

Satisfacción del paciente con la endoscopia digestiva: resultados de un estudio multicéntrico

Antonio Sánchez del Río^a, Rafel Campo^b, Josep Llach^c, Vicente Pons^d, Ghassan Mreish^e, Agustí Panadés^f y Adolfo Parra-Blanco^g

^aGroup of Hospitals Hospiten. Tenerife. España.

^bCorporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona. España.

^cHospital Clinic. Barcelona. España.

^dUniversity Hospital La Fe. Valencia. España.

^eIgualada General Hospital. Barcelona. España.

^fHospital del Mar. Barcelona. España.

^gHospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

RESUMEN

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: El objetivo de nuestro trabajo fue determinar los principales problemas de calidad desde el punto de vista del paciente en la endoscopia digestiva mediante un cuestionario de satisfacción.

PACIENTES Y MÉTODOS: Cinco unidades de endoscopia digestiva incluyeron a un total de 321 pacientes. Se realizó una encuesta telefónica sobre diversos aspectos relacionados con la prueba utilizando un cuestionario previamente validado. Se realizó un análisis de Pareto para cada centro para averiguar cuáles eran los aspectos más representados entre los poco vitales. A partir del cuestionario se calcularon dos indicadores de satisfacción para cada centro: la puntuación global de satisfacción (suma de los valores de las respuestas a las 8 cuestiones) y la tasa de problemas percibidos (número de preguntas con respuesta negativa dividido por el número de preguntas realizadas).

RESULTADOS: Los aspectos más representados en los poco vitales fueron el tiempo de espera para la cita y las molestias durante la exploración, pues ambos aparecían en los poco vitales de 4 de los 5 centros. Había diferencias significativas entre los centros para la puntuación global de satisfacción (puntuación del cuestionario) ($p < 0,001$) y para la tasa de problemas percibidos ($p < 0,001$).

CONCLUSIÓN: Los aspectos más problemáticos desde el punto de vista de los pacientes son el tiempo de espera hasta el día

de la cita y las molestias durante la exploración. Hay diferencias en la calidad percibida entre los centros participantes.

PATIENT SATISFACTION IN GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY: RESULTS OF A MULTICENTER STUDY

BACKGROUND AND AIM: The aim of this study was to determine the main quality problems perceived by patients in gastrointestinal endoscopy through a satisfaction survey.

PATIENTS AND METHODS: A total of 321 patients from five gastrointestinal endoscopy units were included. Telephone interviews using a previously validated questionnaire on several aspects related to the procedure were carried out. Pareto analyses were performed to pinpoint the most common aspects among the vital few causes at each medical center. Based on the questionnaire, the satisfaction indicators were calculated for each center: the overall satisfaction score (the sum of the responses to the eight questions) and the rate of perceived problems (number of questions with a negative response divided by the number of questions asked).

RESULTS: The most frequent aspects among the vital few were waiting time for an appointment and discomfort during the examination, since both factors were included in the vital few in four of the five medical centers. Significant differences were found among centers in the overall satisfaction score (questionnaire score) ($p < 0.001$) and for the rate of perceived problems ($p < 0.001$).

CONCLUSION: According to the patients, the most problematic aspects were waiting time until the day of the appointment and discomfort during the examination. Perceived quality differed among the participating centers.

Grupo de Calidad en Endoscopia de la Asociación Española de Gastroenterología: D. Nicolás, E. Quintero, A. Sánchez del Río, J.S. Baudet, O. Alarcón, J. Llach, J.M. Bordas, G. Mreish, C.M. Eleno, A. Panadés, M. Nieto, A. Seoane, S. Torra, V. Pons, L. Argüello, T. Sala, V. Pertejo, R. Campo, E. Brullett, F. Junquera, V. Puig-Divi, X. Calvet y A. Montserrat.

Correspondencia: A. Sánchez del Río.

Group of Hospitals Hospiten. Hospiten Rambla.

Rambla General Franco, 115. 38001 Santa Cruz de Tenerife. España.

Correo electrónico: alsanchezrg@yahoo.es

Recibido el 14-4-2008; aceptado para su publicación el 21-4-2008.

INTRODUCCIÓN

Los programas de gestión de la calidad se están incorporando progresivamente a nuestros hospitales y unidades

de endoscopia digestiva¹⁻³. La satisfacción del paciente es uno de los ejes fundamentales de los programas de gestión de la calidad. La satisfacción del paciente refleja el cumplimiento de sus expectativas, es decir, el grado de acuerdo entre lo que éste espera y la atención recibida. Algunos expertos consideran que medir la satisfacción del paciente y actuar en función de ella es necesario, aunque no suficiente, para establecer un programa de gestión de la calidad. La satisfacción del paciente tiene, además, influencia en otros resultados de la atención sanitaria. Los pacientes satisfechos cumplen mejor las indicaciones y el seguimiento y toleran mejor los diferentes tratamientos. Los pacientes insatisfechos sufren estrés o ansiedad por la atención recibida y pueden no responder completamente a los tratamientos propuestos^{4,5}. Los gestores de los servicios de salud tienen cada vez más en cuenta los resultados de las encuestas de satisfacción en el momento de contratar a las instituciones que prestan la asistencia.

En nuestro país se dispone de múltiples experiencias sobre la satisfacción del paciente en diferentes áreas de la atención sanitaria: departamentos de urgencias, atención primaria, hospitalización, servicios de cirugía y otros⁶. Sin embargo, no tenemos conocimiento, hasta el momento, de experiencias publicadas sobre la satisfacción del paciente con la endoscopia gastrointestinal.

La Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) ha propuesto un cuestionario sencillo para evaluar la satisfacción del paciente con la endoscopia digestiva⁷. El principal interés de las encuestas de satisfacción es conocer cuáles son los problemas de calidad más relevantes desde el punto de vista del paciente, con la finalidad de rediseñar los procesos para aproximarse a sus necesidades y expectativas⁸. El objetivo principal de nuestro trabajo fue conocer los principales problemas de calidad desde el punto de vista del paciente a partir de una encuesta de satisfacción llevada a cabo en 5 unidades de endoscopia digestiva. Como objetivo secundario se valoró también si había una variabilidad significativa en los índices de satisfacción global entre las 5 unidades de endoscopia y los factores que pueden influir en estas diferencias.

PACIENTES Y MÉTODOS

Pacientes

Las unidades de endoscopia de 5 hospitales nacionales participaron en el estudio. Los comités de ética y ensayos clínicos de cada centro aprobaron su realización. Mediante muestreo aleatorio simple se seleccionó el 10% de los pacientes que acudieron a cada unidad de endoscopia durante un período de 3 meses. Al cabo de un mes de la endoscopia se realizó un cuestionario mediante entrevista telefónica.

Cuestionario

El cuestionario utilizado es una adaptación validada del cuestionario de satisfacción recomendado por la ASGE^{7,9}. Para mejorar la validez del contenido, a dicho cuestionario se le añadió una pregunta adicional sobre las molestias durante la exploración, tal y como han recomendado Yacavone et al¹⁰. Así pues, el cuestionario final consistió en 8 preguntas (espera para la cita, espera el mismo día, cortesía del médico, cortesía de la enfermera, habilidad del médico, explicaciones, molestias, puntuación global de la exploración) evaluadas mediante una escala ordinal

(malo, regular, bueno, muy bueno, excelente), y 2 cuestiones adicionales sobre la aceptación de un segundo procedimiento en el mismo centro y con el mismo médico evaluadas mediante una respuesta dicotómica (sí/no)¹¹.

Métodos estadísticos

Se comprobó la validez interna del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach y la correlación total interitem media (CTIM). Se consideró válido el cuestionario con un alfa de Cronbach superior a 0,7 y una CTIM superior a 0,4⁹.

El método estadístico principal utilizado en este trabajo es el análisis de Pareto. Este análisis consiste en un método gráfico de priorización de problemas u oportunidades de mejora. Es el método de priorización más característico entre las herramientas metodológicas de los programas de calidad^{12,13}. Consiste, básicamente, en un diagrama de barras que representa el porcentaje de problemas o incumplimientos que representa cada criterio o cuestión sobre el total de problemas o incumplimientos detectados. Las barras se sitúan en el gráfico en orden descendente de izquierda a derecha. Además, se dibuja una línea sobre las barras que representa el porcentaje acumulado de problemas. Sobre esta línea se marca el primer porcentaje acumulado superior al 60%. Las categorías de problemas a la izquierda de este punto se llaman «poco vitales», y representan las principales causas de problemas que merece la pena resolver. La figura 1 es un ejemplo de la aplicación del análisis de Pareto. A partir de los gráficos de Pareto de cada centro se elaboró un gráfico de Pareto resumen sumando el número de veces que cada cuestión formaba parte de los aspectos poco vitales de cada centro (fig. 2).

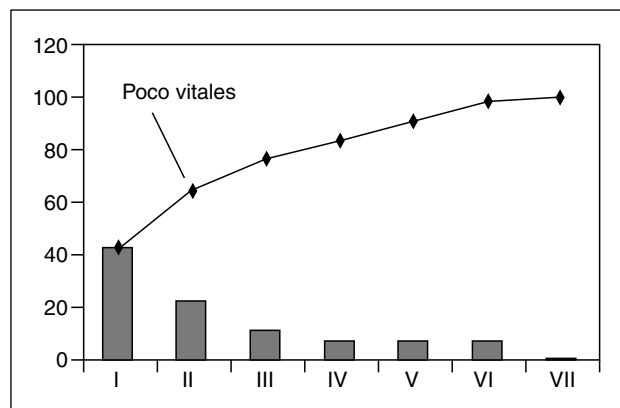


Fig. 1. Gráfico de Pareto del centro 3. Las barras verticales representan el porcentaje de respuestas negativas para cada cuestión sobre el total de respuestas negativas. La línea representa la suma acumulada. El grupo de cuestiones más frecuentes que suman más del 60% de las respuestas negativas se denominan «poco vitales» y suponen los problemas prioritarios desde el punto de vista del paciente.

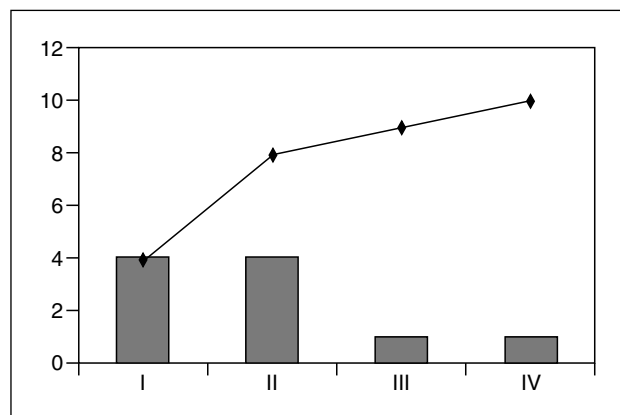


Fig. 2. Gráfico de Pareto realizado a partir de sumar el número de veces que están representados los problemas poco vitales en cada centro.

Para facilitar la tabulación y el análisis estadístico de las respuestas a las 8 cuestiones se calcularon los porcentajes de respuestas negativas (malo-regular) por cada centro.

A partir de las respuestas al cuestionario se calcularon 2 indicadores de satisfacción para cada centro: la puntuación total y la tasa de problemas percibidos por los pacientes. La puntuación total se obtuvo mediante la suma de las respuestas de los pacientes al cuestionario. El valor de esta variable tiene un rango entre 8 y 40, más alto cuanto más satisfecho esté el paciente. De esta variable se calcularon para cada centro la mediana y los intercuartiles 25-75. La tasa de problemas percibidos por el paciente es el porcentaje de respuestas malo o regular sobre el total de preguntas llevadas a cabo. Se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{respuesta mala regula}}{\sum \text{de ocasiones evaluada cada pregunta}} \times 100$$

Los resultados de las variables cuantitativas se expresan mediante la media \pm desviación estándar. Para las comparaciones de variables cuantitativas entre 2 grupos utilizamos la prueba de la t de Student, y para comparar entre varios grupos el test de ANOVA de un factor. Para las variables ordinales calculamos la mediana y los intercuartiles 25-75. Para las comparaciones con variable ordinal entre 2 grupos utilizamos el test de la U de Mann-Whitney, y para las comparaciones entre varios grupos el test ANOVA de Kruskal-Wallis. Para las variables control dicotómicas y para comparar proporciones o tasas utilizamos el test de la χ^2 . Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Se calculó también la correlación entre las preguntas más problemáticas y la cuestión octava sobre la valoración global de la exploración, para tener una idea de la importancia del problema detectado en la percepción final del paciente¹⁴. Para ello, utilizamos el test de la kappa ponderada. Los cálculos estadísticos se llevaron a cabo con el programa SPSS versión 11.5.

RESULTADOS

Cuarenta y tres pacientes fueron excluidos por responder de manera inadecuada o no entender las preguntas del cuestionario. El número total de pacientes incluidos finalmente fue de 321.

Respecto a la validez interna del cuestionario, el valor de la alfa de Cronbach fue de 0,93 y el de la CTIM de 0,78.

En la tabla I se puede apreciar el número de pacientes incluidos por centro. No hubo diferencias significativas en las edades, la distribución por sexo y el tipo de endoscopia entre los 5 centros. Sí hubo diferencias respecto al uso de sedación o anestesia, tanto para la endoscopia digestiva alta como para la colonoscopia y en el nivel de estudios de los pacientes incluidos (tabla I).

El análisis de Pareto de cada centro reveló diferencias importantes en el peso relativo de los diferentes problemas detectados por los pacientes entre los 5 centros (tabla II, fig. 1). El tiempo de espera para la cita es el problema más frecuente en 3 de los 5 centros, y las molestias durante la prueba en los otros 2. Ambas cuestiones aparecían en los poco vitales de 4 de los 5 centros (fig. 2).

Las respuestas a estas dos cuestiones entre los 5 centros resultaron también diferentes estadísticamente (tabla II). Hubo diferencias significativas entre el uso de sedación o anestesia y las molestias durante la prueba. De los 24 pacientes que recibieron sedación en gastroscopia ninguno respondió malo o regular a la pregunta de molestias durante la exploración, frente a 59 de los 94 (38,6%) de los pacientes que se hicieron la endoscopia digestiva alta sin sedación (χ^2 : $p < 0,001$). En cuanto a la colonoscopia, 25 de los 69 pacientes que se hicieron la exploración sin sedación (39,1%) puntuaron malo o regular, frente a 14 de 82 de los que recibieron sedación (17,1%) (χ^2 : $p < 0,001$). El nivel de estudios no influyó en el indicador de puntua-

ción global del cuestionario (ANOVA de Kruskal-Wallis: $p = 0,58$) ni en el nivel de molestias (χ^2 : $p = 0,393$).

Las respuestas dadas a la pregunta sobre molestias durante la prueba tuvieron una correlación positiva de 0,71 con la pregunta octava sobre valoración global (kappa ponderada: $p < 0,001$). La cuestión sobre el tiempo de espera para el día de la cita tuvo una correlación también positiva, pero más débil de 0,34 (kappa ponderada: $p < 0,001$). Los dos indicadores de satisfacción derivados del cuestionario, la puntuación global y la tasa de problemas resultaron diferentes estadísticamente cuando comparamos los resultados de los 5 centros (tabla I). Para los pacientes que se hicieron gastroscopia con o sin sedación, la mediana de la puntuación global y los intercuartiles 25-75 fueron, respectivamente, 29 (24-33) y 26 (23-29). La diferencia resultó estadísticamente significativa (U de Mann-Whitney: $p = 0,038$). Para los pacientes en quienes se realizó una colonoscopia con o sin sedación los resultados fueron 27 (22-31) y 26 (24-29), respectivamente (U de Mann-Whitney: $p = 0,8$).

DISCUSIÓN

Cada vez se le da mayor importancia a la opinión de los pacientes para mejorar la calidad asistencial^{8,15}. Nuestro trabajo se ha dirigido fundamentalmente a detectar los principales problemas de calidad en la endoscopia digestiva desde el punto de vista del paciente, utilizando un cuestionario de satisfacción. Los problemas más frecuentemente encontrados por los pacientes de las diferentes unidades de endoscopia digestiva que participaron en la encuesta son las que aparecen durante la exploración y el tiempo de espera para obtener la cita.

De los diferentes aspectos evaluados en el cuestionario, el que supuso un mayor porcentaje de puntuaciones negativas fue el de molestias percibidas durante la exploración. Un porcentaje variable de los pacientes que se realizan una endoscopia digestiva alta o una colonoscopia pueden experimentar molestias significativas. Por ejemplo, el 31-39% de los pacientes que se realizan una endoscopia digestiva alta sin sedación tienen molestias significativas^{16,17}. Con la finalidad de mejorar la experiencia del paciente durante una endoscopia digestiva se pueden utilizar medicamentos sedantes o anestésicos¹⁸. El uso de sedación puede reducir las molestias del paciente durante la endoscopia digestiva y mejorar la experiencia global del paciente^{19,20}. Nosotros encontramos que, efectivamente, los pacientes no sedados respondieron con mayor frecuencia negativamente a la pregunta sobre molestias durante la prueba. Además, en el presente trabajo, la respuesta dada a esta pregunta se asoció directamente con una pregunta específica sobre la valoración global de la prueba incluida en el cuestionario. Esta asociación da una idea de la influencia que en la satisfacción global del paciente tiene este aspecto¹⁴. Dos estudios llevados a cabo en Estados Unidos apoyan la idea de la importancia que los pacientes dan a tener molestias durante la exploración. Drossmann et al²¹ encontraron que el 12% de los pacien-

TABLA I. Datos demográficos y variables de control

Variable	Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro 4	Centro 5	p
N.º	30	101	61	75	54	
Edad (años ± DE)	51 ± 15	56 ± 16	54 ± 16	55 ± 16	58 ± 16	0,359 ^a
Sexo (varón/mujer)	14/16	49/52	28/33	36/39	26/28	0,868 ^b
Tipo de endoscopia (gastroscopia/colonoscopia)	17/13	54/47	28/33	43/33	35/19	0,399 ^b
Gastroscopia						
Sin sedación	0	47	28	43	35	< 0,01 ^b
Sedación/anestesia	17	7	0	0	0	
Colonoscopia						
No sedación	0	6	7	33	18	< 0,01 ^b
Sedación/anestesia	13	41	27	0	1	
Nivel de estudios						
Elemental	11	27	35	40	34	< 0,01 ^b
Medio	10	57	23	22	20	
Superior	9	17	3	13	0	
Nivel de ansiedad						
Tranquilo	13	32	13	24	18	0,577 ^b
Algo nervioso	15	54	41	40	29	
Muy nervioso	2	15	7	11	7	
Consumo de sedantes/hipnóticos (sí/no)	3/27	13/88	4/57	6/69	7/47	0,604 ^b
Enfermedades asociadas ASA I-II/ASA III	23/7	78/23	52/9	64/11	42/12	0,565 ^b

^aANOVA de un factor.

^bχ².

TABLA II. Resultados de las encuestas de satisfacción en las cinco unidades de endoscopia digestiva

Centro	1	2	3	4	5	p
N.º	30	101	61	75	54	
1. Espera cita	8 (27%)	41 (40%)	12 (20%)	10 (14%)	14 (26%)	< 0,01 ^a
2. Espera sala	2 (7%)	7 (7%)	5 (9%)	11 (15%)	5 (9%)	
3. Cortesía del médico	0%	7 (7%)	1 (2%)	3 (4%)	2 (4%)	0,32 ^a
4. Habilidad	0%	7 (7%)	2 (3%)	1 (1%)	3 (6%)	0,24 ^a
5. Cortesía de la enfermera	0%	1 (1%)	0%	2 (2%)	0%	0,43 ^a
6. Explicaciones	2 (7%)	11 (11%)	7 (11%)	2 (4%)	3 (6%)	0,24 ^a
7. Molestias	1 (3%)	21 (21%)	9 (14%)	40 (53%)	28 (52%)	< 0,01 ^a
8. Valoración global	0	6 (5,9%)	5 (7%)	6 (8%)	5 (9,3%)	0,54 ^a
Puntuación total (mediana, intervalo de confianza 25-75)	27 (30-34)	24 (21-27)	25 (28-31)	24 (26-29)	27 (22-30)	< 0,01 ^b
Tasa de problemas	13/210	95/707	41/427	69/525	55/378	< 0,01 ^a
5,9%	13,4%	9,6%	13,1%	14,5%		
Poco vitales	Espera cita	Espera cita	Espera cita	Molestias	Molestias	
Molestias	Molestias	Espera sala	Espera cita			

Porcentaje de respuestas negativas (malo o regular) en la escala de Ware y Davies (malo, regular, bueno, muy bueno excelente) en las cuestiones 1-8 del cuestionario. Puntuación global del cuestionario (valores entre 8 y 40, más altos cuanto más satisfechos), tasa de problemas percibidos por los pacientes (relación entre todas las respuestas malo-regular y el número de preguntas realizadas) y cuestiones representadas en los poco vitales (las que suman el 60% de todas las respuestas negativas).

^aχ².

^bANOVA de Kruskal-Wallis.

tes entrevistados antes de una exploración endoscópica estaban preocupados por sentir dolor. En el otro estudio se encontró que principal valor manifestado por los pacientes antes de realizar una colonoscopia era no sentir dolor durante la misma²². Nosotros creemos que debería extenderse aún más el uso de sedación en las unidades de endoscopia digestiva para mejorar la percepción que los pacientes tienen de este tipo de exploraciones.

El segundo aspecto peor valorado por los pacientes de este trabajo fue el tiempo de espera para la cita. Los tiempos de espera, en general, son un factor influyente en la satisfacción del paciente en diferentes contextos clínicos, urgencias, atención pediátrica, cita para colonoscopia o atención del médico de atención primaria²³⁻²⁶. Los datos de un estudio llevado a cabo por Moayyedi et al²⁴ destacan la importancia del tiempo de espera para la cita en la

realización de exploraciones complementarias en el servicio de aparato digestivo. Estos autores encuentran que una clínica de aparato digestivo que presenta un mayor tiempo de espera para una primera cita puede compensarlo con tiempo más corto para la cita en las exploraciones complementarias. Además, estos autores muestran una menor influencia en la satisfacción del paciente del tiempo de espera el día de la exploración. Nosotros encontramos una asociación significativa, aunque débil, entre el tiempo de espera y la valoración global que el paciente hace de la exploración. No hemos encontrado otros estudios específicos sobre la influencia de las listas y los tiempos de espera en la satisfacción del paciente con la endoscopia digestiva. La experiencia en otras áreas de asistencia sanitaria muestra que la insatisfacción generada por los tiempos de espera puede ser compensada por una

adecuada atención al paciente²⁵. Nosotros opinamos que se deben adoptar medidas para reducir los tiempos de espera. Algunas medidas dependen de la unidad de endoscopia digestiva o su entorno, como reducir la indicación inapropiada de las exploraciones, mejorar la preparación colónica para evitar la repetición de exploraciones o realizar la terapéutica oportuna en el momento del diagnóstico (p. ej., dilataciones esofágicas, polipsectomías). Otras opciones, como la ampliación de los recursos o la contratación de recursos externos, son decisiones que debe tomar la administración sanitaria.

Además de detectar cuáles eran los problemas más relevantes desde el punto de vista del paciente, este trabajo también valora si hay una variabilidad significativa en el nivel de satisfacción global entre las 5 unidades de endoscopia digestiva. Detectamos una variabilidad significativa en los 2 índices globales derivados del cuestionario (tabla II). La variabilidad en la satisfacción entre centros hospitalarios puede explicarse tanto por variaciones entre la práctica y el trato personal entre centros, como por las diferencias entre las características de los pacientes. El nivel de estudios fue la única variable diferente entre los pacientes de las 5 unidades de endoscopia. Esta variable no mostró tener influencia en la satisfacción. Es más probable que las discrepancias encontradas se deban a diferencias en la práctica. En este estudio se encontró que la puntuación global del cuestionario fue mayor en los pacientes que se realizaron una endoscopia digestiva alta con sedación frente a los que no se sedaron. Sin embargo, esta diferencia no constató entre los pacientes que se realizaron una colonoscopia con y sin sedación.

Uno de los puntos más novedosos del estudio para el personal sanitario no iniciado en aspectos de evaluación de la calidad asistencial es parte de la metodología estadística empleada. Se ha utilizado el análisis de Pareto como método de priorización de problemas detectados por el paciente. Este tipo de análisis es una de las herramientas básicas utilizadas en los programas de mejora de la calidad^{12,13,27}. A esta priorización, basada en la frecuencia de respuestas negativas ante cada aspecto, hemos añadido la correlación entre los aspectos peor valorados y la cuestión sobre puntuación global de la exploración. El uso conjunto de estos dos análisis da una idea de la frecuencia del problema y de la importancia que le dan los pacientes a los problemas detectados¹⁴.

Este estudio puede tener ciertas limitaciones derivadas del instrumento utilizado para medir la satisfacción del paciente. El cuestionario utilizado en este trabajo es una adaptación para la endoscopia digestiva de un cuestionario previamente utilizado para la satisfacción del paciente en otros ámbitos^{7,11,28,29}. Tal y como recomendaron Yacavonne et al¹⁰, a dicho cuestionario se le añadió una cuestión adicional sobre molestias durante la exploración. El principal defecto potencial de este cuestionario radica en el hecho de que no ha sido elaborado específicamente para la endoscopia digestiva. Los cuestionarios específicos se elaboran a partir de una fase de investigación cualitativa, que se lleva a cabo mediante entrevistas en profundidad o grupos focales. Una experiencia en este

sentido es la que llevaron a cabo Salmon et al³⁰ para elaborar un cuestionario de satisfacción en colonoscopia. Los autores del presente artículo consideramos que, en general, es necesaria más investigación cualitativa en endoscopia digestiva para establecer el punto de vista del paciente. A pesar de este posible defecto, el cuestionario utilizado mostró una muy buena consistencia interna.

Una vez que se conocen los resultados de una encuesta de satisfacción, es necesario reaccionar para mejorar progresivamente los resultados. En una experiencia llevada a cabo con médicos que participaban en un programa de cribado de cáncer de colon mediante sigmoidoscopia flexible, se demostró que el conocimiento de los resultados por parte de los médicos mejoraba progresivamente los resultados de satisfacción³¹. Idealmente, las encuestas de satisfacción deben llevarse a cabo en el contexto de un programa de mejora de la calidad, y todos los miembros de la unidad de endoscopia tienen que conocer los resultados y de las modificaciones progresivas que han de adoptarse para mejorar los índices de satisfacción³².

En conclusión, los principales problemas de calidad desde el punto de vista del paciente en la endoscopia digestiva son las molestias durante la exploración y el tiempo de espera para obtener la cita. De estos dos aspectos, las molestias durante la exploración son el que mejor correlación tiene sobre la valoración global que el paciente realiza del procedimiento. Estos resultados deben tenerse en cuenta a la hora de establecer programas de mejora de la calidad en la endoscopia digestiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naylor G, Gatta L, Butler A, Duffet S, Wilcox M, Axon AT, O'Mahony S. Setting up a quality assurance program in endoscopy. *Endoscopy*. 2003;35:701-7.
2. Johanson JF. Continuous quality improvement in the ambulatory endoscopy center. *Gastrointest Endosc Clin North Am*. 2002;12:351-65.
3. Sánchez E, Letona J, González R, García M, Darpon J, Garay JI. A descriptive study of the implementation of the efqm excellence model and underlying tools in the basque health service. *Int J Qual Health Care*. 2006;18:58-65.
4. Crow R GH, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice form a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6:1-244.
5. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;114 Supl 3:26-33.
6. Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vítaller J, Lorenzo S, Ignacio E, et al. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gac Sanit*. 2000;14:291-3.
7. Johanson JF SC, Deas TM, Eisen GM, Freeman M, Goldstein JL, et al. Quality and outcomes assessment in gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2000;9:827-30.
8. Wensing M. Evidence-based patient empowerment. *Qual Health Care*. 2000;9:200-1.
9. Sánchez del Río A, Alarcón Fernández O, Baudet JS, Sainz Menéndez Z, Socas Méndez M. Reliability of the spanish version of a brief questionnaire on patient satisfaction with gastrointestinal endoscopy. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005;97:554-61.
10. Yacavone RF, Locke GR 3rd, Gostout CJ, Rockwood TH, Thiebling S, Zinsmeister AR. Factors influencing patient satisfaction with gi endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2001;53:703-10.

11. Ware JE Jr. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care*. 1988;26:393-402.
12. Raymond G, Carey RCL. Priorizing opportunities. Measuring quality improvement in healthcare. Milwaukee: American Society for Quality; 2001. p. 16-8.
13. Leebow WEC. Tools for collecting and displaying data. En: Press AC, editor. *The health care manager's guide to continuous quality improvement*. New York: American Hospital Publishing; 2003. p. 103-42.
14. Press I. Reporting and interpreting de data. En: Press I, editor. *Patient satisfaction: defining, measuring and improving the experience of care*. Chicago, Health Administration Press; 2002. p. 99-120.
15. Wensing M, Grol R. What can patients do to improve health care? *Health Expect*. 1998;1:37-49.
16. Campo R, Montserrat A, Calvet X, Moix J, Rue M, Roque M, et al. Identification of factors that influence tolerance of upper gastrointestinal endoscopy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1999 11:201-4.
17. Abraham N, Barkun A, Larocque M, Fallone C, Mayrand S, Baffis V, et al. Predicting which patients can undergo upper endoscopy comfortably without conscious sedation. *Gastrointest Endosc*. 2002;56:180-9.
18. Simon MA, Bordas JM, Campo R, González-Huix F, Igea F, Mones J. Documento de consenso de la Asociación Española de Gastroenterología sobre sedoanalgesia en endoscopia digestiva. *Gastroenterol Hepatol*. 2006;29:131-49.
19. Froehlich F, Schwizer W, Thorens J, Kohler M, Gonvers JJ, Fried M. Conscious sedation for gastroscopy: patient tolerance and cardiorespiratory parameters. *Gastroenterology*. 1995;108:697-704.
20. Morfisse JJ, Grasset D, Seigneure C. Patient opinions after colonoscopy. Results of a cross sectional, multicenter study (II). *Gastroenterol Clin Biol*. 2000;24:279-83.
21. Drossman DA, Brandt LJ, Sears C, Li Z, Nat J, Bozyski EM. A preliminary study of patients' concerns related to gi endoscopy. *Am J Gastroenterol*. 1996;91:287-91.
22. Subramanian S, Liangpunsakul S, Rex DK. Preprocedure patient values regarding sedation for colonoscopy. *J Clin Gastroenterol*. 2005;39:516-9.
23. Van Uden CJ, Ament AJ, Hobma SO, Zwietering PJ, Crebolder HF. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2005;5:6.
24. Moayyedi P, Wardman M, Toner J, Ryan M, Duffett S. Establishing patient preferences for gastroenterology clinic reorganization using conjoint analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2002;14:429-33.
25. Feddock CA, Hoellein AR, Griffith CH 3rd, Wilson JF, Bowerman JL, Becker NS, et al. Can physicians improve patient satisfaction with long waiting times? *Eval Health Prof*. 2005;28:40-52.
26. Denis B, Weiss AM, Peter A, Bottlaender J, Chiappa P. Quality assurance and gastrointestinal endoscopy: an audit of 500 colonoscopic procedures. *Gastroenterol Clin Biol*. 2004;28:1245-55.
27. Ziegenfuss JT. Ten tools of continuous quality improvement: a review and example of hospital discharge. *Am J Med Qual*. 1995;10:213-20.
28. Johanson JF. Procedure-specific outcomes assessment for colonoscopy. *Gastrointest Endosc Clin North Am*. 1999;9:625-37.
29. Rubin HR GB, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE Jr. Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. Results from the medical outcomes study. *JAMA*. 1998;270:835-40.
30. Salmon P, Shah R, Berg S, Williams C. Evaluating customer satisfaction with colonoscopy. *Endoscopy*. 1994;26:342-6.
31. Larsen IK, Grotmol T, Bretthauer M, Gondal G, Huppertz-Hauss G, Hofstad B, et al. Continuous evaluation of patient satisfaction in endoscopy centres. *Scand J Gastroenterol*. 2002;37:850-5.
32. Hoff G, Bretthauer M, Huppertz-Hauss G, Kittang E, Stallemo A, Hoie O, et al. The norwegian gastronet project: Continuous quality improvement of colonoscopy in 14 norwegian centres. *Scand J Gastroenterol*. 2006;41:481-7.