



ORIGINAL

Medida de la satisfacción del paciente e identificación de oportunidades de mejora en la preparación de pacientes de cirugía bariátrica

C.J. van-der Hofstadt^{a,b,c,*}, E. Moncho^{a,d}, J.L. López^{a,d}, C. Abellán^e, E. Pérez^{a,b}, S. Tirado^c y J. Rodríguez-Marín^{a,b,c}

^a Unidad Multidisciplinar de Atención Integral al Paciente Obeso (UMAIO), Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^b Unidad de Psicología Clínica de la Salud, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^c Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche, Alicante, España

^d Servicio de Cirugía, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^e Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Recibido el 22 de noviembre de 2011; aceptado el 12 de enero de 2012

Disponible en Internet el 3 de marzo de 2012

PALABRAS CLAVE

Satisfacción del paciente;
Cirugía bariátrica;
Identificación de mejoras;
Cuestionarios

Resumen

Objetivo: Evaluar la satisfacción de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica con la realización de un programa de preparación grupal precirugía, detectar oportunidades de mejora en el programa y evaluar la satisfacción de los participantes tras su implantación.

Material y métodos: Se ha utilizado una encuesta diseñada ad hoc dirigida a evaluar la opinión sobre diferentes aspectos del programa, la satisfacción con el mismo y la identificación de mejoras. Se administró a dos grupos de pacientes: al primero un año después del programa para identificar propuestas de mejora y al segundo un año después de la implementación de la mejora. Se evaluaron 112 pacientes, 66 en el primer pase de la encuesta y 46 en el segundo. Ambos grupos fueron homogéneos en las variables sociodemográficas.

Resultados: La principal mejora detectada fue la participación de pacientes expertos en el programa de preparación. Tras su implantación se produjeron ligeros cambios en las valoraciones de las diferentes preguntas, que no fueron significativos. La satisfacción general pasó de un 9,5 a 9,74 sobre 10. Otras propuestas de mejora fueron mejorar la presentación audiovisual y adaptar el mobiliario de la sala a las características de los pacientes.

Conclusiones: La elevada satisfacción encontrada es habitual en los trabajos sobre satisfacción hospitalaria, siendo los resultados obtenidos aquí aún mayores que los de los estudios consultados y estando en todos los casos en niveles de excelencia. Esto impide que se produzcan diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se encontró una diferencia significativa en los resultados pre y postimplantación de la mejora. La evaluación continua permite constatar nuevas posibilidades de mejora.

© 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cjvander@umh.es (C.J. van-der Hofstadt).

KEYWORDS

Patient satisfaction;
Bariatric surgery;
Identifying
improvements;
Questionnaires

Measuring patient satisfaction and identifying opportunities for improvement in the preparation of bariatric surgery patients

Abstract

Objective: To evaluate the satisfaction of patients candidates for bariatric surgery with the performance of a group training program prior to surgery, identifying opportunities for improvement in the program and evaluating participants satisfaction following their implementation.

Method: An "ad hoc" designed survey was used, addressed to assess opinions on different aspects of the program, overall satisfaction and identification of areas for improvement. The survey was administered to two groups of patients: the first after one year of implementation of the program to identify suggestions for improvement, and the second after one year of the implementation of the improvement. A total of 112 patients were assessed, 66 in the first pass of the questionnaire and 46 in the second. Both groups were homogeneous in demographic variables

Results: The main improvement detected was expert patients in the preparation of the program. After implantation, slight changes in the ratings of the questions were produced, that were not significant. Overall satisfaction rose from 9.5 to 9.74 out of 10. The other proposals for improvement were to improve audiovisuals and to fit the room furniture to the characteristics of the patients.

Conclusions: The very high satisfaction levels obtained are usual in studies on hospital satisfaction, our results still being above the studies consulted, as well as in levels of excellence. This prevents statistically significant differences being found. There were no significant differences in the results before and after implementation of improvement. Continuous assessment allows new possibilities for improvement.

© 2011 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida está aportando resultados espectaculares cuando la indicación quirúrgica y la técnica realizada han sido bien seleccionadas. Hoy en día, cualquier técnica que se seleccione será adecuada si consigue los objetivos que se plantea: reducir el peso patológico y mantener su reducción en el tiempo. Además, es importante que ayude a curar o mejorar las comorbilidades, para que las expectativas de vida del exobeso mórbido sean las mismas que las del resto de personas de su misma edad. Por último, es importante que mejore significativamente su calidad de vida con un mínimo de secuelas. Estos objetivos no dependen solo de la selección de la técnica quirúrgica, sino también de las propias características del paciente con obesidad mórbida, entre las que destaca su capacidad para cambiar sus hábitos alimentarios y de vida^{1,2}. De ahí la importancia de la atención a estos pacientes por parte de equipos multidisciplinares y de la selección y seguimiento posterior de los pacientes por todos los profesionales implicados en su cuidado³, así como de la implicación personal de los mismos. Esta última dependerá, en gran parte, de la satisfacción con la atención recibida que experimenten, dado que hay una relación demostrada entre la satisfacción del paciente y la observancia de las prescripciones terapéuticas⁴. Por otro lado, en el tratamiento general de la obesidad hay muchos estudios que ponen de relieve los efectos favorables que tiene para el paciente la creación de grupos de apoyo, y específicamente hay también trabajos que demuestran que la creación de grupos de apoyo aporta beneficios significativos para los pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica^{3,5-7}. En general,

estos grupos de apoyo trabajan sobre programas que incluyen cuatro fases: a) fase educativa sobre dietética, hábitos alimentarios, problemas psicosociales posibles y la propia intervención quirúrgica; b) intervención sobre el patrón de ingesta; c) intervención en el patrón de actividad física, y d) prevención de recaídas. El objetivo fundamental de este tipo de programas es el cambio en el estilo de vida, modificando determinados hábitos alimentarios y de actividad física, a largo plazo y de forma definitiva. Estos programas deben llevarse a cabo siempre en el marco de un tratamiento multidisciplinar que reúna, al menos, a médicos-endocrinólogos, cirujanos, psicólogos, dietistas-nutricionistas y personal de enfermería^{5,6}.

Por otro lado, aunque atendiendo fundamentalmente a criterios médicos la cirugía ya se considera como la mejor solución de la obesidad mórbida, no sabemos mucho acerca de la valoración que la persona obesa hace de los costes y beneficios de la intervención, ni de su satisfacción con la intervención bariátrica y sus resultados⁸.

Hay estudios en pacientes quirúrgicos que indican que su satisfacción está muy condicionada por diversos factores. Así, encontramos la accesibilidad, la información al paciente y allegados, las habilidades de comunicación de los profesionales, los cuidados de enfermería, la competencia profesional, la cortesía y la amabilidad en el trato, la percepción del tiempo de espera, la coordinación de los diferentes servicios implicados, el control del dolor, las instrucciones al alta y, naturalmente, la efectividad en la intervención⁹⁻¹¹. Con relación a pacientes de cirugía bariátrica, diferentes estudios han identificado que la participación en terapias grupales, un mayor apoyo familiar y más información, son elementos que

mejoran la satisfacción entre el 2,7 y el 5,5% de los casos¹². En cambio, la técnica quirúrgica empleada no parece tener efectos significativos sobre la satisfacción del paciente¹³.

A su vez, la valoración que el paciente realiza de la atención recibida y de la preocupación de los profesionales por entender lo que les ocurre, o lo que necesitan, es un indicador importante del funcionamiento de un servicio. En particular, en los servicios de cirugía y obstetricia, esa valoración es necesaria para elegir adecuadamente las distintas alternativas de provisión de servicios en general y el aprovechamiento de oportunidades de mejora en particular^{14,15}.

El objetivo de este trabajo, por tanto, fue evaluar la satisfacción de los pacientes con el Programa Multidisciplinar de Intervención Grupal Pre-Cirugía (PMIGPC) y detectar oportunidades de mejora en el mismo, implantar posteriormente tales mejoras, y considerar su efecto sobre la satisfacción de los pacientes con el programa mejorado.

Material y métodos

El PMIGPC¹⁶ se incluyó dentro del procedimiento de intervención que se realiza desde la Unidad Multidisciplinar de Atención Integral al paciente Obeso (UMAIO) del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Los pacientes acudieron a la UMAIO derivados desde los servicios de endocrinología de los diferentes departamentos de salud. Una vez recibidos y evaluados por el servicio de endocrinología y la unidad de psicología clínica del hospital, y comprobado que cumplían los requisitos básicos precisos para ser incluidos en el programa, se presentó cada caso de modo individualizado en el comité de cirugía bariátrica. Tras la aceptación por parte del comité para ser intervenidos, los pacientes comenzaron la fase denominada «ayuno modificado», consistente en la realización de una dieta de muy bajo contenido calórico para conseguir una pérdida de peso importante previa a la cirugía; y realizan el PMIGPC, con participación de los servicios de endocrinología y de cirugía, y de la unidad de psiquiatría y psicología clínica.

El PMIGPC es un programa de tratamiento grupal prequirúrgico que incluye seis sesiones semanales para cada grupo. Cada grupo incluye de seis a ocho pacientes. Una vez realizada la intervención quirúrgica, se llevan a cabo las sesiones de seguimiento y apoyo, a los 3, 12, 24 y 36 meses, para conseguir el efecto del apoyo social del grupo y analizar los problemas que se hayan podido encontrar y la forma de solución de los mismos. Las técnicas utilizadas en estas sesiones fueron el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva, la solución de problemas, y la información dietética y quirúrgica.

Los objetivos generales del PMIGPC¹⁶ fueron:

- 1) Mejorar el autocontrol y la capacidad de afrontamiento del estrés de los pacientes con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica, para prevenir complicaciones posquirúrgicas.
- 2) Establecer hábitos alimentarios saludables acordes a las distintas fases del proceso: fase prequirúrgica, fase quirúrgica, y fase posquirúrgica y a largo plazo.

- 3) Evaluar la participación en el programa y la existencia de posibles cambios tras la intervención, con relación a variables de tipo psicológico.

El contenido de cada una de las sesiones fue el que se presenta en la [tabla 1](#). Todas las sesiones terminan con un turno de preguntas, estimulando a los pacientes para que planteen todas las dudas y cuestiones que se puedan presentar, y con entrega de material didáctico.

Para medir la satisfacción utilizamos un cuestionario diseñado por la unidad de calidad del HGUA sobre las bases y recomendaciones de estudios al respecto¹⁷⁻²⁰. El cuestionario consta de nueve preguntas de respuesta dicotómica, una décima pregunta en la que se pide la valoración de 0 a 10 del grado de satisfacción general con el PMIGPC, y una pregunta final abierta en la que se solicita al paciente que proponga sugerencias de mejora. Además, se recogieron como variables sociodemográficas la edad, el sexo y el nivel de estudios.

El cuestionario se administró de forma telefónica por parte de personal de enfermería de la planta de cirugía en dos momentos: primero, se administró tras un año desde la puesta en marcha del PMIGPC (de febrero de 2009 a febrero de 2010). En el segundo momento, y tras la puesta en práctica de la mejora identificada, se pasó nuevamente el cuestionario a los pacientes desde la puesta en marcha de la mejora en mayo de 2010 hasta febrero de 2011. Las llamadas se realizaron desde un despacho de la planta de cirugía en las dos últimas horas del turno de mañanas, siendo realizadas siempre por la misma persona.

Las encuestas telefónicas tienen desventajas: a) sesgan el universo o población al ámbito de los hogares y las personas que tienen teléfono; b) la encuesta telefónica ofrece una tasa de respuesta significativamente baja comparada con la encuesta autoadministrada, enviada por correo o por e-mail; c) realizar una encuesta telefónica implica serias restricciones en la elaboración del cuestionario, que debe adaptarse lo máximo posible a este tipo de situación de encuesta; d) no es posible observar al encuestado, y e) no es muy conveniente para abordar temas delicados, por lo que si se emplea el método de la encuesta telefónica para investigar sobre un tema sensible o delicado, es conveniente llevarlo a cabo con sumo cuidado, empleando los mejores encuestadores y estableciendo contactos previos²¹.

Sin embargo, estas desventajas no operan en este caso, puesto que la población a estudiar incluía a sujetos conocidos, con los que los investigadores habían conectado durante la realización del programa, por un lado. Por el otro, el cuestionario se elaboró de una forma muy simple, que solo exigía respuestas de sí o no. Finalmente, la tasa de respuesta fue muy alta.

El estudio se realizó con los pacientes de la UMAIO del HGUA que participaron en la totalidad de las sesiones del PMIGPC y fueron intervenidos entre febrero de 2009 y marzo de 2011.

El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el programa IBM SPSS Statistics 18. En las preguntas dicotómicas se calculó el estadístico χ^2 para valorar las posibles diferencias entre ambos pases, y en la pregunta referida al grado de satisfacción se utilizó la prueba *t* de Student para grupos independientes.

Tabla 1 Contenido de las sesiones del Programa Multidisciplinar de Intervención Grupal Precirugía**PRIMERA SESIÓN:**

- Presentación de los integrantes del equipo de terapeutas, de los asistentes como pacientes y del programa de intervención
- Explicación de la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, (Fase I) para comenzar su práctica
- Recogida de datos epidemiológicos
- Realización de cuestionario sobre conocimientos previos de alimentación saludable
- Autoevaluación somatométrica
- Explicación sobre dietas de muy bajo contenido calórico: puesta en común de aspectos de interés más frecuentes-1

SEGUNDA SESIÓN:

- Entrenamiento en relajación muscular progresiva (Fase II)
- Explicación del autorregistro de situaciones y pensamientos automáticos que propician un mayor consumo calórico
- Explicación de las técnicas quirúrgicas: aclaración de dudas
- Información sobre circuito del paciente durante el proceso operatorio
- Entrenamiento en fisioterapia respiratoria

TERCERA SESIÓN:

- Revisar progreso ejercicios de relajación. Mantener Fase II
- Revisar cumplimentación autorregistro
- Información sobre la dieta en el postoperatorio inmediato y al alta. Recomendaciones generales tras la cirugía
- Información sobre complicaciones nutricionales, médicas y quirúrgicas
- Explicación sobre dietas de muy bajo contenido calórico: puesta en común de aspectos de interés más frecuentes-2

CUARTA SESIÓN:

- Revisión del cumplimiento del autorregistro de situaciones y pensamientos automáticos que propician un mayor consumo calórico. Introducción de estrategias relacionadas con la solución de problemas
- Entrenamiento en relajación Fase III
- Educación nutricional: conceptos básicos, grupos de alimentos, equivalencias. Pirámide nutricional
- Explicación sobre dietas de muy bajo contenido calórico: puesta en común de aspectos de interés más frecuentes-3. Aspectos prácticos

QUINTA SESIÓN:

- Entrenamiento en relajación. Mantener Fase III
- Revisar cumplimentación autorregistro
- Información sobre adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física
- Explicación sobre dietas de muy bajo contenido calórico: puesta en común de aspectos de interés más frecuentes-4. Cuestiones prácticas

SEXTA SESIÓN:

- Revisar práctica entrenamiento en relajación. Relajación rápida
- Revisión del cumplimiento del autorregistro de situaciones y pensamientos automáticos que propician un mayor consumo calórico. Introducción de estrategias relacionadas con la solución de problemas
- Entrenamiento en ruptura de comportamientos alimentarios inapropiados, sustituyendo pensamientos negativos por positivos y utilizando la relajación rápida
- Información sobre características de la alimentación a largo plazo: etiquetaje de alimentos, cesta de la compra, métodos de cocción
- Afrontamiento de problemas relacionados con la alimentación en situaciones especiales (fiestas, viajes, etc.)
- Realización de cuestionario sobre alimentación saludable, hipocalórica y aspectos que tener en cuenta tras la cirugía.
- Intervención de un paciente «experto»*

*La intervención del paciente experto se introdujo en la sexta sesión, como una mejora detectada en el proceso de evaluación de la satisfacción de los pacientes anteriores, a partir del grupo n.º 15.

Resultados

Fueron evaluados el total de pacientes incluidos en el programa (n = 112), de los cuales 66 correspondían al primer pase del cuestionario, en el programa previo a la implantación de la mejora, mientras que los otros 46, participaron en el programa una vez implantada la mejora. Con respecto a las características sociodemográficas, la muestra total estuvo formada por 74 mujeres (66%) y 38 hombres (34%), de los que el 14% no tiene estudios, el 60% tiene

estudios básicos y el 26% restante estudios universitarios. La media de edad era de 37,8 años y una desviación típica de 9,6. Teniendo en cuenta el grupo, el porcentaje de mujeres fue de 65% en el primer grupo y de 67% en el segundo. Estas diferencias no fueron significativas ($\chi^2 = 0,06$; $p = 842$), como tampoco lo fueron las encontradas en el nivel educativo (sin estudios: 12% primer grupo y 17% segundo grupo; estudios básicos: 67 y 50%, respectivamente; estudios universitarios: 21 y 33% respectivamente) ($\chi^2 = 3,14$; $p = 207$), ni en la edad ($t = 1,23$; $p = 219$), siendo $38,7 \pm 9,1$ años para el

Tabla 2 Comparación de la valoración del programa Programa Multidisciplinar de Intervención Grupal Precirugía (PMIGPC) tras la introducción de la mejora del paciente experto

	% Sí grupo 1	% Sí grupo 2	Chi ²
1. ¿Han sido útiles para usted los talleres para pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica?	100	100	-
2. ¿La información dada en los talleres ha sido clara y comprensible?	98,5	100	0,7 n.s.
3. ¿Consiguió mejorar su autocontrol y ansiedad después de los talleres?	87,9	88,4	0,22 n.s.
4. ¿Los talleres han servido para cambiar los hábitos alimenticios?	83,3	82,6	0,01 n.s.
5. Durante su estancia en el Hospital, ¿Le producía tranquilidad el saber por los talleres qué cuidados de enfermería iba a recibir?	97	100	1,4 n.s.
6. Durante su estancia en el Hospital, ¿Le producía seguridad el saber por los talleres el tipo de intervención que le iban a practicar?	100	100	-
7. ¿En el postoperatorio le fue de utilidad la fisioterapia respiratoria que le enseñó la enfermera en los talleres?	100	97,8	1,5 n.s.
8. ¿Cree que los contenidos de los talleres son adecuados a su patología?	93,9	100	2,9 n.s.
9. ¿Recomendaría los talleres a familiares y/o amigos que tengan su patología?	100	100	-

Grupo 1: Primer pase del cuestionario, antes de introducir mejora.

Grupo 2: Segundo pase del cuestionario, después de introducir mejora.

primer grupo y $36,3 \pm 10,2$ años para el segundo. Por tanto, podemos considerar a los grupos homogéneos en las variables sociodemográficas.

En un primer momento, tras el análisis de los resultados de la primera administración del cuestionario, apareció solo una mejora sugerida por un 15,15% de los pacientes participantes, consistente en la participación de pacientes expertos (pacientes operados previamente) en alguna de las sesiones del programa. Aunque, obviamente, la sugerencia de los pacientes no se produjo en términos de «paciente experto», de forma literal, la figura fue incorporada al programa entendiéndose por paciente experto a aquella persona afectada por obesidad mórbida e intervenido con cirugía bariátrica, capaz de responsabilizarse de la propia enfermedad y auto cuidarse, sabiendo identificar su problema, afrontándolo directivamente, y habiendo adquirido herramientas que lo ayuden a gestionar el impacto físico, emocional y social de la patología y la intervención producida, mejorando así su calidad de vida²². En este caso, se seleccionaron pacientes ya intervenidos que se ajustaban a ese perfil.

En el segundo pase, correspondiente al segundo momento en el que ya se había puesto en práctica la mejora mencionada, aparecieron otras propuestas de mejora realizadas por los pacientes participantes: mejora de los audiovisuales (6,52% de los pacientes) y mejora del mobiliario de la sala para que se adaptara mejor a las características de los pacientes (8,69% de los pacientes).

Como se puede observar en la [tabla 2](#), después de implantar la figura del paciente experto se produjo un ligero incremento en la valoración de la tranquilidad por saber qué cuidados de enfermería iba a recibir (97% de los pacientes que participaron en el primer programa manifestaron que sí, frente al 100% de los pacientes que lo dijeron en un segundo momento; $\chi^2 = 1,4$). También se produjo un incremento en la consideración de los contenidos del taller como adecuados a la patología (93,9% en el primer periodo frente al 100% en el segundo periodo; $\chi^2 = 2,9$), no resultando las diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los aspectos evaluados.

En la [tabla 3](#) se presentan los resultados correspondientes a la pregunta 10, referida a la medida del grado de satisfacción con el programa. Pese a que la satisfacción general con los grupos de preparación pasa de un 9,50 a un 9,74 sobre 10, el análisis de diferencias nos indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a la satisfacción con el programa inicial en comparación con el programa mejorado. En cualquier caso, esa pequeña diferencia de 0,24 puede leerse como relevante, dado el alto índice de satisfacción que se obtiene, aunque no sea estadísticamente significativa.

Discusión

Los resultados nos indican que la introducción de la participación del «paciente experto» en el programa no ha producido cambios estadísticamente significativos en la valoración que los pacientes hacen del mismo. Sin embargo, «cualitativamente» sí que se percibieron diferencias en las sesiones de seguimiento que se han mantenido, en las que los pacientes valoran positivamente la intervención del paciente experto en el programa. En cualquier caso, una primera aportación de este trabajo consiste en reafirmar la necesidad de establecer procedimientos de evaluación de los resultados de las diferentes actividades que se realizan para el cuidado de los pacientes, y subrayar la importancia

Tabla 3 Grado satisfacción general sobre los talleres de Cirugía Bariátrica^a

	N	Media	d.t.	t
<i>Grupo^b</i>				
1	66	9,5	0,8	1,8 n.s.
2	46	9,74	0,6	

^aEscala de satisfacción de 0 a 10 puntos

^bGrupo 1: Primer pase del cuestionario, antes de introducir mejora. Grupo 2: Segundo pase del cuestionario, después de introducir mejora.

de la medida de la satisfacción del paciente como procedimiento de evaluación del resultado de la atención sanitaria^{14,23}. Por otro lado, el estudio pone de relieve que el uso de cuestionarios en la encuesta por vía telefónica es una herramienta muy útil, no solo para proceder a la evaluación de la satisfacción de los pacientes con una determinada actividad, sino también para detectar propuestas de mejora. Su realización permite la puesta en práctica del principio de mejora continua en la realización de actividades y programas de intervención, que es el núcleo de cualquier sistema de aseguramiento y garantía de la calidad^{24,25}.

El alto índice de satisfacción observado es habitual en los trabajos sobre satisfacción hospitalaria^{12,26,27}, aunque en nuestro caso los resultados han sido incluso más altos que la media usual, posiblemente por el tipo de metodología utilizada para la recogida de datos (encuesta telefónica), o porque los pacientes han evaluado «al mismo tiempo» los resultados del tratamiento quirúrgico que son muy buenos tanto objetivamente como subjetivamente²⁸⁻³⁰. Como se pregunta Ballantyne²⁸, «¿Otorgan los pacientes más valor a la pérdida de peso, a la mejora en las comorbilidades, o a la calidad de vida, cuando valoran el éxito de su operación para perder peso? Esa cuestión todavía está por contestar». A ello cabe añadir, ¿otorgan valor, y cuánto, «de forma nítidamente separada», al programa preparatorio para la cirugía? Aunque las preguntas del cuestionario se referían muy concretamente a los talleres del programa, sin embargo, es muy difícil evitar que se produzca una cierta «contaminación» derivada de los resultados altamente positivos de la intervención.

La realización de programas quirúrgicos de una alta complejidad y tecnología, como es el caso de la cirugía bariátrica, no debe hacernos olvidar la importancia de otras actividades y programas que están a su servicio, como el caso de los programas de preparación para la cirugía y seguimiento posterior, que han demostrado ser un factor de gran importancia en el éxito de algunas cirugías^{3,31,32}.

La información que nos proporciona el cuestionario utilizado juega un papel importante para ayudar a identificar las formas de mejorar el cuidado y el servicio al paciente. Unos de nuestros principales objetivos es proporcionar un nivel de servicio que merezca la más alta calificación por los pacientes que tratamos. En el caso que nos ocupa, al evaluar la satisfacción de los pacientes con la realización del PMIGPC, hemos podido detectar posibles oportunidades de mejora en el programa y en consecuencia, poner en práctica las modificaciones correspondientes. Por otro lado, aunque hay numerosos estudios sobre los resultados de la cirugía bariátrica, y sobre la satisfacción de los pacientes con esos resultados, sin embargo, prácticamente, no los hay que evalúen la satisfacción con un programa de preparación multidisciplinar para la cirugía bariátrica. Es interesante señalar que, en uno de los pocos estudios encontrados sobre garantía de la calidad en cirugía bariátrica³³, sus autores no mencionan en absoluto la medida de la satisfacción de los pacientes con el programa. En ese sentido, los requisitos para el reconocimiento de un hospital como centro de excelencia por la American Society of Bariatric Surgery (ASBS), que fueron establecidos después de múltiples reuniones entre cirujanos bariátricos expertos, con el consejo de miembros de la industria conocedores de la metodología de mejora continua de la calidad, establecieron once

requisitos para la aprobación «provisional». En el cuarto de ellos se exige que la institución solicitante cuente con los varios servicios consultivos necesarios para el cuidado de pacientes quirúrgicos bariátricos, incluyendo la disponibilidad inmediata de servicios completos de cuidados críticos dentro de la institución; y la disponibilidad de, por lo menos, un anestesiólogo, un neumólogo, un cardiólogo, un radiólogo intervencionista y un especialista en enfermedades infecciosas, más soporte nutricional y de psicología/psiquiatría. Ninguno de esos requisitos implica que haya una evaluación del programa por el paciente. La «aprobación completa» del centro, como centro de excelencia, incluye las mismas cuestiones, pero también pide datos específicos sobre el porcentaje de seguimiento, resultados quirúrgicos en términos de pérdida de peso, cambio del IMC, resolución de las patologías coexistentes, mortalidad perioperatoria y, a largo plazo, intervenciones repetidas, reingresos, revisiones y actividades académicas³³. Tampoco aquí se incluye ninguna evaluación del programa por parte del paciente. Así pues, ha sido difícil discutir comparativamente los resultados de este estudio con los de otros.

Limitaciones del estudio

En el caso que presentamos, los elevados resultados previos impiden que se produzcan diferencias estadísticamente significativas entre el primer y el segundo pase del cuestionario, estando los resultados en todos los casos en niveles de excelencia. Probablemente habría que «sofisticar» más el cuestionario utilizado para que pudiera ser más discriminatorio. De hecho, durante la realización de la última sesión del taller, en la que interviene el paciente «experto» se puede constatar el especial interés de los pacientes por conocer la experiencia de su «colega», pero eso no queda reflejado en los resultados. La evaluación continua permitiría constatar el impacto de la mejora introducida y generaría nuevas posibilidades de mejora, como las señaladas por los pacientes en este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Larrad A, Sánchez-Cabezudo C. Indicadores de calidad en cirugía bariátrica y criterios de éxito a largo plazo. *Cir Esp*. 2004;75:301-4.
2. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res*. 2006;13: 639-48.
3. Pérez-Blanco V, Morant C, García-Caballero J, Vesperinas G, Cos-Blanco AI, Royo C, et al. Desarrollo e implantación de una vía clínica para la cirugía bariátrica. *Rev Calid Asist*. 2004;19:250-60.
4. Rodríguez-Marín J, Neipp MC. *Manual de Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis; 2008.
5. Apple RF, Lock J, Peebles R. *Preparing for Weight Loss Surgery. Therapist Guide*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
6. Woodward BG. *A complete guide to obesity surgery: Everything you need to know about weight loss surgery and how to succeed*. New Bern, NC: Trafford Publishing; 2001.

7. Ashton K, Drerup M, Windover A, Heinberg L. Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis.* 2009;5:257-62.
8. Ruiz MA, Berrocal C, Valero L. Cambios psicológicos tras cirugía bariátrica en personas con obesidad mórbida. *Psicothema.* 2002;14:577-82.
9. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery. *Health Care Manage Rev.* 1994;19:49-55.
10. Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: Focus group interview results. *Health Care Manage Rev.* 1998;23:81-96.
11. Carbajal J, García S, Márquez M, Hernández I, Martín-García M, Cerquella C. Valoración de la satisfacción de los pacientes intervenidos de vesícula biliar por laparoscopia en un servicio de cirugía general. *Rev Calid Asist.* 2008;23:164-9.
12. Albaina E, Diez A, Ibañez-Ruiz I, Navaridas A. Cirugía Bariátrica ¿Te operarías de nuevo? Revista Rol de Enfermería. *Rev Enferm.* 2001;24:267-71.
13. Choi Y, Frizzi J, Foley A, Harkabus M. Patient satisfaction and results of vertical banded gastroplasty and gastric bypass. *Obes Surg.* 1999;9:33-5.
14. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc).* 2000;114 Suppl 3:26-33.
15. Pérez-Jover V, Mira JJ, Tomás O, Nebot C, Rodríguez-Marín J. Buenas prácticas y satisfacción del paciente. *Rev Calid Asist.* 2010;25:348-55.
16. Van-der Hofstadt CJ, Pérez-Martínez E, Abad AL, Berenguer R, Moncho E, Pico A. Programa multidisciplinar de intervención grupal pre cirugía bariátrica. *C Med Psicossom.* 2010;93-94:34-44.
17. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann.* 1983;6:247-63.
18. Powell R. Measuring patient satisfaction. *Br J Gen Pract.* 2008;58:50-1.
19. Hankins M, Fraser A, Hodson A, Hooley C, Smith H. Measuring patient satisfaction for the Quality and Outcomes Framework. *Br J Gen Pract.* 2007;57:737-40.
20. Thomas LH, MacMillan J, McColl E, Priest J, Hale C, Bond S. Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. *Int J Qual Health Care.* 1995;7:153-63.
21. Díaz de Rada V. Comparación entre los resultados proporcionados por encuestas telefónicas y personales. *Opiniones y Actitudes.* 2010;66:25-37.
22. González A, Fabrellas N, Agramunt M, Rodríguez E, Grifell E. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada.* 2008;1:1-3 [consultado 26 Dic 2011]. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/3s>
23. Mira JJ, Vitaller J, Rodríguez-Marín J. Calidad percibida y satisfacción. Interrelaciones médico-enfermo. La calidad de la asistencia y la satisfacción. En Aranaz JM, Aibar C, Vitaller JJ, Mira JJ (Dir). *Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes.* Madrid: Fundación MAPFRE. Díaz de Santos; 2008. p. 209-14.
24. Muñoz Cantero JM. Los sistemas de garantía de calidad. Una directriz europea. *Revista Fuentes.* 2009;9:118-50.
25. Mira JJ, Aranaz JM, Álvarez NJ. La calidad asistencial. Componentes. Evolución del concepto de calidad asistencial. En Aranaz JM, Aibar C, Vitaller JJ, Mira JJ (Dir). *Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes.* Madrid: Fundación MAPFRE. Díaz de Santos; 2008. p. 127-31.
26. Alfonsín-Serantes C, Viña-Vázquez J. Grado de satisfacción en el paciente trasplantado de pulmón. *Rev Calid Asist.* 2007;22:21-7.
27. Hernández-García I, González-Torga A, Villanueva-Ruiz C, García-Shimizu P, Martín-Ruiz AC, Arnau-Santos M. Satisfacción en los pacientes atendidos en una consulta externa de medicina preventiva. *Rev Calid Asist.* 2010;25:83-9.
28. Ballantyne GH. Measuring outcomes following bariatric surgery: weight loss parameters. *Obes Surg.* 2003;13:954-64. p. 961.
29. Weiner R, Datz M, Wagner D, Bockhorn H. Quality-of-life outcome after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity. *Obes Surg.* 1999;9:539-45.
30. Westling A, Gustavsson S. Laparoscopic vs open Roux-en-Y gastric bypass: a prospective, randomized trial. *Obes Surg.* 2001;11:284-92.
31. Wallace LM. Pre-operative state anxiety as a mediator of psychological adjustment to and recovery from surgery. *Br J Med Psychol.* 1986;59:253-61.
32. Home DJ, Vatmanidis P, Careri A. Preparing patients for invasive medical and surgical procedures. *Behav Med.* 1994;20:15-21.
33. Rendon SE, Pories WJ. Garantía de la calidad en cirugía bariátrica. *Surg Clin N Am.* 2005;85:757-71.