



Universidad de Valladolid



**PROGRAMA DE DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN EN
CIENCIAS DE LA SALUD**

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, OFTALMOLOGÍA,
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y FISIOTERAPIA**

TESIS DOCTORAL:

**Satisfacción parental en Cirugía Mayor Ambulatoria
pediátrica**

Presentada por Don Rodrigo Poves Álvarez para optar al grado de
Doctor por la Universidad de Valladolid

Dirigida por:

DR. EDUARDO TAMAYO GÓMEZ

DR. JOSÉ MARÍA EIROS BOUZA

DRA. ESTHER GÓMEZ SÁNCHEZ



AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/A DE TESIS

(Art. 7.2 de la Normativa para la presentación y defensa de la Tesis Doctoral en la UVA)

D. Eduardo Tamayo Gómez, con D.N.I. 13088744L

Catedrático del departamento de Cirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología y Fisioterapia

Centro: Facultad de Medicina

Dirección a efecto de notificaciones: Avenida Ramón y Cajal 14. C.P. 47003

e-mail: tamayo@med.uva.es

D. José María Eiros Bouza, con D.N.I. 09250921E

Catedrático del departamento de Anatomía Patológica, Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Medicina Legal y Forense

Centro: Facultad de Medicina

Dirección a efecto de notificaciones: Avenida Ramón y Cajal 14. C.P. 47003

e-mail: eiros@med.uva.es

D^a. Esther Gómez Sánchez, con D.N.I. 71021604L

Profesora asociada del departamento de Cirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología y Fisioterapia

Centro: Facultad de Medicina

Dirección a efecto de notificaciones: Avenida Ramón y Cajal 14. C.P. 47003

e-mail: esthergzam@hotmail.com

Como Directores de la Tesis Doctoral titulada: **Satisfacción parental en Cirugía Mayor Ambulatoria pediátrica** realizada por D. Rodrigo Poves Alvarez, alumno del Programa de Doctorado en Investigación en Ciencias de la Salud **autorizan** su presentación, considerando que la estructura y ejecución de este trabajo se ajusta a los objetivos propuestos inicialmente en su redacción y por ello puede ser presentada como trabajo original para la obtención del Título de Doctor.



D. Eduardo Tamayo Gómez (*Director/a de la tesis doctoral*)¹:

- Declara que cumple los requisitos para poder ejercer la dirección de la tesis doctoral que establecen el RD 99/2011 (modificado por el RD 195/2016) y el Acuerdo del Comité de Dirección de la Escuela de Doctorado de la Universidad de Valladolid del 17 de febrero de 2014, es decir, que posee “al menos un período de actividad investigadora reconocido de acuerdo con las previsiones del RD 1086/1989 de 28 de agosto”².

Valladolid, de..... de.....

El Director de la Tesis

D. José María Eiros Bouza (*Director de la tesis doctoral*):

- Declara que cumple los requisitos para poder ejercer la dirección de la tesis doctoral que establecen el RD 99/2011 (modificado por el RD 195/2016) y el Acuerdo del Comité de Dirección de la Escuela de Doctorado de la Universidad de Valladolid del 17 de febrero de 2014, es decir, que posee “al menos un período de actividad investigadora reconocido de acuerdo con las previsiones del RD 1086/1989 de 28 de agosto”.

Valladolid, de..... de.....

El Director de la Tesis

D^a. Esther Gómez Sánchez (*Directora de la tesis doctoral*):

- Declara que cumple los requisitos para poder ejercer la dirección de la tesis doctoral que establecen el RD 99/2011 (modificado por el RD 195/2016) y el Acuerdo del Comité de Dirección de la Escuela de Doctorado de la Universidad de Valladolid del 17 de febrero de 2014, es decir, que posee “al menos un período de actividad investigadora reconocido de acuerdo con las previsiones del RD 1086/1989 de 28 de agosto”.

Valladolid, de..... de.....

La Directora de la Tesis

Fdo.:

SR/SRA. PRESIDENTE/A DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO

¹ Esta declaración deben realizarla todos los codirectores de la tesis, en el caso de que haya más de un director.

² En el caso de que la figura contractual no sea evaluable por tramos o se trate de un profesor de una universidad extranjera, deberá haber aportado a la Comisión académica del Programa de doctorado un CV u otro documento acreditativo de poseer méritos equivalentes a un tramo de actividad investigadora.

RESUMEN

Introducción y objetivos

La cirugía ambulatoria se ve favorecida en la edad pediátrica, ya que suelen ser pacientes sanos y sin grandes comorbilidades. Los beneficios obvios son la minimización de los costes económicos, la utilización óptima de los recursos, la disminución de la exposición a infecciones y las ventajas psicológicas y emocionales de evitar el ingreso de los niños, especialmente para la familia. La satisfacción de los padres es un desafío en los procesos de cirugía pediátrica. El objetivo de este estudio fue comparar la satisfacción de los padres cuyos hijos fueron intervenidos sin pernoctar con los padres cuyos hijos fueron intervenidos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria autónoma.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional prospectivo en 200 niños que fueron operados de forma ambulatoria (133 fueron operados en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria autónoma y 67 en un entorno de hospitalización sin pernocta). Se recogieron diferentes variables, incluyendo sexo, edad, tipo de cirugía, tiempo de estancia en el hospital y circuito, y se realizó una encuesta de satisfacción telefónica (cuestionario de satisfacción de 14 preguntas con posibles respuestas del 1 al 4 en escala Likert y una decimoquinta pregunta sobre satisfacción global, con respuesta de 0 a 10).

Resultados

La satisfacción global durante la estancia hospitalaria fue mayor en el grupo intervenido en la Unidad Autónoma de Cirugía Mayor Ambulatoria ($3,54 \pm 0,57$ vs $3,28 \pm 0,64$, $p = 0,004$). La respuesta de los padres como muy satisfechos con la estancia hospitalaria está influenciada por varios factores, entre los que se encuentran ser atendidos en Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria autónomas (OR = 2,16), buena o muy buena consideración de la información recibida antes de la cirugía (OR = 2,03) y buena o muy buena consideración de la información recibida al alta (OR = 2,48).

Conclusiones

Los padres de niños intervenidos de forma ambulatoria se mostraron más satisfechos si el procedimiento se realizaba en una Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria autónoma en comparación con los operados en el circuito de hospitalización, aunque

nfuera sin pernocta. La información recibida durante todo el proceso influyó en la percepción de la asistencia generada en los padres. Estos hallazgos sugieren que se deberían crear unidades autónomas de cirugía ambulatoria y a la mejora de la información perioperatoria.

ABSTRACT

Background and objectives

Ambulatory surgery is much favored in children, as they are usually healthy with no major comorbidities. Obvious benefits are minimization of health costs, optimal utilization of resources, decreased exposure to infections and psychological and emotional advantages of avoiding admission of the patient, especially for the family. Parental satisfaction is a challenge in pediatric surgery processes. The objective of this study was to compare satisfaction in parents whose children underwent surgery without overnight stays with parents whose children were operated on in an autonomous Major Ambulatory Surgery Unit (hospital isolated).

Materials and methods

This was a prospective observational study in 200 children who were operated on in an outpatient basis (133 were included in an out-patient unit, and 67 in a hospitalization setting). Different variables were collected, including sex, age, type of surgery, length of stay in the hospital and circuit, and a telephone perception survey was conducted (questionnaire of satisfaction of 14 questions with possible answers from 1 to 4 on a Likert scale and a fifteenth question on global satisfaction, with an answer from 0 to 10).

Results

Overall satisfaction during the hospital stay was higher in the group operated in the Autonomous Major Surgery Unit (3.54 ± 0.57 vs. 3.28 ± 0.64 , $p = 0.004$). Whether parents respond to being very satisfied with the hospital stay is influenced by several factors, among which are being treated at Major Ambulatory Surgery Units (OR = 2.16), good or very good consideration of the information received prior to surgery (OR = 2.03) and good or very good consideration of the information received at discharge (OR = 2.48).

Conclusions

Parents of children operated on in an outpatient basis were more satisfied if the procedure was performed in an Autonomous Major Ambulatory Surgery Unit compared to hospitalization circuit, even if it was not overnight. The information received during the care process influenced the perception of the assistance generated in the parents.

These findings suggest that efforts should be devoted to the creation of autonomous units for ambulatory surgery and to the improvement of perioperative information.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	16
1.1. Historia de la Cirugía Mayor Ambulatoria	16
1.2. Unidades de CMA	23
1.3. Cirugía ambulatoria pediátrica.....	26
1.4. Selección de pacientes	27
1.5. Selección de procedimientos	29
1.6. Definición de calidad. Calidad de los servicios sanitarios.....	35
1.7. Satisfacción del paciente como indicador de calidad	39
1.8. Cuestionarios de satisfacción	41
1.9. Cuestionarios de satisfacción en el ámbito quirúrgico	42
1.10. Características específicas en la población pediátrica	46
1.11. Evaluación de satisfacción de familia y paciente	46
1.12. Satisfacción en cirugía pediátrica	48
1.13. Importancia de la satisfacción del paciente y la familia	49
1.14. Cuestionario SUCMA 14.....	50
2. JUSTIFICACIÓN.....	55
3. HIPÓTESIS	59
4. OBJETIVOS.....	62
4.1. Objetivo principal	62
4.2. Objetivos secundarios	62
5. MATERIAL Y MÉTODOS	65



5.1. Población de estudio y servicio hospitalario.....	65
5.2. Diseño del estudio.....	65
5.2.1. Clasificación de la muestra	67
5.2.2. Selección de los pacientes	67
5.2.3. Técnica anestésica y procedimientos realizados	67
5.2.4. Valoración de la satisfacción parental.....	68
5.2.5. Recogida de datos.....	68
5.3. Análisis estadístico	69
6. RESULTADOS	72
6.1. Características generales de la muestra	72
6.2. Características generales del grupo Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y del grupo URPA	74
6.3. Evaluación parental sobre el proceso asistencial	74
6.3.1. Percepción de la calidad de los cuidados recibidos en el hospital.....	74
6.3.2. Satisfacción de los padres con la ambulatorización del procedimiento ...	78
6.3.3. Satisfacción con el seguimiento posthospitalario	81
6.3.4. Satisfacción global.....	83
6.4. Comparación entre grupos de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Bloque Quirúrgico	83
6.5. Comparación entre grupos con ausencia y presencia de dolor en el postoperatorio	85
6.6. Factores de satisfacción global	87



6.7. Factores asociados a ausencia de dolor.....	88
7. DISCUSIÓN.....	92
7.1. Hallazgos principales.....	92
7.2. Características de la población de estudio.....	93
7.3. Satisfacción global.....	93
7.4. Información.....	95
7.5. Dolor.....	97
7.6. Instalaciones.....	98
7.7. Tiempo de estancia.....	99
7.7. Limitaciones.....	101
7.8. Aplicación de los resultados y futuros estudios.....	101
8. CONCLUSIONES.....	105
9. BIBLIOGRAFÍA.....	108
10. ANEXOS.....	131
10.1. Anexo I. Informe del Comité de Ética e Investigación.....	131
10.2 Anexo II. Consentimiento informado.....	132
10.3. Anexo III. Cuestionario SUCMA 14.....	135
10.4. Anexo 4. Difusión de resultados.....	138
10.5. Plano de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del H.C.U.V.....	147
10.6. Plano del Bloque Quirúrgico del H.C.U.V.....	148

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Royal Hospital for Sick Children.....	16
Figura 2. Ralph Milton Waters. 1883-1979.....	17
Figura 3. Noticia de la inauguración de Surgicenter en Phoenix	19
Figura 5. Herniotomía inguinal derecha.....	29
Figura 6. Testículo derecho no descendido	30
Figura 7. Quirófano de la UCMA del HCUV	¡Error! Marcador no definido.
Figura 8. URPA de la UCMA	¡Error! Marcador no definido.
Figura 9. H.C.U.V. Un hospital con dos caras	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Asociaciones de cirugía ambulatoria.....	20
Tabla 2. Porcentaje de intervenciones de CMA. Año 2018	22
Tabla 3. Porcentaje de cirugías ambulatorias sobre el total. Evolución 2010-2018.....	23
Tabla 4. Tipos de UCMA	25
Tabla 5. Dimensiones en la valoración de calidad asistencial (149).....	38
Tabla 6. Factores asociados a mayor satisfacción del paciente.....	40
Tabla 7. Correlación entre cada ítem y el total de alfa de Cronbach del cuestionario tras la eliminación de cada ítem	52
Tabla 8. Características demográficas y tiempo de estancia	73
Tabla 9. Tipo de cirugía.....	73
Tabla 10. Características demográficas y tiempo de estancia según grupo.....	74
Tabla 11. Evaluación parental del proceso asistencial.	84
Tabla 12. Comparación entre el grupo con ausencia de dolor y el resto de la muestra..	86
Tabla 13. Análisis de regresión logística; variables asociadas con padres muy satisfechos.....	88
Tabla 14. Análisis de regresión logístico; variables asociadas con la ausencia de dolor	89

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Historia de la Cirugía Mayor Ambulatoria

A principios del siglo XX, James Nicoll (1864 –1921) puso los cimientos para la cirugía moderna con su trabajo en Glasgow, Escocia (1). Operó a un gran número de niños con patologías quirúrgicas como hernias, fimosis, mastoiditis, fisura palatina, pies equinos y espina bífida en régimen ambulatorio. En 1909 publicó en el British Medical Journal el éxito de cirugía ambulatoria en una serie de 8.988 casos pediátricos intervenidos en el Glasgow Royal Hospital For Sick Children (2). A pesar de la buena acogida que tuvo por parte de sus colegas la publicación de este estudio, el impacto sobre la práctica quirúrgica de esa época fue mínimo.



Figura 1. Royal Hospital for Sick Children

Fuente: Glasgow Caledonian University, Research Collections, Heatherbank Museum of Social Work

En la década de 1920, el anestesiólogo y uno de los fundadores de la Academia Americana de Anestesiología, Ralph M. Waters inauguró centros de anestesia ambulatoria en la Sioux City y Kansas City, reconocidas como prototipos para la cirugía mayor ambulatoria. Estas clínicas no tenían vinculación hospitalaria y en ella se realizaba

cirugía menor y estomatológica (3). En 1925, Herzfeld publicó una experiencia satisfactoria con más de 1000 niños a los que se les intervino de hernia inguinal bajo anestesia general (4).



Figura 2. Ralph Milton Waters. 1883-1979

Fuente: <https://litfl.com/ralph-m-waters/>

En 1946 el canadiense Earle Shouldice, al aplicar anestesia local e indicar a los pacientes la deambulación precoz, rompió con los cuidados que se realizaban habitualmente sin que ello supusiera merma a la calidad de la técnica quirúrgica. Con la aplicación de la técnica de Shouldice la cirugía ambulatoria recibió un verdadero impulso al disminuir la morbimortalidad inherente a la anestesia general (5).

Desde principios de siglo, poco o ningún progreso inmediato se registró en la cirugía ambulatoria en el Reino Unido debido a la actitud poco favorable hacia ella del estamento médico. Esto se reflejó en un editorial publicado en el British Medical Journal en 1948 (6) que afirmaba que "cualquier cirujano que permita a un paciente salir del hospital de alta antes de los 14 días de una operación abdominal (incluyendo hernia

inguinal) estaría en una situación difícil en caso de que se produzcan complicaciones". Se empezaron a vislumbrar progresos cuando en 1955 Farquharson, que trabajaba en el Royal Infirmary de Edimburgo, promovió las altas precoces y publicó los resultados de una serie de 485 herniorrafias de adulto ambulatorias en *Lancet*. En este trabajo recomienda la deambulacion precoz y define y analiza las causas para realizar el procedimiento en régimen ambulatorio, frente a la estancia hospitalaria media de la época para la herniorrafia, que era de 10 días (7).

En la década de 1950 y principios de 1960 algunos profesionales de todo el mundo impulsaron la cirugía ambulatoria, pero en esfuerzos aislados e individuales. Pero el concepto de Nicoll de una unidad diseñada específicamente para cirugía ambulatoria no fue desarrollado hasta 1962 con el desarrollo de una unidad de cirugía ambulatoria con sede en un hospital en la Universidad de California en Los Ángeles, EE.UU. (8). Otras unidades fueron inauguradas en los EE.UU. en 1966 en la Universidad George Washington (9) y en 1968 en Providence, Rhode Island. La naturaleza independiente de la unidad de Nicoll no fue replicada hasta que los anesestesiólogos Reed y Ford abrieron su Surgicenter™ en Phoenix, Arizona el 12 de febrero de 1970. Se centraron en realizar cirugía ambulatoria bajo anestesia general aislados de un hospital pero en un ambiente seguro para los pacientes, provocando una revolución en los cuidados sanitarios (10).

Un número cada vez mayor de unidades de cirugía ambulatoria, particularmente en los EE.UU., Canadá, Reino Unido y Australia, se abrieron en las décadas de 1970 y 1980. Estos generaron una serie de artículos científicos en revistas médicas sobre los beneficios de la cirugía ambulatoria, la gama de procedimientos que podría abarcar y cómo se debe llevar a cabo. El rápido crecimiento de la cirugía mayor ambulatoria en Estados Unidos y en algunos países europeos, sobre todo en el Reino Unido, en los años ochenta fue uno de los fenómenos más llamativos de la medicina moderna. El término "cirugía mayor ambulatoria" surgió en 1986 con la publicación de un libro con ese título del autor James E. Davis, profesor de cirugía en Carolina del Norte (11).



Figura 3. Noticia de la inauguración de Surgicenter en Phoenix

Fuente: MedPac Report to the Congress: Medicare Payment Policy. Credit: Jim Sargent, USA TODAY

Empujados por este cuerpo de conocimiento, se publicaron varios estudios nacionales sobre la cirugía ambulatoria. Diversas publicaciones examinaron la calidad, la relación coste-efectividad y la seguridad de la cirugía ambulatoria, así como los aspectos organizativos y estructurales necesarios para su desarrollo. Las primeras publicaciones incluyen las de la Orkand Corporation en los EE.UU. (12), el Royal College of Surgeons of England (13) y la Audit Commission (14, 15) en el Reino Unido y el Royal Australasian College of Surgeons en Australia (16). Las últimas publicaciones en el Reino Unido se concentran en las buenas prácticas y el aumento de la proporción de cirugía ambulatoria (17-20).

Con el crecimiento de la cirugía ambulatoria, grupos de entusiastas se unieron constituyendo asociaciones para promover estándares de calidad, desarrollo, docencia e investigación en este campo. El primero de ellos fue la Society for the Advancement of Freestanding Ambulatory Surgery Centers (FASC), ahora conocida como la Federated Ambulatory Surgery Association (FASA), que fue fundada en los Estados Unidos en 1974. En 1995, 12 asociaciones nacionales acordaron formar y convertirse en miembros de la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS). Esta asociación cuenta

ahora con miembros de 24 países y 1 miembro internacional (SAMBA). La IAAS es una asociación multidisciplinaria que incluye a cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y personal de gestión y la mayoría de sus asociaciones miembros adoptan un enfoque similar. Algunas asociaciones de cirugía sin ingreso nacionales e internacionales se enumeran en la tabla 1.

Tabla 1. Asociaciones de cirugía ambulatoria

País	Nombre	Fecha
EE.UU.	Federated Ambulatory Surgery Association (FASA)	1974
EE.UU.	Society for Ambulatory Anesthesia (SAMBA)	1984
Reino Unido	British Association of Day Surgery (BADs)	1990
Alemania	Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (BAO)	1992
Francia	Association Francaise de Chirurgie Ambulatoire (AFCA)	1994
España	Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA)	1994
Países Bajos	Nederlandse Vereniging voor Dagbehandeling en Kort verblijf (NVDK)	1994
Australia	Australian Day Surgery Nurses Association (ADSNA)	1995
Internacional	International Association for Ambulatory Surgery (IAAS)	1995
Australia	Australian Day Surgery Council (Committee from 1989 – 1996)	1996
Bélgica	Belgium Association of Ambulatory Surgery (BAAS)	1996
Dinamarca	Dansk Selskab for Dak-Kirurgi (DSDK)	1996
Italia	Federazione Italiana Day Surgery (FIDS)	1996
Portugal	Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA)	1998
Polonia	Polskie Towarzystwo Medycyny i Chirurgii Ambulatoryjnej	1999
Suecia	Swedish Day Surgery Association	1999
Hong Kong	The Hong Kong Association of Day Surgery	1999

En España el interés hacia la cirugía ambulatoria no fue muy evidente hasta la llegada de la década de los 1980. En el año 1982 el grupo de los doctores Polo y García Sabrido del Hospital Gregorio Marañón de Madrid inició un programa de cirugía sin

ingreso de la hernia inguinal. En el ámbito del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) el comienzo de la Cirugía Mayor Ambulatoria se puede relacionar con la implantación de los programas de cirugía de tarde en el año 1988 y, posteriormente, con la creación de la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, adscrita al Completo Hospitalario de Toledo. En Toledo se celebra en 1989 el primer simposium nacional sobre cirugía ambulatoria. Veinte años después de la apertura del Surgicenter en EE.UU., en octubre del año 1990 se creó la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria de funcionamiento autónomo en España, dependiente del Servicio Catalán de Salud e integrada en el Hospital de Viladecans. Este hospital organiza este mismo año 1990 el Primer Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hasta el año 1993 no se reconoce oficialmente en España la Cirugía sin Ingreso. Este año el Ministerio de Sanidad y Consumo editó una “Guía de organización y funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria”, ésta se basaba fundamentalmente en las experiencias publicadas previamente por los profesionales sanitarios españoles involucrados de diferentes hospitales durante los años anteriores, así como en las conclusiones de los congresos específicamente organizados para contrastar las experiencias existentes hasta esos momentos. La Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) se constituye en el año 1994, y se integra en la IAAS que se constituyó con posterioridad.

A modo de resumen se puede considerar que desde que los centros pioneros iniciaron la actividad en Cirugía Mayor Ambulatoria en 1990, este tipo de cirugía ha pasado por diferentes fases. Inicialmente se crearon protocolos, circuitos de pacientes y sistemas diferenciados para esta cirugía. Posteriormente se crearon nuevas Unidades incrementándose la actividad de las mismas. Más tarde se instauró la codificación de la actividad en Cirugía Mayor Ambulatoria y se procedió a la sustitución progresiva de los sistemas de pago y concertación. Además la Cirugía Mayor Ambulatoria se introdujo como objetivo en los Contratos Programa o de Gestión del Insalud y de las Comunidades Autónomas, incluyendo un listado básico de procesos. Finalmente, en la actualidad se está trabajando sobre criterios de calidad, eficiencia y acreditación (21).

En la tabla 2 se exponen los porcentajes de cirugías ambulatorias en el sistema público de salud (22). Se observa que existen aún diferencias importantes entre los diferentes territorios autonómicos.

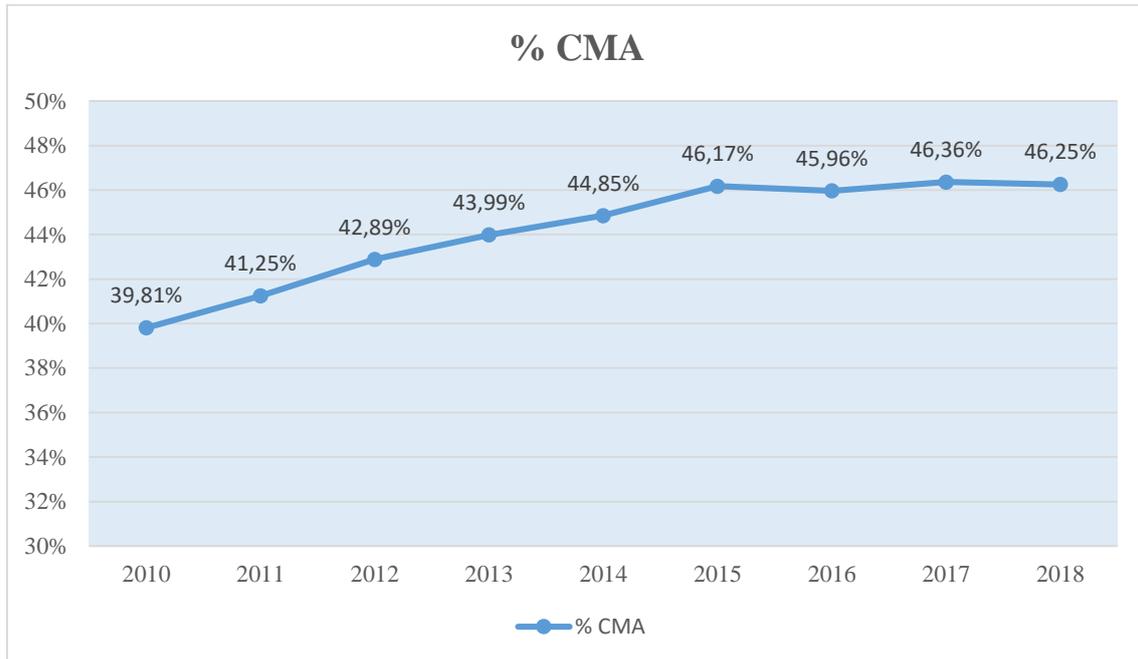
Tabla 2. Porcentaje de intervenciones de CMA. Año 2018

% CMA sobre el total	
SNS	46.3%
Andalucía	47.1%
Aragón	35.9%
Asturias	41.3%
Baleares	45.8%
Canarias	34%
Cantabria	42.4%
Castilla y León	42.2%
Castilla La Mancha	47.5%
Cataluña	51.6%
Comunidad Valenciana	47.7%
Extremadura	37.5%
Galicia	42.7%
Madrid	49.8%
Murcia	42.6%
Navarra	37%
País Vasco	43.1%
La Rioja	46.5%
Ceuta y Melilla	32.8%

SNS: Sistema Nacional de Salud. CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria

En los últimos años en España se ha producido la evolución del porcentaje de ambulatorización que se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Porcentaje de cirugías ambulatorias sobre el total. Evolución 2010-2018



CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria

1.2. Unidades de CMA

La Cirugía Mayor Ambulatoria (cirugía ambulatoria, cirugía sin ingreso, cirugía de un día, cirugía de pacientes externos, cirugía de alta precoz) es el modelo organizativo de la asistencia quirúrgica que permite tratar al paciente de forma segura y efectiva sin necesidad de ingreso y sin utilización de una cama de hospitalización. Existen múltiples definiciones para la cirugía ambulatoria y términos que pueden ser sinónimos en algunos países o expresar diferentes conceptos en otros (23). Las definiciones de la International Association for Ambulatory Surgery en castellano de la terminología habitual sobre cirugía ambulatoria son las siguientes:

- Cirugía Mayor Ambulatoria: intervención/procedimiento, excluyendo una intervención de cirugía menor ambulatoria o en consulta, en la que el paciente es admitido y dado de alta el mismo día, sin pernocta en el hospital.
- Paciente de Cirugía Mayor Ambulatoria: paciente que es intervenido, excluyendo un procedimiento de consulta, y que es admitido y dado de alta en el mismo día.
- Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA): un centro dedicado al tratamiento óptimo de pacientes ambulatorios.

- Paciente de Recuperación Prolongada: paciente intervenido en una Unidad de cirugía ambulatoria que requiere recuperación prolongada, con pernocta, antes del alta al día siguiente.
- UCMA con recuperación prolongada: área de recuperación específicamente creada (nueva o reconvertida) para los pacientes ambulatorios que requieran recuperación prolongada después de una operación de CMA (24).

La International Association for Ambulatory Surgery considera tres motivos principales por los que deben aceptarse internacionalmente las mismas definiciones:

- Los beneficios potenciales de la cirugía ambulatoria son tan importantes que han de asegurarse las consiciones apropiadas para su desarrollo. Debido a su relativo carácter novedoso las mejoras en la cirugía ambulatoria llevan tiempo y precisan refuerzos para irse implantando. La comprensión y definición del concepto son una clave para el éxito.
- La necesidad de comparar prácticas, la medicina basada en la evidencia y el deseo de los países de proporcionar atención sanitaria de calidad para toda la población hacen necesario disponer de herramientas de comparación. El primer requerimiento para las comparaciones es que todos demos el mismo significado a las mismas palabras.
- Solo una organización internacional permite la estandarización de las definiciones del trabajo en cirugía ambulatoria, proveniendo las mismas de expertos de diferentes países para ello (23).

Existen varias clasificaciones de la tipología administrativa de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, se ha seleccionado la siguiente, que utiliza la relación física y organizativa con el hospital como criterio, y que es la utilizada por el Ministerio de Sanidad en España y que está publicada en el Manual de estándares y recomendaciones de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (tabla 4)(25). En esta guía se indican como unidades más adecuadas las autónomas y las satélites, considerando que tienen la relación costoefectiva más favorable.

Tabla 4. Tipos de UCMA

Tipo	Organización	Estructura
Unidades integradas	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia de servicios quirúrgicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente compartida con recursos hospitalarios.
Tipo I	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable o Coordinador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Admisión diferenciada.
Unidades integradas	<ul style="list-style-type: none"> • Organización independiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quirófanos dentro del bloque general, pero con asignación específica a CMA.
Tipo II	<ul style="list-style-type: none"> • Doble dependencia Unidad-Servicios Quirúrgicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Admisión diferenciada. • Zona de readaptación al medio diferenciada.
Unidades Autónomas	<ul style="list-style-type: none"> • Similar a II. 	<ul style="list-style-type: none"> • Propia y delimitada arquitectónicamente en el diseño del hospital.
Unidades satélites	<ul style="list-style-type: none"> • Similar a II 	<ul style="list-style-type: none"> • Separada físicamente del hospital.
Unidades independientes	<ul style="list-style-type: none"> • Organización propia. • Ninguna relación orgánica con el hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Propia, integrada en un centro de asistencia sanitaria sin internamiento (C.2. R.D. 1277/ 2003), o centro de CMA (C.2.5.4. R.D. 1277/2003).

1.3. Cirugía ambulatoria pediátrica

La realización de cirugía ambulatoria pediátrica ofrece beneficios significativos para los pacientes y sus familias, y también para los profesionales y los sistemas sanitarios en los que se atiende a los pacientes (26).

- Beneficios de la cirugía ambulatoria para el paciente y la familia

Aunque se producen efectos muy beneficiosos para los sistemas sanitarios el objetivo fundamental es la mejora de la atención proporcionada a los pacientes. Por definición la cirugía ambulatoria excluye la necesidad del paciente de permanecer en el hospital, disminuyendo la exposición a infecciones nosocomiales y a lesiones por iatrogenia (27). Además las familias prefieren cuidados que minimicen el tiempo que vayan a permanecer fuera de su domicilio (28). En los regímenes ambulatorios de atención habitualmente los tiempos de espera tanto previos como posteriores a la cirugía se ven disminuidos, lo que disminuye la ansiedad y el trauma por separación de los pacientes y su familia (27). Incluso en los pacientes afectados de apendicitis el alta en el mismo día de la cirugía se correlaciona con grados elevados de satisfacción (29). Además hay que tener en cuenta que si se pasa menos tiempo alejado del domicilio se puede minimizar el impacto económico sobre las familias que puede determinar esta circunstancia (30). En general los niños y sus familias prefieren recuperarse en casa cuando es posible. Varios estudios han demostrado la seguridad del alta domiciliaria en el mismo día de la cirugía de procedimientos rutinarios como la apendicectomía o la colecistectomía laparoscópica, sin aumento de las complicaciones ni ingresos no previstos (31-33).

- Beneficios para los profesionales y sistemas

Basado en la naturaleza de los procedimientos típicamente realizados como cirugía ambulatoria los sistemas pueden ser capaces de realizar entre el 50 y el 100% más de casos en el mismo período de tiempo (34). Este aumento de la eficiencia se puede atribuir al concepto de trabajo lineal que impregna el concepto de ambulatorización. Además el traslado a estructuras diferentes y autónomas permite reservar más tiempo para los casos complejos en las instalaciones de hospitalización (34). Muchos estudios han demostrado que la cirugía ambulatoria reduce costes comparado con la cirugía con ingreso (28, 34-36). La reducción en los costes se puede atribuir en principio a la

disminución de la estancia en el hospital, pero también se relaciona con una disminución del riesgo de infección y con la disminución de los costes operativos (34, 36).

1.4. Selección de pacientes

Los factores principales a considerar para la selección de un niño para cirugía ambulatoria son el estado físico del paciente y el tipo de cirugía a realizar. Estos factores deben estar equilibrados con las capacidades del centro y el personal sanitario para resolver complicaciones.

El niño debe tener un buen estado de salud, y en caso de que sufra una enfermedad sistémica esta debe estar controlada. En la actualidad la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas se consideran adecuados para cirugía ambulatoria. En estos casos la comprensión de la fisiopatología y la evaluación perioperatoria puede guiar a los anestesiólogos a elegir el régimen de atención adecuado para cada paciente (23).

A continuación, se discute la posibilidad de ambulatorizar pacientes con diferentes condiciones basales.

- **Niños exprematuros**

Tienen un mayor riesgo de desarrollar apnea en el postoperatorio que un niño a término. La apnea puede ocurrir posteriormente al alta pasando inadvertida, llegando a producir daños neurológicos o incluso el fallecimiento. Se considera que los prematuros menores de 50 a 55 semanas de edad postconcepcional y/o con una historia preoperatoria de apnea tienen un mayor riesgo de apnea postoperatoria (37). Si el niño fue extremadamente prematuro, tiene displasia broncopulmonar, anemia u otros problemas neonatales este período de 50-55 semanas debe alargarse. Parece prudente realizar un cuidado hospitalario de estos pacientes, y si algún niño desarrolla apnea estando prevista su alta domiciliaria proceder al ingreso hospitalario.

- **Rinorrea**

Un niño que presenta rinorrea puede presentar un proceso benigno no infeccioso como rinitis alérgica, en cuyo caso la cirugía ambulatoria electiva se puede realizar. Por otra parte también puede tratarse de una infección respiratoria, lo que debe llevar a la cancelación de la cirugía. Entre un 20-30% de los niños tienen rinorrea durante una parte

significativa del año por lo que cada caso debe ser evaluado individualmente. Aunque la evaluación preoperatoria de estos pacientes requiere una historia completa, un examen físico y en ocasiones la interpretación de datos de laboratorio, la historia es la parte fundamental para el diagnóstico diferencial. De un modo específico los problemas alérgicos deben ser investigados activamente. La evaluación general del niño (fiebre, astenia, insomnio, anorexia) puede ayudar a diferenciar un proceso agudo de uno crónico. Los padres en ocasiones refieren que es la rinorrea habitual del niño o que se trata de un cuadro diferente al estado basal habitual del paciente que puede ayudar a tomar la decisión de postponer la cirugía. Los padres de los pacientes ambulatorios pueden recibir la instrucción de llamar la mañana de la cirugía en el caso de que el niño inicie rinorrea para evitar un traslado innecesario hasta el hospital. Si la cirugía se demora por una nasofaringitis se puede reprogramar habitualmente en una o dos semanas. Si se trata de un síndrome gripal con síntomas de vías aéreas respiratorias altas y bajas se recomienda demorar el procedimiento electivo hasta un mes tras la recuperación del niño.

- **Asma**

Es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia, afectando al 5-10% de los niños. La posibilidad de realizar cirugía ambulatoria en estos niños vendrá determinada por la frecuencia y severidad de los síntomas, así como por el adecuado control farmacológico. Una buena historia clínica establece el grado de severidad de la enfermedad. Los niños con asma leve tienen síntomas con poca frecuencia y no requieren medicación habitual son candidatos aptos para cirugía ambulatoria. Cuando niños con asma moderado (requieren medicación diaria) son programados para cirugía ambulatoria deben recibir la instrucción de continuar con su medicación hasta la misma mañana de la cirugía (38). Un beta adrenérgico puede ser administrado en la Zona de Acogida de los pacientes. Si el paciente presenta algún síntoma respiratorio, como disnea, tos, taquipnea o síntomas compatibles con infección respiratoria es preferible reprogramar la cirugía. Los niños con asma severo requieren de un tratamiento agresivo de su enfermedad en todo el perioperatorio y es recomendable que ingresen.

- **Otras condiciones médicas**

Los niños diabéticos bien controlados, con defectos cardíacos congénitos o problemas hematológicos pueden ser candidatos a cirugía ambulatoria para

procedimientos de corta duración que no interfieran con sus tratamientos médicos. Los niños en los que se tenga sospecha de que puedan desarrollar hipertermia maligna pueden ser candidatos a cirugía ambulatoria siempre que no se utilicen los agentes desencadenantes. En estos pacientes puede ser recomendable una vigilancia postoperatoria más prolongada previa al alta domiciliaria (39).

1.5. Selección de procedimientos

- **Hernia inguinal e hidrocele**

La hernia inguinal y el hidrocele comunicante son causados por un defecto de obliteración del processus vaginalis del peritoneo. La mayoría de las hernias inguinales en lactantes y niños son hernias indirectas, mientras que las hernias directas y las femorales son hallazgos mucho menos frecuentes. Todas estas hernias son apropiadas para el tratamiento quirúrgico en régimen ambulatorio ya sea con un abordaje abierto tradicional o por vía laparoscópica excepto para bebés prematuros de menos de 60 semanas de edad de edad postconcepcional debido al riesgo de apnea (37, 40-58).

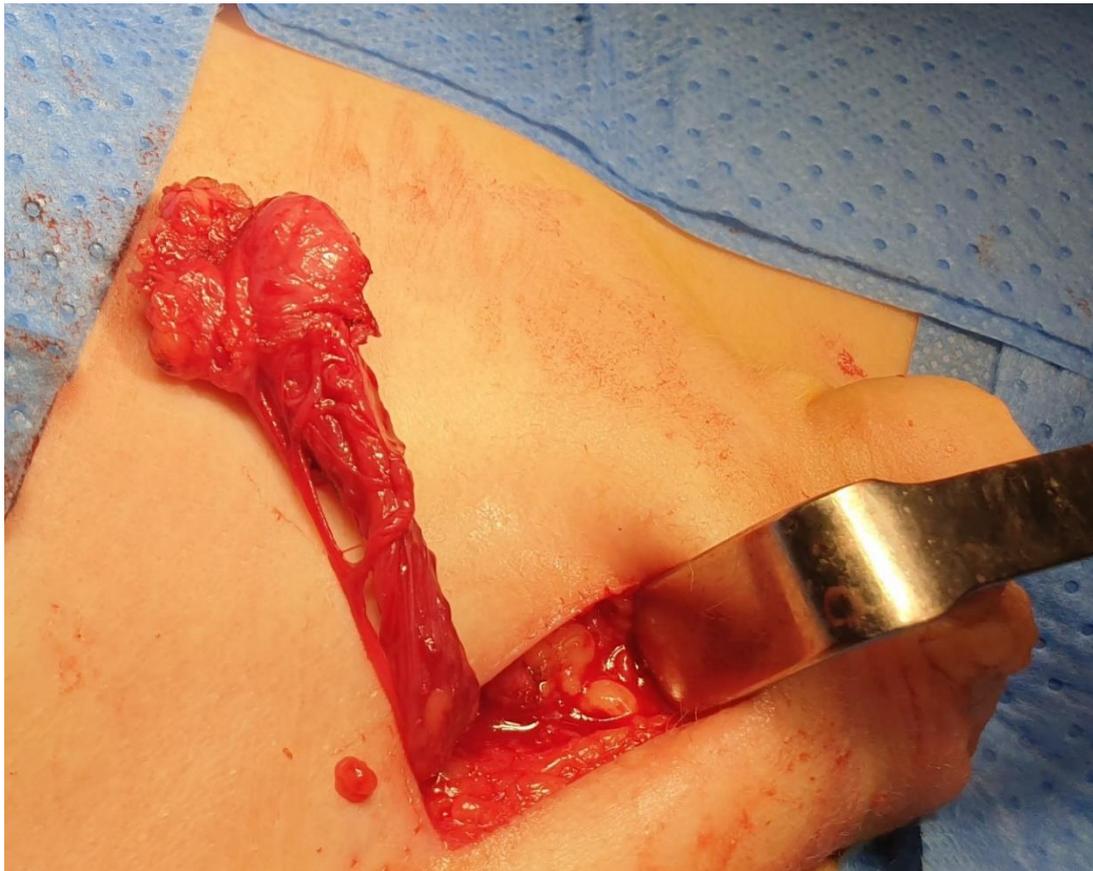


Figura 4. Herniotomía inguinal derecha

Fuente: Elaboración propia

- **Criptorquidia**

El testículo no descendido se clasifica en palpable y no palpable. En el primer grupo se incluyen el ectópico, el retráctil, el escrotal alto, el confinado al canal inguinal y el alojado en el anillo inguinal profundo. En el segundo grupo se incluye el intraabdominal y la anorquidia. Por último, el peeping testis (testículos alojados en el anillo inguinal profundo) es palpable en ocasiones y en otras no y tiene la peculiaridad de encontrarse siempre en el anillo inguinal profundo.

El abordaje quirúrgico convencional del testículo no descendido palpable ha sido la orquidopexia abierta, una técnica no exenta de complicaciones; algunas de las más importantes son la atrofia testicular por lesión vascular, la isquemia por edema y la recidiva, que se presentan hasta en 8% de los casos. La cirugía preferiblemente se realiza entre los 6 y 18 meses de edad. En particular, es recomendable operar dentro del primer año de vida en el caso de una localización intraabdominal o intrainguinal del testículo y dentro de los 18 meses el caso de una localización inferior (prepúbica, anillo inguinal externo o ectópico). Se puede realizar orquidopexia en régimen ambulatorio ya sea por técnica abierta como laparoscópica (59-65).



Figura 5. Testículo derecho no descendido

Fuente: Upadhyaya M, Lander A. Day-case surgery in children. *Surgery*. 2013; 31(3):141

- **Varicocele**

El varicocele es una dilatación anormal de las venas testiculares del plexo pampiniforme, con más frecuencia (en el 90% de los casos) del lado izquierdo, causado por reflujo venoso. Las indicaciones de tratamiento quirúrgico son la hipotrofia testicular (> 20% del tamaño contralateral) y / o varicocele sintomático (dolor). Todas las operaciones para el tratamiento del varicocele se basan en la ligadura u oclusión de las venas espermáticas (66-72).

Las diferentes técnicas de tratamiento que se pueden realizar (tratamiento endovascular con embolización de venas espermáticas, cirugía abierta por vía inguinal o subinguinal ó técnicas laparoscópicas son todas susceptibles de ambulatorización. De hecho, se puede asegurar que todos los procedimientos inguinales son aptos para cirugía ambulatoria. Pese a la ausencia de ensayos aleatorizados existe una gran experiencia clínica generalizada y consolidada en todo el mundo en los últimos 30 años (40-42). Existe cierta preocupación por el alta precoz de pacientes operados por vía laparoscópica el día de la cirugía incluso en presencia de un buen nivel de evidencia, informado en grandes series de adultos y pediátricos, lo que sugiere la seguridad de esta elección (45, 54-56, 66, 68, 70).

- **Fimosis**

La fimosis es una de las patologías más frecuentes en cirugía pediátrica. Se estima que de un 1 a 5% de los varones presentan a lo largo de su vida fimosis patológica. La fimosis patológica es aquella subsidiaria de algún tipo de intervención médica, diferenciándola de la fimosis fisiológica, que afecta más del 90% de los recién nacidos y que se resuelve sin tratamiento en los primeros 3 años de vida. Existen numerosas opciones de tratamiento para la fimosis patológica, desde el tratamiento conservador con corticoides a múltiples y variadas técnicas quirúrgicas, entre las que destaca la circuncisión, probablemente la cirugía más antigua y más frecuentemente indicada en varones de todo el mundo. A pesar de que la circuncisión es mundialmente aceptada como la terapia definitiva para la fimosis, existen alternativas consideradas menos agresivas, que se basan en la conservación de la piel prepucial, y que se engloban en el término prepucioplastia (ventral, dorsal, plastia V-Y, dilatación con balón...). Todos los procedimientos quirúrgicos referidos se pueden realizar como cirugía ambulatoria (41, 42, 53, 73-75).

- **Hernia umbilical**

Las hernias umbilicales son muy comunes en bebés, pero la mayoría se resuelve en edad temprana y se reparan quirúrgicamente si persisten después de los 4 años de edad aproximadamente. Las hernias umbilicales comunes después de los 3 años de vida, y también las hernias epigástricas se gestionan habitualmente como procedimientos de cirugía ambulatoria. Hernias umbilicales de mayor entidad poco frecuentes se observan ocasionalmente en bebés, son procedimientos a realizar con ingreso, a causa de los problemas respiratorios que se pueden producir al reintegrar gran cantidad de volumen a la localización intraabdominal (76-78).

- **Pene enterrado**

Un pene enterrado es un pene de longitud normal oculto en la grasa prepúbica. Esto puede ser consecuencia de la obesidad, o a la falta de fijación de la piel del pene al cuerpo del mismo; la piel del prepucio es redundante y en muchos casos estrecha; lo que dificulta la exposición del glande. La corrección quirúrgica está indicada solo para los congénitos o los formas posteriores a la circuncisión (54, 68, 79-81).

- **Pene palmeado**

En esta anomalía la piel escrotal se extiende hasta la cara ventral del pene que parece salir del mismo escroto. El pene, la uretra y el resto del escroto son normales, la deformidad representa una anomalía en la unión entre el pene y el escroto. Pese a no representar ninguna anomalía debe repararse, dado que el aspecto es sumamente extraño. La cirugía consiste en la incisión transversal del pliegue con posterior plastia en Z. Se realiza de modo ambulatorio sin dificultad (41).

- **Hipospadias distal**

Los hipospadias glandulares o distales son la forma más frecuente (75%) de esta malformación urogenital común. La corrección quirúrgica se realiza alrededor de los 15 meses de edad. Estos procedimientos son susceptibles de realizarse como cirugía ambulatoria con o sin sondaje urinario. El control del dolor y la implicación de los padres puede hacer decidir sobre la necesidad del ingreso hospitalario (82-86).

- **Tumores superficiales**

Quistes, nevus, restos embrionarios y tumores de partes blandas se pueden manejar como cirugía ambulatoria (42, 51-54).

- **Angiomas y linfangiomas**

Pequeños hemangiomas o linfangiomas, si son susceptibles de resección quirúrgica o fotocoagulación con láser, así como otras tumoraciones superficiales, pueden tratarse en régimen ambulatorio (87-92).

- **Sinus pilonidal**

La cirugía abierta del sinus no es recomendable para cirugía ambulatoria, pero el cierre primario de fístulas tras escisiones amplias pueden ser procedimientos sin ingreso (93-97).

- **Anquiloglosia**

Esta anomalía requiere frenulectomía si interfiere con la succión o causa problemas del habla. Dentro de los primeros 6-9 meses de edad se puede realizar el procedimiento en una consulta sin necesidad de quirófano, pero en bebés más mayores es necesario que se administre anestesia general, habitualmente de corta duración, que facilita evitar el ingreso hospitalario (98-100).

- **Diastema**

Un espacio excesivo entre los dientes incisivos superiores se denomina diastema y se observa con frecuencia cuando el frenillo labial superior es hipertrófico y se inserta en el borde libre de las encías. En este caso, y principalmente por motivos estéticos, se indica una plastia en z. La corrección se puede realizar cuando la dentición definitiva se ha completado (42, 51-54).

- **Mucocele**

Los mucoceles del suelo de la boca, labiales y sublinguales son todos resecables y realizables como procedimientos ambulatorios. Las ránulas de mayor tamaño son tratadas con más frecuencia con marsupialización para prevenir recidiva (42, 51-54).

- **Labio leporino**

Diversos estudios con buen nivel de evidencia científica informan de la viabilidad como procedimientos ambulatorios de la corrección del labio leporino y de la fisura labial anterior. La decisión depende principalmente de la experiencia del cirujano y su familiaridad con estos procedimientos (101-106).

- **Anomalías congénitas branquiales**

Exéresis de senos, quistes y fístulas del segundo y tercer arco branquial pueden extirparse como procedimientos ambulatorios, mientras que habitualmente la resección del primer y cuarto arco branquial suelen requerir ingreso hospitalario. La tiroidectomía parcial a menudo es necesaria para eliminar un quiste del cuarto arco branquial y por lo tanto se recomienda pasar la noche en el hospital (42, 51-54, 107-109).

- **Quiste tirogloso**

El procedimiento Sistrunk la eliminación radical de todos los restos de quiste o fístula, el trayecto infrahiodeo, el cuerpo central del hueso hioides y todo el trayecto hasta el foramen ciego de la lengua, que se sutura. Una hemostasia cuidadosa durante el procedimiento es esencial para que el paciente pueda ser dado de alta de forma segura el día de la operación. Esta decisión debe tomarse teniendo en cuenta la experiencia del cirujano y la duración y dificultad de la operación (110-112).

- **Apendicectomía**

A pesar de que existe abundante literatura que lo soporta, ni siquiera en los casos de apendicitis no complicadas está demasiado extendida la ambulatorización de la cirugía (113-118).

- **Funduplicatura gástrica**

La funduplicatura gástrica se realiza principalmente por vía laparoscópica, tanto en adultos como en niños. Con este abordaje se ha disminuido el dolor postoperatorio y la duración del ingreso hospitalario. Existen varias publicaciones que informan de resultados favorables con alta domiciliaria en el mismo día de la cirugía. Sin embargo, solo se recomienda realizar el procedimiento en régimen ambulatorio en centros que dispongan de amplia experiencia (119-121).

- **PEG (gastrostomía endoscópica percutánea)**

Es la técnica que asegura la administración de nutrición enteral en niños con déficits neurológicos. En ocasiones, cuando no es recomendable la PEG, se realizan MAG (gastrostomía asistida microlaparoscópica. Ambos procedimientos tienen soporte científico sobre su adecuación como cirugía ambulatoria, pero se debe ser prudente si el personal no tiene mucha experiencia con estos procedimientos (122-125).

- **Pieloplastia**

Como en los procedimientos más complejos anteriormente comentados existen publicaciones que informan de experiencias favorables con altas a domicilio en el mismo día, tanto con abordaje abierto como por vía laparoscópica. Las recomendaciones vigentes, sin embargo, solo recomiendan no ingresar si el personal implicado es muy experimentado (126-130).

- **Reflujo vesicoureteral**

La inyección endoscópica subureteral de diferentes sustancias es el tratamiento mini-invasivo para el reflujo vesicoureteral más popular en la actualidad. En muchos centros se realiza este procedimiento de forma ambulatoria (131).

- **Nefrectomía**

La nefrectomía es un procedimiento que se realiza habitualmente para pacientes con riñones no funcionantes o masas tumorales, tanto en adultos como en niños. La nefrectomía se realiza mediante retroperitoneoscopia o laparoscopia. En este caso, el manejo ambulatorio se limita a centros con mucha experiencia. En casi todos los casos se recomienda el ingreso de los pacientes (127, 132-134).

1.5. Definición de calidad. Calidad de los servicios sanitarios

La calidad es definida por el Diccionario de la Lengua Española como “la propiedad o conjunto de propiedades inherente a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie” (135). Definiciones del ámbito de la gestión consideran la calidad como el “conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas”, o también como “el grado en que un producto cumple con las especificaciones técnicas establecidas cuando fue diseñado” (136). Existen muchas definiciones para la calidad de los servicios de salud. Tantas, que no existe un concepto único. Cada actor involucrado en el proceso de calidad tendrá una idea distinta y cada uno de ellos pondrá mayor relevancia a los conceptos que más valora.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso" (137).

En España, el Sistema Nacional de Salud, considera la definición de Palmer, quien define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario" (138).

Teniendo en cuenta la cantidad de definiciones existentes, se concluye que no es posible elegir una y aplicarla de forma universal. Se considera tomar aquella definición que más se adecue a las circunstancias y de acuerdo a cada realidad.

El concepto de calidad en atención sanitaria es tan antiguo como el inicio de la práctica médica. Ya en el año 2000 a.C. en Babilonia el código Hammurabi regulaba la atención médica e incluye las multas que los médicos debían pagar por los malos resultados de sus cuidados, y en Egipto, se encuentran algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica. El tratado de Hipócrates de Cos, año 500 a.C., recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos, que aún hoy siguen vigentes. Los principales objetivos de calidad en sanidad se focalizan en realizar las mejores prácticas y en la calidad de los cuidados, el binomio inseparable de ética y calidad en salud. Cuando hablamos de calidad habitualmente se entiende que nos referimos a la capacidad de un producto o un servicio para satisfacer las necesidades del consumidor. La calidad es una cualidad relativa, es subjetiva y está vinculada al binomio servicio/cliente-producto (23).

La siguiente es una clasificación clásica de los sistemas de calidad sanitaria (139-141):

- La calidad científico-técnica se refiere a la atención o cuidados que reciben los pacientes. Representa el punto de vista profesional y se establece de acuerdo con decisiones basadas en evidencia.
- La calidad funcional o interpersonal se refiere al componente interpersonal del proceso de atención (relación paciente-profesional), donde el paciente y su familia juzgan las diferencias entre las expectativas y la realidad.
- La calidad corporativa se corresponde con la imagen de un centro sanitario. Los clientes internos y externos serán los jueces.

Avedis Donabedian realizó una contribución esencial al estudio de la calidad sanitaria (142). Consciente del carácter multifactorial de la atención sanitaria, Donabedian identificó elementos que deben analizarse al estudiar la calidad de la atención sanitaria:

- el componente técnico o la expresión de la adecuación de la asistencia sanitaria
- el componente interpersonal, que expresa la relación paciente – profesional de la salud
- el componente ambiental relacionado con la seguridad como componente de la atención.



Figura 6. Avedis Donabedian, pionero de la calidad en la atención médica

Fuente: www.milbank.org

Donabedian clasifica por primera vez los métodos para la evaluación de la calidad asistencial, esquema que ha servido de punto de referencia del tema y que continúa en vigor. Este autor define los métodos de evaluación de la calidad asistencial en:

- Método de análisis de la estructura. Se incluyen los recursos humanos, materiales y la financiación. Esta es la base de la acreditación sanitaria, los grupos de trabajo de mejora y certificaciones (143-146).

- Método de análisis del proceso. Es un método dinámico e indirecto. Las conferencias y reuniones proporcionan los mecanismos habituales para detectar y corregir errores sobre los métodos empleados. Incluyen guías de práctica clínica, vías clínicas y todas las intervenciones en el proceso (147, 148).
- Método de análisis de los resultados es un sistema de evaluación directo de la calidad de la atención sanitaria. Se obtienen indicadores clínicos desde muestras poblacionales como desde cuestionarios de satisfacción.

Tabla 5. Dimensiones en la valoración de calidad asistencial (149)

Dimensión de la calidad asistencial	
Estructura (inversión)	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se distribuyen los recursos en términos de tiempo, lugar y receptividad a las necesidades de las poblaciones (acceso). • Ecuanimidad en compartir costes y beneficios (equidad).
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se aplican los recursos (administración). • Uso de tiempo y recursos (eficiencia). • Evitar el despilfarro (economía). • Reducción del riesgo (seguridad). • Práctica basada en la evidencia (adecuación). • Atención centrada en el paciente (continuidad). • Información al paciente/público (elección, transparencia, responsabilidad).
Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Salud de la población (mejora de la salud). • Resultado clínico (efectividad). • Satisfacer expectativas del público y del personal (coste-beneficio).

1.7. Satisfacción del paciente como indicador de calidad

Para evaluar aún más la eficacia global y la calidad de la cirugía ambulatoria, se ha promovido la inclusión de la satisfacción del paciente como uno de los indicadores a incluir en el análisis de resultados.

La satisfacción del paciente tiene muchas definiciones, aunque la mayoría de los autores evitan definirla. Fung et al. la definieron como la reacción de un paciente a los cuidados recibidos, y consideran que se compone de una evaluación cognitiva y una respuesta emocional (150). Para Tong et al. se trata del éxito del proveedor en el cumplimiento de las expectativas del cliente, sobre las que éste es la máxima autoridad (151). En pocas palabras, la satisfacción del paciente depende de la congruencia entre lo que los pacientes esperan y lo que les ocurre (150); los pacientes se muestran satisfechos mientras no haya discrepancias importantes entre lo que se esperan y su experiencia real (152). Los pacientes parecen estar más preocupados por las habilidades sociales y lo agradables que se muestran (153) que por sus habilidades técnicas y competencia, teniendo a veces dificultades para comprender o juzgar completamente la atención que reciben.

La satisfacción del paciente es bastante difícil de medir. Este indicador subjetivo de calidad depende de la educación, la cultura, los antecedentes y las expectativas o preocupaciones de un paciente individual, lo que hace que su medición y la interpretación de los resultados sean muy difíciles. Muchos factores contribuyen a la satisfacción del paciente, incluyendo la accesibilidad de los servicios, la estructura institucional, las relaciones interpersonales, la competencia de los profesionales sanitarios y las propias expectativas y preferencias del paciente (154).

Ware et al. desarrollaron un cuestionario de satisfacción del paciente diseñado para la atención ambulatoria, incluidas las variables técnicas o de competencia y las sociales o interpersonales (155). Como señaló Rudkin, se deben realizar encuestas de satisfacción a los pacientes para obtener comentarios de pacientes insatisfechos, explorar las razones que los provocan y así poder mejorar la calidad de la atención (156). La mala calidad de la atención está relacionada con la reducción de la satisfacción del paciente, pero las altas puntuaciones de satisfacción del paciente no son equivalentes al suministro de un servicio de alta calidad. Es conocido que la mayoría de las opiniones de los pacientes están sesgadas para complacer al personal y evitar las críticas al sistema por

temor a poner en peligro una futura atención. Sólo una minoría de pacientes está dispuesta a criticar aspectos de su tratamiento y, por lo tanto, los problemas son subestimados. Al identificar y tratar las áreas de mejora destacadas por esta minoría, es más que probable que se pueda mejorar la calidad de la atención para la mayoría anónima de los pacientes.

Varios estudios muestran que hay una mayor satisfacción del paciente cuando se logran o evitan algunas circunstancias (tabla 6).

Tabla 6. Factores asociados a mayor satisfacción del paciente

Factores	Referencias
Buen control analgésico postoperatorio	(154, 155, 157-161)
Ausencia de náuseas y/o vómitos postoperatorios	(162, 163)
Buena información pre y postoperatoria	(164-166)
Espera para la cirugía y en el hospital cortos	(161, 167-169)
Tiempos cortos de cirugía y de estancia en URPA	(170)
Trato amable del personal y ambiente agradable	(171)
Intimidad	(153)
Ausencia de sensación de alta al domicilio apresurada	(172)
Contacto telefónico de seguimiento	(173)

Para tener resultados más completos y fiables, se deben recoger impresiones para evaluar todos los aspectos de la calidad de la atención que afectan a la satisfacción del paciente:

- La estructura del centro sanitario o unidad de cirugía ambulatoria
- El proceso que se sigue para prestar el servicio
- El resultado

La cirugía ambulatoria se ha organizado de forma única en torno al paciente, cambiando radicalmente el sistema sanitario y el comportamiento de los profesionales de la salud. Las percepciones de los pacientes se pueden recabar de un modo inmediato para

tener información sobre la opinión de los mismos sobre la estructura y el proceso, pero para el resultado global es preciso que pase más tiempo para que la influencia del resultado final tenga influencia sobre la satisfacción manifestada. La búsqueda de las opiniones de los pacientes es obligatoria en las unidades de cirugía ambulatoria para mejorar su calidad (151).

1.8. Cuestionarios de satisfacción

La literatura coincide en el hecho de que la medición de la satisfacción del paciente tiene un impacto en la mejora de la calidad de la atención sanitaria. La evaluación de la atención de los pacientes es una herramienta real para ofrecer oportunidades de mejora, mejorar la toma de decisiones estratégicas, reducir costes, cumplir con las expectativas de los pacientes, enmarcar estrategias para una gestión eficaz, monitorizar el desempeño de los planes de salud y proporcionar evaluaciones comparativas para todos los centros de atención sanitaria (174-176).

En 1975 Ware et. al pusieron de manifiesto la necesidad de evaluar la percepción del paciente sobre los profesionales y los centros sanitarios (155, 177). Pretendieron identificar las dimensiones que componen esta percepción, así como las creencias acerca de la calidad de los cuidados y a al trato de los profesionales sanitarios, así como la satisfacción con la continuidad de los cuidados, la disponibilidad y el acceso a los diferentes servicios.

En 1977 Hines et al. crearon un cuestionario breve en un intento por conseguir este objetivo, el resultado es The Service Evaluation Questionnaire (SEQ). Las dimensiones identificadas son la accesibilidad, la disponibilidad de médicos de familia, la disponibilidad de hospitales y especialistas, la integridad de las instalaciones, la continuidad de la atención y la conducta del médico englobando el arte y los aspectos técnicos de la calidad. También se comenzaron a tener en cuenta las características demográficas de los encuestados. La conducta del médico fue claramente el factor más importante en relación con la satisfacción general tanto para la muestra total como para determinados grupos estudiados (178).

En 1995, el Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) patrocinó a la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para desarrollar la encuesta Consumer Assessment of Health Providers and Systems (CAHPS) en respuesta al déficit de información disponible sobre la experiencia de los consumidores sobre los servicios

de atención sanitaria (179). Los objetivos de la encuesta CHAPS son el desarrollo de encuestas estandarizadas que las organizaciones puedan utilizar para comparar la información que los pacientes refieren sobre sus experiencias y generar herramientas y recursos para procurar la difusión y la utilización de los resultados para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

La encuesta específica hospitalaria, Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS), se implementó a nivel nacional en EE.UU. en 2006 e incluye preguntas sobre la comunicación con el personal sanitario, la respuesta del personal del hospital, el entorno hospitalario, la comunicación sobre medicamentos, la información al alta, calificación global del hospital y características demográficas de los pacientes.

El primer informe público de datos de HCAHPS fue publicado en 2008 e incluyó resultados de 4032 hospitales. Un estudio del *New England Journal of Medicine* utilizando estos datos mostró que, en promedio, el 63% de los pacientes calificaron su atención superior a 9 sobre 10, el 26% dio una calificación entre 7 y 8, y solo el 11% dio una calificación de menos de 6 (180).

Desde el primer informe publicado, las puntuaciones de satisfacción de los pacientes han aumentado en todas las categorías, aunque no está claro si los pacientes están más satisfechos con su atención o los hospitales son mejores en la gestión de los episodios apoyándose en las preguntas de HCAHPS (181).

1.9. Cuestionarios de satisfacción en el ámbito quirúrgico

En el ámbito quirúrgico comienzan a aparecer también diferentes cuestionarios. Se expone a continuación un repaso en orden cronológico por los principales cuestionarios focalizados en la satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos en el periodo perioperatorio.

- **Patient satisfaction with general anesthesia.** En 1996, en Newcastle, Reino Unido, Whitty et al. desarrollan una encuesta de 44 preguntas para evaluar la satisfacción con la anestesia general de pacientes intervenidos de cirugía general, oftalmológica y maxilofacial (182).
- **The Iowa satisfaction with anesthesia scale (ISAS).** En Iowa (EEUU) en 1997, Dexter y cols. publican el ISAS para MAC (The Iowa Satisfaction with Anesthesia

Scale for Monitored Anesthesia Care) una encuesta de 11 preguntas cuyo objetivo fue determinar la satisfacción del paciente con la sedación monitorizada para procedimientos de cirugía menor, no con la experiencia perioperatoria. Posteriormente, en 2004, Bell et al. realizan una revisión sistemática donde se evalúan todos los instrumentos de medida de la satisfacción con la anestesia publicados hasta ese momento. En ella concluyeron que el cuestionario de ISAS era el primero en incluir algoritmos de construcción de ítems psicométricos científicamente aceptados, un indicador de la fiabilidad de las mediciones (183, 184).

- **Échelle de vécu périopératoire de l'anesthésie (EVAN).** Ya en 1999, Auquier et al. desde Francia, elaboran un cuestionario cuyo propósito fue medir la satisfacción de los pacientes con el período perioperatorio). Se publica inicialmente una primera fase de construcción y validación y posteriormente una segunda donde se expusieron los resultados preliminares. El cuestionario EVAN se compone de 6 dimensiones (atención, privacidad, información, dolor, incomodidad y tiempos de espera) constituidas a su vez por 26 preguntas (185, 186).
- **Quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults (QoR Score).** En Victoria, el segundo estado más pequeño de Australia, en el mismo año en que se publicó el EVAN, Myles y cols. crean el QoR Score. Se seleccionaron 9 ítems tras la opinión de pacientes, familiares y profesionales sobre una lista de 61 preguntas para construir el cuestionario final. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía ambulatoria, cirugía menor y mayor (187).
- **QoR-40.** Myles et al. un año después de la publicación del QoR Score, desarrollan una encuesta dirigida a diversos grupos de pacientes sometidos a muchos tipos de cirugía. Se emplearon tres métodos para obtenerlo: la escala analógica visual para medir el dolor (Visual Analog Scale, VAS), el QoR Score previo y un cuestionario con 50 ítems. El resultado es el QoR-40 Score, que se conforma con 40 preguntas agrupados en 5 dimensiones, más extenso y eficiente que su antecesor (188).
- **The scale of patient's perceptions of cardiac anesthesia services (SOPPCAS).** En el año 2001 en Montreal (Canadá), Le May et al. desarrollan el cuestionario SOPPCAS. Este cuestionario, formado por 17 ítems con respuestas en escala Likert, intenta medir la percepción de los pacientes con el servicio prestado por los anesestesiólogos en cirugía cardíaca. (189, 190).

- **Cuestionario de Heidegger.** En 2002 Heidegger et al. desarrollan un cuestionario acerca la satisfacción de los pacientes con los cuidados anestésicos y comparan sus resultados en seis hospitales de Suiza y Austria. Entre los aspectos que abarca la encuesta destaca la información al paciente, la participación en la toma de decisiones del paciente y el contacto personal con el anesthesiólogo (191).
- **Adaptación del cuestionario QoR al alemán.** Eberhart et al. traducen al alemán, en 2002, el cuestionario QoR, y lo evalúan en 577 pacientes. Destacan su fácil aplicación en un grupo heterogéneo de pacientes quirúrgicos (192).
- **The anaesthesiological questionnaire.** En el año 2003, Hüppe desde Alemania publica The Anaesthesiological Questionnaire (ANP) que posteriormente se modificará y adaptará para otras cirugías. En Tailandia se desarrolla un cuestionario con el mismo objetivo, intentar medir la satisfacción del paciente (193, 194).
- **Preoperative assessment testing clinics (PATCs).** En 2004, Hepner et al. desde Boston (EE.UU.) elaboran un cuestionario sobre la satisfacción del paciente exclusivamente durante el período preoperatorio. El responsable de la visita preoperatoria como los aspectos funcionales de ésta, tienen un impacto significativo en la satisfacción del paciente (195).
- **Evaluation du vécu de l'anesthésie générale (EVAN-G).** Pascal Auquier et al. desarrollan en 2005 el cuestionario EVAN-G, sucesor del cuestionario EVAN creado en 1999. Este test mide la satisfacción del paciente con el período perioperatorio, pero solo en aquellos pacientes sometidos a anestesia general. Las dimensiones son las mismas y los ítems también. Los desarrollos de ambos cuestionarios incluyen a los pacientes en el proceso (196).
- **Cuestionario Iowa en pacientes bajo anestesia tópica y sedación monitorizada.** En 2005, Fung et al. prueban el cuestionario de IOWA (1997) para medir la satisfacción de los pacientes intervenidos de catarata bajo anestesia tópica y sedación monitorizada en un hospital canadiense concluyendo que el cuestionario posee la suficiente fiabilidad y validez (197).
- **Anaesthesiological questionnaire para cirugía cardíaca (ANP-KA).** Hüppe et al. en 2005 adaptan el Anaesthesiological Questionnaire para la anestesia cardíaca, lo publican como ANP-KA (198).

- **Cuestionario de satisfacción en España.** En España se desarrolla y valida un cuestionario de satisfacción para pacientes hospitalizados en servicios médicos y quirúrgicos en 2005. González et al. concluyen que es sólido (199).
- **Cuestionario de Capuzzo.** En 2005 Capuzzo et al elaboran en Italia un cuestionario determinando los factores en los que los pacientes basan su satisfacción (200).
- **Cuestionario de satisfacción para pacientes intervenidos bajo anestesia regional.** En 2006, en Francia, Montenegro et al. publican un cuestionario dirigido a los pacientes intervenidos de cirugía de cadera bajo anestesia regional cuyo objetivo es medir la satisfacción en relación con la anestesia (201).
- **The Heidelberg peri-anaesthetic questionnaire.** Schiff et al. en 2008, en Alemania, desarrollan un cuestionario con 38 preguntas sobre 5 dimensiones, Validan la encuesta en tres hospitales diferentes (202).
- **The Leiden perioperative care patient satisfaction questionnaire (LPPSq).** En Países Bajos, en 2008, aparece The Leiden Perioperative care Patient Satisfaction questionnaire (LPPSq). Caljouw et al. diseñan este test para evaluar la satisfacción del paciente con los cuidados perioperatorios. El test se desarrolla basándose en el EVAN, expandiendo la dimensión de información e incluyendo la relación entre personal y paciente (203).
- **The patient satisfaction with perioperative anesthetic care questionnaire (PSPACq).** En 2011, Mui et al. crean The Patient Satisfaction with Perioperative Anesthetic Care questionnaire (PSPACq). El objetivo es ambicioso, medir la satisfacción de los pacientes con la anestesia general y regional. Consta de 30 ítems y está adaptado a la cultura taiwanesa (204).
- **Adaptación del cuestionario QoR-40 al japonés (QoR-40 J).** Tanaka et al. adaptan en 2011 al japonés el QoR-40 Score (QoR-40 J) (205).
- **Q1, Q2 Y Q3. Cuestionarios griegos.** En 2012 Kouki et al. [50] desarrollan en Grecia tres cuestionarios para medir la satisfacción de los pacientes: Q1 para anestesia general sola o combinada con epidural, Q2 para anestesia regional y Q3 para analgesia epidural o analgesia controlada por el paciente (206).
- **Evaluation du vécu de l'anesthésie locorégionale (EVAN-LR).** En 2013 aparece el EVAN-LR (Evaluation du Vécu de l'Anesthésie LocoRégionale) en Francia. Szamburski et al. elaboran y validan un cuestionario para medir específicamente la satisfacción de los pacientes con la anestesia regional (207).

Este breve repaso por la bibliografía existente deja patente la gran cantidad de cuestionarios que se han creado hasta la fecha, muchos de ellos no los hemos nombrado por su poca relevancia o por ser demasiado específicos. Aunque existen muchos test, sólo unos pocos cumplen con los criterios psicométricos adecuados. En la revisión de Barnett et al. sobre los cuestionarios de satisfacción en el ámbito perioperatorio este concluye que su estudio ha encontrado una gran cantidad de herramientas bien desarrolladas para medir la satisfacción con la atención perioperatoria de la anestesia. Sin embargo, también destaca áreas en las que sería beneficioso seguir trabajando. El hallazgo más significativo es que la gran mayoría de los estudios no utilizan herramientas validadas para medir la satisfacción. Esta omisión puede dar lugar a resultados sesgados y engañosos en los estudios de eficacia clínica (208).

1.10. Características específicas en la población pediátrica

Existen desafíos únicos en la evaluación de la satisfacción del paciente y la familia para el paciente perioperatorio pediátrico. La experiencia del paciente debe medirse desde la perspectiva tanto del niño como del adulto (209). A menudo, el miedo y la ansiedad que experimentan los pacientes pediátricos pueden verse amplificadas por la ansiedad de su cuidador (210). La información debe comunicarse a la familia en múltiples niveles, en ocasiones por profesionales dedicados habitualmente a la atención de adultos (211). Curiosamente la insatisfacción de la familia con los procesos quirúrgicos previos se relaciona con niveles educativos elevados de los padres. Otros factores asociados con bajo nivel de satisfacción son procedimientos quirúrgicos de elevada duración, complicaciones quirúrgicas y padres que se sienten muy preocupados (209). El miedo de los padres, a su vez, interfiere con la asimilación de datos. Las causas de los malentendidos son la comunicación oral de información, el uso de vocabulario técnico y el nivel de educación bajo. Se estima que el 40-80% de la información hablada proporcionada por los médicos se olvida de inmediato (212). La transmisión incorrecta o incompleta de información puede ocurrir si solo uno de los cuidadores está presente durante la información. La ansiedad de los padres generada por la información de la necesidad de cirugía para el niño puede provocar distracción y hacer olvidar la formulación de dudas no resueltas (212).

1.11. Evaluación de satisfacción de familia y paciente

A pesar de la importancia de evaluar la satisfacción del paciente, no existe un proceso estandarizado o un método ampliamente aceptado para medir este resultado

(213). Uno de los métodos más utilizados para obtener datos sobre la satisfacción del paciente y la familia es mediante una encuesta. Aquí los pacientes refieren sus propias percepciones del impacto de la enfermedad y su tratamiento sobre sus resultados en salud (214). Las encuestas de satisfacción de pacientes se centran habitualmente en el postoperatorio inmediato y en el momento inmediatamente posterior al alta, pero con demasiada frecuencia no se dispone de datos a más largo plazo. Estas encuestas son doblemente complejas debido a la necesidad de evaluar los resultados tanto desde la perspectiva del niño como del cuidador. En EE.UU. la mayoría de la información sobre satisfacción del paciente se obtiene de la CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Se ha normalizado su uso y permite la comparación entre diferentes niveles locales, regionales y nacionales (215). A pesar de la existencia de esta herramienta en muchas ocasiones cada centro genera sus propios medios de recogida de datos sobre la satisfacción de los pacientes y sus familias, como pueden ser herramientas disponibles en internet como Survey Monkey (SurveyMonkeyInc., SanMateo, California, EE.UU.). Muchos de los cuestionarios disponibles no son específicos para los procesos perioperatorios. Es más, la mayoría son para pacientes hospitalizados y no para los tratados en régimen ambulatorio. La CAHPS se centra en la evaluación de la calidad de la comunicación entre los médicos, con otros profesionales sanitarios y con los pacientes. Este cuestionario se puede cumplimentar por correo electrónico, por teléfono o por correo postal. Esta encuesta se implementó en 2006 y en marzo de 2008 se publicaron los primeros (215). En octubre de 2014 el Boston Children's Hospital creó la CAHPS pediátrica (216). Esta encuesta pregunta a los padres sobre la experiencia tanto de los padres como la de los niños. Se diseñó para evaluar la atención hospitalaria de menores de 17 años. Las preguntas se centran en comunicación, ambiente hospitalario, adecuación de los cuidados, tratamiento del dolor y otros aspectos considerados importantes por los padres sobre la atención a los niños. La CHAPS pediátrica tiene 62 preguntas y lleva unos 15 minutos para su cumplimentación. Se organiza en 5 áreas específicas; la comunicación con la familia, comunicación con el niño, atención a la seguridad y comodidad, ambiente en el hospital y satisfacción global. La encuesta se realiza por teléfono o por correo electrónico. Debido al tiempo que requiere y a la imposibilidad de contactar con todos los pacientes los índices de respuesta tienden a ser bajos y habitualmente no se han capturado datos de pacientes quirúrgicos pediátricos ambulatorios. La encuesta sobre experiencia de pacientes de Press Ganey combina las preguntas de CAHPS con preguntas

desarrolladas para una mejor comprensión de la experiencia global del paciente (217). Mientras que la CAHPS mide sobre todo experiencias del paciente cuantitativas las preguntas adicionales de Press Ganey muestran detalles cualitativos importantes, obteniendo información sobre la perspectiva que tiene el paciente sobre el centro y los profesionales que le han atendido (217). Hay otros instrumentos de medida de satisfacción en diferentes etapas de desarrollo y validación, focalizados en pacientes ambulatorios y en aspectos específicos de la atención sanitaria. Estas herramientas de nuevo desarrollo deberían normalizar la recogida de datos heterogénea que estudiamos en la actualidad, pudiendo colaborar en los esfuerzos de mejora continua y permitiendo descubrimientos más válidos y generalizables (209).

1.12. Satisfacción en cirugía pediátrica

El Institute of Medicine ha definido la atención centrada en el paciente como aquella que es respetuosa y que responde a las preferencias, necesidades y valores del paciente asegurando que estos valores guían las decisiones clínicas (218). Este enfoque centrado en el paciente se ha vuelto esencial para la planificación del plan de atención diaria al disminuir la confusión del paciente y aumentar la comunicación entre los proveedores de atención sanitaria y entre los pacientes y los proveedores de atención sanitaria. Aunque sería fundamental no existen técnicas específicas para mejorar esta comunicación. Muchos hospitales han desarrollado currículos competenciales centrados en mejorar las habilidades de comunicación, como la escucha activa, la empatía y el respeto por los sentimientos de los pacientes y la negociación (219). Hay una multitud de factores no clínicos adicionales, como la amabilidad del personal y las instalaciones / servicios que pueden influir en la experiencia general del paciente (213). Los proveedores de atención sanitaria pueden reforzar aún más la relación médico-paciente mostrando empatía, procurando contacto visual directo, expresiones faciales apropiadas, lenguaje corporal atractivo y tacto apropiado (220). La escucha activa, el lenguaje corporal atractivo y el tacto apropiado se pueden mejorar aún más a través de sesiones de capacitación y se pueden implementar fácilmente en un centro de cirugía pediátrica (213). La satisfacción general se correlaciona con la impresión del niño de que la enfermería es agradable y la enfermera y el médico transmiten tranquilidad (221). Los resultados agrupados demuestran asociación entre satisfacción y la continuidad de la atención sanitaria, el comportamiento interpersonal del personal sanitario, el equipo de atención que consuela al niño, explica lo que está sucediendo en el proceso quirúrgico y responde

preguntas (209). Estos conceptos a menudo se enseñan en las facultades de medicina, pero requieren más atención a medida que los médicos profundizan en su carrera profesional. Se puede mejorar la satisfacción del paciente y la familia en cada interacción paciente-familia-profesional. No es infrecuente que la falta de comunicación entre los profesionales sanitarios y el paciente haga que éstos se sientan confusos, ansiosos e inseguros. La complejidad de las enfermedades de los pacientes de la población pediátrica puede hacer que se consulte con muchos especialistas y que se visite a diversos profesionales para la atención del paciente durante cada proceso (213). Un plan de cuidados unificado puede dar confianza y hacer que exista comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios. Puede haber mejoras en la satisfacción de los pacientes / familias cuando se incluye a los mismos en la planificación de los cuidados y sus objetivos.

1.13. Importancia de la satisfacción del paciente y la familia

Se ha demostrado que las consultas del cirujano no solicitadas por el paciente se asocian a un aumento del riesgo quirúrgico y complicaciones médicas. Cooper et al. utilizaron datos de 7 hospitales participantes en un sistema de recogida y evaluación de resultados quirúrgicos en el National Surgical Quality Improvement Program (222). Encontraron un índice ajustado de complicaciones que fue de un 13.9% mayor en los pacientes cuyos cirujanos estaban en el primer cuartil de visitas no solicitadas por el paciente comparado con el grupo de pacientes con el cirujano en el cuartil más bajo. Llegaron a la conclusión de que los esfuerzos para aumentar la seguridad del paciente deben continuar centrándose en la capacidad de los cirujanos para comunicarse de manera respetuosa y eficaz con los pacientes y otros profesionales sanitarios. La satisfacción del paciente y la familia también puede influir en el curso clínico al afectar la adherencia a los planes de tratamiento. La mejora de la atención al paciente es el beneficio más importante de optimizar la satisfacción del paciente y la familia, pero hay factores adicionales que los profesionales también deben considerar. Un bajo grado de satisfacción se ha asociado con reclamaciones por mala práctica tras resultados desfavorables de la atención (223). Las experiencias negativas pueden afectar a los patrones de derivación de pacientes, la opinión de la población sobre los centros de atención e incluso sobre la financiación en los centros (224).

1.14. Cuestionario SUCMA 14

El cuestionario SUCMA (Satisfacción de Usuarios de Cirugía Mayor Ambulatoria) es una encuesta de satisfacción para pacientes intervenidos de cirugía mayor ambulatoria. Está compuesta por 14 preguntas que se pueden ver en el Anexo 3. La encuesta se estructura en torno a tres grandes bloques:

- Satisfacción con la calidad de la atención hospitalaria percibida
- Satisfacción con la intervención mediante ambulatorización
- Satisfacción con el seguimiento hospitalario

En el primero de los bloques, el que se ocupa de medir la satisfacción en relación con la calidad de la atención hospitalaria percibida, se incluyen ítems para medir:

- La seguridad: Entendida como la capacidad para inspirar confianza, conocimiento y capacidad profesional.
- La tangibilidad: haciendo referencia al equipamiento, al aspecto de las dependencias.
- La capacidad de respuesta: entendida como el deseo de ayudar e informar al cliente y de proporcionarle el mejor servicio.
- La fiabilidad: como capacidad para ofrecer el servicio prometido de forma segura y seria.
- La empatía: entendida como respeto y consideración hacia el cliente.

Por todo ello, en este apartado se pregunta a los usuarios sobre:

1. La capacidad del personal que le atendió.
2. Las instalaciones del centro.
3. Información recibida antes de la intervención.
4. La medida en que el hospital satisfizo sus expectativas.
5. El trato recibido por parte del personal que le atendió.

El segundo bloque de preguntas se centra en las particularidades de la cirugía ambulatoria.

Los autores decidimos incluir cuestiones relacionadas con:

- Efectividad de los procedimientos técnicos, centrándose especialmente en aquellos apartados que pueden ser medidos con más facilidad y cuya presencia/ausencia

podría causar especial satisfacción/insatisfacción, como el dolor o la evolución de la herida quirúrgica.

- El tiempo de estancia en el hospital, valorando si los pacientes habrían preferido alargar o no la estancia en él.
- Si el hecho de cursar el postoperatorio en el domicilio origina algún tipo de preocupación especial a los usuarios

Por ello se pregunta a los usuarios acerca de:

1. Si tuvieron dolor tras la intervención.
2. Si consideraron adecuada la cicatrización de la herida quirúrgica.
3. La adecuación o no del tiempo pasado en el hospital.
4. Si sintieron miedo o preocupación por el hecho de estar después de la intervención fuera del hospital.

Por último, el tercero de los bloques recaba información acerca de la valoración del paciente respecto al postoperatorio. Se pregunta a los usuarios por:

1. La información recibida al alta.
2. El seguimiento realizado por los profesionales de atención primaria de salud.

Las respuestas a los catorce ítems que componen el cuestionario se realizan mediante el método de la escala de Likert de cinco niveles y del que se elimina la respuesta central. Doce de los ítems tienen una formulación positiva y se puntúan de 4 (muy satisfecho) a 1 (nada satisfecho), y al contrario para los dos ítems de formulación negativa de 4 (nada) a 1 (mucho).

La consistencia interna del cuestionario publicada en su validación medida mediante el valor alfa de Cronbach fue de 0.91. En la tabla 7 se observa el análisis de idoneidad de los ítems calculado mediante la correlación ítem / total, eliminando el ítem de la puntuación total de la escala y la alfa de Cronbach al eliminar progresivamente cada ítem de análisis.

Esta encuesta opta por una construcción de 14 ítems, que, aunque limita la recogida de información comparado con otros cuestionarios más extensos, también es cierto que limita el cansancio del encuestado. Se construye con una escala de respuesta

sin cuestión central, lo que obliga a los encuestados a definirse sobre su satisfacción o insatisfacción. La existencia de una respuesta central indeterminada puede impedir obtener la información necesaria para la toma de decisiones que permita mejorar la calidad de la atención proporcionada (225).

Tabla 7. Correlación entre cada ítem y el total de alfa de Cronbach del cuestionario tras la eliminación de cada ítem

	Correlación ítem-total	Alfa tras eliminación
Pregunta 1	0.57	0.91
Pregunta 2	0.8	0.9
Pregunta 3	0.7	0.91
Pregunta 4	0.73	0.9
Pregunta 5	0.7	0.9
Pregunta 6	0.68	0.91
Pregunta 7	0.78	0.9
Pregunta 8	0.66	0.91
Pregunta 9	0.61	0.91
Pregunta 10	0.52	0.91
Pregunta 11	0.49	0.91
Pregunta 12	0.57	0.91
Pregunta 13	0.51	0.91
Pregunta 14	0.63	0.91

2. JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas se ha asistido a un aumento de la proporción de cirugías realizadas en régimen ambulatorio. El aumento de cirugía sin ingreso habitualmente es un objetivo estratégico de los hospitales. Se considera un criterio de calidad de la atención sanitaria, y tiene como finalidad el destino de los limitados recursos de la sanidad a la atención de los pacientes y no a cuestiones accesorias como el alojamiento y el mantenimiento, procurando conciliar costes más bajos con mejoras en la calidad de la atención y la satisfacción del paciente (209). Esta tendencia es especialmente evidente en la población infantil, alcanzando aproximadamente entre 50 y el 70% de los procedimientos realizados sin ingreso en hospitales pediátricos y entre el 60 y el 80% en los hospitales generales (226, 227).

Se estima que hasta el 90 % de la cirugía pediátrica se podría realizar en régimen ambulatorio (228). Generalmente los niños son candidatos excelentes para cirugía ambulatoria, se trata de individuos habitualmente sanos a los que se realizan procedimientos de corta duración y no excesiva complejidad. Evitar la estancia hospitalaria nocturna minimiza la posibilidad de aparición de traumas por separación y permite que el postoperatorio inmediato se produzca en un ambiente doméstico (228). Económicamente se reducen los costes y parece que también se reducen las infecciones nosocomiales (26, 229). La implementación de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria en países en vías de desarrollo ha generado resultados clínicos prometedores además de reducción en los tiempos de espera (230).

En general, los principales centros de cirugía ambulatoria son unidades especiales e independientes. Una unidad diferenciada requiere condiciones estructurales y funcionales, y recursos que garanticen operaciones eficientes y de calidad, así como la seguridad del paciente. Estas condiciones no siempre están disponibles y no siempre disponen de la magnitud suficiente para hacer frente a los volúmenes de procedimientos potencialmente ambulatorios de un modo completo, por lo que no es raro que los pacientes sean operados sin hospitalización nocturna, pero aún permanezcan dentro del sistema hospitalario, siguiendo los circuitos quirúrgicos convencionales (25).

La evaluación de la calidad de la atención médica debe ser continua, ya que las organizaciones sanitarias requieren indicadores de resultados como medidas de calidad.

Las percepciones favorables por parte de los pacientes ocurren exclusivamente cuando los servicios que reciben cumplen o superan las expectativas (142). Para lograr mejoras continuas en calidad, es imperativo que los proveedores de atención sanitaria conozcan cuáles son estas percepciones y expectativas. Esto se acentúa especialmente en los centros en los que se realiza cirugía ambulatoria. Sin embargo, los datos sobre este tema en cirugía ambulatoria en concreto son escasos. La satisfacción de los pacientes adultos con la atención sanitaria si tiene en general un cuerpo de conocimiento amplio (231, 232). Sin embargo, la satisfacción en la población pediátrica y sus familias ha sido menos estudiada, más en el caso concreto de la cirugía ambulatoria.

Los niños no tienen la misma capacidad que los adultos para expresar sus necesidades. Al evaluar el grado de satisfacción con el proceso asociado a la cirugía pediátrica, se suelen considerar las experiencias de los padres. Desafortunadamente, no existen demasiados estudios sobre este tema (233, 234).

Por todo lo anteriormente descrito se ha considerado necesario evaluar la satisfacción y los factores que influyen en las percepciones recibidas en el curso del proceso asistencial de cirugía pediátrica ambulatoria.

3. HIPÓTESIS

3. HIPÓTESIS

Hipótesis Nula

Los padres de los pacientes pediátricos que son intervenidos en unidades autónomas de cirugía mayor ambulatoria refieren igual grado de satisfacción que los que siguen un circuito de hospitalización convencional y son operados en un bloque quirúrgico, aunque no pernocten.

Hipótesis de Investigación

Los padres de los pacientes pediátricos que son intervenidos en unidades autónomas de cirugía mayor ambulatoria refieren un grado de satisfacción más elevado que los que siguen un circuito de hospitalización convencional y son operados en un bloque quirúrgico, aunque no pernocten.

4. OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo principal

El objetivo principal del estudio fue evaluar la diferencia en el grado de satisfacción de los padres de los niños intervenidos quirúrgicamente en unidades de cirugía mayor ambulatoria autónomas (organización independiente y aisladas estructuralmente del resto del hospital) y de los padres de los niños operados en régimen ambulatorio (sin pernocta) pero siguiendo un circuito de hospitalización en planta convencional realizándose la intervención quirúrgica en un bloque quirúrgico.

4.2. Objetivos secundarios

- Determinar los factores predictivos para la satisfacción de los padres de los niños intervenidos en régimen ambulatorio.
- Evaluar la relación de factores predictivos con la aparición o ausencia de dolor postoperatorio en los niños intervenidos quirúrgicamente de modo ambulatorio.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Población de estudio y servicio hospitalario

El estudio se realizó en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (España), centro médico de nivel terciario que dispone de 770 camas de hospitalización. El Bloque Quirúrgico del Hospital Clínico lo conforman 18 quirófanos y la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria dispone de 4 quirófanos. El Servicio de Cirugía Pediátrica realiza alrededor de 900 intervenciones quirúrgicas al año. De modo rutinario dispone de 5 quirófanos a la semana, asignándose habitualmente 3 sesiones en el Bloque Quirúrgico y 2 sesiones en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Los padres de los niños de 0 a 14 años que fueron intervenidos quirúrgicamente en régimen ambulatorio desde junio de 2018 a octubre de 2019 recibieron la propuesta de participar en el estudio, de ellos 210 aceptaron y fueron incluidos. De estas 210 familias en 9 casos no respondieron a la llamada telefónica para la realización de la entrevista, y otra debió ser excluida porque fue necesario el ingreso del niño de un modo no previsto. Por tanto, la muestra objeto de estudio se compuso finalmente de 200.

5.2. Diseño del estudio

Se diseñó un estudio prospectivo observacional. El protocolo del estudio fue aprobado previamente por la Comisión de Investigación y Ética del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (Anexo I). Todos los padres fueron informados de que su participación era anónima y de la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento. También recibieron información sobre el objeto del estudio, dando su consentimiento por escrito para su participación en el mismo (Anexo II). Se cumplieron los principios de la declaración de Helsinki.



Figura 7. Quirófano de la UCMA del HCUV

Fuente: elaboración propia



Figura 8. URPA de la UCMA

Fuente: elaboración propia

5.2.1. Clasificación de la muestra

Los padres de los pacientes incluidos en el estudio fueron divididos en 2 grupos:

- Grupo Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: niños operados en régimen ambulatorio en una unidad autónoma aislada estructuralmente del resto del hospital
- Grupo Bloque Quirúrgico: niños operados en régimen ambulatorio pero que siguen el circuito de admisión y hospitalización y son intervenidos en el Bloque Quirúrgico del hospital pero sin pernoctar.

La inclusión en uno de los grupos fue determinada por la disponibilidad de quirófano en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, que con 4 quirófanos no siempre puede dar respuesta a la demanda de los servicios quirúrgicos. En el caso de no estar disponible se realizaban los procedimientos programados en el Bloque Quirúrgico. Por tanto las cirugías se programaban sin saber en cuál de los circuitos se iban a realizar. Todos los actos médicos fueron realizados por los mismos cirujanos pediátricos (cinco) y anestesiólogos (siete).

5.2.2. Selección de los pacientes

5.2.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes pediátricos de ambos sexos
- Edad entre 0 y 14 años
- Intervenidos por el servicio de cirugía pediátrica en régimen ambulatorio de forma programada

5.2.2.2. Criterios de exclusión

- Edad superior a 14 años
- Patología neuropsiquiátrica previa del niño
- Incapacidad de los padres/tutores, por cuestión de idioma o nivel sociocultural, para comprender las preguntas de la encuesta de satisfacción
- Negativa de los padres/tutores a participar en el estudio.
- Reconversión de modo imprevisto en cirugía con ingreso

5.2.3. Técnica anestésica y procedimientos realizados

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron todos los susceptibles de ser realizados en régimen ambulatorio. La técnica anestésica y la medicación empleada

fueron similar en todos los casos. El procedimiento habitual consistió en la realización de una inducción inhalatoria con sevoflurano (Sevoflurane®, AbbVie) 6-8% y una mezcla de oxígeno/aire al 50%. Una vez alcanzada la hipnosis se canalizaba una vía venosa periférica y se insertaba una mascarilla laríngea. Se minimizaba el uso de opioides realizando bloqueos nerviosos periféricos ilioinguinal, iliohipogástrico, peneano, etc. e infiltraciones de la herida quirúrgica con anestésico local.

5.2.4. Valoración de la satisfacción parental

La valoración de la satisfacción de los padres de los niños operados se realizó mediante una entrevista telefónica a las 2 semanas de la intervención quirúrgica. El instrumento utilizado para graduar la satisfacción percibida fue un cuestionario validado en idioma castellano para cirugía ambulatoria compuesto por 14 preguntas (SUCMA) con un alfa de Crombach de 0.91. Las respuestas de esta encuesta se gradúan con una escala Likert de cuatro ítems en la que 1 expresa la peor percepción de los padres y 4 la mejor sobre cada una de las preguntas. Se añadió una decimoquinta pregunta para conocer la opinión global sobre la atención recibida con una posibilidad de evaluación de 0 a 10. Los padres de los pacientes fueron interrogados acerca de diferentes aspectos:

- La percepción de la calidad de los cuidados recibidos en el hospital.
- La satisfacción de los padres con la ambulatorización del procedimiento.
- La satisfacción con el seguimiento posthospitalario.

Las encuestas fueron realizadas por personal diferente al que participó en la asistencia sanitaria, asegurando en todo momento la confidencialidad de las respuestas a los entrevistados.

5.2.5. Recogida de datos

De forma prospectiva se recogieron los siguientes datos de todos los pacientes y/o padres incluidos en el estudio:

- Variables cuantitativas (presentadas con la media y la desviación estándar)
 - Edad en años.
 - Tiempo de estancia en el hospital en minutos.
- Variables cualitativas (presentadas según la frecuencia de distribución)
 - Sexo.
 - Tipo de cirugía.

- Circuito (Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria o Bloque Quirúrgico).

5.3. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa informático IBM Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS 24.0).

Todas las variables se expresan como la media \pm desviación estándar en el caso de las variables cuantitativas o según su distribución de frecuencias en las variables cualitativas. Para las comparaciones realizadas entre grupos se ha utilizado el test de la t de student para las variables continuas y el test de Chi-cuadrado de Pearson con las variables cualitativas cuando la frecuencia esperada era menor de 5.

Se realizó un modelo de regresión logística univariante para identificar factores asociados con los resultados de las variables. Las variables que resultaron con valores de p menores de 0.1 se introdujeron en un análisis de regresión multivariante.

Para todos los test, la significancia estadística se estableció para valores de $p \leq 0.05$.

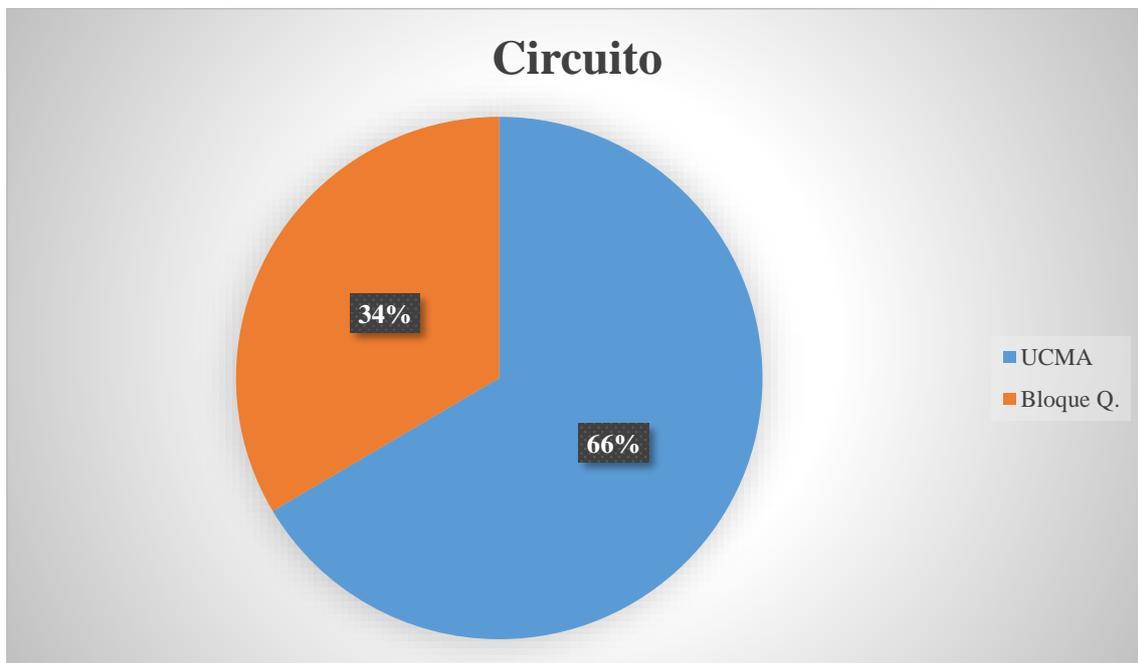
6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1. Características generales de la muestra

Durante el período de estudio, dos semanas después de la cirugía se obtuvieron las respuestas a la encuesta SUCMA 14 de los 200 participantes incluidos. El índice de respuestas sobre los 210 padres reclutados inicialmente fue elevado, un 95,6 %. De los niños operados 133 lo fueron en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y 67 en régimen ambulatorio, pero en el Bloque Quirúrgico y siguiendo el circuito de hospitalización.

Gráfico 1. Grupos de estudio



La edad media de los pacientes intervenidos fue de 5.6 (\pm 3.81) años. El predominio del sexo masculino se expresa en un 78.5% de varones en la muestra por un 21.5% de mujeres. El tiempo de estancia en el hospital medio no alcanzó las 6 horas (341.8 minutos \pm 231).

En la tabla 8 se expone la información sobre la edad y el sexo de los pacientes, así como el tiempo de estancia en minutos de las familias en el hospital.

Tabla 8. Características demográficas y tiempo de estancia

Variable	n=200
Edad (años \pm DS)	5.6 (\pm 3.81)
Sexo n (%)	
• varones	157 (78.5)
• mujeres	43 (21.5)
Tiempo de estancia (min \pm DS)	341.8 (\pm 231)

Los valores se han expresado como número (porcentaje)

En la tabla 9 se muestra el tipo de cirugía realizada a los pacientes pediátricos. En la tabla se agrupan los tipos de cirugía por la región anatómica sobre la que se realizan. Se observa que las cirugías más frecuentes son las de pared abdominal (46.5%) e intervenciones sobre la región genital (24%). En muchos de los niños los procedimientos quirúrgicos realizados combinan varias intervenciones en el mismo acto médico.

Tabla 9. Tipo de cirugía

Variable	N = 200 n (%)
Cirugía de region ilioinguinal/umbilical	93 (46.5)
• hernia inguinal	24 (12)
• hernia umbilical	24 (12)
• criptorquidia	21 (10.5)
Cirugía genital	48 (24)
• fimosis	43 (21.5)
• hipospadias	3 (1.5)
Cirugía de partes blandas	35 (17.5)
• quiste cola de ceja	11 (5.5)
• nevus gigantes	7 (3.5)
Cirugía anal	4 (2)
Otras	20 (10)

Los valores se han expresado como número (porcentaje)

6.2. Características generales del grupo Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y del grupo URPA

En la tabla 10 se comparan las características demográficas y el tiempo de estancia de cada uno de los grupos. No se apreciaron diferencias significativas en la edad y sexo de los pacientes entre grupos. Sin embargo, el tiempo de estancia en el hospital fue significativamente menor en el grupo de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (195.11 (\pm 60.4), 633 (\pm 156.6), $p < 0.001$).

Tabla 10. Características demográficas y tiempo de estancia según grupo

	Total 200 (100)	UCMA 133 (66.5)	BQ 67 (33.5)	p valores
Edad (años \pm DS)	5.6 (\pm 3.81)	5.29 (\pm 3.7)	6.21 (\pm 3.9)	0.11
Varones (%)	157 (78.5)	104 (78.2)	53 (79.1)	0.88
Tiempo de estancia ($_{\min}$ \pm DS)	341.8 (\pm 231)	195.11 (\pm 60.4)	633 (\pm 156.6)	< 0.001

Los valores se han expresado como media \pm DS y en número (porcentaje). Se consideraron significativas las diferencias con una $p \leq 0.05$. UCMA: Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria; BQ: Bloque Quirúrgico

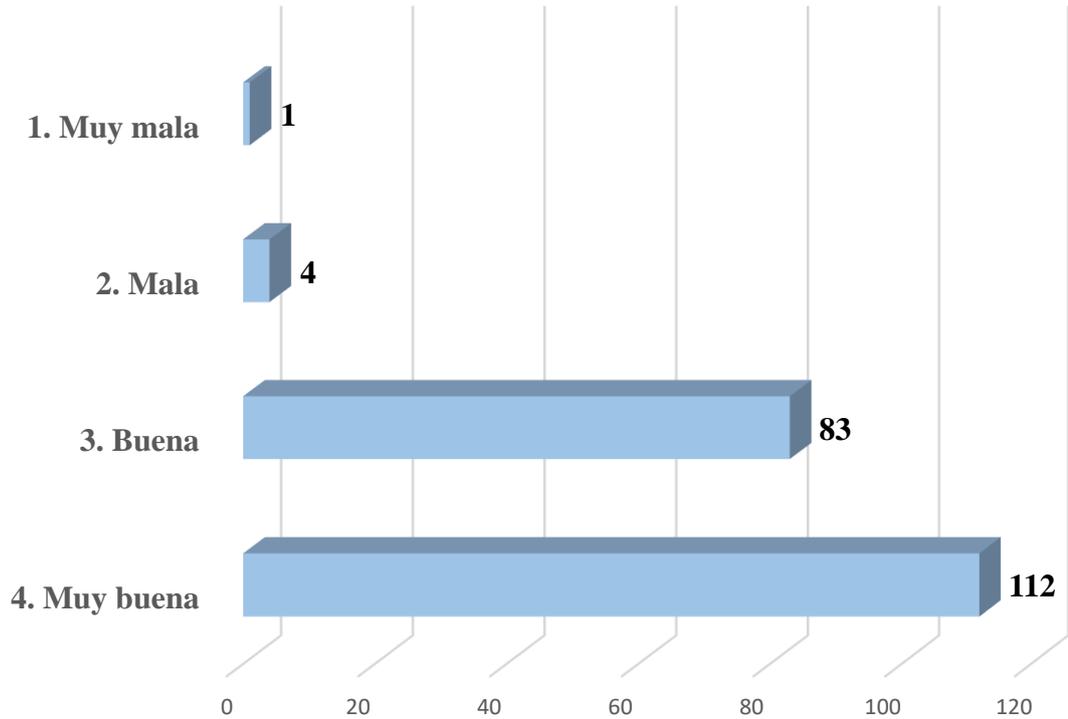
6.3. Evaluación parental sobre el proceso asistencial

A continuación se exponen las respuestas a la encuesta SUCMA 14 de la totalidad de padres de la muestra ($n=200$). Las 14 preguntas se agrupan en 3 bloques y se añadió una decimoquinta pregunta que permitió valorar la experiencia global en una escala de 0 a 10.

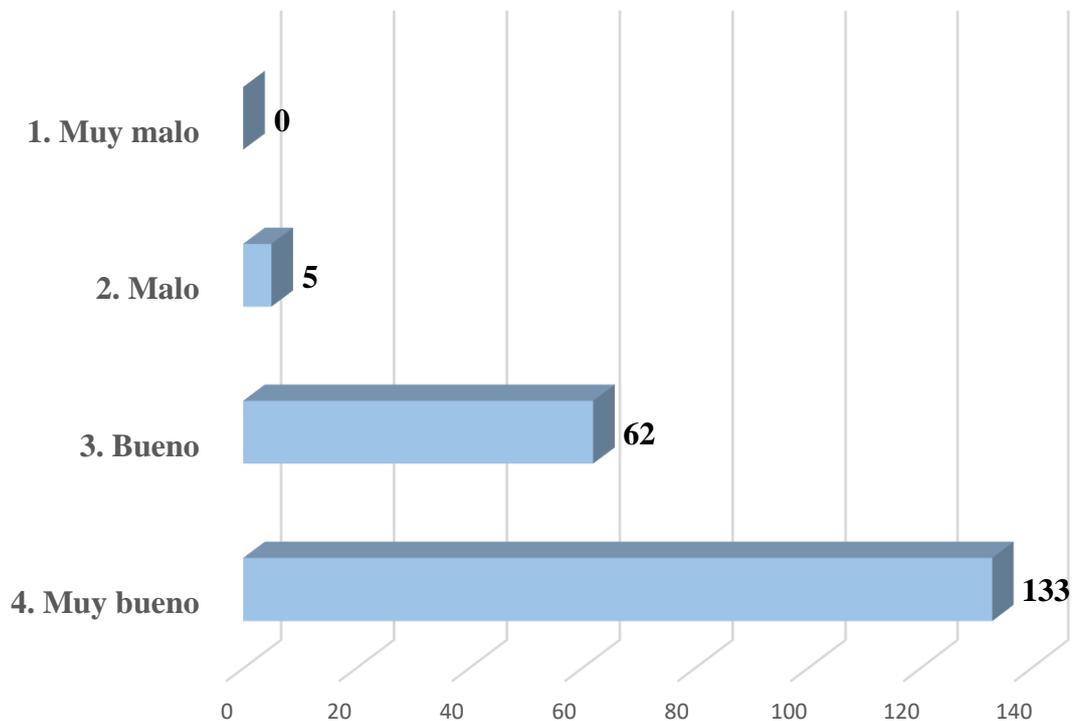
6.3.1. Percepción de la calidad de los cuidados recibidos en el hospital

Las preguntas de la encuesta SUCMA que evalúan la atención prestada a los niños y los padres en el hospital son la 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

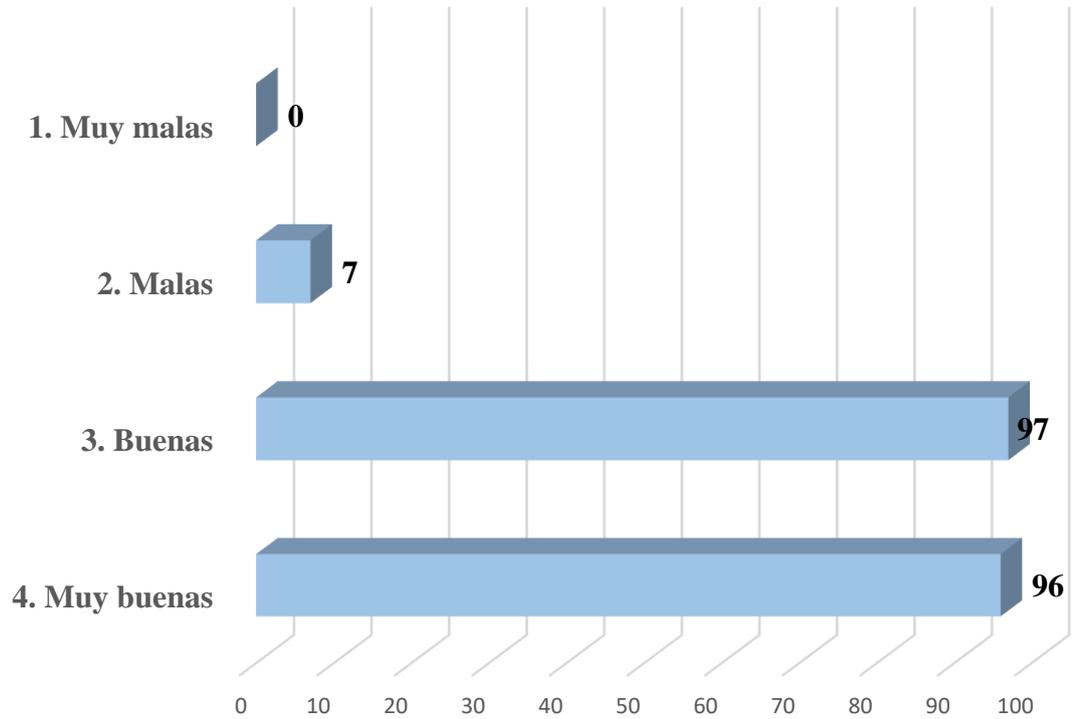
Pregunta 1: A su juicio la información que recibió antes de la operación fue:



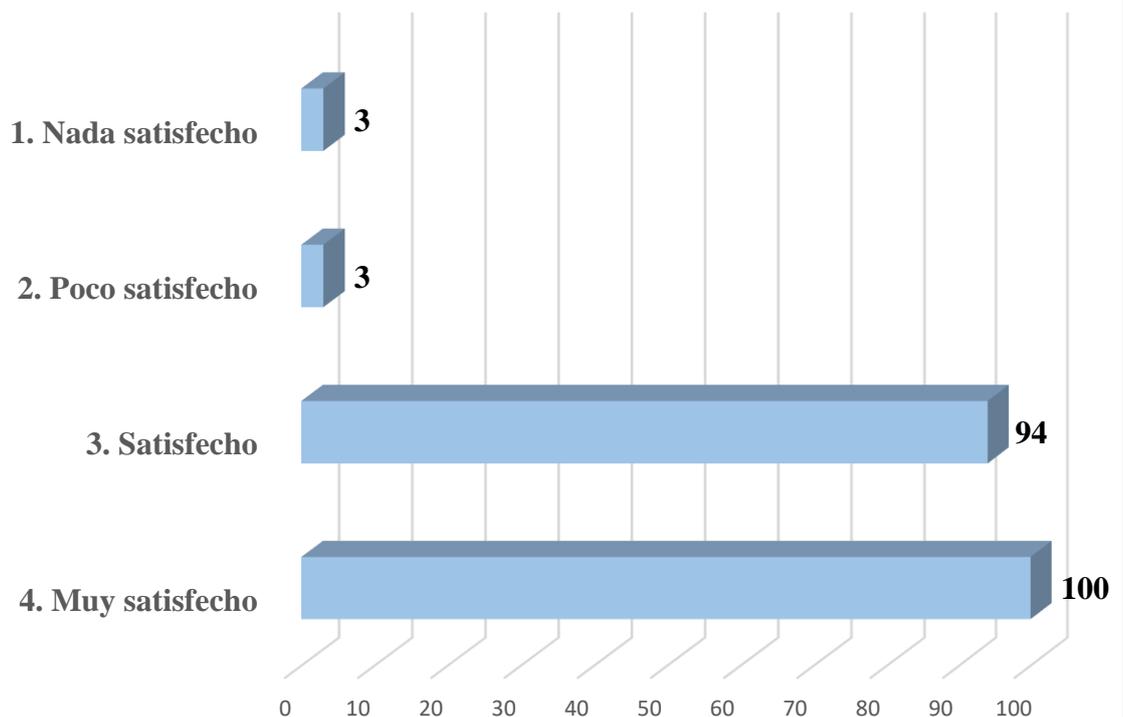
Pregunta 2: El trato recibido por parte del personal que le atendió en el hospital lo consideró:

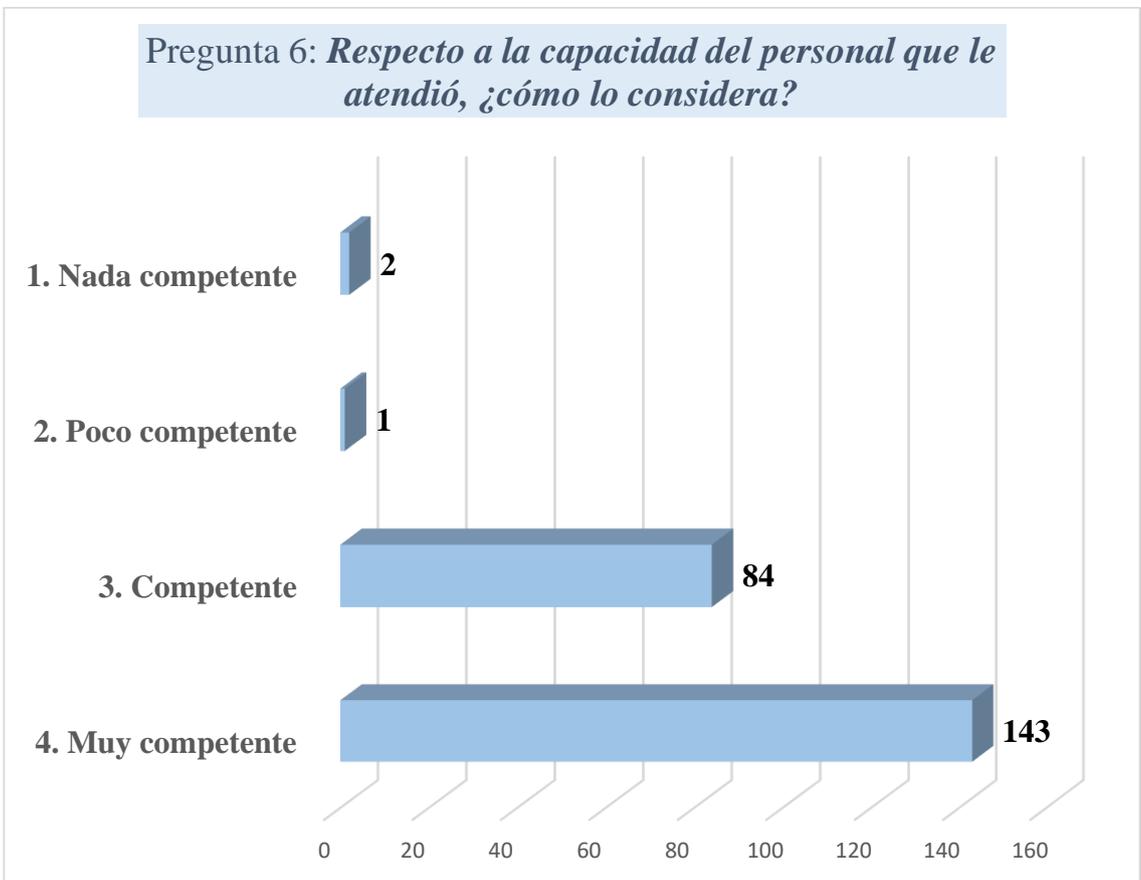
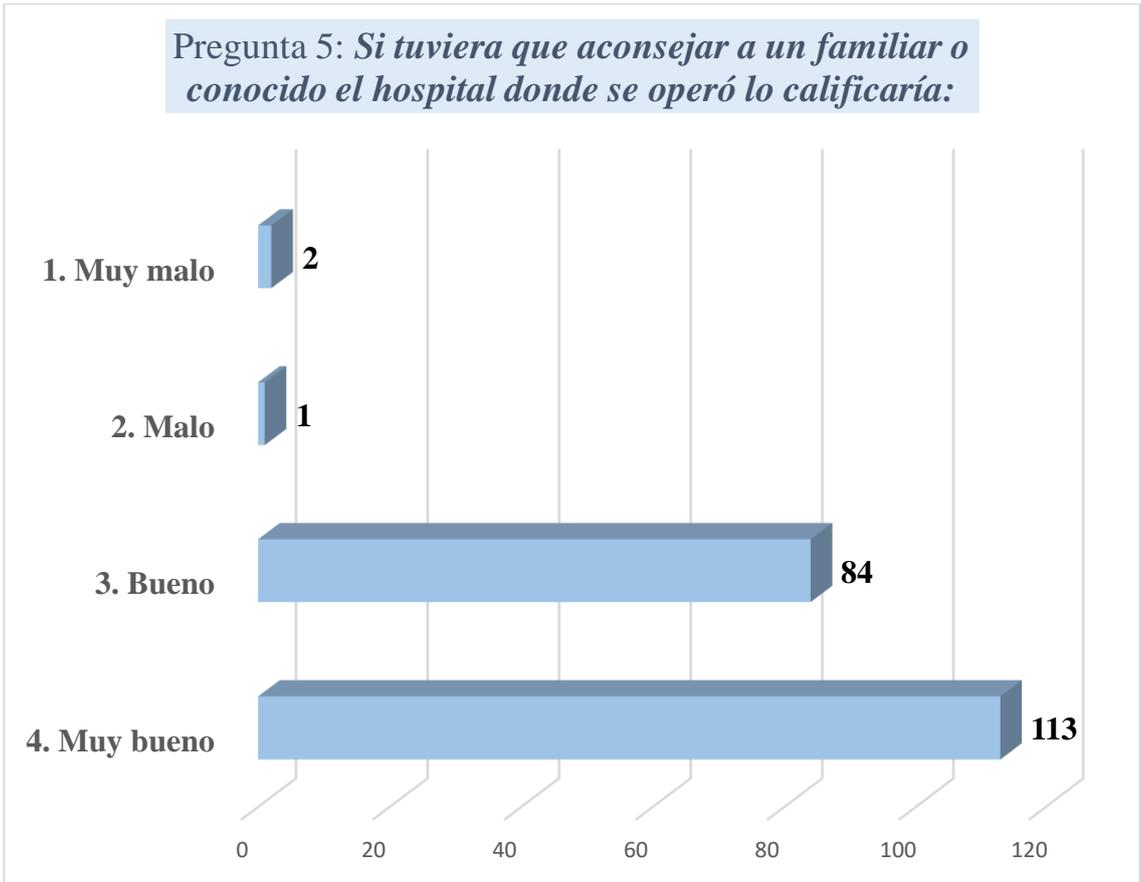


Pregunta 3: ¿Cómo considera las instalaciones del hospital donde fue intervenido?:



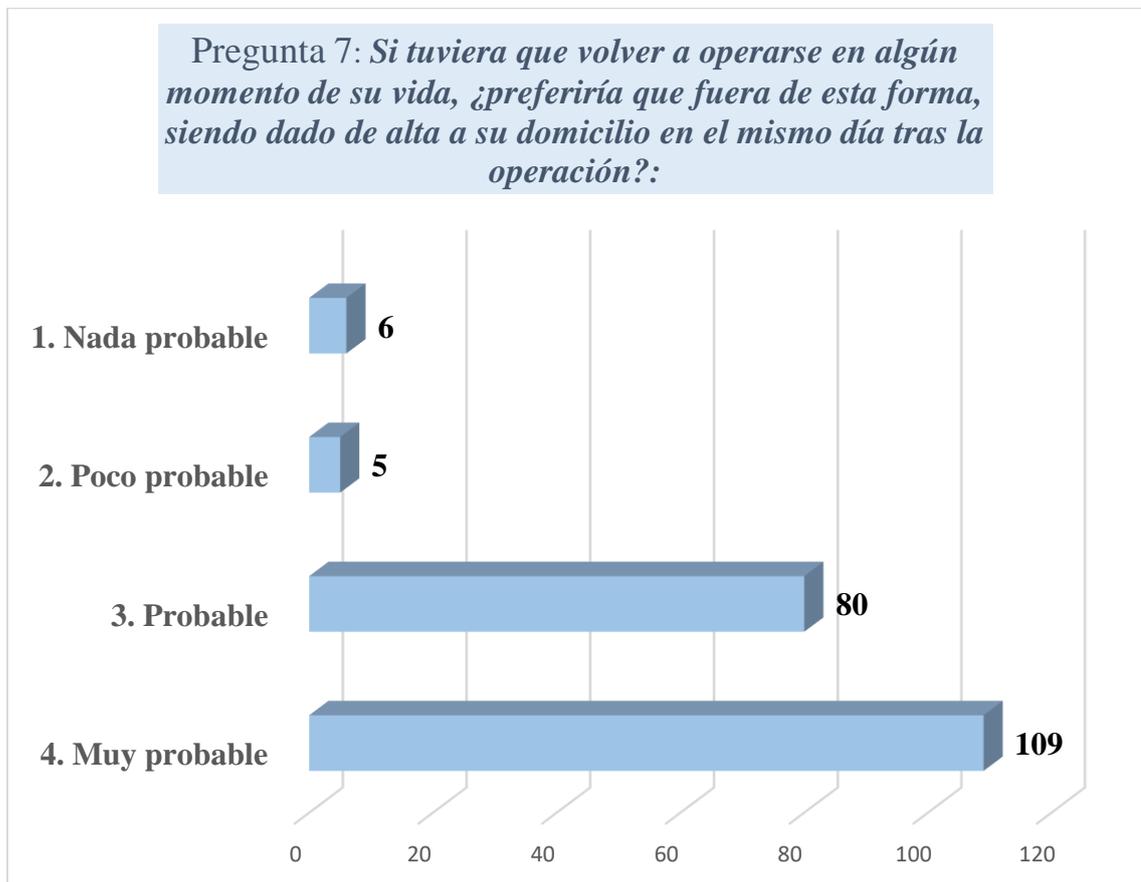
Pregunta 4: En general, ¿quedó satisfecho con su estancia en el hospital?:



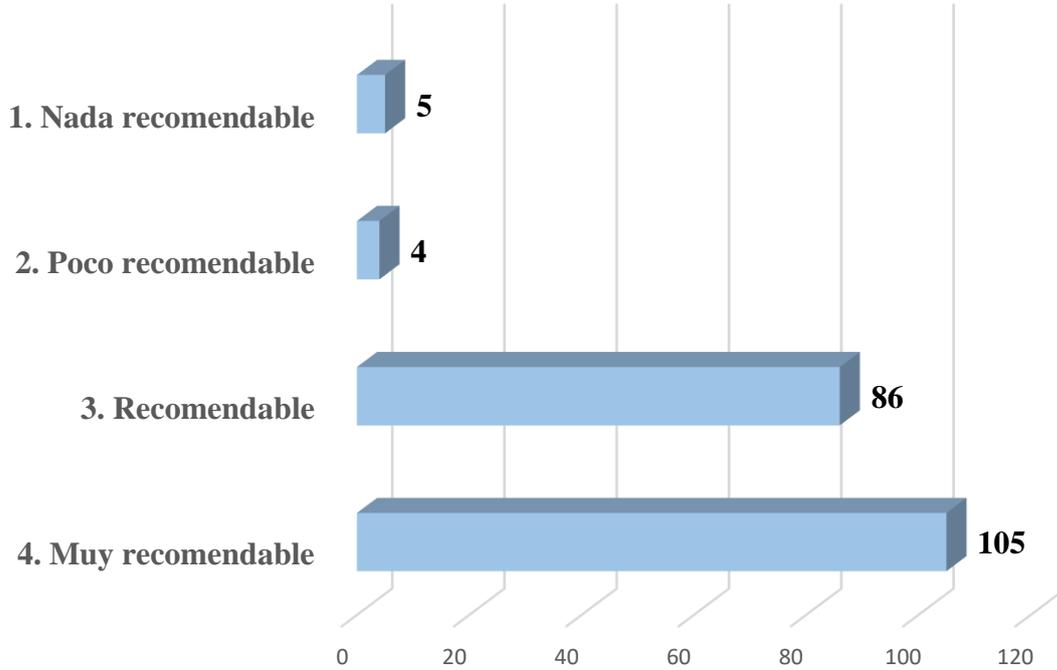


6.3.2. Satisfacción de los padres con la ambulatorización del procedimiento

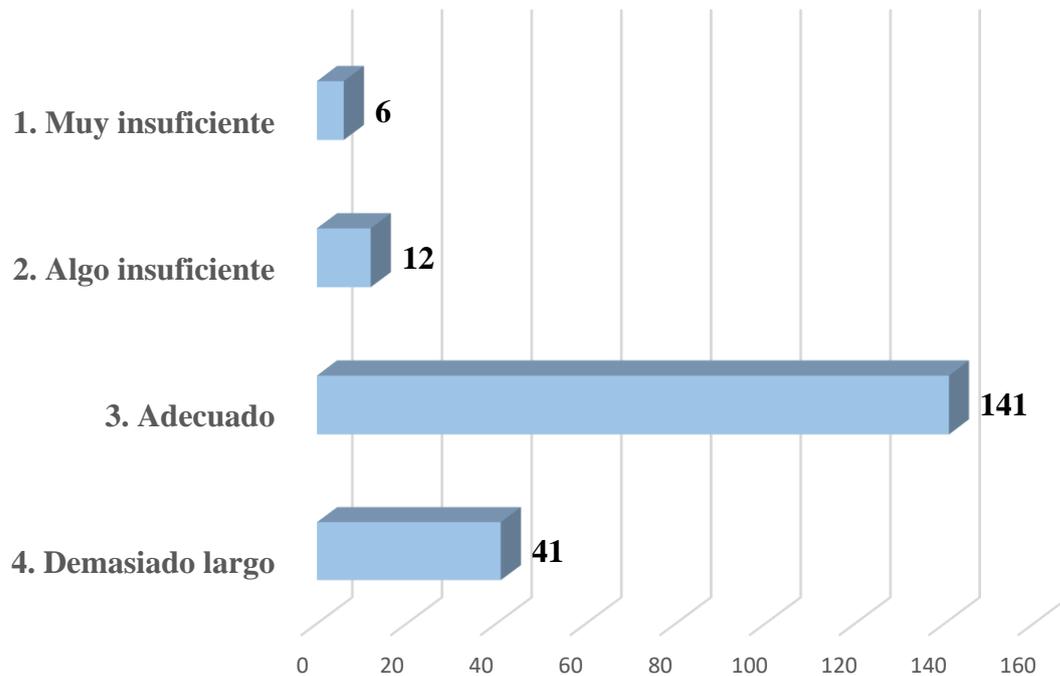
Las preguntas del cuestionario SUCMA 14 se centra en las particularidades de la cirugía ambulatoria. Las cuestiones incluidas se relacionan con la efectividad de los procedimientos técnicos, especialmente aquellos que pueden ser evaluados con más facilidad y que con su presencia o ausencia pueden generar especial satisfacción o insatisfacción, como el dolor o la evolución de la herida quirúrgica. También se valoró la percepción sobre el tiempo de estancia en el hospital y la preocupación por cursar el postoperatorio en el domicilio.

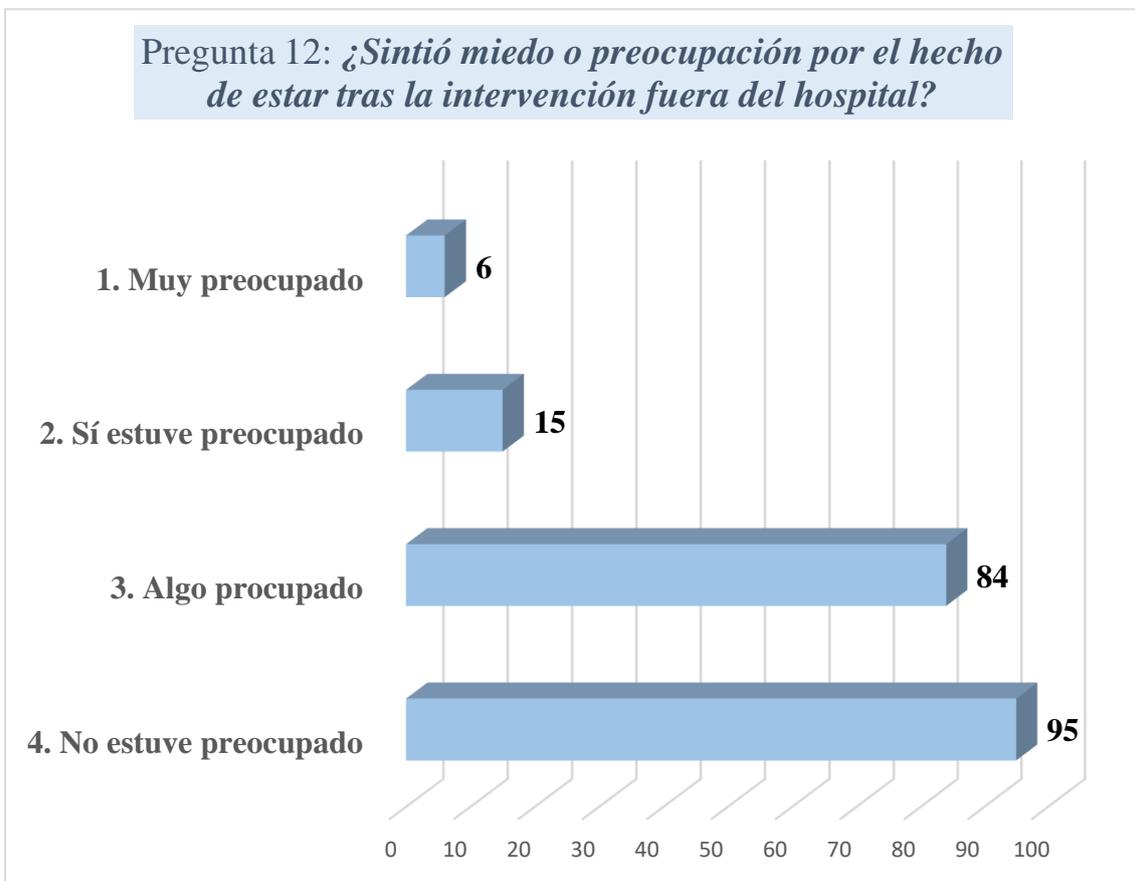
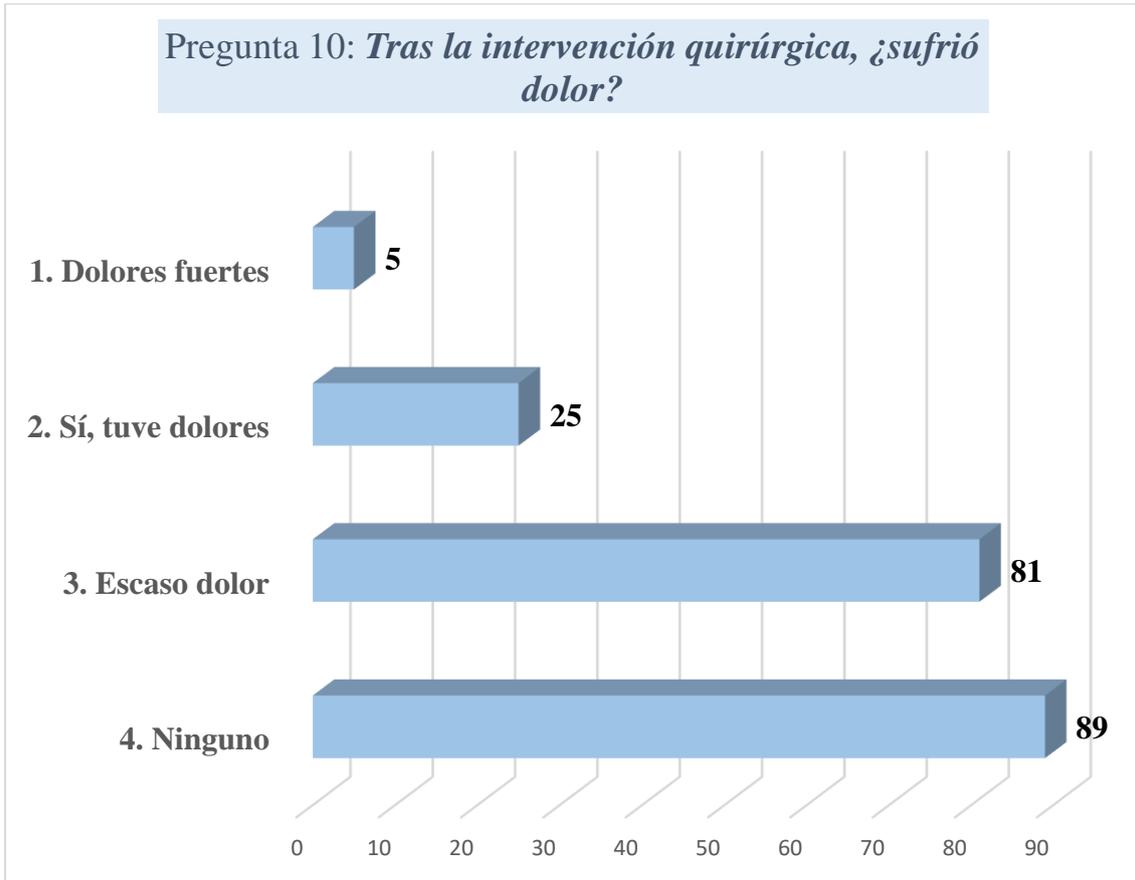


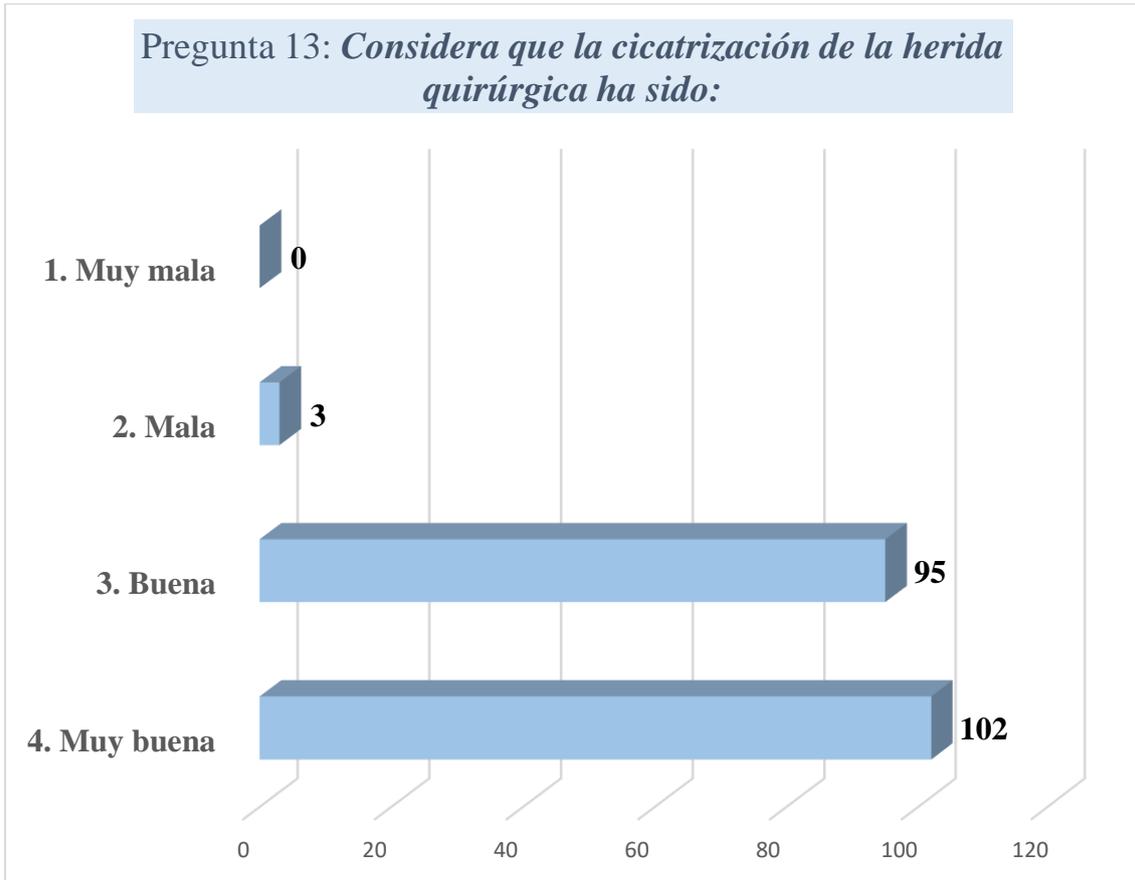
Pregunta 8: Si tuviera que recomendar a algún familiar o amigo esta forma de operación quirúrgica, marchándose a su casa en el mismo día, ¿cómo lo calificaría?



Pregunta 9: El tiempo total que pasó en el hospital, es decir, desde que ingresó para la operación hasta que fue a su domicilio, lo considera:



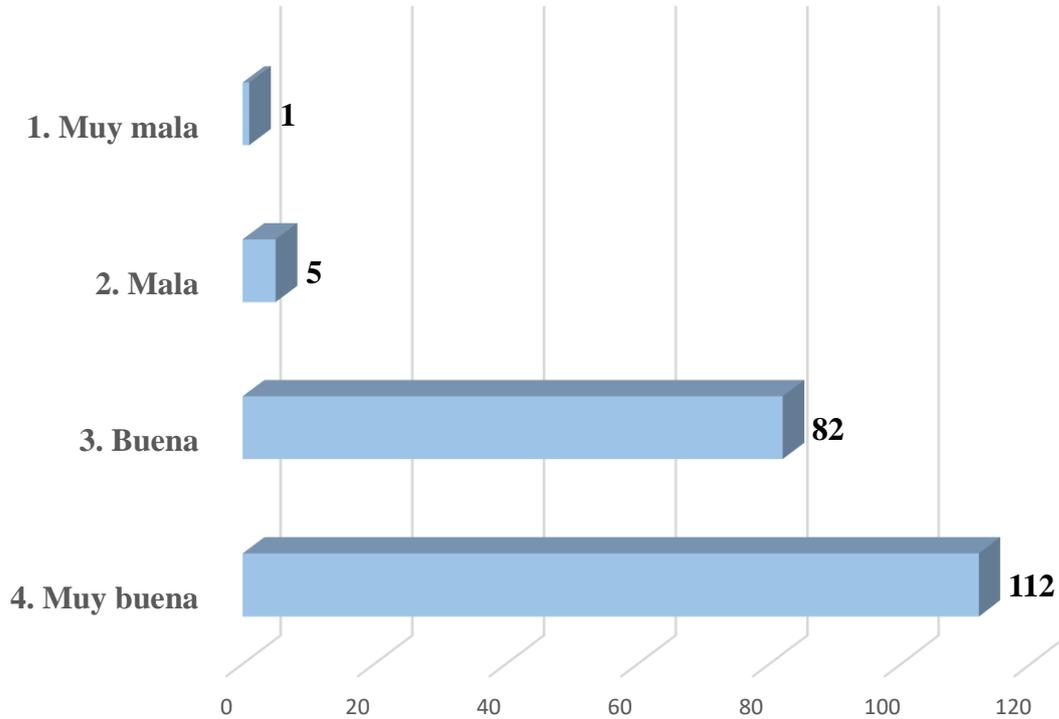




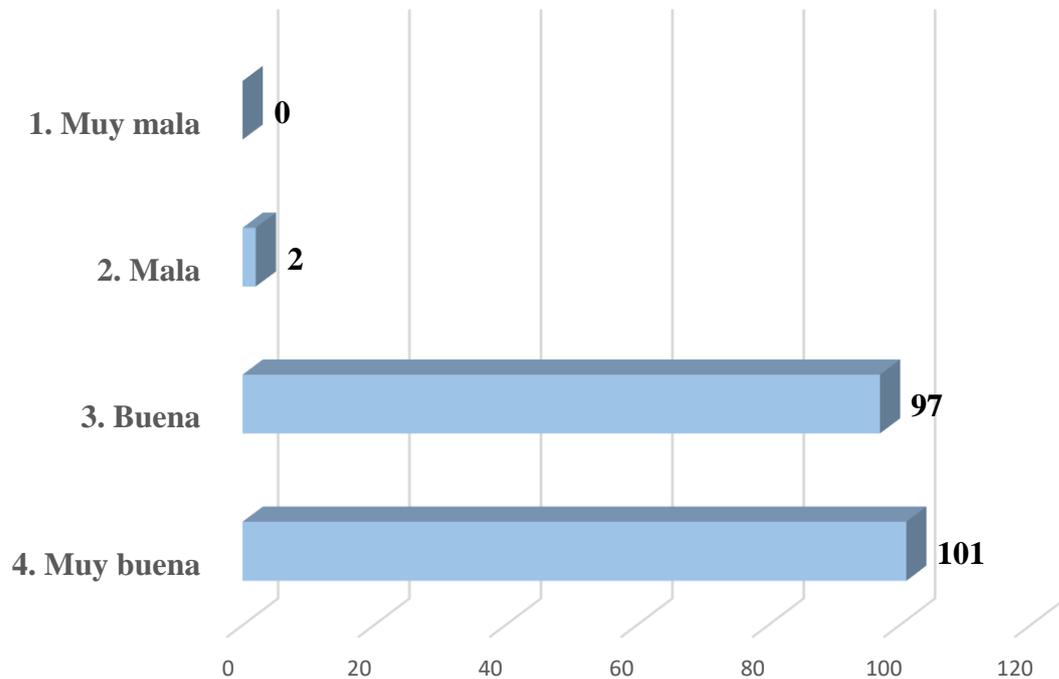
6.3.3. Satisfacción con el seguimiento posthospitalario

El tercero de los bloques de preguntas recaba información acerca de la valoración del paciente respecto al postoperatorio.

Pregunta 11: *La información que recibió al irse de alta la considera:*

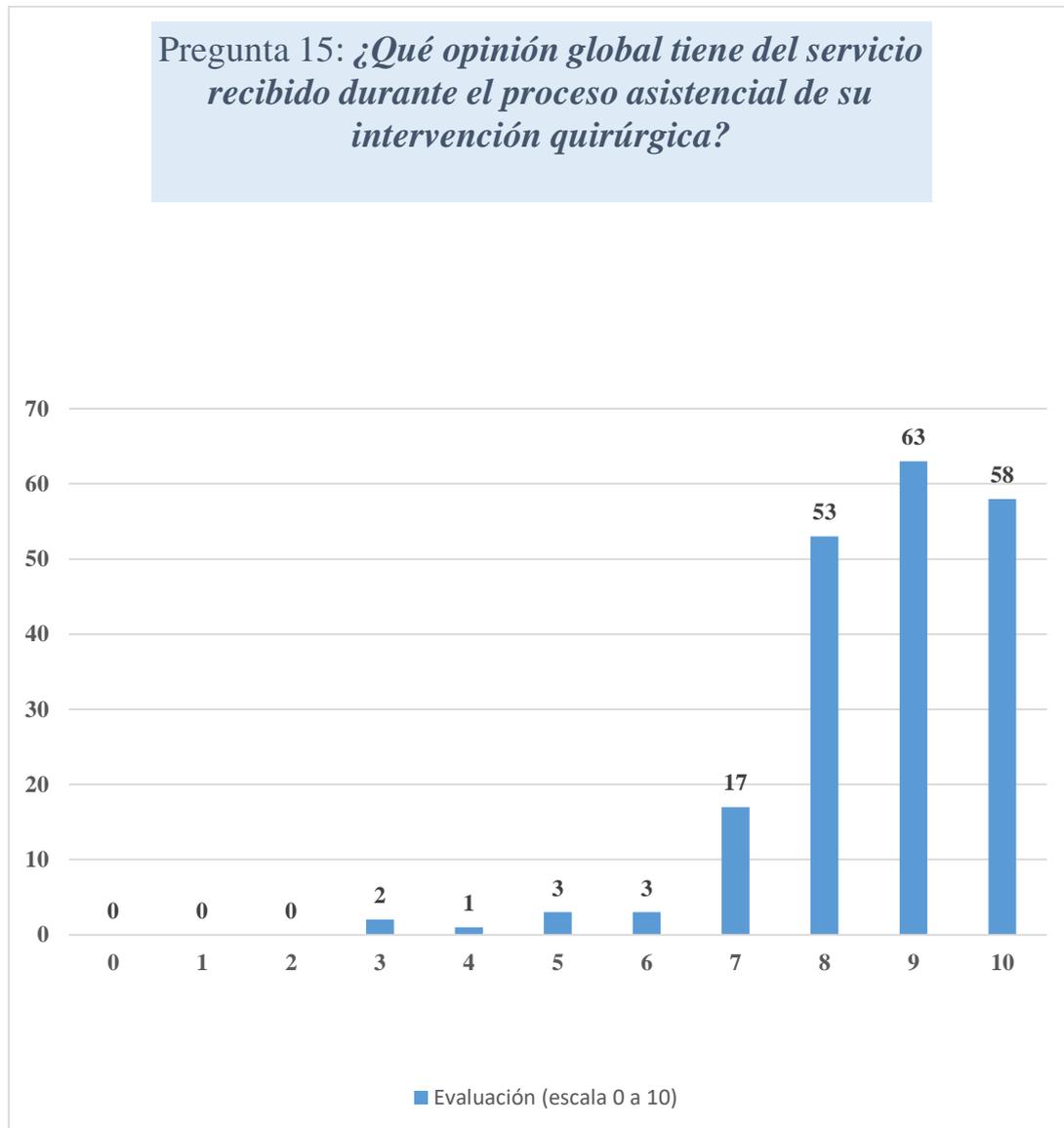


Pregunta 14: *La atención que ha recibido tras la operación de los profesionales sanitarios de fuera del hospital (ambulatorio o centro de salud) la valora como:*



6.3.4. Satisfacción global

A la encuesta SUCMA 14 se añadió una decimoquinta pregunta para permitir una evaluación global en una escala de 0 a 10.



La media de las respuestas de los 200 padres de la muestra fue de 8.65.

6.4. **Comparación entre grupos de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Bloque Quirúrgico**

En la tabla 11 se comparan las respuestas dadas por los padres de los niños intervenidos de modo ambulatorio divididos en los dos grupos de estudio.

Tabla 11. Evaluación parental del proceso asistencial.

		UCMA 133 (66.5) n (%) \pm DS	BQ 67 (33.5) n (%) \pm DS	p valor
1. A su juicio, la información que recibió antes de la operación fue:	4. Muy buena			
	3. Buena			
	2. Mala	3.58 (\pm 0.58)	3.43 (\pm 0.52)	0.08
	1. Muy mala			
2. El trato recibido por parte del personal que le atendió en el hospital lo consideró:	4. Muy bueno			
	3. Bueno	3.68 (\pm 0.49)	3.55 (\pm 0.58)	0.11
	2. Malo			
	1. Muy malo			
3. ¿Cómo considera las instalaciones del hospital donde fue intervenido?	4. Muy buenas			
	3. Buenas	3.53 (\pm 0.53)	3.27 (\pm 0.59)	0.002
	2. Malas			
	1. Muy malas			
4. En general, ¿quedó satisfecho con su estancia en el hospital?	4. Muy satisfecho			
	3. Satisfecho	3.54 (\pm 0.57)	3.28 (\pm 0.64)	0.004
	2. Poco satisfecho			
	1. Nada satisfecho			
5. Si tuviera que aconsejar a un familiar o conocido el hospital donde se operó, lo calificaría:	4. Muy bueno			
	3. Bueno	3.59 (\pm 0.55)	3.45 (\pm 0.58)	0.1
	2. Malo			
	1. Muy malo			
6. Respecto a la capacidad del personal que le atendió, ¿cómo lo considera?	4. Muy competente			
	3. Competente	3.73 (\pm 0.46)	3.67 (\pm 0.47)	0.4
	2. Poco competente			
	1. Nada competente			
7. Si tuviera que volver a operarse en algún momento de su vida, ¿preferiría que fuera de esta forma, siendo dado de alta a su domicilio en el mismo día tras la operación?	4. Muy probable			
	3. Probable	3.44 (\pm 0.75)	3.49 (\pm 0.56)	0.63
	2. Poco probable			
	1. Nada probable			
8. Si tuviera que recomendar a algún familiar o amigo esta forma de operación quirúrgica, marchándose a su casa en el mismo día, ¿cómo lo calificaría?	4. Muy recomendable			
	3. Recomendable	3.47 (\pm 0.71)	3.42 (\pm 0.55)	0.57
	2. Poco recomendable			
	1. Nada recomendable			
9. El tiempo total que pasó en el hospital, es decir, desde que ingresó para la operación hasta que se fue a su domicilio, lo considera:	4. Demasiado largo			
	3. Adecuado	2.98 (\pm 0.62)	3.30 (\pm 0.55)	0.000
	2. Algo insuficiente			
	1. Muy insuficiente			
10. Tras la intervención quirúrgica, ¿sufrió dolor?	4. Ninguno			
	3. Escaso dolor	3.29 (\pm 0.78)	3.24 (\pm 0.76)	0.68
	2. Sí, tuve dolores			
	1. Dolores fuertes			
11. La información que recibió al irse de alta la considera	4. Muy buena			
	3. Buena	3.55 (\pm 0.58)	3.48 (\pm 0.56)	0.41
	2. Mala			
	1. Muy mala			
12. ¿Sintió miedo o preocupación por el hecho de estar tras la intervención fuera del hospital?	4. No estuve preocupado			
	3. Algo preocupado	3.33 (\pm 0.78)	3.36 (\pm 0.66)	0.80
	2. Sí estuve preocupado			
	1. Muy preocupado			
13. Considera que la cicatrización de la herida quirúrgica ha sido:	4. Muy buena			
	3. Buena	3.53 (\pm 0.53)	3.42 (\pm 0.52)	0.14
	2. Mala			
	1. Muy mala			
14. La atención que ha recibido tras la operación de los profesionales sanitarios de fuera del hospital (ambulatorio o centro de salud) la valora como:	4. Muy buena			
	3. Buena	3.53 (\pm 0.53)	3.43 (\pm 0.49)	0.23
	2. Mala			
	1. Muy mala			

Los valores se han expresado como media \pm DS. Se consideraron significativas las diferencias con una $p \leq 0.05$

Las diferencias significativamente estadísticas que se aprecian en la tabla 12 son la que se enumeran a continuación:

- Las instalaciones de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria tuvieron una mejor consideración en las respuestas de los padres que las del circuito de hospitalización y Bloque Quirúrgico (3.53 ± 0.53 versus 3.27 ± 0.59 , $p = 0.002$).
- La percepción de los padres sobre la duración de la estancia hospitalaria fue significativamente mayor en los pacientes que siguieron el circuito de hospitalización (2.98 ± 0.62 vs. 3.30 ± 0.55 , $p < 0.000$).
- En términos de satisfacción global sobre la estancia hospitalaria, esta fue significativamente mayor en los padres de los pacientes atendidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (3.54 ± 0.57 vs. 3.28 ± 0.64 , $p = 0.004$).

6.5. Comparación entre grupos con ausencia y presencia de dolor en el postoperatorio

En la tabla 12 se divide a la muestra en 2 grupos, aquellos padres que refirieron la ausencia de dolor durante el postoperatorio en sus hijos ($n = 89$, 44.5%) y los que refirieron algún grado de dolor ($n = 111$, 55.5%). En este análisis las respuestas no se evaluaron según la escala Likert, sino que se dividieron de un modo dicotómico como se indica en la tabla. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y el de Bloque Quirúrgico en relación a la ausencia / presencia de dolor.

Tabla 13. Comparación entre el grupo con ausencia de dolor y el resto de la muestra

	Total N=200 (100)	Sin dolor n = 89 (44.5)	Dolor n = 111 (55.5)	p valor
Edad (años)	5.6± 3.81	5.46± 3.58	5.71± 4.01	0.64
Varón	157 (78.5)	67 (75.3)	90 (81.1)	0.32
Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	133 (66.5)	61 (68.5)	72 (64.9)	0.58
Tiempo de estancia (minutos)	341.8± 231	330.18± 229.56	351.15± 233.3	0.52
1. Información previa buena o muy buena	195 (97.5)	89 (100)	106 (95.5)	0.04
2. Trato del personal bueno o muy bueno	195 (97.5)	87 (97.8)	108 (97.3)	0.83
3. Instalaciones buenas o muy buenas	193 (96.5)	88 (98.9)	105 (94.6)	0.10
4. Estancia global satisfactoria o muy satisfactoria	194 (97)	87 (97.8)	107 (96.4)	0.57
5. Hospital recomendable o muy recomendable	197 (98.5)	89 (100)	108 (97.3)	0.11
6. Personal competente o muy competente	199 (99.5)	89 (100)	110 (99.1)	0.36
7. Repetición en régimen ambulatorio probable o muy probable	189 (94.5)	87 (97.8)	102 (91.9)	0.07
8. Cirugía ambulatoria recomendable o muy recomendable	191 (95.5)	87 (97.8)	104 (93.7)	0.16
9. Tiempo de estancia adecuado	141 (70.5)	71 (79.8)	70 (63.1)	0.01
11. Información al alta buena o muy buena	194 (97)	89 (100)	105 (94.6)	0.02
12. Poco o nada de preocupación en el domicilio	179 (89.5)	87 (97.8)	92 (82.9)	0.001
13. Cicatrización buena o muy buena	197(98.5)	88(98.9)	109 (98.2)	0.69
14. Atención extrahospitalaria buena o muy buena	198(99)	89(100)	109 (98.2)	0.20

Los valores se han expresado como media \pm DS y en número (porcentaje). Se consideraron significativas las diferencias con una $p \leq 0.05$.

Las diferencias entre el grupo con ausencia de dolor y el resto de la muestra con significancia estadística fueron las siguientes:

- Refirieron una percepción de la información previa a la cirugía como buena o muy buena en mayor grado los padres de los niños con ausencia de dolor en el postoperatorio [89(100%) vs 106 (95.5%), $p=0.04$].
- El tiempo de estancia fue considerado adecuado con más frecuencia en el grupo de los padres con ausencia de dolor [71(79.8%) vs 70 (63.1%), $p=0.01$].
- También se aprecia una mejor percepción de la información recibida al alta en los padres de los pacientes del grupo ausencia de dolor [89(100%) vs 105 (94.6%), $p=0.02$].
- Finalmente el grupo que presentó de un modo significativo menor preocupación por pasar la noche en el domicilio fue el de ausencia de dolor [87(97.8%) vs 92 (82.9%), $p=0.001$].

6.6. Factores de satisfacción global

En la tabla 13 se observan los resultados del análisis de regresión logística en el que se identifican los factores que influyen de un modo estadísticamente significativo que los padres respondieran a la pregunta 4 de la encuesta SUCMA 14 estar muy satisfechos en referencia a la estancia global en el hospital. Se identificaron los siguientes factores: la realización de la cirugía en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (OR=2.16); la consideración buena o muy buena de la información recibida previamente a la cirugía (OR=2.03), y la consideración buena o muy buena de la información al alta (OR=2.48).

Se realizó un modelo de regresión logística univariante para identificar los factores asociados con padres de pacientes muy satisfechos. Las variables que obtuvieron un p valor por debajo de 0.1 se introdujeron en el análisis multivariante. Las variables incluidas en la regresión por pasos hacia delante fueron:

- Respuesta a la pregunta 1: información previa buena o muy buena.
- Respuesta a la pregunta 3: instalaciones buenas o muy buenas.
- Respuesta a la pregunta 7: repetición en régimen ambulatorio probable o muy probable.

- Respuesta a la pregunta 9: tiempo de estancia adecuado.
- Respuesta a la pregunta 11: información al alta buena o muy buena.
- Respuesta a la pregunta 12: poco o nada de preocupación en domicilio.

Tabla 14. Análisis de regresión logística; variables asociadas con padres muy satisfechos

	OR	IC (95%)	p valor
Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria	2.16	1.142–4.099	0.01
Información previa buena o muy buena	2.03	1.139–3.649	0.01
Información previa al alta buena o muy buena	2.48	1.390–4.44	0.002

Abreviaturas: OR, odds ratio; IC, intervalo de confianza

6.7. Factores asociados a ausencia de dolor

Mediante otro análisis de regresión logística (tabla 14) se identificaron 3 factores que tenían influencia significativa en que los padres respondieran a la pregunta 10 de la encuesta SUCMA 14 que no había aparecido dolor. Estos factores fueron la percepción como buenas o muy buenas de las instalaciones (OR=1.86); la consideración de la información recibida al alta como buena o muy buena (OR=2.85) y el no haber referido preocupación por el hecho de pernoctar fuera del hospital la primera noche tras el procedimiento (OR=2.62).

Se realizó un modelo de regresión logística univariante para identificar los factores asociados con padres que refieren ausencia de dolor. Las variables que obtuvieron un p valor por debajo de 0.1 se introdujeron en el análisis multivariante. Las variables incluidas en el modelo de regresión logística por pasos hacia delante fueron:

- Respuesta a la pregunta 3: instalaciones buenas o muy buenas.
- Respuesta a la pregunta 4: muy satisfecho o satisfecho con la estancia hospitalaria.
- Respuesta a la pregunta 5: evaluación buena o muy buena del hospital.
- Respuesta a la pregunta 9: tiempo de estancia adecuado.

Tabla 15. Análisis de regresión logística; variables asociadas con la ausencia de dolor

	OR	IC (95%)	p valores
Instalaciones buenas o muy buenas	1.86	1.021–3.391	0.043
Información al alta buena o muy buena	2.85	1.503–5.42	0.001
Poco o nada de preocupación en domicilio	2.62	1.552–4.423	< 0.001

Abreviaturas: OR, odds ratio; IC, intervalo de confianza

7. DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

7.1. Hallazgos principales

Los resultados más importantes del estudio del fueron:

- Una percepción más favorable de la asistencia sanitaria quirúrgica en régimen ambulatorio en las familias atendidas en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria Autónoma comparada con la de las familias atendidas en el Bloque Quirúrgico.
- El grado de satisfacción de los padres de los niños operados de modo ambulatorio se incrementa cuando consideran buena o muy buena la información que reciben antes y después de la operación quirúrgica.
- El dolor no es un factor determinante en la satisfacción parental en cirugía pediátrica ambulatoria.

7.2. Índice de respuesta

Los índices de respuesta para los diferentes modos de encuestas de satisfacción varían con el modo de recogida de las respuestas, probablemente reflejando diferentes niveles de motivación e interés en el tema. Se ha demostrado en algún estudio que los niveles de respuesta a las encuestas por internet o por correo electrónico son más bajas aunque los niveles de acceso a internet de la población estén ajustados. Se han publicado índices de respuesta elevada a encuestas enviadas por correo postal, elevándose estos índices en el caso de que se realice un recuerdo telefónico a los encuestados. Las encuestas telefónicas obtienen índices de respuesta más elevados (235).

Se ha estudiado la satisfacción de los pacientes tras su paso por el hospital comparando dos modelos de encuestas; completando un cuestionario en internet y entrevista telefónica. En el estudio de Feldman et al. se observó un índice de respuesta del 39.3% para el cuestionario a completar en internet frente a un 88.4% de índice de respuesta a las encuestas telefónicas. Esta diferencia se puede justificar por la mayor facilidad que supone ignorar la recepción de un correo electrónico que una llamada telefónica (236). El índice de respuesta fue muy elevado en nuestro estudio, respondieron 200 padres de los 209 que dieron su consentimiento al inicio del estudio (95.6%). Estos índices de respuesta elevados para encuestas telefónicas se han evidenciado en el trabajo

de Harewood et al., que investigando acerca de la satisfacción con endoscopias digestivas tuvieron un índice de respuesta del 78% en las encuestas telefónicas. Sin embargo, es probable que comparar el índice de respuestas de nuestro estudio carezca de interés, ya que las variables de estudio de cada trabajo difieren mucho, y los índices de respuestas parecen ser muy sensibles a los procedimientos de selección de los pacientes (en nuestro caso se reclutó a los pacientes antes de la cirugía, en entrevistas cara a cara) (237).

7.3. Características de la población de estudio

Las características clínicas y demográficas de nuestra población son similares a las de otros estudios que han estudiado la satisfacción parental en diversos procedimientos invasivos y quirúrgicos pediátricos.

Bittman et al. incluyeron en su estudio niños de 0 a 13 años con una edad media de 5 años, en otros estudios similares también la edad media era 5.52 años (233, 238). Habitualmente los pacientes de cirugía pediátrica tienden a ser mayoritariamente varones, debido a la mayor prevalencia de la patología de pared abdominal en el sexo masculino y a la realización de patología peneana en régimen ambulatorio (233). En el estudio de Sam CJ et al la mayoría de los pacientes eran varones (85%) (234).

En nuestro estudio los pacientes son sujetos de edad comprendida entre los 0 y los 14 años [5.6 años (\pm 3.81)] y el 78.6% son varones. Las cirugías realizadas son predominantemente sobre la región inguinal y peneana, como es habitual en la cirugía ambulatoria pediátrica (23, 233).

7.4. Satisfacción global

Diversos trabajos han estudiado el grado de satisfacción en el contexto perioperatorio, fundamentalmente en la población adulta. El uso de diferentes cuestionarios dificulta la comparación de resultados y la interpretación de los datos obtenidos (191).

Lehman et. al entrevistaron a 12276 pacientes en el postoperatorio, mediante entrevistas personales en las que los pacientes exponían todas sus quejas. El grado de satisfacción con el cuidado anestésico fue muy alto. El 97% de los pacientes se mostraron satisfechos o muy satisfechos con la atención anestésica recibida, el 1,4% respondieron estar moderadamente satisfechos y solo el 1,2 % estaban muy insatisfechos (239).

Bain et al. encontraron un índice de satisfacción global del 85% en 3438 pacientes quirúrgicos en Escocia. Se trataba de adultos intervenidos en régimen ambulatorio en 25 procedimientos seleccionados de 5 especialidades quirúrgicas de 13 hospitales. Se envió por correo postal el cuestionario dos semanas después de la cirugía, obteniéndose dos tercios de respuestas. No observaron diferencias de satisfacción entre procedimientos y especialidades (160).

Lemos et al., en un estudio portugués, evaluaron la satisfacción al alta de la cirugía y un mes después del procedimiento. Se incluyeron 251 pacientes adultos ambulatorios que contestaron sobre una escala Likert de 6 ítems sobre el grado de satisfacción. Establecieron que el 95% de los pacientes adultos mostraron algún grado de satisfacción en el momento del alta hospitalaria, reduciéndose esta respuesta satisfactoria si se repetía el cuestionario 30 días más tarde (232).

Beverly Philip et al. obtuvo la respuesta de 1511 adultos intervenidos de cirugía ginecológica y cirugía general mediante una encuesta remitida por vía postal que elegirían de nuevo el régimen ambulatorio un 97%, a pesar de que al menos un 86% referían al menos un efecto adverso menor después del alta (240).

Erden et al. publicaron que el 97% de los padres aseguraron que si pudieran elegir optarían por la cirugía sin ingreso de nuevo. En este estudio se incluyeron 100 pacientes de 0 a 18 años intervenidos quirúrgicamente de diferentes procedimientos en régimen ambulatorio (233).

En un trabajo llevado a cabo en India el grado de satisfacción de los padres fue bueno, de entre 8 y 10 en una escala de 0 a 10 en el 88% de la muestra de 121 padres de niños operados sin ingreso. La satisfacción global de los pacientes que sufren dolor de grado mayor que leve es menor que de los que sufren menos dolor (234). En trabajos realizados en países en vías de desarrollo se han evidenciado niveles de satisfacción muy elevados, del 93 al 97% (241, 242). En el estudio realizado en Malasia se evaluó la satisfacción de los padres de niños intervenidos de amigdalectomía de modo ambulatorio. Se trata de un estudio pequeño, con solo 38 respondedores a un cuestionario enviado por correo postal, pero la satisfacción con el centro de cirugía ambulatoria fue del 97% (242).

En nuestro hospital hemos observado un elevado grado de satisfacción parental con el proceso asistencial quirúrgico ambulatorio. En una escala de 0 a 10 los padres de

la muestra del estudio establecieron una satisfacción media de 8.65 y 194 padres (97%) se mostraron como satisfechos o muy satisfechos con su estancia en el hospital utilizando una escala Likert de 4 ítems (muy satisfechos, satisfechos, poco satisfechos, nada satisfechos). Nuestros resultados en satisfacción global son por tanto muy similares a los que se han referido anteriormente. En el Hospital Clínico Universitario de Valladolid se ha demostrado que la satisfacción global con la estancia en el hospital ha sido mayor de un modo estadísticamente significativo para los padres de los niños intervenidos en la Unidad de Cirugía Ambulatoria comparados con los de los atendidos en régimen ambulatorio sin pernoctación hospitalaria, siguiendo el circuito de hospitalización convencional y siendo intervenidos en el Bloque Quirúrgico. No se ha encontrado tras una búsqueda exhaustiva ninguna publicación que estudie esta diferencia, no ha sido posible hallar ninguna referencia en lo publicado hasta el momento actual.

7.5. Información

El reconocimiento de la recepción de una información clínica pre y postquirúrgica adecuada es un factor que influye en los índices de satisfacción.

Chung et al. publicaron un estudio con pacientes ambulatorios adultos de cirugía plástica en el que una explicación del procedimiento que se había realizado (OR,3.9) entre otros factores influyen los índices de satisfacción (169).

De Jesús et al. evidenciaron que el suministro de información es fundamental para la opinión de los pacientes de cirugía ambulatoria. En sus resultados los pacientes consideraban crucial una buena información para la preparación para la cirugía, pero no solo para esto, si no que también para planificar el momento postoperatorio. Proporcionar información es un factor fundamental para buenos resultados clínicos y para la satisfacción de los pacientes (164).

Los pacientes quirúrgicos ambulatorios refuerzan el valor de los elementos representados por la información y la comunicación. Los pacientes que consideran buena su salud están más satisfechos con la información recibida y con su oportunidad de participar en las decisiones sobre sus cuidados perioperatorios que aquellos que califican su percepción sobre su estado de salud menor que buena (243). Lemos et al. detectaron que la información clínica era un factor que influenciaba la satisfacción de los pacientes ambulatorios quirúrgicos. El grupo que se mostraba totalmente satisfecho declaraba haber

recibido información más detallada para el postoperatorio, estos resultados se repetían tanto en el momento del alta como a los 30 días de la cirugía (OR, 1.6) (232).

El trabajo clásico de Bain et al demostró una diferencia significativa en los índices de satisfacción en los pacientes que consideraban que todo había sido explicado de un modo adecuado, y también entre los que habían recibido toda la información por escrito previamente y los que no (160). Existe un deseo evidente de los pacientes por recibir información. En el estudio de Caljouw et al refieren que la literatura infraestima la importancia de la información y la comunicación de los pacientes en relación con la satisfacción percibida. En su estudio evidenciaron que los pacientes que se consideraban bien informados calificaban mejor su relación con los profesionales. Concluyeron que la información proporcionada y la relación de los profesionales con los pacientes son los determinantes principales para la satisfacción con el cuidado postoperatorio (203). Los momentos específicos durante la experiencia quirúrgica en los que se proporciona la información son importantes, estos momentos clave son la visita preoperatoria, la firma del consentimiento informado, el momento de la cirugía, el alta y las atenciones postoperatorias (165, 244, 245).

En una publicación sueca que analiza a 170 pacientes adultos se observó que cuanto más detallada era la información que recibía el paciente mayor ansiedad desencadenaba (243). Sin embargo, en ensayos clínicos aleatorizados de niños que iban a ser intervenidos la información preoperatoria más detallada no resultó en un aumento de la ansiedad de los niños o los padres (246, 247). Los pacientes que se muestran insatisfechos con su experiencia quirúrgica habrían deseado una información más personalizada sobre la cirugía, el período postoperatorio y las instrucciones sobre los cuidados en el domicilio, y que esta información además se adecuara al nivel educativo de los pacientes (243, 245).

En un estudio sobre la población pediátrica se identificó como uno de los factores determinantes de la satisfacción parental la información proporcionada (238). En un estudio reciente que incluyó a los padres de 538 niños se pretendía determinar los factores que influirían en que los padres recomendaran a sus familiares y amigos el modo ambulatorio de asistencia, concluyeron que la calidad de la comunicación perioperatoria con el anestesiólogo fue el factor predictivo de recomendación más importante, y otros

factores relacionados con la información como la instrucciones completas y comprensibles al alta también fueron significativos (248).

En el presente estudio la consideración de los padres como muy satisfechos sobre la estancia global en el hospital está influenciada por la información recibida previamente a la cirugía y por la información recibida tras la cirugía previamente al alta. Dividiendo a los padres en dos grupos, en los cuáles uno de ellos está formado por los padres muy satisfechos (pregunta 4 de SUCMA) y en segundo grupo compuesto por el resto de padres, se han observado varios factores que influyen de un modo individual el grado de satisfacción. Se realizó un análisis de regresión logística a los diferentes factores para identificar la fuerza de la asociación entre las diferentes variables. La percepción de haber recibido buena información (tanto previamente como posteriormente a la cirugía), aumentó el grado de satisfacción. Este resultado es consistente con los estudios preexistentes.

7.6. Dolor

El dolor postoperatorio se considera un factor decisivo en la satisfacción con la cirugía ambulatoria.

Jenkins et. al. indicaron que evitar el dolor es la mayor prioridad para los pacientes ambulatorios. Estos resultados se obtuvieron preoperatoriamente en 400 adultos dispuestos para cirugía ambulatoria, exponiéndoles las complicaciones más frecuentes que podían sufrir en el postoperatorio inmediato (162). Sam et al. alertaron de que la satisfacción global de los pacientes que sufrían un grado de dolor moderado o mayor era menor que en los pacientes con dolor leve (234).

Sin embargo, el estudio de Rawal et al., que incluía a 1100 pacientes tanto adultos como pediátricos, sugirió que el dolor moderado o severo no genera menor satisfacción en los pacientes que lo sufren si sentían la preocupación sobre su estado de los profesionales sanitarios. En esta publicación refleja que de los pacientes que padecieron dolor solo el 5% se mostraban insatisfechos, lo que sugiere la aceptación del dolor como una consecuencia inevitable de la cirugía (157).

En los pacientes adultos que se someten a procedimientos ortopédicos mayores, aquellos que manifiestan mayor satisfacción sufren menor grado de dolor y perciben que los médicos y enfermeras muestran preocupación por su dolor (249). La aparición de

dolor postoperatorio inesperadamente se asocia con menor satisfacción comparado con el dolor previsto (160).

En nuestra muestra el 44.5% de los padres afirmaban que sus hijos no habían sufrido nada de dolor. No existieron diferencias en el dolor referido dependiendo del circuito asistencial en el que fueran atendidos los niños. Esta circunstancia era previsible, ya que se trata del mismo tipo de cirugía, realizado con las mismas técnicas y por los mismos profesionales. Sin embargo, a pesar del cuerpo de conocimiento referido previamente en nuestra muestra el dolor no ha sido un factor que haya influido en el grado de satisfacción global durante la estancia en el hospital. Estos hallazgos pueden estar influidos por el elevado grado de satisfacción general y porque la mitad de los padres que refirieron que sus hijos sufrieron dolor lo indicaron como leve.

7.7. Instalaciones

Trinh et al. han incluido los componentes estructurales y organizativos del entorno perioperatorio como factores importantes de la experiencia quirúrgica del paciente (250).

Mazurenko et al. realizaron un estudio en el que se analizaban los factores que influían en las experiencias quirúrgicas de los pacientes. Crearon diferentes grupos compuestos por médicos, enfermeras, pacientes, familiares, administradores del hospital y analizaron el contenido de las conversaciones mantenidas en los mismos. Concluyeron que los pacientes y los miembros de los equipos de atención sanitaria compartían la mayoría de los puntos de vista sobre los determinantes que influyen sobre la experiencia quirúrgica. Entre ellos destacaba la infraestructura técnica en la que se desarrollaba el proceso quirúrgico (251). De igual manera los procesos de ingreso y alta también son importantes predictores de la satisfacción percibida (252).

La Unidad de Cirugía Ambulatoria y el Bloque Quirúrgico del Hospital Clínico Universitario de Valladolid donde fueron operados los pacientes del estudio tienen la misma antigüedad y disponen de las mismas condiciones estructurales y tecnológicas, sin embargo, el área de hospitalización donde se atendió en el postoperatorio inmediato a los pacientes del Bloque Quirúrgico es muy antigua y con peor infraestructura que las áreas quirúrgicas en general. Esto se refleja en las diferencias en la percepción de las instalaciones entre grupos evidenciada en la respuesta 3 de la SUCMA. De igual manera, la satisfacción de los padres cuyos hijos fueron atendidos en la Unidad de Cirugía Mayor

Ambulatoria fue mayor. Las diferencias entre los grupos del estudio pueden atribuirse a las condiciones ambientales y organizativas que ya previamente han sido referidas en términos de percepción de calidad de la atención recibida. El proceso de ingreso en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria se realiza de un modo directo en la propia Unidad, que dispone de un circuito específico con Zona de Acogida para la recepción de pacientes, una Unidad de Recuperación Postanestésica para los cuidados inmediatos y unos cuidados de Readaptación al Medio en el mismo espacio estructural que se realiza el proceso de acogida. Salvo en el quirófano en el resto del circuito el niño está acompañado por uno de sus progenitores. En el caso de los pacientes que son intervenidos en el Bloque Quirúrgico deben seguir un circuito de hospitalización convencional, en el que han de realizar el circuito de ingreso en la planta de hospitalización de pediatría, alejada estructuralmente de los quirófanos, con traslados prolongados, y atención en unas unidades que comparten con procedimientos de adultos de mayor grado de complejidad. La planta de hospitalización tiene una antigüedad de 43 años, mientras que la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y el Bloque Quirúrgico se han inaugurado hace menos de 5 años.



Figura 9. H.C.U.V. Un hospital con dos caras

Fuente: elaboración propia

7.8. Tiempo de estancia

Las consideraciones económicas son las que generalmente hacen preferible las estancias postoperatorias más cortas (253).

Moncel et al. demostraron, en su estudio que incluyó 1060 niños de 6 meses de edad a 16 años intervenidos en régimen ambulatorio, que la mayoría de los niños operados en cirugía ambulatoria pueden ser dados de alta a su domicilio con seguridad solo 1 hora

después del alta de la Unidad de Recuperación Postanestésica (97,2%). Este porcentaje aumentaba a las dos horas hasta el 99,8%. Solamente 2 niños de los 1041 reclutados en el estudio no cumplía los criterios establecidos para poder ser dado de alta (254).

Los pacientes que esperan más tiempo o a los que se añaden más horas de duración a su proceso asistencial quirúrgico tienen menores índices de satisfacción, lo que concuerda con otros estudios sobre tiempos de espera. En el estudio de Lemos et al los pacientes totalmente satisfechos esperan menos tiempo que los no totalmente satisfechos (232).

Los pacientes que sufren demora en los procesos de ingreso, intervención quirúrgica y alta tienden a estar más insatisfechos con el proceso quirúrgico. En el estudio de Bain et al el tiempo entre el ingreso y el alta se relacionaba con los resultados de satisfacción, con una diferencia favorable significativa hacia los que eran ingresados y dados de alta de un modo más temprano. Los pacientes que creían no haber sido advertidos de una estancia más prolongada se mostraban más insatisfechos (160, 231).

Los pacientes insatisfechos perciben que la planificación y programación de sus procedimientos podría haber sido más eficiente. En la mayoría de las ocasiones en la planificación prima el aprovechamiento de los espacios y tiempos quirúrgicos, por encima de la percepción del servicio recibido por los pacientes, adelantándose habitualmente las citas de los pacientes sobre una previsión realista de la hora a la que serán intervenidos realmente (255).

La prolongación del tiempo de estancia en el hospital aumenta de un modo innecesario la exposición a factores de estrés que afectan a la experiencia quirúrgica global, entre estos se encuentran los sonidos repetitivos de alarmas de equipos electromédicos, exploraciones repetidas de los profesionales sanitarios o generación de dolor por diferentes estímulos provocados por procedimientos hospitalarios (250).

La duración de la estancia hospitalaria fue significativamente mayor en el grupo del Bloque Quirúrgico comparado con el de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria; los resultados muestran que la duración de la estancia hospitalaria se triplicaba en el grupo intervenido en el Bloque Quirúrgico. Es reseñable que la respuesta como adecuado a la pregunta de la encuesta sobre la percepción del tiempo que se permaneció en el hospital fue favorable de un modo significativo para el grupo de la unidad de Cirugía Mayor

Ambulatoria, siendo a su vez este tiempo significativamente menor que en el del grupo de hospitalización. No se han localizado en la literatura estudios comparando la estancia entre grupos similares a los de este estudio.

7.7. Limitaciones

- Los niños generalmente son pacientes jóvenes y la posibilidad de aparición de complicaciones y de morbilidad asociada al proceso asistencial es muy baja. Esta circunstancia puede generar un sesgo favorable a la satisfacción percibida.
- Se utilizó el cuestionario SUCMA 14 en idioma castellano validado para pacientes de cirugía ambulatoria de adultos. (225, 256). Las encuestas se realizaron mediante llamadas telefónicas, las cuáles habitualmente aseguran un mayor índice de respuesta que las encuestas enviadas por correo electrónico y correo postal y evitan el sesgo por falta de respuesta (235, 257, 258). Al tratarse de entrevistas telefónicas las respuestas se pueden ver afectadas por el sesgo de consentimiento y por circunstancias de conveniencia social.
- Los datos del estudio únicamente recogen la experiencia de una muestra amplia, pero de un solo centro hospitalario. Sin embargo, esto supone a su favor que la recogida de los datos se ha realizado de manera más minuciosa que cuando participan en ella varios centros hospitalarios.

7.9. Aplicación de los resultados y futuros estudios

La cirugía ambulatoria pediátrica ha aumentado espectacularmente en las últimas décadas. Igualmente se ha extendido el modelo de Unidades Autónomas para realizar un procedimiento totalmente aislado del circuito de hospitalización. Sin embargo, no siempre se disponen de los recursos estructurales que permitan asignar sesiones quirúrgicas para la cirugía pediátrica. Con nuestro trabajo hemos demostrado que los padres de los niños intervenidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria tienen una satisfacción sobre su estancia global en el hospital mayor que aquellos intervenidos en el Bloque Quirúrgico. Consideramos que nuestro trabajo pone en evidencia la necesidad de que todos los procedimientos quirúrgicos pediátricos susceptibles de ser realizados ambulatoriamente a la población en edad pediátrica procuren ser realizados en unidades autónomas, ya que el grado de satisfacción de las familias es mayor, y los procedimientos pueden ser realizados en condiciones de seguridad suficientes (solo se excluyó un paciente de toda la serie reclutada debido a

un ingreso no previsto). Además, los tiempos de estancia son mucho menores, lo que satisface a los padres. De igual manera el recorte de la estancia hospitalaria supone un menor consumo de recursos con un ahorro que puede parecer pequeño, pero que se multiplica al tratarse de procedimientos muy comunes que se repiten con gran frecuencia. Otro campo a explorar es la extensión del régimen ambulatorio para procedimientos más complejos en pacientes seleccionados.

Con nuestro trabajo hemos confirmado la importancia que tiene la información que se proporciona durante el desarrollo cronológico del proceso quirúrgico. Por ello creemos que se deberían estandarizar a nivel nacional, regional y local documentos que recojan las recomendaciones habituales para las familias, proporcionarlas por escrito y generar sitios en la red en los que se encuentre la información que más frecuentemente demandan los padres.

Finalmente creemos que sería interesante evaluar la posibilidad de crear unidades autónomas exclusivamente para niños en el caso de que exista el volumen suficiente de pacientes. Esto que es más sencillo en hospitales monográficos se dificulta en el caso de hospitales generales, donde creemos se debería evaluar la reserva de jornadas en las que se acumulen sesiones quirúrgicas y de procedimientos invasivos que requieran anestesia en la misma jornada. De este modo se generaría un ambiente más acogedor para los niños y sus familias, así como una asignación de recursos específicos para estos pacientes.

8. CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados en presente tesis doctoral y conforme a los resultados obtenidos, llegamos a las siguientes conclusiones con respecto a la población estudiada:

- Los padres de los pacientes atendidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria demuestran mayor satisfacción que los padres de los niños intervenidos en el Bloque Quirúrgico en régimen ambulatorio.
- Los factores predictivos de ausencia de dolor fueron: la percepción como buenas o muy buenas de las instalaciones; la consideración de la información recibida al alta como buena o muy buena y el no haber referido preocupación por el hecho de pernoctar fuera del hospital la primera noche tras el procedimiento.
- Los factores predictivos relacionados con la satisfacción de los padres fueron la realización de la cirugía en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria; la consideración buena o muy buena de la información recibida previamente a la cirugía, y la consideración buena o muy buena de la información al alta.

9. BIBLIOGRAFÍA

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Jarrett P. James H. Nicoll (1864-1921). 1999;7:63-4.
2. Nicoll J. The surgery of infancy. *BMJ*1909. p. 753-6.
3. Strickland RA. Ralph Waters and his Kansas City practice: 1924-27. *Bull Anesth Hist.* 2007;25(1):7-9.
4. Herzfeld G. The Radical Cure of Hernia in Infants and Young Children. *Edinb Med J.* 1925;32(6):281-90.
5. Shouldice EB. The Shouldice repair for groin hernias. *Surg Clin North Am.* 2003;83(5):1163-87, vii.
6. Early Rising after Operation. *Br Med J.* 1948;2(4588):1026-7.
7. FARQUHARSON EL. Early ambulation; with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. *Lancet.* 1955;269(6889):517-9.
8. Cohen DD, Dillon JB. Anesthesia for outpatient surgery. *JAMA.* 1966;196(13):1114-6.
9. Levy ML, Coakley CS. Survey of "in and out surgery"-first year. *South Med J.* 1968;61(9):995-8.
10. Reed WA, Ford JL. The surgicenter: an ambulatory surgical facility. *Clin Obstet Gynecol.* 1974;17(3):217-30.
11. Davis JE. The major ambulatory surgical center and how it is developed. *Surg Clin North Am.* 1987;67(4):671-92.
12. Orkand Corporation. Comparative evaluation of costs, quality and system effects of ambulatory surgery performed in alternative settings. Final report submitted to Bureau of Health Planning and Resources Development of Health Resources Administration, Dept of HEW, USA.1977.
13. Royal College of Surgeons of England. Commission on the provision of surgical services. Guidelines for day surgery. Revised edition. London, UK: Royal College of Surgeons of England, 1992. First published 1985.
14. Audit Commission. A short cut to better services. Day surgery in England and Wales. London, UK: HMSO, 1990.
15. Audit Commission. Measuring quality: the patients view of day surgery. London, UK: HMSO, 1991.

16. Australian Day Surgery Council. Day Surgery in Australia. Revised edition. Melbourne, Australia: Royal Australasian College of Surgeons, 2004. First published 1981.
17. Cooke T, Fitzpatrick R, Smith I. Achieving day surgery targets: a practical approach towards improving efficiency in day case units in the UK. London, UK: Advance Medical Publications, 2004.
18. Innovations in Care. Day surgery in Wales: a guide to good practice. Cardiff, Wales: Welsh Assembly Government, 2004. 32 Day Surgery - Development and Practice Chapter 1 | The development of ambulatory surgery and future challenges.
19. NHS Modernisation Agency. Day Surgery – a good practice guide. London, UK: Dept. of Health Publications, 2005. .
20. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Day Surgery. Revision edition. London, UK: The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 2005.
21. Carlos Martínez-Ramos. Cirugía Mayor Ambulatoria. Implantación en España. Perspectivas de Futuro. Reduca (Recursos Educativos). Serie Medicina. 1 (1): 305-316, 2009. ISSN: 1989-5003.
22. Ministerio de Sanidad. Intervenciones quirúrgicas realizadas en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), frecuentación por 1.000 habitantes, porcentaje de intervenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A.) sobre el total de intervenciones y días de espera para intervenciones no urgentes según comunidad autónoma.
[Available from:
<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla26.htm>.
23. Lemos P, Jarret P, Beverly P. Day surgery: development and practice: International association for ambulatory surgery (IAAS); 2006.
24. Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions.: International association for ambulatory surgery (IAAS); 2003.
25. Terol García E PSI. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. In: Consumo MdSy, editor.: Informes estudios e investigación; 2008.
26. Nordin AB, Shah SR, Kenney BD. Ambulatory pediatric surgery. Semin Pediatr Surg. 2018;27(2):75-8.

27. Stanwick RS, Horne JM, Peabody DM, Postuma R. Day-care versus inpatient pediatric surgery: a comparison of costs incurred by parents. *CMAJ*. 1987;137(1):21-6.
28. Fabricant PD, Seeley MA, Rozell JC, Fieldston E, Flynn JM, Wells LM, et al. Cost Savings From Utilization of an Ambulatory Surgery Center for Orthopaedic Day Surgery. *J Am Acad Orthop Surg*. 2016;24(12):865-71.
29. Aguayo P, Alemayehu H, Desai AA, Fraser JD, St Peter SD. Initial experience with same day discharge after laparoscopic appendectomy for nonperforated appendicitis. *J Surg Res*. 2014;190(1):93-7.
30. Scott AR, Rush AJ, Naik AD, Berger DH, Suliburk JW. Surgical follow-up costs disproportionately impact low-income patients. *J Surg Res*. 2015;199(1):32-8.
31. Litz CN, Stone L, Alessi R, Walford NE, Danielson PD, Chandler NM. Impact of outpatient management following appendectomy for acute appendicitis: An ACS NSQIP-P analysis. *J Pediatr Surg*. 2018;53(4):625-8.
32. Cairo SB, Ventro G, Meyers HA, Rothstein DH. Influence of discharge timing and diagnosis on outcomes of pediatric laparoscopic cholecystectomy. *Surgery*. 2017;162(6):1304-13.
33. Cairo SB, Raval MV, Browne M, Meyers H, Rothstein DH. Association of Same-Day Discharge With Hospital Readmission After Appendectomy in Pediatric Patients. *JAMA Surg*. 2017;152(12):1106-12.
34. Compliment JM, Gendelman MS, Allera JF, Matisz M, Horvath J, Hores KM, et al. Outpatient treatment suite: a safe and cost-effective venue to perform myringotomy and tubes placement in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2003;67(11):1159-68.
35. Shepard B, Hensle TW, Burbige KA, Lieberman I. Outpatient surgery in pediatric urology patient. *Urology*. 1984;24(6):581-2.
36. Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, Maggard-Gibbons M, Steiner CA. Surgical site infections following ambulatory surgery procedures. *JAMA*. 2014;311(7):709-16.
37. Coté CJ, Zaslavsky A, Downes JJ, Kurth CD, Welborn LG, Warner LO, et al. Postoperative apnea in former preterm infants after inguinal herniorrhaphy. A combined analysis. *Anesthesiology*. 1995;82(4):809-22.
38. Lindeman KS. Anesthesia, airways, and asthma. *Semin in Anesth* 1995; 14: 221-225.

39. Yentis SM, Levine MF, Hartley EJ. Should all children with suspected or confirmed malignant hyperthermia susceptibility be admitted after surgery? A 10-year review. *Anesth Analg.* 1992;75(3):345-50.
40. Wiener ES, Touloukian RJ, Rodgers BM, Grosfeld JL, Smith EI, Ziegler MM, et al. Hernia survey of the Section on Surgery of the American Academy of Pediatrics. *J Pediatr Surg.* 1996;31(8):1166-9.
41. A First Class Service Report of the Paediatric Forum of The Royal College of Surgeons of England, May 2000. Review date 2005.
42. Gabbay J, Francis L. How much day surgery? Delphic predictions. *BMJ.* 1988;297(6658):1249-52.
43. Saia M, Mantoan D, Buja A, Bertoncetto C, Baldovin T, Zanardo C, et al. Increased rate of day surgery use for inguinal and femoral hernia repair in a decade of hospital admissions in the Veneto Region (north-east Italy): a record linkage study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:349.
44. de Lange DH, Kreeft M, van Ramshorst GH, Aufenacker TJ, Rauwerda JA, Simons MP. Inguinal hernia surgery in The Netherlands: are patients treated according to the guidelines? *Hernia.* 2010;14(2):143-8.
45. Yeung YP, Cheng MS, Ho KL, Yip AW. Day-case inguinal herniotomy in Chinese children: retrospective study. *Hong Kong Med J.* 2002;8(4):245-8.
46. Duff M, Mofidi R, Nixon SJ. Routine laparoscopic repair of primary unilateral inguinal hernias--a viable alternative in the day surgery unit? *Surgeon.* 2007;5(4):209-12.
47. Ozdemir T, Arıkan A. Postoperative apnea after inguinal hernia repair in formerly premature infants: impacts of gestational age, postconceptional age and comorbidities. *Pediatr Surg Int.* 2013;29(8):801-4.
48. Welborn LG, Greenspun JC. Anesthesia and apnea. Perioperative considerations in the former preterm infant. *Pediatr Clin North Am.* 1994;41(1):181-98.
49. Ueno S, Yokoyama S, Hirakawa H, Makuuchi H, Tajima T, Takiguchi M. [Day surgery for pediatric inguinal hernia repair]. *Nihon Geka Gakkai Zasshi.* 2000;101(10):729-32.
50. Mattila K, Hynynen M, Group ICS. Day surgery in Finland: a prospective cohort study of 14 day-surgery units. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2009;53(4):455-63.

51. Abdur-Rahman LO, Kolawole IK, Adeniran JO, Nasir AA, Taiwo JO, Odi T. Pediatric day case surgery: experience from a tertiary health institution in Nigeria. *Ann Afr Med.* 2009;8(3):163-7.
52. Letts M, Davidson D, Splinter W, Conway P. Analysis of the efficacy of pediatric day surgery. *Can J Surg.* 2001;44(3):193-8.
53. Majholm B, Engbæk J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik AM, et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2012;56(3):323-31.
54. Segerdahl M, Warrén-Stomberg M, Rawal N, Brattwall M, Jakobsson J. Children in day surgery: clinical practice and routines. The results from a nation-wide survey. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2008;52(6):821-8.
55. Group IPE. IPEG Guidelines for Inguinal Hernia and Hydrocele. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2010;20(2):x-xiv.
56. Clarke S. Pediatric inguinal hernia and hydrocele: an evidence-based review in the era of minimal access surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2010;20(3):305-9.
57. Lao OB, Fitzgibbons RJ, Cusick RA. Pediatric inguinal hernias, hydroceles, and undescended testicles. *Surg Clin North Am.* 2012;92(3):487-504, vii.
58. Wang KS, Committee on Fetus and Newborn AeAoP, Section on Surgery AeAoP. Assessment and management of inguinal hernia in infants. *Pediatrics.* 2012;130(4):768-73.
59. Comploj E, Armin P, Lement S. Diagnosis and Management of Cryptorchidism. *Eur Urol Suppl.* 2012;11:2-9. .
60. Ein SH, Nasr A, Wales PW, Ein A. Testicular atrophy after attempted pediatric orchidopexy for true undescended testis. *J Pediatr Surg.* 2014;49(2):317-22.
61. Clark DA, Borzi PA. Laparoscopic orchidopexy for the intra-abdominal testis. *Pediatr Surg Int.* 1999;15(7):454-6.
62. Safwat AS, Hammouda HM, Kurkar AA, Bissada NK. Outcome of bilateral laparoscopic Fowler-Stephens orchidopexy for bilateral intra-abdominal testes. *Can J Urol.* 2013;20(5):6951-5.
63. Sowandea OA, Takureb AO, Salakoa AA. Day Case Urology in a Dedicated Day Case.Surgery Unit in a Nigerian Teaching Hospital. *Ambul Surg.* 2009; 15(2):3-11.
64. Kaye JD, Palmer LS. Single setting bilateral laparoscopic orchiopexy for bilateral intra-abdominal testicles. *J Urol.* 2008;180(4 Suppl):1795-9; discussion 9.

65. Canavese F, Lala R, Valfrè L, Vinardi S, Bianco E, Cortese MG. Effectiveness of primary inguinal orchiopexy as treatment of non-palpable testes in the first two years of age. *Minerva Pediatr.* 2010;62(3):245-8.
66. Koyle MA, Oottamasathien S, Barqawi A, Rajimwale A, Furness PD. Laparoscopic Palomo varicocele ligation in children and adolescents: results of 103 cases. *J Urol.* 2004;172(4 Pt 2):1749-52; discussion 52.
67. Zanghì G, Di Stefano G, Furci M, Basile G, Tenaglia L, Strazzanti A, et al. [Surgical treatment of varicocele in day-surgery: our experience]. *G Chir.* 2004;25(8-9):287-9.
68. Sowandea OA, Takureb AO, Salakoa AA, Badmusa TA, Olajidec AO, Banjoa OO. Day case urology in a dedicated day surgery case unit in a Nigerian teaching hospital. *Ambul Surg.* 2009;15(2):24-6.
69. Santangelo M, Bossa F, Serra R, Perziano A, Luongo A, Trivolo S, et al. [Our experience with treatment of varicocele in a day-surgery protocol]. *G Chir.* 2003;24(6-7):259-62.
70. Ammaturo C, Santoro M, Rossi R, Duraccio S, Fabozzi F, Gagnaniello A, et al. [Day surgery management of varicocele with Doppler-assisted dissection at the external inguinal ring (subinguinal varicolectomy)]. *Chir Ital.* 2005;57(5):641-7.
71. Donà B, Cantele P, Pianalto S, Funes M, Gagliardi G, Cappi F. [Laparoscopic surgery of varicocele. Role of total endovenous anesthesia in same-day discharge]. *G Chir.* 2000;21(10):405-8.
72. Marte A, Sabatino MD, Borrelli M, Cautiero P, Romano M, Vessella A, et al. LigaSure vessel sealing system in laparoscopic Palomo varicocele ligation in children and adolescents. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2007;17(2):272-5.
73. Hariharan S, Chen D, Merritt-Charles L, Rattan R, Muthiah K. Performance of a pediatric ambulatory anesthesia program--a developing country experience. *Paediatr Anaesth.* 2006;16(4):388-93.
74. American Academy of Pediatrics: Report of the Task Force on Circumcision. *Pediatrics.* 1989;84(2):388-91.
75. Barnett SJ, Frischer JS, Gaskey JA, Ryckman FC, von Allmen D. Pediatric hernia repair: 1-stop shopping. *J Pediatr Surg.* 2012;47(1):213-6.

76. Tagge EP, Hebra A, Overdyk F, Burt N, Egbert M, Wilder A, et al. One-stop surgery: evolving approach to pediatric outpatient surgery. *J Pediatr Surg.* 1999;34(1):129-32.
77. Gurnaney HG, Maxwell LG, Kraemer FW, Goebel T, Nance ML, Ganesh A. Prospective randomized observer-blinded study comparing the analgesic efficacy of ultrasound-guided rectus sheath block and local anaesthetic infiltration for umbilical hernia repair. *Br J Anaesth.* 2011;107(5):790-5.
78. Burattini MF, Bussotti C, Scalercio V, Moriconi E, Ricci E, Avenia N, et al. [Surgical treatment of umbilical hernia in children. Our experience]. *Minerva Chir.* 2004;59(3):277-82.
79. Chin TW, Tsai HL, Liu CS. Modified prepuce unfurling for buried penis: a report of 12 years of experience. *Asian J Surg.* 2015;38(2):74-8.
80. Frenkl TL, Agarwal S, Caldamone AA. Results of a simplified technique for buried penis repair. *J Urol.* 2004;171(2 Pt 1):826-8.
81. Senaylı A, Senaylı Y. A novel operative technique for concealed penis secondary to penoscrotal web: a case report. *Ther Adv Urol.* 2010;2(5-06):215-8.
82. Gray J, Boston VE. Glanular reconstruction and preputioplasty repair for distal hypospadias: a unique day-case method to avoid urethral stenting and preserve the prepuce. *BJU Int.* 2003;91(3):268-70.
83. Prestipino M, Bertozzi M, Nardi N, Appignani A. Outpatient department repair of urethrocutaneous fistulae using n-butyl-cyanoacrylate (NBCA): a single-centre experience. *BJU Int.* 2011;108(9):1514-7.
84. Marrocco G, Vallasciani S, Fiocca G, Calisti A. Hypospadias surgery: a 10-year review. *Pediatr Surg Int.* 2004;20(3):200-3.
85. Ritch CR, Murphy AM, Woldu SL, Reiley EA, Hensle TW. Overnight urethral stenting after tubularized incised plate urethroplasty for distal hypospadias. *Pediatr Surg Int.* 2010;26(6):639-42.
86. Burbige KA. Simplified postoperative management of hypospadias repair. *Urology.* 1994;43(5):719-21.
87. Li WY, Chaudhry O, Reinisch JF. Guide to early surgical management of lip hemangiomas based on our experience of 214 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128(5):1117-24.

88. Priebe CJ. Outpatient management of pediatric surgical problems. *Postgrad Med.* 1977;62(5):132-40.
89. Isago T, Kono T, Nozaki M, Kikuchi Y, Honda T, Nakazawa H. Ambulatory anesthesia for children undergoing laser treatment. *Surg Today.* 2006;36(9):765-8.
90. McDaniel DH. Cutaneous vascular disorders: advances in laser treatment. *Cutis.* 1990;45(5):339-41, 46-9, 54-60.
91. Babich II, Chepurnoĭ GI, Babich IV. [Treatment of hygroma in children]. *Khirurgiia (Mosk).* 1989(11):79-82.
92. Wheeler JS, Morreau P, Mahadevan M, Pease P. OK-432 and lymphatic malformations in children: the Starship Children's Hospital experience. *ANZ J Surg.* 2004;74(10):855-8.
93. Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. *Tech Coloproctol.* 2003;7(1):3-8.
94. Meban S, Hunter E. Outpatient treatment of pilonidal disease. *Can Med Assoc J.* 1982;126(8):941.
95. Isbister WH, Prasad J. Pilonidal disease. *Aust N Z J Surg.* 1995;65(8):561-3.
96. Solla JA, Rothenberger DA. Chronic pilonidal disease. An assessment of 150 cases. *Dis Colon Rectum.* 1990;33(9):758-61.
97. Smith CM, Jones A, Dass D, Murthi G, Lindley R. Early experience of the use of fibrin sealant in the management of children with pilonidal sinus disease. *J Pediatr Surg.* 2015;50(2):320-2.
98. Rose K, Kasbekar AV, Flynn A, De S. Developing a nurse-delivered frenulotomy service. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;152(1):149-52.
99. Toner D, Giordano T, Handler SD. Office frenotomy for neonates: resolving dysphagia, parental satisfaction and cost-effectiveness. *ORL Head Neck Nurs.* 2014;32(2):6-7.
100. Sethi N, Smith D, Korteque S, Ward VM, Clarke S. Benefits of frenulotomy in infants with ankyloglossia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013;77(5):762-5.
101. Rosen H, Barrios LM, Reinisch JF, Macgill K, Meara JG. Outpatient cleft lip repair. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(2):381-7; discussion 8-9.
102. Arneja JS, Mitton C. Ambulatory cleft lip surgery: A value analysis. *Can J Plast Surg.* 2013;21(4):213-6.

103. Sohail M, Khan FA, Mir ZA. Comparison of ambulatory and inpatient cleft lip surgery for adults. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2010;22(2):71-4.
104. Al-Thunyan AM, Aldekhayel SA, Al-Meshal O, Al-Qattan MM. Ambulatory cleft lip repair. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(6):2048-53.
105. Ugburo AO, Desalu I, Adekola AF, Fadeyibi IO. Day case cleft lip surgery in Lagos, Nigeria. *Cleft Palate Craniofac J*. 2009;46(6):636-41.
106. Moir CR, Blair GK, Fraser GC, Marshall RH. The emerging pattern of pediatric day-care surgery. *J Pediatr Surg*. 1987;22(8):743-5.
107. Rajeev P, Sutaria R, Ezzat T, Mihai R, Sadler GP. Changing trends in thyroid and parathyroid surgery over the decade: is same-day discharge feasible in the United Kingdom? *World J Surg*. 2014;38(11):2825-30.
108. Mowschenson PM, Hodin RA. Outpatient thyroid and parathyroid surgery: a prospective study of feasibility, safety, and costs. *Surgery*. 1995;118(6):1051-3; discussion 3-4.
109. Teoh AY, Tang YC, Leong HT. Feasibility study of day case thyroidectomy. *ANZ J Surg*. 2008;78(10):864-6.
110. Bratu I, Laberge JM. Day surgery for thyroglossal duct cyst excision: a safe alternative. *Pediatr Surg Int*. 2004;20(9):675-8.
111. Geller KA, Cohen D, Koempel JA. Thyroglossal duct cyst and sinuses: a 20-year Los Angeles experience and lessons learned. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2014;78(2):264-7.
112. Hong P. Is drain placement necessary in pediatric patients who undergo the Sistrunk procedure? *Am J Otolaryngol*. 2014;35(5):628-30.
113. Frazee RC, Abernathy SW, Davis M, Hendricks JC, Isbell TV, Regner JL, et al. Outpatient laparoscopic appendectomy should be the standard of care for uncomplicated appendicitis. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;76(1):79-82; discussion -3.
114. Cross W, Chandru Kowdley G. Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: a safe same-day surgery procedure? *Am Surg*. 2013;79(8):802-5.
115. Alkhoury F, Burnweit C, Malvezzi L, Knight C, Diana J, Pasaron R, et al. A prospective study of safety and satisfaction with same-day discharge after laparoscopic appendectomy for acute appendicitis. *J Pediatr Surg*. 2012;47(2):313-6.

116. Alkhoury F, Malvezzi L, Knight CG, Diana J, Pasaron R, Mora J, et al. Routine same-day discharge after acute or interval appendectomy in children: a prospective study. *Arch Surg.* 2012;147(5):443-6.
117. Grewal H, Sweat J, Vazquez WD. Laparoscopic appendectomy in children can be done as a fast-track or same-day surgery. *JLS.* 2004;8(2):151-4.
118. Akkoyun I. Outpatient laparoscopic appendectomy in children: a single center experience with 92 cases. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2013;23(1):49-50.
119. Mariette C, Pessaux P. Ambulatory laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Surg Endosc.* 2011;25(9):2859-64.
120. Agrawal S, Super P. Laparoscopic Heller myotomy for achalasia: changing trend toward "true" day-case procedure. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2008;18(6):785-8.
121. Banieghbal B, Beale P. Day-case laparoscopic Nissen fundoplication in children. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2007;17(3):350-2.
122. Boll J, Daly S, Smolevitz J, Francescatti A, Myers J, Bines S, et al. Safety and efficacy of outpatient percutaneous endoscopic gastrostomy for patients with head and neck cancer. *Am Surg.* 2015;81(2):216-9.
123. Turial S, Schwind M, Engel V, Kohl M, Goldinger B, Schier F. Microlaparoscopic-assisted gastrostomy in children: early experiences with our technique. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2009;19 Suppl 1:S229-31.
124. Wilhelm SM, Ortega KA, Stellato TA. Guidelines for identification and management of outpatient percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement. *Am J Surg.* 2010;199(3):396-9; discussion 9-400.
125. de Souza e Mello GF, Lukashok HP, Meine GC, Small IA, de Carvalho RL, Guimarães DP, et al. Outpatient percutaneous endoscopic gastrostomy in selected head and neck cancer patients. *Surg Endosc.* 2009;23(7):1487-93.
126. Stewart AF, Smith DP. Performance of open renal and bladder surgery at a freestanding pediatric surgery center. *J Urol.* 2011;186(1):252-6.
127. Sprunger JK, Reese CT, Decter RM. Can standard open pediatric urological procedures be performed on an outpatient basis? *J Urol.* 2001;166(3):1062-4.
128. Mohamed M, Hollins G, Eissa M. Experience in performing pyelolithotomy and pyeloplasty in children on day-surgery basis. *Urology.* 2004;64(6):1220-2; discussion 2-3.

129. Oberlin DT, McGuire BB, Pilecki M, Rambachan A, Kim JY, Perry KT, et al. Contemporary national surgical outcomes in the treatment of ureteropelvic junction obstruction. *Urology*. 2015;85(2):363-7.
130. Ilie CP, Luscombe CJ, Smith I, Boddy J, Mischianu D, Golash A. Routine day-case laparoscopic pyeloplasty: a paradigm shift? *J Endourol*. 2011;25(5):797-801.
131. Tekgül S, Riedmiller H, Hoebeke P, Kočvara R, Nijman RJ, Radmayr C, et al. EAU guidelines on vesicoureteral reflux in children. *Eur Urol*. 2012;62(3):534-42.
132. Ilie CP, Luscombe CJ, Smith I, Boddy J, Mischianu D, Golash A. Day case laparoscopic nephrectomy. *J Endourol*. 2011;25(4):631-4.
133. Ilie CP, Luscombe CJ, Smith I, Boddy J, Mischianu D, Golash A. Day case laparoscopic nephrectomy: initial experience. *J Med Life*. 2011;4(1):36-9.
134. Tardáguila AR, Romero R, Parente A, Rivas S, Fanjul M, Corona C, et al. ["Fast-track" in pediatric urologic surgery: pronenephrectomy]. *Cir Pediatr*. 2013;26(2):81-5.
135. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española de la Lengua. 23^a Edición. Edición del tricentenario. 2014.
136. Aenor. Guía para la implantación de sistemas de la calidad ISO 9000 en la PYME de comercio y servicios. Madrid: AENOR; 2000.
137. World Health Organization . Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. Geneva: WHO, 2006.
138. Palmer RH, Evaluación de la asistencia ambulatorio. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
139. Sutter R. Rethinking traditional quality assurance. *Quality Progress* 1996; 29: 40-41.
140. The oversight of medical care: a proposal for reform. American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 1994;120(5):423-31.
141. Thompson JS, Prior MA. Quality assurance and morbidity and mortality conference. *J Surg Res*. 1992;52(2):97-100.
142. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(3):Suppl:166-206.
143. Joint Commission of Accreditation in Health Care Organizations. A pocket guide in quality improvement tools. Ed. JCAHO 1992.
144. Rivas Lacarte MP. Manual de estándares y Guía de acreditación de Unidades de cirugía Mayor Ambulatoria. Part I. *Cir May Amb Esp* 2000; 6: 126-153.



145. The Accreditation Association for Ambulatory Health Care. Accreditation Handbook for Ambulatory Health Care. Skokie IL, AAAHC 1999.
146. The Australian Council on Healthcare Standards. Standards for day procedure facilities. Zetland 1998.
147. Pearson SD, Goulart-Fisher D, Lee TH. Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. *Ann Intern Med.* 1995;123(12):941-8.
148. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet.* 1993;342(8883):1317-22.
149. Shaw, C., Kalo, I. (2002). A background for national quality policies in health systems. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe. .
150. Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg.* 1998;87(5):1089-98.
151. Tong D, Chung F, Wong D. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology.* 1997;87(4):856-64.
152. Deutsch N, Wu CL. Patient outcomes following ambulatory anesthesia. *Anesthesiol Clin North Am.* 2003;21(2):403-15.
153. Tarazi EM, Philip BK. Friendliness of OR staff is top determinant of patient satisfaction with outpatient surgery. *Am J Anesthesiol.* 1998;25(4):154-7.
154. Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10,811 patients. *Br J Anaesth.* 2000;84(1):6-10.
155. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann.* 1983;6(3-4):247-63.
156. Rudkin GE. Balancing cost and quality in day surgery. In: *Practical Anaesthesia and Analgesia for Day Surgery.* J Millar, GE Rudkin, M Hitchcock eds. Bios Scientific Publishers, Oxford, 1997; 227-235. .
157. Rawal N, Hylander J, Nydahl PA, Olofsson I, Gupta A. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1997;41(8):1017-22.
158. Beauregard L, Pomp A, Choinière M. Severity and impact of pain after day-surgery. *Can J Anaesth.* 1998;45(4):304-11.
159. Scott NB, Hodson M. Public perceptions of postoperative pain and its relief. *Anaesthesia.* 1997;52(5):438-42.

160. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Qual Health Care*. 1999;8(2):86-91.
161. Ghosh S, Sallam S. Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery. *Br J Surg*. 1994;81(11):1635-8.
162. Jenkins K, Grady D, Wong J, Correa R, Armanious S, Chung F. Post-operative recovery: day surgery patients' preferences. *Br J Anaesth*. 2001;86(2):272-4.
163. Gan T, Sloan F, Dear GeL, El-Moalem HE, Lubarsky DA. How much are patients willing to pay to avoid postoperative nausea and vomiting? *Anesth Analg*. 2001;92(2):393-400.
164. de Jesus G, Abbotts S, Collins B, Burvill A. Same day surgery: results of a patient satisfaction survey. *J Qual Clin Pract*. 1996;16(3):165-73.
165. Fung D, Cohen M. What do outpatients value most in their anesthesia care? *Can J Anaesth*. 2001;48(1):12-9.
166. Guilbert E, Roter D. Assessment of satisfaction with induced abortion procedure. *J Psychol*. 1997;131(2):157-66.
167. Read D. Day surgery: a consumer survey. *N Z Med J*. 1990;103(895):369-71.
168. Rudkin GE, Bacon AK, Burrow B, Chapman MH, Claxton M, Donovan B, et al. Review of efficiencies and patient satisfaction in Australian and New Zealand day surgery units: a pilot study. *Anaesth Intensive Care*. 1996;24(1):74-8.
169. Chung KC, Hamill JB, Kim HM, Walters MR, Wilkins EG. Predictors of patient satisfaction in an outpatient plastic surgery clinic. *Ann Plast Surg*. 1999;42(1):56-60.
170. Hogue SL, Reese PR, Colopy M, Fleisher LA, Tuman KJ, Twersky RS, et al. Assessing a tool to measure patient functional ability after outpatient surgery. *Anesth Analg*. 2000;91(1):97-106.
171. Holland MS, Counte MA, Hinrichs BG. Determinants of patient satisfaction with outpatient surgery. *Qual Manag Health Care*. 1995;4(1):82-90.
172. Icenhour ML. Quality interpersonal care. A study of ambulatory surgery patients' perspectives. *AORN J*. 1988;47(6):1414-9.
173. Hawkshaw D. A day surgery patient telephone follow-up survey. *Br J Nurs*. 1994;3(7):348-50.
174. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(1):39-46.



175. Castle NG, Brown J, Hepner KA, Hays RD. Review of the literature on survey instruments used to collect data on hospital patients' perceptions of care. *Health Serv Res.* 2005;40(6 Pt 2):1996-2017.
176. Cheng SH, Yang MC, Chiang TL. Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *Int J Qual Health Care.* 2003;15(4):345-55.
177. Ware JE, Wright WR, Snyder MK, Chu GC. Consumer perceptions of health care services: implications for academic medicine. *J Med Educ.* 1975;50(9):839-48.
178. Hines BL, Clarkson QD, Smith DD. Development and use of a patient satisfaction questionnaire. *J Fam Pract.* 1977;4(1):148-9.
179. Goldstein E, Farquhar M, Crofton C, Darby C, Garfinkel S. Measuring hospital care from the patients' perspective: an overview of the CAHPS Hospital Survey development process. *Health Serv Res.* 2005;40(6 Pt 2):1977-95.
180. Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. *N Engl J Med.* 2008;359(18):1921-31.
181. Mann RK, Siddiqui Z, Kurbanova N, Qayyum R. Effect of HCAHPS reporting on patient satisfaction with physician communication. *J Hosp Med.* 2016;11(2):105-10.
182. Whitty PM, Shaw IH, Goodwin DR. Patient satisfaction with general anaesthesia. Too difficult to measure? *Anaesthesia.* 1996;51(4):327-32.
183. Dexter F, Aker J, Wright WA. Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care: the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale. *Anesthesiology.* 1997;87(4):865-73.
184. Bell DM, Halliburton JR, Preston JC. An evaluation of anesthesia patient satisfaction instruments. *AANA J.* 2004;72(3):211-7.
185. Auquier P, Blache JL, Colavolpe C, Eon B, Auffray JP, Pernoud N, et al. [A scale of perioperative satisfaction for anesthesia. I--Construction and validation]. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1999;18(8):848-57.
186. Pernoud N, Colavolpe JC, Auquier P, Eon B, Auffray JP, François G, et al. [A scale of perioperative satisfaction for anesthesia. II--Preliminary results]. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1999;18(8):858-65.
187. Myles PS, Hunt JO, Nightingale CE, Fletcher H, Beh T, Tanil D, et al. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg.* 1999;88(1):83-90.

188. Myles PS, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth.* 2000;84(1):11-5.
189. Le May S, Hardy JF, Harel F, Taillefer MC, Dupuis G. Patients' perceptions of cardiac anesthesia services: a pilot study. *Can J Anaesth.* 2001;48(11):1127-42.
190. Bauer M, Böhler H, Aichele G, Bach A, Martin E. Measuring patient satisfaction with anaesthesia: perioperative questionnaire versus standardised face-to-face interview. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2001;45(1):65-72.
191. Heidegger T, Husemann Y, Nuebling M, Morf D, Sieber T, Huth A, et al. Patient satisfaction with anaesthesia care: development of a psychometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria. *Br J Anaesth.* 2002;89(6):863-72.
192. Eberhart LH, Greiner S, Geldner G, Wulf H. [Patient evaluation of postoperative recovery. An evaluation of the QoR scores in 577 patients]. *Anaesthesist.* 2002;51(6):463-6.
193. Hüppe M, Beckhoff M, Klotz KF, Heinzinger M, Prüssmann M, Gerlach K, et al. [Reliability and validity of the Anaesthesiological Questionnaire for electively operated patients]. *Anaesthesist.* 2003;52(4):311-20.
194. Sindhvananda W, Leelanukrom R, Juajarungjai S. A questionnaire for measuring patient satisfaction to general anesthesia. *J Med Assoc Thai.* 2003;86(12):1167-76.
195. Hepner DL, Bader AM, Hurwitz S, Gustafson M, Tsen LC. Patient satisfaction with preoperative assessment in a preoperative assessment testing clinic. *Anesth Analg.* 2004;98(4):1099-105, table of contents.
196. Auquier P, Pernoud N, Bruder N, Simeoni MC, Auffray JP, Colavolpe C, et al. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology.* 2005;102(6):1116-23.
197. Fung D, Cohen M, Stewart S, Davies A. Can the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale be used to measure patient satisfaction with cataract care under topical local anesthesia and monitored sedation at a community hospital? *Anesth Analg.* 2005;100(6):1637-43.
198. Hüppe M, Zöllner M, Alms A, Bremerich D, Dietrich W, Lüth JU, et al. [The Anaesthesiological Questionnaire for patients in cardiac anaesthesia. Results of a multicenter survey by the scientific working group for cardiac anaesthesia of the



- German Society for Anaesthesiology and Intensive Care Medicine]. *Anaesthesist*. 2005;54(7):655-66.
199. González N, Quintana JM, Bilbao A, Escobar A, Aizpuru F, Thompson A, et al. Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(6):465-72.
200. Capuzzo M, Landi F, Bassani A, Grassi L, Volta CA, Alvisi R. Emotional and interpersonal factors are most important for patient satisfaction with anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2005;49(6):735-42.
201. Montenegro A, Pourtalés MC, Greib N, End E, Gaertner E, Tulasne PA, et al. [Assessment of patient satisfaction after regional anaesthesia in two institutions]. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2006;25(7):687-95.
202. Schiff JH, Fornaschon AS, Frankenhauser S, Schiff M, Snyder-Ramos SA, Martin E, et al. The Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire--development of a new refined psychometric questionnaire. *Anaesthesia*. 2008;63(10):1096-104.
203. Caljouw MA, van Beuzekom M, Boer F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *Br J Anaesth*. 2008;100(5):637-44.
204. Mui WC, Chang CM, Cheng KF, Lee TY, Ng KO, Tsao KR, et al. Development and validation of the questionnaire of satisfaction with perioperative anesthetic care for general and regional anesthesia in Taiwanese patients. *Anesthesiology*. 2011;114(5):1064-75.
205. Tanaka Y, Wakita T, Fukuhara S, Nishiwada M, Inoue S, Kawaguchi M, et al. Validation of the Japanese version of the quality of recovery score QoR-40. *J Anesth*. 2011;25(4):509-15.
206. Kouki P, Matsota P, Christodoulaki K, Kompoti M, Loizou M, Karamanis P, et al. Greek surgical patients' satisfaction related to perioperative anesthetic services in an academic institute. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6:569-78.
207. Maurice-Szamburski A, Bruder N, Loundou A, Capdevila X, Auquier P. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire in regional anesthesia. *Anesthesiology*. 2013;118(1):78-87.
208. Barnett SF, Alagar RK, Grocott MP, Giannaris S, Dick JR, Moonesinghe SR. Patient-satisfaction measures in anesthesia: qualitative systematic review. *Anesthesiology*. 2013;119(2):452-78.

209. Espinel AG, Shah RK, McCormick ME, Krakovitz PR, Boss EF. Patient satisfaction in pediatric surgical care: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;150(5):739-49.
210. Vessey JA, Bogetz MS, Caserza CL, Liu KR, Cassidy MD. Parental upset associated with participation in induction of anaesthesia in children. *Can J Anaesth.* 1994;41(4):276-80.
211. Monachos CL. Assessing and addressing low health literacy among surgical outpatients. *AORN J.* 2007;86(3):373-83.
212. Landier M, Villemagne T, Le Touze A, Braïk K, Meignan P, Cook AR, et al. The position of a written document in preoperative information for pediatric surgery: A randomized controlled trial on parental anxiety, knowledge, and satisfaction. *J Pediatr Surg.* 2018;53(3):375-80.
213. Lu KB, Vinocur CD, Burrows JF, Rosen P. Key determinants of patient satisfaction in the ambulatory pediatric general surgery setting. *Clin Surg.* 2017;2:1-5.
214. Wang J, Yao NA, Liu Y, Geng Z, Wang Y, Shen N, et al. Development of a Smartphone Application to Monitor Pediatric Patient-Reported Outcomes. *Comput Inform Nurs.* 2017;35(11):590-8.
215. Centers for Medicare and Medicaid Services. HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS>.
216. Agency for Healthcare Research and Quality. Development of the CAHPS Child Hospital Survey. https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/hospital/about/devchild_hp_survey.
217. Press Ganey. HCAHPS Regulatory Survey: Providing Hospitals with the Resources Necessary for Focused Quality Improvement. <http://www.pressganey.com/solutions/service-a-to-z/hcahps-regulatory-survey>.
218. CARE COHCAIFP-AF-C. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics.* 2012;129(2):394-404.
219. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 1999;131(11):822-9.
220. Montague E, Ping-yu C, Xu J, Chewing B, Barrett B. Non verbal interpersonal interactions in clinical encounters and patient perceptions of empathy. *J Particip Med.*

2013. <https://participatorymedicine.org/journal/evidence/research/2013/08/14/nonverbal-interpersonal-interactions-in-clinical-encounters-and-patient-perceptions-of-empathy>.
221. Iacobucci T, Federico B, Pintus C, de Francisci G. Evaluation of satisfaction level by parents and children following pediatric anesthesia. *Paediatr Anaesth*. 2005;15(4):314-20.
222. Cooper WO, Guillaumondegui O, Hines OJ, Hultman CS, Kelz RR, Shen P, et al. Use of Unsolicited Patient Observations to Identify Surgeons With Increased Risk for Postoperative Complications. *JAMA Surg*. 2017;152(6):522-9.
223. Stelfox HT, Gandhi TK, Orav EJ, Gustafson ML. The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits. *Am J Med*. 2005;118(10):1126-33.
224. Geiger NF. On tying Medicare reimbursement to patient satisfaction surveys. *Am J Nurs*. 2012;112(7):11.
225. García P. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. 2001. p. 146-54.
226. de Luca U, Mangia G, Tesoro S, Martino A, Sammartino M, Calisti A. Guidelines on pediatric day surgery of the Italian Societies of Pediatric Surgery (SICP) and Pediatric Anesthesiology (SARNePI). *Ital J Pediatr*. 2018;44(1):35.
227. Manasvi U, Anthony L. Day-case surgery in children. *Paediatric surgery*. 2013;31(3):140-4.
228. Lerman J. Pediatric ambulatory anesthesia: an update. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2019;32(6):708-13.
229. Bailey CR, Ahuja M, Bartholomew K, Bew S, Forbes L, Lipp A, et al. Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. *Anaesthesia*. 2019;74(6):778-92.
230. Kabré YB, Traoré IS, Kaboré FA, Ki B, Traoré AI, Ouédraogo I, et al. Anesthesia for Ambulatory Pediatric Surgery in Sub-Saharan Africa: A Pilot Study in Burkina Faso. *Anesth Analg*. 2017;124(2):623-6.
231. Fregene T, Wintle S, Venkat Raman V, Edmond H, Rizvi S. Making the experience of elective surgery better. *BMJ Open Qual*. 2017;6(2):e000079.
232. Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S, et al. Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anesth*. 2009;21(3):200-5.

233. Erden IA, Pamuk AG, Ocal T, Aypar U. Parental satisfaction with pediatric day case surgery. *Middle East J Anaesthesiol.* 2006;18(6):1113-21.
234. Sam CJ, Arunachalam PA, Manivasagan S, Surya T. Parental Satisfaction with Pediatric Day-Care Surgery and its Determinants in a Tertiary Care Hospital. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2017;22(4):226-31.
235. Sinclair M, O'Toole J, Malawaraarachchi M, Leder K. Comparison of response rates and cost-effectiveness for a community-based survey: postal, internet and telephone modes with generic or personalised recruitment approaches. *BMC Med Res Methodol.* 2012;12:132.
236. Feldman SF, Lapidus N, Cosnes J, Turet E, Fonquernie L, Cabane J, et al. Comparing Inpatient Satisfaction Collected via a Web-Based Questionnaire Self-Completion and Through a Telephone Interview: An Ancillary Study of the SENTIPAT Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2017;19(8):e293.
237. Harewood GC, Wiersema MJ, de Groen PC. Utility of Web-based assessment of patient satisfaction with endoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2003;98(5):1016-21.
238. Bittmann S, Ulus H. Parent satisfaction with paediatric day-surgery: a questionnaire-based study. *Ambul Surg.* 2004;11:3-5.
239. Lehmann M, Monte K, Barach P, Kindler CH. Postoperative patient complaints: a prospective interview study of 12,276 patients. *J Clin Anesth.* 2010;22(1):13-21.
240. Philip BK. Patients' assessment of ambulatory anesthesia and surgery. *J Clin Anesth.* 1992;4(5):355-8.
241. Mandhan P, Shah A, Khan AW, Muniruddin, Hasan N. Outpatient pediatric surgery in a developing country. *J Pak Med Assoc.* 2000;50(7):220-4.
242. Nurliza I, Norzi G, Azlina A, Hashimah I, Sabzah MH. Daycare tonsillectomy: a safe outpatient procedure. Hospital Sultanah Bahiyah, Alor Setar Malaysia experience. *Med J Malaysia.* 2011;66(5):474-8.
243. Forsberg A, Vikman I, Wälivaara BM, Rattray J, Engström Å. Patients' Perceptions of Perioperative Quality of Care in Relation to Self-rated Health. *J Perianesth Nurs.* 2018;33(6):834-43.
244. Gebremedhn EG, Lemma GF. Patient satisfaction with the perioperative surgical services and associated factors at a University Referral and Teaching Hospital, 2014: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J.* 2017;27:176.

245. Oswald N, Hardman J, Kerr A, Bishay E, Steyn R, Rajesh P, et al. Patients want more information after surgery: a prospective audit of satisfaction with perioperative information in lung cancer surgery. *J Cardiothorac Surg.* 2018;13(1):18.
246. Kain ZN, Wang SM, Caramico LA, Hofstadter M, Mayes LC. Parental desire for perioperative information and informed consent: a two-phase study. *Anesth Analg.* 1997;84(2):299-306.
247. Inglis S, Farnill D. The effects of providing preoperative statistical anaesthetic-risk information. *Anaesth Intensive Care.* 1993;21(6):799-805.
248. Ehwerhemuepha L, Feaster W, Kain Z. Impact of anesthesiologists on parental perioperative satisfaction scores. *Paediatr Anaesth.* 2017;27(9):949-54.
249. Jamison RN, Ross MJ, Hoopman P, Griffin F, Levy J, Daly M, et al. Assessment of postoperative pain management: patient satisfaction and perceived helpfulness. *Clin J Pain.* 1997;13(3):229-36.
250. Trinh LN, Fortier MA, Kain ZN. Primer on adult patient satisfaction in perioperative settings. *Perioper Med (Lond).* 2019;8:11.
251. Mazurenko O, Zemke D, Lefforge N, Shoemaker S, Menachemi N. What Determines the Surgical Patient Experience? Exploring the Patient, Clinical Staff, and Administration Perspectives. *J Healthc Manag.* 2015;60(5):332-46.
252. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Factors associated with patient satisfaction in surgery: the role of patients' perceptions of received care, visit characteristics, and demographic variables. *J Surg Res.* 2010;164(1):e53-9.
253. Chung F, Chan VW, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *J Clin Anesth.* 1995;7(6):500-6.
254. Moncel JB, Nardi N, Wodey E, Pouvreau A, Ecoffey C. Evaluation of the pediatric post anesthesia discharge scoring system in an ambulatory surgery unit. *Paediatr Anaesth.* 2015;25(6):636-41.
255. Otte DI. Patients' perspectives and experiences of day case surgery. *J Adv Nurs.* 1996;23(6):1228-37.
256. Mansilla E, Marcón G, Daiane A. User's satisfaction on ambulatory major surgery and telephone after surgery follow up at a chilean hospital. *Cir May Amb.* 2019. p. 19-28.



257. Harris LE, Weinberger M, Tierney WM. Assessing inner-city patients' hospital experiences. A controlled trial of telephone interviews versus mailed surveys. *Med Care.* 1997;35(1):70-6.
258. Erhart M, Wetzel RM, Krügel A, Ravens-Sieberer U. Effects of phone versus mail survey methods on the measurement of health-related quality of life and emotional and behavioural problems in adolescents. *BMC Public Health.* 2009;9:491.

10. ANEXOS

10. ANEXOS

10.1. Anexo I. Informe del Comité de Ética e Investigación

Informe del CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS ÁREA DE SALUD VALLADOLID

Valladolid a 14 de junio de 2018

En la reunión del CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE del 14 de junio de 2018, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 18-1039	DIFERENCIAS EN LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA AMBULATORIA EN DOS CIRCUITOS DIFERENTES.	I.P.: RODRIGO POVES EQUIPO: ESTEFANÍA GÓMEZ, BEATRIZ MARTÍNEZ, ELISA ALVAREZ, CECILIA BARTOLOMÉ. ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN RECIBIDO: 30-05-2018
------------	---	---

A continuación les señalo los acuerdos tomados por el CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.

F. Javier Álvarez.
Dr. F. Javier Álvarez.
CEIm Área de Salud Valladolid Este
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Farmacología,
Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal 7,
47005 Valladolid
alvarez@med.uva.es, jalvarezgo@saludcastillayleon.es
tel.: 983 423077

10.2 Anexo II. Consentimiento informado

 HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO C/ Ramón y Cajal, 3 47005 - VALLADOLID	DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID Versión 6 de 22-09-2015	Código: FO-P-07-04 Edición: 01 Unidad: iHCUV Fecha: 25/08/2014 Pág.: 1 de 3	 Sacyl SERVICIO DE CASTILLA Y LEÓN
--	--	---	---

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID
Versión 1. 11/06/2018

SERVICIO: ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Rodrigo Poves Alvarez

NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO: Diferencias en la satisfacción de pacientes intervenidos de Cirugía Pediátrica Ambulatoria en dos circuitos diferentes

I) Finalidad de la línea de trabajo propuesta: Todos los sistemas sanitarios tienen como objetivo principal alcanzar la satisfacción de sus usuarios y, dado que cualquier servicio de calidad genera satisfacción en el consumidor, la medida o determinación del grado de satisfacción nos permite valorar la calidad asistencial o de servicio recibido por el usuario. Esto nos permitirá detectar áreas de mejora para la atención de los pacientes.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vd., como participante en esta línea de trabajo, conozca varios aspectos importantes:

A) Su participación es totalmente voluntaria. Dentro del proceso de asistencia hospitalaria se realizarán las acciones habituales correspondientes al proceso asistencial de su hijo. A las dos semanas de la intervención quirúrgica recibirá una llamada telefónica en la que le plantearemos una serie de preguntas sobre el grado de satisfacción durante el proceso asistencial de su hijo.

B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.

C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio. No obstante, la información generada en el mismo podría ser fuente de beneficios comerciales. En tal caso, están previstos mecanismos para que estos beneficios reviertan en la salud de la población, aunque no de forma individual en el participante.

D) La información obtenida se almacenará en una base de datos, en soporte informático, registrada en la Agencia Española de Protección de Datos, según lo indicado en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999), de 13 de diciembre). Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada.

E) En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá

Se entrega copia de este documento al paciente

1

 HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO C/ Ramón y Cajal, 3 47005 - VALLADOLID	DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID Versión 6 de 22-09-2015	Código: FO-P-07-04 Edición: 01 Unidad: iHCUV Fecha: 25/08/2014 Pág.: 2 de 3	 Sacyl SALUD DE CASTILLA Y LEÓN
--	--	---	--

ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, Dr. Rodrigo Poves Alvarez.

F) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos. En estos dos últimos casos, se solicitará antes autorización al CEIC (Comité Ético de Investigación Clínica) del Área de Salud Valladolid Éste.

G) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria que Vd. recibe/recibirá.

H) Es posible que los estudios realizados aporten información relevante para su salud o la de sus familiares. Vd. tiene derecho a conocerla y transmitirla a sus familiares si así lo desea.

I) Sólo si Vd. lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio Diferencias en la satisfacción de pacientes intervenidos de Cirugía Pediátrica Ambulatoria en dos circuitos diferentes

Yo, _____
(nombre y apellidos de paciente ó representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada.

He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado del estudio con _____
(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Se entrega copia de este documento al paciente

2

 HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO C/ Ramón Cajal, 3 47005 - VALLADOLID	DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID Versión 6 de 22-09-2015	Código: FO-P-07-04 Edición: 01 Unidad: iHCUV Fecha: 25/08/2014 Pág.: 3 de 3	 Sacyl SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
--	--	---	---

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesite obtener nuevos datos. ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda)

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante para mi salud o la de mis familiares ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda)

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
--	--------------------	-------

EN CALIDAD DE (Parentesco, tutor legal, etc.)

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA
------------------------	--------------------	-------

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Yo _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Firma:

Se entrega copia de este documento al paciente

3

10.3. Anexo III. Cuestionario SUCMA 14

1. A su juicio, la información que recibió antes de la operación fue:

- 4. Muy buena
- 3. Buena
- 2. Mala
- 1. Muy mala

2. El trato recibido por parte del personal que le atendió en el hospital lo consideró:

- 4. Muy bueno
- 3. Bueno
- 2. Malo
- 1. Muy malo

3. ¿Cómo considera las instalaciones (quirófanos, habitaciones, etc.) del hospital donde fue intervenido?

- 4. Muy buenas
- 3. Buenas
- 2. Malas
- 1. Muy malas

4. En general, ¿quedó satisfecho con su estancia en el hospital?

- 4. Muy satisfecho
- 3. Satisfecho
- 2. Poco satisfecho
- 1. Nada satisfecho

5. Si tuviera que aconsejar a un familiar o conocido el hospital donde se operó, lo calificaría como:

- 4. Muy bueno
- 3. Bueno
- 2. Malo
- 1. Muy malo

6. Respecto a la capacidad del personal que le atendió, ¿cómo lo considera?

- 4. Muy competente
- 3. Competente
- 2. Poco competente
- 1. Nada competente

7. Si tuviera que volver a operarse en algún momento de su vida, ¿preferiría que fuera de esta forma, siendo dado de alta a su domicilio en el mismo día tras la operación?

4. Es muy probable
3. Es probable
2. Es poco probable
1. Es nada probable

8. Si tuviera que recomendar a algún familiar o amigo esta forma de operación quirúrgica, marchándose a su casa en el mismo día, ¿cómo lo calificaría?

4. Muy recomendable
3. Recomendable
2. Poco recomendable
1. Nada recomendable

9. El tiempo total que pasó en el hospital, es decir, desde que ingresó para la operación hasta que se fue a su domicilio, lo considera:

4. Demasiado largo
3. Adecuado
2. Algo insuficiente
1. Muy insuficiente

10. Tras la intervención quirúrgica, ¿sufrió dolor?

4. Ninguno
3. Escaso dolor
2. Sí tuve dolores
1. Tuve dolores fuertes

11. La información que recibió al irse de alta la considera

4. Muy buena
3. Buena
2. Mala
1. Muy mala

12. ¿Sintió miedo o preocupación por el hecho de estar tras la intervención fuera del hospital?

4. No estuve preocupado
3. Algo preocupado
2. Sí estuve preocupado
1. Muy preocupado

13. Considera que la cicatrización de la herida quirúrgica ha sido:

- 4. Muy buena
- 3. Buena
- 2. Mala
- 1. Muy mala

14. La atención que ha recibido tras la operación de los profesionales sanitarios de fuera del hospital (ambulatorio o centro de salud) la valora como:

- 4. Muy buena
- 3. Buena
- 2. Mala
- 1. Muy mala

15. ¿Qué opinión global (de 0 a 10) tiene del servicio recibido durante el proceso asistencial de su intervención quirúrgica?

10.4. Anexo 4. Difusión de resultados

Artículo en revista, aceptado, pendiente de publicación: Poves- Alvarez R, Gómez-Sánchez E, Martínez-Rafael B, Bartolomé C, Alvarez-Fuente E, Muñoz-Moreno MF, Eiros JM, Tamayo E, Gómez-Pesquera E. Parental Satisfaction with autonomous pediatric ambulatory surgery units. Qual Manag Health Care. 2021.

Date: Nov 15, 2020
To: "RODRIGO POVES-ALVAREZ" rodrigopoves@gmail.com
From: "Quality Management in Healthcare" QMHCmanagingeditor@gmail.com
Subject: Your Submission - Quality Management in Health Care

Nov 15, 2020

RE: QMH - 2020 - 0042R1, entitled "Parental satisfaction with autonomous pediatric ambulatory surgery units"

Dear Dr POVES-ALVAREZ,

Thank you for your submission to Quality Management in Health Care. I am pleased to inform you that your manuscript has now been accepted for publication in Quality Management in Health Care. Please note that before your manuscript is sent to the publisher, all listed authors *must* have completed the questionnaire and copyright transfer process. If there are missing materials, you will receive a reminder that your accepted article is being held until it is complete.

OPEN ACCESS

If you indicated in the revision stage that you would like your submission, if accepted, to be made open access, please go directly to step 2. If you have not yet indicated that you would like your accepted article to be open access, please follow the steps below to complete the process:

1. Notify the journal office via email that you would like this article to be available open access. Please send your Email to QMHCmanagingeditor@gmail.com. Please include your article title and manuscript number.
2. A License to Publish (LTP) form must be completed for your submission to be made available open access. Please download the form from <http://links.lww.com/LWW-ES/A49>, sign it, and email the completed form to the journal office.
3. **Within 48 hours of receiving this e-mail:** Go to <http://wolterskluwer.qconnect.com> to pay for open access. If you have not previously used this site to place an order, you will need to register for an account (your login will be different from your Editorial Manager login). When placing your order, you will be asked for the following information. Please enter exactly as shown:
 - a. Article Title - Parental satisfaction with autonomous pediatric ambulatory surgery units
 - b. Manuscript Number - QMH - 2020 - 0042R1

Thank you for submitting your interesting and important work to the journal.

Sincerely,

Dr. Jill Anne Marsteller
Editor in Chief
Quality Management in Health Care
<https://www.editorialmanager.com/qmh/>

Your username is: *****

Original Article

Parental Satisfaction With Autonomous Pediatric Ambulatory Surgery Units

[AQ] Rodrigo Poves-Alvarez, PhD; Esther Gómez-Sánchez, MD; Beatriz Martínez-Rafael, MD; Cecilia Bartolomé, PhD; Elisa Álvarez-Fuente, PhD; María Fe Muñoz-Moreno, PhD; [AQ1] José María Eiros, MD; Eduardo Tamayo, MD; Estefanía Gómez-Pesquera, MD

Background and Objectives: Ambulatory surgery is much favored in children, as they are usually healthy with no major comorbidities. Obvious benefits are minimization of health costs, optimal utilization of resources, decreased exposure to infections, and psychological and emotional advantages of avoiding admission of the patient, especially for the family. Parental satisfaction is a challenge in pediatric surgery processes. The objective of this study was to compare satisfaction in parents whose children underwent surgery without overnight stays with parents whose children were operated on in an autonomous major ambulatory surgery unit (hospital isolated). **Materials and Methods:** This was a prospective observational study of 200 children who were operated on in an outpatient basis (133 were included in an outpatient unit and 67 in a hospitalization setting). Different variables were collected, including sex, age, type of surgery, and length of stay in the hospital and circuit, and a telephone perception survey was conducted (questionnaire of satisfaction of 14 questions with possible answers from 1 to 4 on a Likert scale and a 15th question on global satisfaction, with an answer from 0 to 10). **Results:** Overall satisfaction during the hospital stay was higher in the group operated in the autonomous major surgery unit (3.54 ± 0.57 vs 3.28 ± 0.64 , $P = .004$). Whether parents respond to being very satisfied with the hospital stay is influenced by several factors, among which are being treated at major ambulatory surgery units (odds ratio [OR] = 2.16), good or very good consideration of the information received prior to surgery (OR = 2.03), and good or very good consideration of the information received at discharge (OR = 2.48). **Conclusions:** Parents of children operated on in an outpatient basis were more satisfied if the procedure was performed in an autonomous major ambulatory surgery unit compared with hospitalization circuit, even if it was not overnight. The information received during the care process influenced the perception of the assistance generated in the parents. These findings suggest that efforts should be devoted to the creation of autonomous units for ambulatory surgery and to the improvement of perioperative information.

Key words: ambulatory surgery, outpatient surgery, parental satisfaction, pediatric surgery

[AQ2] AMBULATORY PEDIATRIC SURGERY

In recent years, there has been an increase in outpatient treatment for most susceptible surgical procedures.¹ This increase in surgery without admission is embedded in hospital objectives. It is considered a criterion of quality of care, and it intends to allocate limited health resources to the care of patients and not to accessory issues, such as accommodation and maintenance, to reconcile lower costs with improvements in the quality of care and patient satisfaction.² This trend

is especially evident across child populations, reaching approximately 50% to 70% of procedures performed without admission at pediatric hospitals and 60% to 80% at general hospitals.³

It has been estimated that up to 90% of pediatric surgical procedures could be performed on an outpatient basis, because infants and children are well suited for ambulatory surgery based on their good health, brief duration of surgery, and recovery with few complications.¹ Avoiding overnight stays in hospitals minimizes separation trauma and allows for postoperative care in a domestic environment.⁴ Costs and nosocomial infections are also reduced.⁵ The implementation of autonomous major ambulatory surgery unit in developing countries has generated encouraging clinical results and improved waiting times.⁶ In general, major outpatient surgery centers are found in special and independent units. A differentiated unit requires structural and functional conditions and resources that guarantee efficient and quality operations, as well as patient safety. These conditions are not always available, and they do not always have sufficient magnitude to cope with full outpatient volumes. Therefore, it is not uncommon for patients to be operated on without overnight hospitalization but still remain in the hospital system.⁷

Author Affiliations: Anaesthesiology and Postoperative Intensive Care Department (Drs Poves-Alvarez, Gómez-Sánchez, Martínez-Rafael, Bartolomé, Álvarez-Fuente, Tamayo, and Gómez-Pesquera) and Research Support Unit (Dr Muñoz-Moreno), Clinic University Hospital, Valladolid, Valladolid, Spain; Biomedicine Research Group in Critical Care, Biocritic, Valladolid, Spain (Drs Poves-Alvarez, Gómez-Sánchez, Martínez-Rafael, Bartolomé, Álvarez-Fuente, Tamayo, and Gómez-Pesquera); and Faculty of Medicine, Valladolid University, Valladolid, Spain (Drs Eiros and Tamayo).

[AQ3] **Correspondence:** Rodrigo Poves-Alvarez, PhD, Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínico Universitario, Avenida Ramón y Cajal 3, 47003, Valladolid, Spain (rodrigopoves@gmail.com).

[AQ4] The authors declare no conflicts of interest.

[AQ5] *Q Manage Health Care*

Vol. 00, No. 00, pp. 1–8

Copyright © 2020 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

DOI: 10.1097/QMH.0000000000000301

00 2020 • Volume 00 • Number 00

www.qmhjournal.com 1

Copyright © 2020 Wolters Kluwer Health, Inc. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Satisfaction

Evaluation of quality medical care must be ongoing, as medical organizations require outcome indicators as quality measures. Favorable perceptions by patients occur only when services meet or exceed expectations or perceptions.⁸ For continuous quality improvements, it is imperative that health care providers are aware of these perceptions and expectations.⁹ This is especially true for outpatient surgery centers; however, data on this subject are scarce. While satisfaction in adult patients has been well reported, satisfaction in children has not, as they differ from the general adult population.^{10,11}

Children do not have the same capacity to express their needs as adults; thus, in the measures of treatment satisfaction in childhood surgery, experiences on parental assistance are usually considered.^{12,13} Unfortunately, there have been few studies that analyze the satisfaction of the parents of children receiving surgery on an outpatient basis and the determinants of this perception, and none that assess the difference that our study intends to determine.^{14,15}

Therefore, the main objective of this study was to assess different satisfaction metrics in the parents of pediatric patients operated on in autonomous units with independent organization and isolated from the rest of the hospital as compared with pediatric patients treated as outpatients but with admission to a hospital floor and intervention circuit in surgical block. As a secondary objective, we determined predictive factors for parental satisfaction and the absence/presence of postoperative pain in their children.

MATERIALS AND METHODS**Study design**

After receiving approval from the Research Ethics Committee of the Health Area of Valladolid East (PI 18-1039), we performed a prospective observational study in parents of children receiving surgery on an outpatient basis at the Clinic University Hospital of Valladolid to determine their level of satisfaction. Written informed consent was obtained from all parents. Parents were informed that their participation was anonymous and they could withdraw at any time from the study.

Sample and settings

The parents of 210 children operated on as outpatients in the period between June 2018 and October 2019 were proposed to participate in the study. These surgical procedures were performed in the autonomous major ambulatory surgery unit or in the general surgical block with admission but without an overnight stay. The inclusion in one or another group was determined by the availability of an operating room at the differentiated unit, so the surgical procedures were scheduled without knowing the circuit in which they were going to be performed. All procedures were performed by the same pediatric surgeons (5) and anesthesiologists (7).

The study was conducted by telephone interview with parents 2 weeks after surgery. One patient was

excluded because hospital admission was necessary, and 9 participants did not answer the phone. Therefore, the sample comprised 200 parents.

Instrument

For the telephone interview, a validated satisfaction questionnaire of 14 questions in Spanish (SUCMA) with Cronbach α of 0.91 was used.¹⁶ Answers were graded using a 4-item Likert scale (1 expresses the worst perception of the parents and 4 the best on the question asked). A 15th question was added about overall satisfaction with the care received, with a possible score of 0 to 10. Parents/patients were asked about the following: perception of the quality of care received in the hospital, satisfaction with the outpatient basis, and satisfaction with posthospital follow-up. Interviews were conducted by personnel other than the health care personnel, ensuring the confidentiality of the respondents.

Other variables

In addition to the telephone survey, other variables were collected. Quantitative variables were presented with the mean and standard deviation (age in years and length of stay in minutes) and qualitative variables according to their frequency distribution (sex, type of surgery, and circuit).

Data analysis

Quantitative variables were presented with the mean \pm standard deviation, and qualitative variables were assessed according to their frequency distribution. Categorical variables were expressed as absolute and relative frequencies (%), and continuous variables were expressed as mean and standard deviation. Differences between groups were compared using the *t* test with continuous variables and using the χ^2 test or Fisher exact test with categorical variables. Statistical significance was established as $P \leq .05$.

A univariate logistic regression model was performed to identify factors associated with outcome variables. Variables that had *P* values less than .1 were introduced to a multivariate regression model. Data were analyzed using the statistical program IBM SPSS Statistics version 24.0 for Windows. Values of $P < .05$ were considered statistically significant.

RESULTS

Two weeks after surgery, complete responses to the SUCMA 14 survey were obtained for 200 participants. The response rate was 95.6%, which was a high response rate. In all, 133 (66.5%) participants were treated at an autonomous major ambulatory surgery unit, and 67 (33.5%) on an outpatient basis, but in the general surgical block and with a hospitalization circuit.

Table 1 shows surgical procedures performed at each circuit, showing no differences between groups. Table 2 shows information for age, gender, hospital stay in minutes, and parent responses to the questionnaires. There were no statistical differences in age and sex; however, a shorter hospital stay was observed

[T1]

[T2]

Table 1. Surgery Performed

	Total, N = 200	Major Ambulatory Surgery Unit, n = 133 (66.5)	Hospitalization Without Overnight, n = 67 (33.5)
Ilioinguinal/umbilical region surgery	93 (46.5)	54 (40.6)	39 (58.2)
Genital surgery	48 (24)	38 (28.6)	10 (14.9)
Soft tissue tumors	35 (17.5)	28 (21)	7 (10.4)
Anal surgery	4 (2)	2 (1.5)	2 (3)
Others	20 (10)	11 (8.3)	9 (13.4)

in the outpatient group (195.11 ± 60.4 vs 633 ± 156.6 , $P < .001$).

The opinions of participants on the different aspects of surgical care were also gathered (Table 3). There were some statistically significant differences in perceptions. Autonomous major ambulatory surgery unit facilities were significantly better than the hospitalization circuit (3.53 ± 0.53 vs 3.27 ± 0.59 , $P = .002$). The perception of a hospital stay was significantly higher for participants who were admitted to the hospitalization ward (2.98 ± 0.62 vs 3.30 ± 0.55 , $P < .000$). In terms of overall satisfaction with the hospital stay, this was higher for participants treated at the autonomous major ambulatory surgery unit (3.54 ± 0.57 vs 3.28 ± 0.64 , $P = .004$). A 15th question was introduced to the questionnaire, assessing overall satisfaction on a scale of 0 to 10 for the entire process. An evaluation of 8.65 was obtained, without differences between the autonomous major ambulatory surgery unit and hospitalization groups.

Table 4 divides participants into 2 groups, those who reported no pain (responding 4 to question 10) ($n = 89$, 44.5%) and those who suffered pain (responding 1, 2, or 3 to question 10) ($n = 111$, 55.5%). No differences were observed between the hospitalization and autonomous major ambulatory surgery unit groups.

From Table 5, logistic regression analysis showed that surgery performed at the autonomous major ambulatory surgery unit (95% confidence interval [CI]: 1.142-4.099; odds ratio [OR] = 2.16, $P = .01$), good or very good information received prior to surgery (group of parents who answer 3 or 4 to question 1) (95% CI: 1.139-3.649; OR = 2.03, $P = 0.01$), and information received at discharge (good or very good) (group of parents who answer 3 or 4 to question 11) (95% CI: 1.390-4.44; OR = 2.48, $P = .002$) were factors that

significantly influenced participants to respond as very satisfied about the overall hospital stay (question 4 of SUCMA).

For the absence of pain (question 10 of SUCMA), 3 factors were identified by logistic regression: the perception of facilities as good or very good (group of parents who answer 3 or 4 to question 3) (95% CI: 1.021-3.391; OR = 1.86, $P = .043$), information provided at discharge as good or very good (group of parents who answer 3 or 4 to question number 11) (95% CI: 1.503-5.42; OR = 2.85, $P = .001$), and not having to worry about staying overnight (group of parents who answer 3 or 4 to question number 12) (95% CI: 1.552-4.423; OR = 2.62, $P = .001$) (Table 6).

DISCUSSION

Principal findings

The most important findings of our study were as follows: (i) a more favorable perception of outpatient basis assistance received by participants in autonomous major ambulatory surgery unit compared with those in a hospitalization ward; (ii) degree of satisfaction of parents and children operated on as outpatients increases when they consider the information received prior or after surgery to be good or very good; and (iii) pain is not a determinant of parental satisfaction in ambulatory pediatric surgery.

Overall satisfaction

Several studies have studied the degree of parental satisfaction with ambulatory surgery or other pediatric procedures. Bain et al¹⁷ observed an 85% satisfaction rate in 3438 surgical patients in Scotland. Lemos et al,¹¹ in a Portuguese study, stated that 95% of adult patients

[T3]

[T4]

[T5]

[T6]

Table 2. Demographic Characteristics of Patients and Time of Stay

	Total 200 (100), n (%)	Autonomous Unit 133 (66.5), n (%) ±SD	Hospital Circuit 67 (33.5), n (%) ±SD	P
Age, y (±SD)	5.6 (±3.81)	5.29 (±3.7)	6.21 (±3.9)	.11
Male (%)	157 (78.5)	104 (78.2)	53 (79.1)	.88
Time of stay, min (±SD)	341.8 (±231)	195.11 (±60.4)	633 (±156.6)	<.001

Table 3. Parental Assessment of the Care Process

		Total 200 (100), n (%)	Autonomous Unit 133 (66.5), n (%) ±SD	Hospital Circuit 67 (33.5), n (%) ±SD	P
1. In your opinion, the information received before the operation was?	4. Very good	112 (56)	3.58 (±0.58)	3.43 (±0.52)	.08
	3. Good	83 (41.5)			
	2. Bad	4 (2)			
	1. Very bad	1 (0.5)			
2. How do you consider staff treatment at the hospital?	4. Very good	133 (66.5)	3.68 (±0.49)	3.55 (±0.58)	.11
	3. Good	62 (31)			
	2. Bad	5 (2.5)			
	1. Very bad	0 (0)			
3. How did you rate the facilities (operating rooms, rooms, etc) in the hospital you attended?	4. Very good	96 (48)	3.53 (±0.53)	3.27 (±0.59)	.002
	3. Good	97 (48.5)			
	2. Bad	7 (3.5)			
	1. Very bad	0 (0)			
4. Overall, were you satisfied with your hospital stay?	4. Very satisfied	100 (50)	3.54 (±0.57)	3.28 (±0.64)	.004
	3. Satisfied	94 (47)			
	2. Little satisfied	3 (1.5)			
	1. Unsatisfied	3 (1.5)			
5. If you had to advise a relative or acquaintance, how would you rate the hospital?	4. Very good	113 (56.5)	3.59 (±0.55)	3.45 (±0.58)	.1
	3. Good	84 (42)			
	2. Bad	1 (0.5)			
	1. Very bad	2 (1)			
6. Regarding staff capabilities, how do you rate them?	4. Very competent	143 (71.5)	3.73 (±0.46)	3.67 (±0.47)	.4
	3. Competent	56 (28)			
	2. Poor competency	1 (0.5)			
	1. Incompetent	0 (0)			
7. If your child had to be operated on again, would you prefer him or her to be discharged to your home on the same day after the operation?	4. Very probable	109 (54.5)	3.44 (±0.75)	3.49 (±0.56)	.63
	3. Probable	80 (40)			
	2. Little probability	5 (2.5)			
	1. Unlikely	6 (3)			
8. If you had to recommend a family member or friend this form of surgical operation, marching home on the same day, how would you rate?	4. Highly recommended	105 (52.5)	3.47 (±0.71)	3.42 (±0.55)	.57
	3. Recommended	86 (43)			
	2. Little recommended	4 (2)			
	1. Not recommended	5 (2.5)			
9. How do you consider your total time spent in hospital, that is, since your child entered for the operation until you left for home?	4. Too long	41 (20.5)	2.98 (±0.62)	3.30 (±0.55)	.000
	3. Adequate	141 (70.5)			
	2. Bit insufficient	12 (6)			
	1. Very insufficient	6 (3)			
10. After surgery, did your child suffer pain?	4. None	89 (44.5)	3.29 (±0.78)	3.24 (±0.76)	.68
	3. Little pain	81 (40.5)			
	2. Pain	25 (12.5)			
	1. Severe pain	5 (2.5)			

[AQ6]

(continues)

Table 3. Parental Assessment of the Care Process (Continued)

		Total 200 (100), n (%)	Autonomous Unit 133 (66.5), n (%) ±SD	Hospital Circuit 67 (33.5), n (%) ±SD	P
11. How do you rate the information you received upon discharge?	4. Very good	112 (56)	3.55 (±0.58)	3.48 (±0.56)	.41
	3. Good	82 (41)			
	2. Bad	5 (2.5)			
	1. Very bad	1 (0.5)			
12. Did you feel fear/worry after the operation outside the hospital?	4. I was not worried	95 (42.5)	3.33 (±0.78)	3.36 (±0.66)	.80
	3. Little worried	84 (42)			
	2. Worried	15 (7.5)			
13. How do you think your child's healing has been?	4. Very good	102 (56)	3.53 (±0.53)	3.42 (±0.52)	.14
	3. Good	95 (47.5)			
	2. Bad	3 (1.5)			
14. How did you perceive postoperative care from health professionals outside the hospital (outpatient or health center)?	4. Very good	101 (50.5)	3.53 (±0.53)	3.43 (±0.49)	.23
	3. Good	97 (48.5)			
	2. Bad	2 (1)			
	1. Very bad	0 (0)			

showed some degree of satisfaction at the time of hospital discharge, reducing this satisfaction by repeating the questionnaire 30 days later. Erden et al¹⁴ reported that 97% of parents stated that, if given a choice, they would opt for day case surgery for their child again. In an Indian study, the overall satisfaction score of parents was good (from 8 to 10 on a scale from 0 to 10) in 88%.¹⁵ Our study showed a high degree of overall parental satisfaction with the pediatric ambulatory surgical care process. The overall satisfaction was established at 8.65 (on a scale from 0 to 10), and 194 parents (97%) expressed themselves as satisfied or very satisfied with their hospital stay. Our overall results were similar to those already referred to. We showed that overall satisfaction during a hospital stay was statistically greater in patients who had undergone surgery at an autonomous major ambulatory surgery unit than in patients who had not stayed overnight, following the hospital admission circuit. To our knowledge, no other studies have studied this difference.

Information

Receiving clinical information pre- and postsurgery has been identified as a factor that affects patient satisfaction rates. Chung et al¹⁸ reported an explanation of what was done as a predictor of patient satisfaction in outpatient plastic surgery. De Jesús et al¹⁹ proved that information delivery is crucial to same day surgery patients. Outpatients reinforce the value of elements representing information and communication.²⁰ Lemos et al¹¹ detected clinical information as a fac-

tor influencing adult ambulatory surgical patients. Another classic report showed a significant difference between satisfaction scores for patients who considered that everything had been adequately explained.¹⁷ In a Swedish study, when more detailed information was received, increased anxiety was observed.²¹ However, in randomized controlled trials of children undergoing surgery, more detailed preoperative information was not found to increase child or parent anxiety.²² The consideration as very satisfied about the overall hospital stay in our study is influenced by the perception of the information before performing the surgery and that received upon discharge. By dividing participants into 2 groups, in which one of them is formed by the parents who are very satisfied (question 4 of SUCMA) and the second by the rest, we observed several factors that individually influenced the degree of satisfaction. We applied a logistic regression analysis to these factors to identify the strength of association between the different variables. The perception of having received good information, either previously or at discharge, increased the degree of satisfaction, which is consistent with previous studies.

Pain

Postoperative pain is a decisive factor in outpatient surgery satisfaction. Jenkins et al²³ showed that avoiding pain is a major priority for day case patients. Sam et al¹⁵ warn that overall satisfaction scores of patients who had more than mild pain were less than those of patients who had mild pain. However, one study

[AQ7]

[AQ8]

Table 4. Comparative Analysis Between Groups in Terms of Pain and No Pain

	Total N = 200		No Pain N = 89 (44.5%)		Pain N = 111 (55.5%)		P
Age, y	5.6	±3.81	5.46 ± 3.58		5.71 ± 4.01		.64
Male	157	78.5	67	75.3%	90	81.1%	.32
Differentiated unit	133	66.5	61	68.5%	72	64.9%	.58
Time of stay, min	341.8	±231	330.18 ± 229.56		351.15 ± 233.3		.52
1. Good or very good previous information	195	97.5	89	100.0%	106	95.5%	.04
2. Good or very good staff treatment	195	97.5	87	97.8%	108	97.3%	.83
3. Good or very good facilities	193	96.5	88	98.9%	105	94.6%	.10
4. Satisfactory or very satisfactory overall stay	194	97	87	97.8%	107	96.4%	.57
5. Recommended or highly recommended hospital	197	98.5	89	100.0%	108	97.3%	.11
6. Competent or very competent staff	199	99.5	89	100.0%	110	99.1%	.36
7. Probable or very probable repetition in ambulatory setting	189	94.5	87	97.8%	102	91.9%	.07
8. Recommended or highly recommended outpatient surgery	191	95.5	87	97.8%	104	93.7%	.16
9. Adequate stay time	141	70.5	71	79.8%	70	63.1%	.01
11. Good or very good information upon discharge	194	97	89	100.0%	105	94.6%	.02
12. Little or no fear/worry at home	179	89.5	87	97.8%	92	82.9%	.001
13. Good or very good wound healing	197	98.5	88	98.9%	109	98.2%	.69
14. Good or very good out of hospital attendance	198	99	89	100.0%	109	98.2%	.20

[AQ9]

suggested that moderate to severe pain did not generate less satisfaction, if patients were concerned about their medical professionals.¹⁴ In our sample, 44.5% of parents reported that their children did not suffer any degree of pain. Referred pain is the same regardless of the circuit. A foreseeable circumstance, as it is the same type of surgery performed by the same professionals. However, unlike the studies previously referred to in our sample, pain was not a factor that has influenced overall satisfaction during the hospital stay. This

[AQ10]

finding may be influenced by the high degree of general satisfaction and half of the parents of patients reporting that their child had slight pain.

Facilities

Trinh et al²¹ include the organizational and structural components of the perioperative environment as important predictors of patient surgical experience. Mazurenko et al²² proved the influence of surrounding

[AQ11]

Table 5. Logistic Regression Analysis; Variables Associated With Very Satisfied Parents^a

	OR	95% CI	P
Differentiated unit	2.16	1.142-4.099	.01
Good or very good previous information	2.03	1.139-3.649	.01
Good or very good information at discharge	2.48	1.390-4.44	.002

Abbreviations: CI, confidence interval; OR, odds ratio.
^aThe variables included in the forward stepwise regression analysis were as follows: 1. Good or very good previous information. 3. Good or very good facilities. 7. Probable or very probable repetition in ambulatory setting. 9. Adequate stay time. 11. Good or very good information upon discharge. 12. Little or no fear/worry at home.

Table 6. Logistic Regression Analysis; Variables Associated With Absence of Pain^a

	OR	95% CI	P
Good or very good facilities	1.86	1.021-3.391	.043
Good or very good information provided at discharge	2.85	1.503-5.42	.001
Little or no worry about staying overnight	2.62	1.552-4.423	<.001

Abbreviations: CI, confidence interval; OR, odds ratio.
^aThe variables included in the regression model logistic forward stepwise regression analysis were as follows: 3. Good or very good facilities in the hospital. 4. Satisfied or very satisfied with overall stay. 5. Good or very good rating of the hospital. 9. Adequate time of stay.

factors in surgical patient experience. Surgical areas in which both groups of patients were treated were the same old; however, there was a difference in the area of hospitalization, older and with worse infrastructure in general. This was reflected in differences in perception of facilities between groups (question 3 of SUCMA). In the same way, the satisfaction of parents whose children were treated at the autonomous major ambulatory surgery unit was greater. The differences between groups in our study may be attributed to different environmental and structural conditions, which were previously described in terms of perception of the quality of care received.

Length of stay

Cost considerations are usually reasons for preferring a shorter postoperative stay.²⁴ Moncel et al²⁵ showed, in their study, that most of the children who underwent day surgery could be discharged safely 1 hour after return from the postanesthesia care unit. Patients who waited longer or had more hours added to the surgical process had lower degrees of satisfaction, which is in agreement with another study on waiting times.¹¹ Hospital stay duration was significantly longer in the hospitalization group than in the autonomous major ambulatory surgery unit; our results showed almost a 3-fold increase in hospital length of stay. It was noteworthy that the time seemed adequate for parents in a statistically significant way for the autonomous major ambulatory surgery unit group. We did not find studies comparing the overall length of stay between the groups of our study.

Limitations

(i) Children are mostly healthy patients, and the possibility of complications and morbidity associated with the process is very low, which would generate bias in a way favorable to perceived satisfaction. (ii) We used the Spanish version of the SUCMA 14 questionnaire validated for ambulatory surgery patients.^{16,26} Surveys were conducted using phone calls, as this usually ensures a higher response rate than surveys sent by e-mail and postal mail and avoid nonresponse bias.^{27,29} Being telephone surveys, the responses could be affected by consent bias, as well as social convenience. (iii) Our data were collected only from a single center.

CONCLUSIONS

These results suggest that parental satisfaction for children who undergo pediatric outpatient surgery is greater if the surgery is performed in an autonomous major ambulatory surgery unit rather than following a traditional hospitalization circuit. We also found the significantly greater influence it has on the experience of parents receiving good information in the moments before surgery and discharge. These results support the implementation of pediatric outpatient surgery in autonomous major ambulatory surgery units.

REFERENCES

1. Lerman J. Pediatric ambulatory anesthesia: an update. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2019;32(6):708-713.
2. Espinel AG, Shah RK, McCormick ME, Krakovitz PR, Boss EF. Patient satisfaction in pediatric surgical care: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;150(5):739-749.
3. Manasvi U, Anthony L. Day-case surgery in children. *Paediatr Surg*. 2013;31:140-144.
4. Nordin AB, Shah SR, Kenney BD. Ambulatory pediatric surgery. *Semin Pediatr Surg*. 2018;27(2):75-78.
5. Bailey CR, Ahuja M, Bartholomew K, et al. Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. *Anaesthesia*. 2019;74(6):778-792.
6. Kabré YB, Traoré IS, Kaboré FA, et al. Anesthesia for ambulatory pediatric surgery in sub-Saharan Africa: a pilot study in Burkina Faso. *Anesth Analg*. 2017;124(2):623-626.
7. Terol García E PSI. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: Estándares y recomendaciones. In: Consumo MdSy, ed. *Informes Estudios e Investigación*; 2008.
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44:166-206.
9. Lim PC, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2000;13(6-7):290-299.
10. Fregene T, Wintle S, Venkat Raman V, Edmond H, Rizvi S. Making the experience of elective surgery better. *BMJ Open Qual*. 2017;6(2):e000079.
11. Lemos P, Pinto A, Morais G, et al. Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anesth*. 2009;21(3):200-205.
12. Shafer JS, Jenkins BN, Fortier MA, et al. Parental satisfaction of child's perioperative care. *Paediatr Anaesth*. 2018;28(11):955-962.
13. Kassmann BP, Docherty SL, Rice HE, Bailey DE, Schweitzer M. Telephone follow-up for pediatric ambulatory surgery: parent and provider satisfaction. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(6):715-724.
14. Erden IA, Pamuk AG, Ocal T, Aypar U. Parental satisfaction with pediatric day case surgery. *Middle East J Anaesthesiol*. 2006;18(6):1113-1121.
15. Sam CJ, Arunachalam PA, Manivasagan S, Surya T. Parental satisfaction with pediatric day-care surgery and its determinants in a tertiary care hospital. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2017;22(4):226-231.
16. García P. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería Clínica*. 2001;11:146-154.
17. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Qual Health Care*. 1999;8(2):86-91.
18. Rawal N, Hylander J, Nydahl PA, Olofsson I, Gupta A. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1997;41(8):1017-1022.
19. Gebremedhn EG, Lemma GF. Patient satisfaction with the perioperative surgical services and associated factors at a University Referral and Teaching Hospital, 2014: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J*. 2017;27:176.
20. Forsberg A, Vikman I, Wälivaara BM, Rattray J, Engström Å. Patients' perceptions of perioperative quality of care in relation to self-rated health. *J Perianesth Nurs*. 2018;33(6):834-843.
21. Trinh LN, Fortier MA, Kain ZN. Primer on adult patient satisfaction in perioperative settings. *Perioper Med (Lond)*. 2019;8:11.
22. Mazurenko O, Zemke D, Lefforge N, Shoemaker S, Menachemi N. What determines the surgical patient experience? Exploring the patient, clinical staff, and administration perspectives. *J Healthc Manag*. 2015;60(5):332-346.
23. Jenkins K, Grady D, Wong J, Correa R, Armanious S, Chung F. Post-operative recovery: day surgery patients' preferences. *Br J Anaesth*. 2001;86(2):272-274.
24. Chung F, Chan WW, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *J Clin Anesth*. 1995;7(6):500-506.
25. Moncel JB, Nardi N, Wodey E, Pouvreau A, Ecoffey C. Evaluation of the pediatric post anesthesia discharge scoring system in an ambulatory surgery unit. *Paediatr Anaesth*. 2015;25(6):636-641.

[AQ12]

[AQ13]

[AQ14]



- [AQ15]
26. Mansilla E, Marcón G, Daijane A. User's satisfaction on ambulatory major surgery and telephone after surgery follow up at a Chilean hospital. *Cir May Amb.* 2019;19:28.
 27. Harris LE, Weinberger M, Tierney WM. Assessing inner-city patients' hospital experiences. A controlled trial of telephone interviews versus mailed surveys. *Med Care.* 1997;35(1):70-76.
 28. Erhart M, Wetzel RM, Krügel A, Ravens-Sieberer U. Effects of phone versus mail survey methods on the measurement of health-related quality of life and emotional and behavioural problems in adolescents. *BMC Public Health.* 2009;9:491.
 29. Sinclair M, O'Toole J, Malawaraarachchi M, Leder K. Comparison of response rates and cost-effectiveness for a community-based survey: postal, internet and telephone modes with generic or personalised recruitment approaches. *BMC Med Res Methodol.* 2012;12:132.

10.5. Plano de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del H.C.U.V.

