

Grado de satisfacción de los pacientes que abandonan un servicio de urgencias hospitalario antes de recibir asistencia médica

Servicio de urgencias: Pacientes no atendidos.

Sr. Editor: Hemos leído con sumo interés el trabajo de Ortega et al¹ aparecido recientemente en su Revista, donde se delimita lo que podríamos calificar como el «retrato-robot» del usuario que acude a un servicio de urgencias hospitalario (SUH) y abandona el mismo antes de poder ser examinado por el médico. Creemos que a partir de dicha investigación pueden realizarse algunas reflexiones acerca de la calidad asistencial de este tipo de servicios.

Para Avedis Donabedian^{2,3}, uno de los pioneros en la introducción del concepto de «calidad total» en el sector sanitario, la evaluación integral de la calidad de los servicios asistenciales en lo que respecta a sus resultados debería medirse simultáneamente, en términos de beneficio científico/técnico o «calidad intrínseca», y en función de su utilidad, es decir, del grado de satisfacción alcanzada por el usuario, también denominada «calidad aparente».

Es evidente que el número de enfermos que abandonan el servicio antes de ser visitados por el médico de urgencias es muy reducido (1,8%) y, de éstos, sólo un 6,5% fueron posteriormente ingresados; este último subgrupo se caracterizaba por haber realizado una consulta previa con un médico extrahospitalario y por presentar una dolencia clasificada como grave en el propio SUH; restringiendo el concepto de calidad a su dimensión técnica, cabe decir que estos resultados son altamente tranquilizadores, puesto que indican un buen funcionamiento de la red sanitaria de urgencia, tanto extra como intrahospitalariamente. Sin embargo, la bondad de estos hallazgos se reduce de forma considerable cuando son analizados a tenor del grado de satisfacción existente en los sujetos fugados del SUH. La encuesta telefónica efectuada a los pacientes del estudio reveló que, en más de un tercio de éstos (74 casos), el motivo de abandono fue la convicción de que su cuadro clínico era leve y no susceptible de una valoración médica inmediata; la mayoría de estos usuarios demostrarían, por tanto, bastante conformidad con el trato recibido. Por el contrario, las otras dos causas más frecuentes para desistir de atención facultativa fueron: malestar físico (63 casos) o enfado del enfermo por lo que él consideraba una espera demasiado prolongada (53 casos); siendo altamente probable que muchos de estos 116 individuos estuviesen insatisfechos al dejar el SUH.

Esta discrepancia entre ambas facetas de la calidad total hace pensar que la relación médico/paciente es, por naturaleza, netamente asimétrica en cuanto al nivel de información que uno y otro manejan sobre la enfermedad⁴. Dada la presencia de rasgos epidemiológicos bien definidos en el grupo de individuos fugados, resultaría interesante indagar sobre los sentimientos y expectativas que estos poseían en el momento de acudir al servicio de urgencias, con el fin de actuar sobre ellos y mejorar

su percepción de la atención dispensada en los SUH, todo lo cual contribuiría a incrementar su calidad global.

**Teodoro Iturbe Hernández
y Alejandro Serrablo Requejo²**

Servicio de Hematología. Hospital Clínico Universitario.

²Servicio de Cirugía General.
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

1. Ortega M, Esteban MJ, Miró O, Sánchez, Millán J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 15-20.
2. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med* 1997; 121: 1145-1150.
3. Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewinski L. Quality, cost, and health: an integrative model. *Med Care* 1982; 20: 975-992.
4. Camprubí J. La satisfacción del cliente: singularidades de los servicios sanitarios. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, editores. Gestión Sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, S.A., 1998; 333-348.

Estudio citológico de la bilis vesicular: posibilidades en el diagnóstico del carcinoma de vesícula biliar

Citología: Carcinoma de vesícula biliar.

Sr. Editor: Hemos leído con atención la carta de Supervía et al¹, donde se hace énfasis en la utilidad del estudio citológico de la bilis vesicular, obtenida mediante punción-aspiración con aguja fina de la vesícula biliar, para el diagnóstico de la colecistitis xantogranulomatosa, entidad que plantea el diagnóstico diferencial con el carcinoma de vesícula biliar (CVB). Estamos plenamente de acuerdo con las afirmaciones realizadas por los mencionados autores, y nos gustaría realizar algunas aportaciones al respecto.

En primer lugar, el estudio citológico preoperatorio de la bilis vesicular colabora en la toma de decisiones quirúrgicas, tal y como manifiestan Supervía et al¹, evitando al tiempo intervenciones innecesarias². La punción simple vesicular transhepática en casos de sospecha de CVB localmente avanzado, guiada por métodos radiológicos (ecografía o tomografía computarizada) permite obtener material para estudio citológico. En caso de positividad para células malignas, en pacientes de edad avanzada con factores de riesgo quirúrgico, pensamos que puede rechazarse la posibilidad de intervención quirúrgica, dado el pronóstico infierno y la mortalidad elevada de la laparotomía exploradora³, beneficiándose estos pacientes de métodos endoscópicos paliativos. En segundo lugar, el estudio intraoperatorio de la bilis vesicular permite descartar CVB en caso de sospecha pre o intraoperatoria (colecititis agudas, colecistitis aguda xantogranulomatosa y vesículas escleroatróficas)⁴. Puede conseguirse un diagnóstico citológico rápido (unos 10 min) mediante técnica de tinción de Diff-Quik (Baxter Diagnostics AG, Düsseldorf, Alemania) que modifique la técnica y actitud quirúrgicas.

En tercer lugar, el estudio intraoperatorio de la bilis vesicular permite detectar CVB poco avanzados que pueden pasar desapercibidos al estudio histopatológico convencional, debido a que consigue una valoración más amplia del estado de toda la mucosa vesicular⁵. En un estudio prospectivo que llevamos a cabo en 312 pacientes sometidos a colecistectomía por colecistitis⁶ y con el uso del método de obtención de bilis intraoperatorio descrito por Ishikawa et al⁷, conseguimos detectar CVB mediante estudio citológico que no fueron diagnosticados por histología en una primera valoración, para posteriormente ser identificados al realizar un estudio más exhaustivo de la mucosa vesicular. Por otra parte, el estudio intraoperatorio de la bilis vesicular permite reconvertir a laparotomía los casos que se están interviniendo por laparoscopia. La utilización de la técnica laparoscópica en caso de neoplasias vesiculares empeora el pronóstico de la enfermedad incluso en neoplasias poco avanzadas, debido a diversos factores como la diseminación de células neoplásicas y los implantes en los orificios de los trocares de acceso⁸.

Desde el punto de vista de la efectividad diagnóstica, la especificidad y sensibilidad del diagnóstico citológico del CVB son extremadamente altas con el estudio del simple aspirado vesicular (en nuestra experiencia la sensibilidad es de 100% y la especificidad de 99,6%, con un valor predictivo positivo de 91% y un valor predictivo negativo de 100%), sin tener que recurrir a técnicas de «lavado» de la mucosa vesicular como la de Ishikawa et al⁷.

Luis Antonio Hidalgo Grau,
Josep María Badia Pérez y Ramón Muns Salas^a

Servicios de Cirugía General y ^aAnatomía Patológica.
Hospital de Mataró. Barcelona.

1. Supervía A, Mínguez S, Aguirre A, Pedro-Botet J. Colecistitis xantogranulomatosa: diagnóstico preoperatorio por punción-aspiración con aguja fina. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 44-45.
2. Hidalgo LA, Badia JM, Heredia A, Admella C, Muns R, Gubern JM. Estadio evolutivo del adenocarcinoma de vesícula biliar: factores clínicos e histológicos. *Rev Esp Enf Digest* 1997; 89: 1-5.
3. Cubertafond P, Gainant A, Cucchiaro G. Surgical treatment of 724 carcinomas of the gallbladder. *Ann Surg* 1994; 219: 275-280.
4. Chijiwa K, Sumiyoshi K, Nakayama F. Impact of recent advances in hepatobiliary imaging techniques on the preoperative diagnosis of carcinoma of the gallbladder. *World J Surg* 1991; 15: 322-327.
5. Duarte T, Llanos O, Domke H, Harsz C, Valdiveiro V. Metaplasia and precursor lesions of gallbladder carcinoma. Frequency, distribution and probability of detection in routine histopathological samples. *Cancer* 1993; 72: 1878-1884.
6. Hidalgo LA, Muns R, Admella C, Badia JM, Bianchi A, Gubern JM. Effectiveness of bile cytology in the diagnosis of gallbladder carcinoma. *Br J Surg* 1995; 82 (Supl 1): 11.
7. Ishikawa O, Ohgashi H, Saaki Y, Imakoa S, Iwanaga T, Wada A et al. The usefulness of saline-irrigated bile for the intraoperative cytologic diagnosis of tumours and tumour-like lesions of the gallbladder. *Acta Cytol* 1988; 32: 475-481.
8. Shirai Y, Ohtani T, Hatakeyama K. Laparoscopic cholecystectomy may disseminate gallbladder carcinoma. *Hepatogastroenterology* 1998; 45: 81-82.