprendida entre los 18 y los 65 años de edad. Se excluyeron aquellos pacientes con cirugía urgente. También se excluyeron los pacientes que rellenaran de manera incompleta la encuesta enviada.

Encuesta enviada

Durante el periodo de estudio se intervinieron quirúrgicamente en nuestro servicio 717 pacientes. De ellos, 141 cumplieron los criterios de inclusión, por lo que fueron elegibles para el estudio. Al igual que en un estudio previo⁷, a estos pacientes se les llamó telefónicamente para comunicarle que se les enviaría una encuesta para evaluar los datos del estudio. Se realizó un segundo envío tras una nueva llamada telefónica a todos los pacientes elegibles después de uno y 2 meses para los casos que no se había recibido la encuesta.

Variables del estudio

Se analizaron los datos correspondientes a: edad y sexo de los pacientes, tiempo de espera en la lista de espera quirúrgica (contabilizado en días), expectativas del tiempo que los pacientes pensaban que deberían estar en la lista de espera, afectación en la calidad de vida percibida por el paciente durante el tiempo de espera debido a síntomas clínicos de la enfermedad por la que se tenían que intervenir quirúrgicamente y, finalmente, satisfacción global con el tiempo de espera final en el que estuvo cada paciente hasta la cirugía.

Para estudiar el efecto de la demora de la intervención por la lista de espera los pacientes de la serie fueron divididos en 2 grupos en función de si habían tenido una espera menor de 150 días o un tiempo superior por ser este valor la media del tiempo en la lista de espera de todos los pacientes del estudio.

Lista de espera

Los pacientes fueron incluidos en la lista de espera el mismo día que alguno de los 11 facultativos de nuestro servicio indicara la intervención quirúrgica electiva. Durante esa misma visita se programaba el estudio para la evaluación preoperatoria y se le informaba del tiempo aproximado de espera de cada procedimiento. Posteriormente, los pacientes fueron avisados telefónicamente para el día de su ingreso e intervención quirúrgica aproximadamente 15 días antes de la operación. Durante el tiempo de espera no se llamó a los pacientes o se les envió información alguna sobre la demora existente en cada enfermedad digestiva.

Expectativas, afectación en la calidad de vida y satisfacción

Para evaluar las expectativas del paciente, la afectación en la calidad de vida y la satisfacción global del paciente con el tiempo de espera se utilizaron, tal y como se había realizado en un estudio previo similar⁷, preguntas en las que las respuestas eran evaluadas por los pacientes en una escala analógica de 5 puntos, siendo el 1 el menor valor y 5 el máximo posible.

Para poder interpretar adecuadamente los datos de la encuesta se consideró que existía una afectación de la calidad de vida en aquellos pacientes en que puntuaron su afectación, en una escala del 1 al 5, en un valor superior o igual a 4 y se consideró que existía una expectativa elevada

Tabla 1 Preguntas realizadas durante la encuesta referentes a las expectativas, a la calidad de vida y a la satisfacción por la lista de espera

El tiempo que ha esperado para ser operado ha sido
Conteste en una escala del 1 (Mucho más corto de lo que esperaba) al 5 (Mucho más largo de lo que esperaba)

Durante el tiempo que ha esperado para ser operado, ¿cómo se ha alterado su calidad de vida por síntomas clínicos?

Conteste en una escala del 1 (Muy poco) al 5 (Mucho)

¿Cuál es su satisfacción con el tiempo que ha esperado para ser operado?

Conteste en una escala del 1 (Muy satisfecho) al 5 (Muy insatisfecho)

respecto a los tiempos de espera en la lista de espera a aquellos pacientes en que puntuaron su expectativa, en una escala del 1 al 5, en un valor superior o igual a 4. Finalmente, se consideró de manera ad hoc que un paciente estaba insatisfecho con los tiempos de espera cuando puntuó 1 o 2 en la escala de satisfacción global (del 1 al 5). En la [tabla 1](#) se añaden todas las preguntas que se efectuaron a través de la encuesta.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se presentan con números absolutos, la mediana (y el rango) o la media y la desviación estándar entre paréntesis. Las variables categóricas se compararon con el test de la Chi-cuadrado y las variables cuantitativas mediante el test no-paramétrico (test de U de Mann-Whitney). El estudio de correlación entre variables continuas se realizó con el test de Spearman. El resultado se presenta con el coeficiente de correlación de Spearman (R) y la significación estadística (p). Se estudió el control de efectos de confusión entre variables predictoras de insatisfacción del paciente mediante un análisis multivariable, utilizando el test de regresión logística. La variable dependiente era la insatisfacción del paciente definida por la puntuación igual o menor a 2 en la escala de satisfacción del 1 al 5. Los resultados se presentan con el odds ratio (OR) y el intervalo de confianza del 95%. Se consideró que las diferencias fueron estadísticamente significativas cuando el valor de la p bilateral fue inferior a 0,05. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® versión 17.0.

Resultados

Tras los 2 recordatorios telefónicos obtuvimos respuesta de 63 pacientes de los 141 pacientes seleccionados (tasa de respuesta del 44,6%). De estos, 7 encuestas tenían datos incompletos, por lo que fueron excluidos, de manera que se analizaron los datos de 57 pacientes: 21 que habían sido intervenidos por coleditis sintomática, 19 por hernia inguinal unilateral y 17 por hemorroides.

La mediana de edad de los 57 pacientes (36 hombres y 21 mujeres) incluidos fue de 48 años (rango 22-65). En la [tabla 2](#) se presentan las características de la muestra analizada según la enfermedad por la que fueron intervenidos

Tabla 2 Características de los pacientes incluidos y tiempos en la lista de espera según la intervención quirúrgica

	Colelitiasis n = 21	Hernia inguinal n = 19	Hemorroides n = 17	p
<i>Edad^a</i>	46,1 (DE: 10,4)	51,4 (DE: 8,1)	48,1 (DE: 12,2)	0,272 ^b
<i>Género</i>				
Hombre	9	17	10	
Mujer	12	2	7	0,002 ^c
<i>Tiempo en lista (días)^a</i>	142,9 (DE: 64,1)	164,6 (DE: 55,1)	124,9 (DE: 107,9)	0,045 ^b

^a Media (DE: desviación estándar).^b Test de U de Mann Whitney.^c Test de Chi-cuadrado.

quirúrgicamente. Destacó que la edad de los grupos por proceso fueron similares pero difirieron significativamente en la distribución por géneros por ser más frecuente la hernia inguinal en hombres ($p=0,002$).

El tiempo en la lista de espera para toda la serie fue de 139 días (rango 16-471). Cuando se comparó la demora de tiempo de los 3 procesos estudiados se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=0,045$) (tabla 2).

En las figuras 1-3 se presentan los resultados en porcentajes de respuesta de las expectativas de espera de los pacientes, de la afectación de la calidad de vida durante la demora de intervención por síntomas clínicos y del grado de satisfacción con la espera en los 3 grupos. No hubo diferencias significativas entre los 3 procesos ($p=0,663$, $p=0,405$ y $p=0,701$, respectivamente).

Cuando se realizó el estudio de correlación entre la puntuación en la satisfacción percibida por los pacientes respecto a la espera en relación con la puntuación de las expectativas ($R=0,774$, $p<0,001$) y la puntuación en la calidad de vida por síntomas clínicos ($R=0,332$, $p=0,012$) se pudo observar que ambas fueron estadísticamente significativas.

Del total de la muestra, 22 pacientes (38,6%) puntuaron en un valor de 1 o 2 su grado de satisfacción, de manera que se consideraron insatisfechos. En la tabla 3 se presentan las características de dichos pacientes respecto a los que puntuaron un mayor grado de satisfacción. Se puede observar que el tiempo en la lista de espera ($p=0,044$), la alteración en la calidad de vida por síntomas ($p=0,028$) y las expectativas elevadas de que el tiempo de demora iba a ser inferior ($p<0,001$) mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Finalmente, en la tabla 4 se presentan los resultados del análisis multivariante para determinar qué variables se asociaron a la insatisfacción de los pacientes con la lista de espera. Se pudo observar que el factor predictivo fue las expectativas elevadas en cuanto a que el tiempo sería inferior de lo esperado (OR = 3,14, IC 95%: 5,91-220,73, $p<0,001$).

Discusión

Conocer la percepción de los pacientes en referencia a la demora en el tratamiento quirúrgico de determinadas

enfermedades podría ser de gran ayuda para implementar medidas que disminuyan el impacto clínico sobre el paciente y sobre el grado de satisfacción percibido por el mismo⁷. En este estudio hemos podido observar que el grado de insatisfacción con la lista de espera quirúrgica está asociado principalmente a las expectativas que tiene el paciente del tiempo de espera y no propiamente al tiempo de demora.

Este estudio realizado por encuesta tuvo una tasa de respuesta del 44,6%. A priori, parece un porcentaje de respuesta bajo pero tenemos que considerar que el porcentaje habitual de respuesta en distintas experiencias similares ha oscilado entre el 13 y el 68%^{6,8}. En el diseño del presente estudio decidimos analizar los datos de los pacientes intervenidos de los 3 procedimientos que más frecuentemente están en la lista de espera de nuestra especialidad y no en la lista de espera pendientes de tratamiento quirúrgico para disponer de los tiempos finales de espera. Probablemente el interés por recibir tratamiento en pacientes todavía no operados podría haber aumentado el grado de respuesta, aunque los datos analizados no podrían ser los mismos.

El tiempo medio de espera de toda la serie de pacientes incluidos en este estudio fue de 139 días con alguna diferencia en cuanto a que este tiempo fue inferior en los pacientes intervenidos de enfermedad hemorroidal. Se puede observar en los rangos la enorme variación de estos tiempos que osciló entre los 16 y los 471 días debido, sobre todo, a que priorizamos, tal y como recomienda la Asociación Española de Cirujanos, a los pacientes con más síntomas clínicos¹. A pesar de que estos tiempos no son excesivamente prolongados respecto a otros hospitales o comunidades autónomas, 22 pacientes (38,6%) mostraron su grado de insatisfacción con dicha demora puntuando con 1 o 2 en la pregunta de si estaban satisfechos (fig. 3).

Los clínicos estamos de acuerdo en que la gestión de la lista de espera debería realizarse teniendo en cuenta criterios clínicos, aunque otros criterios tales como la imposibilidad para trabajar u otros deberían también ser considerados^{6,9}. De esta manera, desde la sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos, se trabajó de una manera intensa y reglada en establecer unos criterios clínicos y sociales para tener en cuenta a la hora de considerar una prioridad alta (demora inferior a 30 días), media (demora entre 30 y 90 días) o baja (demora superior a 90 días) para la intervención quirúrgica de los procedimientos más frecuentes¹. En Catalunya un comité de expertos elaboró un documento de priorización de los pacientes en

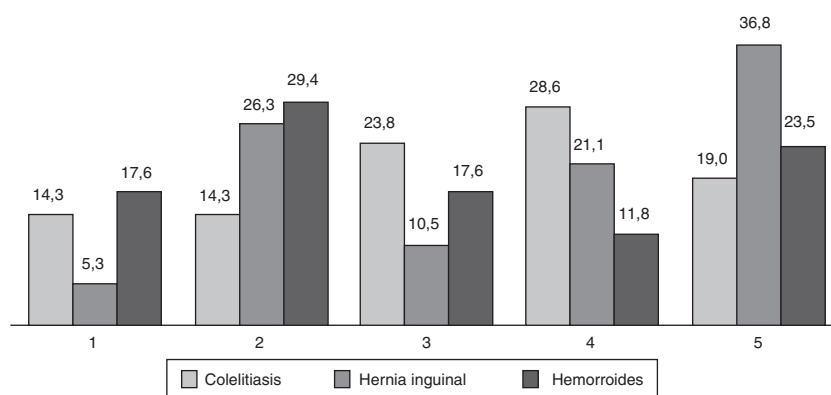


Figura 1 Porcentajes de respuestas obtenidas en una escala del 1 (menor expectativa) al 5 (mayor expectativa) al evaluar las expectativas respecto al tiempo de espera para la intervención quirúrgica de coleditiasis, hernia inguinal y hemorroides.

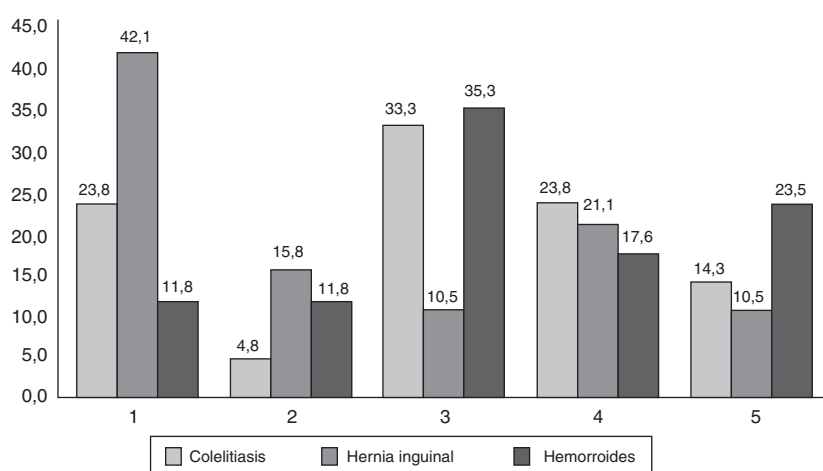


Figura 2 Porcentajes de respuestas obtenidas en una escala del 1 (menor alteración) al 5 (mayor alteración) al evaluar la afectación en la calidad de vida por síntomas clínicos durante el tiempo de espera para la intervención quirúrgica de coleditiasis, hernia inguinal y hemorroides.

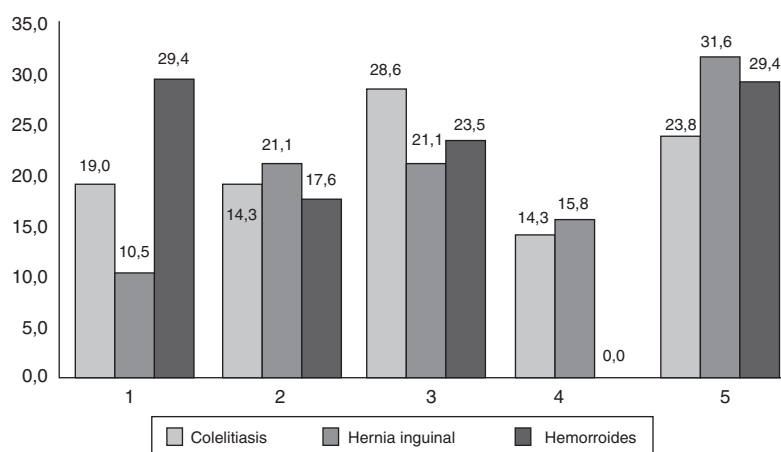


Figura 3 Porcentajes de respuestas obtenidas en una escala del 1 (menor satisfacción) al 5 (mayor satisfacción) al evaluar la satisfacción percibida por el paciente respecto al tiempo de espera para la intervención quirúrgica de coleditiasis, hernia inguinal y hemorroides.

Tabla 3 Características de los pacientes en relación con su valoración en el grado de satisfacción respecto al tiempo de demora en la lista de espera

	Pacientes que no mostraron insatisfacción con la lista de espera n = 35	Pacientes con insatisfacción con la lista de espera n = 22	p
<i>Edad^a</i>	46,8 (DE: 10,8)	51,1 (DE: 9,3)	0,151 ^b
<i>Género</i>			
Hombre	20 (57,1%)	16 (72,7%)	0,235 ^c
Mujer	15 (42,9%)	6 (27,3%)	
<i>Enfermedad</i>			
Colelitiasis	13 (37,1%)	8 (36,4%)	0,542 ^c
Hernia inguinal	10 (28,6%)	9 (40,9%)	
Hemorroides	12 (34,3%)	5 (21,7%)	
<i>Tiempo en lista (días)^a</i>	130,6 (DE: 80,1)	167,2 (DE: 69,5)	0,044 ^b
<i>Pacientes con alteración en la calidad de vida</i>	9 (25,7%)	12 (54,5%)	0,028 ^c
<i>Pacientes con expectativas elevadas</i>	7 (20%)	20 (90,9%)	< 0,001 ^c

^a Mediana (DE: desviación estándar).^b Test de U de Mann Whitney.^c Test de Chi-cuadrado.

lista de espera de varios procedimientos (hernia inguinal, fisura anal, fístula anal, hemorroides y coleditiasis) que tiene en cuenta no solo los síntomas, sino el tipo de síntomas, la alteración en las actividades de la vida diaria, la probabilidad de recuperación con la cirugía, la limitación laboral y la dependencia¹⁰. Aunque el proyecto es muy ambicioso, habrá que evaluar su utilidad práctica y su impacto clínico.

La expectativa es la creencia que los individuos formulan respecto a los servicios que piensan que se les va a ofrecer¹¹. Se conoce desde algunos estudios realizados, sobre todo en Urgencias, que cuando las expectativas no se corresponden con la realidad sobreviene la falta de satisfacción e incluso las reclamaciones. En un estudio previo se puso en evidencia en pacientes en lista de espera de cirugía de prótesis de rodilla y cadera que las expectativas suelen ser más relevantes que los tiempos de espera⁷. En Urgencias, donde la espera es más crítica, también la expectativa y las medidas de información durante la demora también han demostrado ser fundamentales en la satisfacción percibida por los pacientes^{12,13}. En nuestra experiencia, en pacientes intervenidos de 3 procedimientos que tienen un largo periodo de espera para ser intervenidos, la importancia de la expectativa también se ha confirmado como clave.

El punto principal de la relación entre la información y la expectativa de demora es que, en nuestra manera habitual de proceder, al paciente se le informaba de los tiempos de

espera el día de visita en el que se incluía el mismo en la lista de espera y no recibían información hasta la llamada para la fecha de intervención quirúrgica. Es muy probable que si se pudieran realizar varias llamadas durante la espera para preguntar por los síntomas de los pacientes e informar de la demora esperada la expectativa y la satisfacción tuvieran un cambio significativo. Este objetivo será evaluado por nuestro grupo en un estudio prospectivo.

Desgraciadamente, los cambios económicos acaecidos en los últimos meses hacen difícil considerar la posibilidad de reducir los tiempos de espera de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en nuestra especialidad. De hecho, se ha comunicado de manera no oficial un posible aumento de las listas de espera de cirugía en el último año en nuestro país y en Italia la situación es más grave¹⁴. Es por todo ello que el conocer algunos de los aspectos percibidos por los pacientes respecto a los tiempos de espera puede ser de utilidad para implementar puntos de mejora y para evitar también las reclamaciones dirigidas a nuestra actividad en el futuro^{15,16}. En primer lugar, detectar las expectativas del paciente al inicio del proceso, es decir, en cuanto el paciente tiene una indicación quirúrgica de su enfermedad puede ser muy útil informar de la situación y de la expectativa de espera. Otro aspecto fundamental es informar también a todos los actores del sistema, desde el médico de cabecera a los médicos de Urgencias, para que la

Tabla 4 Análisis multivariante para estudiar qué variables son predictoras de la insatisfacción (puntuación 1 o 2) de los pacientes respecto a los tiempos en la lista de espera

Variable	Coficiente beta	Error típico de beta	p	OR (IC 95%)
Afectación en la calidad de vida	-0,303	0,785	0,700	0,73 (0,15-3,44)
Expectativa elevada	3,588	0,923	< 0,001	3,14 (5,91-220,73)
Tiempo de espera superior a 150 días	0,016	0,807	0,984	1,0 (0,20-4,94)

OR (IC 95%): odds ratio (intervalo del 95%).

información dirigida al paciente sea siempre en la misma línea. Finalmente, sería muy adecuado establecer estrategias de información y control clínico durante la espera para que el paciente no tenga una sensación de abandono y, a la vez, controlar la presencia de síntomas clínicos de alteraciones en la calidad de vida que pueden suponer un adelanto en la cirugía^{1,2,13}.

Nuestro estudio ha permitido conocer por primera vez la opinión de los pacientes respecto a los tiempos de espera de 3 procedimientos quirúrgicos muy comunes en nuestra especialidad. Si bien la información tiene gran valor, el estudio tiene también ciertas limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio cuya información proviene de la información recogida mediante encuestas y que la tasa de respuesta, aunque alta, no alcanzó el 50%, lo que determina que la muestra es relativamente escasa y sobre todo si tenemos en cuenta que proviene únicamente de un hospital. Probablemente existe, por tanto, un sesgo de selección en cuanto a que no tenemos una representación de todas las opiniones de los pacientes incluidos. Otra limitación es que para evitar las respuestas incompletas por el uso de cuestionarios más largos la satisfacción y la calidad de vida fueron evaluadas mediante una simple respuesta a una pregunta con una evaluación de una escala de 5 puntos en lugar del uso de test validados¹⁷. Dentro de esta limitación hay que tener en cuenta que se decidió analizar los datos con un punto de corte en lugar de como variable continua. Finalmente, el hecho de realizar la evaluación una vez que los pacientes habían sido intervenidos y no durante su estancia en la lista de espera y tras la llamada telefónica podría condicionar también los resultados, sobre todo en cuanto al posible recuerdo de su situación cuando estaban en lista de espera.

Los resultados del presente estudio han puesto en evidencia que el grado de insatisfacción está más asociado a las expectativas que al propio tiempo de demora. Mientras no podamos mejorar la disponibilidad de sesiones quirúrgicas para disminuir las listas de espera deberemos realizar un esfuerzo para seleccionar los pacientes en función de sus síntomas y de la afectación de su calidad de vida y aplicar medidas de información en los casos de mayor demora quirúrgica en el tiempo que el paciente está en lista de espera¹⁸.

Financiación

No hubo financiación a través de becas o ayudas públicas.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Alcalde Escribano J, Villeta Plaza R, Ruiz López P, Rodríguez Cuellar E, Landa García JI, Jaurrieta Mas E. Informe sobre los criterios para establecer prioridades al incluir pacientes en lista de espera de cirugía. *Cir Esp*. 2002;72:349–58.
2. Sueiras A, Calabuig R, Vallet J, Pi F. Gestión clínica de la lista de espera en un servicio de cirugía general. *Cir Esp*. 2002;71:129–32.
3. Sampietro-Colom L, Espallargues M, Comas M, Rodríguez E, Castells X, Pinto JL. Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos. *Gac Sanit*. 2006;20:342–51.
4. Román R, Comas M, Mar J, Bernal E, Jiménez-Puente A, Gutiérrez-Moreno S, et al. Geographical variations in the benefit of applying a prioritization system for cataract surgery in different regions of Spain. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:32.
5. Comas M, Román R, Quintana JM, Castells X. Unmet needs and waiting list prioritization for knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res*. 2010;468:789–97.
6. Allepuz A, Espallargues M, Martínez O. Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist*. 2009;24:185–91.
7. Conner-Spady BL, Sanmartin C, Johnston GH, McGurran JJ, Kehler M, Noseworthy TW. The importance of patient expectations as a determinant of satisfaction with waiting times for hip and knee replacement surgery. *Health Policy*. 2011;101:245–52.
8. Soriano JB, Calle M, Montemayor T, Álvarez-Sala JL, Ruiz-Manzano J, Miravittles M. Conocimientos de la población general sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus determinantes, situación actual y cambios recientes. *Arch Bronconeumol*. 2012;48:308–15.
9. Sabench Pereferer F, Hernández González M, Abelló Salas M, Domènech Calvet J, Blanco Blasco S, del Castillo Déjardin D. Obesidad mórbida: factores predictivos postquirúrgicos y priorización de la lista de espera. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97:161–9.
10. Solans M, Adam P, Espallargues M. Elaboració d'un sistema universal/genèric de priorització de pacients en llista de espera. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, Servei Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2012.
11. Thompson AG, Suñol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *Int J Qual Health Care*. 1995;7:127–41.
12. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1996;28:657–65.
13. Soremekun OA, Takayesu JK, Bohan SJ. Framework for analyzing wait times and other factors that impact patient satisfaction in the emergency department. *J Emerg Med*. 2011;41:686–92.
14. De Belvis AG, Ferrè F, Specchia ML, Valerio L, Fattore G, Ricciardi W. The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector. *Health Policy*. 2012;106:10–6.
15. Parés D, Jimeno J, Ibaceta S, Hermoso J, Sanchez-Pradell C, Vallverdú H, et al. Variación en las reclamaciones dirigidas a un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo tras un cambio estructural y funcional hospitalario. *Cir Esp*. 2012;90:322–7.
16. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Urrea JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit*. 2012;26:159–65.
17. Sánchez del Río A, Alarcón Fernández O, Baudet JS, Sainz Menéndez Z, Socas Méndez M, Piera Jaén G. Validación de un cuestionario breve sobre satisfacción del paciente en endoscopia digestiva. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97:554–61.
18. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, et al. The measurement of patients' expectations for health care: A review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess*. 2012;16:1–509. doi:10.3310/hta16300.